

SONIA NUSSENZWEIG HOTIMSKY

A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto

Tese apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientadora: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber

São Paulo

2007

Às mulheres que me permitiram observa assistência obstétrica que lhes foi prestada e aos alunos e residentes que me permitiram observá-los no exercício da prática na esperança de que o incomodo que minha presença por vezes lhes proporcionou possa vir a contribuir para uma melhora na qualidade da formação e assistência obstétrica

Ao Silvio, Nina e Marcelo por ter me acompanhado com carinho durante esse percurso

AGRADECIMENTOS

Para realizar essa tese, foi necessário mobilizar uma “vasta rede de relações sociais”, a cujos membros estou profundamente grata. Trata-se de um trabalho coletivo, cujos méritos se devem às colaborações de muitas pessoas e cujos defeitos e incorreções são exclusivamente, de minha responsabilidade.

À Professora Doutora Lilia Blima Schraiber, pela essencial orientação, estímulo e paciência. Tive o raro privilegio de ser orientada por uma pessoa que entende esse trabalho como parte fundamental do ofício acadêmico e que sabe fazê-lo com talento, dosando os necessários conselhos, as indicações bibliográficas e o auxílio na estruturação e edição do trabalho com o respeito e a exigência da crescente autonomia do pesquisador.

Ao Professor Ivan França Junior, à Professora Simone Diniz e à Professora Dra. Ausonia Favorido Donato que me estimularam a procurar a orientação de Professora Dra. Lilia Blima Schraiber

Às mulheres que me permitiram assistir sua assistência nos serviços obstétricos em que essa pesquisa se realizou.

Aos alunos, residentes, preceptores e professores de obstetrícia que me permitiram acompanhá-los em situações por vezes difíceis e incômodas, respondendo as minhas indagações, por vezes impertinentes e que sempre me trataram com respeito.

Aos chefes das disciplinas e aos coordenadores de ensino de obstetrícia das Faculdades X e Y que me permitiram realizar esse estudo e me deram o apoio necessário para essa finalidade.

À Profa. Dra. Ana Flavia Pires Lucas d'Oliveira, ao Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, e à Márcia Thereza Couto, membros da Banca Examinadora de Qualificação pelos excelentes comentários e pelo estímulo.

À Isadora Lins França, Paulo Lopes, Marina Lopes e Ligia Kiss pela transcrição das entrevistas.

Aos funcionários da biblioteca da Faculdade de Medicina da USP, em particular à Marinalva e à aos funcionários da biblioteca da Saúde Pública e, em particular a Maria Lucia Ferraz, pela gentileza e a disponibilidade com que sempre me receberam e pelo apoio na pesquisa bibliográfica.

À Simone Diniz e Daphne Rattner que muito me ensinaram sobre a assistência ao parto.

Aos companheiros da Rede pela Humanização do Nascimento e Parto, pelos sonhos compartilhados e pelo aprendizado apaixonado, valoroso e, às vezes difícil e doloroso da militância. À trajetória em conjunto entre 1993 e 2002 também devo muito que aprendi acerca do parto e sua assistência no Brasil.

À Heloisa Buarque de Almeida, à Regina Facchini, à Isadora Lins França, Ivan França Junior, pela amizade, pelos comentários em relação a esses e outros trabalhos, e pela interlocução sempre estimulante.

Ao grupo de pesquisa e intervenção “Gênero e Violência nas Práticas de Saúde”, coordenado pela Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber e sediado no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP cujos membros tive o grato prazer de conhecer ao longo dos últimos seis anos. Pude compreender, por meio da convivência com o grupo e com seus membros o que é uma excelente equipe de pesquisa multidisciplinar. Desde que comecei a formular o projeto de pesquisa, passei a frequentar as salas em que trabalham os membros dessa equipe e a conviver com eles. Durante a pesquisa de campo, essas salas se

tornaram um espaço de trabalho e as conversas com vários membros dessa equipe acerca de minha pesquisa de campo foram muito valiosas. Sou particularmente grata à escuta interessada e a discussão estimulante com Márcia Thereza Couto, Ana Flavia D'Oliveira, Ligia Kiss, André Mota e Ricardo Góes.

Ao Prof. Dr. José Ricardo Ayres, professor e supervisor de meu estágio do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino pelas longas conversas acerca da formação em medicina em outras áreas que não a obstetrícia.

À Cecília Hirshzon que ouviu muitas e muitas histórias difíceis ao longo desses anos, pela escuta interessada e pelo apoio.

À Patrícia Logullo pela revisão do português desse trabalho.

À Paulina Santa Cruz pela revisão das referências bibliográficas e pela formatação final da tese.

Aos amigos José Marcos Thalenberg, Luciana Kopelman Thalenberg, Celso Zilbovicius, Mônica Guttman, Roney Cytrynowicz, Mônica Musatti, Francisco Moreno, Aidê Firer, Marcelo Firer, Marcelo Cirino e Soninha Levinbruk, Daniel Klotzel, Patrícia Logullo que também foram interlocutores desse trabalho e que fizeram companhia a minha família nas minhas muitas ausências em fins de semana e feriados.

Aos meus sogros Mark e Noemia, e aos meus cunhados Sergio e Cris pelo apoio e carinho.

Aos meus pais, Ruth e Victor, pelo apoio, estímulo e por acreditarem em mim.

Aos meus filhos, pelo carinho, bom humor e pela imensa compreensão e paciência com minhas ausências.

Ao meu companheiro, Silvio Hotimsky, o mais entusiasmado interlocutor e revisor, pela colaboração em todas as fases desse trabalho, pelo apoio nem sempre fácil, pelo carinho e pela imensa paciência.

À Geraldina de Jesus Santos, pelo apoio constante no cuidado da minha casa e da minha família.

À Lilia, Patrícia, meus pais e meu companheiro, Silvio, que me ajudaram a por um ponto final neste trabalho – o que não foi fácil...

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela bolsa de doutorado concedida.

RESUMO

Esta tese consiste em uma análise da formação em obstetrícia durante a graduação em medicina, baseada em pesquisa etnográfica realizada em duas escolas conceituadas. Objetivou-se estudar o modo como se articulam a competência técnica e científica e o cuidado ou relação com a paciente no ensino teórico e prático da assistência ao parto. As técnicas utilizadas na coleta de dados foram: observação participante, entrevistas semi-estruturadas e, de modo complementar, a análise de livros-texto e protocolos assistenciais. O trabalho abrangeu uma caracterização das propostas curriculares e um exame da experiência dos alunos quanto ao ensino teórico e prático, incluindo sua supervisão nas diversas atividades assistenciais. Ênfase maior recai sobre o desenvolvimento de conhecimentos científicos na formação. Mesmo no internato ênfase é colocada na aprendizagem da construção e encenação de narrativas clínicas, privilegiando-se a transmissão oral do conhecimento e a memória em relação ao registro escrito e à consulta ao prontuário das pacientes. Pautado em parte por assim chamadas concepções “clássicas”, que sustentam uma visão patológica da fisiologia do parto, o exercício da prática envolve condutas que têm sido questionadas a partir das evidências científicas ou até abandonadas em outros contextos. As decisões acerca das condutas ou tratamentos adotados não são compartilhadas com as mulheres atendidas que frequentemente não são consultadas ou sequer informadas à respeito. Por vezes juízos de valor também influenciam o julgamento clínico e a tomada de decisões médicas. Há poucos parâmetros para avaliar as atitudes dos alunos em sua interação com as pacientes. Nos serviços em que há maior interação entre alunos e pacientes, a supervisão é menor. Existem acordos informais entre os assistentes na divisão de plantões que se contrapõe aos organogramas formais dos serviços obstétricos vinculados as Faculdades de medicina pesquisadas. Esses acordos subordinam os objetivos institucionais da boa formação e

assistência em obstetrícia aos interesses individuais e coletivos dos profissionais obstetras responsáveis pela supervisão do ensino. Componente do currículo oculto, esses acordos servem de modelo para outros envolvendo residentes e/ou alunos. Ao longo da formação dos estudantes de medicina, as interações entre os sujeitos em relação no exercício do ato médico contribuem de diversas maneiras para desqualificar a prática médica da obstetrícia como técnica moral-dependente.

Descritores: 1. Obstetrícia/educação. 2. Aprendizagem. 3. Parto obstétrico/educação

ABSTRACT

This thesis consists of an analysis of obstetric training during medical school. It is based on ethnographic research undertaken at two acknowledged medical schools. The objective was to study how technical and scientific competence and care, that is, the relationship with the patient, are articulated in theoretical and practical training of birth assistance. The techniques employed in fieldwork were: participant observation, semi-structured interviews and, in a complementary form, the analysis of textbooks and assistance protocols. A characterization of the curriculum offered by the schools and an examination of students experience with respect to learning the theory and practice of obstetrics, including the supervision of the various activities involving obstetric assistance are discussed. Description and analysis of the scission between the development of technical and scientific competence in the educational process was undertaken. The implications of this scission for training in the practice of medicine as a moral dependent technique are discussed. Great emphasis is placed on the development of scientific knowledge during training. Even in the clinical years, emphasis is placed on learning to construct clinical narratives, placing priority on memory and the oral transmission of knowledge rather than written registration and consultation of patient's charts. Learning and training is based in part on so-called "classical" concepts, which sustain a pathological approach to birthing. In training, this approach involves norms of conduct that have been questioned by scientific evidence and that have even been abandoned in other contexts. Obstetrical decisions involving conduct and training are not taken in conjunction with the women receiving assistance who frequently are not even consulted or informed of these decisions. Sometimes prejudices influence medical judgment and decision-making. There are few parameters to evaluate student attitudes in their interaction with patients. In the work

stations where students interact more with patients there is less supervision. Informal arrangements between assistants with respect to rounds conflict with the formal schedules of the obstetric services associated to the medical schools where research was undertaken. These arrangements subordinate the institutional objectives of good medical practice and assistance to the individual and collective interests of the obstetricians responsible for supervising training. These arrangements are a component of the hidden curriculum and serve as a model for other arrangements involving residents and/or students. Throughout the obstetric training of medical students, interactions between the subjects involved in the medical act contribute in several ways to disqualify the medical practice of obstetrics as a morally-dependent technique.

Descriptors: 1. Obstetrics/education. 2.Learning. 3. Delivery obstetric/education

Lista de Tabelas

- Tabela 1** - Distribuição dos períodos letivos (em semanas) e conteúdos de treinamento na grade curricular dos acadêmicos de medicina 41
- Tabela 2** - Distribuição de atividades teóricas (T), teórico-práticas (TP) e práticas (P) de obstetrícia nos estágios de internato de 5^o e 6^o ano nas Faculdades X e Y 67
- Tabela 3** - Carga horária média, máxima e mínima de plantões por estágio de internato nas Faculdades X e Y 69

Lista de Figuras

Figura 1 - Diâmetros do estreito superior 60

Figura 2 - Diâmetros do estreito superior 60

Figura 3 - Teoria de Selheim 61

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 HIPÓTESE DE TRABALHO | 28 |
| 3 OBJETIVOS | 29 |
| 3.1 Objetivo geral | 29 |
| 3.2 Objetivos específicos | 29 |
| 4 MÉTODO | 31 |
| 4.1 A observação participante | 32 |
| 4.2 As entrevistas semi-estruturadas | 35 |
| 4.3 Ética da pesquisa | 37 |
| 5. ENSINO TEÓRICO E PRÁTICO DE OBSTETRÍCIA NAS DUAS FACULDADES | 39 |
| 5.1 Os programas | 39 |
| 5.2 A apresentação à obstetrícia normal | 44 |
| 5.2.1 Da obstetrícia normal: uma formação clássica | 47 |
| 5.3 Internato: carga horária e arranjos informais na aprendizagem | 65 |
| 5.4 Apresentação do curso e estratégias didáticas priorizadas | 84 |
| 5.5 Estudo e avaliação | 90 |
| 5.6 Iniciação à prática | 116 |
| 5.7 Responsabilidade pelo ensino teórico | 121 |
| 5.8 Visitas | 124 |
| 5.9 O exercício da prática e sua supervisão no percurso pelas estações de trabalho no internato | 139 |

| | |
|--|-----|
| 5.9.1 Pré-natal | 139 |
| 5.9.2 Pronto-atendimento e pronto-socorro obstétrico | 146 |
| 5.9.2.1 <i>Apresentação aos serviços de urgência e emergência obstétrica nas Faculdades X e Y</i> | 150 |
| 5.9.2.2 <i>As experiências de treinamento nas portas de entrada</i> | 175 |
| 5.9.2.3 <i>A formação no setor de urgência e emergência obstétrica e os dilemas em relação ao acesso</i> | 215 |
| 5.9.2.3.1 <i>Caso 1</i> | 215 |
| 5.9.2.3.2 <i>Caso 2</i> | 230 |
| 5.9.3 Centro obstétrico | 240 |
| 5.9.3.1 <i>Pré-parto</i> | 241 |
| 5.9.3.2 <i>Parto</i> | 250 |
| 5.9.4 Enfermarias de puerpério e de gestantes de alto risco | 277 |
| 5.10 Organogramas versus acordos informais entre os supervisores do treinamento em serviço | 295 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 328 |
| 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 331 |
| ANEXOS | |

1 INTRODUÇÃO

O processo de formação médica tem sido objeto de estudo da antropologia desde a década de 1960, quando da publicação da clássica etnografia de BECKER et al. (2002[1961]). Considerado como “um dos ritos de passagem mais longos de nossa parte do mundo” (2002[1961]:4), a aprendizagem do exercício da medicina é analisada por esses autores não apenas como processo de aquisição de conhecimentos científicos e aptidões técnicas, mas como iniciação a um novo *status* profissional.

Naquele trabalho, assim como em outros estudos etnográficos mais recentes realizados tanto por antropólogos como por sociólogos, ênfase é dada aos processos intersubjetivos, por meio dos quais se aprende a desempenhar o papel de médico. Buscando entender essa iniciação ao mundo da medicina a partir da perspectiva dos alunos, aquele (BECKER et al.; 2002[1961]) e outros trabalhos têm analisado o modo como se dá a reconstrução da pessoa enquanto objeto do olhar médico, e a reconstrução do próprio aluno como sujeito desse olhar (GOOD; GOOD, 1993; GOOD, 1995; BONET, 1999; MENEZES, 2001). O modo como alunos aprendem a se comunicar, enquanto profissionais, com seus pacientes, e a construir e a encenar, perante seus professores e colegas, narrativas sobre esses pacientes, que explicitam essa perspectiva médica, isto é, construir e encenar uma história de uma pessoa reconstruída como paciente, com um diagnóstico, terapêutica e prognóstico, são elementos da iniciação. Além disso, análises antropológicas e sociológicas acerca da formação em medicina também têm se dedicado à investigação sobre o modo como alunos aprendem a lidar com as hierarquias de poder no interior das equipes médicas ao procurarem assimilar conhecimentos, aptidões e adquirir uma postura profissional.

Outras questões que ainda têm norteado os estudos sobre a aprendizagem do exercício da medicina e que merecem ser aprofundadas são os valores sociais mais amplos que são reproduzidos e os conflitos sociais e culturais que são explicitados nesse processo de formação. Alguns estudos, como veremos, remetem aos problemas de comunicação entre pacientes e médicos que advêm das relações de poder e de autoridade assimétricas e das diferenças de perspectivas inerentes ao papel desempenhado por cada qual, procurando mostrar como elas são reproduzidas no processo de socialização em medicina. No Brasil, diversos estudos também têm apontado para a existência de valores e concepções culturais diversas e, por vezes, conflitantes em relação à saúde entre assistentes e pacientes nas camadas populares e médias (DUARTE, 1998; MONTERO, 1985; LOYOLA, 1984; LOYOLA, 1987).

A necessidade de aprofundar a análise sobre formação médica por intermédio de estudos etnográficos realizados em distintos contextos sociais e culturais é enfatizada por diversos autores contemporâneos que chamam atenção para o fato de que não existe um sistema cultural biomédico universal e homogêneo (GOOD; GOOD, 1993; GOOD, 1995; ATKINSON, 1995; CARAPINHEIRO, 1993). O conhecimento médico, produzido socialmente enquanto trabalho, é fruto de uma complexa divisão social e técnica e tem por base múltiplos e diversificados recursos materiais e culturais (ATKINSON, 1995). Ao examinar as interações entre distintos especialistas e membros de uma equipe em um hospital-escola na Inglaterra, ATKINSON também mostra como a experiência clínica de cada um deles e o conhecimento científico do qual dispõem representam as diversas “vozes” da clínica que se articulam, se alternam, competem entre si e/ou entram em conflito no processo de formulação do julgamento clínico (ATKINSON, 1995). E se a experiência clínica é um modo de conhecimento contextualizado localmente tendo por base as tradições e práticas de determinados

lugares e equipes de trabalho, a forma com que os profissionais lidam com evidências científicas e quais são por eles privilegiadas também é sujeito a variações (TIMMERMANS; ANGELL, 2001). Assim, os estudantes, ao se inserirem na hierarquia médica no interior dessas equipes, aprendem modos de percepção, linguagens, formas narrativas e modos de se formular julgamentos os quais, em determinado contexto local, são considerados culturalmente apropriados para a realização e reprodução do trabalho clínico.

Além das peculiaridades locais da prática e do ensino da medicina, os estudos focam também as transformações sociais da medicina e tratam da avaliação dos processos de reforma do ensino médico. Esses autores apontam para a necessidade de aprofundar estudos e realizar análises comparativas acerca do processo de aquisição de valores morais e sociais bem como da aquisição de conhecimentos científicos e habilidades técnicas em distintos contextos sociais e culturais (GOOD; GOOD, 1993; CARAPINHEIRO, 1993).

Autores que trabalham com a formação e a profissão médica, e não só de base antropológica ou sociológica (SCHRAIBER, 1997b; GOOD, 1995; GOOD et al., 1999; CARAPINHEIRO, 1993; ATKINSON, 1995; REGO, 2001), têm colocado a dimensão de como e até que ponto a organização da prática e dos serviços, assim como o mercado de trabalho e as próprias condições em que se realiza o treinamento, seja em termos gerais, seja no que diz respeito especificamente ao treinamento em obstetrícia (FAÚNDES; CECATTI, 1991; DAVIS-FLOYD, 1994; DIAS, 2001), contribuem e/ou criam empecilhos para o desenvolvimento do exercício do ato médico, ato esse ora entendido enquanto trabalho reflexivo e interativo (SCHRAIBER, 1997a, 1997b).

Estudos recentes de GOOD e GOOD (1993), acerca do ensino e da estrutura do conhecimento médico, e de SCHRAIBER (1997a), sobre a ética no exercício do

trabalho em medicina, indicam a relevância de se estudar a tensão estruturante entre duas dimensões indissociáveis do trabalho em medicina — o desempenho técnico-científico e as interações entre os sujeitos em relação, no ato assistencial — e o modo como essas dimensões do ato médico é retratado em discursos ideológicos da medicina ocidental contemporânea a esse respeito. Ao examinar a maneira como essas dimensões se apresentam no julgamento clínico, SCHRAIBER (1997a) aponta para o fato de que a decisão médica sempre envolve a interação entre dois sujeitos desiguais, ao menos do ponto de vista de sua autoridade técnica e científica – médico e paciente – e se reveste de significados para ambos. Porém, nem sempre essa interação possa ser caracterizada como um encontro ou a decisão resultante como algo compartilhado por ambas as partes. Quando o profissional médico extrapola os limites de sua autoridade para decidir *pelo* paciente, ao em vez de *em conjunto com ele*, no curso do processo terapêutico a interatividade é desqualificada e resulta em um desencontro. Ao fazer isso, o profissional estaria deixando de reconhecer o seu paciente como sujeito, e passaria a disciplinar a vida dele, anulando suas escolhas e seu modo de vida.

Assim, ao desqualificar a interação no exercício da prática profissional, o médico estaria violando os direitos humanos do paciente e princípios éticos. Cabe notar que o tipo de interação acima descrita é comum entre profissionais de saúde e suas clientelas de camadas populares (MONTERO, 1985; LOYOLA, 1984; RABELO: 1993), sendo freqüentemente marcada, da perspectiva dessas últimas, pela desconfiança e pela percepção da relação médico-paciente como uma relação de autoridade e poder, em que não se sentem devidamente informados sobre sua saúde/doença e acreditam que a expectativa institucional seria a de que eles se submetam. Esse tipo de autoridade, segundo STARR (1982), tem por base a dependência que se construiu em torno do

profissional e pode se manter, mesmo quando a confiança no médico esteja abalada, particularmente em não havendo outras alternativas.

Consustanciais ao ato médico, o desempenho técnico-científico e a relação médico-paciente nele se associam de formas distintas, resultando em diferentes tipos de autoridade profissional. Porém, na ideologia da cultura médica ocidental, essas duas dimensões são reificadas, sendo apresentadas como esferas dissociadas da prática médica, segundo GOOD e GOOD (1993). Essa cisão é representada na cultura médica norte-americana por dois símbolos-chaves que se justapõem: “competência” e “cuidado”. Esses dois termos, “competência” e “cuidado”, são símbolos centrais à constituição da imagem da “boa medicina” e do “bom profissional”. Porém, essas duas dimensões estruturantes do “ser médico” gozam de estatuto desigual, à medida que à “competência” ou ao desempenho técnico científico é sempre dada primazia na formação, fato esse que se explicita tanto na organização dos currículos e nos instrumentos formais de avaliação, como nos discursos de docentes e de discentes da medicina de modo geral¹. O cuidado ou a dimensão relacional e intersubjetiva da aprendizagem tendem a ser tratados como um aspecto secundário do processo de socialização em medicina, ao qual tende-se a dedicar poucas horas e, na maioria das vezes, em disciplinas apartadas do eixo central do curso, o qual gira em torno das biomédicas, sendo ministradas, de modo geral, nos anos pré-clínicos. Tal como a maioria de seus professores, os alunos de medicina também tendem a valorizar mais os aspectos de seu trabalho identificados como sendo técnicos e científicos e a ter menos interesse e disponibilidade para as questões referentes aos aspectos intersubjetivos que

¹ É preciso ressaltar que não estamos nos referindo ao *conceito* de cuidado tal como tem sido desenvolvido ultimamente na literatura brasileira (AYRES, 2006), mas apenas ao termo “cuidado” tal como referido na antropologia da saúde, a partir de GOOD e GOOD (1993) para se referir à dimensão relacional intersubjetiva da aprendizagem.

permeiam suas relações com pacientes de diferentes contextos sociais e culturais (GOOD; GOOD, 1993; GOOD, 1995; BELLODI, 2001; SAADEH, 1995; FOX, 1999)

Aliás, há décadas² diversas propostas de reforma do ensino médico, tanto na América Latina (SCHRAIBER, 1989) como nos Estados Unidos (FOX, 1999; GOOD, 2002; LOUDON et al., 1999; AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 1999) têm procurado introduzir mudanças nas relações entre médicos e pacientes por considerá-las pouco “humanísticas”, francamente “desumanas” ou “discriminatórias”. Embora apresentem diferenças significativas, um dos elementos comuns a essas propostas é que têm enfatizado a necessidade de aumentar a carga horária dedicada às ciências humanas e integrá-las de modo mais efetivo à grade curricular dedicada à clínica (CANESQUI, 2000; SCHRAIBER, 1997a; FOX, 1999; GOOD, 1995). Segundo FOX (1999), recomendações desse tipo estão presentes em relatórios e propostas de ensino médico norte-americanas desde pelo menos 1932, porém elas vão adquirindo novas roupagens e novas disciplinas vão sendo privilegiadas como aquelas mais aptas a tratar da questão das relações intersubjetivas entre médicos e pacientes em distintos contextos sociais e culturais. SCHRAIBER (1989) chama atenção para as limitações das reformas educacionais que se vêm procurando empreender no ensino médico. Estas últimas, muitas vezes equivocadamente, se propõem a ser o veículo a partir do qual se reorganiza a prática médica quando, de fato, há vários indícios de que o ensino sofre constrangimentos da organização social dos serviços e da produção do trabalho médico, e é fortemente influenciado pela lógica do mercado e por outras determinações sociais e culturais mais amplas, as quais imprimem suas marcas no processo de socialização em medicina. Talvez isso possa nos ajudar a entender por que as disciplinas “não-biomédicas”, a despeito de todas essas recomendações e reformas efetuadas, ainda

² SHRAIBER analisa as propostas de reforma do ensino médico na América Latina desde a década de 1970 e FOX analisa as reformas no ensino médico norte-americano a partir da década de 1930.

tendem a ser ministradas, em sua maioria, nos anos pré-clínicos e a se manter apartadas do núcleo central do currículo. Reiteram, assim, a tendência de se dissociarem as disciplinas “bio-médicas”, que seriam voltadas para a transmissão de conhecimentos e aptidões científicas e tecnológicas, e, portanto, associadas à “competência”, daquelas que se propõem a lidar com as dimensões intersubjetivas da medicina, associadas ao “cuidado”. O estatuto desigual dessas duas dimensões da aprendizagem do exercício profissional é, dessa maneira, mantido.

Duas etnografias recentes sobre distintos aspectos do processo de formação médica no Brasil apontam para a relevância de se estudarem as diferentes manifestações dessa tensão estruturante entre “competência” e “cuidado”. Enquanto BONET (1999) examina como residentes de um pavilhão de clínica médica aprendem as formas de gestão das emoções no exercício da prática médica, MENEZES (2001) analisa como estagiários, em um centro de tratamento intensivo geral (CTI), apreendem a equacionar essas tensões no processo de tomada de decisões médicas referentes à vida, sofrimento e morte dos doentes internados. BONET sugere, porém, que no Brasil, o pólo do “cuidado” aparece mais freqüentemente no discurso de residentes e profissionais como uma preocupação com os aspectos “humanos” ou “psicossociais” da formação médica aos quais se contrapõem os aspectos “científicos”.

Segundo GOOD e GOOD, a justaposição “competência” e “cuidado” e seus significados associados emerge em muitos contextos da história da medicina ocidental e se expressa, na sociedade contemporânea, na luta entre tecnologia e humanismo. Esses autores sugerem, aliás, que as críticas humanistas à medicina contemporânea desempenham papel significativo na manutenção desse duplo discurso, isto é, na reprodução dessa cisão ideológica entre a esfera do desempenho técnico-científico e a esfera das relações intersubjetivas na cultura médica.

Devemos considerar, ainda, que as críticas à medicina tecnológica e às alternativas que emergiram se situam num processo mais abrangente, que envolve a sociedade industrial como um todo. Alguns autores o têm analisado como fase de “modernização reflexiva”, em que a sociedade industrial tornou-se um tema e um problema para si mesma (GIDDENS, 1990; BECK et al., 1997[1995]). Para BECK et al. (1997[1995]), as instabilidades e riscos provocados pelas novidades tecnológicas e organizacionais introduzidas na sociedade têm transformado o próprio processo de modernização em um problema. Nesse sentido, a medicina seria apenas um dentre os muitos “sistemas peritos” (sistema de especialistas em determinado assunto ou expertos) que se tornaram objeto de reflexão e crítica na sociedade contemporânea.

As questões acima consideradas são particularmente agudas na obstetrícia. No Brasil, as denúncias e processos contra tocoginecologistas são um dos indícios dessa situação crítica. A situação vem preocupando as entidades profissionais da categoria, que sugerem, inclusive, que a formação possa estar contribuindo para essa problemática. Levantamento realizado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CADERNOS CREMESP, 2002) entre janeiro de 1996 e janeiro de 2002, constatou que a tocoginecologia é a especialidade que recebe o maior número de denúncias, respondendo com cerca de 12% do total. Destas, 86% são referentes à obstetrícia e 14% à ginecologia. Chama atenção o fato de que a proporção de denúncias referentes à especialidade e que se transformaram em processo disciplinares é ainda maior: 30% do total.

A gravidade da crise na obstetrícia é também apontada quando observamos as principais queixas que motivaram as denúncias e processos disciplinares. As mais frequentes foram, em ordem decrescente: assistência ao parto com óbito do recém-nascido (RN); assistência ao parto com complicações maternas; parto com seqüelas no

RN; assistência ao parto com óbito materno; assistência ao parto com óbito materno e do RN; pré-natal (mau acompanhamento, medicação errada, falta de cuidados, falta de exames, má indicação para o tipo de parto, não observância de sintomas abortivos e eclampsia); prática de aborto e complicações; laqueadura sem consentimento; complicações anestésicas; infecção puerperal e corpo estranho (CADERNOS CREMESP, 2002:13).

Frente a essa crise, diversos atores sociais vêm se manifestando e formulando propostas de reforma ou transformação do atual modelo de assistência obstétrica. Entre esses, cabe destacar a atuação de profissionais de saúde (obstetras, enfermeiras, pediatras, psicólogas, terapeutas corporais, sanitaristas), feministas, e, mais recentemente, mulheres de camadas médias que se identificam como consumidoras dos serviços obstétricos e neonatais. Parcela desses atores sociais vem constituindo e/ou se manifestando por intermédio de redes e organizações não governamentais (ONGs), tais como a Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), o Grupo Curumim Gestação e Parto, o Cais do Parto, a Rede de Parteiras Tradicionais e, mais recentemente, as Amigas do Parto e as Doulas do Brasil.

Associações e conselhos profissionais, de outro lado, também têm se constituído como pólo de expressão de opiniões e de formulação de propostas de mudança, entre os quais se incluem a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) o Conselho Federal de Medicina e, em particular, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo³ (CREMESP), e a Associação Brasileira de Obstetizes e

³ Cabe lembrar que, frente à crise de confiança na autoridade profissional do tocoginecologista, o CREMESP lançou a campanha “Natural é parto normal” que depois se estendeu a nível nacional e, mais recentemente, lançou uma publicação intitulada *Ética em Ginecologia e Obstetrícia* (CADERNOS CREMESP, 2002). Publicada com a colaboração e apoio da FEBRASGO, essa revista renova a postura

Enfermeiras Obstetras (ABENFO). E, desde meados da década de 1990, o Ministério de Saúde tem implementado uma série de medidas visando reduzir as taxas de cesáreas e estimular o parto normal bem como o processo de humanização da atenção obstétrica. Essas iniciativas contam, por vezes, com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e/ou do Banco Mundial e com a colaboração ou parceria de alguns dos atores sociais acima mencionados.⁴

Dada a diversidade de atores sociais e de interesses representados nesse processo, não é de se estranhar que haja uma série de debates, conflitos e acomodações

da corporação que representa ao divulgar e defender a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos na assistência tocoginecológica.

⁴ Entre as medidas tomadas pelo governo federal, cabe mencionar, a campanha nacional “Normal é natural” promovida pelo Conselho Federal de Medicina com o apoio do Ministério da Saúde em 1996; o conjunto de medidas visando melhorar a qualidade da assistência ao parto no Sistema Único de Saúde (SUS) de maio de 1998, entre as quais se incluem o estabelecimento de percentual máximo de cesáreas para pagamento de hospitais conveniados ao SUS, o aumento no valor total do parto, a introdução do pagamento de parto realizado por enfermeira obstetra; a introdução do pagamento da analgesia no parto normal, a criação do prêmio Galba de Araújo visando incentivar o parto humanizado, o incentivo e a regulamentação da criação de Centros de Parto Normal e o incentivo à capacitação de enfermeiras obstetras e parteiras tradicionais. Mais recentemente o Ministério produziu, em parceria com a Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, uma Cartilha sobre os Direitos da Gestante; instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento, em junho de 2000, e distribuiu manuais técnicos a todas as Secretarias Estaduais de Saúde, e à mala direta da FEBRASGO e ABENFO, inclusive o manual, *Assistência ao parto normal – um guia prático*, publicação da OMS (2000[1996]), traduzido para o português e impresso com apoio da OPAS e da Cooperação Internacional do Japão (JICA) em 2000, que sistematiza evidência científica acumulada, organizando-na em recomendações práticas; e a produção e distribuição do manual *Parto, aborto, e puerpério: assistência humanizada à mulher* (2001), com apoio e colaboração da FEBRASGO e ABENFO. Ao mesmo tempo, o Ministério de Saúde prestou seu apoio ao *Projeto Diretrizes*, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira (ABM) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio de um convênio firmado com essas entidades em outubro de 2001, que inclui, entre outras elaboradas pela FEBRASGO, um conjunto de diretrizes acerca da assistência ao trabalho de parto e outro conjunto de diretrizes acerca da cesariana e suas indicações. No que diz respeito às propostas de reforma do ensino da obstetrícia, cabe mencionar os seminários promovidos entre os dias 4 e 6 de setembro de 2002 pelo Centro de Pesquisas e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas -- CEMICAMP em conjunto com o Ministério de Saúde: “Educação médica e o atendimento ao parto de baixo risco” e o seminário internacional “*Cesárea: avaliação e propostas de ação*”. O primeiro contou com a participação de representantes da área de obstetrícia de departamentos de ginecologia e obstetrícia e da área de neonatologia dos departamentos de pediatria de faculdades de medicina de 64 universidades brasileiras e, entre as propostas de mudança mencionadas em seu relatório final, se incluem a necessidade de “priorizar, no internato em obstetrícia, o ensino ao atendimento do parto de baixo risco” e que “os hospitais universitários adotem protocolos para rotina de atendimento ao parto de alto risco, com supervisão de sua aplicação, devendo essa ser exercida pelos docentes mais capacitados” (FAÚNDES; QUEVEDO, 2002). Ademais, no seminário internacional a “*Cesárea: avaliação e propostas de ação*”, consta entre as recomendações da seção temática sobre ações em educação médica, que os hospitais de ensino pratiquem a obstetrícia baseada em evidências e que as faculdades disponibilizem “os Manuais do Ministério da Saúde – FEBRASGO sobre o atendimento obstétrico para que sejam acessíveis como livro de texto para os estudantes de medicina” (FAÚNDES; QUEVEDO, 2002).

em torno de distintas concepções de parto e alternativas de atendimento a esse evento sendo propostas. Há controvérsias até mesmo acerca de qual ou quais os profissional(ais) melhor capacitado(s) para prestar assistência ao parto vaginal sem distócia (obstetras, enfermeiras obstétricas, obstetrites, e/ou parteiras profissionais); dos recursos humanos e equipamentos indispensáveis em locais que oferecem atendimento a partos de baixo risco; da relativa segurança de distintos locais (hospitais, casas de parto e domicílio) para realizar-se o parto de baixo risco planejado; dos direitos reprodutivos, inclusive do direito das mulheres de exercerem escolhas no tocante às variáveis da assistência acima mencionados; e, mais recentemente, das diretrizes que devem nortear a prática obstétrica. Embora os reflexos dessas controvérsias na formação certamente existem e sejam um tema que merece ser aprofundado, não foi este o foco deste texto⁵.

No plano da formação em obstetrícia, há autores que têm se voltado para a análise crítica das concepções do parto presentes nos livros-texto contemporâneos (HAHN, 1987; MARTIN, 2006[1987]; DAVIS-FLOYD, 1992; DINIZ, 1996). Entre esses, o trabalho de DAVIS-FLOYD é de particular interesse para nós, pois desloca o foco central de análise dos manuais de medicina para o processo interativo de formação em obstetrícia (DAVIS-FLOYD, 1987, 1992). Cabe assinalar que se trata da principal referência que encontramos, até o momento, na literatura antropológica, que se dedica ao estudo do treinamento e especialização em obstetrícia em instituições de ensino superior voltadas para a aprendizagem da medicina. Já DIAS estudou a formação em obstetrícia fora do espaço das instituições de ensino médico, em estágios realizados em maternidades (DIAS, 2001). Dada a singularidade do estudo de DAVIS-FLOYD e sua centralidade para a investigação que pretendo empreender, e pelo fato de ter se

⁵ Acerca dos conflitos em torno da humanização do parto na formação em obstetrícia, ver HOTIMSKY e SCHRAIBER (2005) e DIAS e DESLANDES (2006).

transformado em referência em trabalhos acadêmicos dedicados à análise da assistência obstétrica brasileira⁶, resumo abaixo algumas dos pressupostos e conclusões da autora que discuto a seguir.

Considerado um longo rito de passagem que transforma estudantes em obstetras, essa socialização seria responsável por transmitir os valores e o sistema nuclear de crenças que caracterizam o modelo tecnocrático de parto e nascimento norte-americano cujo foco recai sobre a produção do “bebê perfeito”. Esse modelo de parto, por sua vez, teria por fundamento valores centrais à sociedade norte-americana, caracterizada como sociedade tecnocrática, os quais seriam: a crença na superioridade da tecnologia e da ciência sobre a natureza, o patriarcado e a fé nas instituições sociais, inclusive a hospitalar. A socialização do estudante nesse modelo de atenção ao parto, além de envolver a aquisição desses valores, também o levaria a assimilar certos padrões rotineiros, ritualísticos e performáticos de comportamento que estariam efetivamente trabalhando no sentido de transmiti-los para a parturiente, contribuindo, desse modo, para a sua reprodução social. A assimilação passiva desses valores culturais hegemônicos por parte dos estudantes seria assegurada por algumas características que o internato e a residência compartilham com a fase de liminaridade e transição de outros ritos de passagem – o isolamento dos neófitas, a sua submissão a agruras físicas e psicológicas, a realização mecânica e ritualística de atividades rotineiras -- que levam à desconstrução do sistema de valores dos alunos e os tornam particularmente receptivos à aprendizagem de novas perspectivas e crenças.

Um dos pressupostos básicos dessa análise é que ritos de passagem, inclusive este, envolvem a assimilação e incorporação passiva de valores hegemônicos. BECKER et al. (2002[1961]) e ATKINSON (1995) sugerem, entretanto, que o processo de

⁶ Trata-se referência citada tanto na literatura biomédica (DINIZ, 1996, 2001; OSAVA, 1997; DIAS, 2001) como na literatura antropológica (CARRANZA, 1994; VAN HOLLEN, 1998; HOTIMSKY, 2001).

socialização em medicina expõe o aluno a concepções, valores e práticas competitivas e por vezes conflitantes à medida em que as perspectivas de seus professores são heterogêneas, havendo embates entre “linhas” ou “escolas” distintas no interior das disciplinas, distintos modelos de ensino-aprendizagem adotados pelos seus professores; e contrastes entre os modos de equacionar a experiência e o conhecimento científico no julgamento clínico. Aliás, como salientam BECKER et al. (2002[1961]) e ATKINSON (1995), a valorização da autonomia profissional no julgamento clínico se contrapõe à concepção da aprendizagem como aquisição de um modelo monolítico e sistêmico de profissionalização.

2 HIPÓTESE DE TRABALHO

Acreditamos que “competência” e “cuidado” são dimensões indissociáveis do trabalho médico, e que o estudo das maneiras como essas dimensões se articulam na formação em obstetrícia durante a graduação, possa contribuir para a compreensão do que se considera a boa prática médica nessa área e de como ocorre sua desqualificação.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Procuramos descrever e analisar as diferentes articulações entre “competência técnica e científica” e “cuidado” que emergem na construção social da “boa prática” ao longo de diversas etapas da formação médica em obstetrícia na graduação.

3.2 Objetivos específicos

Descrever e analisar como se realiza o processo de orientação e as formas de supervisão dos alunos pelos residentes, preceptores e professores assistentes nas escolas de medicina. Inclui-se, nesse aspecto do ensino, a aprendizagem do modo como devem se apresentar às pacientes, se comunicar com elas e se portar, em suas relações com outros membros da equipe, diante delas, ao longo do processo de assistência ao parto e nascimento.

No que diz respeito à comunicação com as pacientes, atentar particularmente para o modo como se dá a aprendizagem da escuta médica, como se aprende a responder às indagações, demandas, preocupações e manifestações de medo e sofrimento da paciente; como se aprende a transmitir informações médicas à paciente e em que situações e de que modo se aprende a consultar a paciente e propiciar sua

participação nas decisões tomadas acerca dos procedimentos a serem realizadas na assistência que lhe é prestada.

Observar as diversas formas pelas quais os alunos são avaliados pelos seus superiores, assim como é sinalizado o seu bom ou mau desempenho, formal ou informalmente.

Observar quais as circunstâncias em que as atitudes do aluno são consideradas, pelos educadores envolvidos (residentes, preceptores e professores ou supervisores dos estagiários), desrespeitosas ou inapropriadas, e como se dá a orientação para que esse possa melhorar sua atitude.

Verificar quais os padrões de construção de narrativas sobre o estado de saúde das pacientes, chamadas de apresentações de caso.

Descrever e analisar o modo como se dão a organização e distribuição de tarefas e de execução de procedimentos relacionados à assistência obstétrica entre os membros da equipe médica ao longo do processo de formação, no ensino formal, e atentar para as considerações de alunos e residentes a respeito da dificuldade, da importância e do interesse em sua realização.

Identificar o modo como os alunos aprendem a lidar com a hierarquia de poder e prestígio médico na aprendizagem do exercício da obstetrícia. Em que situações de aprendizagem essa hierarquia se manifesta e se impõe de forma mais rígida? Há situações em que a transposição da hierarquia se transforma em recurso didático visando uma maior integração do aluno à equipe e explicitando um reconhecimento de sua competência?

Descrever e analisar o modo como se dá a divisão do trabalho entre os membros da equipe médica.

4 MÉTODO

Este estudo foi realizado em duas escolas conceituadas de medicina, no caso localizadas na Grande São Paulo. Trata-se de duas escolas tradicionais e consolidadas no campo médico, as quais são bastante procuradas por aqueles que, ao prestarem exames vestibulares, procuram ingressar em faculdades de medicina. Ambas são referências conhecidas no campo da obstetrícia e ginecologia e se reconhecem mutuamente como escolas importantes na medicina paulista. Elas serão doravante chamadas de “Faculdade X” e “Faculdade Y”.

A formação em obstetrícia dos estudantes de medicina nas duas escolas foi investigada por meio da comparação entre elas. Dessa maneira, foi possível averiguar em que medida as soluções propostas e os problemas enfrentados pelas instituições buscando assegurar a qualidade da formação nessa área se assemelham e se diferenciam e quais as generalizações que podem ser feitas a esse respeito.

Duas técnicas complementares foram utilizadas na coleta de dados: a observação participante e entrevistas semi-estruturadas. De modo geral, procurei realizar a observação participante inicialmente, conforme descrito a seguir, e posteriormente entrevistas semi-estruturadas com alunos e residentes para aprofundar tópicos da observação. Um instrumento suplementar da pesquisa foi a análise comparativa de manuais, livros-texto e protocolos de atenção ao parto utilizados nos hospitais escolas dessas instituições de ensino e o modo como estes são implementados na prática.

O foco do estudo se restringiu à fase de formação em obstetrícia na graduação, embora à medida que há grande convivência desses alunos com os residentes e os assistentes, alguns aspectos desse relacionamento foram mencionados.

4.1 A observação participante

A observação participante foi realizada nas salas de aulas, corredores, e diversos serviços de assistência obstétrica oferecidos pelos ambulatórios e hospitais vinculados às duas Faculdades onde os alunos realizam as distintas etapas de sua aprendizagem teórica e treinamento do exercício prático nessa especialidade. Foi observada a maneira como o conteúdo teórico de obstetrícia é transmitido, como os alunos estudam e como se relacionam entre si e com os professores.

Acompanhei também o processo de sua iniciação à prática, buscando compreender como o estudante de medicina é apresentado às pacientes, e observei como se desenrolam os estágios práticos do internato, no quinto e sexto anos da faculdade, e os atores envolvidos: alunos, pacientes, preceptores, residentes, assistentes e professores. Particular atenção foi dada às formas de supervisão dos alunos pelos residentes, preceptores, professores e assistentes. As circunstâncias em que a atitude do aluno na aprendizagem do exercício da prática é considerada, pelos supervisores (residentes, preceptores e/ou professores-assistentes), desrespeitosa, inapropriada ou errada foram registradas nos diários de campo. A situação inversa também foi registrada: alunos considerando as atitudes de seus superiores na hierarquia acadêmica como inadequadas. As normas de conduta transmitidas aos alunos por escrito ou verbalmente em sala de aula ou nos ambientes hospitalares foram documentadas.

O processo geral de avaliação do desempenho do aluno foi descrito e analisado, com base nos programas e na observação participante. São mostradas as maneiras formais e informais com as quais o bom desempenho é sinalizado.

No que diz respeito à comunicação com as pacientes, procurei atentar para o modo como se dá a aprendizagem da escuta médica, como se aprende a responder às suas indagações, demandas, preocupações e manifestações de medo e sofrimento; como se aprender a transmitir informações médicas às mulheres.

A observação participante da equipe médica no setor de obstetrícia dos hospitais-escolas em que realizei a presente pesquisa me permitiu participar do processo de aprendizagem do exercício profissional em seu cotidiano. Observei o desenrolar dos eventos, escutei conversas e pedi esclarecimentos, com o mínimo de interferência possível na vida e trabalho das pessoas sendo estudadas.

Esse método tem sido utilizado tradicionalmente pela antropologia no estudo de diferentes aspectos da formação médica, pois oferece a maior oportunidade para descobrir quais as questões mais importantes e as preocupações centrais para aqueles envolvidos diretamente nesse processo (BECKER et al., 2002[1961]; GOOD, 1993; MENEZES, 2001; BONET, 2004). À medida que a construção do conhecimento médico e o ato médico em si são processos intersubjetivos, a observação participante facilita a identificação de padrões de interação, envolvendo os alunos-aprendizes e demais membros das equipes médicas (e multidisciplinares), no atendimento à saúde das pacientes. Nesse sentido, trata-se de uma técnica particularmente interessante e apropriada para essa pesquisa, pois permite acompanhar a participação dos alunos em processos decisórios e na realização de intervenções, buscando depreender como aprendem a transmitir informações, compartilhar ou não as decisões com as pacientes e respeitar ou não os seus direitos no processo em que se transformarão em autoridades profissionais.

Neste trabalho, voltei a atenção especificamente para a emergência e a resolução de conflitos ou *dramas sociais* (TURNER, 1957, 1974, 1986) no trabalho etnográfico.

Acreditamos que a análise de dramas sociais é um instrumento valioso para a compreensão do que é considerado a “boa prática” obstétrica. Como mostraram BECKER et al. (2002 [1961]), nessas situações conflituosas, normas, regras morais, valores e padrões de comportamento implícitos se rompem, sendo então explicitados pelas facções contenciosas. Desse modo, tornam-se também acessíveis ao pesquisador, que procura se familiarizar com esse universo simbólico do *outro* – no caso, o “mundo da medicina”, tal como esse se apresenta para os alunos ao se transformarem em médicos ao longo de suas trajetórias nas instituições de ensino profissional. Além de desvendar essas normas e esses valores, a resolução dos conflitos também possibilita observar quais os mecanismos de reparação e integração que se colocam em jogo nessas situações.

A observação participante desenrolou-se de 5 de janeiro a 25 de maio de 2004 na Faculdade X, e de 30 de agosto de 2004 a 11 de abril de 2005 na Faculdade Y. Acompanhei a formação dos alunos todos os dias da semana para acompanhamento da rotina em diferentes situações: de aula, de visita orientada, tutoragem e outras atividades dos alunos nos serviços, conforme descrito no capítulo em que são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa. Quanto aos plantões, busquei alternar a observação entre os diurnos e noturnos, durante a semana e em final de semana/feriados.

A partir do contato com os acadêmicos, internos e residentes nessa fase da pesquisa em cada escola, eu os convidei a participar das entrevistas que constituem a segunda etapa.

4.2 As entrevistas semi-estruturadas

As entrevistas semi-estruturadas foram gravadas e transcritas para posterior análise. Antes do início da pesquisa de campo, os roteiros propostos foram pré-testados com médicos obstetras ou não, que não foram incluídos no estudo posteriormente, e sofreram as adequações que se consideraram necessárias. Foram realizadas 39 entrevistas, sendo 21 na Faculdade X e 18 na Faculdade Y, com alunos e residentes, conforme segue.

Faculdade X:

- 5 entrevistas com alunos que haviam completado o módulo de formação teórica em obstetrícia normal
- 7 entrevistas com alunos que haviam completado o 5º ano de internato em obstetrícia
- 6 entrevistas com alunos que haviam completado o 6º ano de internato em obstetrícia
- 1 entrevista com um residente de primeiro ano
- 1 entrevista com um residente de segundo ano
- 1 entrevista com um residente de terceiro ano

Faculdade Y:

- 4 entrevistas com alunos que haviam completado o primeiro módulo de obstetrícia
- 3 entrevistas com alunos que haviam completado o segundo módulo de obstetrícia
- 2 entrevistas com alunos que haviam completado o 5º ano de internato
- 2 entrevistas com alunos que haviam completado o 6º ano de internato (uma das quais já cursava o primeiro ano da residência em obstetrícia à época da entrevista)
- 2 entrevistas com residentes de primeiro ano (um dos quais havia acompanhado em algumas atividades quando ainda estava no 6º ano de internato em obstetrícia)
- 6 entrevistas com residentes de segundo ano (quatro dos quais havia acompanhado em alguma atividade enquanto cursavam o primeiro ano de residência e dois que estavam no segundo ano de residência quando iniciei minha pesquisa e os entrevistei).

Os roteiros das entrevistas com alunos e residentes encontram-se no Anexo A.

As entrevistas duraram em média uma hora e meia com cada aluno. No entanto, algumas delas foram mais extensas, demandando dois ou mais encontros (variação de 40 a 708 minutos de duração).

4.3 Ética da pesquisa

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e pelos comitês de ética em pesquisa das faculdades e departamentos onde o estudo foi realizado. Formulários de consentimento livre e esclarecido (Anexo B) específicos foram elaborados para a observação participante e para as entrevistas. No caso das entrevistas, havia um formulário específico para alunos e outro para residentes de cada escola. Quanto à observação participante, também havia formulários específicos para pacientes, alunos e os distintos membros da equipe de assistência obstétrica de todos os serviços em que esta pesquisa foi realizada, sendo todos aprovados pelos respectivos comitês.

Ao iniciar a pesquisa de campo em cada faculdade, fui apresentada, em uma reunião científica do departamento de obstetrícia e ginecologia ou da disciplina de obstetrícia, por um membro do departamento responsável pelo ensino de obstetrícia na graduação, a todos os docentes, assistentes, residentes, preceptores e demais pessoas presentes. Nessas ocasiões, foi-me concedida a oportunidade de apresentar os objetivos e métodos de minha pesquisa e de responder a perguntas que porventura os presentes quisessem dirigir a mim acerca deste estudo. Distribuía então termos de consentimento livre e esclarecido de observação participante e os recolhia posteriormente. O mesmo acontecia em todas as apresentações iniciais dos módulos de formação em obstetrícia, em que também era apresentada pelo professor ou coordenador responsável a cada nova turma de alunos. Em cada serviço que freqüentava, sempre pedia permissão a um dos internos para acompanhá-lo no atendimento às pacientes. Estas também eram abordadas por mim antes do início do atendimento e depois que o aluno havia se apresentado para

receberem minhas explicações a respeito da pesquisa e darem sua licença formal para que eu observasse a assistência prestada. Todos os participantes da pesquisa assinaram os termos de consentimento informado. Caso um aluno ou paciente não quisesse participar da pesquisa no momento de observação participante nos serviços, a observação não era realizada.

Preservamos o sigilo em relação às Faculdades em que este estudo foi realizado. Também garantimos o sigilo da identidade de todos os participantes envolvidos.

5. ENSINO TEÓRICO E PRÁTICO DE OBSTETRÍCIA NAS DUAS FACULDADES

É nosso intuito, nesta seção, oferecer um panorama geral da seqüência de cursos obrigatórios que os dois departamentos de obstetrícia oferecem aos seus alunos de graduação. Na Faculdade X, as disciplinas de ginecologia e de obstetrícia, embora façam parte do mesmo departamento, têm cada qual sua própria chefia e seu próprio coordenador de ensino, e o programa de cada disciplina é dado separadamente. Na Faculdade Y, por outro lado, as disciplinas são oferecidas em conjunto pelo departamento de obstetrícia e ginecologia, que está sob a responsabilidade de um único chefe e um único coordenador de ensino.

5.1 Os programas

Nessas Faculdades, a formação em obstetrícia se subdivide em três ou em quatro módulos. Um ou dois, de teor mais teórico, são oferecidos aos assim chamados “acadêmicos”, nome que se dá ao estudante de medicina que está cursando os quatro primeiros anos que precedem o internato (ver Tabela 1 adiante). Dois outros módulos são oferecidos sob a forma de estágios de internato, ou treinamento em serviço, um no 5º e um no 6º ano.⁷

⁷ O internato constitui o último ciclo do curso médico, sendo definido como “estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta da própria Escola/Faculdade”, segundo o artigo 7º das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES nº 4, de 7/11/2001. A duração

Tabela 1 - Distribuição dos períodos letivos (em semanas) e conteúdos de treinamento na grade curricular dos acadêmicos de medicina

| | Períodos | Conteúdos oferecidos | |
|-----------|---------------|---|---|
| | | Faculdade X | Faculdade Y |
| Acadêmico | Primeiro ano | Teoria da obstetrícia normal [“formação clássica”] | Propedêutica obstétrica [“formação clássica”] e saúde reprodutiva (11 semanas) |
| | Segundo ano | | |
| | Terceiro ano | (14 semanas) | Patológica obstétrica (1,1 semana) |
| | Quarto ano | | |
| Internato | Quinto ano | Formação prática de obstetrícia normal (4 semanas) | Prática obstétrica [incluindo pré-natal e produção de monografia de conclusão de curso] (9 semanas) |
| | Sexto ano | Formação em obstetrícia patológica [incluindo introdução ao pré-natal] (3,4 semanas) | Urgências obstétricas (4,3 semanas) |
| | Total: | 21,4 semanas | 25,4 semanas |

Uma característica compartilhada por esses cursos, e que diz respeito à formação nessa especialidade de modo geral, é que, ao menos do ponto de vista de sua apresentação formal nos programas, as disciplinas seguem uma seqüência lógica consagrada nos livros-textos da área, que subdividem a obstetrícia em normal e patológica, apresentando primeiro a assim chamada obstetrícia normal aos estudantes. Conforme os programas dos cursos, portanto, os alunos seriam inicialmente apresentados à fisiologia normal do ciclo gestacional e a sua assistência para então, em outra etapa da formação, serem instruídos sobre a obstetrícia patológica.

O modo como se distribui o tempo dedicado a essa especialidade na grade curricular⁸ dos cursos pesquisados comporta certas diferenças. Na Faculdade X, há três disciplinas obrigatórias em obstetrícia no curso médico, as quais são distribuídas ao longo de 21,4 semanas, enquanto na Faculdade Y, os quatro módulos de obstetrícia são distribuídos ao longo de 25,4 semanas. Ambas as Faculdades apresentam a

mínima do internato, segundo essa Resolução, é de 35% da carga horária total do curso de medicina, sendo realizado, em algumas faculdades, em um ano e, em outras, em dois anos, como ocorre nos dois cursos pesquisados.

⁸ À medida que a programação de obstetrícia é dada em conjunta com a de ginecologia na Faculdade Y, para fins de cálculo da duração da formação em obstetrícia computamos separadamente o tempo dedicado à obstetrícia, ao qual somamos o período de tempo dado em conjunto pelas duas disciplinas.

especialidade aos alunos por meio de um curso introdutório dedicado à obstetrícia normal. Apesar de algumas diferenças quanto ao seu conteúdo⁹ e à sua distribuição no tempo – na Faculdade X ela ocupa 14 enquanto na Faculdade Y, 11 semanas letivas – pode-se dizer que, em ambos os casos, trata-se de disciplinas de caráter mais teórico do que prático. E, enquanto o restante da carga horária na Faculdade X se distribui entre os estágios do internato, na Faculdade Y, há ainda outro módulo teórico de obstetrícia patológica, concentrado em 1,1 semana letiva, antes do internato.

No que diz respeito especificamente ao internato, há também diferenças significativas quanto ao conteúdo programático, tanto em relação às atividades teóricas como em relação às atividades práticas priorizadas. A duração dos estágios em obstetrícia no internato na Faculdade X ocupa períodos de tempo semelhantes no 5º e no 6º ano, como se pode depreender na Tabela 1 na seção anterior. Em ambos os anos do internato há plantões noturnos e de fim-de-semana. Nessa Faculdade, além do treinamento em serviço de diferentes facetas da assistência obstétrica, o estágio do 6º ano comporta a formação teórica em obstetrícia patológica. Aliás, segundo a programação, o estágio do 5º ano, realizado em hospital secundário, estaria dedicado à formação prática da obstetrícia normal e o 6º ano, realizado em hospital terciário, à teoria e prática da obstetrícia patológica¹⁰. Assim, a princípio, poder-se-ia imaginar que, nessa Faculdade, mais de metade (62,5%) da formação na especialidade é dedicada à obstetrícia normal. Efetivamente, porém, parte da programação teórica e parte da prática do 5º ano de internato também se dedicam à obstetrícia patológica, tema ao qual voltaremos em outro momento de nosso trabalho. Cabe apenas salientar aqui que o treinamento em serviço, em ambos os estágios, envolve a participação na assistência ao

⁹ Discutiremos semelhanças e diferenças em relação a essa programação introdutória na seção: *A apresentação à obstetrícia normal*, do presente trabalho.

¹⁰ Segundo o Manual de Alunos, entregue pelo Departamento, o 5º ano é denominado de “Formação prática de obstetrícia normal” e o 6º ano, “Formação em obstetrícia patológica”.

parto e no atendimento a puérperas internadas na enfermaria do puerpério. O contato com gestantes, por outro lado, se limita, quase exclusivamente à participação do atendimento às urgências obstétricas em ambos os anos do treinamento em serviço e no atendimento a gestantes internadas com doenças obstétricas e não-obstétricas no estágio do 6^o ano. Durante os dois anos de internato, nas 7,4 semanas que constam na programação do treinamento em serviço em obstetrícia, apenas 4 a 6 horas são dedicadas à participação dos alunos na assistência ambulatorial a gestantes de baixo risco. Nesse período, os internos participam da assistência pré-natal de duas ou três gestantes diferentes, cada qual em uma data, seguida de uma discussão em grupo acerca desses atendimentos. O fato de não poder participar da assistência a gestantes, acompanhando o desenvolvimento de gestações normais, por meio do atendimento ao pré-natal de baixo risco, é um aspecto do treinamento em serviço em obstetrícia nessa Faculdade da qual os alunos se ressentem, como comenta uma das alunas entrevistadas:

“Se eu tenho que decidir fazer medicina de família agora, se alguém não passar na residência e decidir fazer medicina da família agora¹¹, não tem base pra fazer o pré-natal com o que a gente teve. Dois dias no ambulatório são muito pouco, entendeu? (...) Eu me sinto completamente despreparada praticamente, assim falando, sabe, da teoria tudo bem, porque você vai estar sempre com um livrinho, você vai ter como estudar se você tiver que atender uma gestante, mas na prática, tenho insegurança para conduzir um pré-natal.”

Na Faculdade Y, por outro lado, há diferenças significativas quanto à duração dos dois estágios de internato, como se pode constatar na Tabela 1. Enquanto o estágio de 5^o ano ocupa, ao todo, 9 semanas, o estágio do 6^o ano ocupa 4,3 semanas, isto é, menos de metade do tempo. Há que se considerar que, embora o número de semanas dedicadas aos estágios seja maior do que na Faculdade X, esses estágios de internato não são exclusivamente de obstetrícia como naquela Faculdade, mas de treinamento em

¹¹ Para serem contratados como médicos de família no Programa de Saúde da Família (PSF), os recém-formados não precisam ter cursado programa de residência médica.

serviço de ginecologia e obstetrícia. Há algumas atividades teóricas e práticas que são específicas a cada área e algumas atividades que são realizadas em conjunto. Discutiremos, a seguir, as características desse estágio que dizem respeito ao treinamento em serviço em obstetrícia.

Ambos os estágios são realizados em hospital-escola da Faculdade Y, de nível terciário, onde os alunos recebem formação prática em obstetrícia normal e patológica. Há plantões durante a semana em ambos os estágios, mas os plantões noturnos e de fim-de-semana estão concentrados no 5º ano — no qual, aliás, os alunos só participam de plantões diurnos durante finais de semana e feriados. No 6º ano, por outro lado, os alunos participam apenas de plantões diurnos de 2ª a 6ª feiras. Nos plantões, os internos do 5º e 6º ano se revezam entre o centro obstétrico e o pronto-socorro, participando do atendimento ao parto e do diagnóstico e assistência às urgências obstétricas.

No 5º ano, as aulas teóricas de obstetrícia e os horários de plantão se distribuem ao longo das 9 semanas do estágio, alternando-se com as aulas teóricas de ginecologia. Essas aulas são ministradas para o conjunto de alunos cursando o estágio. Por outro lado, quando não estão assistindo a essas aulas teóricas, esse conjunto de alunos se subdivide em três subgrupos de cinco a seis alunos que passam, em rodízio, por um treinamento em serviço de três semanas, em que se dedicam a atividades específicas à área de obstetrícia¹². Essas atividades incluem a aprendizagem e exercício do atendimento às puérperas internadas em uma enfermaria de puerpério e às gestantes em ambulatórios de pré-natal de baixo e alto risco, assim como o acompanhamento de visitas às gestantes com doenças de caráter obstétrico ou não, internadas em uma enfermaria de gestação de alto risco. A programação de atividades teóricas e científicas

¹² Os outros dois períodos de três semanas são dedicados a diferentes aspectos do treinamento em serviço de ginecologia.

específicas à área de obstetrícia, assim como os plantões, é mais concentrada no estágio do 5º ano.

Além das aulas e discussões de caso, essa programação inclui a apresentação de uma monografia no final do estágio. Trata-se de um trabalho efetuado em grupo, a partir de pesquisa bibliográfica e empírica realizada no hospital-escola, que versa sobre um tema da área escolhido por um orientador designado pelo departamento. No 6º ano os alunos dedicam poucas horas às atividades teóricas e científicas. Essas se restringem à participação em seminários sobre temas de patologias obstétricas e o acompanhamento de visitas às gestantes com doenças, sejam obstétricas ou não, internadas em uma enfermaria de gestação de alto risco, discussões de caso e reuniões científicas do departamento.

5.2 A apresentação à obstetrícia normal

A apresentação inicial aos programas que fizemos indica que o que é considerado uma boa formação em obstetrícia na graduação em medicina, segundo os responsáveis pelo ensino dessa disciplina em distintas instituições, comporta certa variabilidade. As variações não se limitam ao tempo considerado necessário para a aquisição dos conhecimentos, competências e habilidades específicas à área, abarcando também diferenças quanto à ênfase e prioridade dada a temas e atividades específicas de seu conteúdo programático. Assim, ao abordar a primeira etapa da formação nessa área, dedicada à assim chamada obstetrícia normal, iniciaremos com algumas considerações acerca de diferenças significativas em seu conteúdo programático.

Na Faculdade Y o conteúdo programático do curso oferecido pelo departamento de obstetrícia e ginecologia, que inclui o módulo de formação teórica em obstetrícia normal, também contempla a abordagem de temas relativos à saúde reprodutiva no país e de atenção integral à saúde da mulher. A abordagem desses temas em um curso introdutório de ginecologia e obstetrícia certamente contribui para apresentar aos alunos uma visão mais abrangente da saúde da mulher. Este não é o caso na Faculdade X, onde a formação teórica em obstetrícia normal se propõe a abordar apenas a dimensão fisiológica da gestação, parto e puerpério e a assistência médica que se presta à mulher ao longo desse processo, segundo uma visão mais tradicional do campo. Por outro lado, na Faculdade Y esses conteúdos programáticos fazem parte de um curso em que temáticas relacionadas às dimensões culturais, sociais, epidemiológicas e políticas da saúde reprodutiva são também abordadas.

Essa visão mais moderna e abrangente da saúde reprodutiva e da assistência integral à saúde da mulher contempla algumas das questões fundamentais abordadas pelo movimento feminista e que, desde a década de 1990, tem norteado políticas e programas nacionais da área de saúde da mulher. Cabe salientar que a programação em saúde reprodutiva é coordenada por um docente de outro departamento da Faculdade Y e não o de obstetrícia e ginecologia. Os temas desenvolvidos são: saúde e direitos sexuais e reprodutivos, concepções médicas sobre a mulher, assistência obstétrica no Brasil, gravidez na adolescência, planejamento familiar no Brasil e violência sexual contra a mulher.

Essas características do conteúdo programático tendem a contemplar melhor alguns dos sentidos de integralidade que norteiam as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina (2001). Assim, por exemplo, ao se referir a estrutura do curso de graduação em medicina, se afirma que ele deve:

“Promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais”¹³

Por outro lado, a integração entre as dimensões acima referidas é limitada pelas dissonâncias entre as perspectivas adotadas pelos departamentos responsáveis pelos distintos módulos da disciplina e pela falta de permeabilidade e intercâmbio daí resultante. A distância que se estabelece entre os módulos é sinalizada logo na apresentação do curso. A introdução geral à disciplina é feita pela coordenadora responsável pelos módulos de obstetrícia e ginecologia, a qual é vinculada a esse departamento. Essa apresentação geral contou inclusive com uma breve visita do chefe do departamento e do seu coordenador de residência, que entraram em sala para dirigir algumas palavras aos alunos e lhes desejar as boas-vindas. Por outro lado, a outra coordenadora, responsável pela programação em saúde reprodutiva, não esteve presente. Nessa aula introdutória, os alunos receberam uma versão resumida da programação e orientações gerais acerca da organização da disciplina e da sistemática e critérios de avaliação. Ao apresentar o curso, a coordenadora vinculada ao departamento de ginecologia e obstetrícia afirmou que nada tem a ver com o módulo de saúde reprodutiva, sob responsabilidade de outra coordenadora, e descreveu a relação entre os módulos do curso da seguinte forma:

“São dois cursos paralelos: um clássico de propedêutica ginecológica e obstétrica e um de saúde pública (...)”

Essa distância entre os módulos, sob distintas coordenações, realizadas em distintos espaços e cujas avaliações são separadas, também é marcada pelo conflito. O ponto de partida da programação em saúde reprodutiva é constituído pela apresentação de uma visão crítica das concepções médicas sobre o corpo da mulher. São explicitados

¹³ Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, Artigo 12, Inciso IV, 2001.

alguns dos valores sociais que permeiam discursos médicos sobre sexualidade e reprodução desde o século XIX. Procura-se mostrar, a partir de alguns exemplos, a tendência de se reiterar, na ginecologia contemporânea, a concepção de que a predominância das funções sexuais e reprodutivas na mulher faria dela um ser naturalmente mais frágil e vulnerável, legitimando-se assim um modelo de relação hierárquica entre os gêneros¹⁴. Sugere-se aos estudantes que fiquem atentos em relação aos valores que perpassam a produção de conhecimento com a qual entrarão em contato no departamento de obstetrícia e ginecologia ao longo do curso. Os dois departamentos também apresentaram aos alunos visões contrastantes no tocante à relação médico-paciente e modelos conflitantes de assistência ao parto¹⁵. Nesse sentido, pode-se dizer que o curso proporciona ao aluno a oportunidade de desenvolver uma postura crítica ao explicitar algumas das controvérsias existentes no campo, porém, ao mesmo tempo, reitera a distância aparentemente intransponível entre a assim chamada perspectiva da saúde pública e a perspectiva clássica da propedêutica ginecológica e obstétrica.

Discutiremos, a seguir, algumas características da formação em obstetrícia normal sob a coordenação direta dos departamentos de obstetrícia e ginecologia das faculdades em que realizamos nossa pesquisa etnográfica.

5.2.1 Da obstetrícia normal: uma formação clássica

Inicialmente, cabe indagar por que os docentes da área freqüentemente se referem à formação em obstetrícia normal como sendo clássica. A utilização deste

¹⁴ Acerca dessa concepção e de seu papel no processo de institucionalização da ginecologia e obstetrícia enquanto especialidade médica ver MOSCUCCI, 1990; ROHDEN, 2001.

¹⁵ A esse respeito ver HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2005.

termo nos remete, por um lado, à bibliografia básica indicada aos alunos. Trata-se de uma bibliografia clássica, pois vem sendo utilizada no curso ao longo de décadas. A reedição de livros-texto parece, aliás, ser uma tradição na área, a qual não se restringe apenas ao Brasil, sendo freqüente a revisão, ampliação e atualização dos livros, inclusive por outros autores. Assim, por exemplo, a primeira edição da obra que é hoje conhecida como *Williams' Obstetrics* (CUNNINGHAM et al., 2001), livro-texto norte-americano que consta das indicações bibliográficas de quase todos os programas de graduação em obstetrícia nestas duas assim como em outras faculdades, foi organizada pelo próprio J. W. Williams e publicado em 1903 (WILLIAMS, 1903)¹⁶. A 21ª edição deste livro, de 2001, era a versão mais recente à época desta pesquisa.

Obstetrícia Normal - Briquet (DELASCIO; GUARIENTO, 1981, 1994) e *Obstetrícia Fundamental* (REZENDE, 1999), são os livros-texto mais freqüentemente consultados pelos alunos de ambas as Faculdades, sendo que o segundo consta apenas da bibliografia recomendada na Faculdade Y. A primeira edição de *Obstetrícia Normal*, de Raul Briquet, é de 1939, sendo a versão ampliada da terceira e última edição (de 1994) organizada por Domingos Delascio e Antonio Guariento, e intitulada *Obstetrícia Normal – Briquet*, assim como as subseqüentes. É essa última edição do livro-texto que é indicada no programa de obstetrícia normal da Faculdade Y. No programa da Faculdade X, a edição indicada como bibliografia básica do curso é de 1981. Trata-se da terceira edição sem o acréscimo de um capítulo sobre medicina fetal, incluso em 1994 e que se constitui como a única ampliação e alteração de seu conteúdo após 1981. A primeira edição de *Obstetrícia Fundamental*, de Jorge de Rezende, é de 1976 e, em 2004, sua versão mais recente era de 2003. Entretanto, a versão desse livro-texto

¹⁶ O título da primeira edição era apenas *Obstetrics: a text-book for the use of students and practitioners* (New York: ND. Appleton and Company; 1903).

indicada como referência bibliográfica no programa da Faculdade Y em 2004, era a oitava edição, de 1999.

As edições de todos os livros-textos — tanto os nacionais como os estrangeiros — indicados na bibliografia dos programas de 2004 e 2005 desses cursos de obstetrícia normal, quando da realização desta pesquisa etnográfica, são da década de 1980 e 1990. Como dissemos, a versão mais recente de *Obstetrícia Normal - Briquet*, fora editada em 1994, isto é, há uma década. E, embora existissem, naquele momento, edições mais recentes de vários dos livros-texto mencionados nos programas, estas não foram incluídas nas bibliografias dessa disciplina, e sim as edições mais antigas. A atualização científica, aspecto considerado constitutivo da competência técnica e científica pelos alunos entrevistados e elemento fundamental da educação médica, constando inclusive entre as diretrizes curriculares da graduação em medicina¹⁷, não parece ser essencial à formação, no que diz respeito especificamente à obstetrícia normal, pelos departamentos em questão. Em contraponto, cabe salientar, as indicações bibliográficas de disciplinas do internato dos mesmos departamentos de ambas as Faculdades, particularmente no que diz respeito à obstetrícia patológica, tendem a ser mais recentes, incluindo desde as primeiras edições de textos novos até versões mais atualizadas dos mesmos livros indicados para o estudo da obstetrícia normal. Nas disciplinas de patologia obstétrica onde a atualização científica é mais valorizada, as referências mais antigas são de meados da década de 1990 e as mais recentes, de 2000 a 2003.

Vejamos como um dos professores se refere à *Obstetrícia Normal - Briquet* (DELASCIO; GUARIENTO, 1981, 1994), que, como vimos, é indicado nas bibliografias de ambos os programas e é tido como um “clássico” na área:

¹⁷ Artigo 4º inciso II. Tomada de decisões: “(...) Para este fim, os mesmos (profissionais de saúde) devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar, e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas” e, no inciso VI do mesmo artigo, “Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática.(...)” em *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, op.cit.*

“BRIQUET é clássico para estudar uma série de coisas que não mudaram.”

Assim como os programas, as aulas teóricas tendem a reforçar a impressão de que a obstetrícia normal é uma área pouco dinâmica, pois raramente são mencionados dilemas em relação à conduta ou controvérsias científicas contemporâneas. Além disso, são poucas as aulas que fazem menção a outras fontes bibliográficas além daquelas que constam no programa e mesmo estas freqüentemente se referem a referências científicas das décadas de 1920 a 1980. Em uma das Faculdades (a X), apenas duas aulas teóricas fizeram menção explícita a publicações sobre pesquisas realizadas na área a partir da década de 1990. Estas tinham por tema a nutrição e o uso de medicamentos na gestação.

A idéia de que essa formação também é clássica porque se trata de uma área em que há poucas inovações é incorporada pelos alunos e por professores de outras áreas, sendo, por vezes, considerada uma característica da obstetrícia como um todo e não apenas da obstetrícia normal. Essa concepção aparece nos depoimentos de estudantes entrevistados, como, por exemplo, uma aluna da Faculdade X, que comenta:

“(....) porque eu gosto do Departamento de (____), assim, eu acho que é uma área bem interessante, tem muito que ser pesquisado, está bem desenvolvido assim. Inclusive o Profº (... [daquele departamento]) estava até comentando comigo outro dia que a gineco-obstetrícia, em comparação com a (...[campo de atuação do referido professor]), por exemplo, eles estão na Idade da Pedra em pesquisa. Então a (...[campo de atuação do referido professor]) está muito além, assim, está muito mais desenvolvida, tem muito mais coisa em andamento, né? E realmente eu acho que é por aí, porque inclusive os livros que a gente estuda na obstetrícia são livros extremamente antigos e que até hoje ainda têm o seu valor, então não é uma área que muda tanto, que está sempre, tem tanta coisa sendo descoberta, como a imunologia, por exemplo.”

Leandro, interno da mesma faculdade, afirma:

“Em obstetrícia, eu acho que não precisa de muito pra manter atualizado não, na verdade, porque acho que não muda muita coisa. Não, de verdade! Porque a gente está estudando no livro de 1981 e ainda dá pra funcionar, tem muita coisa que está ultrapassada lá, mas tem muita coisa que funciona, então assim, eu acho que não deve mudar muita coisa, mais congressinho aqui outro lá e assinar uma revista assim pra pegar algum artigo mais interessante, deve ser suficiente.”

Encontraremos no prefácio à segunda edição do livro *Obstetrícia Normal - Briquet* (DELASCIO; GUARIENTO, 1981, 1994) alguns outros elementos que nos possibilitam entender por que esse livro, considerado um clássico na área, continua a ser indicado aos alunos de graduação:

Prefácio da segunda edição:

“Conquanto fosse intenção do autor reeditar este livro, sua morte prematura impediu-o, entretanto de fazê-lo. Não seria justo, porém, relegar ao olvido uma obra que há muitos anos presta inestimáveis serviços aos que se devotam ao estudo e à prática de tocológia.

Dois foram os principais objetivos que nos levaram a assumir o honorífico encargo de preparar a segunda edição: perpetuar a escola obstétrica criada por Raul Briquet, à qual nos orgulhamos de pertencer, e prestar justa homenagem à memória do eminente mestre da obstetrícia brasileira.

Nos tempos atuais, um livro envelhece rapidamente e, para atualizá-lo, faz-se mister, por força dos progressos da ciência e arte, acrescentar-lhe as modificações que se fizerem necessárias. Eis a razão por que nesta edição se tornou imperativo procedermos a uma série de modificações. Tratando-se de compêndio que data de três décadas, tivemos de lhe introduzir novos capítulos e refazer, quase que inteiramente, outros. Antes de tudo, porém, impusemo-nos o dever de não desvirtuar o espírito em que a obra foi concebida.

Esperamos que esta nova edição propicie, a todos quantos dela se utilizarem, os mesmos benefícios que nós mesmos e muitos outros dela usufruímos em sua primeira edição. (...)

*Domingos Delascio
Antonio Guariento*

São Paulo, julho de 1970

Percebe-se que, para estes organizadores, o sentido de atualizar e reeditar o livro é o de preservar uma tradição à qual se filiam, perpetuando a “escola obstétrica” criada por Raul Briquet. Na terceira edição desta obra, alguns parágrafos são dedicados a Raul Briquet e à assim chamada “Escola Obstétrica Paulista”, e foram acrescentados ao capítulo 2, intitulado “*Evolução da Obstetrícia*” por seus organizadores, Delascio e Guariento. Nota-se então que essa escola se configura como uma verdadeira genealogia de elites institucionais e de poder no campo da obstetrícia. Ela é composta pelos assistentes de Raul Briquet e os livre-docentes que se formaram quando a obstetrícia esteve sob sua direção, os quais ocuparam os cargos de professor titular e chefe de departamento de conceituadas faculdades, bem como o de diretores de maternidades e presidentes de associações médicas paulistas. A relevância atribuída à contribuição de Briquet e de sua “escola” para a obstetrícia e a extensão da influência exercida por eles até os dias de hoje tende inclusive a ser ampliada e atualizada, como se pode constatar na seguinte homenagem prestada por Professor Bussâmara Neme, um de seus discípulos, em seu livro-texto.

“Deve-se a Briquet, direta ou através de seus discípulos, a formação de todos os atuais professores titulares das Escolas Médicas do Estado de São Paulo. Fundador inquestionável da Obstetrícia Paulista, legou a seus colaboradores os fundamentos modernos da prática médica e cirúrgica da especialidade. Em suas lições salientou sempre estrito respeito no trato com as pacientes e absoluta observância de medidas assistenciais que preservam a integridade física e psíquica de seus conceptos.” (NEME, 2000)

Em contraposição às rivalidades existentes entre as conceituadas faculdades paulistas e seus respectivos departamentos, a assim chamada “Escola Obstétrica Paulista” bem como o livro clássico de Briquet, aparentemente se constituem em símbolos de uma identidade coletiva regional que procura se perpetuar. Efetivamente,

esse livro-texto consta da bibliografia básica em programas de obstetrícia de outras renomadas faculdades de medicina no Estado de São Paulo além daquelas em que realizamos nossa pesquisa. Além disso, é indicado como bibliografia para o ingresso em concursos na área, como é mencionado em sala de aula pelos professores¹⁸.

Perpetuar essa tradição entre os graduandos em medicina envolve certos desafios, o primeiro dos quais diz respeito ao acesso ao livro-texto. Trata-se de uma edição esgotada e as bibliotecas das faculdades têm um número limitado de cópias. Assim, os alunos enfrentam certa dificuldade para adquiri-lo, usado. Uma das alunas entrevistadas que tem um interesse particular por essa área me contou que nem sequer em sebos conseguiu encontrá-lo. O que se faz de praxe é emprestar um original ou cópia de colegas mais velhos, residentes, amigos e parentes ginecologistas e obstetras para tirar uma cópia. Tal como uma herança, esse livro passa de mão em mão, daqueles já iniciados na área para aqueles que estão se iniciando.

No prefácio acima citado, assim como naquele da terceira edição, faz-se menção à realização de *“modificações que se fizeram necessárias”*, dado os progressos na área. Porém, ao mesmo tempo, se afirma ter se procurado preservar o *“espírito em que a obra foi concebida”*. Os organizadores fizeram então algumas opções no que diz respeito à reedição da obra, norteados por aquilo que consideraram fundamental atualizar e o que não, seja porque aqueles aspectos da obstetrícia teriam continuado atuais até 1994, quando da última reedição, seja porque estariam vinculados ao *“espírito”* da obra.

Discernir o que foi ou não alterado do ponto de vista do conteúdo requer, com poucas exceções, uma comparação entre as edições do livro-texto existentes e um exame das referências bibliográficas ao final de cada capítulo. As únicas menções

¹⁸ Esse livro-texto é indicado até mesmo como bibliografia básica no concurso para o ingresso em um dos poucos estágios extracurriculares ainda oferecidos a estudantes de graduação em medicina em maternidades paulistanas. Trata-se de concurso ainda bastante concorrido por estudantes de diversas faculdades de medicina, inclusive algumas situadas fora da cidade de São Paulo.

explícitas a acréscimos realizados pelos organizadores são uma seção do segundo capítulo dedicado a Briquet e à “Escola Obstétrica Paulista”, a que já fizemos referência, e a inclusão de um capítulo sobre medicina fetal, de autoria de Antonio Fernandes Moron, na reedição de 1994.

Em todo caso, entre as atualizações, nota-se uma tendência a se privilegiarem as inovações tecnológicas, incluindo-se, entre estas, novos exames laboratoriais e tecnologias de diagnóstico por imagem tais como a ultra-sonografia e a Doppler- fluxometria. Essas atualizações sinalizam, de certo modo, a passagem, em curso nesse período, da medicina tradicional para a medicina tecnológica (SCHRAIBER, 1997b). Além disso, nota-se um deslocamento em relação à proposta original da obra, que se dedicava à obstetrícia normal, como assinala o título, à medida que foram sendo incorporados seções e capítulos inteiros dedicados à patologia obstétrica, tal como, por exemplo, o capítulo 14, intitulado “*Semiologia da gravidez de alto risco*”.

A inclusão do capítulo sobre medicina fetal na última reedição em 1994 sinaliza ambas essas tendências, e retrata nitidamente o entusiasmo que se gerou em torno dessa nova subespecialidade da obstetrícia. Cabe mencionar que esse capítulo destoa dos demais acrescentados à obra, em função de dois aspectos: é o único em que consta autoria e é também o único em que se faz menção aos direitos do paciente enquanto ser humano e cidadão. Neste caso, o cidadão e portador de direitos humanos ao qual o autor se refere é o feto:

“A nosso ver, Medicina Fetal abrange um conjunto de ações de modalidades distintas, preventivas, diagnósticas ou terapêuticas no sentido de avaliar, assistir e proteger a saúde do feto. Assim o compromisso maior deste especialista é com a saúde do feto. Considera o feto como um indivíduo, um paciente em todos os aspectos do direito de um ser humano e um cidadão. Para tanto, utiliza recursos clínicos, ultra-sonográficos, bioquímicos, dopplerfluxométricos, imunológicos, hematológicos, bacteriológicos, medicamentosos e cirúrgicos.” (MORON, 1994:461)

Ao privilegiar o feto como paciente, afirmando ser este um indivíduo dotado de direitos, um cidadão, o autor diferencia a medicina fetal do restante da obstetrícia que se propõe, a princípio, a proteger a saúde da gestante, parturiente e puérpera, assim como a do feto. Ao mesmo tempo é muito curioso que, ao longo do livro todo, o único participante da relação médico-paciente cujos direitos são supostamente reconhecidos por meio dessa afirmativa é um sujeito que não tem voz ativa, que não pode intervir, opinar, reivindicar ou negociar com os demais partícipes da relação.

Assim sendo, declarar que o feto é seu paciente, se colocando a serviço deste na defesa de seus direitos, é reiterar uma relação de tutela, reforçando uma concepção de gênero que norteou a construção social das especialidades de ginecologia e obstetrícia no século XIX (MOSCUCCI, 1990; ROHDEN, 2001), segundo a qual a reprodução é vista como principal função da mulher, cujo corpo imperfeito é dotado de um tênue equilíbrio físico e emocional, agravado durante o curso da gestação parto e puerpério, e requisitando, portanto, tutela e proteção. Aliás, cabe notar que, no final do século XIX, uma das mudanças significativas no discurso médico em relação ao parto foi a crescente valorização da vida do feto (LEAVITT, 1999). Isso foi, em parte, consequência do desenvolvimento de novas tecnologias que ampliaram o escopo de intervenções obstétricas. Ao mesmo tempo, o argumento de que o médico seria o melhor defensor dos direitos do feto data desse período e visava estabelecer um maior controle daquele na tomada de decisões obstétricas, afastando as parturientes e outros leigos desse processo e reforçando sua autoridade profissional. Como assinala LEAVITT (1999:650), nos anos 1880 e 1890 nos Estados Unidos, os direitos do feto passam a ser retratados no discurso médico como sendo por vezes antagônicos aos interesses da mãe e familiares. Argumenta-se que, à medida que o recurso a determinadas intervenções obstétricas implicaria em expor a mãe a maiores riscos à sua saúde e/ou à própria vida,

isso seria contrário aos seus interesses. Por esse motivo, a participação da parturiente e a de outros familiares na tomada de decisão passa a ser desqualificada como tendenciosa. Segundo esse discurso, caberia exclusivamente ao obstetra, baseado em seus conhecimentos científicos e sua racionalidade e, tendo em vista os direitos do feto e “os interesses mais amplos da humanidade”, a tomada de decisão. Nota-se, portanto, que ao mesmo tempo em que o médico é retratado como defensor do feto, ele é considerado, simultaneamente, defensor do bem comum, sendo sua imparcialidade exaltada. Longe de ser um discurso desinteressado, entretanto, como assinala LEAVITT, trata-se de um discurso que procura estabelecer a autoridade do profissional no parto, buscando justificar o controle médico na tomada de decisões obstétricas e desqualificar a mãe como parceira nessas decisões. A reprodução figura nesse discurso como a finalidade do corpo feminino e único parâmetro para avaliar o “valor” da vida da mulher.

Nota-se que o discurso médico em defesa dos direitos do feto que encontramos na última edição de *Obstetrícia Normal – Briquet* (DELASCIO; GUARIENTO, 1994) não constitui uma novidade. Por outro lado, MORON, ao reforçar o sentido da tutela, inova procurando deslocar radicalmente seu objeto única e exclusivamente para o feto, buscando apartar a gestante e parturiente em cujo corpo se situa o tutelado (DELASCIO; GUARIENTO, 1994).

Um dos diversos outros aspectos clássicos da obstetrícia tal como apresentado aos acadêmicos de ambas as Faculdades diz respeito à descrição anatômica da pelve feminina normal e de suas deformações. Como sugerem WALRATH (2003) e MARTINS (2005), as descrições anatômicas da pelve e do processo de nascimento presentes nos manuais de obstetrícia são interpretações científicas construídas em determinados contextos e refletem valores culturais e interesses clínicos. As permanências e transformações dessas concepções têm tido conseqüências importantes

para a definição de condutas em relação ao parto as quais merecem maior aprofundamento. Neste momento vamos apenas dar uma breve apresentação.

Há controvérsias em relação às primeiras descrições anatômicas mais apuradas da pelve feminina e de suas deformações. Segundo WILLIAMS (1997[1903]) e WALRATH (2003), atribui-se a Vesalius, em seu tratado de anatomia, *De Humani Corporis Fabrica*, publicado em 1543, a primeira descrição da pelve feminina a contestar a concepção reinante desde o período da medicina hipocrática, conforme a qual os ossos que compõem a pelve se separavam durante o trabalho de parto. De acordo com o obstetra norte-americano WILLIAMS, na primeira edição de seu livro-texto¹⁹:

“Vesalius demonstrou a falácia dessa concepção e que a pelve, para fins práticos, deveria ser considerada um anel ósseo inflexível” (1997[1903]:1).

Esta seria a descrição correta da pelve normal e teria fundamentado a concepção de anomalias pélvicas:

“A medida que Vesalius foi o primeiro a descrever a pelve normal corretamente, fica claro que a concepção de pelves contraídas não poderia existir antes de seu tempo. Seu aluno J.C. Arantius (1530-1589) fez a primeira descrição de uma pelve anormal, mas sua descoberta não exerceu nenhum efeito apreciável sobre a arte obstétrica do período, devido ao fato de que Ambroise Paré²⁰ ainda conservava a velha concepção da separação dos ossos púbicos durante o trabalho de parto e promovia essa idéia em seus escritos” (1997[1903]:580).

¹⁹ *Obstetrics: A text-book for the use of students and practioners*, cuja primeira edição data de 1903, foi re-editado em 1997, com uma introdução de dois obstetras norte-americanos contemporâneos, Steven L. Clark e Gary D.V. Hankins. O *Williams Obstetrics*, livro clássico da obstetrícia norte-americana, estava em sua 21ª edição (2001) quando iniciei a pesquisa de campo. Frequentemente esse livro texto consta de programas de departamentos de obstetrícia brasileiros, embora não apenas os das Faculdades X e Y, como bibliografia complementar. Um dos indícios do prestígio dessa obra entre os obstetras brasileiros é que, quando pedi sugestões bibliográficas de um dos chefes da disciplina pesquisada, este me sugeriu o *Williams Obstetrics*. Nesse sentido me pareceu interessante comparar as diretrizes presentes em algumas edições desse livro-texto com aquelas presentes em edições anteriores e contemporâneas de manuais e livros-texto brasileiros consultados pelos alunos das Faculdades X e Y.

²⁰ Ambroise Pare foi uma das mais importantes autoridades obstétricas francesas no século XVI, responsável pela tradução para o francês do Tratado de Vesalius, e não aceitava a concepção do anel ósseo.

WALRATH (2003), arqueóloga contemporânea e estudiosa do mecanismo de parto na espécie humana, contesta a precisão atribuída por WILLIAMS aos desenhos originais de Vesalius, mencionando que esses não incluíam a curvatura sacra e distorciam a posição anatômica da pelve. Afirma, ademais, que seus erros continuaram sendo reproduzidos durante séculos nos livros-texto de medicina, inclusive em alguns contemporâneos. Como sugerem WALRATH (2003) e MARTINS (2005), há permanências e transformações nessas descrições anatômicas nos livros-texto, que refletem continuidades e descontinuidades em valores e interesses clínicos. É o que observamos acima em relação à mudança na forma de representar a arquitetura da pelve introduzida por Vesalius e as diferentes formas como essa descrição é interpretada por WILLIAMS (1997[1903]) e WALRATH (2003).

Quanto à descrição anatômica da bacia como um “*anel ósseo inflexível*”, é interessante notar que versões menos ou mais atualizadas dessa representação da bacia se encontram nos livros-texto que constituem referência básica de leitura nos módulos de obstetrícia normal das Faculdades X e Y. Nas Figuras 1 e 2 abaixo, ao ilustrar o conjugado verdadeiro²¹, nota-se que a articulação da sínfise púbica com os dois ilíacos na parte anterior da pelve simplesmente não aparece e o contorno ósseo envolvendo a parte anterior e os dois lados da bacia são mostrados como um contínuo. A imagem do anel é reforçada pelo alinhavo preto que foi desenhado sobre o perímetro interno da pelve dando destaque aos diâmetros que se estendem de um lado ao outro desse perímetro.

²¹ Conjugado verdadeiro ou obstétrico é um diâmetro interno do plano superior da pelve que é inatingível no exame tocológico da paciente. Ele é estimado por meio da medida de um outro diâmetro, chamado de conjugado diagonal.

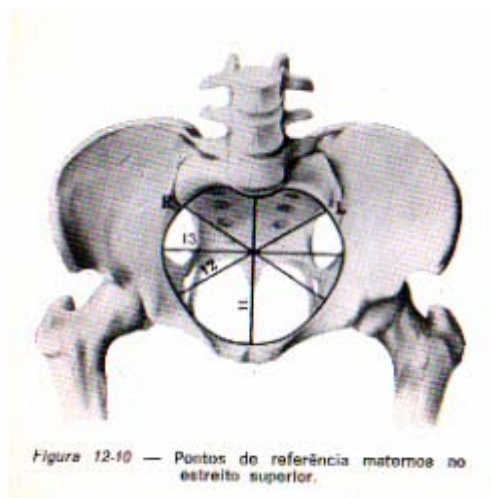


Figura 1. Diâmetros do estreito superior (DELASCIO; GUARIENTO 1981:186;1994:176)



Figura 2. Diâmetros do estreito superior (REZENDE, 2003:135)

Cabe mencionar que essas não são as únicas imagens da pelve nesse livros-texto e que, em outras imagens, a sínfise púbica e as outras articulações da bacia aparecem. Porém, não deixa de ser interessante que, quando se trata de discutir os diâmetros do estreito superior²², esse plano da pelve se assemelha mais à imagem de um anel e não de um conjunto de ossos conectados por articulações. Imagem mais atualizada dessa descrição anatômica da pelve como um todo contínuo inflexível também transparece em todas as edições do livro do BRIQUET quando se trata de descrever os fenômenos mecânicos do parto. Trata-se de uma ilustração retirada, por Briquet, de um livro de LEE (1938), conforme o texto que acompanha a figura no livro, para ilustrar a teoria de Selheim acerca da rotação do feto na bacia, denominada “canal de parto”.

²² A anatomia da pelve passou a ser descrita pela obstetrícia em termos de planos por onde passa o feto em seu trajeto do nascimento. O estreito superior é o primeiro plano.



Figura 3. Teoria de Selheim
(DELASCIO; GUARIENTO, 1994:322)

A representação gráfica do mecanismo de parto como um cilindro uniformemente flexível (o feto) passando por outro cilindro inflexível e curvo na ponta (a bacia), tal como sugerido por SELHEIM em 1913, e adotado por BRIQUET desde a primeira até a última versão do seu livro-texto, certamente contribui para fixar uma imagem do trajeto como estreito e de difícil travessia.

“Selheim muito se tem dedicado ao problema do mecanismo de parto; dá importância singular ao feto como factor de rotação. A mecânica prova que um cilindro uniformemente flexível, ao passar dentro de outro ligeiramente encurvado na posição inferior, conserva, sem sofrer rotação alguma. A orientação inicial, por simples inflexão no sentido ântero-posterior. Se porém o cilindro conteúdo (feto), tiver flexibilidade desigual em dados segmentos, ele sofrerá, dentro do cilindro continente encurvado (canal de parto), um movimento em torno do eixo longitudinal até que venha adaptar-se (rotação) à curva do continente (eixo pélvico). Ora, o feto apresenta zonas de flexibilidade desigual; na região cervical, ela é maior para trás, e na região dorso-lombar no sentido lateral. A essência da rotação está nas tensões elásticas do corpo fetal diversamente flexível e impulsionado através do canal recurvo. Acrescente-se a tendência que a cabeça tem de se deflectir por motivo de flexão forçada, e que actua sinergicamente com as tensões elásticas, e assim ter-se-á realizado a rotação anterior da cabeça.” (BRIQUET, 1939:360-2) (DELASCIO; GUARIENTO, 1994:322-3)

O feto é o único protagonista nessa descrição do parto, em que ele tem que se confrontar com partes inóspitas do corpo materno. A pelve materna, inflexível e estreita, se constitui como obstáculo a ser ultrapassado que “força” o feto a flexionar sua cabeça. Menciona-se que há uma força impulsionando esse feto pelo canal do parto, porém não se menciona, nessa descrição, de onde vem essa força. Essa forma de conceber a mãe na

cena do parto, em que ela é reduzida a um fragmento de corpo, destituída de seu papel de protagonista — ou senão de lhe conferir o papel de agente apenas quando a relação entre feto e mãe durante o parto é retratada como conflituosa — tem sido analisada por outros autores (MARTIN, 2006[1987]; HAHN, 1987; MARTINS, 2006). Ao discutir as concepções de mulher e de parto na primeira edição do livro-texto de Williams, de 1903, HAHN aponta para quatro aspectos fundamentais:

“Primeiro, a mulher é concebida como ‘organismo materno’ e ‘trato generativo’-- isto é, o sistema orgânico é abstraído da pessoa de tal modo que a mulher deixa de ser vista. Segundo, o processo de parto e nascimento é percebido como tão cheio de perigos que se transforma em inerentemente patológico, precisando de um controle e uma atenção médica penetrante e abrangente. (...) Terceiro, à parturiente é atribuído um papel essencialmente passivo, enquanto o médico assume o papel de agente central no parto. Em edições posteriores, Williams indica mais claramente sua convicção de que médicos e não as parturientes partejam. O médico não é simplesmente o assistente ou consultor da mulher que gesta e pari a criança. Ao invés disso, ele é o condutor da fisiologia e da reprodução, e a mulher é uma participante vagamente discernível – a portadora desse evento fisiológico. Finalmente, quando se atribui à gestante e seus parceiros e parceiras qualquer papel de agente, é essencialmente enquanto adversários, obstruindo sua própria parturição.” (HAHN, 1987:262-3)

Contribui também para essa descrição do trajeto como estreito e pouco flexível nas várias versões do livro-texto, inclusive *Obstetrícia Normal – BRIQUET* (1994), o valor desprezível dado à retropulsão cóccica, isto é, à única dimensão da bacia — o cóccix — à qual se atribui certa flexibilidade durante parto:

“Outras doutrinas devem ser lembradas, porque aludem a factores ainda não considerados da bacia óssea e mole. Como alega BUMM, não se pode invocar a forma do estreito inferior para explicar a rotação interna, porque, até depois da retropulsão cóccica, o diâmetro ântero-posterior pouco excede em dimensão o transversal do estreito inferior. Melhor é aceitar o papel da chanfradura anterior da sínfise púbica. Em cima não há rotação, porquanto a contra-pressão da parede é a mesma em todos os lados, mas, alcançando o andar pélvico inferior, o

occipício encaminha-se para a região infra-sinfisária, onde ela é nula ou mínima.” (BRIQUET, 1939:362-3; DELASCIO; GUARIENTO, 1994:323)

Esse parágrafo ilustra não apenas os esforços que o feto terá que fazer para ultrapassar as dificuldades que seu trajeto pelo canal do parto lhe apresenta, segundo essa interpretação desse fenômeno, mas também dá uma idéia das dificuldades que os alunos têm de enfrentar caso procurem a bibliografia básica em busca de um melhor entendimento da “obstetrícia normal”. Na apresentação ao curso de obstetrícia, terão de procurar aprender a linguagem acima e se familiarizar com seu emprego para compreender o mecanismo de parto, tal como explicado pelos autores em suas obras clássicas. Em sala de aula nas Faculdades X e Y, dedica-se muito mais tempo à descrição das posições anômalas do feto no parto, ilustradas inclusive com imagens assustadoras, do que ao mecanismo de parto normal.

Outro fator que, ao nosso ver, contribui para reforçar uma concepção patológica da fisiologia do parto (DINIZ, 1996) é a própria definição do mecanismo de parto, tal como explicitada em sala de aula. Assim por exemplo, em uma aula acerca de mecanismos de parto no curso de obstetrícia normal da Faculdade X, o professor definiu o conceito e a finalidade do mecanismo de parto nos seguintes termos:

“Conceito: (o mecanismo de parto) é um conjunto de movimentos passivos que o feto sofre por ocasião do parto. Finalidade: adequação dos diâmetros aparentemente amplos, do pólo fetal, com os diâmetros exíguos da bacia óssea”.

E essa forma clássica de retratar o mecanismo de parto em condições normais se associa a uma concepção, também clássica, de vício pélvico. As imagens assustadoras do prognóstico de vício pélvico, indicação freqüente de intervenção operatória no século XIX e início do século XX, cujo fantasma estimulava os receios das parturientes em relação ao parto (LEAVITT, 1999[1987]), ainda se fazem presentes no ensino de

obstetrícia, entre outras ocasiões, quando se discute o prognóstico de vício pélvico.

Vejam os o que a professora acima mencionada afirma aos alunos acerca desse tema:

“Vício pélvico é definido como qualquer deformidade da bacia óssea (...) Quais os efeitos que a distócia óssea pode trazer: desconforto, encarceramento uterino (dentro da bacia óssea) e propicia maior incidência de apresentações anômalas. Também tem maior chance de inserção anômala da placenta. (...) Se esse vício não é diagnosticado, é complicado. Vício pélvico de estreito superior é o que determina se parto vaginal é ou não possível. Se insistir, vai acontecer uma tragédia: rotura uterina, morte fetal, morte materna. (...) Isso tem importante aplicação na prática:

Será que pode fazer fórceps ou será que tem que ser cesárea?

Quando há vício pélvico há maior incidência de cesarianas; um aumento de hemorragias durante o parto por toco-traumatismo; e de hemorragias e infecções no puerpério.

Em relação às conseqüências para o feto: prejudica também a vitalidade fetal, há hemorragias intracranianas, também há hipóxia e morte fetal.

Bom, sabendo disso, se perceber que não tenho condições de fazer parto normal, vou submeter a minha paciente à cesariana.”

Porém essa interpretação do vício pélvico e a conduta clínica a ser adotada a partir de seu “diagnóstico” é bastante questionada em *Williams Obstetrics* (CUNNINGHAM et al., 2001) em sua 21^a edição, a mais recente à época da realização da pesquisa de campo e, portanto, quando essa professora fazia a descrição das conseqüências de vícios pélvicos aos alunos de graduação de medicina da Faculdade Y, e lhes propunha as recomendações acima.

Ao abordar especificamente o diagnóstico de desproporção cefalopélvica, que pode resultar, segundo os autores, do tamanho excessivo do feto, da capacidade pélvica inadequada ou da má-apresentação do feto, os autores afirmam:

“A expressão desproporção cefalopélvica começou a ser utilizada antes do século XX para descrever o trabalho de parto obstruído devido a disparidades entre as dimensões da cabeça do feto e a pelve da mãe, tais que tornavam o parto vaginal

impossível. Esse termo porém, emergiu em um período no qual a principal indicação de cesárea era o patente vício pélvico devido ao raquitismo. Tais verdadeiras desproporções cefalopélvicas são raras hoje em dia, e a maioria das desproporções se deve à má posição da cabeça do feto – assinclitismo ou extensão dos diâmetros ósseos da cabeça fetal, ou devido a contrações uterinas ineficazes. A verdadeira desproporção cefalopélvica é um diagnóstico tênue, pois dois terços ou mais das mulheres diagnosticadas como tendo essa desordem e cujos partos são cesáreas subsequente têm partos vaginais em que dão à luz crianças até maiores.” (CUNNINGHAM et al., 2001:426)

O que estamos chamando atenção aqui é que edições posteriores do *Williams Obstetrics*, como indica HAHN (1987), foram incorporando algumas mudanças com relação ao modo de retratar esse evento fisiológico, isto é, como “*inerentemente patológico*”, e reconhecendo, progressivamente, embora de forma ainda limitada, a participação da mulher no controle sobre a reprodução e do parto. Porém, essas inovações, que dizem respeito à concepções de gênero e ao reconhecimento de direitos reprodutivos da mulher, têm sido ignoradas pelos livros-texto indicados na bibliografia básica dos cursos pesquisados.

Analisando a situação de atenção à saúde da mulher nos Estados Unidos e na Europa, GOOD (1995) e DEVRIES (1994) afirmam que se trata de uma área da saúde que tem sido particularmente sensível às demandas de consumidoras e às críticas em relação à qualidade da assistência. Tal como HAHN (1987), atribuem esse fato, por um lado, à força e visibilidade de movimentos sociais, particularmente o movimento feminista nesse campo. Por outro, ao impacto da crise de confiança na assistência obstétrica, engendrada pelo desenvolvimento da medicina tecnológica, que se expressou, entre outras coisas, por meio de um crescente número de denúncias e processos contra obstetras.

No campo das políticas públicas e da indústria hospitalar brasileira, podem-se perceber mudanças como as acima referidas na área de saúde da mulher, porém, a formação em obstetrícia nas duas faculdades pesquisadas tem sido bastante resistente a sua incorporação. Essa grande impermeabilidade ao reconhecimento de direitos reprodutivos e a concepções e procedimentos como consentimento informado e decisões compartilhadas pode ser observada não apenas nos clássicos livros-texto adotados, como também no ensino em sala de aula e nas várias etapas da assistência obstétrica — tema esse que será retomado em outros momentos desse trabalho.

5.3 Internato: carga horária e arranjos informais na aprendizagem

Outra característica do internato nas duas Faculdades que cabe mencionar é a distribuição da carga horária entre atividades práticas e teóricas. Para discutir esse aspecto do internato fizemos um cálculo do tempo dedicado às diversas atividades teóricas e práticas na área de obstetrícia a partir da pesquisa de campo em ambas as Faculdades. Nesse sentido, a Tabela 2 abaixo retrata uma aproximação dessa distribuição da carga horária, baseada nas médias de tempo dedicadas a cada uma das atividades teóricas, assim como as atividades teórico-práticas e práticas que se realizavam em cada estação de trabalho durante o período de pesquisa de campo. Por outro lado, há contrastes entre a carga horária que consta nos programas oficiais das Faculdades X e Y e aquelas que estão expostas na Tabela, a qual retrata a observação do cotidiano do curso. Na Faculdade X, a obstetrícia se constitui como uma disciplina à parte da ginecologia e a carga horária total é registrada no programa oficial, sendo de

210 horas no 5^o ano e 180 no 6^o ano. Pode-se notar que há uma diferença entre a carga horária oficial e a que foi observada no campo, como mostrado na Tabela 2. Ademais, o contraste maior se verifica no 6^o ano. Na Faculdade Y, por sua vez, ginecologia e obstetrícia são lecionadas em conjunto numa mesma disciplina: essa carga horária total, que consta no programa formal, é de 360 horas no 5^o e 180 no 6^o ano, sem que seja possível diferenciar a proporção da carga que se pretende dedicar especificamente à obstetrícia. O que se pode constatar é que o tempo dedicado de fato apenas à obstetrícia, como evidencia a Tabela, representa mais de metade do total de horas do programa oficial.

Tabela 2 - Distribuição de atividades teóricas (T), teórico-práticas (TP) e práticas (P) de obstetrícia nos estágios de internato de 5^o e 6^o ano nas Faculdades X e Y

| Faculdade | | T | TP | P | Total | T+TP/Total | T/Total |
|-----------|--------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|------------|---------|
| X | 5 ^o ano | 45,0 | | 166,0 | 211,0 | 21,30% | 21,30% |
| | 6 ^o ano | 33,0 | 16,5 | 100,0 | 149,5 | 33,10% | 22,10% |
| | Total | 78,0 | 16,5 | 266,0 | 360,5 | | |
| Y | 5 ^o ano | 31,5 | 4,0 | 214,5 | 250,0 | 14,00% | 12,60% |
| | 6 ^o ano | 11,0 | 2,0 | 90,0 | 103,0 | 12,60% | 9,70% |
| | Total | 42,5 | 6,0 | 304,5 | 353,0 | | |

Em primeiro lugar, como se pode notar na Tabela 2 acima, há uma grande aproximação entre as duas Faculdades no que diz respeito ao tempo total dedicado ao treinamento em serviço em obstetrícia, somando-se o 5^o e 6^o ano de internato em cada escola. Enquanto, na Faculdade X, 360,5 horas são dedicadas, em média, ao treinamento em obstetrícia, na Faculdade Y esse treinamento perfaz, em média, 353 horas. Por outro lado, a relação entre o tempo dedicado às atividades teóricas e as atividades práticas é um fator de diferenciação entre os estágios de internato nessas duas Faculdades. Trata-se de uma questão bastante relevante do ponto de vista da organização do programa dos respectivos departamentos de obstetrícia e ginecologia, pois as Diretrizes Curriculares

Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (CNE/CNS, 2001) estabelecem que a carga horária teórica dos estágios de internato não pode exceder 20% do total do estágio:

“Artigo 7º § 1º O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.” (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001)

Assim, enquanto, na Faculdade X, o tempo dedicado às atividades teóricas em ambos os estágios de internato em obstetrícia excede o limite máximo estabelecido pela legislação acima referida, na Faculdade Y o tempo dedicado às atividades teóricas situa-se dentro do limite.

Por se tratar de achado relevante da pesquisa de campo e que aponta para dissonâncias entre o que é formalmente estabelecido pela legislação de ensino e pelos programas curriculares, por um lado e, por outro, o que ocorre na organização da prática cotidiana do treinamento em serviço, cabe fazer algumas considerações acerca de como obtivemos os dados acima referidos. Em ambas as tabelas, calculamos o percentual do tempo total do estágio dedicado às atividades teóricas de duas formas distintas. Por um lado, agregamos as atividades denominadas de “teórico-práticas” (TP) às atividades teóricas e, por outro, agregamos essas atividades às atividades práticas. Essas atividades “teórico-práticas” se referem às visitas às enfermarias de puerpério e gestação de alto risco que constam, formalmente, na programação de ambas as Faculdades como parte de suas atividades práticas. Entretanto, são consideradas, por alguns professores consultados durante a pesquisa, como atividades “teórico-práticas”, pois os alunos acompanham essas visitas, porém, em geral, têm pouco contato e responsabilidade pela assistência prestada às pacientes. Além disso, essas visitas, particularmente aquelas do 6º ano na Faculdade X, têm um caráter eminentemente didático, não tendo, de modo

geral, repercussão nas condutas ou tratamento adotado em relação a as pacientes cujos “casos” são discutidos. Inclusive, algumas das “visitas” são realizadas dentro da sala de aula. Um exemplo: todas as assim chamadas “visitas de partograma” do 6º ano da Faculdade X são discussões, realizadas em sala de aula, sobre os partogramas recolhidos dos prontuários de pacientes na enfermaria de puerpério.

Entretanto, embora a soma das atividades práticas seja composta por distintos elementos, a depender do ano de internato e da Faculdade, são os plantões, e as atividades neles realizadas, que concentram a maior carga horária. É também em relação aos plantões que encontramos maior variabilidade na carga horária cumprida por estudantes cursando o mesmo estágio. No início de cada estágio de internato, os alunos se reúnem para montar uma escala de plantões, distribuindo-os entre si. Foi a partir dessas escalas de plantões que os alunos gentilmente me cederam e que são entregues aos preceptores ou coordenadores dos estágios, que pude calcular a carga horária de plantões de cada aluno. As médias das cargas horárias individuais de plantões, incluídas no cômputo de atividades práticas apresentadas na Tabela 2 acima, assim como o número mínimo e máximo de horas de plantão por aluno, foram calculados desse modo, e constam na Tabela 3, abaixo.

Tabela 3 - Carga horária média, máxima e mínima de plantões por estágio de internato nas Faculdades X e Y

| | 5º ano | | | 6º ano | | |
|-------------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|
| | Mínima | Máxima | Média | Mínima | Máxima | Média |
| Faculdade X | 135 | 167 | 54,5 | 146 | 75 | 69 |
| Faculdade Y | 120 | 168 | 80 | 150 | 100 | 90 |

Uma das fontes de tensão e, em alguns casos, até de atrito entre os internos diz respeito à montagem dessa escala de plantões. Nos estágios em que há plantões em fins de semana e feriados — isto é, em todos os estágios, com exceção do 6º ano na Faculdade Y —, esses plantões são, por vezes, sorteados e nem sempre podem ser

igualmente distribuídos entre os alunos. Conseqüentemente, sempre há alunos com mais plantões em fins de semana e feriados e eles, por vezes, se sentem prejudicados. Afinal, diante da pesada carga horária do internato, particularmente no 5º ano, os alunos procuram preservar finais de semana e feriados para usufruir de momentos de lazer. Expressam, assim, desde o período de seu treinamento em serviço, uma atitude característica do profissional perante o trabalho médico na medicina tecnológica contemporânea. Como mostra SCHRAIBER (1993), na medicina tecnológica, o profissional passa a opor o tempo e espaço da vida pessoal ao tempo e espaço do trabalho, conferindo um valor positivo, como parte da vida dedicado a si mesmo, apenas ao primeiro. O tempo de trabalho, em contraposição, é percebido como *“parte da vida que é apropriado por outros (o patrão, o empregador) e alienada de si próprio”* (SCHRAIBER, 1993:89). Nesse caso, porém, é a instituição formadora e, em particular, o hospital-escola que ocupam esse lugar de quem apropria essa parte da vida do interno.

Outro aspecto que nos chamou a atenção em relação à composição da escala de plantões pelos alunos é a tendência, presenciada em ambas as escolas, de acumular plantões em um curto período de tempo. Na Faculdade X, freqüentemente os internos do 5º e 6º ano optavam por emendar plantões, acumulando plantões diurnos com noturnos, ou dando dois ou mais plantões noturnos em dias seguidos. Quando perguntava por que faziam isso, vários respondiam, brincando, que estavam se preparando para a residência e/ou afirmavam que o objetivo era o de se livrarem logo dos plantões.

Uma interna do 5º ano, por exemplo, comentou comigo uma noite, durante seu plantão no centro obstétrico, que estava muito cansada, pois também havia ficado de plantão na noite anterior. Dizia que ficava muito mal-humorada depois de um plantão e que não gostava de plantões. Por isso, inclusive, achava muito acertada sua decisão de

fazer oftalmologia, pois, nessa especialidade, poderia concentrar suas atividades profissionais no período diurno. Cabe mencionar que os plantões e horários noturnos em geral associados à área de obstetrícia não raro eram mencionados por alunos como um dos fatores que os afastavam da área como opção de carreira. Essa também era considerada uma das grandes desvantagens dessa especialidade por alguns alunos que pretendiam nela ingressar.

Aliás, a idéia de que na obstetrícia se trabalha muito e os horários são ruins faz parte de um estereótipo tradicional em relação a essa área que é bastante comum entre alunos de medicina. Ao descrever os estereótipos de estudantes de medicina norte-americanos acerca da área de obstetrícia e ginecologia nos anos 1950, BECKER et al., (2002[1961]:411) comentam:

“Ao falar sobre obstetrícia e ginecologia, há consenso entre os estudantes em relação ao fato de que os horários são ruins e o trabalho é puxado. Eles têm em mente, com certeza, as numerosas chamadas noturnas e a longa duração dos partos que podem ocupar período tão grande do tempo de um obstetra. Além disso, pensam que é provável que a obstetrícia seja entediante, dada a falta de variedade de problemas com que se lida. Do lado positivo, eles acham que os profissionais se aproximam das pacientes e que elas são gratas e cooperativas, que há bastante drama e responsabilidade e que há uma variedade de gratificações inespecíficas: é ‘atraente’, ‘recompensador’, ‘gratificante’ e coisas do gênero.”²³

Certamente, a duração dos partos era outra na década de 1950, quando esses não raro ultrapassavam 24 horas. Cabe lembrar, nesse sentido, que intervenções tendo em vista a aceleração do trabalho de parto se tornaram mais comuns a partir da década de 1970, principalmente com a disseminação do conjunto de intervenções conhecida como “manejo ativo do trabalho de parto” introduzidas por O’Driscoll e Meager.²⁴

²³ Nossa tradução, assim como das citações subseqüentes quando for o caso.

²⁴ A esse respeito, ver O’DOWD e PHILLIP (1994).

Em todo caso, a aluna acima mencionada havia optado por fazer todos seus plantões noturnos daquele estágio de internato (4) na mesma semana. Sua carga de plantões noturnos naquela semana excedia, inclusive, a carga de plantões noturnos semanais de residentes de primeiro ano na área de obstetrícia daquela Faculdade. Quando perguntei por que estava fazendo isso, ela me respondeu que detestava plantão! Por isso, ela queria fazer *“tudo de uma vez, para acabar logo com isso, e entrar num ritmo de vida normal!”* Esse tipo de atitude era tão comum que também chamava a atenção dos preceptores e, ao menos uma procurava dissuadi-la. Assim, na apresentação do estágio do 5º ano para uma das turmas na Faculdade X, a preceptora comentou:

“Não pode acontecer o que aconteceu na outra panela – a pessoa que pegou o plantão de 6ª feira à noite também pegou o plantão de sábado de dia. Fez um plantão de 24 horas. Isso é ruim para vocês! O plantão de obstetrícia é muito cansativo!”

Nota-se que a preocupação expressa pela preceptora está relacionada ao cansaço dos internos. Em nenhum momento da pesquisa ouvi qualquer professor ou aluno mencionar que o cansaço acumulado, decorrente desse excesso de plantões, poderia comprometer a qualidade de aprendizagem ou a qualidade da assistência prestada às pacientes — embora, aparentemente, essa última preocupação tenha se explicitado mais recentemente por parte da Associação dos Médicos Residentes do Estado de São Paulo e alguns profissionais médicos. (O Estado de S.Paulo, 2006)

Cabe mencionar que, no primeiro ano de residência na área de obstetrícia, é comum os alunos fazerem 2 a 3 plantões noturnos semanais e sem descanso no pós-plantão. Quando expressei preocupação em relação a essa carga horária de plantões no internato e na residência de obstetrícia, e em particular em relação às conseqüências para a qualidade de assistência desse esquema de trabalho na residência, a reação dos professores foi a de dizer que essa carga horária não diferia daquela que os residentes

enfrentariam no cotidiano do exercício profissional. Além disso, recentemente, essa discussão também se explicitou aqui no Brasil, onde a Associação Nacional dos Residentes Médicos convocou uma paralisação nacional para dia 24 de agosto de 2006 em função da falta de reajuste das bolsas, das jornadas exaustivas e da falta de supervisão do treinamento em serviço. Segundo reportagem de O Estado de São Paulo, as jornadas excedem em muito os limites legais de 60 horas, chegando a 120 horas semanais. Haveria uma preocupação, explicitada pela Associação dos Médicos Residentes do Estado de São Paulo e também por uma professora da Universidade de São Paulo e conselheira do Conselho Regional de Medicina, Maria do Patrocínio Tenório Nunes, de que essas extensas jornadas de trabalho poderiam afetar a qualidade do atendimento médico e até colocar a vida de pacientes em risco. (O Estado de S.Paulo, 2006)

Na Faculdade Y, pude acompanhar o primeiro estágio do internato de uma turma do 5^o ano. Como tinham terminado o 4^o ano e entrado em seguida nesse estágio, ao montar a escala de plantões, os 17 alunos da turma também se revezaram para tirar de cinco dias a uma semana de férias durante esse período. Além disso, os alunos da turma resolveram que queriam *“uma semana mais sossegada, sem plantão”*. Conseqüentemente, ao distribuir os plantões, fez-se um esforço para acomodar as atividades de tal modo que cada aluno tivesse uma semana sem plantão além da semana de férias. Portanto, os 10 plantões que, em média, cada aluno da turma deu, se concentraram em um período de 42 dias. Isto é, cada aluno deu, em média, cerca de um plantão noturno ou de 24 horas a cada 4 dias.

Embora os alunos estivessem brincando quando afirmavam que estavam concentrando plantões em um período mais curto de tempo para se preparar para a residência, é interessante notar que, de fato, estavam reiterando uma das características

daquela etapa de especialização profissional. Nos programas de residência em obstetrícia e ginecologia em ambas as Faculdades pesquisadas, os plantões não se distribuíam por igual ao longo dos dois a três anos de especialização. Tanto na Faculdade X como na Faculdade Y, havia uma concentração da carga horária de plantões no primeiro ano de residência em ginecologia e obstetrícia que excedia o limite de 60 horas semanais estabelecidos pela legislação, uma tendência, aparentemente, muito comum em programas de residência médica no país, como acima mencionado. Nos anos seguintes, a tendência era a de se diminuir gradativamente essa carga horária até o final do programa de residência. Evidentemente, as normas regendo a distribuição de plantões nos programas de residência eram definidas pelos coordenadores desses programas e não pelos próprios residentes, ao contrário do que descrevemos em relação à prática de concentrar os plantões em um período mais curto de tempo que observamos entre os internos. O que chama atenção é que essa tendência de concentrar os plantões em um período mais curto de tempo, muito embora não seja adotada universalmente, é reiterada e auto-imposta pelos próprios internos, que parecem que, assim, vão se ajustando e aderindo a um modelo de inserção na prática da medicina que se estende do internato à residência. Ao mesmo tempo, os motivos apontados para se concentrarem os plantões – porque estes são detestados e para se poder voltar a um ritmo de vida mais normal – sugere que há, entre os alunos, sentimentos ambivalentes em relação a esse tradicional modo de organização do trabalho profissional no hospital e do treinamento do exercício da prática médica ou de aquisição de experiência clínica. Embora os futuros médicos em geral anseiem por antecipar o seu contato com a clínica²⁵, o plantão não é universalmente apreciado, assumindo, para eles, por vezes, características de um trabalho alienado. Por outro lado, a tendência de se distribuir a carga horária de plantões

²⁵ Veja a seção “Iniciação à prática”.

de modo desigual, acumulando uma carga horária mais pesada no primeiro ano de treinamento em serviço, não é uma característica exclusiva da residência. Como se pode constatar na Tabela 3 acima, a carga horária de plantões no 5º ano, o primeiro do internato, é maior do que aquela do 6º ano.

A variabilidade na carga horária que se observa na Tabela 3 também se deve, em parte, ao modo como cada aluno compõe sua cota de plantões ao longo do estágio. Pois os plantões comportam certa diversidade, inclusive em sua carga horária. Assim, por exemplo, no estágio de 5º ano de obstetrícia na Faculdade X, havia plantões noturnos de 14 horas de segunda a sexta-feira, e plantões diurnos e noturnos de finais de semana e feriados de 12 horas cada. Os alunos nos plantões noturnos de sexta-feira, sábado e vésperas de feriados também eram responsáveis pela evolução²⁶ das pacientes nas enfermarias de puerpério; disso resultava que, pelo fato de as pacientes ficarem exclusivamente a cargo dos assistentes e internos de plantão nessas ocasiões, ocorria um acréscimo de cerca de duas horas de trabalho ao plantão. De segunda a sexta-feira, havia, no mínimo, dois professores e sete alunos na enfermaria de puerpério para examinar as pacientes, fazer as prescrições e determinar as altas do dia. Nos finais de semanas e feriados, um professor e dois alunos costumavam realizar esse trabalho.

No estágio de 5º ano da Faculdade Y, os plantões noturnos eram de 12 horas e os de finais de semana e feriados eram de 24 horas. Nesse caso, também os plantões de sexta à noite, sábado e feriados se estendiam um pouco além dos seus respectivos horários propriamente ditos para incluir a evolução das pacientes internadas na

²⁶ A evolução do paciente faz parte da prática cotidiana da assistência hospitalar de pacientes internados. REGO (1995:124) a define nos seguintes termos: “*A evolução do paciente consiste no exame clínico matinal (consistindo de uma entrevista e um exame físico direcionado para as alterações relacionadas a evolução da enfermidade que o paciente seja portador), com a respectiva anotação em prontuário do paciente*” [grifo do autor]. É interessante notar que um termo médico usualmente utilizado para descrever o acompanhamento de uma enfermidade tenha sido preservado para descrever um quadro normal – a evolução das modificações gestacionais no pós-parto. O fato de que esse estado puerperal tem a potencialidade de se transformar em um estado patológico é que justifica a permanência das puérperas nas enfermarias e sua vigilância.

enfermaria de puerpério, que também ficava a cargo dos internos e residentes plantonistas. Assim, a depender do número e da distribuição de plantões noturnos e de final de semana, a carga horária de plantões de cada aluno variava consideravelmente. Havia alunos que se responsabilizavam por um maior número de plantões porque tinham um interesse específico na área de obstetrícia, pois estavam considerando a possibilidade de fazer sua residência em ginecologia e obstetrícia. Porém a lógica da distribuição dos plantões entre os alunos nem sempre refletia esses interesses. Frequentemente se estabelecia entre eles acordos segundo os quais os alunos com maior carga horária de plantões em um estágio seriam recompensados por uma menor carga horária no próximo estágio do internato.

Outro fator que contribui para a variabilidade na composição da carga horária de plantões diz respeito aos acordos informais, envolvendo professores e/ou residentes, que levam a uma diminuição da carga horária. O não-cumprimento da carga horária formal de atividades práticas nos estágios de internato de faculdades de medicina não constitui um achado singular desta pesquisa ou da área de obstetrícia. Em estudo realizado no Rio de Janeiro na década de 1990, REGO afirma que o horário formal das atividades práticas no ensino médico raramente era cumprido:

“Várias e várias vezes nossa equipe procurou estar presente próximo ao horário previsto para o fim das aulas práticas e simplesmente não encontrávamos mais ninguém. Posteriormente, orientados pelos alunos, pudemos constatar que muitas dessas aulas, apesar de terem uma previsão de durarem cerca de quatro horas, raramente ultrapassavam a primeira. Entretanto, uma análise da disponibilidade de tempo dos estudantes da maior parte de nossas escolas nos levaria, talvez àquela mesma conclusão – formalmente os alunos praticamente não têm tempo disponível. Por outro lado, pelo menos desde que o aluno começa a frequentar o estágio de internato, ele passa (informalmente) a ter direito ao que no mundo profissional dos médicos é chamado de day off – em um dia da semana o estudante é liberado de suas atividades no internato para frequentar um plantão.” (REGO, 1995:122)

Aliás, como mostra esse autor, o não-cumprimento dos horários oficialmente estabelecidos pelas escolas se constitui há décadas como característica do ensino médico brasileiro, e se reitera a despeito de reformas educacionais e administrativas que têm procurado coibir essa tendência. Tradicionalmente, essa lacuna na programação curricular vem sendo complementada por estágios práticos extracurriculares. REGO (1995:127) refere-se a um parecer aprovado pelo Conselho Federal de Educação em 1969 para mostrar como se reconhecia oficialmente que o ensino médico brasileiro tradicionalmente não cumpria a grade curricular:

“Um diagnóstico mais preciso desta situação é dado pelo Parecer no 506/69, aprovado pelo Conselho Federal de Educação, que afirmava não haver médico dos que se formam no Brasil até aquela época que tenha cumprido senão parcela reduzidíssima dos horários oficialmente estabelecidos pelas escolas. Era praxe, então, vincular-se cada estudante, desde o segundo ou terceiro ano, a determinado serviço clínico, onde, no horário oficialmente destinado ao aprendizado teórico das várias disciplinas, procurava aprender ou exercitar-se nas tarefas necessárias à prática da profissão, com desconhecimento quase completo do programa escolar.”

Como veremos, nossa pesquisa aponta para algumas peculiaridades ou inovações quanto aos tipos de acordo celebrados e de atividades para as quais os internos são liberados. Ao mesmo tempo, cabe atentar para o papel relevante que acordos informais, envolvendo a diminuição da carga horária oficial das atividades práticas do internato, ao menos na área de obstetrícia contemplada neste estudo, continuam a exercer no processo de formação médica. Esses acordos, firmados com os internos do 6^o ano de ambas as Faculdades, eram explicitamente relacionados por todos os envolvidos à aproximação do final do curso e das provas de residência. Não se mencionava, à diferença da pesquisa acima citada, a participação em plantões ou estágios extracurriculares como um direito dos internos ou como motivo para serem liberados de suas atividades no internato. Embora haja alunos que continuam a

participar desses estágios extracurriculares, é possível que esse deslocamento no motivo dos acordos informais esteja refletindo a tendência, cada vez maior, a optar pela especialização no final do curso e a competição cada vez mais intensa pelas vagas nos programas de residência. Em todo caso, esses acordos, sejam eles menos ou mais institucionalizados, continuam a fazer parte da experiência cotidiana dos internos nos cursos de obstetrícia de ambas as Faculdades e, a nosso ver, sua repercussão no ensino extrapola a questão mais imediata da carga horária das disciplinas. Por esse motivo, descreveremos abaixo os diferentes tipos de acordos que pudemos presenciar durante a pesquisa de campo.

Na Faculdade X, durante o 6º ano, além dos plantões diurnos e/ou noturnos em finais de semana e/ou feriados, todos os alunos se revezavam em plantões diurnos, de segunda a sexta-feira à tarde. Esses plantões nos dias úteis aconteciam no pronto-socorro obstétrico ou no centro obstétrico e, oficialmente, segundo o manual do aluno, os horários de ambos eram das 12 às 19 horas. Porém, logo no início do estágio, o preceptor avisava os alunos de que, levando-se em consideração que se tratava de um estágio no último ano da Faculdade e que teriam também que estar se preparando para o exame de residência, eles seriam dispensados dos plantões no pronto-socorro obstétrico às 17 horas e não às 19 horas como constava no programa²⁷. Esse era o acordo informal feito entre o preceptor e todos os internos em mais de um estágio observado e, efetivamente, os internos não permaneciam além das 17 horas nos plantões do pronto-socorro obstétrico por mim acompanhados. Por esse motivo, levamos em conta o horário estabelecido informalmente com o conjunto dos internos no cômputo de carga horária dos plantões. Por outro lado, havia os acordos feitos individualmente entre

²⁷ Presenciei essa conversa entre distintos preceptores e internos no início desse estágio que acompanhei mais de uma vez durante a pesquisa de campo. O que me leva a supor que se trata de uma orientação mais geral que se tem em relação a participação dos internos nos plantões do pronto-socorro obstétrico, que se tem observado nos últimos anos.

internos e residentes de cada plantão no pronto-socorro obstétrico. Assim, por exemplo, em dias de pouca movimentação, não raro os residentes dispensavam os internos mais cedo ainda. Havia também residentes que, a pedido dos internos, os dispensavam logo no início do plantão. À medida que o plantão no pronto-socorro era supervisionado à distância pelos assistentes²⁸, esses acordos eram negociados conforme as demandas e disponibilidades de internos e residentes. Por vezes, tanto internos como residentes tinham vontade e disponibilidade de atender e discutir os casos das pacientes que procuravam assistência no pronto-socorro obstétrico, o que, afinal, correspondia à proposta dessa atividade do estágio de internato. Porém, isso nem sempre ocorria e, ocasionalmente, os residentes preferiam dispensar os internos e estes preferiam ser dispensados mais cedo. Talvez por isso é que, ao falar dos plantões no pronto-socorro durante a apresentação de um dos estágios de 6^o ano, o preceptor tenha dito:

“Os estudantes têm elogiado bastante (o plantão no pronto-socorro obstétrico). Compensa ficar no plantão; mesmo no dia em que não chega nada, pode, de repente, aparecer um DPP²⁹.”

Por um lado, nota-se que o preceptor estava procurando encorajar os internos a permanecer no plantão, o que sugere que isso nem sempre ocorria, como pudemos, aliás, observar durante a pesquisa. Por outro lado, o interesse em ficar nesse plantão seria a oportunidade de acompanhar a assistência a uma emergência obstétrica muito grave. É a intercorrência obstétrica que é nomeada no discurso do preceptor, o qual sequer menciona o sujeito que é portador dessa condição. O foco de seu discurso está na intercorrência, pois são os procedimentos técnicos de diagnóstico e tratamento que, a seu ver, poderiam interessar aos internos passando de plantão no pronto-socorro

²⁸ Os assistentes de plantão ficavam no centro obstétrico sendo contatados por telefone pelos residentes no pronto-socorro obstétrico quando tinham dúvidas em relação à conduta ou ao encaminhamento a ser dado em relação a uma paciente.

²⁹ O descolamento prematuro de placenta (DPP) é uma intercorrência obstétrica que resulta em intensa hemorragia, sendo causa freqüente de óbito fetal e, por vezes, de óbito materno.

obstétrico. O treinamento e acompanhamento da assistência a mulheres com urgências obstétricas mais comuns, tais como a fase ativa do trabalho de parto e o aborto, já não são mencionados como algo que compensaria a permanência no plantão.

Na Faculdade Y, a organização das atividades práticas no estágio de internato de obstetrícia e ginecologia do 6º ano é descrita nos seguintes termos no programa:

“Nas atividades práticas, os alunos serão divididos em dois grupos, que freqüentarão o pronto-socorro e o centro obstétrico do (departamento) em períodos determinados pela Diretoria de Faculdade (...) As atividades transcorrerão das 7:00 às 17:00 horas de segunda a sexta-feira.”

Poderíamos supor, ao ler esse enunciado, que os dois grupos acima mencionados estariam se alternando entre essas duas estações de trabalho – pronto-socorro e centro obstétrico – em distintos períodos de tempo ao longo da semana e intercalando essas atividades práticas com as teóricas dentro do horário acima mencionado. Se assim fosse, o estágio do 6º ano se aproximaria, em sua organização e estrutura, ao estágio do 5º ano naquela Faculdade. Entretanto, a carga horária do curso explicitada no programa já sugere que a permanência diária dos alunos no estágio é menor do que as 10 horas diárias acima referidas. Segundo o programa, a duração do estágio é de 4 semanas e 2 dias — 22 dias úteis — e sua carga horária é de 180 horas. Teríamos então um estágio com cerca de 41 horas atividade semanais. Porém há uma discrepância significativa entre essa carga horária e aquela que resultou de nossa observação. Isso porque, segundo o acordo entre o coordenador do estágio e os alunos, a turma se dividiu em duplas e cada dupla ficaria de plantão dois dias por semana, um aluno no centro obstétrico e outro no pronto-socorro. Conforme me explicou uma aluna, caso a turma fosse dividida em duas, haveria cinco alunos em cada estação de trabalho todos os dias da semana e isso seria inviável e contraproducente. Esse excesso de internos

atrapalharia a dinâmica do centro obstétrico e do pronto-socorro obstétrico, e nem haveria trabalho para tanta gente.

Além disso, o coordenador do estágio teria levado em consideração a situação dos internos, cuja prova de residência seria logo depois do encerramento das atividades curriculares. Ao contrário dos alunos de outras faculdades, eles não teriam algumas semanas de férias antes da prova de residência para se dedicarem exclusivamente à revisão dos seis anos de curso. Assim, ao invés das 41 horas semanais estipuladas formalmente no programa, como resultado desse acordo informal, cada aluno permaneceria na Faculdade por volta de 25 horas semanais, incluindo os horários das atividades teóricas. O aluno poderia então se dedicar aos estudos para a prova de residência durante uma parte do horário letivo. A soma de todas as atividades teóricas e práticas de obstetrícia e ginecologia desse estágio, levando em consideração esse arranjo, foram estimadas em 107,5 horas.

Entretanto, além desse acordo, que contabilizamos ao calcular a carga horária de atividades teóricas e práticas do estágio, há outros que se realizam de parte à parte entre internos e residentes de plantão no centro obstétrico e/ou no pronto-socorro e que não foram inclusos em nosso cômputo. Tal como a situação que mencionamos no pronto-socorro obstétrico da Faculdade X, não raro os residentes na Faculdade Y dispensavam os internos de suas atividades no centro obstétrico para que pudessem se dedicar aos estudos para a prova de residência. Isso ocorria com frequência e particularmente nos dias em que o berçário do hospital estava fechado, limitando as internações de urgências obstétricas e, conseqüentemente, as atividades no centro obstétrico³⁰.

³⁰ Durante o período de pesquisa, o berçário do hospital-escola da Faculdade Y esteve fechado diversas vezes, seja em função de infecções em leitos de berçários da Unidade de Terapia Intensiva neonatal, seja em função da falta de recursos materiais que impediam o funcionamento a contento do berçário. Nessas ocasiões, os residentes no pronto-socorro obstétrico eram orientados a transferir as urgências obstétricas para outros hospitais, a medida do possível.

Como se pode perceber, a organização da prática cotidiana do internato, particularmente no 6º ano, é regida por outras considerações que não se remetem ao treinamento em serviço propriamente dito. Os acordos informais em torno dos plantões estabelecidos com os internos, tendo em vista sua preparação para as provas de residência, produzem dissonâncias em relação à carga horária formalmente estabelecida nos programas curriculares. Assim, enquanto o cálculo que fizemos em relação à carga horária do estágio do 5º ano em ambas as Faculdades se aproxima daquela que consta em seus programas, o mesmo não ocorre em relação ao 6º ano. Já mencionamos acima essas dissonâncias em relação ao estágio de 6º ano de obstetrícia e ginecologia na Faculdade Y. No estágio de 5º ano dessa mesma Faculdade, aproximadamente 250 horas, segundo nossos cálculos, são dedicadas às atividades teóricas e práticas de obstetrícia. Considerando que grande parte das atividades diurnas ao longo de seis semanas desse estágio (ao todo são nove semanas de estágio que incluem, como mencionamos acima, um rodízio de três semanas na área de obstetrícia além dos plantões), são desenvolvidas na área de ginecologia, é muito provável que a carga horária total desse estágio exceda as 360 horas que constam no programa. Na Faculdade X, segundo nossos cálculos, o estágio de obstetrícia teria aproximadamente 211 horas enquanto, segundo o programa, a carga horária é de 210 horas. Por outro lado, a carga horária que consta no programa do 6º ano de internato em obstetrícia dessa Faculdade é de 180 horas enquanto que, segundo nossos cálculos, as atividades teóricas e práticas aos quais os alunos se dedicam nesse estágio ocupam, aproximadamente, 149,5 horas.

O motivo explicitado para realização desses acordos – a necessidade que os alunos teriam de se prepararem para o ingresso na próxima etapa de formação profissional – parece sinalizar que há uma falta de ajuste entre o processo de ensino ao longo dos seis anos do curso de medicina e o modo como se determina o ingresso na

residência — o que não é tema deste trabalho. Mas, além disso, indica que, no último ano da Faculdade, as propostas educacionais formalmente estabelecidas para aquele ciclo da formação são sacrificadas ou conciliadas com a necessidade de preparação para uma próxima etapa de ensino. Aliás, nessas Faculdades, a residência parece ser vista como etapa obrigatória para o exercício profissional e, além dos acordos informais acima referidos, dedica-se uma parte do tempo alocado para o ensino teórico à revisão de cada área, visando o preparo para a prova de ingresso na residência.

É interessante notar que o mesmo tipo de lógica também opera na residência. Neste período de especialização profissional, a carga horária vai gradativamente diminuindo de um ano para outro, não apenas em termos do que é estabelecido formalmente nos programas como também por meio de acordos menos ou mais informais estabelecidos com os residentes. Conseqüentemente, parte da carga horária inclusa apenas formalmente no programa de treinamento em serviço e parte do “tempo livre” nos últimos anos de residência gerado pela distribuição desigual de seus plantões e outras atividades práticas são dedicados a uma antecipação da próxima etapa da vida profissional por meio da inserção no mercado de trabalho. Foram raros os médicos cursando o 2º e 3º ano de residência em obstetrícia e ginecologia com os quais tive a oportunidade de conversar nas duas instituições de ensino que não alternavam os seus plantões no hospital-escola com plantões e/ou outras atividades profissionais remuneradas em outras instituições. Na Faculdade X, os residentes tendiam a ser mais reservados em relação a seus comentários acerca dessas atividades profissionais realizadas fora do âmbito da instituição formadora. Diziam-me que seus professores e a coordenação do programa de residência em obstetrícia não sabiam dessas suas atividades e tinham receio que essa informação chegasse ao seu conhecimento. Na

Faculdade Y, por outro lado, os próprios professores comentavam comigo esse fenômeno generalizado da inserção de residentes no mercado de trabalho.

A despeito de a residência ser definida formal e legalmente como um período de dedicação exclusiva a especialização profissional, assim como no internato, também na residência as propostas educacionais são sacrificadas ou conciliadas com a necessidade de antecipação no mercado de trabalho, a qual seria a próxima etapa da vida profissional, após a residência. E, se os acordos informais acima referidos dizem respeito diretamente ao tempo dedicado pelos alunos às atividades práticas da grade curricular, há outros acordos, envolvendo seus professores, que também afetam a organização cotidiana do treinamento em serviço e da assistência obstétrica prestada nos estágios de internato nas Faculdades X e Y. Referimo-nos aos acordos informais que regem o tempo dedicado pelos professores às suas atividades de supervisão do treinamento em serviço e assistência nos centros obstétricos e pronto-socorros ou pronto-atendimento obstétricos, onde os internos realizam seus estágios de obstetrícia. Formalmente, há assistentes responsáveis pela supervisão das atividades de treinamento e assistência em todos os horários de funcionamento dos setores acima mencionados. Há peculiaridades em relação ao modo como a responsabilidade por essa supervisão se distribui formalmente em cada instituição e, conseqüentemente, variações nos acordos informais estabelecidos entre os assistentes em cada caso, as quais discutiremos adiante, neste trabalho. Porém, em todas elas, esses acordos têm por objetivo diminuir o período de tempo que cada assistente permanece nesses setores dedicando-se à supervisão.

5.4 Apresentação do curso e estratégias didáticas priorizadas

Há também diferenças significativas no que diz respeito à organização do curso e as estratégias didáticas priorizadas pelos respectivos cursos. Na Faculdade X, procura-se estimular uma participação mais ativa do aluno na aquisição de conhecimentos teóricos ao longo do curso. Nesse sentido, além do recurso à aula expositiva, todas as disciplinas lançam mão de outras estratégias didáticas — sessões de tutoragem e estudos dirigidos — que procuram estimular o aluno à leitura e à participação na aula por meio de exposição oral e/ou por escrito de temas específicos.

A tutoragem faz parte do programa da disciplina de obstetrícia normal. Cada grupo de tutoragem é composto por um tutor, que pode ser um assistente, pós-graduando ou preceptor de internos de 6º ano ou de residentes do departamento. No internato do 6º ano e na residência, a preceptoria é exercida por um profissional recém-egresso da residência naquela Faculdade, sendo escolhido entre seus pares no final da residência e convidado a exercer essa função remunerada pela coordenação de ensino de obstetrícia. As atribuições do preceptor incluem organizar o cronograma de aulas no internato e se responsabilizar por qualquer eventual alteração que tenha que ser realizada em caso de imprevistos envolvendo os professores; apresentar o estágio aos alunos e familiarizá-los com os locais em que se realiza o estágio e as normas que regem o estágio e a instituição; ser um intermediário entre os internos e os professores e residentes em eventuais conflitos que possam emergir, sendo os internos instruídos a procurá-los caso ocorra qualquer problema nesse sentido; dar algumas aulas e se responsabilizar por alguns aspectos do treinamento em serviço; formular instrumentos de avaliação teórica sob supervisão do coordenador de ensino da graduação; aplicar e

corrigir as provas teóricas, reunir os resultados das outras formas de avaliações feitas pelos outros professores e residentes, participando da formulação dos conceitos, lançar as notas finais, e distribuir, recolher e sistematizar as informações das avaliações que os alunos fazem das disciplinas do internato. Além disso, os preceptores do 6º ano e o preceptor dos residentes também são tutores do programa de tutoragem da disciplina de obstetrícia normal.

As sessões de tutoragem são descritas no programa como “*aulas teórico-práticas complementos das teóricas, procurando mostrar os procedimentos realizados pelo obstetra*”. Elas podem ser ministradas sob forma de aulas ou seminários preparados pelos alunos ou aulas teóricas dadas pelo tutor. O grupo de tutoragem acompanhado durante a pesquisa, assim como vários outros grupos dessa turma, havia optado pela realização de seminários individuais como forma de abordar os temas. Em cada sessão, o aluno responsável distribuía aos colegas, a mim, e ao tutor, cópias impressas de seu fichamento sobre o tema. Prosseguia-se então a uma exposição do tema pelo aluno com comentários do tutor. Por vezes os alunos faziam perguntas, pediam esclarecimentos, mas, em geral, esses eram dirigidos ao tutor e não ao colega responsável pelo seminário.

Os estudos dirigidos são discussões temáticas sob responsabilidade de um professor ou assistente e podem assumir a forma de um seminário ou de uma aula dialogada com perguntas e respostas.

Nesse curso, o programa é valorizado como ferramenta a serviço do aluno, que pode lhe orientar em relação ao processo de aprendizagem. Nele se encontram, por exemplo, orientações gerais em relação à apresentação de seminários e roteiros de estudo com questões específicas referentes a cada tema abordado nas sessões de tutoragem e estudo dirigido. É comum os alunos produzirem fichamentos, tendo por

base as questões inclusas nos roteiros, a partir das referências bibliográficas indicadas nos programas, como forma de se prepararem para as sessões de estudo dirigido ou tutoragem. Os fichamentos produzidos pelo grupo de tutoragem acompanhado na pesquisa tinham um acabamento mais formal, pois se constituíram em elemento essencial de sua dinâmica e instrumento de avaliação. Como mencionamos acima, todos eram impressos, sendo menos ou mais elaborados. Alguns simplesmente reproduziam a estrutura dos roteiros, respondendo às questões, outros eram desenvolvidos sob a forma de ensaios. Alguns continham inclusive ilustrações escaneadas dos livros-textos.

O programa era particularmente útil para a elaboração dos fichamentos para a sessão de tutoragem, pois indica-se no curso teórico em obstetrícia normal, uma bibliografia específica em relação a cada tema de aula teórica e sessão de tutoragem. Essa característica dos programas, de conter uma série de orientações para os estudantes, assim como a pontualidade dos professores que costumam cumprir a carga horária pré-estabelecida, é elogiada pelos alunos, que afirmam ser a obstetrícia “uma disciplina bem organizada” ou “bem estruturada” em comparação com outras na Faculdade.

Mesmo em relação às atividades práticas do internato, os programas do 5º e 6º ano oferecem instruções minuciosas em relação ao preenchimento de prontuário e apresentação de casos, isto é, orientações com relação ao domínio da linguagem técnica e à aquisição de habilidades no que diz respeito à comunicação com os profissionais da área. Talvez por isso mesmo chame a atenção que a única orientação que se reitera nos programas das três disciplinas de obstetrícia dessa Faculdade quanto à abordagem da paciente é a advertência de que a falta de uso de avental branco será considerada falta de ética. A aquisição de habilidades comunicacionais no contato com a paciente e de suas

especificidades em cada etapa da assistência não é reconhecida como objeto de aprendizagem ou de avaliação, não sendo sequer mencionada nos programas.

Quanto à Faculdade Y, a aula expositiva é a principal estratégia didática utilizada na aquisição e/ou transmissão de conhecimentos teóricos no curso de obstetrícia. Aliás, nos dois módulos do ciclo “acadêmico”, trata-se da única estratégia adotada na abordagem de atividades teóricas. Mesmo as discussões de caso, tendo por base a análise de prontuários, inclusas no programa dedicado à obstetrícia normal, eram conduzidas pelo professor responsável por meio de aulas expositivas. Estratégias didáticas que exigem uma participação mais ativa do aluno na transmissão de conhecimentos teóricos são introduzidas apenas a partir do internato. Assim, no 5º ano, os alunos realizam uma monografia, como mencionamos acima, e no 6º ano apresentam um seminário em grupo. Porém, nessa Faculdade, os programas de disciplinas não são valorizados como recurso no processo de aprendizagem, não havendo neles qualquer orientação com relação à realização do seminário ou da monografia. Assim, os internos dependem exclusivamente da disponibilidade e capacidade dos professores orientadores das monografias e daqueles responsáveis pelos seminários, a qual é bastante variável, para qualquer orientação.

Esses programas, aliás, nem sempre ajudam os alunos a se situar em relação aos objetivos do curso, os critérios de avaliação ou até mesmo os locais em que se realizam as atividades didáticas da especialidade em pauta na Faculdade Y. Aos acadêmicos foram entregues versões resumidas dos programas no primeiro dia de aula, em cada um dos dois primeiros módulos do curso em que entram em contato com a obstetrícia normal e patológica, respectivamente. Essas versões resumidas não incluíam os objetivos gerais e específicos e tampouco incluíam as ementas das respectivas disciplinas ou suas metodologias e estratégias didáticas. As apresentações gerais dos

curso feitas pelos coordenadores das disciplinas no primeiro dia de aula tendem a ser mais longas nessa Faculdade e acabam cumprindo, a depender da disponibilidade dos respectivos coordenadores, o papel de fornecer aos alunos orientações em relação à organização e dinâmica do curso e os seus instrumentos e critérios de avaliação. Constavam nos programas distribuídos aos alunos os professores responsáveis por cada disciplina, a duração e a carga horária, o conteúdo programático contendo um cronograma das aulas, seus temas e professores responsáveis, bem como as datas de avaliação e as referências bibliográficas gerais. Na disciplina em que se encontra o módulo de obstetrícia patológica, a versão resumida do programa distribuída no primeiro dia de aula também incluía uma breve descrição dos critérios de avaliação. Porém nem mesmo essa informação constava da versão do programa do curso introdutório de obstetrícia normal entregue aos seus alunos, como também não constavam os quatro distintos locais de aula³¹. Ao constatar essa lacuna nos primeiros dias de aula, e sem saber em que sala ocorreriam as aulas de saúde reprodutiva, os alunos logo recorreram à secretaria de graduação da Faculdade para obter essa informação. Estando presente nessa cena, uma das alunas logo comentou comigo, sorrindo, que esse episódio *“faz parte de seu ‘campo’, a bagunça na 6ª feira para encontrar o local de aula”*.

Como fui constatando ao longo da pesquisa, o programa também não é muito útil para situar o aluno em relação ao cronograma de aulas do curso de obstetrícia na Faculdade Y. Pois, embora esta informação conste do conteúdo programático, as faltas de professores não são raras e por vezes ocorrem sem que os alunos ou mesmo a secretaria do departamento sejam avisados com antecedência. Além de o cronograma

³¹ No final do programa constava o endereço da secretaria da graduação, o seu telefone e o site da instituição. Em um dos programas havia também uma observação informando o site onde poderiam acessar o programa na íntegra. Porém, fui informada pelos alunos que eles não costumam acessar o site da Faculdade para adquirir a versão mais extensa do programa.

ser muito mais sujeito a modificações do que na Faculdade X, esses imprevistos por vezes ocasionam períodos longos de espera por parte dos alunos até que a secretaria do departamento consiga esclarecer, a partir de contato telefônico com o professor que não compareceu, se haverá apenas um atraso ou se a aula será transferida ou simplesmente cancelada. Em duas das quatro disciplinas do curso acompanhadas ao longo da pesquisa houve mais de uma aula cancelada que não foi repostas.

Esse último aspecto do curso já é tão comum e habitual que, logo no primeiro dia de aula, a coordenadora de um dos cursos de Obstetrícia e Ginecologia comenta com os alunos:

“Há duas secretárias no departamento, Helena e Teresa. Por favor, qualquer problema peça a elas para me chamar. Se algum professor estiver atrasando e vocês suspeitam que ele não venha, por favor, me chamem porque me prontifico a dar aula por qualquer intercorrência que o professor não venha. Como fica difícil repor as aulas depois, então, de antemão vou ficar brava se o professor não vier e vocês não me avisarem.”

Mais tarde essa professora comentou comigo o desgaste que representou para ela, desde a época em que era aluna nessa Faculdade, os “buracos” entre as atividades na programação. Assim, aparentemente, problemas de atrasos e faltas de professores são comuns nessa Faculdade.

5.5 Estudo e avaliação

Ao longo da formação em obstetrícia durante a graduação, a clássica divisão entre conhecimentos teóricos, habilidades práticas e atitudes tende a nortear os objetivos do ensino e os instrumentos de avaliação. E, considerando essas distintas dimensões do ensino, há uma tendência a se privilegiar o conhecimento teórico e não o desenvolvimento de habilidades e atitudes, até mesmo no internato. Um dos indícios desse fenômeno é o papel atribuído à prova teórica como forma de avaliação. Todos os módulos de obstetrícia em ambas as escolas recorrem a provas teóricas como um dos seus instrumentos de avaliação. E, embora as provas teóricas tendam a ter um peso maior nos módulos de formação mais teóricos, elas sempre têm o maior peso dentre os instrumentos de avaliações, mesmo no internato³². Por outro lado, embora o “conceito”, seja o único componente da nota utilizado para avaliar *atitudes*, e receba maior peso nas avaliações do internato, nunca chega a representar sequer um terço da nota, recebendo o peso 3 (de 10) nos dois estágios de internato de ambas as escolas. Se considerarmos que o “conceito” por vezes também acaba sendo o único ou um dos instrumentos de que se lança mão para avaliar habilidades no internato, acentua-se mais ainda a desproporção entre o valor atribuído ao conhecimento, por um lado e, por outro, as habilidades e atitudes no processo de “treinamento em serviço” em obstetrícia.

Cabe salientar que, mesmo tendo o mesmo peso em todos os estágios de internato pesquisados, o modo como a nota do conceito é composta formalmente, isto é,

³² Assim, na Faculdade X, a prova teórica tem peso 6 na disciplina mais teórica de apresentação à obstetrícia normal, e no 5º e 6º ano de internato, ela tem peso 5 e 4, respectivamente, enquanto os outros instrumentos de avaliação têm peso 1, 2 ou 3 no máximo. Na Faculdade Y, a prova teórica tem peso 7 no módulo teórico dedicado à obstetrícia patológica e, curiosamente, também no 6º ano do internato. No 5º ano de internato, a prova teórica tem peso menor: 4, enquanto os outros instrumentos de avaliação têm peso 3.

se este avalia exclusivamente atitudes ou se avalia também habilidades e/ou a aquisição de conhecimentos teóricos, difere nos distintos estágios e Faculdades. No estágio de 5º ano da Faculdade X, o conceito é composto de três itens, um dos quais, talvez não por acaso o terceiro item lista no manual do estudante, é referente às atitudes dos alunos em sua atuação na prática e representa 50% da nota do conceito. Um dos outros itens, a realização de procedimentos, se refere a uma das formas de contabilizar e avaliar a aquisição de habilidades³³ e representa 40% do conceito e, o primeiro item mencionado se refere à participação dos alunos em uma das modalidades de atividade teórica – o estudo dirigido e representa 10% do conceito. Nesse caso, portanto, a avaliação de atitudes dos alunos em sua inserção na prática obstétrica tem o peso de apenas 1,5 da nota que recebem ao final do curso. Além disso, o conhecimento teórico e a aquisição de habilidades práticas acabam sendo avaliados por mais de um instrumento de avaliação e tendo um peso proporcional bem maior na composição da nota final. No estágio de 6º ano dessa Faculdade, o conceito também não diz respeito, exclusivamente, às atitudes dos alunos em seu treinamento prático, pois avalia também a participação dos alunos em seminários e estudos dirigidos, atividades teóricas.

Na Faculdade Y, por outro lado, onde o conceito, em ambos os estágios, avaliaria exclusivamente atitudes, se inclui entre as atitudes no estágio do 5º ano, a entrega de uma monografia que cabe aos grupos de alunos realizarem em conjunto ao longo da disciplina. Segundo o programa,

“A realização da Monografia é uma determinação do Departamento (...). O não cumprimento da mesma implicará em nota O (ZERO) de conceito.”

³³ A outra forma de avaliar conjuntamente habilidades e conhecimento nesse estágio é a prova prática oral cujo peso é 2. A prova teórica tem o peso 5.

Aparentemente, é a *não* obediência a uma determinação do departamento – a realização da monografia – que influiria a nota do conceito³⁴. Mas, caso isso ocorra, anula-se o valor atribuído ao conjunto de atitudes dos alunos em seu treinamento prático que o conceito pretenderia avaliar. Explicita-se desse modo a pouca relevância que se atribui a esse conjunto de atitudes, isto é, a fragilidade do conceito enquanto instrumento de avaliação de atitudes.

O fato de a responsabilidade pela atribuição do conceito ser difusa, para não dizer completamente obscura, também evidência sua fragilidade como mecanismo de avaliação em ambas as faculdades. No estágio do 6º ano de obstetrícia da Faculdade X, por exemplo, se afirma, no manual de alunos:

“A nota do conceito será dada pelo preceptor, residente da enfermaria, centro obstétrico, e pronto-socorro e pelos assistentes responsáveis pelo estudo dirigido.”

No 5º ano da Faculdade Y sequer se menciona no programa quem é responsável pela atribuição do conceito, afirmando-se simplesmente que,

“O conceito expressa a opinião que o Departamento tem a respeito do aluno.”

Na prática, essa é uma responsabilidade do coordenador desse estágio e do preceptor daquele, porém há uma noção de que, no que se refere às atitudes dos alunos, idealmente a nota refletiria a opinião dos diversos assistentes e residentes com os quais interagiram no cotidiano da prática assistencial ao longo desta etapa do internato.

E, afinal, quais as atitudes dos internos que se pretende avaliar com o conceito? Nos manuais dos estágios de 5º e 6º ano, da Faculdade X, os termos utilizados para designar as expectativas em relação às atitudes dos alunos, compondo a respectiva

³⁴ Curiosamente a monografia, caso essa for realizada, não é atribuída uma nota de avaliação. Isto é, ao menos formalmente, o produto desse trabalho teórico não é contabilizado nos pesos que compõe a avaliação.

fração da nota do conceito, são: “ética, responsabilidade e participação”. A depender do estágio, essa participação é qualificada, genericamente, como “participação no estágio”; ou, quando especificada, refere-se à “participação em seminários e atividades práticas”. Na Faculdade Y, os termos utilizados nos programas dos respectivos estágios são: “frequência”; “responsabilidade”; “interesse”; “relacionamento” — o que é qualificado, em um dos programas, como “relacionamento com pacientes, colegas, residentes e docentes”—; “pontualidade” ou “assiduidade”, a depender do programa; e “desenvolvimento”. Evidentemente, “frequência”, “assiduidade” e “pontualidade” tendem a ser controladas e quantificadas com menor ou maior eficiência por diferentes mecanismos, não apenas nos hospitais e nos estabelecimentos de ensino pesquisados, mas nas mais diversas instituições de ensino e trabalho de modo geral. Por outro lado, os significados dos demais termos acima referidos são, a princípio, bastante vagos e abrangentes, não havendo nos cursos instrumentos formais desenvolvidos especificamente para avaliá-los. Há, entretanto, outros indícios que nos permitem depreender o significado atribuído a alguns dos termos acima referidos e de compreender quais as atitudes privilegiadas na avaliação.

Em ambas as escolas, como procuraremos mostrar a seguir, a obediência a determinadas regras disciplinares relacionadas com o funcionamento e a organização do fluxo hospitalar são privilegiadas como parâmetros de avaliação das atitudes dos alunos no exercício da prática de obstetrícia.

Na observação de campo, a apresentação dos cursos em sala de aula se constituía como momento oportuno para transmitir aos alunos algumas das expectativas e valores que, segundo os departamentos das respectivas faculdades, deveriam nortear o comportamento dos alunos dentro do hospital. Ao falar da iniciação à prática da

assistência ambulatorial na Faculdade Y, por exemplo, a coordenadora do curso introdutório de obstetrícia fez algumas recomendações aos alunos:

“A primeira coisa: postura durante as aulas práticas. Use jaleco ou roupa branca. A segunda coisa: horário. Se o horário é oito horas, tem que chegar às oito horas na sala!”

Variantes de ambas as recomendações aos alunos são muito enfatizadas nas apresentações de todas as disciplinas de obstetrícia nos dois cursos pesquisados, sendo levados em consideração ao avaliá-los no internato e, por isso, cabe fazer algumas considerações acerca de cada uma.

Nota-se que o uso do jaleco ou roupa branca é equacionado à postura. Essa concepção de que o uso da vestimenta, a qual é esperada do aluno em sua iniciação a prática, representa, em si, uma atitude perante a paciente, foi reiterada em todas as apresentações observadas das disciplinas de obstetrícia de ambas as faculdades. Na apresentação do estágio de internato do 5º ano na Faculdade X, por exemplo, a preceptora afirmou:

“A segunda coisa que vou pegar no pé é vestimenta: (e os alunos falam em coro com a professora) ‘AVENTAL OU ROUPA BRANCA’”.

Retomando a palavra, a preceptora chama atenção para uma carta do diretor do hospital dirigida a todas as unidades, enfatizando a importância de os alunos trajarem roupas apropriadas quando em contato com pacientes no ambiente hospitalar, reiterando a importância do uso de uniforme e fazendo algumas considerações adicionais acerca do que é considerada roupa apropriada. Após a leitura da carta, a preceptora comenta:

“Nada de mini-saias, tops ou havaianas, viu pessoal! E, como diz aqui (levantando o manual do aluno que distribuiu em classe), não usar o uniforme é considerado falta de ética.”

Em todos os manuais de aluno de obstetrícia da Faculdade X, é mencionada a necessidade de se utilizar o vestuário branco quando houver contato com as pacientes. Nos manuais referentes aos estágios de internato de 5º e 6º ano se explicita, como refere a preceptora acima, que o não uso desse vestuário, “*é considerado como falta ética.*” É interessante notar que essa é a única referência explícita que se fez, quer nas apresentações dos estágios que observei, quer nos manuais de aluno da Faculdade X, acerca do significado atribuído à ética enquanto componente do conceito, e portanto da avaliação de atitudes em ambos os estágios de internato nessa Faculdade.

Utilizar a vestimenta branca, principalmente o jaleco, é trajar um dos mais importantes símbolos da corporação médica na qual o estudante está ingressando. Considerando que a formação médica é um dos ritos de passagem mais longos do mundo ocidental (BECKER, 1961), podemos considerar a passagem para o internato uma fase muito específica desse processo. Marcado pela inserção mais sistemática no ambiente hospitalar e pelo convívio estreito com um conjunto menor de colegas, o internato é simbolizado ritualisticamente pelo uso cotidiano dos trajes típicos da corporação. Curiosamente, enquanto os estudantes de medicina das instituições pesquisadas recebem uma advertência acerca das possíveis conseqüências de não se adequar a essa norma de vestimenta, que traduz uma expectativa específica em relação ao seu comportamento, estudantes de uma escola de medicina norte-americana comemoram a entrada no internato com um ritual no qual colocam esse traje para simbolizar essa passagem³⁵. Talvez essa passagem seja menos comemorada entre nós porque a iniciação à prática médica se antecipa ao ingresso no internato e se dilui. Ela ocorre, formalmente, de maneira mais pontual e esporádica durante o ciclo acadêmico e informalmente, para parcela significativa dos estudantes, por meio da participação em

³⁵ Comunicação pessoal de um profissional médico acerca do rito do jaleco que realizado na passagem para o internato em uma escola de medicina americana onde seu filho está se formando.

equipes de cirurgia ou estágios extracurriculares³⁶. Em todo caso, ao longo da pesquisa, não se observou qualquer situação em que um estudante de medicina ou mesmo residente tenha infringido essa norma. Pelo contrário, o uso do jaleco era comum mesmo em situações em que seria dispensável, tais como em sala de aula, ou até mesmo pouco recomendadas, como em locais fora da Faculdade e do ambiente hospitalar, tal como lanchonetes e restaurantes dentro do hospital-escola e nos arredores. As vestimentas brancas e até mesmo aquelas que se utilizam no centro cirúrgico ainda são uma símbolo de *status* que estudantes e profissionais exibem com orgulho no interior do hospital-escola e fora dele. Aliás, se o uso do jaleco era obrigatório, não havia nenhuma norma explícita especificando que era preciso utilizar o jaleco com as insígnias da Faculdade. Entretanto, os alunos costumavam trajar jalecos com as insígnias de sua Faculdade, o que sugere que a identificação não seja apenas com a escolha de carreira profissional, mas com a instituição formadora, a qual continua a ser bastante valorizada.

A existência da norma acima referida se remete ao fato de que o uso do jaleco assegura à instituição formadora, assim como aos internos, estudantes ainda em fase de treinamento médico, que eles serão identificados pelas pacientes da obstetrícia, e também obviamente em todo espaço do hospital, como membros da corporação que adota esse traje como seu uniforme. Porém, se o uniforme facilita a identificação dos membros da equipe médica pela paciente, ajudando a criar um distanciamento entre cada pólo da relação e a se construir os respectivos papéis de paciente e membro da equipe médica, ele não permite à paciente discernir qual a posição que esse portador de jaleco ocupa no interior da hierarquia constituída pela equipe médica. Se esse discernimento é acessível aos membros da equipe, seja porque já se conhecem enquanto colegas de trabalho no departamento e/ou da Faculdade, seja porque há outros signos

³⁶ Acerca dos estágios extracurriculares ver REGO (1995 e 2002).

que denotam essa diferenciação para os “iniciados” (crachás ou diferentes insígnias nos jalecos), isso não é acessível às pacientes. Essa ambigüidade acerca da identidade do portador do jaleco branco da perspectiva da paciente – se é aluno, residente ou assistente – é inclusive sustentada durante o atendimento nos serviços por diversos membros da hierarquia médica. Não raro os residentes e assistentes se referem aos internos como “doutor”, inclusive em conversas com ou na presença de pacientes. Assim, se em muitos momentos da formação se aprende a conviver no interior de um rígido sistema hierárquico, há momentos em que essa hierarquia é atenuada e em que se busca promover uma identidade coletiva cujos contornos são bastante abrangentes e ambíguos. Ademais, essa ambigüidade é, inclusive, promovida por vezes por professores responsáveis pela supervisão dos internos. Em sua apresentação aos internos do 5º ano na Faculdade Y, o professor coordenador do estágio disse à turma:

*“Esse é um momento importante porque **aqui vocês começam a atuar como médicos**. Não é só conhecimento, é prática, relação pessoal com colegas, residentes, pacientes, assistentes. Há competição, mas é uma competição saudável. **Ainda não são médicos, vão completar com a parte prática.**”* [grifo nosso]

Nota-se a ambigüidade que transparece no discurso acima em relação ao *status* do interno: ora esses já começam a *atuar como* médicos, ora ainda não são médicos e vão completar a formação com a parte prática, representada pelos estágios de internato. Ao mesmo tempo, cabe indagar se a ambigüidade acima referida não é um traço distintivo e peculiar à organização do fluxo hospitalar no hospital-escola no atual contexto e não apenas ao estágio de internato nos departamentos de obstetrícia e ginecologia que constituem o *locus* desse trabalho. Afinal, para que os hospitais-escola funcionem a contento, dando conta como podem da demanda assistencial, não se contaria exatamente com essa *atuação* algo já “médica”?

Assim, se o jaleco é um símbolo dessa passagem para o internato e abriga essa ambigüidade, cabe perguntar até que ponto seu uso representa uma atitude ética na relação com a paciente. É importante salientar, nesse sentido, que, quando as pacientes se dirigem a eles chamando-os de “doutor”, eles não as corrigem. Aliás, os internos raramente se apresentam pelo nome às pacientes, sendo mais raro ainda se apresentarem a elas como estudantes de medicina. E seus crachás acabam não servindo também a esse propósito. Os internos da Faculdade X nem sempre costumavam usar seus crachás por sobre seus jalecos ou roupas brancas em um lugar visível. Ao mesmo tempo, para quem não estivesse familiarizado com o crachá, cuja letra é bem pequena, seria necessário se aproximar bastante para poder ler o nome de seu portador e identificá-lo como estudante. Na Faculdade Y, por outro lado, os crachás que os internos recebem do departamento de obstetrícia e ginecologia no início do estágio na Faculdade Y apenas identificam o departamento e o nome de seu portador. Assim, embora nesse departamento, as normas exijam que os crachás estejam visíveis durante o treinamento em serviço, eles não identificam seus portadores como estudantes para os leigos, contribuindo para a manutenção da ambigüidade acima referida, que permite apenas classificá-los como membros da equipe médica, quando não confundi-los com médicos. O crachá, nesse caso, é para uso interno do departamento, como me explicou o coordenador do estágio de 5º ano: seu intuito primordial é identificar individualmente o estudante para os residentes e, principalmente, para os assistentes, tendo em vista, inclusive, a avaliação no que se refere ao conceito.

Esse fato nos chama atenção para outra questão também: a falta de convívio dos internos com os assistentes nesse estágio, que tornaria esse mecanismo adicional de identificação necessário. Assim, até mesmo para os assistentes, em alguns contextos e situações, o jaleco branco dos internos não facilita ou até dificulta sua identificação.

Para diferenciá-los enquanto categoria e identificá-los individualmente, torna-se necessário o uso do crachá.

Essas ambigüidades no estatuto de estudante atingem os alunos também da perspectiva de suas necessidades dentro do processo de aprendizagem de maior presença dos assistentes e de suas supervisões clínico-didáticas. No entanto, isso não é percebido como tal nem por professores, nem por alunos, e apenas a aparente vantagem de já ser “praticamente médicos” é estimulada, tornando a supervisão procedimento de ensino pouco valorizado³⁷.

Por fim, o equacionamento do uso do jaleco com uma determinada postura que se espera do interno ou com uma atitude ética é ainda mais questionável se considerarmos o leque variado de posturas e de atitudes éticas e antitéticas que se encontram entre portadores de jalecos brancos nos hospitais-escola, sejam estes internos ou os diversos membros da equipe médica responsáveis pelo seu treinamento.

A outra recomendação que se faz enfaticamente aos alunos nas apresentações de todas as disciplinas de obstetrícia, quando se fala das atitudes que se esperam deles em sua inserção na prática, diz respeito à sua presença nos serviços. Como vimos, “frequência”, “pontualidade” e “assiduidade” são alguns dos termos utilizados para se referir a essas expectativas quando se discute a avaliação e particularmente o conceito. Outro termo é a “responsabilidade”. No manual de estudante da disciplina de obstetrícia do 6º ano da Faculdade X, se afirma:

“A frequência e a pontualidade do interno serão consideradas como sinais de responsabilidade e contarão no conceito do mesmo”.

³⁷ O tema da desvalorização da supervisão será retomado na seção “Responsabilidade pelo ensino e treinamento” e na “O exercício da prática e sua supervisão no percurso pelas estações de trabalho no internato” deste trabalho.

À medida que outros sinais de responsabilidade não são sequer mencionados, supõe-se que a responsabilidade seja avaliada única e exclusivamente por meio da frequência e pontualidade. Em outras palavras, outras dimensões de responsabilidade do interno em relação à assistência à saúde prestada às pacientes não são objeto de avaliação. Para que assim fosse, seria necessário valorizar e desenvolver outros mecanismos de avaliação como, por exemplo, definir alguns outros parâmetros de qualidade desse atendimento e construir instrumentos específicos de avaliação, aplicáveis pela observação direta da prática, ou senão avaliar os registros produzidos durante esse atendimento, isto é, os prontuários.

O controle sobre a frequência e assiduidade no 6º ano da Faculdade X é feito por meio de um livro de ponto, enquanto que, no estágio do 5º ano da mesma Faculdade, além desse recurso, utilizado em sala de aula, o crachá eletrônico do estudante é empregado para a mesma finalidade no serviço hospitalar, de modo geral. A ênfase no controle da presença transparece na apresentação do estágio do 5º ano, nos seguintes termos:

“A primeira coisa que quero dizer pra vocês é que vocês devem usar as portas do 1º e 3º andar para entrar e sair do hospital. Não podem sair pela porta do 2º andar. Tem frequência controlada pelo crachá nessas saídas. O curso é prático. Vocês precisam estar aqui. Precisam estar dentro do hospital.”

Ambigüidades, portanto, estão presentes em muitas esferas desse momento de estágio hospitalar: de um lado é importante conhecer os alunos que estão em pequenos grupos, de outro, instalam-se e valorizam-se mecanismos rotineiros, mecânicos e anônimos de avaliar a frequência; de um lado indica-se o modo correto de se usar o crachá eletrônico, já que instrumento importante de avaliação e controle da frequência, mas de outro, indica-se, sabe-se e não se argúi, a existência de vias para burlar o

controle, uma vez que a mencionada “porta do 2º andar”, tal como pude observar no trabalho de campo, é sistemática e amplamente utilizada pelos alunos.

No 6º ano, a ambigüidade em relação à frequência nas atividades práticas do estágio se acentua, como se pode constatar pelo seguinte comentário feito pelo preceptor em sua apresentação:

“A frequência de vocês é obrigatória. O livro de ponto é virtual. Enquanto conseguirmos levar assim, melhor para todo mundo. (...) Comuniquem a mim se tiverem de faltar por algum motivo. É perfeitamente ajustável.”

Embora, na Faculdade Y, a ética não seja um dos termos arrolados entre as atitudes que compõem o conceito nos programas do departamento de obstetrícia e ginecologia, ela também é associada à presença no serviço, a qual se expressa por meio de diversos termos incluídos entre seus componentes. Veja-se como essa associação entre ética e presença no serviço se explicita no discurso do coordenador do estágio de 5º ano daquele departamento, em sua apresentação aos estudantes:

“Nós estamos sob um negócio chamado o Código de Ética Médica. Uma das coisas mais importantes que tem que ser obedecida é o plantão. (...) o plantão é uma questão de honra, vocês têm que participar. Falta no plantão é falta gravíssima. Se trocar, e o colega faltou, é falta daquele que está escalado.”

No discurso acima, confunde-se o estatuto de interno com o de profissional médico, pois, afinal, o Código de Ética Médica dispõe sobre as normas éticas que devem nortear a conduta do profissional médico e das instituições médicas, inclusive o hospital-escola, mas não a conduta dos estudantes de medicina. Esses não poderiam, a princípio, exercer a medicina, mas deveriam estar sendo treinados e supervisionados no exercício da medicina. A identificação do interno com o profissional é construída desde o início da frase acima citada, quando o professor se dirige aos internos na primeira pessoa do plural, afirmando que *nós* somos regidos pelo Código de Ética. É irônico, se

não fosse lastimável, que esse discurso tenha se dirigido aos internos e não aos plantonistas que trabalham no centro obstétrico desse hospital-escola, já que, como veremos adiante e a despeito do Código de Ética Médica, sua ausência nos plantões, particularmente nos noturnos, é freqüente e notória³⁸.

Segundo o professor, faltar no plantão é uma falta gravíssima, pois representa uma desobediência ao Código e uma forma de desonrá-lo. A falta no plantão e de participação do interno no atendimento pode prejudicar o funcionamento do serviço. Porém, a mera presença no plantão não implica em uma atitude ética. Portanto, nesse caso novamente, assim como no caso do uso do jaleco, nada se elucida acerca do conjunto mais ampliado de normas que deveriam reger a conduta do interno com relação às pacientes. Em relação às expectativas dos professores e de seus respectivos departamentos quanto à conduta ética, não foram observadas recomendações positivas e afirmativas de condutas adequadas, referidas à avaliação dos alunos. As recomendações se restringem a alertá-los acerca do punitivo: as atitudes consideradas antiéticas, que, caso sejam detectadas, repercutirão de forma negativa em suas avaliações.

Aliás, é justamente em termos da repercussão negativa que o conceito pode ter na avaliação que ele ganha maior força e relevância. No manual do aluno de obstetrícia do 6º ano da Faculdade X se afirma que “*alunos reprovados por conceito, isto é, alunos que não adquiriram habilidades e comportamentos mínimos exigidos*” terão de fazer novo treinamento prático, não tendo direito à recuperação. E é em relação aos diversos termos associados à presença dos internos nos serviços, em relação à qual, como vimos, há instrumentos menos ou mais eficazes de controle, que esse seu potencial negativo tem maior impacto. Assim, uma freqüência que varia entre 70 e 75% é exigida nos estágios de 5º ano de ambas as faculdades e no estágio de 6º ano da Faculdade X, sendo

³⁸ Ver, a esse respeito seção: Organogramas *versus* acordos informais entre os supervisores do treinamento em serviço

o não-cumprimento dessa exigência um critério de reprovação. Efetivamente, o único caso presenciado por mim de reprovação foi motivado pelo não-cumprimento da frequência mínima exigida em um estágio de 5º ano.

Percebe-se, portanto, que o conceito é um instrumento bastante frágil no que diz respeito à avaliação das atitudes dos alunos em relação às pacientes. Por outro lado, ele tem um impacto significativo na avaliação de atitudes dos alunos cuja repercussão se faz sentir na vida institucional. As atitudes dos alunos que dizem respeito à sua presença cotidiana nos serviços – frequência, assiduidade e pontualidade – são aquelas que, a princípio, podem ter maior impacto no atendimento, na organização das equipes médicas e no fluxo dos serviços. São estas atitudes que mais influenciam a avaliação final dos internos, particularmente quando essas atitudes não vão de encontro às expectativas institucionais. Cabe considerar que, se a instituição funciona a contento, isso também será ético (e bom) para as pacientes, mas o lado enfatizado é o da dinâmica das equipes médicas e da instituição.

Uma outra consideração que se pode fazer de todas as questões ora trabalhadas diz respeito ao que esse processo denota relativamente à tríade conhecimentos (teóricos), habilidades e atitudes na aprendizagem. Isso porque, a despeito do valor que se atribui à inserção na prática, como veremos abaixo, mesmo durante o internato, privilegiam-se nas avaliações os conhecimentos teóricos adquiridos pelos alunos muito mais do que suas habilidades e atitudes, excetuando-se aquelas circunstâncias que não obedecem a certas exigências mínimas que poderiam afetar a organização e funcionamento das equipes médicas e da instituição. Pode-se supor, ademais, que, ao se valorizar o conhecimento relativamente aos demais termos da tríade mencionada, a dimensão prática com a qual se tem maior preocupação, e mesmo assim indiretamente,

são as habilidades, provavelmente concebidas em separado das atitudes, sendo estas a dimensão menos trabalhada.

Ao mesmo tempo, como se pôde perceber, vários dos sentidos que a inserção na prática adquire na formação fogem aos objetivos formais do curso e aos seus instrumentos de avaliação. Deter-nos-emos, entretanto, no momento, na descrição de como os alunos estudam, seja visando seu melhor aproveitamento das aulas, seja para esclarecer dúvidas ou para se preparar para as provas teóricas.

Em ambas as escolas, os cadernos de anotações de aulas se constituem em importante recurso para o estudo em todos os módulos de obstetrícia, como afirmaram os alunos entrevistados. Aliás, os cadernos de anotações de aulas são importante ferramenta de estudo no curso de medicina como um todo para muitos alunos, alguns dos quais recorrem a esses cadernos inclusive para se prepararem para as provas de residência. Além dos cadernos de anotações, é comum os alunos, em ambas as escolas, recorrerem aos fichamentos produzidos a partir de livros ou outras referências bibliográficas. Porém, o uso desses fichamentos para estudo é mais freqüentemente mencionado pelos alunos da Faculdade X. Acreditamos que isso se deva ao fato, já referido anteriormente, de que todas as disciplinas na área de obstetrícia nessa Faculdade lançam mão de estratégias didáticas – sessões de tutoragem e estudos dirigidos — que procuram estimular o aluno à leitura. Na Faculdade Y, por outro lado, os alunos são requisitados a produzir fichamentos para a apresentação de seminários na área de obstetrícia apenas no 6^o e último ano do curso.

Durante o “ciclo acadêmico”, os alunos entrevistados mencionaram a consulta a dois livros-textos para o estudo: *Obstetrícia Normal — Briquet* (DELASCIO; GUARIENTO, 1981, 1994) e *Obstetrícia Fundamental* (REZENDE, 1999). O primeiro, conhecido como “Briquet” na área, era mais freqüentemente mencionado como o livro

de referência pelos alunos da Faculdade X. O segundo, apelidado de “Rezendinho” por ser conhecido como uma versão mais resumida de outra obra de referência do mesmo autor, era mais freqüentemente mencionado pelos alunos da Faculdade Y como livro de referência. Por outro lado, curiosamente, na Faculdade Y, a única referência feita em entrevista a uma consulta a livro texto, a partir de solicitação explícita de um professor, faz menção ao “*Briquet*” e não ao “*Rezendinho*”³⁹. Apenas dois alunos, um de cada Faculdade, mencionaram em entrevista terem consultado outros livros para estudo durante o ciclo acadêmico. Ambos eram livros mencionados nos programas das disciplinas das respectivas Faculdades.

Além destes livros-textos, no internato, os alunos da Faculdade X consultavam o livro de protocolos de obstetrícia produzido e atualizado pelos seus próprios docentes. Na Faculdade Y, por outro lado, à medida que não se adota um livro de protocolos, há alunos que se restringem à consulta aos colegas, aos cadernos de anotações e os livros-textos utilizados nos anos anteriores, e outros que procuram outras referências para se nortearem em relação às condutas assistenciais adotadas na especialidade. Enquanto realizava a pesquisa de campo nessa Faculdade, observei internos consultando o Tratado de Obstetrícia da Federação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia (FEBRASGO, 2000); o guia de Obstetrícia da UNIFESP (CAMANO et al., 2003); e, a sessão de obstetrícia de Atualização Terapêutica 2003: Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento (PRADO et al., 2003).

É freqüente a colaboração entre os alunos ao se prepararem para as avaliações. Embora alguns prefiram estudar sozinhos, é comum grupos de alunos da mesma turma estudarem juntos nas vésperas das provas. Aliás, não é rara a existência de grupos de amigos e casais que estudam juntos ao longo dos vários anos da Faculdade. Também é

³⁹ Um dos professores, em aula prática, pedira aos alunos para ler o “*Briquet*” acerca das técnicas francesa e alemã do palpar obstétrico, pois iriam aprender a realizar essas técnicas — nos abdomes de gestantes — na próxima “aula prática”.

comum os alunos se consultarem com colegas que já cursaram a disciplina, de preferência pessoas da mesma turma que acabaram de passar por aquele módulo, para receberem informações e dicas sobre a avaliação. Ao enfrentarem dificuldades na compreensão da matéria é também comum procurarem a ajuda de colegas de turmas anteriores e até mesmo residentes da ginecologia e obstetrícia. Procurar resolver dúvidas acerca de temas ou da condução de “casos” específicos, a partir do diálogo com os pares ou com um profissional mais experiente, faz parte de uma tradição oral muito presente não apenas na formação médica, como também em seu exercício profissional. Embora seu valor como meio de aprendizagem seja amplamente reconhecido, aparentemente há também certa preocupação, por parte dos docentes, com que os alunos se restrinjam a recorrer exclusivamente a este recurso. Na abertura do 5º ano de internato na Faculdade Y, por exemplo, o coordenador do estágio adverte os internos:

“Não se esqueçam, a medicina não se aprende somente com o que o residente fala. Vocês têm que estudar!”.

Essa tradição oral se manifesta em diferentes práticas relacionadas ao estudo e preparo para as avaliações, como mencionamos acima. Porém, sua expressão mais típica é a apresentação e discussão de caso, uma ferramenta com a qual o aluno se familiariza ao longo da faculdade e que aprende a manusear no internato ou treinamento em serviço, como veremos em maior detalhe na sessão intitulada “Visitas”.

Outra forma de colaboração entre colegas da mesma turma, muito freqüente e tradicional na medicina como um todo, e não apenas na obstetrícia, diz respeito à circulação dos cadernos de anotações⁴⁰ de aula e dos fichamentos. Em geral há um ou

⁴⁰ O fato de a circulação de cadernos de anotações de aula ser uma prática tradicional na área foi constatado por meio de depoimentos de médicos formados nas décadas de 50 e 80. Trata-se de uma prática comum em várias áreas, mas, por ser um fenômeno sistemático e particularmente elaborado, à qual se recorre ao longo do curso, nos chamou atenção, merecendo uma descrição mais detalhada.

mais aluno da turma, os quais tendem a ser do sexo feminino⁴¹, que se destacam pela qualidade dos registros que fazem das aulas em seus cadernos de anotações. São, em geral, registros sem ou com pouquíssimas rasuras, realizados com uma letra bem legível e contendo excelentes ilustrações, reproduzindo tanto os desenhos confeccionados pelos professores na lousa como as ilustrações em transparências ou telas de apresentações em *slides* projetados em aula. É comum inclusive utilizarem mais de uma cor nas ilustrações, para diferenciarem, por exemplo, veias de artérias; para reproduzir, no caderno, o destaque dado em aula pelo professor para determinados termos ou conceitos que se deve reter; ou para diferenciar, conforme esteja sendo feito em aula, elementos segundo as distintas categorias às quais pertencem.

Observar esses alunos produzindo essas impecáveis anotações em aula era realmente impressionante. A rapidez e precisão com que anotavam, inclusive, trocando o instrumento com o qual trabalhavam – caneta, marcador colorido, caneta hidrocor – era formidável. Mantinham inclusive a velocidade necessária para acompanhar, de modo geral, as mudanças nas telas de apresentação em *slides*. Conversando com uma aluna sobre os cadernos de duas colegas da classe que habitualmente circulavam entre seus pares, essa comentou que a preferência da classe era pelas anotações de uma destas, pois ela era mais sintética – só anotava as coisas importantes. Isto é, além da velocidade no manuseio dos instrumentos, e da habilidade artística, ela tinha uma boa capacidade de síntese, o que facilitava o uso de seu caderno para fins de estudo.

A admiração por essas colegas e/ou o reconhecimento pela colaboração prestada tende a ser compartilhado pela turma, mesmo por aqueles que não recorrem a seus cadernos, preferindo utilizar as próprias anotações. Porém, há alunos em ambas as Faculdades que nunca fazem anotações em aula e que sistematicamente lançam mão do

⁴¹ Durante a pesquisa de campo, só encontrei ou ouvi falas acerca de alunas que produziam ótimos cadernos. É provável que também haja alunos que façam excelentes anotações em aula, porém, a figura do aluno a quem se recorrer para copiar as anotações parece ser associado ao gênero feminino.

recurso de copiar dos outros ao longo da Faculdade. Como afirmam dois alunos da Faculdade X:

“pra estudar e a gente sempre xeroxa um caderno de... de alguém que seja mais interessado que a gente... (risos) seja mais aplicado, assim. Que anotou as aulas direitinho... Eu nunca fui de anotar aula, né? Eu sempre fui mais de ouvir as coisas... E eu aprendi assim.”(aluno Faculdade X)

“Particularmente eu tenho dificuldade desde pequeno de estudar com o professor, fazer caderno essas coisas, eu pego caderno de outro e estudo, eu prefiro estudar sozinho, então é o seguinte, eu perco muita aula,” (aluno Faculdade X)

Outra situação em que o uso desse recurso se torna valioso é quando se falta às aulas, como ocorre com frequência com o aluno citado logo acima. Essa situação também é relativamente comum, pois não é raro os alunos se engajarem em outras atividades, relacionadas à vida acadêmica e/ou à formação médica, curriculares ou extracurriculares, às quais dão maior prioridade, dedicando-se mais a elas do que às disciplinas obrigatórias. É o caso, por exemplo, de alunos, como alguns dos meus entrevistados, que resolvem que vão se dedicar a alguma carreira cirúrgica e que, desde os primeiros anos de Faculdade, participam de equipes cirúrgicas, muitas vezes chefiadas por professores da própria Faculdade, que operam em horário de aula. É também o caso de alunos que participam de ligas, de iniciações científicas, de atividades esportivas ou políticas organizadas pelas respectivas associações acadêmicas. Embora essas atividades sejam contempladas pelo currículo, sendo idealmente programadas para ocorrerem após as aulas ou nos intervalos entre elas, é freqüente que seus horários se sobreponham aos das disciplinas obrigatórias. Ao mesmo tempo, é comum que o interesse em se estender nessas atividades, assim como o valor atribuído a elas, pelo aluno seja maior do que o interesse e o estímulo despertado pelas atividades curriculares. Embora essa situação — a de engajamento em um currículo paralelo ou em

outras atividades além das estritamente obrigatórias no horário destas últimas — ocorra mais durante o ciclo básico, por vezes também acontece, em menor intensidade, durante o internato, a despeito do controle mais rígido que se procura impor em relação à frequência. O aperfeiçoamento da arte de sumir dos plantões, ou “evaporar” como por vezes se denomina essa prática, cultivada entre profissionais, inclusive entre alguns professores nos hospitais escola, inicia-se, para alguns alunos, desde a formação.

Nesses casos, é comum se adotar uma postura estratégica em relação ao cumprimento das obrigações acadêmicas *stricto sensu*, o que podemos depreender no discurso do aluno abaixo citado, um futuro cirurgião:

“(...) até o quarto (ano), sinceramente, dá pra passar sem estudar quase nada, só caderno alguns dias antes da prova.(...) o curso de obstetrícia (normal) é considerado um curso que você pode faltar à vontade. Porque é assim: as aulas são teóricas, e pra quem é cirurgião não aprende quase nada, não faz muito sentido, eu não aprendi quase nada na grade obrigatória de obstetrícia.(...) Todo mundo assina para todo mundo. E a prova é relativamente simples porque não é muito exigente. E as aulas são, é difícil falar... os cadernos, dá para você estudar pelos cadernos e passar tranqüilo. Mas depois da prova você esquece tudo. Eu lendo hoje, faz uns dois meses, eu não lembro que aprendi. Ainda que eu assisti algumas aulas, perdi poucas aulas.” [aluno da Faculdade X] [grifo nosso]

Nota-se, em primeiro lugar, que, a despeito de ainda estar cursando a Faculdade, o aluno já se considera cirurgião, como se assinala em seu depoimento. Essa antecipação da identidade profissional é muito comum entre os estudantes, particularmente nos anos de internato e não apenas entre os futuros cirurgiões. Ao mesmo tempo, aponta para um processo de especialização precoce que se realiza, a princípio, com o aval de professores, que criam e estimulam condições de exercício da aprendizagem prática no horário do currículo obrigatório.

Além disso, é interessante observar que estudar exclusivamente pelo caderno alguns dias antes da prova, recorrendo mais à memorização como mecanismo de

assimilação de seu conteúdo, implica em perdas que são reconhecidas. Porém, o uso exclusivo ou quase que exclusivo do caderno de anotações e/ou de fichamentos do próprio aluno ou de colegas na preparação para as provas e o recurso à memorização não se restringem apenas aos alunos menos ou mais faltosos, sendo tributado, em alguns casos, às contingências do ensino, que tornam difícil um maior aprofundamento na leitura da bibliografia indicada no programa. Como afirma um aluno da Faculdade X:

“Por que não adianta os profe... assim, eu acho que é importante a gente saber ler os livros, eu acho que é. Mas dentro da estrutura atual do currículo que tem, não dá pra você ler cinco... então a gente tava tendo Pediatria, Obstetrícia, Ginecologia, Neurologia e Psiquiatria, todas elas ao mesmo tempo. Todos os cursos gostariam e hã... seria lindo e maravilhoso que a gente lesse a bibliografia de tudo. Só que é inviável, entendeu? A gente tem... tinham dois horários...hã... de janela. Na realidade, um era por optativa você tinha um e não consegue ler a bibliografia e daí a galera começa a se virar de algum jeito.”

E outro da Faculdade Y, retratando, respectivamente, as condições em que se realizam o primeiro e segundo módulo de obstetrícia no ciclo acadêmico:

“Ah, a gente estuda mais pelo caderno mesmo. É, porque o tempo é muito... passa muito rápido. São três, quatro semanas que a gente fica em cada lugar. E leitura de livro é uma coisa mais específica. É mais demorado, tal, ficar estudando no livro. Então a gente costuma estudar é (pelo) caderno mesmo.”
(Aluno Faculdade Y)

Após se referir ao fato de que, no módulo teórico de obstetrícia patológica, recorreu exclusivamente ao caderno para se preparar para a prova escrita, esse aluno acrescenta:

“O único ruim é que é uma coisa muito rápida. Você tem uma semana, na sexta-feira você tem a prova, já. Então você tem que estudar. Então fica assim: você decora pra prova e acaba esquecendo depois. Isso que é a parte ruim. (...) É. O ideal seria você ter um tempo pra ir sedimentando a coisa na sua cabeça.”
[aluno Faculdade Y]

Conforme esse depoimento, o fato de o módulo teórico em obstetrícia patológica ser concentrado em um curto espaço de tempo torna a utilização de outros materiais de estudo mais difícil. Nesse contexto, o uso do caderno para decorar o que foi considerado mais relevante do conteúdo programático ou aquilo que foi mais enfatizado em aula pelos professores é a estratégia de que se lança mão para se preparar para a prova. Percebe-se, pelos comentários acima, que o uso dessa estratégia — vista, nesse caso, como a única viável — gera insatisfações em relação ao processo de ensino e aprendizagem. Reitera-se a percepção de que as perdas são grandes, pois pouco se retém. Cabe salientar que a necessidade de assimilar uma grande quantidade de informação nova em pouco tempo é queixa freqüente dos alunos de ambas as Faculdades em relação aos módulos mais teóricos de obstetrícia no ciclo acadêmico.

Nessas circunstâncias, alguns alunos entrevistados referem que recorrem ao livro no estudo, mas apenas pontualmente. O livro constitui-se em um complemento ou alternativa à consulta ao caderno do colega quando se falta, ou senão, quando se quer esclarecer dúvidas acerca de um tema abordado em aula, como afirma uma aluna da Faculdade Y:

“E a... a gente usava um pouquinho um livro, mas era... Tem algumas partes... é que é assim, algumas partes eram muito difíceis da gente entender, aquela parte de distócias, aquela parte da bacia, os diâmetros, a comparação do diâmetro da bacia com o diâmetro encefálico do neném, aquela parte eu achava uma parte muito complicada. Aí a gente precisou recorrer ao livro.”

Porém, em ambas as Faculdades, ao recorrer a um ou ao outro livro-texto de referência, os alunos enfrentaram dificuldades de compreensão que atribuem à linguagem utilizada pelos autores. Como afirma uma aluna da Faculdade Y, em relação à *Obstetrícia Fundamental* (REZENDE, 1999):

“A gente (estudava) pela anotação de aula e pelo livro. Às vezes, o livro era um livro que... eu não gostei muito do Rezendinho, em alguns aspectos.(...) nem é tanto a linguagem técnica, eu acho que a gramática dele era uma gramática que eu achava estranha, é um leitura que não... não é uma leitura que você faz... assim... é uma leitura difícil, uma leitura que parece que emperra que... eu acho que nem tanto pelos termos técnicos, eu acho que às vezes eles usam uns termos muito antigos, sabe? uns termos que não se usa mais, e você acaba... sabe? São termos que, na verdade, nem fazem muita diferença no contexto geral, mas você vai atrás do termo, porque você acha que é importante, e aí você vai ver que poderia ter usado outro termo, que ia facilitar a leitura, facilitar o entendimento, e economizar um tempão. Então, eu não gostei muito do Rezendinho. (...)Eu acho que, pro clínico... Eu não sei se o obstetra, lendo o Rezendinho, como que é, mas você imaginando um clínico geral que quer ter uma noção... sei lá, um médico que quer ter uma noção de obstetrícia, é uma leitura chata de se fazer.”

E, na Faculdade X, depoimentos semelhantes àquele que reproduzimos abaixo em relação a *Obstetrícia Normal – Briquet* (DELASCIO; GUARIENTO, 1981) foram recorrentes entre os alunos entrevistados:

“Eu achei a linguagem confusa, eu não achei didático o livro, eu me perdia no meio, num...num... num... assim, e... e... era difícil de entender a linguagem, a linguagem que era o problema assim. Não era nem se tinha ou não o conteúdo, era a linguagem. Eu lia o texto, relia e eu não conseguia entender qual era a seqüência do parto entendeu?(...) Os desenhos eram bons assim, mas a linguagem...”

A falta de atualização e de didática do *Briquet* levou outro aluno da Faculdade X, então no último ano do internato, a sugerir inclusive que o titular de obstetrícia deveria se responsabilizar pela organização de novo livro-texto:

“Não, eu acho que isso seria um dos defeitos da obstetrícia como um todo, tanto que eu até falei na época, que a gente estuda por um livro que nasceu junto comigo, né, o livro de obstetrícia normal, é o livro do Briquet, de 1981, (...) Oitenta e um era quando tava começando a se usar o ultra-som, então você imagina em que pé que tava, e eu lembro que no quarto ano eu perguntei pro professor que me dava aula, falei: ‘Quem que é o titular da obstetrícia? (...) Por que que esse professor

(...) não inventa um livro, não faz um livro (...) (para) atualizar essas coisas todas?', porque assim, meu, ele é o responsável, desculpa se ele tem outras coisas pra fazer, mas ele é o responsável, sabe, ele é o maior responsável por tudo em obstetrícia nesse país, sabe, (...) a gente tem essa responsabilidade, tem outras escolas que também têm uma baita de uma responsabilidade, mas a gente tem, né?, então acho que tem que assumir essa responsabilidade e botar pra frente, meu, se o Briquet de '81, a gente lê até hoje e acha que tem um monte de coisa errada no livro, inventamos um livro nós mesmos, sabe, é básico isso, tem vinte anos pra fazer isso, não é uma coisa que é de hoje."

O mesmo aluno retoma essa reflexão ao fazer um balanço de sua formação em obstetrícia na Faculdade:

"Primeiro, a questão de bibliografia (...): eu acho que precisa ter alguma bibliografia um pouco mais direcionada pros alunos, particularmente do quarto e quinto ano, que precisam de mais conceito, o livro de protocolos lá da obstetrícia ajuda bastante, mas ajuda bastante, mas assim, não explica tanto as coisas, né, ele coloca mais as condutas do que os conceitos, a respeito de determinados assuntos, mesmo colocando parte desses conceitos (...)"

E, se no ciclo básico os alunos enfrentam as dificuldades acima mencionadas para se organizar em termos de seus estudos e com a falta de didática da bibliografia de referência, no internato a disponibilidade de tempo para se preparar para as provas teóricas no final dos estágios é o maior obstáculo enfrentado. Assim, não raras vezes, ao se aproximar a data e/ou o horário de uma avaliação, encontramos os alunos, em pequenos grupos ou sozinhos, revisando suas anotações em cadernos ou consultando um manual ou livro de protocolo nos serviços por onde passavam.

Encontrar um local e um horário onde pudessem estudar era o primeiro desafio a ser enfrentado. No pronto-atendimento do hospital secundário em que os 5^o anistas da Faculdade X realizavam seu estágio, por exemplo, nos períodos em que o serviço permitia, as salas de atendimento se convertiam em salas de estudo, assim como a sala

de descanso médico. Para lá se dirigiam também os alunos prestando atendimento no centro obstétrico, quando e se a situação estivesse mais calma.

Na Faculdade Y, a sala de descanso dentro do centro obstétrico era um lugar relativamente mais calmo, em que, freqüentemente, se encontravam internos estudando em períodos de prova.

Não era raro, no final do estágio de internato em ambas as Faculdades, os internos obterem o apoio de residentes que, quando encarregados de sua supervisão, os dispensavam mais cedo de suas obrigações para que pudessem estudar.

Após cumprirem suas tarefas nas enfermarias de puerpério dos hospitais em que realizavam seu estágio, e antes de se encaminharem às aulas ou aos atendimentos de pré-natal, conforme a faculdade, os internos do 5º ano se reuniam em pequenos grupos em torno do balcão do posto de enfermagem. Apoiando cadernos, livros e mochilas nos balcões, mais de uma vez pude acompanhá-los enquanto “cantavam” perguntas uns para os outros:

- *“Quais os sinais de uma iminência de eclâmpsia?”*
- *“Defina a síndrome HELLP, seus critérios diagnósticos e seus sinais e sintomas.”*
- *“Quais os tempos do mecanismo de parto?”*

Tal como no ciclo acadêmico, o recurso à memorização mecânica é freqüente na preparação para as provas teóricas do internato tanto em uma como em outra Faculdade. Assim, embora a ênfase das avaliações na área de obstetrícia em ambas as Faculdades esteja no conhecimento teórico, esse parece ser bastante limitado em seu alcance. O tempo que se dedica ao estudo e a qualidade da bibliografia de referência indicada nos programas, considerada pouco didática pelos alunos, não contribuem para um maior aprofundamento teórico. Ao mesmo tempo, o fato de que se pode lançar mão da estratégia da memorização com bom proveito nas avaliações também é indicativo de que o processo de ensino aprendizagem pode ser pouco crítico e reflexivo.

Como afirma uma aluna, as avaliações são baseadas nas aulas, na matéria dada em sala de aula, portanto os alunos estudam pelos cadernos, pois “*se leio outro material, posso responder à questão de modo diferente daquela que foi transmitida em sala de aula e me prejudicar por conta disso*”. É possível que os professores, por vezes se sintam cobrados pelos alunos a basear suas provas estritamente em matéria lecionada em aula, já que não raro os alunos se queixam quando isso não ocorre. Entretanto, a idéia de que as avaliações terão por base exclusivamente o conteúdo das aulas também é por vezes transmitida aos alunos pelos próprios professores em comentários como:

“A avaliação não vai sair fora do que vocês vão ver aqui.”
[Aula introdutória – curso de obstetrícia patológica, Faculdade Y]

Tende-se, assim, a reforçar a prática de estudo baseada primordialmente nas anotações de aula. Assim, de ambos os lados, uma prática pouco reflexiva tende a se arraigar. Trata-se de um estudo que tem por base e reforça a autoridade do professor. Não raro protocolos assistenciais são repassados para os alunos como se eles fossem frutos de um consenso universal, sem qualquer esclarecimento ou discussão acerca das controvérsias científicas existentes em torno das condutas que compõem esses protocolos.

À medida que, dentre os aspectos da matéria lecionada em sala de aula, particular ênfase é dada à aprendizagem de definições, conhecimentos mais abstratos e de determinadas nomenclaturas, gerando a necessidade de grande memorização, os alunos tendem a assumi-la como a melhor estratégia de estudo para a prova, recorrendo a determinados conteúdos dos cadernos. Nesse sentido, a boa memória tende a ser muito valorizada e estimulada, talvez exageradamente, não apenas para fins de ingresso no curso mas no transcorrer do curso como um todo. A ênfase nesse recurso – a memória – em detrimento de outros menos valorizados – tais como a construção do raciocínio lógico, da atualização por meio da consulta à literatura científica e da reflexão crítica, e

do desenvolvimento de uma postura ética para com a paciente – tem conseqüências relevantes para a formação. Afinal, apenas alguns alunos têm a capacidade de reter a longo prazo o conhecimento que adquirem por meio desse recurso. Muitos esquecem aquilo que decoraram logo após a avaliação. Afora o fato de que esse conhecimento pode se tornar obsoleto.

5.6 Iniciação à prática

A valorização da precocidade na iniciação à prática é uma das características do ensino médico brasileiro (REGO, 1995, 2002). Esse estilo de ensino, em que o treinamento da prática se realiza desde cedo nos corpos dos pacientes internados nos serviços vinculados aos hospitais-escolas, é denominado, na literatura anglo-saxônica, “*hands on*”, sendo sugestivo de procedimentos ou intervenções invasivos. Em contraste, o ensino médico em alguns países, inclusive o britânico e o norte-americano, seriam mais “*hands off*”, isto é, o treino da prática é realizado primeiro em animais, defuntos, bonecos e/ou profissionais remunerados, protelando-se assim o treinamento em pacientes vivos nos serviços (KAPSALIS, 1997).

Nas faculdades de medicina brasileiras, estudantes freqüentemente se referem à iniciação à prática como “*pôr a mão na massa*”, expressão sugestiva, já que, no caso, a “massa” a que se refere à expressão são os pacientes em que os alunos “põem a mão”. A antecipação dessa iniciação à prática fora da faculdade tem sido denominada de currículo oculto, terminologia utilizada para se referir a tudo que os alunos aprendem de modo informal ou latente no processo de treinamento médico, isto é, aquilo que não está

contemplado formalmente no currículo (REGO, 2002; HAFERTY, 2000). No caso, essa terminologia tem sido utilizada para se referir às formas de iniciação à prática que se realizam fora do contexto formal de ensino na faculdade, pois tem contado tradicionalmente com a anuência quando não com a colaboração direta das instituições de ensino e/ou de seus docentes (REGO, 2002). Porém, se o momento dessa iniciação é tão valorizado, formalmente ele se realiza em momentos e de maneiras distintas nas diferentes faculdades. No que diz respeito especificamente à iniciação à prática obstétrica, pudemos constatar que há diferenças em relação a esse processo nas duas Faculdades estudadas, as quais são consideradas bastante significativas pelos sujeitos da pesquisa.

A antecipação da inserção na prática é um dos marcos que, segundo professores e alunos, diferencia a Faculdade Y das demais, sendo motivo de orgulho para ambos. Segunda uma das professoras:

“(Essa Faculdade) prima por desenvolver a relação estudante-paciente desde o comecinho.(...)”

Segundo um dos alunos entrevistados, essa seria uma das primeiras coisas que se aprende ao ingressar na Faculdade e estaria relacionada, por um lado, à sua história e, por outro, à sua estrutura e organização interna:

“Um dos diferenciais da (Faculdade Y) é que a maior parte das faculdades de medicina, senão todas, é uma faculdade de medicina que tem um hospital. Pelo menos é isso que eu sei (...) Tem faculdade de medicina que nem tem hospital. (Aqui) é o contrário. É um hospital que existe há muuuuuuuuito tempo, que já foi sede de algumas outras faculdades de medicina (...) e é um hospital que tem uma faculdade. Tanto que a gente tá aqui, vamos supor, você tá aqui numa sala e, por exemplo, se você vai até o corredor, tem uma maca passando no meio do corredor. E é aquele negócio, tem um lado positivo e tem um lado negativo. O lado positivo é que a gente tem um contato com o paciente que ninguém tem. Isso sem a menor dúvida. Eu vejo, eu tenho amigos, amigos de verdade, que fazem na (e o entrevistado nomeia uma série de faculdades no estado de São Paulo e em

outros estados) e o único curso que tem tanto contato com o paciente é aqui. A gente faz coisa no primeiro ano que eu vejo gente, eu ouço falar de gente que chega na residência e nunca fez! (...) É passar sonda vesical de demora. (...) Isso aí toda cirurgia de mais acho que de duas ou três horas já passa. Pô, você vai pegar um 5º anista, interno de outra faculdade, ele não sabe passar! E a gente passa no 1º ano. Não é que jogam a gente pra passar. (imitando um comando) Faz! Não. Você tem a aula, tem a teoria e você vai ter que fazer um dia! Você já faz lá. É um serviço técnico, mas a gente faz. Eu acho que é um contato interessante. Como na própria pediatria aqui, a gente tem a liberdade de ir lá, conversar com o residente, conversar com o professor, sei lá aquela doença X que eu li não sei onde. Sempre tem alguém aqui que está internado com isso! Que nem, uma coincidência, lembrei agora, lúpus. Lúpus aqui éééé...se você parar, se quiser ver agora, você vai ver, mais de uma pessoa com lúpus aqui. E é uma doença, apesar de famosa, rara! Muito mais ainda, outro dia, na pediatria, vi um menino com lúpus. Lúpus em homem é mais raro ainda. É o raro do raro! Sempre tem aqui. É legal!

Por outro lado, eu acho algumas matérias, eu acho que acabam sendo maçantes. A pediatria eu faltei bastante, a ginecologia eu faltei. Mas, sinceramente, eu acho que não me fez diferença! Se eu achasse que faria um diferencial, eu não teria faltado.(....) A (Faculdade) tem alguns defeitos, mas tem muitas qualidades também. Só tem que tomar cuidado para não deixar esses defeitos sobrecarregarem e tirar esses defeitos também, né? Que nem sala de aula (...) Não tem esse negócio que a gente não acha sala de aula? Não tem sala de aula para dar aula!”

Nota-se que, ao valorizar a antecipação da inserção na prática abstrai o fato de que essa prática se exerce no corpo de uma pessoa, referindo-se apenas à técnica treinada. No segundo exemplo, nota-se uma valorização da possibilidade de entrar em contato com uma doença rara, e não com o paciente portador dessa doença, que se transforma em objeto de sua observação. Por outro lado, se a prática é valorizada, o ensino é maçante e pouco importante — “*eu acho que não me fez diferença!*” E as condições de realização do ensino, aqui exemplificadas pela falta da sala de aula, não são valorizadas, segundo o entrevistado, pela própria instituição.

Nessa instituição, a iniciação à prática obstétrica se realiza por meio de três aulas práticas, envolvendo grupos de quatro a cinco alunos, no serviço ambulatorial do

hospital-escola e dois plantões noturnos “voluntários” no seu pronto-socorro obstétrico e centro obstétrico. Embora se afirmassem que esses plantões eram voluntários, os alunos eram fortemente encorajados pela coordenadora do curso a participar, como se pode depreender da apresentação dessa atividade do curso:

“Os plantões voluntários são das 17 às 7 horas da manhã e vem quem quer. A (...), representante (de alunos), vai passar uma lista e tem bastante tempo para pensar. Quem quiser fazer plantão vai fazer com uma dupla. São dois dias de plantão para cada um. No plantão tem bastante oportunidade para ver parto normal, cesárea, curetagem. Recomendo que vocês façam os plantões. Vão ser expectantes, não é nada cansativo para vocês. São duas pessoas por plantão de 2ª a 6ª, tirando os feriados. O que não pode é desistir no meio do caminho. A primeira vez que decidiu, tem que fazer mesmo até o fim. Vocês recebem um certificado no final do curso.”

Essa inserção do estudante na prática faz parte de sua iniciação à disciplina, no primeiro módulo do curso. A esse respeito, a coordenadora vinculada ao departamento de ginecologia e obstetrícia comenta, entusiasmada, logo no início da apresentação do curso para os alunos:

“Este é um curso de impacto no 3º ano. (...) é um curso bastante prático, muito interessante, é um curso que dá pra apreender bastante, é transformador.”

Em contraste, na Faculdade X, a iniciação à prática obstétrica se dá por meio das aulas de tutoragem. Elas são consideradas muito teóricas pelos alunos, dedicando-se, sobretudo, a uma revisão, mais do que uma complementação das aulas teóricas. O contato com as pacientes é considerado muito limitado pelos alunos, que se queixam, unanimemente, da falta de oportunidade de “pôr a mão na massa”. As situações de contato com as pacientes são realizadas em grupos de no máximo 12 e no mínimo 5 pessoas e envolvem: a realização parcial de uma

anamnese⁴² e de um exame obstétrico; a observação de um exame de ultra-som gestacional, a observação de partos no centro obstétrico, condicionada à demanda do serviço no período de 2 horas-aula em que freqüentam o centro obstétrico; e a visita ao leito de uma ou mais pacientes na enfermaria do puerpério. Uma aluna entrevistada fez o seguinte comentário acerca desse processo:

“(...)eu achei que faltou colocar os alunos, fazer os alunos colocarem a mão na massa mesmo, por exemplo fazer um exame físico numa gestante. Isso aí todo mundo reclamou que não teve, diversos grupos, né, não foi só no meu, em diversos grupos. Então eu acho que a tutoragem deixou bastante a desejar nesse sentido assim, de ser uma atividade prática, não foi uma atividade prática, foi uma complementação da aula teórica (...)Em algumas situações a gente foi pro Centro Cirúrgico mas lá também havia pouca coisa pra se ver porque nunca coincidiu da gente chegar lá e tá tendo um parto assim, por exemplo. Uma vez a gente chegou lá havia uma cesárea em andamento mas era um caso super complicado, tinha uma paciente que tinha uma cardiopatia então a cesárea durou assim 2 minutos, em dois minutos eles tiraram o neném (risos), então os alunos não viram nada praticamente, então foi bem pobre assim. Acho que deveria ter melhorado, poderia ter feito uma tutoragem bem melhor se tivesse colocado os alunos pra fazer exame físico, por exemplo, pra tirar a história do paciente(...) Então quer dizer, como é que você faz um curso de Obstetrícia se você não sabe nem ligar um sonar e escutar um batimento fetal?(...)E os alunos saíram sem aprender, quer dizer, os alunos, os professores, mais uma vez, protelaram o ensino pro 5º ano. Na Faculdade é hiper, é super comum isso, os professores: "Ah, no 5º você vai ver, no 5º ano você vai fazer o parto, não se preocupe”(...) Só que a gente tá na Faculdade desde o 1º ano, não posso deixar tudo pra aprender no 5º ano, tudo pra fazer no 5º ano, não tem por quê, né?”

⁴² Anamnese é o nome que se dá à entrevista médica que se realiza com qualquer paciente. Durante o pré-natal e em outras circunstâncias em que o médico realiza uma anamnese, se recolhem uma série de informações julgadas relevantes acerca de sua identificação, de seu estado de saúde atual, bem como as doenças que ela e sua família já tiveram, assim como seu histórico ginecológico e obstétrico e seus sintomas.

5.7 Responsabilidade pelo ensino teórico

Nesta seção, abordaremos a responsabilidade pelo ensino teórico. Em ambas as Faculdades, a rigor, do ponto de vista formal, a responsabilidade pelo ensino fica a cargo de professores vinculados ao departamento de obstetrícia e ginecologia e assistentes vinculados aos respectivos hospitais-escola. Em última instância, a supervisão do ensino de obstetrícia na graduação fica a cargo do titular da disciplina e do coordenador de ensino da graduação por ele designado na Faculdade X e, na Faculdade Y, a supervisão de ensino é exercida pelo coordenador da comissão de ensino do departamento de obstetrícia e ginecologia. No cotidiano, entretanto, há diferenças significativas quanto à distribuição de responsabilidades no processo de ensino e aprendizagem.

Consideremos, em primeiro lugar, as atividades de ensino teóricas. Em ambas as faculdades o ensino teórico é efetuado por profissionais médicos, que, na grande maioria dos casos, possuem título de especialista na área de ginecologia e obstetrícia⁴³. Parcela desses profissionais é formada de professores vinculados ao departamento com titulação de mestre, doutor ou livre-docência. Outra parcela é constituída por pós-graduandos do departamento, os quais são convidados a exercer atividades didáticas como parte de suas atribuições no programa de pós-graduação. Ainda outra parcela é constituída por profissionais da área contratados pelos respectivos hospitais-escolas, onde exercem funções assistenciais em seus serviços de assistência de obstetrícia e ginecologia.

⁴³ Ocasionalmente, um professor de outro departamento (por exemplo, a pediatria) é convidado a dar uma aula acerca de um tema específico (por exemplo, bancos de leite humano).

Além desses profissionais, na Faculdade X, algumas funções didáticas que dizem respeito tanto ao ensino teórico quanto ao treinamento prático são exercidas, em todas as disciplinas de obstetrícia, por um preceptor. No internato do 6º ano, a preceptoria é exercida por um profissional recém-egresso da residência naquela Faculdade, sendo escolhido entre seus pares no final da residência e convidado a exercer essa função remunerada pela coordenação de ensino de obstetrícia. No 5º ano de internato, a preceptoria é exercida por um assistente do hospital secundário onde o estágio se realiza⁴⁴. Na Faculdade Y, não há preceptores, sendo suas funções exercidas pelo professor responsável pela coordenação da disciplina. Ao longo do trabalho, vamos nos referir a todos esses profissionais acima mencionados como “professores”, a não ser que seja relevante especificar o vínculo de determinado profissional junto à instituição.

Outra diferença significativa em relação à responsabilidade pelas atividades teóricas nas duas Faculdades é que, na Faculdade X, elas são compartilhadas por um número bem maior de professores. Na Faculdade Y, há um total de oito professores que se revezam no ensino teórico da obstetrícia ao longo do curso, tanto no ciclo acadêmico como no internato. Apenas em algumas situações pontuais, convidam algum especialista de outra área para dar uma aula. Assim, logo no primeiro módulo do curso, os alunos conhecem todos os professores das atividades teóricas e, em três dos quatro módulos, nos quais se concentram a carga de aulas teóricas, vários professores são responsáveis por mais de uma aula do programa. Nessa Faculdade, a princípio, como os professores de obstetrícia têm um contato bem maior com os alunos, isso poderia facilitar a comunicação entre ambos. Porém nem sempre o maior contato implica em uma maior disponibilidade para esclarecer dúvidas. Por outro lado, até o fato de ter uma carga

⁴⁴ Acerca da preceptoria e suas atribuições, ver a seção 5.1. No período em que realizei a pesquisa de campo, a preceptoria do 5º ano era exercida por uma assistente que era, à época, pós-graduanda do departamento. Porém, aparentemente, esse não é um pré-requisito para o exercício da preceptoria, já que durante muitos anos a atividade foi exercida por um profissional que não estava vinculado à pós-graduação.

horária bem maior de aulas acaba ocasionando certa repetição não apenas dos temas, mas até dos próprios conteúdos das aulas dadas ao longo do curso.

Embora não nos caiba aqui discutir as peculiaridades dos departamentos envolvidos do ponto de vista de suas qualidades acadêmicas ou de sua produção científica, é interessante notar que a área de ginecologia do departamento de obstetrícia e ginecologia tem atraído um número bem maior de pós-graduandos e conta com um número bem maior de profissionais para realizar as atividades de ensino do que a área de obstetrícia. Assim, por exemplo, enquanto havia 8 professores responsáveis pelas atividades de ensino na área de obstetrícia para o 5º ano de internato, havia 33 professores, entre os quais 20 pós-graduandos, envolvidos nas atividades de ensino de ginecologia para o mesmo ano do internato.

Em contraposição, na Faculdade X, as atividades teóricas de obstetrícia são distribuídas entre um número bem maior de professores e a carga horária de aulas de cada um é bem menor. Na disciplina de obstetrícia normal, por exemplo, foram 12 professores responsáveis pelas 14 aulas teóricas, e no internato do 5º ano foram 21 professores os responsáveis pelas 26 atividades teóricas e apenas 1 havia lecionado no curso de obstetrícia normal. Isso não impede que haja repetição nos temas, o que é uma queixa freqüente dos alunos com relação ao curso em ambas as Faculdades. Porém eles não vêem exatamente a mesma aula com as mesmas transparências mais de uma vez como ocorre na Faculdade Y.

5.8 Visitas

Antes de dar seguimento à descrição de como se distribuem as atividades de treinamento em serviço, cabe mencionar uma das diferenciações fundamentais entre os primeiros anos de formação teórica e o internato. Como sugere GOOD:

“Se aprender a ver de um modo novo é fundamental para a construção de objetos da medicina durante os (..) primeiros anos da educação médica, aprender a escrever e a falar são críticos durante os anos iniciais do treinamento clínico.”
(GOOD, 1994:76)

O autor se refere acima ao modo como alunos apreendem a se comunicar, enquanto profissionais, com seus pacientes, e a construir e encenar, perante seus professores, residentes e colegas, narrativas acerca desses pacientes que explicitam essa perspectiva médica. Assim, aprender a construir e encenar uma história de uma pessoa reconstruída como paciente, com um diagnóstico, uma terapêutica e um prognóstico, constituem um dos aspectos fundamentais do internato. Efetivamente, a aprendizagem e execução dessas narrativas clínicas, seja em sua forma escrita, através do registro do “caso” no prontuário, seja através de sua apresentação oral, ocupa parte substantiva do treinamento clínico nas diversas estações de trabalho dos estágios em obstetria em ambas as escolas.

Essas narrativas clínicas constituem um dos meios pelo qual o interno se incorpora à equipe, sendo por ela autorizado enquanto médico em formação, ao mesmo tempo em que constrói o paciente. Esse também é considerado um dos elementos constitutivos do processo de construção da competência clínica.

A narrativa clínica pode adquirir diferentes sentidos para alunos de medicina conforme ganham familiaridade e experiência no serviço. Inicialmente, procuram

entender o que é considerado relevante da perspectiva médica. Nesse sentido — como tem sido apontado pela literatura antropológica e sociológica que tem se dedicado ao estudo dos processos intersubjetivos por meio dos quais se aprende a desempenhar o papel de médico —, os alunos procuram ajustar as narrativas, em seu formato e conteúdo, às expectativas e demandas variáveis expressas pelos residentes e/ou assistentes com quem interagem cotidianamente nos estágios⁴⁵. Os alunos aprendem, logo no princípio, nos estágios em obstetrícia que são objeto deste estudo, que o registro escrito não é muito valorizado — ao contrário de outro contexto onde os prontuários são revisados e os registros dos internos constituem um dos objetos de sua avaliação (GOOD, 1995), nas duas Faculdades pesquisadas, a tendência geral, no cotidiano dos serviços, era a de reduzir a consulta aos prontuários ao mínimo. E, à medida que a tarefa de preencher vários dos formulários tende a ser relegada ao “baixo clero”, essa função tende a ser desprestigiada. Assim, geralmente, o aluno se concentra no aperfeiçoamento de seu desempenho na encenação oral da narrativa clínica — a apresentação de caso — perante os residentes e/ou assistentes responsáveis pelo seu treinamento. Essas apresentações e registros de caso recebem diferentes nomenclaturas e formatos, sendo menos ou mais elaboradas e extensas conforme a estação de trabalho ou serviço (pré-natal, pronto-atendimento ou pronto-socorro; pré-parto, parto e pós-parto no centro obstétrico; enfermaria de puerpério e/ou de gestação de alto risco) e, no que diz respeito especificamente à encenação oral da narrativa clínica, conforme a platéia perante a qual é encenada.

As apresentações de caso, assim como as discussões geradas a partir delas com distintos membros da hierarquia dos serviços em que realizam o estágio, por vezes se constituem em meio de treinar e adquirir raciocínio e julgamento clínico. A depender de

⁴⁵ Ver a respeito, por exemplo, GOOD (1995); GOOD (1994);

oportunidades oferecidas pelo serviço e do interesse do aluno, ao se familiarizar com a narrativa clínica, este pode, eventualmente, procurar se responsabilizar pelo tratamento da paciente, influenciando no seu cuidado e no resultado de seu tratamento por meio de sua narrativa clínica.

Por outro lado, a narrativa clínica pode se transformar em um discurso padronizado e/ou omissivo, que pouco diz respeito à condição de saúde da paciente, sendo um meio pelo qual se expressa a falta de vínculo do aluno para com a paciente e de responsabilidade perante o “caso”. Isto é, a narrativa clínica pode também ser um meio pelo qual se expressa a alienação do interno em relação à paciente, sua “desresponsabilização” perante o “caso”. Embora esse esvaziamento do sentido da narrativa clínica possa ocorrer em diversas situações, a nosso ver isso tende a ser mais comum nas situações e nos serviços onde há menos supervisão do trabalho dos internos e/ou dos residentes. Por isso mesmo, a questão da responsabilidade pela supervisão do treinamento nas diferentes estações de trabalho dos estágios em ambas as escolas pesquisadas nos parece relevante.

Uma das situações em que a narrativa clínica ganha maior proeminência, é nas assim denominadas visitas às enfermarias de puerpério e/ou de gestantes de alto risco. As visitas são uma das atividades mais prestigiosas e tradicionais do treinamento em serviço. Um indício desse prestígio é o fato de que essa atividade do internato, tal como as aulas teóricas, sempre fica a cargo de um professor, em ambas as Faculdades pesquisadas. Há visitas que fazem parte da rotina semanal da enfermaria do hospital-escola e do treinamento em serviço da residência, outras que fazem parte das atividades programadas de residência e internato e outras que são programadas exclusivamente para os internos. Excetuando-se estas últimas, que podem ter uma dinâmica bem distinta, a qual discutiremos mais adiante, as visitas ocorrem de manhã, após a assim

chamada evolução, quando a paciente é examinada e os dados relativos a esse exame físico e resultados de exames laboratoriais são recolhidos e registrados em seu prontuário, juntamente com a terapêutica, solicitações de exames complementares, quando for o caso, e o prognóstico. O histórico da paciente e dados de sua evolução são objeto da narrativa clínica preparada para a visita pelo residente ou interno por ela responsável.

O preparo da narrativa clínica para fins da visita pode ser menos ou mais elaborado, a depender de quem será o professor responsável pela sua condução e se o responsável pela apresentação é um interno ou residente. Por vezes, em se tratando de uma visita conduzida por um profissional que ocupa uma posição hierárquica mais elevada no departamento, e de uma narrativa clínica a ser apresentada por um interno, este receberá alguma orientação de um residente e/ou preceptor. Na Faculdade Y, o professor responsável pela coordenação do estágio do 5^o ano do internato deu a seguinte orientação geral para os alunos em relação às visitas no primeiro dia do estágio:

“Vocês vão evoluir o leito. Depois, o residente chega e repassa com vocês. Depois, quando passa a visita, vocês devem saber de cor a queixa, a história obstétrica, tipo de parto, exames e tal. Não gosto que peguem o prontuário e leiam. Façam uma colinha. Durante a vida profissional, vocês vão ter que exercitar (...), não podem chegar pro colega sem saber (...). Se perceberem que a história não tá bem feita, podem acrescentar. Terão que conversar com o residente para saber qual o horário da visita.”

Nota-se a ênfase colocada na memória no que diz respeito à adequada preparação para a visita, assim como a importância de saber seu horário, para que os preparativos se dêem em tempo hábil. Efetivamente, o clima nas enfermarias no horário anterior às visitas, particularmente aquelas em que os residentes seriam responsáveis pela apresentação dos casos, em geral era mais tenso do que em outras manhãs. Essa tensão também repercutia na interação dos residentes com os internos, tornando-se, por

vezes, mais ríspida e telegráfica. Além da afobação com os preparativos em relação aos “casos” sob sua responsabilidade, havia a preocupação com relação ao seu desempenho e os receios quanto às possíveis “bordoadas” dos assistentes.

No seu formato mais tradicional, a visita consiste em um ritual em que a encenação oral da narrativa clínica é realizada à beira do leito da paciente pelo interno ou residente responsável por seu “caso”, e se dirige às diversas instâncias da hierarquia profissional, os quais participam de sua discussão. Embora sejam programadas, isto é, fazem parte da rotina das enfermarias no hospital-escola, tendo dia e horário fixo semanal, as pacientes não são consultadas ou sequer avisadas desse evento. Professores e alunos vão entrando no quarto, trajados em seus aventais brancos. Por vezes, lembram de pedir licença e de cumprimentar as pacientes coletivamente, por vezes não. Vão ocupando o corredor central entre os leitos e os corredores menores entre os leitos também, dispendo-se em pé, de frente uns para os outros. Às vezes, todos se posicionam frente ao leito da paciente, e de costas para os leitos das demais pacientes, alterando sua posição conforme vão “visitando” outros leitos do mesmo quarto da enfermaria. Quando o espaço é exíguo, os assistentes, residentes e internos mantêm-se basicamente na mesma posição: de frente uns para os outros e de costas para as pacientes.

Cabe ao professor responsável pela visita conduzi-la, o que implica, entre outras coisas, determinar sua dinâmica e o local em que esta vai se realizar. Durante e/ou após a encenação oral da narrativa clínica ou apresentação de caso, o assistente responsável pela visita dirige-se ao narrador e/ou aos outros internos e/ou residentes presentes, fazendo indagações ou tecendo comentários e críticas, seja em relação à sua apresentação, seja em relação ao “caso” ou sua condução. Se há outros assistentes presentes, estes por vezes também tecem considerações suscitadas pelo “caso” ou por sua discussão. Por vezes, a visita também resulta em alguma alteração quanto à conduta

ou tratamento adotado em relação à paciente. A visita pode acontecer à beira do leito da paciente, no corredor da enfermaria ou em uma sala de aula. Mesmo quando ocorre em sua presença, raramente a paciente participa da visita — embora alguma informação possa lhe ser solicitada. Ao ouvir alguma parte da narrativa apresentada que não confere com sua história, ela se coloca, procurando corrigi-la. Nas ocasiões em que isso ocorreu, houve muito mal-estar, principalmente por parte do narrador do caso, por se ver corrigido pela paciente. Em uma ocasião, e em se tratando de um residente que foi chamado atenção pelo erro por um assistente, este buscou justificar sua “versão” da história, lamentando-se com os colegas, depois da visita, por ser responsável por aquela paciente e pela atitude dela. Aparentemente, para ele, a atitude da paciente foi vista como uma intromissão indevida na visita.

Em raras ocasiões, vi pacientes aproveitarem a situação para fazer alguma indagação acerca de seu estado de saúde. E certamente não é essa a atitude esperada da paciente durante a visita. O mais comum e, aparentemente, o que se espera, é que as pacientes se mantenham em silêncio, sendo ignoradas pelos profissionais e estudantes. Aliás, freqüentemente durante as visitas, à medida que o narrador e a platéia à qual se dirigia se concentravam na narrativa clínica, essa outra platéia situada atrás dos rostos familiares e dos aventais brancos se tornava invisível. Assim, embora as narrativas clínicas digam respeito às pacientes e envolvam decisões sendo tomadas a seu respeito, mesmo sendo apresentadas *diante* delas, são expostas *para* um interlocutor que dirige-se a elas em uma linguagem que lhes é pouco acessível.

Nas visitas em que os residentes são responsáveis pelas apresentações — tanto aquelas em que internos também participam como aquelas em que não o fazem — todos os residentes passando por um estágio naquela enfermaria participam da visita, que percorre todos os seus leitos, em geral seguindo uma determinada ordem à qual

corresponde a seqüência numérica, seja crescente ou decrescente, dos leitos da enfermaria. Essas visitas são classificadas pelos residentes da Faculdade X de mais “*buchativas*” ou “administrativas”, quando seu objetivo é mais resolutivo, dando margem a menos discussão e ocorrendo em um passo mais acelerado. São classificadas de mais “*acadêmicas*” pelos mesmos residentes, quando são conduzidas de modo mais vagaroso, permitindo uma discussão mais elaborada dos casos julgados mais interessantes e complexos, isto é, ocasião em que se julga oferecer maior oportunidade de aprendizagem. Evidentemente, os casos considerados mais interessantes não são os de puérperas normais, mas sim os de gestantes de alto risco e puérperas que apresentam problemas menos comuns ou de mais difícil resolução.

Por outro lado, várias das visitas que fazem parte da programação exclusivamente do internato não envolvem todas as pacientes da enfermaria em que ocorrem. São consideradas visitas para fins didáticos, pois seu objetivo principal não é o de supervisionar ou intervir na assistência.

De qualquer forma, as visitas das quais os internos participam, sejam aquelas de que os residentes também fazem parte, sejam aquelas em que são os únicos que estão sendo treinados, freqüentemente se enredam para uma aproximação com outras situações mais tipicamente acadêmicas, comuns à sala de aula, tal como uma aula dialogada, uma prova oral ou uma revisão. Assim, por exemplo, mesmo em visitas realizadas à beira do leito nas enfermarias de ambas as escolas, a partir de uma narrativa concernente a uma paciente portadora de determinada doença, por vezes passa-se a uma revisão dos sinais e/ou sintomas daquele distúrbio, de seu diagnóstico e/ou diagnósticos diferenciais. Como podemos perceber na seguinte visita à beira do leito, ocorrida na patologia obstétrica da Faculdade Y, a professora responsável encerra a discussão de um “caso”, comentando com os internos:

Prof: *Para vocês o que interessa é o diagnóstico de diabetes gestacional.*

Em seguida, diante de outro leito, um residente toma a palavra:

“Leito 306, C. Segundo dia de internação, secundigesta, nulípara, um aborto, SHEG com ganho excessivo de peso. Diagnóstico de obesidade.

Prof: *Já foi feito diagnóstico de pré-eclâmpsia? Uma gestante hipertensa pode ter vários tipos de hipertensão. (...) Tem quatro tipos de hipertensão: pré-eclâmpsia ou DHEG, Doença Hipertensiva Específica da Gestação, em alguns lugares; hipertensão crônica, que, em geral, não tem proteinúria superajuntada; e, hipertensão tardia ou transitória. Vocês têm que saber diferenciar uma pré-eclâmpsia de uma hipertensa crônica ou superajuntada. O que vai diferenciar? (...)*

Aluno: *Pode ter patologia renal que tem proteinúria?*

Prof: *O que mais ajuda a fazer o diagnóstico? Em primeiro lugar, a história da paciente. Uma paciente com idade mais avançada, em geral já sabe que é hipertensa (...) se é primigesta, paciente jovem ou se teve outras gestações, mas mudou de parceiro (...) Quando tem hipertensão antes de completar 20 semanas de gestação, em geral é hipertensa crônica, e quando desenvolve hipertensão após as 20 semanas de gestação é pré-eclâmpsia. Por que a pré-eclâmpsia se manifesta a partir de 20 semanas de gestação?*

Aluno: *Porque tem uma variação maior de PA (pressão arterial) no primeiro trimestre?*

Outro aluno: *Por causa da invasão trofoblástica.⁴⁶*

Prof.: *Na gestação normal há duas ondas de invasão trofoblástica que diminuem a resistência periférica. Na pré-eclâmpsia, a segunda onda de invasão trofoblástica não acontece com 16 semanas de gestação e, portanto, a resistência periférica aumenta. (...) Por que é importante essa diferenciação [entre pré-eclâmpsia e hipertensão crônica]? Porque o prognóstico é diferente.(...)”*

Nota-se que a discussão do “caso” da paciente “C”, diante da qual a maior parte dessa cena se desenrola, fica em segundo plano e que, nesse “caso”, como no anterior, a professora procura inclusive sinalizar para os alunos os conteúdos acerca dos distúrbios pelos quais serão indagados na avaliação.

⁴⁶ Processo fisiológico de formação vascular para estabelecimento da circulação útero-placentária.

Ao discutir as visitas programadas durante o internato, em ambas as escolas, as visitas tendem a ser mais voltadas para a discussão de doenças obstétricas. Na Faculdade X, no estágio do 5º ano de internato, dedicado à obstetrícia normal, ocorria uma única visita, a qual não estava sequer inclusa no programa. Tratava-se de uma visita à sala em que se alojavam as gestantes de alto risco, na enfermaria de puerpério. Ela era coordenada por um assistente da casa, o qual exercera a preceptorial do internato no passado, por iniciativa própria. Por outro lado, o 6º ano do internato, dedicado à patologia obstétrica, concentrava todas as visitas formalmente programadas à enfermaria de obstetrícia do hospital-escola. Nessa enfermaria, alojavam-se todas as puérperas e gestantes internadas, as quais, tratando-se de um hospital de atendimento de maior complexidade, eram, em sua maioria, portadoras de doenças. Uma das visitas, cuja frequência era semanal, consistia em uma visita geral à enfermaria, em que os internos dividiam-se em duas turmas, passando de leito em leito em uma das alas da enfermaria, apresentando os “casos” pelos quais eram responsáveis e discutindo-os com um assistente responsável pela visita àquela ala. Era considerada uma visita didática porque dela não participavam os assistentes e residentes responsáveis pelos leitos. À medida que não eram “resolutivas”, alguns internos acreditavam que seria mais instrutivo se pudessem participar da visita dos residentes. A ênfase desta visita tendia a recair sobre os “casos” em que havia distúrbios — obstétricos ou não —, sendo uma oportunidade a mais para revisar com os alunos sua fisiopatologia, diagnóstico e tratamento na gestação e puerpério. Os “casos” de puérperas sem doenças, sejam aquelas submetidas a partos por fórceps ou cesáreas, ou, mais raro ainda, as que tiveram partos normais, recebiam bem menos atenção.

Havia também três visitas temáticas no 6º ano do internato, e essas sempre enfocavam alguns “casos” de mulheres internadas na enfermaria. Por vezes, as visitas

ocorriam à beira do leito e por vezes em sala de aula, a depender do professor conduzindo a visita. Dois dos temas diziam respeito a doenças muito comuns na gestação: a hipertensão e a diabetes. E, à medida que a estas doenças se dedicavam uma ou duas aulas também⁴⁷, as visitas se constituíam em uma espécie de revisão e aprofundamento temático, não muito diferente em seu formato do exemplo acima referido da visita na Faculdade Y.

As visitas de hipertensão ocorriam uma vez por semana e dela participavam internos, residentes e diversos assistentes do departamento. Foram instituídas, segundo me disseram alguns assistentes, no ano em que iniciei a pesquisa de campo. Tratava-se de evento importante na enfermagem, pois eram conduzidas pelo chefe da disciplina, que não participava em outros momentos do cotidiano desse ou dos outros serviços obstétricos do hospital-escola sob sua direção. É possível que a frequência das visitas de hipertensão se deva ao fato de que, quando o problema não é reconhecido e/ou adequadamente tratado, resulta em uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. (LAURENTI et al., 2004) E, efetivamente, os sinais e sintomas de pré-eclâmpsia e eclâmpsia eram bastante enfatizados nas visitas e no curso de modo geral, o que não ocorria com a mesma ênfase na Faculdade Y.

Por outro lado, um dos aspectos intrigantes do pré-natal, tal como realizado em ambas as Faculdades, é que, ao contrário do que se sugere em guias norte-americanos e ingleses consultados, não se orientam as pacientes de pré-natal em geral, e sequer as hipertensas, acerca dos sinais e sintomas de iminência de eclâmpsia, um sinal de alerta para procurar um serviço de saúde. Além disso, chamou-nos atenção que, no que diz respeito especificamente à hipertensão, uma prática preventiva preconizada como rotina em *toda* consulta de pré-natal por diversos guias consultados e pelo American College

⁴⁷ Havia uma aula teórica dedicada a diabetes e gestação e duas aulas dedicadas a síndromes hipertensivas.

of Obstetrics – a pesquisa de proteinúria na urina – é realizada na rotina nas duas Faculdades apenas uma vez, no início do pré-natal, sendo realizada novamente apenas quando há suspeita de pré-eclâmpsia grave⁴⁸. Os internos, nessa visita da hipertensão, recebiam orientação do preceptor ou residente responsável pelo leito antes da visita, que, na maioria das vezes, era conduzida à beira do leito. A visita de diabetes, por outro lado, ocorria uma vez durante o período de quatro semanas do estágio.

A outra visita temática era dedicada à discussão do partograma, registro gráfico do trabalho de parto e parto. Diferenciava-se das demais visitas, pois seu foco estava voltado ao acompanhamento do trabalho de parto, isto é, um aspecto da rotina da assistência obstétrica que não dizia respeito, especificamente a patologia obstétrica. O preenchimento do partograma era responsabilidade dos residentes, embora partilhada pelos internos. Segundo o Ministério de Saúde:

“Partograma é a representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias.” (BRASIL, 2001:45)

Essa visita, realizada em sala de aula a partir de prontuários da enfermaria, por vezes selecionados pelos próprios internos, ocorria três vezes durante o estágio, sendo por vezes conduzida pelo preceptor, por vezes por um outro professor. Os internos foram informados em aula que a inclusão desse tema no currículo era fruto de uma exigência da OMS. Porém, embora a OMS tenha tornado obrigatório o uso do partograma em maternidades desde 1994⁴⁹, a opinião de professores assistentes e

⁴⁸ Os Guias consultados foram: *Williams Obstetrics* (CUNNINGHAM et al., 2001), *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto* (ENKINS et al., 2005), *Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman* (NATIONAL COLLABORATING CENTER FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH, 2003), *Obstetrics and Gynecology* (BECKMANN et al., 2002).

⁴⁹ Ver, a respeito, Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher (BRASIL, 2001).

residentes acerca desse registro não era unânime, e a falta de cuidado no acompanhamento do trabalho de parto era evidenciada em partogramas a cada visita.

A ambivalência em relação a esse documento e seu propósito de “evitar intervenções desnecessárias” se expressava inclusive por meio do apelido que recebeu de um dos profissionais responsáveis pela condução da visita: este se referia ao partograma como o “*jogo dos sete erros*”, pelo fato de ser muito comum a identificação de erros na conduta evidenciados em seu preenchimento. O partograma evidencia também que as intervenções não raro eram pautadas por outros critérios que não a “necessidade” clínica. Parece-nos que, ao mesmo tempo em que apontar os erros em classe era instrutivo para mostrar como pautar a conduta obstétrica no acompanhamento do parto pelo partograma, a frequência dos erros e o apelido “*jogo dos sete erros*” também tinham um outro sentido: sugeriam que, na prática cotidiana, condutas consideradas inapropriadas “academicamente”, isto é, segundo o ensino formal em sala de aula, eram corriqueiras. Ademais, essas condutas inapropriadas eram registradas com frequência no partograma – como, por exemplo, a indicação precipitada de intervenções devido à interpretação errônea da evolução de trabalho de parto, identificando alterações quando este evoluía dentro de um padrão considerado normal — não se constituindo em uma grande preocupação do serviço evitar intervenções desnecessárias e tampouco seu registro nos partogramas.

O mesmo tipo de dupla mensagem em relação ao partograma também foi presenciado na Faculdade Y. Embora não fosse mencionado nas visitas, o partograma, assim como outros registros em prontuário, foi abordado na Faculdade Y em discussões de caso conduzidas em sala de aula por um dos chefes do centro obstétrico no primeiro módulo do curso de obstetrícia normal. Nessas ocasiões, era freqüente ele se referir não a erros, mas a lacunas no preenchimento de registros em prontuário, inclusive o

partograma. Novamente, embora sempre dissesse que essas lacunas eram lamentáveis, também deixava claro que eram rotineiras, isto é, que nada se fazia no cotidiano da assistência para evitá-las. Em relação ao partograma especificamente, esse professor comentou em sala de aula:

“O partograma é fundamental para professores, residentes, alunos e para pacientes sendo atendidas por vários profissionais. Se estou atendendo minha paciente particular em um hospital, aí não. Só eu é que vou acompanhar. O partograma é fundamental para o aprendizado e fundamental para a paciente sendo acompanhada por aprendizes. Então isso aqui é lamentável! A paciente chegou aqui com 6 cm de dilatação e ninguém preencheu o partograma!”

Na Faculdade Y, há três visitas semanais programadas em distintos dias da semana para os internos no estágio do 5º ano: duas na enfermaria do puerpério e uma na enfermaria de gestantes de alto risco, as quais se situam em dois andares diferentes no serviço de obstetrícia do hospital-escola. Cada uma das visitas na enfermaria do puerpério está sob responsabilidade de um professor, enquanto a visita à enfermaria de gestantes de alto risco está sob a coordenação da equipe de assistentes responsável por aquela enfermaria. No estágio do 6º ano, os internos acompanham novamente a visita à enfermaria de gestantes de alto risco. Trata-se da única visita programada durante o estágio em obstetrícia do internato do 6º ano.

Uma das visitas à enfermaria do puerpério no 5º ano seria, segundo o professor responsável pela coordenação desse estágio, “uma visita acadêmica em todos os leitos”. Tratava-se da única visita do internato em obstetrícia nessa Faculdade, cujo foco não estava na patologia obstétrica, mas na revisão das rotinas de assistência ao puerpério, comentando-se, por vezes, também nessa visita, as rotinas de assistência ao parto. Tratava-se de uma visita acompanhada pelo médico no primeiro ano do programa de residência, responsável pela enfermaria do puerpério, e, embora os casos fossem

apresentados pelos internos, esse residente também era interrogado pelo professor acerca das condutas tomadas em relação aos pacientes sob sua responsabilidade e sobre temas gerais relacionados ao puerpério. Nas ocasiões em que acompanhei essa visita, ela não abarcou todas as pacientes internadas na enfermaria. Tampouco pude perceber algum critério que norteasse a escolha dos casos apresentados. A outra visita à enfermaria do puerpério sempre se concentrava na apresentação e discussão de um caso de patologia obstétrica e era dirigida única e exclusivamente aos internos.

A visita à enfermaria de gestantes de alto risco era a única em que efetivamente se perpassava todos os leitos. Ela sempre era realizada à beira do leito e a apresentação dos casos ficava a cargo dos residentes, passando por estágio naquela enfermaria. Era na enfermaria de gestantes de alto risco que a visita às vezes assumia o seu caráter mais formal, quando acompanhada por diversos membros da hierarquia do departamento e da equipe de assistentes da gestação de alto risco, que se engajam em discussões mais extensas a partir da encenação oral das narrativas clínicas. Poderia ser ocasião para chamar a atenção de residentes, seja pela falta de acompanhamento adequado de uma das pacientes sob sua responsabilidade, evidenciado pela sua apresentação, seja pela falta de conhecimento sobre algum tema da patologia obstétrica acerca do qual fosse interrogado por algum dos assistentes presentes. Por outro lado, quando havia apenas um membro da equipe presente conduzindo a visita e a enfermaria estava tranqüila, ela poderia se transformar em ocasião para se fazer uma revisão temática dirigida aos internos, de uma ou mais doenças obstétricas, como vimos anteriormente.

É preciso salientar que, na Faculdade Y, as visitas programadas nem sempre eram realizadas. Durante o período da pesquisa, por exemplo, ambas as visitas ao puerpério não ocorreram na frequência programada. Ao invés de acontecerem uma vez por semana, ocorreram, uma vez por estágio – isto é uma vez em três semanas – na

passagem de duas turmas pelo estágio em obstetrícia que acompanhei. Pude verificar, aliás, que a falta de visitas era uma queixa comum em relação ao estágio de 5º ano em obstetrícia, não apenas por parte dos alunos que acompanhei durante a pesquisa de campo, como outros alunos entrevistados. Era também uma queixa muito freqüente explicitada em formulários de avaliação de internato tanto do período em que realizei minha pesquisa de campo como nos dois anos anteriores⁵⁰. A falta de visitas na enfermaria do puerpério não apenas diferenciava o estágio de internato dessa Faculdade da Faculdade X, como também repercutia sobre o estágio de residência e a organização do serviço naquela enfermaria de modo geral e sobre a assistência recebida pelas puérperas ali internadas, tema ao qual voltaremos em breve.

Como vimos acima, a visita é parte do treinamento em serviço e de sua supervisão que, em ambas as Faculdades, embora com maior ou menor freqüência e regularidade, é realizada diretamente pelos seus professores. De modo geral, eles dedicam-se mais à apresentação e discussão de doenças obstétricas do que às rotinas assistenciais do pré-parto, parto e/ou puerpério. As visitas mais elaboradas e prestigiosas, em que participavam um espectro mais amplo da hierarquia profissional de obstetras atuando nos respectivos departamentos das duas Faculdades, são dedicadas à discussão de doenças obstétricas — e nessas ocasiões, embora as pacientes sejam o objeto das narrativas clínicas, tendem a ser basicamente ignoradas como sujeito durante as visitas, mesmo quando se trata de tomar decisões médicas a seu respeito.

⁵⁰ A partir de conversa com o coordenador de um dos estágios de internato, pedi permissão para consultar as avaliações do internato pelos alunos, as quais eram sistematicamente entregues no final do estágio, sendo promovias pela Faculdade. Fui então encaminhada ao Diretor da Faculdade, que me encaminhou ao Vice-Diretor e Presidente da Comissão de Acompanhamento do Curso, que gentilmente me concedeu o acesso a essas avaliações dos anos 2003 em diante.

5.9 O exercício da prática e sua supervisão no percurso pelas estações de trabalho no internato

Discutiremos a seguir algumas características do exercício da prática e da distribuição da responsabilidade e supervisão nas distintas estações de trabalho que os internos percorrem em seus estágios de obstetrícia nas duas Faculdades. Enfocaremos também algumas de suas apreciações acerca de sua experiência nesses estágios. Cabe salientar que uma das características que o treinamento tem em comum nessas distintas estações de trabalho e em ambas as Faculdades, como mencionamos anteriormente, é que as pacientes não são informadas de antemão que serão atendidas por estudantes de medicina e estes, geralmente, não se apresentam a elas como estudantes. Assim, não se oferece à paciente a oportunidade de decidir se quer ou não ser atendida por um estudante, e elas costumam se dirigir aos internos como “doutor” ou “doutora”, como se estivessem sendo atendidas por um profissional. Quando, por qualquer circunstância, os alunos vão solicitar que um residente ou assistente lhes examine, costumam dizer algo como, por exemplo:

*“Vou pedir para meu chefe/minha chefe examinar a senhora”
(...)*

5.9.1 Pré-natal

Em ambas as Faculdades, ensina-se que o pré-natal é a etapa clínica da assistência obstétrica, enquanto o parto é sua etapa cirúrgica. Conserva-se, desse modo, a tradição

clássica que se remete ao período de constituição dessa especialidade médica, quando parteiras eram responsáveis pelos partos “fisiológicos” e os profissionais médicos se incumbiam, primordialmente, dos casos complicados que exigiam soluções cirúrgicas. Nesse sentido é interessante notar que, quando Briquet iniciou sua carreira profissional como interno em 1911 na Maternidade São Paulo⁵¹, os médicos atendiam aos partos complicados, enquanto as parteiras atendiam aos partos normais (MOTT, 2002:201). Quando se tornou catedrático da clínica obstétrica da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em 1925, em sua lição inaugural, (BRIQUET, 1925). preconizava que, para melhorar a assistência e o ensino da obstetrícia em São Paulo, era necessário não apenas ampliar o número de leitos obstétricos na Maternidade São Paulo, onde os alunos da Faculdade realizavam seu estágio prático, como também o serviço de assistência ao parto domiciliar. Para ele, havia determinadas circunstâncias clínicas e/ou sociais em que o domicílio, e não o hospital, era o local mais indicado para realização do parto. E os profissionais que deveriam prestar assistência nesses casos eram as enfermeiras e parteiras, além de estudantes de medicina e especialistas, postura que Briquet manteve até pelo menos 1946 (BRIQUET, 1946). Ao mesmo tempo, a perspectiva de que a assistência obstétrica ao parto era fundamentalmente operatória também pode ser entrevista pela seqüência de livros-texto que publicou após se tornar catedrático. O primeiro foi *Obstetrícia Operatória* de 1932, o segundo foi *Obstetrícia Normal* (BRIQUET, 1939) e o terceiro foi *Patologia da Gestação* (1948)

As duas Faculdades têm também preservado uma concepção tradicional em relação ao pré-natal, centrada na abordagem de risco e no profissional de saúde como centralizador das informações e responsável pelas decisões. Não têm incorporado, ao contrário dos guias e manuais de obstetrícia norte-americanos e ingleses consultados,

⁵¹ O internato, a época era um estágio hospitalar realizado após a formação. Acerca da carreira de Briquet, ver Bomfim EM. Raul Carlos Briquet. Rio de Janeiro: Imago; 2002.

inclusive do tradicional *Williams Obstetrics* (2001), a crítica a essa perspectiva, que vem se realizando desde pelo menos a década de 70 e que na década de 80 resultou em uma reunião de consenso da Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual concluiu pela necessidade de incorporar ao pré-natal uma abordagem mais social, garantindo maior acesso a informações e maior participação das mulheres na tomada de decisões em relação à gestação e parto, bem como uma maior ênfase na prevenção e promoção de saúde (WAGNER, 1994).

Como vimos, na Faculdade X a experiência com o pré-natal se limita a uma apresentação da assistência ambulatorial a gestantes de baixo risco no estágio do 6º ano, quando dedicam quatro a seis horas a esse aspecto de sua formação. A responsabilidade pela supervisão dessa assistência fica a cargo do preceptor. Este apresenta o ambulatório aos internos e seleciona as pacientes que eles irão atender a partir de uma rápida examinada nos prontuários daquelas aguardando atendimento na sala de espera. Um terço dos internos, cinco a seis membros da “panela” passando pelo estágio, freqüentam o ambulatório por vez e cada interno tem duas ou três oportunidades de fazê-lo ao longo do estágio. Cada dupla ou tripla de alunos recebe um prontuário e então se repassa rapidamente o modo de preenchimento dos registros e o modo como devem fazer para obter resultados de exames do computador ou da recepção, conforme o caso, e se há indicação, na ficha de pré-natal, de que há exames em análise.

Não se discute a abordagem da paciente na anamnese, assim sendo, não se orientam os alunos, por exemplo, a explicar por que determinados exames estão sendo solicitados ou a explicar resultados de exames para a paciente, apenas se indica que devem chamar o preceptor quando e se for necessário fazer um exame vaginal, o qual é realizado por ele, na presença dos demais alunos, para que ele possa demonstrar para eles, revisando o que já aprendera na ginecologia, como se faz um exame ginecológico,

como se insere um espécuro na vagina, como se colhe um exame de Papanicolaou ou como se reconhece um corrimento. Assim, nessas circunstâncias, a paciente fica exposta ao escrutínio de três a quatro pessoas, que sequer lhe pedem seu consentimento. Após a consulta, o preceptor se reúne com todos os alunos que fazem uma apresentação dos “casos” e discute com eles, menos ou mais extensamente, os três casos e seus encaminhamentos, assinando os prontuários. Enquanto isso, as pacientes aguardam para receber dos internos orientações e instruções em relação a seus retornos.

Na Faculdade Y, por contraste, durante as 3 semanas do estágio do 5^o ano, os alunos passavam por volta de 14 horas semanais, distribuídos em 5 períodos semanais de 2 a 4 horas de duração, atendendo às gestantes de alto e baixo risco. No primeiro dia do estágio, um residente apresenta o ambulatório aos internos. Indica o local em que devem pegar os prontuários e onde encontrar os formulários para solicitação de exames, caso seja necessário, repassando com eles rapidamente o modo de preenchimento das fichas de pré-natal. São instruídos a procurar os residentes caso haja dúvidas ou caso seja necessário realizar um exame vaginal e também a solicitar que algum residente carimbe e assine o prontuário ao final de cada consulta, assim como qualquer solicitação de exames.

Na primeira turma que acompanhei, a responsável por essa apresentação geral era uma médica cursando o terceiro ano do programa de residência, Porém, a turma seguinte foi apresentada ao ambulatório e recebeu essas orientações gerais do médico responsável por supervisionar o estágio desses mesmos alunos na enfermaria do puerpério, o qual estava cursando o primeiro ano de residência. Embora haja, formalmente, para cada período de assistência pré-natal, um assistente designado para supervisionar os residentes cursando o primeiro e segundo ano de residência e os internos de 5^o ano, em seus atendimentos, esse “chefe do ambulatório” não faz essa

apresentação geral. Além disso, a maior parte do tempo, são os próprios residentes no primeiro e segundo ano do programa que se responsabilizam pela supervisão dos internos, conforme são por eles solicitados. Aliás, os “chefes” raramente estão presentes no ambulatório. Nesse sentido, a situação nos dois períodos em que se realiza o atendimento do pré-natal de alto risco não difere em nada dos três períodos destinados ao atendimento do pré-natal de baixo risco. Uma médica cursando o primeiro ano do programa de residência, que havia se formado em outra Faculdade de medicina, fez a seguinte comparação entre o ambulatório de pré-natal em sua faculdade de origem e na Faculdade Y:

Residente: *“A única diferença era o chefe, mesmo, né? Sempre presente. Aqui... Aqui, raras as vezes em que eu vi um chefe descer no pré-natal pra acompanhar o ambulatório.(...)Lá é assim, se a gente... Se o ambulatório não tem chefe, não tem ambulatório.”*

Entrevistadora: *“Tá. E chefe é a professora assistente?”*

Residente: *“É. Ou professor, ou só assistente, independente. Mas sempre tem que ter um chefe lá. Né? A gente fazia muita questão disso. Se não tinha chefe, a gente simplesmente atendia as pacientes, mas falava: “Olha, cê vai voltar semana que vem, porque nosso ambulatório tá sem chefe, e não tem uma conduta pra te dar agora”. E isso fazia os chefes virem. Tanto que falta de chefe no ambulatório era muito raro. Eles iam mesmo, porque se a gente... se ele não fosse, a gente não dava a conduta. Então, acho que, assim, a dependência era maior, mas a gente ganhava muito mais com isso.(...) Acho que aprendia muito mais. E sempre tinha alguém pra... pra verificar, mesmo, o que a gente tava fazendo, né? (...)Eu passei lá [no pré-natal] no meu primeiro mês de residência. (...)Então, assim, muito das coisas foi o que eu fui aprendendo sozinha, ou com os outros R2, com os R3. Devo ter cometido um monte de erro. Não erro, mas assim, algumas coisas que eu esqueci de fazer porque eu não sabia. Então, é deficiente, mesmo.(...) Eu senti falta.”*

Nota-se, no comentário acima, que a falta de chefe é percebida como uma deficiência do ensino e do serviço. A residente entrevistada afirma que, com a presença do chefe, não apenas se aprendia mais em sua Faculdade de origem, como também a supervisão lhe dava maior segurança, evitando, a seu ver, a ocorrência de erros.

É possível imaginar que uma residente que expressa tais preocupações com relação à falta de supervisão recebida se sinta bastante sobrecarregada com o atendimento de suas pacientes e a responsabilidade pela supervisão dos internos. Esses, por sua vez, freqüentemente criticavam a falta de preparo ou de disponibilidade dos residentes, e, em particular daqueles em primeiro ano de residência, para instruí-los. Uma das alunas entrevistadas comentou que sua supervisão no pré-natal ficou a cargo dos residentes,

“Só que eles não davam conta, né? A gente estava em seis mulheres, passando lá, e não tinha nem sala para atender, uma coisa horrorosa (...) fica uma bagunça para atender! Não tem pinard, falta material, não tem sonar!” (entrevista aluna Faculdade Y)

Aliás esses comentários não surgiam apenas nas conversas com seus pares e comigo, mas eram formalizados nos instrumentos de avaliação dos estágios, como por exemplo, o seguinte comentário de um aluno da turma que acompanhei na ficha de avaliação da Faculdade:

“poderíamos ser melhor instruídos (...) sobre a rotina de exames, condutas, etc.”

Ou os seguintes comentários, de alunos de turmas dos dois anos anteriores, acerca da falta de acompanhamento e supervisão nas fichas de avaliação deste estágio do internato:

- Entre os pontos negativos do estágio, um aluno comenta: *“ausência de chefes no ambulatório”* [2003]
- No ambulatório: *“não houve discussão e atenção adequadas para proporcionar um aprendizado efetivo. Muitas vezes “tocava serviço” realizando um procedimento sem atenção ou entendimento completo”* [2003] (grifos meus)
- *“No ambulatório deveria ficar um instrutor específico, só para discutir e auxiliar os internos; para que os internos fossem melhor assistidos e não atrapalhassem a rotina dos residentes”* [2003]
- *“Nos ambulatórios devíamos passar casos com chefes ou assistentes graduados e não residentes para não pegarmos vícios e erros deles. Deveria haver um chefe/assistente com*

exclusiva função de discutir os casos com os internos nos ambulatórios” [2003]

- *“Faltou também discussão nos ambulatórios, sobrando para os internos a função de “atender fichas”. [2004](grifos meus)*
- *“Necessidade de um preceptor para acompanhar nas atividades práticas. Os residentes, principalmente os R1, não estão aptos para realizar essa tarefa.”[2004]*

Percebe-se, pelos comentários acima, não apenas as críticas quanto à ausência do chefe no ambulatório, como a formulação de propostas visando o melhor aproveitamento do estágio pelos internos. Nesse sentido, é interessante notar a demanda por um instrutor ou preceptor cuja função exclusiva seria a de acompanhá-los na realização das atividades práticas, auxiliando-os e discutindo os casos com eles. Percebem que, ao serem incorporados à rotina do serviço, por vezes atrapalham os residentes, pois os interrompem, enquanto estão atendendo outras gestantes, para lhes fazer perguntas ou pedir que examinem as gestantes sob seus cuidados, ou que assinem prontuários. O foco de seus comentários se volta, prioritariamente para seu aproveitamento do ponto de vista da aprendizagem, seu desempenho e sua relação com os residentes, não para a qualidade de assistência às gestantes resultante. Ao mesmo tempo, o modo pelo qual se realiza a rotina do serviço e a maneira pela qual são a ela incorporados, sem entender claramente o que estão fazendo, como explicitam, resulta, para muitos, em um esvaziamento da relação assistencial estabelecida com as gestantes que se depreende pela referência comum a essa atividade como “atender ficha” e “tocar serviço”.

5.9.2 Pronto-atendimento e pronto-socorro obstétrico

Em ambas as Faculdades, parcela do tempo do 5^o e 6^o ano do internato é dedicada ao atendimento às assim denominadas “urgências e emergências obstétricas”. Os serviços de pronto-atendimento ou de pronto-socorro obstétrico constituem a “porta de entrada” ao hospital utilizado mais frequentemente seja por gestantes em trabalho de parto, seja por puérperas ou gestantes que, por qualquer outro motivo, procuram assistência obstétrica hospitalar. Nele se identificam quais as pacientes que podem voltar para casa, sendo menos ou mais orientadas e/ou medicadas, quais precisam ser encaminhadas a outros serviços ambulatoriais e quais precisam ser internadas ou transferidas para outros hospitais. As internações ou transferências ocorrem quando as gestantes estão em trabalho de parto, em processo de abortamento, ou porque apresentam alguma doença obstétrica grave. Os internos são os primeiros a atendê-las nesses serviços em ambas as Faculdades.

À semelhança de outros setores de urgência e emergência hospitalar⁵², essa “porta de entrada” à assistência obstétrica se constitui em um serviço em que conflitos e tensões entre pacientes e membros da equipe médica frequentemente afloram. Tal com outros setores de urgência e emergência hospitalar, esse se caracteriza por manter as portas abertas 24 horas por dia e por atender a uma demanda que não se restringe aos casos de urgência e emergência. Isso se deve em parte à desestruturação da rede básica — que, no caso específico da obstetrícia, gera uma falta de cobertura de pré-natal (DIAS, 2001) —, em parte ao descrédito e à insatisfação com a rede básica que se encontra entre a população e, em parte, às distintas interpretações por parte de

⁵² Acerca dos conflitos e tensões entre pacientes e os prestadores de serviços (profissionais de saúde e outros) em serviços de urgência e emergência hospitalar, ver ROTH (1972), DESLANDES (2002), SÁ (2005), e GIGLIO-JACQUEMOT (2005).

profissionais e pacientes acerca do que se considera urgência e emergência. Nosso estudo não teve por objeto a perspectiva de profissionais e usuárias acerca de urgências obstétricas, o que mereceria ser mais bem investigado. O foco de nosso estudo recai sobre a formação dos alunos e sua experiência de treinamento nessa estação de trabalho, particularmente durante o internato. Entretanto, nossas observações nos prontos-socorros e no pronto-atendimento obstétrico dos hospitais escolas indicam que a análise de GIGLIO-JACQUEMOT acerca de urgências da perspectiva dos usuários de pronto-socorro seja bastante pertinente. Segundo a autora,

“Da urgência, os usuários têm uma concepção cujo caráter ‘globalizante’ contrasta bastante com a concepção biomédica, pois aquela reúne o que esta dissocia e concebe separadamente. As urgências vividas por esses leigos são configurações ameaçadoras, formadas de fenômenos e acontecimentos heterogêneos, que não têm todos uma ancoragem fisiológica, mas que têm todos em comum de ser considerados e vivenciados como riscos que põem a vida em perigo. Suas urgências indicam suas necessidades, mas sobretudo, os transtornos e sofrimentos que pesam no seu inseguro viver e sobreviver.(...) Atrás da máscara da saúde e da urgência biomédicas, demandas ocultas de proteção e socorro são expressas e dirigidas pela população a um dispositivo cuja capacidade de resolutividade dos intrincados problemas que estão na raiz de suas urgências é limitada ou nula. Entretanto, os serviços que oferecem esse dispositivo representam ajuda, atendimento e abrigo preciosos no momento da manifesta necessidade” (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005:133-4)

Outro fator que contribui para a exacerbação de conflitos e tensões nesses serviços é o fato de os setores de emergência de hospitais públicos brasileiros e estrangeiros desempenharem, de modo geral, o que ROTH (1972) denomina de uma “função residual” em relação ao resto do hospital e, freqüentemente, em relação a outras partes do sistema de saúde. Refere-se ao fato de os pacientes serem encaminhadas ou se dirigirem ao setor de emergência quando outros serviços ambulatoriais ou clínicos, seja dentro do hospital ou na rede básica, se encontram fechados e quando não podem

esperar para serem atendidos dentro da agenda desses serviços. DESLANDES (2002) chama atenção para o fato de que a crescente opção da população pelo uso de setores de emergência, e em particular para problemas não considerados urgentes do ponto de vista biomédico, não é um problema exclusivamente brasileiro, sendo notado como tendência nos Estados Unidos, a partir da década de 1950 e até o presente. Por vezes, motivos bem práticos levam os usuários a procurarem os serviços de urgência e emergência.

Conforme GIGLIO-JACQUEMOT:

“(...) no pronto-socorro, eles sabem que vão ser atendidos, pelo menos no mesmo dia, e que será de graça assim como todos os procedimentos médicos necessários. A espera longa e desgastante não os desencoraja: estão acostumados a enfrentar no dia-a-dia outras filas intermináveis, e seus depoimentos testemunham a dificuldade e os sacrifícios ainda maiores, para conseguir atendimento na rede básica de saúde, por sinal bastante desacreditada. Para eles, como para as populações pobres de muitos países, o pronto-socorro representa a porta de entrada no hospital, ou melhor, a porta do acesso aparentemente mais fácil, prático e crível aos cuidados de saúde.” (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005:134)

Os pronto-socorros e pronto-atendimentos obstétricos também compartilham com esses outros pronto-socorros a duplicidade de ser, ao mesmo tempo, porta de entrada e barreira ao acesso a partir de critérios não apenas clínicos como também morais. Os pronto-socorros obstétricos não são os únicos serviços de obstetrícia em que existem tensões e conflitos. Tampouco são os únicos serviços onde as atitudes dos membros da equipe médica e por vezes suas tomadas de decisões sejam influenciadas por juízos de valor e não apenas por juízos clínicos. Porém, trata-se da estação de trabalho em relação à qual esses aspectos ganham maior visibilidade, sendo mais reconhecidas e comentadas pelos diversos membros da equipe multi-profissional responsável pelo atendimento, e não apenas os alunos de medicina.

As apreensões dos professores em relação a possíveis conflitos, especificamente nesse setor, envolvendo pacientes, por um lado, e alunos ou residentes, por outro, e mesmo em relação à ocorrência de humilhações e abusos sexuais, transparecem em suas apresentações. Assim, por exemplo, na primeira reunião com médicos ingressantes no programa de residência em obstetrícia e ginecologia na Faculdade X, ao apresentar o tema da relação médico-paciente, dois professores fazem os seguintes comentários:

Professor: “Este é um grupo que tem muito homem. Por favor, tome cuidado, principalmente no P.S.O. Preste atenção no que está falando. Não façam brincadeiras com as mulheres lá em baixo. Lembre-se que as mulheres são carentes, têm problemas sociais. Procurem não deixar de pensar nisso. Procurem manter a ordem. Procurem cobrir as pacientes. Prestem atenção.”

Outro professor: “Se, em qualquer momento, achar que querem, podem pedir a uma auxiliar de enfermagem para entrar na sala com vocês. Se houver qualquer coisa que vocês acham esquisito, chamem uma auxiliar de enfermagem para ficarem na sala com vocês (durante a consulta) e anotem o nome dela na ficha PSO.”

O primeiro professor conclui: “A postura não se ensina, usem o bom senso.”

E uma professora da Faculdade X, ao apresentar o estágio de obstetrícia do 5º ano do internato para os alunos comenta,

*“No PA (pronto atendimento), vocês vão atender as fichas de atendimento que vão chegando. Agora o exame ginecológico, tanto o especular como o toque vaginal, é feito junto com o assistente. Sei que vocês vão ter alguns assistentes que vão falar, ‘Ah, podem fazer o exame e depois me chamam’, mas a norma é que os assistentes façam junto. Não deixem acompanhantes entrarem, deixem a paciente entrar e deixem a porta sempre aberta. (...) Às vezes o marido diz, ‘Eu quero entrar. Vocês falam, ‘Tudo bem’. Não precisam se indispor com ele. Chama o assistente e deixe **ele** resolver.”*

Em ambas as Faculdades, essa foi a estação de trabalho em relação à qual os alunos manifestaram a maior ambivalência, tanto em conversas informais comigo e com

seus pares durante o estágio, como nas entrevistas realizadas posteriormente. Porém, antes de nos determos nas apreciações acerca de seu treinamento nesses serviços, vamos descrever algumas características destes e ao modo como se realiza a supervisão dos internos em cada um.

5.9.2.1 Apresentação aos serviços de urgência e emergência obstétrica nas Faculdades X e Y

Na Faculdade X, a primeira experiência dos internos com a assistência a “urgências obstétricas” ocorre no pronto-atendimento do hospital secundário em que realizam o estágio do 5^o ano. São apresentados ao serviço pelo preceptor e supervisionados no atendimento às pacientes por assistentes do hospital. Situados no andar térreo do hospital em questão, o pronto-atendimento e o centro obstétrico estão localizados um frente ao outro, sendo separados por um corredor interno de uso exclusivo dos membros da equipe de saúde, dos pacientes e, eventualmente, de seus acompanhantes. O acesso a esse corredor interno se dá por meio de outro corredor mais amplo, paralelo a esse, através de uma divisória de plástico que se abre ao meio. Um pouco adiante, nesse corredor amplo, se situa a porta de entrada das pacientes ao pronto-atendimento obstétrico. Frente a essa porta no corredor, alguns bancos de madeira delimitam a área onde pacientes aguardam junto com acompanhantes para serem atendidos e estes últimos aguardam para obter notícias dos primeiros.

As pacientes são, em geral, chamadas pelo nome por um interno que aguarda no umbral da porta com sua ficha em mãos e lhe conduz, por um corredor interno, até uma

das salas de atendimento que ficam de ambos os lados. As salas individuais são separadas em dois espaços por uma cortina. Na parte mais próxima à porta de entrada, há uma escrivaninha e duas cadeiras onde se realiza a anamnese, parte inicial do atendimento. O exame físico é realizado na mesa ginecológica que se encontra na outra parte da sala, separada dessa pela cortina. Seguindo pelo corredor interno, após as salas de atendimento, há uma sala de conforto para equipe médica, do lado esquerdo do corredor, onde se encontram dois sofás, cadeiras, armário, televisão, uma pequena mesa, um frigobar e, pendurados na parede, um quadro de Jesus Cristo e uma cortiça com avisos e uma escala de plantão. É nessa sala de conforto que a equipe médica de plantão, composta por internos e assistentes, permanece conversando entre si, vendo televisão, descansando ou estudando, a maior parte do tempo em que não estão atendendo pacientes. Outro lugar em que assistentes e, por vezes, internos permanecem, quando não estão atendendo, é em frente ao terminal do computador que fica numa bancada na parede de fundo, no final desse corredor interno. E, em frente à sala de descanso, do lado direito do corredor interno e paralelo à parede de fundo, há outro corredor, perpendicular a esse, que dá acesso, de seu lado direito, a uma “sala de recuperação” com duas macas, e, seguindo em frente, à porta de entrada e saída do pronto-socorro da equipe médica, que também constitui a passagem para o centro obstétrico. As pacientes na sala de recuperação também ficam sob os cuidados da equipe de plantão no pronto-atendimento. É nessa sala que ficam as pacientes que, a princípio, não precisam ser internadas ou que foram submetidas a intervenções cirúrgicas de pequeno porte — sendo a mais freqüente o aborto —, ou porque precisaram tomar algum medicamento que requer repouso ou observação posterior. Embora estejam sob observação, notamos que os internos, em geral, não se ocupavam dessas pacientes, que aliás, não recebiam muita atenção da equipe como um todo.

No início do estágio, geralmente, os alunos recebem algumas orientações visando lhe familiarizar com a rotina assistencial. Essas são oferecidas pelo preceptor, em sua visita de apresentação coletiva dos internos ao setor, e reforçadas e/ou reiteradas para cada aluno, individualmente, por um assistente que lhe acompanha do início ao fim de seu primeiro atendimento. Após esse primeiro atendimento, o interno passa a atender as pacientes, desacompanhado inicialmente, inclusive realizando alguns dos exames físicos (por exemplo, da altura uterina ou da pressão arterial), e prepara a paciente para a realização do exame pélvico. Então o interno procura um dos assistentes de plantão e lhe apresenta o caso, discutindo-o rapidamente com ele. Nesse momento, por vezes, o interno treina seu raciocínio clínico e discute hipóteses diagnósticas. O assistente, então, se encaminha a sala junto com o interno, onde cumprimenta a paciente — quando não esquece de fazê-lo —, revê a história, complementa e/ou refaz seu exame físico, conforme o caso, e procede ao exame pélvico, conforme o caso. Por vezes é necessário realizar exame por espécuro: nesses casos, o exame tende a ser realizado pelo assistente, porém, conforme o assistente e/ou o interesse explicitado do interno pela especialidade, por vezes o assistente permite ao interno ajudá-lo a realizar o exame ou conduz o interno, passo por passo, na execução. A paciente não é consultada sobre essas decisões. O toque vaginal, quando é realizado, geralmente é feito primeiro pelo interno, que afere e descreve para o assistente a dilatação do colo do útero e/ou outras características da progressão do trabalho de parto. Em seguida, o assistente repete o toque, visando confirmar, corrigir e/ou complementar os resultados do exame enunciados pelo interno. Após o exame, o assistente discute com o interno o diagnóstico e a conduta que julga apropriada, informando a paciente a esse respeito. Por vezes, procedem a executar a conduta em conjunto, senão o assistente pede ao interno para fazê-lo e lhe dá orientações a esse respeito. Ao final do atendimento, o assistente assina a ficha da

paciente, afixando seu carimbo, com o número do CRM (inscrição no Conselho Regional de Medicina), o que faz também quando há uma receita e/ou solicitação de exames complementares, transferências etc. O assistente tende a dialogar mais com o interno do que com a paciente. A comunicação do assistente com ela, em geral, se restringe ao mínimo necessário.

Exposta a rotina de atendimento, vamos descrever abaixo, de modo mais detalhado, a apresentação dos alunos, por seus professores, a esta estação de trabalho na Faculdade X e como essa apresentação vai nortear a relação do interno com a paciente. Eles recebem, nesse momento, algumas informações sobre as gestantes e sobre como devem se portar em seu encontro com elas. Em uma das apresentações do estágio, um preceptor, comentou com os alunos sobre as gestantes que chegam ao setor em trabalho de parto e de como devem recebê-las:

“A gestante tá nervosa, ela tá insegura, ela tá se sentindo abandonada porque, com 37 semanas, elas recebem uma carta do posto dizendo que estão liberadas do pré-natal, que podem procurar o hospital quando entrarem em trabalho de parto. Então quando chega na porta do PA [pronto-atendimento] ela tá totalmente perdida. Você pergunta, ‘A senhora trouxe o cartão do pré-natal?’ Vocês vão perguntar, ‘O que trouxe a senhora aqui?’ e vão vendo o cartão (...)”

Ao apresentar o pronto-atendimento para os alunos, o preceptor retoma o tema, falando do nervosismo das pacientes quando chegam e da importância de saber:

“(...) como se conduzir na relação com a paciente. Vocês devem se apresentar às pacientes, ‘Bom dia, sou _____’, pois então elas ficam mais calmas.”

Nota-se que há certas convenções acerca de como devem iniciar o diálogo com as mulheres que buscam atendimento nesse setor. Aliás, como se percebe, os cumprimentos e apresentações, quando são inclusos nas orientações que os internos recebem, têm um objetivo: ajudar a “conduzir” a relação com a paciente, acalmando-a.

Certamente não foram instruídos a informar as pacientes de que eram alunos de medicina. Efetivamente, como pudemos observar, o modo como os internos iniciavam o diálogo com as pacientes não variava muito em ambos os hospitais-escola:

“Bom dia. O que está havendo com a senhora, Dona ___?”

“Boa tarde. O que trouxe a senhora aqui hoje?”

“O que está acontecendo?”

E, raramente, *“Pode entrar. Sou _____. O que está acontecendo?”*

Além disso, percebe-se, pelas instruções que recebem do preceptor acima mencionadas, que à queixa da paciente não é dada muita importância. Devem dividir sua atenção entre o relato da paciente e a leitura do cartão de pré-natal, afastando seu olhar da paciente, por vezes, mesmo nesse período inicial da consulta, quando ela apresenta sua queixa, para consultar seu cartão e fazer anotações em sua ficha de atendimento. Não aprendendo a se distanciar dela para se concentrar no que é considerado o foco de seu trabalho. A queixa é anotada, sucintamente, na ficha de atendimento. Porém, o que realmente importa, como se sinaliza para os alunos acima, são as informações que vão colher acerca da paciente a partir de seu cartão de pré-natal, da anamnese que vão conduzir e do seu exame físico.

Recebem orientações mais detalhadas sobre o preenchimento da ficha de atendimento — que adquirem certa relevância nessa estação de trabalho em ambos os hospitais-escola, particularmente para os alunos, embora não sejam objeto de avaliação e freqüentemente não sejam lidas ou revisadas pelos seus supervisores, sejam esses assistentes ou residentes. Por isso, cabe mencionar que, ao tecer comentários acerca dos atendimentos que realizam no setor de urgências e emergências obstétricas, é comum tanto professores como alunos se referirem às “fichas que chegam” ao invés de se referirem às pacientes. É o que se nota no discurso de apresentação do estágio pela professora na Faculdade X, acima mencionado, quando afirma:

“No PA (pronto-atendimento), vocês vão atender as fichas de atendimento que vão chegando.”

E também nos diálogos entre alunos acerca de suas experiências nos plantões nessa estação de trabalho. Assim, por exemplo, um aluno comenta com os colegas,

“Não dormi muito no plantão. Chegou uma ficha às 3(hs) e outra às 5(hs)!”

Essas expressões, *“as fichas de atendimento que vão chegando”* e *“chegou uma ficha”* nos parecem significativas, pois de fato, nos serviços de emergência e urgência obstétrica dos dois hospitais-escola, é a existência de uma ficha na caixa de entrada que sinaliza para eles que há uma paciente aguardando, do lado de fora, por sua atenção; isto é, sabem que há uma paciente aguardando pelo atendimento por intermédio da ficha. Para os alunos em particular, uma de suas tarefas e responsabilidades nesse serviço é a de aprender a preencher corretamente as fichas de atendimento das pacientes que, quando são internadas, são encaminhadas juntas com elas para o centro obstétrico, constando de seu prontuário.

A ficha também lhes dá certa orientação quanto ao roteiro de perguntas que devem fazer à paciente, e à rotina de procedimentos a serem realizados. Nesse sentido, seu conteúdo já constitui um indício do que é considerado relevante e o que não é no atendimento. E são os dados que o qualificam como caso clínico, que são considerados relevantes, que são úteis para fins de formulação do diagnóstico, julgamento clínico e propostas terapêuticas ou outros encaminhamentos. E, ao aprender como preencher as fichas, por vezes com a ajuda dos assistentes e dos colegas, os alunos vão adquirindo um treino com o uso apropriado da linguagem específica a essa especialidade. Ao mesmo tempo, a ficha também serve de roteiro para sua apresentação do caso para o assistente, sendo um instrumento de fundamental importância, utilizado no exercício de construção de narrativas clínicas.

Esses aspectos do treinamento em serviço, até por serem reiterados inúmeras vezes, constituem uma parte significativa de seu aprendizado. GOOD (1994), como já assinalamos anteriormente, afirma que, além de aprender a olhar e a ver, na fase de treinamento em serviço, “aprender a escrever” e “aprender a falar” são aspectos importantes da formação médica. E, ambas as habilidades se alimentam mutuamente. Ao mesmo tempo, o fato de se referirem às “fichas que atenderam” e não às pacientes talvez seja indicativo da fragilidade de vínculo estabelecido com estas últimas. Considerando que a substituição dos fins da assistência pelos seus meios é uma das características da medicina tecnológica (SCHRAIBER, 1993;1997), cabe indagar se a ênfase nas fichas que atenderam e não nas pacientes, observada nos relatos dos alunos acerca de sua experiência no setor de urgências e emergências, pode ser considerada uma expressão dessa característica, tal como se manifesta no treinamento em serviço.

Na apresentação inicial da rotina do setor de urgências e emergências, reiteram-se instruções, dadas nos cursos introdutórios de obstetrícia, acerca de como calcular a idade gestacional e de como realizar certos exames físicos pelos quais o interno será responsável. Entre estes se incluem medir a altura uterina, aferir o batimento cardíaco fetal e aferir a dinâmica uterina, isto é, a frequência e intensidade das contrações. Recebem orientações sobre a localização de certos equipamentos com os quais já teriam adquirido certa familiaridade nos anos anteriores, tais como a luva e o esfigmomanômetro (o aparelho para aferir pressão arterial) e de outros equipamentos, específicos à especialidade, com os quais vão adquirindo maior ou menor familiaridade no manuseio e modo de usar o longo do estágio. Entre estes se incluem a fita métrica para medir altura uterina, espéculo vaginal; sonar (aparelho para ouvir o batimento cardíaco fetal); cardiotocógrafo ou monitor fetal (aparelho utilizado para aferir a

frequência e intensidade das contrações uterinas e sua correlação com os batimentos cardíacos fetais).

Os internos também recebem algumas orientações básicas que devem ser dadas à paciente visando prepará-la para o exame físico. Assim, por exemplo, ao apresentar uma das salas do pronto-atendimento para uma turma de internos no início do estágio, a professora lhes disse;

“Quando terminarem de conversar com as pacientes e forem examiná-la, por favor falem para elas, ‘Vamos agora examinar a senhora. Tire a calça e a calcinha e coloque aqui’. A professora coloca a mão sobre a cabeceira da mesa ginecológica. Em seguida a professora mostra o armário onde ficam os lençóis para os alunos e retira um lençol. “Vocês falam para a paciente, ‘Coloque esse lençol em volta da senhora e deite com a cabeça para cá’”. A professora coloca novamente a mão sobre a cabeceira da mesa ginecológica. E lhes alerta, “Por favor, não se esqueçam disso! Já houve vários acidentes. A paciente chegou e se deitou com a cabeça desse lado”, a professor coloca a mão na ponta da mesa ginecológica mais próxima às pernas, “e aí, olhem o que aconteceu.” Aplicando um pouco de pressão sobre a mesa nessa ponta, esta se abaixa e a cabeceira se ergue. A professora prossegue, “Quando forem pedir para ela se sentar, peçam para ela colocar as mãos para frente e não se mexer na hora que vão erguer a cabeceira.” Ela demonstra como deve se erguer a cabeceira, e avisa, “Já vi alguém perder um pedacinho do dedo porque a paciente se apoiou na maca enquanto ela procurava ajustá-la na posição sentada.”

Particular atenção é dada ao modo como devem se dirigir às pacientes para orientá-las a se posicionar para o exame ginecológico, a ser realizado em conjunto com o assistente e ao diálogo com a paciente durante esse exame.

“Tem certas palavras que precisam ser evitadas. Não se fala para as pacientes, “abre as pernas,’. Fale (e alguns alunos entoam juntos), ‘Por favor, afaste os joelhos’. Pede-se licença antes de fazer o exame ginecológico. Antes de inserir o espécuro, mostre-o para a paciente e diga, ‘agora vou colocar o pé de pato, relaxe bem o corpo’.”

Nota-se que há uma preocupação, por parte dos professores, de se evitar quaisquer conotações sexuais e promover uma postura mais profissional e, aparentemente, mais respeitosa para com a paciente ao se realizar esse exame. Porém, não se conversa abertamente com os alunos acerca de como pode ser desconcertante, incômodo e/ou doloroso esse exame para as mulheres. A delicadeza da situação é indicada apenas pelo fato de que certas expressões são proscritas e outras consideradas mais “politicamente corretas”. Efetivamente, durante o exame pélvico nos atendimentos rotineiros, as falas obedecem a certas convenções, apresentando pouca variabilidade:

“Agora vou colocar o espéculo. Com licença.”

“Vou fazer um toque agora, tá bem?”

“Dobre os joelhos, relaxe bem o corpo.”

“Afaste um pouquinho os joelhos.”

“Fique bem relaxadinha.”

“Solte bem, calma!”

Durante o estágio, são poucas e bastante limitadas as orientações adicionais que recebem sobre como tornar o exame menos desconcertante, incômodo e doloroso. Nesse sentido, cabe mencionar que, em apenas um caso, ao longo do período de pesquisa de campo, ouvi um professor mencionar para os alunos que a solicitação para a paciente tossir ao realizar o exame de espéculo vaginal poderia ajudá-la a relaxar a musculatura, facilitando o exame e tornando o mesmo menos incômodo.

No que diz respeito ao exame físico geral e ao exame pélvico, há um contraste significativo entre as orientações que os alunos recebem, não apenas nesse estágio, mas ao longo da formação em obstetrícia, em ambas as Faculdades pesquisadas e aquelas que encontramos em alguns livros-texto de obstetrícia e ginecologia contemporâneos utilizados em faculdades de medicina de outros países. Estes últimos livros textos não constam como referência bibliográfica nos programas das Faculdades X e Y. Pelo contraste que oferecem em relação ao tema da “abordagem da paciente”, sequer mencionado nos livros-texto indicados como leitura obrigatória nos dois cursos

(DELASCIO; GUARIENTO, 1981, 1994; REZENDE, 1999), e pela relevância que esses exames têm no treinamento nessa especialidade, vamos nos deter um pouco na explicitação dessas orientações.

Em alguns livros-texto internacionais consultados (LANGE, 2003; BECKMANN et al., 2002; HACKER; MOORE, 1998), não apenas o exame pélvico, como também o exame físico geral são considerados situações em que a paciente se encontra exposta e particularmente vulnerável. Nesse sentido, BECKMANN et al., (2002) e HACKER e MOORE (1998) recomendam que haja um acompanhante presente durante esses exames.

Nos três livros-texto se explicita a relevância de fornecer explicações para a paciente acerca de cada exame a ser realizado, antes de iniciá-lo, informações sobre os procedimentos sendo realizados durante o exame e, na medida do possível, de seus achados. Sugere-se que à paciente seja dada alguma medida de controle sobre a situação, particularmente quanto ao exame pélvico. Assim por exemplo, LANGE afirma que durante esse exame,

“O médico deve dar à paciente tanto controle sobre o processo quanto possível, perguntando a ela se está pronta, lhe pedindo para lhe dar retorno acerca do exame, se estiver doloroso, e procurando obter sua colaboração no relaxamento e controle muscular. Informação sobre cada passo do exame deve ser fornecida para que a paciente se sinta envolvida e apropriadamente ciente do valor de cada manobra. (...) Algumas mulheres podem desejar observar, por meio de um espelho, quando sua genitália está sendo inspecionada e podem se sentir mais confiantes a partir da visualização do colo do útero e da vagina.” (LANGE, 2003:2).

BECKMANN et al., apresentam técnicas comunicacionais que visam fazer com que a paciente possa participar mais ativamente do procedimento:

“Uma frase tal como ‘Me deixe saber se há qualquer desconforto, e eu vou parar e então vamos tentar fazer o exame de um outro jeito’ indica para a paciente que pode haver

desconforto, mas que ela tem controle e pode fazer com que o exame seja interrompido caso ocorra desconforto.” (BECKMANN, 2002:18)

Esses autores também discutem em maior detalhe a questão de como se pode obter maior colaboração no relaxamento muscular:

“Exames abdominais e particularmente exames pélvicos requerem relaxamento dos músculos. Uma ordem abrupta ou severa, tal como ‘Agora relaxe; não vou lhe machucar’ podem incrementar os anseios da paciente, enquanto que uma frase tal como ‘Tente relaxar tanto quanto possível, embora saiba que isso é muito mais fácil eu falar do que seja para você fazer’ lhe transmite duas mensagens: (1) que a paciente precisa relaxar e (2) que você reconhece que é difícil, ambos as quais demonstram paciência e compreensão.” (BECKMANN et al., 2002:18)

Este autor também sugere algumas técnicas para ajudar a paciente relaxar, tal como encorajá-la a respirar suave e regularmente ao invés de prender a respiração, e ajudar a paciente a identificar grupos de músculos específicos que precisam ser relaxados.

HACKER e MOORE (1998) e BECKMANN et al., (2002) recomendam que o espéculo vaginal seja aquecido em água morna antes de sua utilização, visando diminuir o desconforto desse exame. Estes autores e LANGE (2003) sugerem, em maior ou menor detalhe, manobras técnicas, envolvendo o manuseio do instrumento, que tem por intuito diminuir a dor e/ou desconforto do exame com o espéculo vaginal.

Além disso, BECKMANN et al., (2002) sugerem que a posição levemente elevada da cabeceira da mesa ginecológica durante o exame também pode ajudar a assegurar maior conforto para a paciente bem como facilitar a comunicação entre paciente e profissional:

“Deve se iniciar o posicionamento da paciente para o exame elevando a cabeceira da mesa ginecológica em aproximadamente 30° da posição horizontal. Isto serve a três

propósitos: (1) assegura o contacto olho a olho e facilita a comunicação entre médico e paciente; (2) relaxa o grupo de músculos da parede abdominal, facilitando muito o exame; (3) permite que o médico observe as reações da paciente ao exame, o que pode lhe fornecer informação valiosa (por exemplo, estremecimentos podem ser evidência de dor durante o exame).” (BECKMANN, 2002:19)

Percebe-se, nessa literatura, um reconhecimento e uma preocupação com a exposição e vulnerabilidade da paciente durante os exames físicos, bem como com a relação de poder desigual que se acentua, em particular na situação do exame pélvico. Dirigidos à formação médica, esses livros-texto, produzidos por especialistas da área de ginecologia e obstetrícia, têm procurado incorporar em alguma medida a questão da restituição do controle da mulher sobre seu corpo na assistência à saúde sexual e reprodutiva, abordado pelo movimento feminista desde a década de 70⁵³. Visando promover a participação mais ativa da mulher, enquanto sujeito da assistência, sugerem-se uma série de estratégias e técnicas comunicacionais, assim como técnicas envolvendo o posicionamento do corpo da mulher durante o exame e o uso de um equipamento específico, o espelho. Além disso, nota-se uma preocupação em promover o maior conforto e relaxamento possível, dentro das circunstâncias, e diminuir a dor e o desconforto. Procura-se atingir esses objetivos tanto por meio das estratégias e técnicas acima mencionadas, como por meio de técnicas específicas de manuseio do espécúlo.

Em contraste, nas situações de ensino e treinamento observadas durante a pesquisa de campo, algumas das quais acima assinaladas, nota-se uma preocupação em ensinar aos alunos como devem fazer para manter o controle sobre o corpo da mulher, e não partilhá-lo com esta, durante os exames físicos e, particularmente, durante o exame pélvico. Aprendem uma série de comandos que devem ser dados à paciente, visando assegurar sua “condução” ao longo do atendimento, e particular atenção é dada ao

⁵³ Ver, a esse respeito, BOSTON WOMEN’S HEALTH BOOK COLLECTIVE (1998[1984]); STARR (1982); MARTIN (2006[1992]); KAPSALIS (1997).

momento do exame pélvico. Como vimos, pouca atenção é dada a estratégias e técnicas que visam promover o relaxamento ou diminuir a dor da paciente durante o exame pélvico, o qual é conduzido na posição ginecológica tradicional, com a paciente deitada de costas, na posição horizontal com as pernas erguidas e apoiadas nas perneiras. Essa posição produziria maior enrijecimento do grupo de músculos abdominais e desconforto, segundo BECKMANN et al. (2002), conforme acima mencionado. Esses contrastes sugerem que, ao contrário do que afirma o professor em sua apresentação do programa de residência aos médicos ingressantes, postura se ensina. A postura que se ensina aos internos quanto ao atendimento nos serviços de urgência e emergência é bastante autoritária e dá pouca prioridade à dor e sofrimento da paciente. E a forma com que os alunos aprendem a lidar com manifestações de dor por parte das pacientes explicita a dificuldade que têm com o manuseio desse tema. É o que sugere o seguinte diálogo entre um interno e uma mulher em trabalho de parto durante seu atendimento, a respeito das contrações que ela sentia:

Paciente: *“Vem cá, a tendência dessa dor é piorar cada vez mais?”*

Interno: *“Não piorar. A palavra certa não é essa. É ficar mais próxima uma da outra.”*

Outra questão que nos chamou atenção em relação às instruções acerca do modo de se realizar o exame físico é o contraste entre a atenção dada ao correto manuseio dos equipamentos e a aferição de certas medidas consideradas importantes para fins diagnósticos, e a falta de cuidado com a prevenção de infecções puerperais. A importância de se lavar as mãos antes de se realizar toques vaginais como medida de prevenção de infecções puerperais é conhecida desde meados do século XIX, quando Semmelweis conduziu seus experimentos (CELINE, 1998[1952]). Esse médico verificou que as taxas de febre puerperal eram bem distintas nos dois pavilhões de parto

do Hospício Geral de Viena. Em um desses pavilhões, os partos eram assistidos por parteiras e, no outro, por estudantes de medicina. As taxas de febre puerperal eram bem mais altas no pavilhão de partos atendidos por estudantes de medicina e Semmelweis partiu da hipótese de que isso se devia ao fato, por ele observado, de que estes realizavam autópsias e, em seguida, prestavam assistência às parturientes, realizando toques etc. Ele instalou pias neste pavilhão, introduziu entre os estudantes a sistemática de se lavar as mãos antes de prestar assistência às parturientes, e verificou que os índices mortalidade materna devido a febre puerperal diminuiram significativamente. Trata-se de uma história conhecida entre estudantes de medicina de modo geral. Por um lado, trata-se de um marco importante na história de medicina, pois essa descoberta antecedeu o conhecimento científico sobre os micróbios. Por outro lado, a higiene das mãos continua sendo reconhecida como medida profilática importante no combate à infecção puerperal e outras infecções. Entretanto, a dificuldade de se incorporar essa medida simples de assepsia na assistência a saúde em geral e especificamente na atenção ao parto também é notável. No período em que Semmelweis fez sua descoberta, foi ridicularizado pelo *establishment* médico, que reagiu com ceticismo frente aos seus achados, mantendo suas tradicionais práticas assistenciais a despeito dos altos índices de febre puerperal. As práticas de assepsia só foram introduzidas nos hospitais décadas mais tarde, no final do século XIX e início do século XX. Hoje, a despeito da simplicidade dessa medida, a falta de higiene das mãos ainda é um problema na assistência à saúde, sendo objeto de um protocolo da Organização Mundial de Saúde, dentro de um programa denominado “O Desafio Global da Segurança do Paciente”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Em relação à prática de se lavar as mãos antes de se realizar os exames pélvicos, observamos que os alunos não receberam qualquer instrução nesse sentido quando as

técnicas desses exames foram abordados na apresentação ao serviço de pronto atendimento da Faculdade X. Tampouco essa prática de higiene lhes foi aconselhada pelos assistentes durante a prática cotidiana de treinamento neste serviço ou nos serviços de pré-natal e pré-parto onde também realizavam exames pélvicos ao longo do internato. Há, nesse sentido, um nítido contraste entre o ritual em torno da lavagem das mãos no centro obstétrico e a higiene das mãos nos outros serviços dessa especialidade. Aliás a prática rotineira dos assistentes e residentes nos setores de urgência e emergência e nos outros setores acima mencionados também destoava dessa norma. Ambos costumavam colocar as luvas ou, por vezes apenas a luva de uma mão – aquela utilizada para realizar o toque e/ou manipular o espécúlo – e, apenas após a execução do exame e depois de retirar a(s) luva(s), lavavam suas mãos. A tendência dos internos era de assimilar e aderir a essa prática rotineira, que evidentemente visava única e exclusivamente proteger a saúde do profissional ou aluno realizando o exame contra a possibilidade de algum contágio. O fato de se tratar de uma prática habitual, embora contrarie normas básicas de higiene, visando proteger a saúde da paciente, foi constatado por um professor em sala de aula nos seguintes termos,

Professor *“Antes do toque, vocês já viram alguém lavar as mãos?”*

Alunos: *“Não.”*

O tema dessa aula era justamente a infecção puerperal e, naquele rodízio, foi a última aula ministrada no estágio de internato em obstetrícia do 6º ano na Faculdade X. Assim, seu propósito não era preventivo, apenas se constatava uma realidade acerca dos hábitos de higiene no exercício da assistência naquela instituição que se sabe que expõe a paciente a risco de infecção. Cabe mencionar que a mesma prática habitual foi constatada durante a pesquisa de campo na Faculdade Y, onde não observamos qualquer comentário a esse respeito ou orientação específica em relação a esse tema.

Quanto à frequência do toque vaginal e sua associação com a infecção puerperal, esse foi objeto de algumas considerações por parte de uma professora na apresentação dos internos ao pronto-atendimento no início do estágio de 5º ano na Faculdade X:

“Não existe uma regra em relação ao toque. O ideal seria um exame ao internar, mais um exame aos 6 a 8 centímetros, no momento oportuno (de rompimento da bolsa amniótica conforme são instruídos nessa Faculdade) e um toque na sala de parto. Se fizessem academicamente, incluindo o interno também, seriam seis toques ao todo. (...) 20% dos casos de corioamnionites⁵⁴ é por causa de toques vaginais. Agora vocês precisam tocar porque é aí que vocês vão aprender a dilatação. Quem não acompanha trabalho de parto não faz parto.”

Nota-se que a professora afirma que há um risco significativo de infecção com a realização de toques vaginais e estabelece, aparentemente em função desse risco conhecido, um número “ideal” de toques. Entretanto, deixa clara sua expectativa de que realizem toques com os assistentes para aprender a aferir a dilatação das pacientes. Essa questão é também discutida em sala de aula ao abordar o tema das infecções puerperais, um dos principais fatores de morbimortalidade materna, sendo objeto de brincadeiras dos professores em relação aos alunos e residentes:

“Os fatores predisponentes para infecção puerperal são: parto cesariano – este é o principal fator; restos placentários; trabalho de parto prolongado; rotura prematura das membranas e infecção ovular. Esses últimos dois fatores são freqüentemente consequência de múltiplos toques vaginais. E o principal fator predisponente para múltiplos toques vaginais é a presença de internos na sala de parto.”

E, em uma aula sobre o mesmo tema no 6º ano do internato, o professor afirma que práticas comuns do treinamento da assistência ao parto são responsáveis por propagar a infecção puerperal e brinca:

⁵⁴ Corioamnionites são infecções da bolsa d’água. Elas são uma causa freqüente não apenas de infecções puerperais, mas também de rompimento prematuro das membranas ovulares, isto é, da bolsa d’água. Por consequência, também podem colocar em risco a saúde do feto.

“Os picos de infecção puerperal (no hospital-escola da Faculdade X) são no início do ano letivo, quando entram os novos RI que demoram até duas horas para fazer uma cesárea!”

Também fala para os alunos de sua experiência durante a formação, quando realizava estágio extracurricular em uma maternidade paulista:

“Quando eu era acadêmico de 4^o ano (na maternidade ____), só para admitir a paciente a gente fazia, no mínimo dois toques. O acadêmico fazia um toque e, em seguida, o residente fazia outro toque para conferir aquele feito pelo acadêmico. Aí quando chegava na admissão da enfermaria mais dois toques e aí ao ser encaminhada ao C.O., se fazia mais um toque.” O professor então pergunta aos alunos, *“Nessa meia hora o que mudou?”*

Em sua prática cotidiana no treinamento, tanto nos serviços de urgência e emergência, como ao longo do trabalho de parto, como sugerem esses professores em sala de aula, os alunos são encorajados a fazer múltiplos toques vaginais. Assim, a despeito dos professores estabelecerem, em suas instruções gerais e discussões teóricas com os alunos, parâmetros mais ou menos claros acerca do que seria a “boa prática” visando evitar as infecções ovulares e puerperais, ao mesmo tempo incentivam, para fins didáticos, uma prática que sabem resultar em riscos para as pacientes. Para os alunos o que se estabelece, a partir dessas falas e atitudes, é que sua formação e treinamento são priorizados em relação ao bem estar e a saúde da paciente. Isto é, ao constatar que, no treinamento em serviço, nenhuma atitude é tomada para diminuir o número de toques e comentar, de forma resignada ou por meio de brincadeiras, que, nesse sentido, o treinamento diverge da “boa prática”, tende-se a naturalizar procedimentos assistenciais que expõem as pacientes a riscos desnecessários. E, mais grave ainda, isso se justifica em nome da formação. Cabe mencionar que as discussões teóricas e atitudes práticas em relação aos toques vaginais observadas na Faculdade Y não divergem daquelas descritas acima em relação à Faculdade X.

Durante o 6^o ano do internato, os alunos atendem a “urgências obstétricas” sob supervisão de residentes no pronto-socorro obstétrico do hospital-escola da Faculdade X. O tempo dedicado a essa atividade no estágio do 6^o ano é menor, não fazendo parte de suas atividades de plantão noturno, como ocorre no 5^o ano, e sua dinâmica e duração são bem variáveis. A participação do interno no atendimento assume distintas dinâmicas, a depender das decisões dos residentes passando por estágio naquele serviço que são responsáveis pela sua supervisão e com os quais compartilha a responsabilidade pelo atendimento. São os residentes que apresentam o interno ao serviço, lhe mostrando onde se localizam os distintos equipamentos que utilizarão nos atendimentos e como preencher as fichas desse setor, os papéis de solicitação de exames e os receituários, os quais são um pouco diferentes daqueles no pronto-atendimento.

Há apenas uma sala de atendimento no pronto-socorro obstétrico na Faculdade X. Nela se encontram uma mesa, duas cadeiras, uma pia, um armário, uma mesa ginecológica, um aparelho de ultra-som e um sonar bem como diversos equipamentos utilizados no atendimento a urgências e emergências obstétricas, entre os quais se incluem espéculos vaginais, fita métrica, luvas, e um esfigmomanômetro. Há um banheiro anexo. As caixas de entrada e saída das fichas de atendimento ficam penduradas na parede do lado de fora da sala de atendimento. Os residentes e internos costumam pegar a ficha na caixa de entrada e chamar as pacientes da porta da sala de atendimento. As pacientes aguardam, sentadas em cadeiras a alguns metros de distância da sala, no outro lado do corredor, até o momento em que são chamadas. Como há apenas uma sala, quando há muitas pacientes a serem atendidas, a tendência é de que os residentes queiram “agilizar” o serviço, e então o interno se limita a auxiliá-los, exercendo as tarefas que lhe são solicitadas. Nessas situações, presenciei algumas vezes uma única paciente ser atendida por três pessoas, duas conduzindo simultaneamente

distintas partes do exame físico e “cantando” os resultados para uma terceira pessoa que anotava os registros em seu prontuário. Pode-se imaginar que ser manipulada simultaneamente em partes distintas do corpo por duas pessoas diferentes deve ser bastante incômodo, para se dizer o mínimo. Particularmente se essas pessoas conversam entre si e com uma terceira enquanto fazem isso.

Caso o pronto-socorro obstétrico esteja mais tranqüilo, por vezes os residentes permitem que o interno atenda a paciente e discutem o caso com eles, seguindo-se roteiro semelhante ao do pronto-atendimento no 5^o ano. Porém, a disponibilidade dos residentes para discussões de caso, embora bastante variável, tende a ser menor do que a dos assistentes, de modo geral. Por vezes também, a depender dos residentes e da situação no pronto-socorro obstétrico, os internos são por eles dispensados mais cedo do que o estabelecido informalmente com o preceptor no início do estágio.

Há três assistentes responsáveis pela coordenação do pronto-socorro obstétrico na Faculdade X, um dos quais exerce a chefia. Entretanto, as atribuições dessa coordenação são primordialmente de natureza administrativa, não havendo qualquer período fixo em que esses coordenadores sejam diretamente responsáveis pela supervisão do treinamento prático no setor. Teoricamente, o pronto-socorro obstétrico está sob responsabilidade dos dois ou três assistentes de plantão, que ficam encarregados da supervisão tanto do centro obstétrico como do pronto-socorro obstétrico. Porém, é muito rara a presença dos assistentes de plantão no pronto-socorro obstétrico que se localiza em andar diferente do centro obstétrico. Quando os residentes têm dúvidas em relação ao encaminhamento de um caso, procuram entrar em contato por telefone com o assistente de plantão no centro obstétrico e, muitas vezes, as decisões assistenciais são realizadas via telefone. Assim, os residentes se sentem à vontade para organizar a assistência, exercitando grande autonomia em relação às

decisões assistenciais e intervindo no seu fluxo, na medida do possível e conforme acharem melhor, tema ao qual queremos retomar em outro momento deste trabalho.

Na Faculdade Y, a experiência e o treinamento adquirido pelos acadêmicos⁵⁵ e internos com o atendimento de urgências e emergências obstétricas ocorrem todas em um mesmo local: o pronto-socorro obstétrico e ginecológico do hospital-escola. Ao contrário do que ocorre na Faculdade X, não há uma apresentação geral dessa estação de trabalho pelos professores. Os alunos e internos não recebem orientações gerais acerca de como devem receber as pacientes ou de como realizar os exames físicos, pois essas orientações são dadas nas aulas práticas dedicadas à obstetrícia e ginecologia no seu primeiro curso introdutório a especialidade nos anos iniciais de formação e não diferem substancialmente daquelas acima mencionadas recebidas pelos internos do 5º ano da Faculdade X. As orientações e instruções que os internos da Faculdade Y porventura recebem no início do estágio nessa estação de trabalho ficam a cargo dos residentes responsáveis pela sua supervisão e dependem da disponibilidade destes, a qual é bastante variável, assim como da iniciativa dos alunos e internos em solicitá-las.

O acesso da equipe médica, incluindo alunos e internos e de outros profissionais de saúde e recepcionistas ao pronto-socorro, se dá por meio de uma porta lateral situada no meio de corredor principal de entrada da ala desse edifício do hospital-escola que é ocupada pelo departamento de ginecologia e obstetrícia e algumas de suas dependências, que ocupam três andares. No andar térreo, se situa a enfermaria de puerpério ao fundo do corredor principal. Ao entrar pelo portão, do lado esquerdo, há uma recepção com um vigia que controla o acesso a essa ala. É desse lado do corredor que também se situam o elevador, as escadas e as salas da diretoria do departamento. O

⁵⁵ Os dois “plantões voluntários” do primeiro curso de obstetrícia na Faculdade Y, como mencionamos, são noturnos. Alguns alunos dão preferência por permanecer no Centro Obstétrico durante esses plantões. Outros alunos se revezam entre Centro Obstétrico e pronto-socorro de obstetrícia geral (PSOG), acompanhando e auxiliando os internos do 5º em suas atividades.

pronto-socorro ocupa o lado direito do corredor principal entre o portão e a enfermaria de puerpério. Nos andares superiores se situa o centro obstétrico, as enfermarias de patologia obstétrica e de patologia ginecológica, assim como a unidade neonatal do hospital-escola.

O acesso das pacientes ao pronto-socorro obstétrico e ginecológico do hospital-escola da Faculdade Y se dá por meio de uma ante-sala, que faz as vezes de sala de recepção e de espera durante o horário comercial. Na parede oposta à porta de entrada da ante-sala há um guichê, com uma janela de vidro, onde se encontra uma recepcionista que anota os dados da paciente e processa a ficha que será utilizada pela equipe médica para anotar o registro de atendimento. Circundada por bancos de madeira e cadeiras, é nessa ante-sala que as mulheres aguardam serem chamadas por algum membro da equipe para serem atendidas. Em geral, o médico ou interno, com a ficha da paciente em mãos, abre a porta ao lado do guichê, que dá acesso ao pronto-socorro e, de lá, a chama pelo nome. A paciente se apresenta, entra pela porta e essa se fecha novamente.

A área interna do pronto-socorro é composta por três salas. Uma sala menor, contendo armários, estantes e uma mesa com cadeiras, é utilizada, principalmente como almoxarifado. Essa sala se situa do lado direito de quem entra no pronto-socorro por meio do acesso utilizado pelos pacientes. Cercada completamente por paredes, ela ocupa um canto de uma das salas maiores do pronto-socorro e sua porta de entrada se situa dentro dessa sala maior. Trata-se do espaço interno do pronto-socorro em que há maior privacidade, porém, raramente é utilizado para atendimentos. A maioria dos atendimentos é realizada em duas salas grandes e contíguas, as quais são separadas apenas parcialmente por uma parede, no fundo da primeira sala, que atravessa cerca de três quartos da área entre essa sala e a do fundo, deixando aberta uma ampla passagem

entre elas. Na sala da frente, se encontra a parte interna do guichê da recepcionista, uma mesa com telefone para uso da equipe médica, diversas cadeiras onde membros da equipe conduzem o atendimento, frente a frente ou lado a lado às pacientes, armários com medicamentos e duas mesas ginecológicas, isoladas do resto da sala e entre si por cortinas. Na sala ao fundo, se encontram mais algumas cadeiras utilizadas em atendimentos e duas camas hospitalares onde permanecem pacientes em observação e onde são realizados exames de monitoramento fetal. Além disso, nessa sala se encontram mais três mesas ginecológicas, separadas entre si por cortinas, em frente às quais se situa um banheiro. Até seis pacientes, a depender do número de membros da equipe médica que se encontra no pronto-socorro, podem ser atendidas simultaneamente. Porém, por vezes há um número maior ainda de pacientes no pronto-socorro, pois enquanto algumas estão sendo atendidas, outras tomam medicamentos, e/ou se submetem à monitoragem fetal. Excetuando-se o momento do exame físico, que ocorre nos exíguos espaços em torno das mesas ginecológicas, cercados por cortinas, há muito pouca privacidade durante os atendimentos. No resto do tempo, as pacientes e os responsáveis por seu atendimento se encontram lado a lado nos espaços abertos dessas duas grandes salas, por onde circulam também os membros da equipe de enfermagem.

O primeiro contato do interno do 5^o ano, e, por vezes, do aluno de 3^o ano com as “urgências obstétricas” é nos plantões noturnos no pronto-socorro obstétrico e ginecológico do hospital-escola. No 6^o ano, em que o estágio é muito mais curto, o interno atenderá a pacientes no pronto-socorro obstétrico e ginecológico em plantões diurnos. O fato de que o primeiro contato dos alunos com a assistência a urgências obstétricas seja no período noturno tem conseqüências bastante significativas. Implica em que sua experiência inicial ocorre em circunstâncias onde há menor supervisão neste serviço. Durante o dia, há dois médicos no segundo ano do programa de residência e um

ou dois médicos no primeiro ano de residência, passando por estágio no pronto-socorro obstétrico e ginecológico, os quais, além de atenderem a pacientes, também são responsáveis pela supervisão dos internos do 6º ano. Durante o dia, às vezes também ocorre a visita do assistente de plantão responsável pela supervisão no pronto-socorro e centro obstétricos, que discute casos com os internos ou residentes, conforme solicitado. À noite, por outro lado, os residentes de plantão (dois médicos no segundo ano do programa de residência e dois médicos no primeiro ano de residência) dividem as responsabilidades entre si pelo atendimento do pronto-socorro obstétrico e ginecológico e do centro obstétrico. Também compartilham a responsabilidade pela supervisão de três internos do 5º ano de plantão que também se dividem entre o atendimento nestes dois serviços. Quanto ao “chefe de plantão” noturno, este freqüentemente se ausenta durante grande parte do plantão, como pude perceber durante o período de pesquisa de campo e volto a discutir na seção 5.9.

Nos serviços hospitalares em geral, mesmo em hospitais-escola, a equipe é mais reduzida à noite. Mas, no caso desse serviço obstétrico, era bem mais reduzida do que durante o dia. Ao menos durante dia, além dos “chefes de plantão”, também havia os “chefes do centro obstétrico” do período da manhã e da tarde. Além disso, de dia havia uma equipe de residentes no pronto-socorro obstétrico e ginecológico e outra equipe no centro obstétrico. Conseqüentemente, à noite, a experiência e disponibilidade dos residentes de plantão para apresentar o serviço aos internos ou para discutir casos com eles era, de modo geral, bastante limitada. Assim, não raro, os internos estranhavam certas decisões assistenciais que não lhes eram explicadas, algumas das quais poderiam parecer até arbitrárias. Não é surpreendente, considerando essas circunstâncias, que alguns internos acreditam ter sido muito mais proveitoso a aprendizagem em relação ao atendimento às urgências obstétricas nos plantões diurnos do 6º ano do que nos plantões

noturnos do 5º ano. Pode-se dizer que há certa inversão entre as Faculdades X e Y, na “porta de entrada”, quanto à responsabilidade pela supervisão dos internos, à medida que esta é mais “residente-dependente”, como dizem os internos, no 6º ano na Faculdade X e mais “residente-dependente” no 5º ano na Faculdade Y. Porém há de se considerar que, do ponto de vista da aprendizagem, a escolha dessa seqüência tem conseqüências para o ensino e o atendimento.

O fato de os internos em ambas as Faculdades serem os primeiros a atenderem as mulheres na “porta de entrada” fazia com que, por vezes atendessem a situações às quais estavam completamente despreparados para atenderem. Assim, por exemplo, por vezes eram os primeiros a atenderem mulheres em processo de abortamento ou a detectarem óbitos fetais. Tendo me deparado com elas durante a pesquisa, imagino que se trata de situações que ocorrem com certa freqüência em ambas as Faculdades. Em um caso, no hospital secundário associado à Faculdade X, a primeira situação foi particularmente desconcertante para a paciente e para a interna do 5º ano que a atendia, pois o aborto se completava enquanto a interna examinava a paciente e os assistentes de plantão estavam todos no centro obstétrico, participando de cesáreas. Demorou um tempo até que um dos assistentes pudesse vir atender a paciente e controlar a hemorragia. Cabe perguntar se situações como esta ou mais graves não deveriam ser evitadas. Afinal elas tendem a expor as pacientes a uma desatenção ou falta de assistência, e os alunos a uma situação para a qual não receberam o treinamento necessário tanto do ponto de vista técnico como ético.

Esse caso chama atenção para o fato de que mesmo no estágio mais bem supervisionado de atendimento a “urgências obstétricas” dentre aqueles que acompanhei nessas duas Faculdades, ocorrem situações em que os internos se encontram, por um período menor ou maior de tempo, prestando assistência sem a adequada supervisão.

Em ambas as Faculdades, mesmo no período diurno, os internos se encontravam sozinhos no pronto-socorro obstétrico ou pronto-atendimento por períodos menores ou maiores de tempo⁵⁶. Não raro, por exemplo, no hospital secundário vinculado à Faculdade X, os assistentes iam almoçar juntos, deixando o centro obstétrico e pronto-atendimento sob os cuidados dos internos de 5º ano. Na Faculdade Y, os internos também ficavam sozinhos no pronto-socorro obstétrico e ginecológico, ocasionalmente por períodos limitados de tempo durante o dia e, de madrugada, quando os residentes se ausentavam de seus postos de trabalho. Por vezes, estes despachavam os internos sozinhos ao pronto-socorro obstétrico e ginecológico para fazer o primeiro atendimento a uma paciente e depois apresentar o caso, muito resumidamente, aos residentes no centro obstétrico, por telefone. Em todas essas situações, tanto internos como as pacientes sob seus cuidados tinham que aguardar a vinda dos médicos para darem prosseguimento à assistência. Nestes casos, pode-se dizer que os responsáveis pela supervisão criavam lacunas, embora menores do que aquelas dos “chefes de plantão” na Faculdade Y, na própria supervisão.

Apresentamos acima algumas características dos serviços de urgência e emergência obstétrica das Faculdades X e Y. Procuramos apontar algumas continuidades e discontinuidades referentes às rotinas do treinamento e à supervisão que os internos recebem nos estágios do 5º e 6º ano nessa estação de trabalho. Discutiremos, a seguir, as suas apreciações dessa experiência e descreveremos algumas situações e cenas que nos ajudam a “problematizar” alguns aspectos de sua dinâmica.

⁵⁶ Não soube da ocorrência deste tipo de acontecimento com internos do 6º ano no PSO, embora isso não significa que nunca aconteça. Como mencionei acima, o tempo que os internos passam nesse serviço é bem mais limitado.

5.9.2.2 As experiências de treinamento nas portas de entrada

O treinamento nas “portas de entrada” dos serviços de obstetrícia foi um aspecto marcante do internato nessa especialidade para os alunos de medicina. Eles defrontaram-se com diferentes situações de atendimento, algumas bastante difíceis e/ou complexas e suas apreciações em relação ao serviço, suas demandas e o treinamento que receberam explicitam a existência de aspectos positivos e negativos dessa experiência e de distintos critérios utilizados por eles em sua avaliação.

Um dos aspectos apreciados pelos internos é o fato de esta ser uma estação de trabalho em que puderam aprender a realizar uma anamnese. E, à medida que começaram a reconhecer sintomas e sinais de processos fisiológicos, como o trabalho de parto, e de algumas das doenças obstétricas, foram desenvolvendo o raciocínio e o julgamento clínico que é característico a essa especialidade, aspecto muito enfatizado no ensino cuja aprendizagem é fonte de grande satisfação.

“O PA (pronto-atendimento) é legal. (...) O PA é importante no sentido de você estar com uma paciente, da qual você não sabe nada, do ponto de vista obstétrico, e você... se acostumar a pensar como pesquisar uma história, como achar, tatear, né?, pra saber o que ela tem, né? É... a gente... o que a gente sempre faz na medicina, né?, é aquele raciocínio, hipotético-dedutivo, né?, que a gente faz. Você faz... Ouve a queixa da paciente e a partir daí você faz algumas hipóteses de diagnóstico e você faz perguntas-chaves que vão te dizer... te direcionar pra uma parte ou pra outra, né? Pra validar uma hipótese, ou não, ou falar contra a hipótese. E cai em... cada clínica é diferente isso. Cada lugar é diferente, você tem um jeito de pensar diferente, né? Então... Nesse aspecto o PA é muito, muito importante! Né? Eu lembro da primeira vez que eu fui atender, eu não sabia direito o que perguntar, eu não conhecia bem as patologias, não sabia daí a gente vai... vai aprendendo a reconhecer os padrões, né?, de... de cada paciente... são, muitas vezes, coisas até que não... não são conscientes, né?. Você olha pra... pra... pro rosto da paciente e você começa a perceber se ela.. se ela está em trabalho de parto, né?, algumas atitudes, coisas que muitas

vezes não são relatadas, mas a gente aprende a reconhecer. Isso que foi importante.” [aluno da Faculdade X]

Ao mesmo tempo, os alunos aprendem a realizar alguns dos exames físicos específicos à especialidade, tais como a avaliação da dinâmica uterina, do batimento cardíaco fetal e do exame de toque, que permitem realizar alguns diagnósticos básicos e a estabelecer a evolução do trabalho de parto. Para os alunos da Faculdade X, esses aspectos da aprendizagem na porta de entrada foram particularmente ressaltados, o que provavelmente se deve ao fato, já mencionado anteriormente, de eles terem pouquíssimo contato com o atendimento ao pré-natal durante o internato.

“(...) eu achei legal, né? (o pronto atendimento) porque a gente aprende a fazer o toque, a avaliar o colo do útero, avaliar a posição do feto, isso tudo, avaliar a posição do feto, é, posição não, avaliar a apresentação do feto, tudo, a variedade de posição a gente não aprende muito não, eu não consigo ver se ele está rodado, com a cabeça, com occipício pra cima, pra baixo, essas coisas até hoje eu não sei muito bem direito não, mas eu acho que a gente consegue avaliar bem, assim, pegar uma mão adequada, no que, naquilo que de básico a gente precisa saber pra avaliar uma grávida de terceiro trimestre, a gente acaba pegando umas puérperas lá né, também, mas acho que é bom sim, sim, mesmo o... é... grávida com sangramento, essas coisas, a gente acaba é pegando algumas, podendo... e, podendo avaliar é, e pensar nas possibilidades tudo, agir de modo adequado.” [aluno Faculdade X]

Nota-se, nessa fala, a ênfase que o aluno coloca nas possibilidades e limites de seu aprendizado em relação ao toque vaginal. Como refere, pode aprender “o que é básico” na avaliação de uma grávida de terceiro trimestre: se ela está ou não em trabalho de parto e, em caso positivo, algumas das características do momento desse processo em que ela se encontra. Também aprendeu a avaliar “uma grávida com sangramento” e quais as decisões a serem tomadas nesses casos.

O fato de explicitar o que não aprendeu — as variedades de posições da cabeça do feto — deixa entrever sua percepção de que um dos aspectos da fisiologia do parto muito enfatizados no curso teórico em ambas as Faculdades não é um aspecto considerado significativo do treinamento em serviço durante o internato.

Outro aspecto apreciado por alguns alunos é o fato de o setor de urgências e emergências ser considerado dinâmico, podendo contribuir para sua experiência clínica à medida que os casos precisam ser diagnosticados e tratados com agilidade. Nesse sentido, um dos critérios de avaliação do estágio diz respeito ao seu volume de atendimentos. E, em relação a esse critério, as avaliações, tais como as experiências propriamente ditas foram diversificadas. Alguns alunos apreciaram a experiência porque pegaram plantões movimentados, podendo atender a muitos casos:

“(...) eu peguei dias movimentados no pronto-socorro, eram muitos sangramentos de primeiro trimestre, tudo, mas assim, gostei.” [aluna Faculdade X]

Outros alunos, aderindo a esse mesmo critério, isto é, valorizando a oportunidade de atender a um volume maior de casos, para adquirir maior experiência clínica, julgaram que sua experiência, particularmente no pronto-socorro obstétrico do hospital-escola, foi pouco proveitosa:

“Porque assim, que na verdade a gente não atende muito no pronto-socorro, quando chega a ficha, o residente está preocupado em esvaziar, então atende rapidinho, a gente atende uma ficha, duas fichas, eles atendem umas cinco ou seis. Aí depois não tem nada para fazer e a gente fica lá sem fazer nada, não foi muito aproveitado.” [aluna Faculdade X]

O aluno da Faculdade Y abaixo compartilha da mesma opinião de suas colegas da Faculdade X, acima citados em relação à relevância do volume de atendimentos para a qualidade do treinamento. Nesse sentido, compara suas experiências de estágio

extracurricular em uma outra maternidade com aquela no pronto-socorro do hospital-escola:

“(...) no pronto-socorro do _____ (maternidade em que realizou estágio extracurricular), você pega mais o jeito do que aqui, porque lá o movimento é bem maior, assim, e você pega mais, né?” [aluno Faculdade Y]

Por outro lado, alguns alunos apreciaram o fato de o movimento ser mais lento no horário em que atenderam, pois consideram que isso propiciou a realização de um atendimento mais tranquilo, em que foi possível discutir os casos com o residente e desenvolver um contato também mais tranquilo com a paciente.

“(...) quando dá, a gente que vai tocando, a gente que vai atendendo, porque normalmente são poucas pacientes no horário que a gente fica, ou pelo menos nos meus plantões, então, achei que foi gostoso, porque eu ia atendendo, meu colega também estava junto, e a gente discutia com o residente. Ah, a relação médico-paciente em pronto-socorro, infelizmente é uma exceção, né, porque é o contato mínimo, muito curto, quando está tranquilo assim, o relacionamento é tranquilo também.” [aluna Faculdade X]

Outro critério de avaliação de sua experiência no setor também relacionada à dinâmica do atendimento diz respeito à diversidade de casos de urgência e emergência obstétrica atendidos. Comparando sua experiência em estágio extracurricular com sua experiência no setor de urgências e emergências na Faculdade Y, o aluno afirma que um dos aspectos positivos daquele estágio, foi seu contato com doenças obstétricas, que foi menor na Faculdade:

“Ah, então, a gente aprendia bastante assim, das patologias, né? Porque aparecia bastante lá (no estágio extracurricular), hipertensa, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, né? Aí, a gente via os sinais que tinham, qual era a conduta a ser tomada, como que tinha que fazer o controle, qual que era o perigo dos procedimentos que eram usados.” [aluno Faculdade Y]

Uma das restrições que transparece no discurso de uma aluna da Faculdade X acima referido, em relação à sua experiência no pronto-socorro do hospital-escola, considerada ao todo muito boa, foi o fato de ter atendido a muitos sangramentos de primeiro trimestre, isto é, como especificaria mais adiante na entrevista, casos de aborto. Diversos alunos, em ambas as escolas, mencionaram o fato de terem atendido ou presenciado atendimentos a abortos e a poucas outras doenças nos pronto-socorros e pronto-atendimento. Cabe mencionar, entretanto, que, ao discutir a frequência com que atenderam a abortos, não se ressentem apenas de não terem atendido a outras doenças. Não raro, também mencionaram a particular dificuldade que tinham em atender especificamente a casos de aborto, tema a qual voltaremos adiante.

Em todo caso, foi possível constatar que alunos de ambas as escolas sentiram certa frustração em relação à falta de diversidade de situações de urgência e emergência que tiveram oportunidade de atender durante os estágios de internato do 5^o e 6^o anos, pois isso representava, para eles, uma limitação de sua experiência clínica.

A supervisão que recebiam nos setores de urgência e emergência também foi critério relevante de avaliação de sua experiência nessa estação de trabalho. Era comum apreciarem a existência de uma supervisão adequada, seja porque lhes transmitia maior segurança em relação às tomadas de decisões em relação aos casos atendidos, seja porque lhes oferecia maiores oportunidades de aprendizagem através das discussões de casos.

Esse aspecto transparece nas avaliações positivas que tiveram em relação à supervisão, como as que seguem abaixo:

“A supervisão é melhor no PA (do que no pronto-socorro obstétrico), porque todos os casos a gente precisa discutir com os assistentes então... aahh, acaba passando de qualquer jeito as coisas, né?, pra eles, eu acho, eu achei que é bom.” [aluno Faculdade X]

Nota-se que o aluno acima está comparando sua experiência nos dois estágios de internato em obstetrícia, o do 5º e o do 6º ano, na Faculdade X, do ponto de vista de sua supervisão. Aparentemente, se sentia mais seguro em relação à supervisão dos assistentes no 5º ano, seja pelo caráter obrigatório da participação deles na tomada de decisões, seja pela discussão dos casos com os alunos, que também era obrigatória. Os alunos reiteraram, com frequência, em ambas as Faculdades, que a qualidade da supervisão por parte dos residentes no estágio do pronto-socorro obstétrico e sua confiança em seu julgamento clínico era bastante variável. Por isso, se dizia que o estágio nesse posto de trabalho era muito “residente-dependente”, o que transparece nos seguintes depoimentos:

“Ah, pronto-socorro eu adorei! Eu peguei residentes muito bons lá, que discutiam todos os casos, ou que viam os casos com a gente(..)” [aluna Faculdade X]

*“Eu acho que ele (um médico no primeiro ano do programa de residência) é muito largadão, assim, sabe? Não tava nem aí com as pacientes, nem com a gente, nem... nem pro pronto-socorro, ele tava ali só no... não parecia estar muito afim de fazer as coisas. (...) De qualquer maneira, tinha que estar lá com alguém (algum residente), ou com ele, ou procurava... **Se tivesse outro** (residentes), a gente preferia falar com o outro, entendeu? (...) **É, você sabe quem que você vai perguntar as coisas. Se já foi uma vez, e não foi bom, você não vai mais, se der pra não ir, você evita.**”* [grifos nossos] [aluno Faculdade Y]

Nota-se a situação de insegurança e de fragilidade que se gerava em relação ao atendimento diante da percepção que os internos tinham do trabalho de alguns residentes atuando como seus supervisores, por vezes os únicos disponíveis para se procurar, visando esclarecer dúvidas. Nas situações, em que residentes como esse acima descrito eram os únicos nos pronto-socorros obstétricos de ambas as Faculdades, eram eles os encarregados de tomar as decisões em relação aos casos.

Cabe mencionar também que houve algumas situações em que internos comentaram comigo e com seus colegas, em conversas durante a pesquisa de campo, sobre dúvidas que surgiram e a insegurança que sentiram em relação a determinadas posturas perante as pacientes e tomadas de decisões de seus supervisores. Na Faculdade Y, em particular, os alunos comentaram em mais de uma ocasião que se sentiram perplexos diante da decisão de alguns de seus supervisores de dispensarem gestantes com sangramentos vaginais e colos prévios, isto é, em processo de abortamento, ao invés de interná-las. A menção a dúvidas em relação à internação ou não em um caso de abortamento foi referida também em uma entrevista com uma aluna dessa Faculdade que estava realizando um plantão voluntário noturno do curso introdutório de obstetrícia:

“(...) porque não sabiam se iam internar, ou não, ela, se mandava ela para casa, ou pra fazer curetagem. (...) Eu não entendi muito bem. Eles (os residentes) estavam esperando conversar com a... com a chefe (de plantão), que eu não sei se... se ia valer a pena. Como é que era? Que às vezes... é... só ia internar ela à toa, tipo, ela ia ficar, passar a noite lá à toa, e não iam fazer a curetagem. Eu não sei se é... Acho que talvez não... Não devia ter disponibilidade pra fazer curetagem aquela hora. Eu não sei o que foi. Ou se não tinha urgência de fazer. Não entendi muito bem isso, não. Mas ela acabou sendo internada... Ou se não tinha lugar... Será que esse dia não tinha lugar? É, que ela... Acho que surgiu alguma coisa disso, que “Ah, ela vai ficar no corredor a noite inteira.” Aí, isso, o pai tinha acabado de ir embora, deixado ela lá, levado todas as roupas dela. Tipo, (...) “Ah, não vai, então.” Eu falei: “Mas como... você tem como ir prá casa? você tem dinheiro? Nã-nã-nã...” Eu fiquei meio aflita, mas depois acabaram resolvendo internar ela, acho que porque tinha lugar então. É. Aí, pra internar, tinha que fazer uma história completa. Aí, eu tava com (...) um menino do quinto ano, lá, que eu conheci lá e foi super legal, também. Aí, a gente teve que tirar a história inteira dela. Então, eu fiquei... foi quando eu tive mais contato ainda com ela.” [aluna Faculdade Y]

Nota-se que, nem sempre os casos são discutidos com todos os membros da equipe médica, permanecendo dúvidas entre os alunos em relação às alternativas de

conduta sendo consideradas. Pode-se imaginar a angústia resultante em situações como a acima retratada, não apenas para os alunos e internos presentes, como também para a paciente, já que o que estava em jogo era seu acesso à assistência.

No entanto, se a adequada supervisão é apreciada, acredita-se que a falta dela também exija um grau crescente de autonomia do interno, para que possa exercitar e assim desenvolver seu senso de responsabilidade pelo atendimento. A esse respeito, um dos alunos da Faculdade X afirma, em entrevista, que um dos aspectos do internato em obstetrícia que poderia melhorar seria:

“(...) no pronto-socorro, por exemplo, a gente poderia atender mais sozinho, eu atendi sozinho, no pronto-socorro já, né, inclusive eu achava bom atender sozinho, e a gente discutia o caso depois com a residente.”

E outro aluno expressa a opinião de que há certas situações no treinamento em que seria interessante até dispensar a supervisão para que o aluno pudesse aprender a responsabilizar-se pela tomada de decisões:

“É, porque se, de repente, você está num lugar totalmente amparado, e cair de cara, assim, pegar... estar sozinho, é difícil. Eu acho que vai ter que ter uma parte do... do aprendizado que tem que ser voltada mais pra... pra... pra deixar, mesmo, a pessoa... é... agir, tomar decisões, né? Talvez as decisões, as coisas mais complicadas não, mas pelo menos saber o que fazer no... no básico, ali.” [aluno Faculdade Y]

Percebe-se que há, no discurso dos alunos, certa ambivalência em relação à supervisão. Por um lado, essa é valorizada, pois reconhecem e apreciam a importância de uma supervisão apropriada para assegurar a qualidade da assistência e de sua aprendizagem do exercício da “boa prática” no treinamento em serviço. Por outro lado, consideram fundamental delimitar bem, restringir ou até mesmo dispensar a supervisão, em determinadas circunstâncias, para que possam assumir maior responsabilidade em relação ao paciente sob seus cuidados.

Nesse sentido, a discussão em torno da supervisão e do exercício da responsabilidade médica toca no cerne de um dos aspectos considerados fundantes ou essenciais da prática médica, que tem sido referido na literatura sociológica e antropológica como o “drama médico” (BECKER, 2002 [1961]) ou “drama moral” da medicina (GOOD, 1994). Segundo BECKER, o valor da responsabilidade médica é transmitido de forma bastante dramática aos alunos ao longo de sua aprendizagem:

“Um médico só pode exercitar responsabilidade em uma situação na qual sua ação ou falta de ação pode produzir alguma mudança na condição do paciente. O paciente deve estar em algum tipo de ‘perigo’, mesmo que esse seja bem remoto. É ao mostrar que as conseqüências últimas de alguma ação são ‘perigosas’ que a área da responsabilidade médica se estende para cobrir ocorrências relativamente rotineiras. Onde o médico, pelas suas ações, pode deixar de reduzir o perigo ou até aumentá-lo, ele está em uma posição para exercer responsabilidade médica. As situações em que responsabilidade pode ser assim exercida abrangem desde as mais óbvias de emergência médica – onde a vítima de um acidente ou de um ataque cardíaco morrerá sem atenção médica apropriada – até exames físicos rotineiros em que, se argumenta para os estudantes, que deixar de desempenhar um exame rigoroso pode prejudicar a vida do paciente, deixando de descobrir uma condição potencialmente remediável.” (BECKER, 2002 [1961]:226)

Ainda segundo esse autor, o exercício da responsabilidade médica faz parte da essência de ser médico, sendo um dos valores fundamentais da cultura médica transmitidos durante a formação:

“Como observamos anteriormente, o conceito de responsabilidade médica retrata um mundo em que os pacientes podem estar em perigo de perder suas vidas e identifica o verdadeiro trabalho do médico como sendo o de salvar vidas em perigo. Além disso, onde o trabalho do médico não lhe oferece a possibilidade de (ao menos em algum sentido simbólico) salvar a vida ou restaurar a saúde através de alguma prática envolvendo perícia ou de perdê-los (a saúde ou a vida de outros) por meio da inépcia, falta ao médico alguma parte da essência do ser médico.” (BECKER, 2002 [1961]:316)

Por fim, esse autor descreve a situação arquetípica de exercício da responsabilidade médica como se configurando em um “drama médico”:

“O conceito de responsabilidade médica, cabe lembrar, implica no drama do médico vindo socorrer o paciente que, no caso arquetípico, perderia sua vida se não fosse pela intervenção médica.” (BECKER, 2002 [1961]:404)

Esse mesmo tema é retomado por GOOD (1994) ao discutir a presença, na medicina, daquilo que denomina, inspirado em Max Weber, “visão soteriológica” da civilização ocidental contemporânea:

*“Por mais que seja materialista e fundamentada nas ciências naturais, a medicina como forma de atividade associa o domínio material ao domínio moral. Weber afirmava que as civilizações são organizadas em torno de uma visão soteriológica – uma compreensão da natureza do sofrimento, e dos meios de transformar ou transcender o sofrimento e alcançar a **salvação**. Na civilização Ocidental contemporânea, a medicina está no âmago de nossa visão soteriológica.” (GOOD, 1994:70) [grifo meu]*

A partir dessa concepção, GOOD discute o impacto dessa visão soteriológica na formação médica, através do que denomina de “drama moral” da medicina:

“O hospital não é apenas o locus de construção e tratamento do corpo medicalizado, mas é o locus de drama moral. (...) Desde cedo, muitos estudantes de medicina falam de uma espécie de ‘paixão’ que se exige daquele que quer praticar a medicina. Não procuram apenas uma especialidade que manterá aceso seu estímulo intelectual, mas muitos descrevem seu desejo por um encontro apaixonado com as forças primitivas da doença e do sofrimento, uma luta apaixonada em prol de seus pacientes. É uma atitude pela qual os estudantes anseiam, embora sejam ambivalentes em relação às suas exigências. É uma atitude que se perde muito freqüentemente durante os anos de treinamento e prática, mas continua presente como dimensão de toda cura.” (GOOD, 1994: 85-6)

Efetivamente, os internos referem ter se deparado com situações dramáticas nos serviços de urgências e emergências obstétricas, como diz uma aluna entrevistada:

“Qualquer dia que você vai no PS vai ser um dia dramático. Porque tem mulher entrando em pródromo de trabalho de parto, e elas ficam desesperadas ‘ai, eu acho que vai nascer’ e a outra que pega e ‘ai, eu estou abortando, e eu estava esperando tanto esse neném, e eu estou com 11 semanas e está sangrando’, entendeu? Inevitavelmente, é uma especialidade que pode vir a ser muito dramática. Tem um potencial por si só, né?” [aluna, Faculdade X]

E, à medida que os alunos nutrem a expectativa de que irão poder participar ativamente do “drama moral” acima referido, “salvando vidas”, também avaliam sua experiência nesse setor a partir dessa expectativa. Assim, por exemplo, um dos alunos expressa, de forma irônica, o fato de não ter se deparado com muitas situações de urgência em seu estágio no pronto-atendimento obstétrico:

“(...) achei legal assim, o bacana é que assim, eu só pegava no PA (pronto atendimento) paciente que só ia passar no PA mesmo, né?, não tinha, num, num, num, ia pro CO (centro obstétrico) de jeito nenhum, as minhas pacientes (risos). Não iam pro CO. Uma foi pro CO, que foi a paciente com a qual eu fiz a prova prática, só! Foi a única paciente que eu peguei e falei, essa daqui está em trabalho de parto, vai ter que ir pro CO. Todas as outras que eu atendi, não iam pro CO, né, eu pegava atendia, ‘não é nada’, ou ‘é alguma coisa e vai pra casa’, ‘ah não, não é trabalho de parto, vai pra casa e volta depois a hora que tiver.’, sempre mandei pra casa, então é assim, o PA foi só o PA mesmo, né?” [aluno da Faculdade X]

E outra aluna fala acerca da chateação que foi para ela, e seria para os médicos em geral, de ter de atender, no setor de urgências e emergências, queixas que deveriam ser atendidas ambulatorialmente:

“O problema é quando o pronto-socorro está cheio porque você quer dispensar logo, e uma coisa que é muito chata para o médico que está no pronto-socorro é o paciente que vem ao pronto-socorro com queixa que não é de pronto-socorro, não é uma emergência, é queixa de ambulatório. Só que os pobres, coitados, a maior parte dos pacientes desse hospital são pessoas que têm uma assistência... a gente sabe, assistência de saúde, o posto de saúde nessa cidade é uma porcaria, essa que é a verdade, com raras exceções, as pessoas estão muito mal atendidas do ponto de vista ambulatorial, então, qual que é o recurso que eles têm? Procurar o pronto-socorro. E a gente fica

chateado com isso também porque é cansativo, ninguém gosta de ficar dando plantão no pronto-socorro.” [aluna, Faculdade X]

Como comentamos anteriormente, uma das características que esse setor compartilha com outros serviços de urgência e emergência hospitalar, e que contribui de forma significativa para o afloramento de tensões e conflitos nele, é o fato de atender a uma demanda que não se restringe aos casos de urgência e emergência tal como essas são entendidas pela medicina. Mencionamos que isso se deve a múltiplos fatores, entre os quais se incluem a desestruturação da rede básica de atenção primária à saúde e o descrédito e a insatisfação em relação a ela que se encontra entre a população e, em parte, as distintas interpretações por parte de profissionais e pacientes acerca do que se considera urgência e emergência obstétrica. Percebe-se, no depoimento da aluna acima, um reconhecimento de alguns dos motivos que levam a população a procurar esse setor do hospital. Entretanto, isso não altera sua apreciação geral dos plantões nesse serviço a partir dessa sua característica. Nota-se que afirma ser esse um motivo pelo qual ninguém gostaria de dar plantão nesse setor do hospital e, de fato, encontramos entre os alunos muitas queixas nesse sentido, sendo inclusive mencionado como explicação pela preferência por ficar no centro obstétrico e não no pronto-socorro obstétrico durante os plantões:

“Porque era mais interessante ficar com os procedimentos do que ficar atendendo, às vezes, as besteiras de lá, né? Porque as coisas que tem lá pra... Assim, os atendimentos de orientação, assim, essas coisas não tinham, no momento, muito interesse pra mim, né? Então assim, orientação tipo: ‘Ah, você tá... É só uma contração... é... preparatória.’ Sabe? Não tinha nenhuma repercussão clínica. Então eu preferia não ver isso, preferia fazer os procedimentos. Fazer... treinar técnica, né? Então era isso”. [aluno, Faculdade Y]

Nota-se, no depoimento acima, a falta de interesse naquilo que não tem “repercussão clínica” e que é qualificado como “besteira”. Aprender a dar orientações para as mulheres que procuram o serviço por “besteiras”, por demandas que não são urgências e emergências, não é considerado muito interessante. Não raro é visto como uma perda de tempo pelo o aluno. Este, por exemplo, considerava preferível, tendo em vista a natureza das demandas que freqüentemente apareciam no setor, aperfeiçoar o treinamento técnico, fazendo procedimentos no centro obstétrico.

E as queixas em relação às demandas consideradas inapropriadas não apareciam apenas nas entrevistas, mas também durante a observação participante. Assim, por exemplo, no início do estágio do 5º ano na Faculdade X, um dos internos comenta com seus colegas e comigo sobre sua primeira experiência de plantão noturno:

“Quase não dormi à noite! Pouco depois que fui deitar foram chegando as fichas. Cada uma! Chegou uma mulher que veio durante o dia ontem com queixa de dor. Não era dor de parto, era dor abdominal! Estava com o intestino preso e tinham prescrito Luftal⁵⁷. Ela voltou às 4 horas da manhã se queixando novamente de dor. Eu disse que iria prescrever Buscopan⁵⁸ dessa vez. Dor intestinal às 4 horas da manhã! Ela pediu ao assistente um atestado para faltar ao trabalho. Aí o assistente disse, ‘A senhora veio a essa hora da manhã para pedir um atestado porque tá com dor de barriga! Acho que a senhora tá bem, viu? A senhora toma Buscopan e pode ir trabalhar!’”

Como podemos observar, a queixa da paciente – dores abdominais – é desqualificada pela sua natureza, isto é, por se tratar de dores abdominais e não dores de parto; em função do horário em que a paciente vem apresentar a queixa, considerado inapropriado; e porque vem acompanhado de um pedido de atestado médico. Este último pedido leva o assistente de plantão a se sentir lesado, pois julga que se trata de uma queixa inapropriada, infundada, e formulada por motivos escusos – como se a

⁵⁷ Dimeticona, medicamento que atua no estômago e no intestino, diminuindo a tensão superficial dos líquidos digestivos, rompendo as bolhas que retêm os gases e que provocam flatulências e dores, provocando sua eliminação.

⁵⁸ Butilbrometo de escopolamina, droga que promove alívio de cólicas e outras dores abdominais.

paciente, que considera que está bem, tivesse vindo ao pronto-atendimento com a finalidade de arrumar um atestado porque não quer trabalhar. E, à medida que o assistente está convencido dos juízos de valor que formula acerca da paciente e de sua queixa, resolve não lhe dar o atestado solicitado. Evidência-se, nesse caso, a relativa indiferença à dor ou banalização da dor e sofrimento alheios que se tem observado, de modo geral, entre as equipes médicas e o pessoal não-médico que atuam em setores de emergência e urgência hospitalares (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005; SÁ, 2005). Tal como ocorre na situação acima retratada, presenciamos ou tomamos conhecimento de tensões e conflitos gerados entre a população usuária e as equipes médicas em torno da demanda por atestados diversas vezes ao longo da pesquisa. Não se trata de uma problemática restrita aos setores de emergência e urgência obstétrica, sendo de âmbito mais geral. Há uma tendência a se desconfiar de tais pedidos por parte das equipes médicas, que freqüentemente, ao se sentirem enganadas, negam os pedidos dos pacientes, os quais também se sentem lesados. Como afirma SÁ:

“(...) nestas situações, o sentimento de estar sendo “lesado” ou “enganado” prevaleceria, tanto entre médicos como entre pacientes. É como se os médicos, diante de um paciente que julgam não estar doente, mas que insiste em receber o atestado, se sentissem enganados/lesados (...) Por sua vez, os pacientes, ao verem seus pedidos de atestado negados, se sentem também lesados, naquilo que consideram ser seu direito, pelo prejuízo que tal negativa lhes causará no trabalho e também pelo não reconhecimento de seu sofrimento ou de sua condição de doentes.” (SÁ, 2005:245)

E, como indica o relato do estudante, sua vivência da situação o leva a incorporar a perspectiva do seu supervisor médico e a retratar a queixa da paciente não apenas como inapropriada, mas implausível — “dor intestinal às 4 horas da manhã!” — e a admirar o assistente pela sua atitude. Essa desconfiança em relação ao sofrimento físico e à queixa da paciente também não se restringe a esse caso singular, mas parece

que vai se generalizando em sua fala como uma atitude perante as pacientes e suas demandas. É o que sugere a exclamação com que introduz seu relato da experiência de plantão: “*cada uma!*”.

Nem sempre os internos emulam ou concordam com as atitudes ou posturas assumidas pelos seus supervisores perante as mulheres que procuram o setor e cujas demandas classificam como inadequadas, como se pode depreender no seguinte depoimento:

“(...) muitas pacientes vão para o pronto-socorro sem queixas de emergência, são queixas que você poderia resolver em ambulatório, mas existe uma cultura de que você vai para o pronto-socorro pra tudo, se tem uma gripe, você vai para o pronto-socorro, então é uma cultura que as pessoas têm, então se você parar cinco minutos e explicar: ‘olha, o pronto-socorro é para casos de emergência, não é para situações como essa sua, você pode resolver no ambulatório, marcar uma consulta no posto de saúde, e fazer o que você tem que fazer’, porque o cara fala (e imita um tom de voz alto e irritadiço de seu supervisor) ‘olha minha senhora, a senhora veio aqui, mas não é aqui que a senhora tem que vir’, você pode falar as mesmas coisas com enfoques, com palavras diferentes. E eu acredito que, assim, além de você estar respeitando você e o paciente, você está sendo mais efetivo.” [aluna, Faculdade X]

A abordagem de seu supervisor é criticada pela aluna não apenas por ser desrespeitosa, como por ser pouco efetiva. Porém, tal como seu supervisor, entende a demanda como fruto de uma concepção equivocada acerca do real propósito do setor de urgências e emergências, não levando em conta a existência de perspectivas distintas a esse respeito ou as dificuldades enfrentadas para se conseguir atendimento na rede básica. Ao atribuir essa visão equivocada, de antemão, à “cultura” das usuárias, faz uma generalização acerca da clientela, cuja procura pelo setor é tida como equivocada. Todas compartilhariam de uma mesma cultura, que, por sua vez, é o único motivo reconhecido como responsável por gerar essa demanda. Conseqüentemente, formula uma estratégia geral, que pretende ser educativa, para lidar com essa questão. O intuito de sua

intervenção passa a ser esclarecer as usuárias acerca de sua concepção equivocada sobre o setor de urgências e emergências para que não reincidam no mesmo erro. Assim fazendo, desconsidera que poderia haver distintos motivos que levariam a essa procura pelo setor de urgência e emergência e que talvez coubesse tratar cada caso em sua singularidade, tal como exige o trabalho médico (SCHRAIBER, 1993), abrindo espaço para a escuta e para o diálogo com a usuária, lhe perguntando sobre o motivo pelo qual optou por essa alternativa de atendimento.

Os internos encontram, entre alguns de seus supervisores, certa tendência a desconfiar dos motivos da procura pelo pronto-atendimento e a desqualificar não apenas as demandas, mas as próprias mulheres que vêm ao setor em busca de assistência. Talvez um dos aspectos mais preocupantes em relação à configuração do que se considera inapropriado na procura pelos setores de urgência e emergência obstétrica seja justamente os juízos de valor que circulam na equipe médica acerca da clientela. Nesse sentido, a situação que relatamos a seguir é ilustrativa.

Na sala de conforto do pronto-atendimento, durante um plantão noturno, eu me encontrava na companhia de dois assistentes e dois internos da Faculdade X. Naquele momento, todos descansavam, pois nenhuma paciente estava à procura de assistência no setor. Um dos assistentes faz o seguinte comentário:

“Com o tempo, é difícil a gente não passar a enxergar as mulheres que procuram o serviço quase como inimigas nossas. (...) É uma procura de quem quer ser atendida na hora, elas não querem agendar consulta no posto, porque a consulta não é um atendimento imediato. Têm que pegar fila para agendar consulta, tem que aguardar ser atendidas...”

Comento que uma das gestantes atendidas aquela noite havia afirmado que não conseguiu marcar sua consulta no posto, pois este estava em greve. Então outra assistente, que atendeu essa gestante, acrescenta:

“Essas mulheres são muito folgadas! Vocês não podem acreditar em tudo o que elas lhe dizem! O posto está em greve há um mês. Ela está com quantos meses de gestação? Por que ela não começou o pré-natal antes, com uma história de duas gestações anteriores com óbito fetal?”

O primeiro assistente retoma a palavra,

“Elas procuram o PA (pronto atendimento) porque não querem pegar fila para agendar consulta no posto! Elas querem ser atendidas na hora. É por isso que elas vêm de madrugada também. Porque de madrugada elas sabem que não vão pegar fila aqui também. Depois de vinte anos de trabalho, já conheço o modo delas pensarem.”

Há claramente explicitado por ambos os profissionais, uma atitude hostil perante as usuárias que procuram o serviço por motivos não considerados urgências e emergências obstétricas. O fato de procurar um atendimento imediato é visto como ilegítimo e as mulheres que assim fazem são desqualificadas, tidas como “folgadas”. No caso acima, a gestante, cujo atendimento acompanhei, procurou o serviço com dores nas costas que lhe pareciam com as dores de trabalho de parto que teve quando ocorreram as perdas fetais anteriores. Assim, para ela, se tratava de uma situação de urgência, pois receava que sua gestação estivesse ameaçada. Porém, essa queixa sequer é levada em consideração na conversa acima, como também não o é a dificuldade que relata que teve em sucessivas tentativas de agendar uma consulta de pré-natal no posto, que finalmente lhe levou a desistir do empreendimento. Pelo contrário, a assistente desqualifica a paciente moralmente por não ter iniciado *antes* um pré-natal, especialmente em função de sua história de perdas fetais. Por outro lado, durante o atendimento, a assistente não procurou investigar mais detidamente essa história. O atendimento prestado se restringiu a levantar uma hipótese diagnóstica acerca do sintoma apresentado – dores nas costas –, que atribuiu a uma possível infecção urinária e que a levou a solicitar um exame de urina. A assistente não apenas desconfia do relato da paciente, mas aconselha

que seus interlocutores, no caso os dois internos e eu, adotemos uma postura de desconfiança geral em relação às mulheres que procuram o serviço: “*Vocês não podem acreditar em tudo o que elas lhe dizem!*”. A concepção de que as mulheres sairiam de suas casas e procurariam o serviço de madrugada é apresentada como uma estratégia para não pegarem fila, o que é interpretado como conveniente para elas e abusivo em relação à equipe de plantão. Percebe-se que o plantão noturno não é visto pela equipe médica unicamente como um horário de trabalho, mas também como horário de descanso, e, nesse sentido, as demandas que ocorrem de madrugada, especialmente aquelas consideradas inapropriadas, são particularmente perturbadoras. Os profissionais também se irritam porque, ao contrário do que ocorre no centro obstétrico⁵⁹, não exercem qualquer controle sobre as demandas e, conseqüentemente, em relação aos seus horários de trabalho na “porta de entrada”.

A inadequação das demandas também transparece no modo caricatural em que são retratadas as relações de gênero entre parceiros íntimos e sua influência sobre os motivos que levariam as mulheres a procura dos setores de urgência e emergência. Assim, na sala de descanso, uma outra assistente comenta acerca da demanda:

“Domingo à tarde e feriado são dias em que vêm muitas mulheres para o PA porque comeram uma feijoada ou brigaram com o marido. O marido sai no domingo, vai para o jogo de futebol e deixa ela em casa com as crianças. Aí, quando ele chega em casa e quer descansar, a mulher, de pirraça fala: ‘Vai descansar coisa nenhuma! Você vai me levar para o hospital porque estou com dores...’ E isso é típico de feriado e domingo, principalmente de madrugada.”

Essa visão caricata das mulheres gestantes e seus conflitos domésticos aparece, por vezes, na própria abordagem da assistente em relação à paciente. Assim, ao conversar com uma paciente com queixa de dor forte e recorrente, a médica pergunta:

⁵⁹ Ver, a esse respeito, seção 5.9.

“Teve algum problema maior hoje? Brigou com a sogra, o marido ou o papagaio?”

Como se sabe, o modo como questões de gênero permeiam o atendimento prestado, resultando em posturas desrespeitosas perante as pacientes, não é necessariamente amenizado pelo fato de o profissional realizando o atendimento ser uma mulher e a situação acima é ilustrativa desse fato. Assim, conflitos domésticos, quando explicitados, por vezes se transformam em objeto de ridicularização das gestantes e de desqualificação de sua demanda por atendimento. Para os profissionais, esses conflitos são vistos, sobretudo, pela ótica do incômodo que proporcionam. Sentem-se lesados por essas situações à medida que sofrem as conseqüências desses conflitos, vistos como corriqueiros, no despertar incômodo de madrugada para um chamado que é entendido como inapropriado, pois sem sentido clínico.

Essa dificuldade dos profissionais de saúde de lidar com o sofrimento quando esse não corresponde a nenhuma doença conhecida, sendo mais identificado ao social e/ou a subjetividade, tem sido objeto de análise tanto pela sociologia (BECKER, 2002[1961]; ROTH, 1972; DESLANDES, 2002) como pela psicologia médica (SENNA, 1999). Frequentemente, o conjunto de pacientes que se enquadram nessa situação tem suas queixas desqualificadas, e constitui uma das categorias de pacientes “detestáveis”, “odiosas”, “ruins” ou “problemáticas”, cuja situação assistencial é percebida pelos profissionais como sendo fadada ao insucesso. No Brasil, como refere SENNA (1999:3), essas pacientes são denominadas de forma jocosa no jargão médico como o doente de “piti” ou “pitiatismo”, ou “peripacosas⁶⁰”. Sabe-se que parcela das

⁶⁰ Segundo PETERSON (1998:676), paciente “pitiatico” “pitiatismo” e “piti” teriam “derivado de *petit mal*, sugerindo que se trata de pacientes que estariam fingindo uma ‘doença menor’”. Porém, de acordo com Carrara (In: PETERSON, 1998:689), trata-se de termos derivados de pitiatismo, um sinônimo de histeria, terminologia utilizada na psiquiatria.

pacientes inclusas nessa categoria vivem ou viveram situações de violência doméstica.

Recentemente se tem demonstrado que a violência contra a mulher está associada a

“(...) maiores taxas de dores pélvicas crônicas, doenças sexualmente transmissíveis e aids, além de doenças pélvicas inflamatórias, gravidez indesejada e aborto, inviabilizando opções contraceptivas para uma parte das mulheres. Durante a gestação, a violência é mais provável, ocasionando diversos danos à saúde da mulher e da criança”. (SCHRAIBER, 2001:109)

Tendo em vista essas repercussões da violência na saúde reprodutiva das mulheres, a magnitude deste problema e sua freqüente invisibilidade nos serviços, à medida que as mulheres não a apresentam como problema ou como fator causador de seus sofrimentos, cabe perguntar se algumas das demandas consideradas inapropriadas pelos profissionais não poderiam estar associadas a essa questão. Não estamos sugerindo que haja uma triagem universal para violência doméstica nos serviços de urgência e emergência obstétrica. Entretanto, nos parece ser imprescindível sensibilizar os profissionais desses serviços em relação a esse problema de saúde pública, ainda mais pelo fato de serem encarregados da formação de alunos de medicina no treinamento em serviço.

O grave problema de posturas tais como as que observamos acima fica ainda mais ressaltado quando nos deparamos com o modo como a violência doméstica foi abordada em um caso em que se explicitou nesse setor. Enquanto estava na sala de descanso, uma interna comentou que acabara de atender uma gestante no pronto-atendimento, que lhe disse que temia ter perdido seu bebê porque seu marido batia nela. Ela tinha um bebê de oito meses além daquele na barriga. A interna fez os exames de rotina – mediu a pressão arterial, a altura uterina, conferiu o batimento cardíaco fetal e fez um toque. Constatou que estava tudo bem com o bebê e procurou tranquilizar a mãe nesse sentido. Ao apresentar o caso para a assistente, mencionou a situação de violência

doméstica que havia ocasionado a demanda. A interna ficou consternada com a reação da assistente, que teria dito à gestante que a primeira vez foi culpa do marido, mas que dali para frente a responsabilidade também era dela. Não foi dada nenhuma outra orientação a essa paciente ou qualquer encaminhamento. Recebeu apenas uma receita de Buscopan. Após a consulta, ao comentar o caso com os internos e comigo na sala de conforto, a assistente afirmou: *“Provavelmente, não tem muita alternativa. Não trabalha, fica em casa cuidando do bebê e da casa, para onde ela iria? Como sustentaria as crianças?”*.

Nota-se que, em sua abordagem com a paciente, a atitude da profissional foi a de culpabilizá-la pelo problema, desqualificando-a do ponto de vista moral e sugerindo, em certo sentido, que “merece” a situação de violência que está vivenciando. Em contraste, ao discutir o caso com os internos, expressa um reconhecimento das dificuldades enfrentadas pela gestante naquela situação. Entretanto, a violência doméstica segue sendo interpretada, em ambas as situações, como problema “da mulher”, da esfera privada, não sendo reconhecido como problema de saúde pública em relação ao qual há encaminhamentos que possam ser tomados pelos profissionais de saúde em conjunto com as pacientes. Essa compreensão do problema transparece no comentário da interna acerca do episódio: *“Nesses casos”, conclui, “não há nada que se possa fazer.”*

Nosso trabalho não tem por foco o modo como os profissionais de saúde lidam com a violência doméstica. Entretanto, cabe notar que em algumas situações em que os profissionais abordam o tema com internos ou lidam diretamente com gestantes que vivem em situações de violência nos setores de emergência e urgência obstétrica dos hospitais-escola pesquisados, suas atitudes aparentemente não se diferenciam daquelas encontradas entre profissionais de saúde em serviços de atenção primária (SCHRAIBER, 2001; KISS, 2004). Como sugere SCHRAIBER:

“Nesse caso ocorre uma desqualificação do problema como da alçada também dos médicos e outros profissionais com atuação específica nessa esfera dos cuidados.

Outras vezes o problema é entendido como ‘da mulher’ do ponto de vista das dificuldades desse sujeito privado em lidar com as relações afetivas e seu emocional, passando-se a vê-lo como problema de natureza estritamente psicológica e questão de saúde mental.”(SCHRAIBER, 2001:110)

Nesse sentido, embora os alunos tenham um breve contato com o tema da violência doméstica em sala de aula em ambas as Faculdades nos primeiros anos de formação, durante o internato vão aprender a lidar com ela conforme o modelo que lhes é apresentado. Podem não concordar com as atitudes daqueles responsáveis pela sua supervisão (assistentes e/ou residentes) — e, por vezes, isso ocorre, como procuramos mostrar. Porém, no treinamento em serviço da área de obstetrícia, pelo que pudemos apreender em nossa pesquisa, os alunos não encontram profissionais que reconhecem a violência doméstica como problema de saúde pública e que procuram oferecer às pacientes uma escuta, informá-las quanto à existência de serviços especializados e orientá-las para uma tomada de decisão em relação a essa questão. Nesse sentido, ao se depararem com casos dessa natureza, parece-nos que, na melhor das hipóteses, os internos se sensibilizarão, como a interna acima mencionada, e, tal como ela, concluirão que *“não há nada que se possa fazer”*. Assim sendo, a socialização dos alunos em relação ao modo de lidar com a violência doméstica no internato em obstetrícia tenderá a reproduzir o *status quo*.

E se encontramos no treinamento em serviço uma série de atitudes de desconfiança em relação a demandas consideradas “inapropriadas” por não serem urgências e emergências, atitudes de desconfiança e desprezo também são muito frequentes em relação a pacientes que procuram o setor em função de um tipo específico de emergência: o abortamento. Trata-se de um foco de tensões e conflitos entre

membros da equipe e, principalmente, destes com as pacientes, que é específico ao setor de emergências e urgências obstétricas e que mobiliza muito os alunos de medicina, como pudemos constatar durante a pesquisa. Diante do valor social que se atribui à reprodução biológica e, em particular, ao papel da mulher nesse processo, a interrupção da gravidez se configura como uma situação difícil, tensa, muitas vezes penosa e/ou conflituosa para as pacientes como também para os profissionais de saúde e estudantes de medicina que lhes prestam assistência.

No caso específico da equipe médica, cabe lembrar a tradicional ênfase na função reprodutiva da mulher na própria constituição da ginecologia enquanto especialidade médica. Os fundamentos “científicos” e “naturais” para a diferenciação social de gêneros se configuraram como bases para a construção social da nascente “ciência da mulher” ou ginecologia, no século XIX, tanto na Inglaterra (MOSCUCCI, 1996) como no Brasil (ROHDEN, 2001). Os médicos, apoiados inclusive em achados “científicos” da antropologia, argumentavam que o sexo e a reprodução eram mais fundamentais para a natureza da mulher do que para a natureza do homem. A partir dessa concepção, distintos papéis sociais eram prescritos para homens e mulheres, sendo o papel social da mulher reduzido basicamente à esfera privada da família e, em particular, à função reprodutiva. Como afirma ROHDEN:

“No fundo, era a possibilidade de mudanças significativas nas relações de gênero, entre outros fatores, que estaria na origem da ênfase que a medicina do século XIX concede à diferença entre homens e mulheres. Tais modificações estavam associadas com uma gradativa ocupação do espaço público pelas mulheres, especialmente no que se refere ao mercado de trabalho. (...) A intensidade com que discursos médicos se propuseram a falar das diferenças calcadas na natureza mostra o quanto elas pareciam imprescindíveis naquele contexto. Era com base naquilo que descreviam como natural que os médicos criavam prescrições relativas às funções sociais de homens e mulheres. Era porque viam no corpo feminino apenas a manifestação da capacidade reprodutiva que desestimulavam ou mesmo condenavam a educação e o trabalho feminino fora de casa.”

Mas deixavam de reconhecer que suas observações dos chamados ‘dados naturais’ estavam condicionados às suas próprias expectativas de personagens imersos em um determinado contexto social fortemente marcado por uma hierarquia entre os gêneros que se baseava na distinção entre as esferas privada e pública e na oposição entre natureza e cultura. Para a medicina da época, a natureza já havia estabelecido a divisão e a ordem que a sociedade deveria reproduzir e da qual não se podia, ou não se queria, escapar.” (ROHDEN, 2001: 207-8)

Evidentemente houve muitas modificações nas relações de gênero no Brasil entre o século XIX e XXI, particularmente no que diz respeito ao mercado de trabalho e inclusive no perfil dos profissionais médicos brasileiros e nos estudantes de medicina que vêm passando por um processo de “feminilização” (MACHADO; BELISÁRIO, 2000). Como já nos referimos anteriormente, entre as especialidades médicas, a ginecologia-obstetrícia é uma das áreas que tradicionalmente concentram um grande contingente de profissionais de sexo feminino e na qual, segundo diversos estudos, as mulheres ainda se encontram super-representadas (BELLODI, 2001). E, segundo LORBER (1984) na América Latina como um todo, no Oriente Médio e na Ásia, isso se constituiria como uma necessidade, ao menos até a década de 1980, em função da inibição que as pacientes do sexo feminino sentiriam diante da exposição de suas partes íntimas perante um profissional de sexo masculino. Lembramos dessa ênfase na função reprodutiva da mulher na constituição da especialidade porque talvez o arraigado apego às tradições que encontramos na área entre os responsáveis pela formação seja um dos fatores que ajude a explicar o conservadorismo que tem caracterizado a postura dos obstetras e ginecologistas brasileiros em relação à saúde reprodutiva, particularmente em relação ao aborto. Como mostra recente pesquisa realizada por FAÚNDES et al. (2005), com uma amostra de obstetras e ginecologistas afiliados à Federação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia (Febrasgo), apenas 13,3% dos profissionais que

participaram do inquérito achavam que o aborto deve ser legalizado, constituindo um direito da mulher, disponível a ela como opção em qualquer circunstância. Esse conservadorismo também se evidenciou na postura dos professores de obstetrícia de ambas as Faculdades com os quais tivemos contato e no tratamento dado ao tema do aborto em sala de aula. Apenas um professor da Faculdade X declarava-se publicamente em prol da legalização do aborto. Assim mesmo, esse professor havia discutido o tema com alunos da Faculdade fora do âmbito das aulas da disciplina de obstetrícia. Por outro lado, nas únicas vezes em que presenciei discussões em sala de aula acerca da legalização do aborto no contexto da formação em obstetrícia em ambas as Faculdades, estas foram conduzidas por professores de outros departamentos.

Segundo FAÚNDES et al. (2005),

“obstetras mais jovens [aqueles com menos de 39 anos de idade] relataram um comportamento mais conservador quando confrontados com gestações indesejadas de pacientes ou parentes, embora não houvesse diferenças significativas segundo a idade em relação à proporção de obstetras que tinham tido abortos (no caso de profissionais do sexo feminino) ou cujos cônjuges tinham tido abortos (no caso de profissionais do sexo masculino).” (FAÚNDES et al., 2005:51)

Esse comportamento mais conservador encontrado entre obstetras mais jovens nos é sugestivo, já que parte significativa dos supervisores dos internos no treinamento em serviço em ambas as Faculdades se incluem nessa categoria. Na Faculdade Y a grande maioria dos chefes de plantão é constituída por pós-graduandos do departamento e, na Faculdade X, onde há maior variabilidade na faixa etária e no lugar ocupado dentro da hierarquia acadêmica entre os obstetras que atuam como plantonistas e supervisores da assistência, ainda há uma parcela considerável destes dentro dessa faixa etária. Seria interessante saber se essa tendência a maior conservadorismo entre os mais jovens também se encontra entre os residentes dessa especialidade, que são, como

vimos, encarregados da supervisão direta dos internos nos pronto-socorros de ambas as Faculdades.

Certamente a postura de muitos estudantes de medicina e residentes acompanhados durante a fase de observação participante e/ou entrevistados por mim era bastante conservadora no tocante ao tema do aborto. Apenas um aluno da Faculdade X se manifestou abertamente em prol da legalização do aborto em minha presença durante um debate em sala sobre esse tema, conduzido por professor de outro departamento. Afora isso, soube, em conversas informais, de poucos alunos que se posicionavam claramente a favor da legalização do aborto em ambas as faculdades. Aparentemente, o conservadorismo tende a prevalecer e/ou a inibir manifestações abertas em prol da legalização do aborto. Trata-se de um tema cuja análise, ao nosso ver, caberia ser mais aprofundada. Pudemos constatar durante a observação participante em sala de aula e no acompanhamento do treinamento em serviço, bem como nas entrevistas realizadas, que muitos vêem os processos de abortamento realizados fora do âmbito da legalidade estabelecidos pela atual legislação (que permite o aborto apenas em caso de estupro ou de risco de morte materna) como prática moralmente condenável. Para alguns alunos entrevistados e que pretendem se especializar em ginecologia e obstetrícia, a necessidade de futuramente ter de atender a casos de aborto provocado é, inclusive, motivo de indignação e raiva:

“(...) mas uma coisa que eu acho muito chato é aborto. Você tem que fazer uma curetagem porque foi um aborto provocado. Eu acho que isso é uma coisa que dá até uma certa raiva, assim.”

Entrevistadora: *“Me fala um pouquinho disso, por favor.”*

Entrevistado: *“Ah, eu acho uma coisa... Não sei a palavra correta... é uma coisa besta, né? A pessoa ficou grávida e vai tirar o filho porque foi um acidente. Eu acho que tem outros jeitos de você tanto prevenir como ter aquele filho. Às vezes não é uma coisa tão ruim assim, né? É uma coisa que você não queria, mas aconteceu. Se aconteceu, assumo né? Assumo o que está acontecendo e cuide de seu filho, entendeu? É, porque o*

médico está lá pra colocar a criança viva no mundo, bem... Toda a luta do obstetra, além das outras áreas cirúrgicas que ele trata, é colocar a criança bem no mundo. Pra isso que tem todo aquele tratamento pré-natal... Aí vem uma pessoa... Você está lá de plantão, aí chega uma pessoa com aborto provocado e querendo tirar aquela criança. Eu acho uma coisa muito... que daria uma certa raiva, como eu falei. Uma coisa muito chata. Eu, particularmente, não gostaria de ver isso. Mas, se eu for obstetra, provavelmente vai acontecer um dia. Mas fazer o quê? Tem gente que não quer ter um filho. Eu acho que a partir do momento que você fez... Tem jeito de prevenir. Se você não soube prevenir ou se você cometeu o erro de não prevenir, assumo o erro, entendeu? Assuma o seu filho, trate seu filho muito bem porque ele não tem culpa do erro que você fez. Eu acho completamente errado você matar a criança. Lógico, tem os abortos que eu concordo. Por exemplo, os que são previstos na lei, nos casos de estupro, aí eu concordo. Vai ficar com aquela lembrança... Mas um caso: foi pra uma farrá, engravidou sem querer e agora vai abortar... Eu acho que isso não é válido. Eu acho que deve ser punido e... Mas a gente não pode também deixar a mãe ficar ruim por causa do segundo erro que ela está cometendo, que é provocar esse aborto.”
[aluno, Faculdade Y]

Nota-se que o aluno fala especificamente do atendimento, em pronto-socorro obstétrico, à interrupção voluntária da gravidez ou do assim chamado aborto inseguro⁶¹ como situação de difícil manejo e que lhe provocaria raiva.

Além disso, é interessante notar que, a despeito de os abortos espontâneos serem eventos relativamente comuns na gestação, ele caracteriza o trabalho do obstetra como uma “*luta (...) para colocar a criança bem no mundo*”.

Essa forma de descrever o trabalho do obstetra na assistência ao parto está respaldada nos ensinamentos nos livros-texto e em sala de aula, assim como no treinamento em serviço. A concepção de que a assistência se volta primordialmente para o bem-estar da criança e não da mãe é fruto de um deslocamento ocorrido na história da obstetrícia entre o final do século XIX e início do século XX, e que acompanha a

⁶¹ Cabe lembrar que um abortamento inseguro, tal como definido pela Organização Mundial de Saúde, é “*um procedimento para terminar uma gravidez indesejada realizado por pessoas sem as devidas habilidades ou em um ambiente sem os mínimos padrões médicos ou ambos.*” (IWHC – OMS, 2004:12)

expansão da autoridade médica na cena do parto. Segundo LEAVITT (1999) e WERTZ e WERTZ (1979), a emergência de novos procedimentos cirúrgicos, entre os quais se incluem a sinfisiotomia, a pubiotomia⁶² e a cesariana, com o potencial de salvar as vidas tanto das mães como das crianças, embora colocassem a vida das primeiras em maior risco, foram fundamentais nesse processo de expansão da autoridade médica. É nessas circunstâncias que a classe médica foi ganhando maior controle e poder de decisão, em detrimento das famílias e das autoridades religiosas, no que diz respeito aos partos difíceis, envolvendo desproporções céfalo-pélvicas. É interessante notar que foi nesse contexto que médicos primeiro lançaram mão de argumentos acerca dos “direitos do feto” e de seu papel como guardiões desses direitos para defender a realização desses procedimentos cirúrgicos arriscados.

A análise das concepções de parto presente em livros-texto de obstetrícia, utilizadas como instrumento de formação médica tanto nos Estados Unidos (MARTIN, 2006[1987]; DAVIS-FLOYD, 1992) como no Brasil (DINIZ:1996), tem assinalado que o trabalho de parto é caracterizado como processo difícil e perigoso na espécie humana dado o caráter defeituoso do sistema reprodutivo da mulher, inerentemente inferior ao sistema reprodutivo do homem. Essa concepção certamente contribui para caracterizar o trabalho do médico na assistência ao parto como uma “luta” em prol do bem-estar da criança, tal como aparece na fala do aluno acima citado. Ao mesmo tempo, explicita o modo como a produção em massa, como metáfora, também serve para descrever o corpo feminino e a reprodução nos manuais de medicina norte-americanos, MARTIN (2006[1987]), o que mostra como há uma valorização da produção em larga escala e da eficiência, uma das conseqüências da reorganização da assistência ao parto no interior do espaço hospitalar. O trabalho de parto também se pauta por esses valores, sendo

⁶² Corte cirúrgico da sínfise pubiana (junção dos ossos pubianos) e secção do osso púbis a alguns centímetros da sínfise, respectivamente, com o objetivo de permitir a passagem de criança viva.

dividido em etapas e manejado como outras formas de produção fabril. E o objetivo desse processo de produção, que orienta o trabalho do médico, passa a ser produzir do modo mais eficiente possível os melhores produtos, sendo esses “produtos” os bebês.

E é o caráter dramático dessa “luta”, tal como retratado nos manuais de medicina e na formação de modo geral, que faz com que o médico possa nela desempenhar o papel de salvador do bebê. Vejamos como MARTIN descreve essa concepção “patológica” do parto:

“Essa convicção de que cesarianas podem produzir bebês de melhor qualidade pode estar, em parte, relacionada à noção de que mesmo partos normais são intrinsecamente traumáticos para o bebê. Desde a antiga descrição feita por um ginecologista do século XIX do útero como míssil mortal, passando por descrições posteriores (1920) do trabalho de parto, que diziam ser como se a mãe caísse diretamente num forçado ou como se a cabeça do bebê ficasse presa no batente da porta, até os esforços dos obstetras contemporâneos para aliviar a experiência terrível do nascimento para o bebê com o uso de luzes fracas e banho morno depois do parto, foi construído para o médico o papel de se aliar ao bebê contra a destruição em potencial causada pelo corpo da mãe. Usando as palavras de Rothman, ‘mãe e feto são vistos pelo modelo médico como uma díade conflitante, e não como uma unidade integral’” (MARTIN, 2006[1987]:119-20).

Essa visão da assistência obstétrica certamente contribui para configurá-la como drama médico, sendo responsável por salvar a vida do bebê. E a oportunidade propiciada aos alunos de medicina de participar ativamente desse drama é um dos principais motivos que torna o internato nessa especialidade atraente para estudantes de medicina. BECKER et al., já haviam observado esse fenômeno em sua pesquisa sobre formação médica nos Estados Unidos na década de 1950. Segundo os autores:

“Uma das principais razões pelas quais os alunos gostam de obstetrícia é que lhes dá a oportunidade de desempenhar o papel principal em um caso que é claramente um drama médico – o nascimento de um bebê(...)”.

A partir desse critério de apreciação do internato nessa especialidade, a necessidade de lidar com perdas fetais, seja por abortamentos seja por outras doenças obstétricas, era difícil e frustrante e, tal como afirma o aluno abaixo citado, vários disseram que não gostaram de seu treinamento no setor de urgências e emergências por esse motivo:

“Hum, o pronto-socorro obstétrico eu achei chato! Por que eu não gosto de ficar, é, fazendo exame ginecológico, é o que eu te falei, eu gostei mais da parte obstétrica do que a parte ginecológica, e da parte obstétrica, logicamente eu gostei muito mais da normal do que lidar com problemas, então assim, eu não gostava muito de chegar lá, para sentir, geralmente tava sangrando, sabe, é uma coisa assim, eu não gostava muito do ambiente do pronto-socorro de obstetrícia...”. [aluno, Faculdade X]

É certo que o aborto inseguro, em particular, representa uma situação de difícil manejo para os obstetras por diversos motivos, entre os quais se incluem os riscos que representa para a vida da mãe e sua saúde reprodutiva, presentes em outras situações de urgência e emergência, e os valores religiosos e sociais mais amplos aos quais fizemos referência acima. Ademais, ao interromper voluntariamente a gravidez, a mulher promove, mesmo sem necessariamente desejá-lo, uma espécie de confronto não apenas em relação à ordem jurídica, mas também em relação à ordem médica. Assume o controle em relação ao próprio corpo, realizando direta ou indiretamente uma intervenção em relação a sua saúde reprodutiva, que a coloca em risco e, ao mesmo tempo, coloca em questão a autoridade médica ao invadir o campo consagrado de competência e responsabilidade profissional da obstetrícia. BECKER (2002[1961]) sugere, nesse sentido, que talvez as cenas mais difíceis na interação com os usuários dos serviços ocorram quando os médicos e/ou estudantes de medicina interpretam alguma atitude do paciente como sendo de desrespeito para com sua autoridade. E, aparentemente, um dos motivos pelo quais o assim denominado aborto inseguro conta

com pouca empatia de profissionais e estudantes é o que esse ato representa em termos de usurpação de uma oportunidade de exercício de autoridade e responsabilidade profissional e de participação no drama médico mais valorizado pela obstetrícia, o de “salvar a vida da criança”. Até mesmo entre aqueles que afirmam não ser contra o aborto, observamos que, por vezes, o aborto provoca reações iradas.

*“Ah, é que eu não gosto das pacientes que chegam e querem que você resolva a vida dela, assim, tipo, não tomam muitas atitudes para isso e, tipo, contam que tudo na vida dela é uma porcaria. Por exemplo, as pacientes que chegam abortando no PS e aí você tem que fazer alguma coisa, entendeu? Às vezes elas colocaram um comprimido de misoprostol⁶³ elas mesmas na vagina, e você tem que fazer alguma coisa, porque a dor dela tem que passar. ‘Você procurou, né? O que que eu vou fazer, você colocou o comprimido e você não quer ter cólica?’ Entendeu, isso eu não gosto. Nossa, pacientes que provocam o aborto são... Não que eu seja contra o aborto, todas essas coisas, mas não é legal. Obstetrícia é uma... como disse uma vez o professor (...), uma especialidade de felicidades, entendeu? Poucas pessoas morrem. A maior parte é alegria, neném está nascendo, nanana, então você pegar uma coisa assim da mulher que quer abortar, e chega lá, e toma comprimido e coloca cabo da vassoura, cabide, sei lá eu, uma coisa muito triste, muito pesada, que parece não combinar com a especialidade, mas **ela existe**”. [aluna da Faculdade X]*

Observa-se que a aluna explicita indignação em ter de lidar com as conseqüências do aborto. E a dor é entendida pela aluna como uma dessas conseqüências com as quais a paciente deveria arcar. Nesse sentido, a legítima demanda por alívio a dor, enfatizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como aspecto essencial da assistência ao aborto⁶⁴, é interpretada pela aluna como algo sem cabimento:

⁶³ Misoprostol é uma prostaglandina sintética própria para o tratamento de úlceras estomacais, mas que é também usado para provocar aborto, tanto o clandestino como a interrupção legal da gravidez realizada em hospital.

⁶⁴ Segundo o manual **Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**: “Não se precisa de grande investimento em drogas, equipamentos ou treinamentos para oferecer adequado alívio à dor. Não dar atenção a esse importante elemento necessariamente aumenta a ansiedade e desconforto das mulheres, e compromete seriamente a qualidade da atenção. Orientação e atendimento afetuoso ajudam a reduzir os temores das mulheres e a percepção de dor (Solo 2000). O pessoal responsável pelo procedimento e outros funcionários presentes no momento devem ser gentis e transmitir segurança. Quando possível, e se a mulher o desejar, também pode ser útil que o marido ou

‘Você procurou, né? O que que eu vou fazer, você colocou o comprimido e você não quer ter cólica?’

Cabe mencionar que o fato de o alívio à dor não ser valorizado ou sequer considerado como parte da assistência ao processo de abortamento por essa aluna não é algo excepcional. Inclusive porque, em sala de aula, no contexto do ensino sobre aborto dentro da temática mais ampla de sangramentos de primeiro trimestre em ambas as Faculdades, esse aspecto do alívio à dor sequer é mencionado. Uma das principais preocupações do ensino no tocante ao aborto parece ser o de reiterar as restrições legais em relação a essa prática, e assim diferenciar aborto “terapêutico” de aborto “provocado” ou “criminoso”. Não se utilizam as categorias “aborto seguro” e “aborto inseguro” propostas pela OMS em 2000 (2004) e tampouco se estudam todas as orientações sugeridas por essa instituição para a prática segura do aborto. Os alunos também não são apresentados às diretrizes do Ministério de Saúde acerca da humanização do aborto (2001) durante os cursos, as quais sequer são inclusas na bibliografia dos programas de ambas as Faculdades.

E a descrição grotesca, feita pela aluna, das técnicas empregadas especificamente na interrupção voluntária da gravidez, excetuando-se o uso de comprimidos, não apenas dá vazão a sentimentos de indignação e desprezo como tende a reforçar uma imagem de incompetência e irresponsabilidade tanto da pessoa que utilizou aqueles objetos (cabide, cabo de vassoura) como da mulher que recorreu a essa prática, quando ela própria não o fez.

Chamou-nos particular atenção, no depoimento acima, a classificação das mulheres que induzem abortos em uma categoria de pacientes que se assemelham entre si não apenas pelo ato que praticaram, mas pela atitude ou postura perante a equipe

companheiro, membro da família ou uma amiga ou amigo permaneça com ela durante o procedimento. Entretanto, essa abordagem não deve ser vista como um substituto do alívio a dor.” OMS/IWHC, 2004:33

médica que lhes é atribuída. Aliás a atitude de que a aluna diz não gostar e que seria típica de mulheres que provocam o aborto é atribuída a uma categoria ainda mais ampla de pacientes que essas mulheres exemplificariam: *“pacientes que chegam e querem que você resolva a vida dela, assim, tipo, não tomam muitas atitudes para isso e tipo, contam que tudo na vida dela é uma porcaria”*. Essas pacientes compartilhariam uma certa característica: seriam infelizes, negligentes e/ou passivas e, ao mesmo tempo, teriam demandas irrealistas e/ou descabidas em relação à equipe médica. A aluna explicita indignação em ter de lidar com as conseqüências de um ato pelo qual a paciente é responsável.

Parece-nos que a categoria citada pela aluna se identifica com uma das classificações de pacientes que BECKER et al. atribuem à cultura médica, e cuja utilização freqüente observaram entre os estudantes de medicina norte-americanos:

“Um conjunto final de idéias dos estudantes acerca das pacientes que parecem ter por origem a cultura médica consiste em variações sobre o tema que alguns pacientes são ruins porque são diretamente responsáveis pela existência de sua própria doença (ou aquela de seus filhos). É nossa impressão que muitos médicos têm pouca simpatia por pacientes que ficam doentes como conseqüência de suas próprias ações ou negligência. Eles [os médicos] acham que pacientes que não seguem as orientações médicas mais ou menos merecem o que lhes acontece com conseqüência disso.” (BECKER, 2000[1961]:321-2)

Essa categoria de pacientes “ruins” corresponde, a nosso ver, aos pacientes que estudantes de medicina e médicos brasileiros denominam de “tigre”, “tigrão”, “tigrona” e “tiger” e em relação aos quais de fato não nutrem muita empatia, para se dizer o mínimo. Aliás, nesse sentido, é interessante notar que também corresponde, grosso modo, a categoria denominada de “negadores autodestrutivos” dentro da tipologia de “pacientes detestáveis” construída por GROVE (1978 apud SENNA, 1999) para descrever os pacientes com os quais os médicos encontrariam particular dificuldade em

lidar. Em relação a esta última tipologia como um todo, SENNA (1999) faz um comentário que nos parece ser pertinente também em relação às categorias médicas acima descritas:

“(...) de sua leitura pode-se apreender que os médicos detêm um poder sobre o corpo do paciente, na medida em que ocupam uma função social que legitima seu saber para tal, necessitando de uma resposta de cumplicidade por parte do paciente, para poderem estar continuamente ratificando seu papel de provedores de cuidados de saúde.” (SENNA, 1999:7)

Os “tigres” e “tigronas” não ratificam o papel de provedores de cuidados de saúde dos médicos à medida que não seguem suas orientações, sendo responsáveis pelas suas próprias ações ou negligências, pelos problemas de saúde que esses pacientes ou seus filhos apresentam. Não se trata de uma categoria de pacientes composta apenas por mulheres, embora a descrição da aluna acima citada se remeta exclusivamente a pacientes de sexo feminino. Entretanto, dentro da obstetrícia, nos parece que não são apenas as mulheres que interrompem voluntariamente a gravidez que são assim classificadas de antemão. Os valores e atitudes que encontramos em relação às mulheres que não realizam pré-natal, e que discutimos anteriormente, sugerem que também são enquadradas nessa categoria e/ou desqualificadas, inclusive a partir da perspectiva acima assinalada por BECKER et al. (2002[1961]) e SENNA (1999).

Percebe-se que, além de aprender sistemas de classificação clínicos voltados para o diagnóstico de processos fisiopatológicos, os estudantes de medicina ao longo de sua formação também aprendem a classificar as pacientes em outras categorias, tais como “tigres” ou “tigronas” e “pitizentas”. Ao empregar essas categorias no atendimento, expressam juízos de valor acerca das pessoas a quem prestam assistência, não se restringindo aos juízos clínicos que lhes cabem como profissionais. Deixam assim de reconhecê-las em sua singularidade enquanto sujeitos, aspecto fundamental do

ato médico. Como afirma SCHRAIBER (1997 a e b), o ato médico é uma técnica moral-dependente. Conseqüentemente, ao formular esses juízos de valor acerca das pacientes, os membros da equipe médica também correm o risco de permitir que tais juízos de valor interfiram com outros aspectos do seu trabalho, que incluem desde as atitudes que têm em relação as pacientes até mesmo o exercício do juízo clínico e a tomada de decisão.

Por vezes, juízos de valor da equipe médica em relação à interrupção da gravidez resultam em atitudes violentas em relação às pacientes que vêm ao pronto-socorro em busca de assistência médica, tais como a agressão verbal, como observa uma aluna entrevistada da Faculdade Y:

“Você não tem paciência, tem hora que você se revolta. É... Acho que obstetrícia é uma coisa que envolve muito sentimento, né? Então, você vê uma mãe abortando, você fica desnorteada, ‘Por que que ela está fazendo isso?’ então, às vezes você não respeita e você não entende o porquê, os motivos dela por estar abortando. Então você questiona, e aí essa mulher às vezes pode ter complicações, eu acho que às vezes falta... E até porque as pessoas que estão te orientando são uns cavalos, às vezes. Não tão nem aí, chutam a boca, falam mal, agridem — ainda que verbalmente — as pacientes.”

Para exemplificar o tipo de agressão presenciada durante seu estágio de internato em obstetrícia e ginecologia, a interna narrou a seguinte cena envolvendo um óbito fetal:

“(....) Eu peguei um casal de adolescentes que, assim, a menina tinha 16 anos, tava grávida... 15 anos. E o namorado 17. Aí ela ficou grávida, ao que os ciclos dela eram irregulares, ela não sabia, ela veio com um óbito fetal de 7 meses, porque o namorado (...) tudo o que você pode imaginar de droga, ele usou na menina. Ela usou e viu que o óbito fetal era maior de idade, e aí todo mundo começou a chutar a boca da menina, mas ela não tinha culpa, coitada. Tinha culpa, é óbvio, não se cuidou, enfim... Mas ela tava ali, num óbito fetal, e a gente não podia fazer nada sem comunicar os pais, e ela não queria comunicar porque os pais não sabiam que ela estava grávida, e

enfim... E aí, agredi... agrediram verbalmente ela, depois chegou o namorado, detonaram o namorado.”

Entrevistadora: *“O que falaram para ela... Para o namorado?”*

Entrevistada: *“Que eles eram irresponsáveis, que eles estavam matando uma criança, que aquilo era um crime. Que, realmente, do ponto de vista legal, é um crime mesmo, o que eles fizeram. Mas eu acho que você precisa entender também, os motivos. E orientar. Não adianta nada você fazer tudo isso e não orientar corretamente, porque daqui a um ano, ela tá aí, de novo, fazendo a mesma coisa, né? Então, não é uma coisa de... do tipo... Eu acho que você tem que expor, lógico, os riscos. Ela correu riscos fazendo isso, sem dúvida alguma. Mas expõe de uma forma educativa, né? Então, isso são coisas... algumas coisas que marcaram, assim.”* [aluna, Faculdade Y]

A cena acima ilustra por um lado, as situações dramáticas vivenciadas por jovens sem recursos e sem adequada orientação na tentativa de interrupção da gravidez em condições inseguras que resultam da ilegalidade da interrupção voluntária da gravidez. Por outro, explicita a falta de preparo da equipe para lidar com essas situações difíceis. Nota-se que tanto as atitudes do jovem casal como da equipe foram marcantes para a interna que, *a posteriori*, pôde reconhecer que a equipe médica atuou de forma inadequada e desrespeitosa, agredindo a paciente e seu acompanhante ao invés de orientá-los.

Entre os alunos notamos que a ilegalidade da interrupção voluntária da gravidez também resulta em uma tendência a se pressupor que estão diante de um caso desse tipo, a despeito da frequência com que ocorrem abortos espontâneos. Assim, quando as pacientes chegam aos serviços de urgência e emergência em processo de abortamento, os membros da equipe e, em particular, os alunos tendem a ter, para além de motivos diagnósticos e clínicos, uma grande curiosidade em saber se de fato foram provocados, por que e como ocorreram. Para uma das alunas entrevistadas, o contato com um abortamento durante um plantão voluntário no pronto-socorro obstétrico foi interpretado por ela como experiência formativa importante, justamente porque foi possível se

desfazer de preconceitos que tinha em relação a esse tema. Porém, ao mesmo tempo foi uma situação difícil para ela e que lhe causou certo constrangimento diante dos seus colegas e supervisores, pois sua atitude perante a paciente, que foi a de procurar cuidar dela, lhe confortando e acolhendo, era bem destoante da atitude adotada pelo resto da equipe médica.

“Às vezes, eu acho que uma influência negativa que a Faculdade traz é o contato com os médicos mais velhos, o contato com os residentes no ambulatório, é... pode até inibir um possível comportamento natural, de querer cuidar, sabe? De... de falar: Ah, não. Os outros vão ver, vão me achar ‘Olha a sonhadora, que acha que ainda existe isso.’ Sabe? (...) Quando eu tava dando um plantão na GO, eu passei por um momento assim, que eu vi... Tava ali no PS, aquela zona, um monte de gente, uma menina, uma adolescente, assim, com a cabeça baixa, com uma cara inconsolável, assim, tava... e (...) e gente passando pra lá e pra cá, e ela tava no meio assim. (...) Era uma menininha linda que tinha tido um aborto, que eu não sabia o que era, tipo, eu ficava atazanando alguém que tava perto ‘Ah, qual que é o caso dela?’, eu ficava perguntando. Tipo, ah, é AB, é AB. Aí eu olhei, né? Assim, eu olhando pra ela, a menina com uns 16 anos, tal. (...) Pra mim, tinha sido ‘Ah, mais um caso de Cytotec⁶⁵.’ Sabe? Olhando alguém que tinha tomado Cytotec. (...) Eu ‘Ai, meu Deus! Eu quero falar com ela. Eu quero falar com ela!’ Sabe? Tipo, mas meio com vergonha das pessoas... das pessoas me virem, sabe? ‘Lá vai, ela ainda, tipo, é humanitária, acha que vai... acha que vai resolver os problemas’, sabe? No momento, eu não liguei pra isso e fui, fiquei lá passando a mão na cabeça dela, conversando com ela. Mas eu acho que pode inibir comportamentos assim, entendeu? (...) Me sensibilizou, aquela situação, eu fiquei passando a mão na cabeça dela, mas eu não fiquei perguntando nada. Eu só falei: ‘Você tá chateada?’ Sabe? Ela ficava com lágrimas escorrendo, assim, tipo, fica... ficava... Sabe? Só fazendo um contato, assim. Aí, depois, na hora de tirar a história, que a gente conversou mais, sabe? (...) E foi uma super surpresa pra mim. (...). Que ela queria muito aquele filho. Ela tinha 16 anos, ela não era casada, tinha um namorado, e tal, a família também não tinha sido muito contra, e ela queria muito aquele filho. Então, foi muito legal pra desmistificar, pra mostrar essa diferença, né? Desde, tipo, tirar um preconceito da minha cabeça, disso que ‘Não, todos os abortos são provocados. Gravidez nessa idade é indesejada, nã-nã-nã...’ Que você vê, que ela queria. [aluna da Faculdade Y]

⁶⁵ Marca mais comum do medicamento misoprostol.

Por outro lado, há, entre os supervisores responsáveis pelo treinamento dos internos nos serviços de urgência e emergência, alguns que procuram prover os alunos com uma orientação em relação à postura a ser adotada diante de situações de atendimento difíceis como essas, pautada pelos princípios éticos que norteiam o ato médico. O depoimento de um aluno entrevistado da Faculdade Y mostra como foi importante para ele a conversa que teve com uma professora que estava supervisionando o plantão durante o atendimento a uma mulher em processo de abortamento:

“A curetagem, pra mim, é um procedimento técnico. Você vai lá, tem a técnica pra você fazer, faz e pronto. Agora, o que vem antes é que pode ser que a pessoa não aceite, se abortou por causa disso, por causa daquilo, se foi... se tomou remédio, ou se não. Mas, isso aí, não já cabe a gente querer... querer julgar, ninguém sabe o que que a pessoa pensa ou deixa de pensar, qual que é a vida dela. Cada um sabe. Se fosse pra... pedisse a minha opinião, talvez eu discordo, tomar remédio, ficar enfiando coisa, em clínica, aí, não. Mas, a partir do momento em que chegou, pediu tua ajuda, né? Pode até pensar na hora que foi remédio, ‘Tomou remédio, e agora vem aqui de madrugada!’ Mas vai fazer o quê? Né?(...). Teve uma vez que veio aí uma... uma paciente que chegou aí abortando, já, só que o bebê já tinha... já era grandinho, assim, devia ter umas vinte e poucas semanas. Tava entre quase vinte semanas, aí, vinte e pouco. E, quando nasceu, tava batendo o coração, a gente viu o bebezinho lá, e o coração batendo, e você não... não adianta, não dava pra fazer nada. Daí esboçava, mexia um pouco assim, daí você olha, assim, pra... pra, né? pra pessoa, e daí dá vontade de pegar e falar assim: “Ó, não é certo fazer.” Mas aí, você, por outro lado, até foi um... foi a... essa dra. (nome da supervisora) que na hora viu, só falou assim: ‘É’, - ela veio conversar com agente – ‘por mais que esteja errado, que você não concorde, que você seja totalmente contra, você não pode (...). Isso é a vida dela, quem sabe é ela, você não sabe como que ela vive na casa dela, né? Então, a gente tem que, aqui, ajudar. Fazer a nossa parte, que é tentar ajudar. Deixa a parte da consciência pra ela lidar com isso.’ Mas é... Isso daí foi também uma das... Esse dia aí foi um dia meio... que foi... que marcou um pouco.”

Procuramos descrever e analisar acima distintas posturas adotadas por estudantes e seus supervisores diante de alguns tipos de demandas que atendem nos setores de urgências e emergências obstétricas onde aqueles realizam seus estágios de internato, em torno das quais freqüentemente se expressam tensões e conflitos entre os membros da equipe e dessa com a clientela. Entretanto, como procuramos assinalar, nem sempre os conflitos e tensões que se explicitam nesse setor ou a desqualificação das mulheres que vêm em busca de assistência estão relacionados diretamente às suas demandas. Houve situações, durante o estágio, em que determinados supervisores do treinamento em serviço sugeriram aos alunos que adotassem uma atitude de desconfiança em relação às mulheres de modo geral. Assim, por exemplo, ao discutir com os internos o caso de uma paciente em trabalho de parto prematuro, que não havia mencionado ao aluno que lhe prestara assistência no pronto atendimento que tivera um aborto, possível causa desse problema, o professor comenta:

“Você vê que, teoricamente, teria que tirar o histórico melhor, só que ela omite! (...) Mulher não mente, omite. Mulher não trai. Mulher também não fala, né, grita!”

Mesmo no atendimento cotidiano a mulheres em trabalho de parto ocorrem atitudes que estimulam a adoção de uma postura de desconfiança em relação à clientela.

Assim, por exemplo, o interno apresentou o caso para um assistente:

Interno: *“Ela refere que a freqüência de contrações dela é de um a cada vinte minutos.”*
Assistente: *“Será que não tá superestimando? Depois vamos dar uma conferida.”*

Esses comentários, bastante comuns e até banais, tendem a ter repercussões nas atitudes dos alunos. Não deixa de ser significativo, nesse sentido, que o relato da paciente costuma ser precedido pelas palavras “ela refere que”, enquanto os resultados dos exames médicos são apresentados como “dados”, muito embora diversos tipos de

avaliações médicas também são até certo ponto subjetivas e sujeitas a variações. Assim, por exemplo, ao verificar a frequência e duração das contrações de uma paciente, um aluno me diz,

“Está com três contrações em dez minutos. Só valem as contrações que eu senti algumas que ela refere, não senti.”

E, além de juízos de valor relacionados à concepções de gênero, também ouvimos outros desabafos de profissionais responsáveis pela supervisão dos alunos que expressam preconceitos sociais muito comuns entre as camadas médias e elites brasileiras. Assim, por exemplo, um dos assistentes da Faculdade X descreve as pacientes que procuram o serviço para mim e para os internos que supervisionava durante um plantão nos seguintes termos:

“Muitas pacientes são migrantes, tem sotaque do nordeste. Vêm do nordeste ter filhos e depois voltam. São muito ignorantes!”

Nesse sentido, os setores de emergência e urgência obstétrica pesquisados não parecem se diferenciar de outros setores de urgência e emergência de hospitais públicos onde se tem evidenciado a forte presença de preconceitos sociais em relação a pacientes de baixa renda entre os profissionais de saúde responsáveis pela assistência (ROTH, 1972; DESLANDES, 2002; SÁ, 2005; GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Como procuramos mostrar, o setor de urgências e emergências obstétricas se destaca pela visibilidade com que atitudes de membros da equipe médica e, por vezes, suas tomadas de decisão são influenciadas por juízos de valor. Mencionamos acima que esse setor compartilha com outros pronto-socorros a duplicidade de serem, ao mesmo tempo, porta de entrada e barreira ao acesso a partir não apenas de critérios clínicos como também de critérios morais. Para ilustrar esse aspecto dos serviços pesquisados e discutir suas repercussões na formação médica, vamos descrever e analisar abaixo dois casos que ocorreram durante a observação participante.

5.9.2.3 *A formação no setor de urgência e emergência obstétrica e os dilemas em relação ao acesso*

5.9.2.3.1 *Caso 1*

Desde meados de agosto de 2004, um pequeno cartaz com frequência se encontrava afixado na parede da sala de espera, entre o guichê e a porta que dá acesso ao pronto-socorro obstétrico e ginecológico na Faculdade Y:

Berçário Fechado
Atenção Gestantes

Atenção Gestantes
O berçário está fechado
Não há vagas.

Sobre o vidro do guichê um cartaz menor, reiterava quase que exatamente o teor do cartaz na parede, cada vez que aquele era afixado. Este dizia:

Senhoras gestantes,
Berçário fechado. Não há vagas.

Além desses comunicados, cuja permanência na ante-sala era intermitente, havia outro cartaz, esse permanentemente afixado na parede lateral mais distante da porta de entrada, intitulado “Evolução da Gravidez”. Tratava-se de cartaz didático do laboratório Johnson & Johnson. Na parte superior, o desenvolvimento da gestação, em intervalos de quatro semanas, era retratado por meio de ilustrações. Na parte inferior do cartaz constavam informações sobre os sinais de início do trabalho de parto:

- *Contrações uterinas a intervalos cada vez menores com intensidade crescente*
- *Perda de líquido vaginal devido a rompimento da bolsa amniótica*
- *Eliminação do tampão que bloqueia a entrada do útero*

No dia em que Madalena chegou ao pronto-socorro obstétrico, este se encontrava relativamente vazio, e todos os cartazes acima estavam afixados na ante-sala. Porém, Madalena ignorou a todos solenemente. Chegava da rua ofegante, abriu a porta que dava acesso ao pronto-socorro e foi entrando. Seu macacão de gestante estava encharcado na região em torno das virilhas. Não precisava ler o cartaz da ante-sala para saber que estava em trabalho de parto. Era sua segunda gestação e as contrações se sucediam rapidamente e com força. Estava a caminho da maternidade quando a bolsa rompeu. Ao entrar no pronto-socorro, passou por uma mesa atrás da qual se sentava uma médica. Na parede em frente à mesa, encontrava-se afixada uma carta assinada pelo chefe da unidade neonatal do hospital-escola e dirigida ao chefe do plantão do departamento de obstetrícia e ginecologia com o seguinte teor:

“Venho, por meio dessa, solicitar que sejam suspensas as internações de casos de Patologia Obstétrica, posto que a Unidade de Terapia Intensiva do Berçário encontra-se sem disponibilidade de vagas para admissão de novos casos, para o atendimento dos RN [recém-nascido] de Alto Risco.

Nascimentos adicionais poderão comprometer também a segurança dos pacientes já existentes no setor, sendo que nascimentos múltiplos, que ocorrem freqüentemente, demandam um mínimo de condições técnicas e humanas que, sempre que possível, tentamos manter.

Esperando contar com vossa costumeira colaboração e compreensão, subscrevo-me,

Atenciosamente,”

Muito menos sucinta e mais gentil, a carta dirigida aos médicos de plantão no pronto-socorro obstétrico, que levava a funcionária da recepção a colocar os cartazes na ante-sala, não solicitava a suspensão de todas as internações, apenas as internações de

casos de doença obstétrica. O argumento apresentado pelo setor de neonatologia para limitar as internações – a falta de vagas – referia-se, na verdade, às vagas por este disponibilizadas. Apenas metade dos leitos existentes nesse setor estava ocupada. A outra metade – uma sala inteira da unidade semi-intensiva e outra da unidade de terapia intensiva – se encontrava fechada, com todos os equipamentos ociosos. Alegava-se que não havia recursos humanos e materiais para manter aquelas salas em funcionamento.

Restrições adicionais ao atendimento da demanda advinham do departamento de obstetrícia e ginecologia. Segundo um dos médicos residentes, realizando estágio no setor, estes recebiam orientação nas circunstâncias acima descritas, para transferir para outros hospitais não apenas as parturientes que apresentavam doenças obstétricas, mas a maioria dos casos de gestantes de baixo risco também. O motivo alegado dessa política seria que mesmo parturientes sem histórico de doenças obstétricas poderiam, eventualmente, apresentar complicações no decorrer do parto. Assim, para não incorrer em eventuais riscos de encontrar dificuldades em atender a demanda por leitos nos berçários, fixavam-se os cartazes acima mencionados na ante-sala. Aderindo a essa política institucional de restrição do acesso às parturientes e ampliando-a ainda mais, os residentes aconselhavam as mulheres que procuravam o setor de urgência e emergência antes do final da gestação a não vir para esse serviço em trabalho de parto. *“Mas não adianta!”*, me disse, inconformado, um dos residentes, *“Acabam vindo para cá assim mesmo!”*

Ao passar pela médica sentada à mesa, esta se levantou e seguiu atrás de Madalena, gritando:

“A senhora não leu a placa lá fora, que não tem vaga no berçário!”

Madalena não se virou em direção à médica, não respondeu à indagação. Simplesmente parou em pé onde estava, as mãos na barriga, o rosto contraído em dor. Outra médica veio ao encontro de Madalena, e a foi conduzindo em direção a uma maca — embora não tivesse se apresentado a Madalena, tratava-se, na realidade, de uma estudante de medicina, uma interna cursando o sexto ano que estava de plantão no pronto-socorro aquele dia. Também me aproximei de Madalena, apresentando-me como pesquisadora e, mediante seu consentimento, acompanhei o seu atendimento naquele serviço. Madalena subiu dois degraus e sentou na maca, enquanto a interna e eu fechávamos a cortina em volta de nós três. Abriu a parte de cima de seu macacão, a pedido da interna, e se deitou. Esta mediu sua altura uterina e sua pressão arterial e colocou a mão em cima do seu abdômen para sentir as contrações.

A médica que a interpelara na entrada estava no meio de seu primeiro ano de especialização em obstetrícia e ginecologia, e era responsável por supervisionar o trabalho da interna que atendia Madalena. Dirigindo-se à interna, do meio da sala, perguntou:

Médica: “*Tá com quantas contrações?*”.

Interna: “*Uma*”

Médica: “*De quantos segundos?*”

Interna: “*Vinte.*”

A interna perguntara o nome da paciente, sua idade e se essa era sua primeira gravidez. Tratava-se de uma senhora com cabelos pretos lisos e olhos castanhos escuros que aparentava ser de origem indígena e que falava português com forte sotaque espanhol. Tinha 26 anos e era sua segunda gestação. A interna lhe pediu para retirar o macacão e a calcinha para fazer um toque. Enquanto ela retirava a roupa, a interna saiu do espaço cortinado em torno da maca, à procura de uma luva. A paciente foi se posicionando na maca, com as pernas nas perneiras, com certa dificuldade, em função do tamanho da barriga e das contrações. A interna voltou com a mão enluvada, lhe

ajudou a se posicionar melhor na maca e, pedindo licença, fez um toque. Saiu novamente do espaço acortinado em torno da maca e foi informar a médica, a qual havia retomado seu posto à mesa, que a paciente estava com “cinco dedos” de dilatação. A médica veio conferir. Pegou uma luva e, sem pedir licença, fez outro toque.

Médica: *“Esta com 4 para 5 dedos, colo grosso e a cabeça está alta, não dá nem pra tocar direito!”*

Retornando à mesa, a médica começou a fazer telefonemas, à procura de uma vaga em outro hospital, para efetuar a transferência da paciente. Enquanto isso, a interna voltou para a maca em que se encontrava Madalena, para acompanhar a evolução do trabalho de parto. Manteve sua mão na barriga de Madalena durante 10 minutos para avaliar a “dinâmica uterina”, isto é, a frequência e a intensidade das contrações. Nesse período de tempo, foram 5 contrações – 3 fortes e duas fracas. Diante do ritmo e intensidade das contrações, a interna resolveu fazer outro toque. Dessa vez o toque foi realizado durante uma contração, gerando ainda mais desconforto à paciente. Logo em seguida, a médica veio conversar com a interna.

Médica: *“Olha, consegui uma vaga no Hospital _____! Você já fez parto? Não quer ir junto, acompanhar a transferência?”*

Interna: *“Você não tá falando sério, né? Não tenho CRM! Não posso fazer isso! Ó, não sei não. Ela está com 6 dedos de dilatação - acabei de conferir, e a cabeça esta bem embaixo!”*

A médica então colocou uma luva e fez outro toque. Durante o toque, girou seu pulso, rodando os dedos dentro do colo do útero de Madalena, que soltou um grito. Saiu um líquido avermelhado pela vagina, formando uma pequena poça no chão à beira da maca. A médica retirou sua mão de dentro da vagina de Madalena e comentou com a interna,

Médica: *“Agora está com 6 dedos de dilatação!”*

Quando a médica se retirou do espaço acortinado, voltando em direção à mesa, a interna se aproximou de outro médico que examinava uma paciente em uma maca ao seu lado, lhe apresentou o caso e lhe pediu sua avaliação. Tratava-se de um médico no segundo ano do programa de residência, o membro mais graduado da equipe médica no pronto-socorro naquele momento e, portanto, o responsável pelas condutas e encaminhamentos.

O médico colocou uma luva e entrou no espaço acortinado em que se encontrava Madalena, que continuava com as pernas nas perneiras em posição ginecológica. Sem se apresentar ou pedir licença, fez um toque. Madalena gemia — estava tendo outra contração. O médico terminou o toque, tirou a luva e se retirou do espaço acortinado junto com a interna. A médica se aproximou.

Médica: “*Consegui uma vaga no hospital _____! Vamos transferi-la?*”

Médico: “*A ambulância está na porta?*”

Enquanto a médica foi verificar se havia uma ambulância disponível, o médico se virou para a interna e para mim e perguntou,

Médico: “*Onde fica o Hospital _____?*”

Interna: “*Não sei!*”

Pesquisadora: “*Não faço idéia!*”

Logo em seguida, a chefe de plantão daquele dia, uma professora do departamento, apareceu no pronto-socorro. O médico lhe colocou a par da situação, e lhe pediu orientação quanto à conduta a ser tomada. Ela então lhe instruiu para informar o pessoal do berçário que iriam internar uma paciente de baixo risco, segundigesta com seis dedos de dilatação e colo fino, pois não havia condições de transferi-la.

Diante dessa decisão, a médica responsável pela supervisão da interna lhe deu orientações para preencher a ficha de internação de Madalena. Pouco depois, a chefe de plantão se retirou do pronto-socorro.

A interna voltou para o lado da maca em que Madalena se encontrava, puxou uma cadeira e foi entrevistando a paciente, preenchendo os dados acerca de seu histórico. Madalena ainda estava em posição ginecológica, com os joelhos suspensos nas perneiras, e procurava responder às perguntas da interna entre uma contração e outra.

A certa altura, perguntei se ela não poderia tirar as pernas das perneiras. Aparentemente, a interna não havia se dado conta da incômoda posição em que Madalena se encontrava e, imediatamente, lhe ajudou a retirar as suas pernas da perneira. Porém, antes de completar as fichas de internação, e diante das fortes contrações de Madalena, resolveu fazer outro toque. Já havia 7 dedos de dilatação e, preocupada, a interna comentou: *“vai ganhar aqui mesmo!”* Chamou o médico residente a quem recorrera antes e que estava no espaço acortinado ao lado examinando outra paciente, e lhe perguntou se não deveriam levar a paciente para o centro obstétrico. Mediante sua autorização, a interna foi falar com a assistente de enfermagem, solicitando o encaminhamento da paciente para o centro obstétrico.

A médica responsável por sua supervisão, enquanto imprimia as etiquetas para a internação de Madalena, comentava,

“E, ainda por cima, é uma gringa!”

Aquela tarde, ao contar o caso para membros da equipe de enfermagem, comentou indignada:

“Não foi transferida porque aconteceu na hora do almoço e todos os motoristas das ambulâncias saíram juntos para almoçar! Não tinha nenhum motorista disponível para transferi-la!”

Por outro lado, o residente que estava no plantão comentaria mais tarde, acerca da primeira reação de sua colega:

“É obrigação do médico procurar encontrar uma vaga para a paciente (quando seu caso é uma urgência ou emergência). Acho muito errado, mas tem médico que trata mal essas pacientes. Isso era mais freqüente há um tempo atrás, mas, infelizmente, ainda acontece.”

Entendemos, como SCHRAIBER (1997a e 1997b), que a ação médica é uma técnica moral-dependente. Assim sendo, a análise que empreenderemos da situação acima descrita visa ilustrar e discutir alguns dos desafios e obstáculos que o exercício da prática médica enfrenta durante o treinamento em obstetrícia para o desenvolvimento de uma ética do trabalho, ou, como afirma a autora, “um exercício ético, articulando técnicas a valores” (SCHRAIBER, 1997a:189).

Percebe-se, logo no início, um conjunto de barreiras, geradas a partir daquelas apresentadas pelos departamentos de neonatologia e de obstetrícia e, portanto, de caráter institucional, que não apenas se sobrepõem, como vão estreitando os limites do acesso. Procurava-se, desde a porta de entrada do pronto-socorro obstétrico, desencorajar as parturientes a utilizar aquele serviço. Ao atender aos cartazes da ante-sala e ao discurso das recepcionistas do setor, as quais não teriam como avaliar os casos em termos de sua urgência, várias parturientes sequer chegavam a ser atendidas, indo, por conta própria, à procura de vaga em outro serviço. Nesse sentido, os cartazes estimulavam a peregrinação hospitalar, que, cabe lembrar, se configura em uma das maiores causas de mortalidade materna (TANAKA, 1995). Referência ao caráter antiético desse tipo de barreira se encontra em uma carta encaminhada àquela Faculdade e afixada em um mural no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia alguns meses mais tarde. Reproduzimos o conteúdo da carta a seguir:

“OFÍCIO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO

São Paulo. 03 de dezembro, 2004

Of. No 5680/2004 – msfcr

Ministério Público do Estado de São Paulo

Promotoria da Defesa dos Interesses difusos e coletivos

De infância e da juventude da capital

Tendo em vista Inquérito Civil no 157/2002, instaurado no âmbito dessa Promotoria de Justiça, no qual ficou constatado que gestantes estão sendo submetidas a autêntica peregrinação por entre maternidades pertencentes a rede pública ou privadas na expectativa de receberem o necessário e devido atendimento para o parto, sendo certo que alguns nosocômios sequer oferecem atendimento a situações de risco iminente ou adotam providências para que a parturiente possa dirigir-se a outro hospital em condições adequadas.

Considerando que a conduta em destaque constitui, ao menos em tese, crime de omissão de socorro e ato de improbidade administrativa por parte dos servidores e das autoridades envolvidas,

RECOMENDA que:

- 1. todas as gestantes em situação de parto sejam recepcionadas e recebam os primeiros atendimentos e*
- 2. havendo necessidade de transferência da gestante para outro nosocômio, esta somente poderá ser feita uma vez superadas eventuais situações de risco e por meio de ambulância.*

Adverte que o não atendimento às recomendações supra descritas ensejará a adoção de providências judiciais e administrativas cabíveis à espécie.

*Assinado por: Vidal Serrano Nunes Jr.
Motauro Giocchetti de Souza”*

Não sei se, no período em que era comum encontrar cartazes declarando que não havia vagas pois o berçário estava fechado, os alunos que passaram por estágio de internato tiveram acesso a essa carta afixada no mural do departamento. É possível que aqueles que não tiveram considerassem normal afixar cartazes com aquele teor. Afinal de contas, era uma prática sancionada pelo departamento naquele período e realizada em outras maternidades públicas também⁶⁶. Nesse sentido, cabe indagar sobre as

⁶⁶ Pude constatar isso em 2000, quando participei da equipe de pesquisa para a tese de DINIZ (2001).

consequências dessa prática na formação ética dos estudantes de medicina dessa Faculdade.

Os residentes não apenas incorporam as barreiras institucionais daqueles serviços, como ampliam o âmbito de restrições que se gera em relação à demanda. Nesse sentido, a primeira reação da médica, de procurar barrar o acesso de uma parturiente em trabalho de parto, antes mesmo de atendê-la e determinar o grau de urgência/emergência, exemplifica esse processo. Diante da ineficiência dos cartazes em afastar a parturiente da “porta” antes mesmo de entrar e uma vez ultrapassado essa primeira barreira, a médica procurou, inicialmente e sem sucesso, remeter a parturiente novamente para o outro lado daquela porta, para o lado de fora do serviço. Assim, não teria que avaliar seu estado de saúde e, conforme for, providenciar sua transferência ambulatorial a um outro serviço que dispunha de vagas.

Em não havendo condições de atender a clientela, há um sistema de central de vagas implantado pela Secretaria de Saúde, que foi estabelecido justamente para fazer frente a esse problema e procurar eliminar o processo de peregrinação hospitalar. A central de vagas atribui, aos setores de urgência e emergência obstétrica, a responsabilidade de realizarem um primeiro atendimento e uma avaliação obstétrica. Caso se estabeleça que se trate de uma urgência ou emergência, se providencia a transferência da parturiente, se há condições, ou senão, o serviço presta os primeiros atendimentos até que seja possível efetuar a transferência da parturiente. A repercussão que os cartazes na ante-sala pretendem criar se contrapõe diametralmente à concepção de universalidade de acesso aos serviços de saúde. Seu intuito é o de fazer com que a clientela nem ultrapasse a porta, submetendo-se a uma avaliação médica, mas desista antes disso, de demandar socorro ao serviço, e siga, por conta própria, à procura de outro serviço.

Nota-se que a intervenção da interna nesse caso foi de fundamental importância para alterar o encaminhamento sendo dado pela sua supervisora em dois momentos. Primeiro quando começa a lhe prestar assistência após a tentativa de sua supervisora de barrar o acesso da parturiente ao serviço. E depois quando questiona a conduta proposta pela sua supervisora de transferir a parturiente a outro hospital. Nesse sentido, pode-se dizer que o “caso” propiciou à interna a oportunidade de participar ativamente de um drama médico (BECKER et al., 2002[1061]) ou drama moral (GOOD, 1994). Para tanto foram essenciais os conhecimentos técnicos e científicos e a experiência prática que adquirira na assistência ao parto em sua formação até aquele momento. No primeiro momento, o fato de a interna saber que a ruptura da bolsa se configurava como urgência obstétrica e, portanto, uma situação que demandava atendimento e maior averiguação, foi de fundamental importância. No segundo momento, soube exercitar seu julgamento clínico, a partir de seu domínio das técnicas do exame pélvico e da dinâmica uterina, adquirido a partir da experiência no acompanhamento de outros trabalhos de parto, para entender que a paciente estava na fase ativa do trabalho de parto, e chegar à conclusão de que seria perigoso transferi-la naquelas circunstâncias. Pode-se dizer que, em ambos os momentos, esse caso ilustra como, “tecnologicamente, portanto, o diagnóstico é igualmente exercício ético” (SCHRAIBER, 1997a:189).

Esse caso é excepcional e, por isso mesmo, interessante, porque a interna, mediante sua avaliação do caso e diante de uma discordância em relação à conduta sendo proposta pela sua supervisora, transcendeu a hierarquia profissional, procurando a pessoa logo acima desta – o médico do segundo ano de residência – para lhe pedir sua avaliação e intervenção no caso. Essa atitude – a de buscar intervir em um caso, mediante a solicitação da intervenção de um profissional mais graduado, contestando assim a conduta proposta pela médica responsável pela sua supervisão direta – não é

muito comum, pois, de modo geral, os internos e mesmo os médicos tendem a respeitar a hierarquia profissional, até mesmo quando não concordam com as condutas sendo tomadas. Havia uma indisposição de grande parte dos médicos do programa de residência em ginecologia e obstetrícia em relação à médica em questão. Talvez esse fato tenha contribuído para que a interna não seguisse estritamente as orientações de sua supervisora e se sentisse mais à vontade para questionar as decisões e condutas tomadas por ela. Além disso, conhecia o superior hierárquico dessa médica, o médico no segundo ano de residência que também realizava estágio no pronto-socorro e que estava presente naquela situação.

A despeito das possibilidades criadas institucionalmente para justificar a transferência da paciente, ela acabou tendo seu acesso garantido. Para que isso ocorresse, foram de fundamental importância o aparecimento providencial da assistente que exercia a função de chefe de plantão e a decisão que ela tomou em relação ao caso. Nota-se que o residente se sentiu um pouco inseguro em relação à tomada de decisão. Caso resolvesse internar a paciente, poderia entrar em confronto com o chefe de plantão ou outros assistentes, já que a orientação geral do departamento, diante da carta encaminhada pelo serviço de neonatologia, era de transferir as pacientes, mesmo as de baixo risco, para outros hospitais. Quando ele pergunta se há uma ambulância na porta, pronta para sair e onde fica o hospital para onde iriam encaminhar a paciente, caso resolvesse transferi-la, está indagando sobre as probabilidades de a paciente chegar ao hospital de destino antes de dar à luz. Essa situação lhe leva a hesitar, buscando, finalmente, o apoio do chefe de plantão na tomada de decisão. Por outro lado, a possibilidade de a paciente dar à luz a caminho do outro hospital e, portanto, em uma situação precária, não impede a médica de solicitar e insistir na transferência, como fica

claro em sua conversa com a interna. Tampouco essa situação a impede de propor à interna que se responsabilize por acompanhar e prestar assistência à gestante no trajeto.

É preciso dizer que a transferência de pacientes em estágios avançados de trabalho de parto, nos quais há alguma probabilidade maior ou menor, de darem à luz no caminho do hospital de destino, não é um evento raro. Também não é excepcional, aparentemente, embora seja antiética, a prática de incumbir um membro da equipe sem qualificação legal para prestar assistência ao parto, da atenção ao longo desse trajeto. No hospital secundário onde os internos do 5º da Faculdade X realizavam o estágio de obstetrícia, me informaram que as assistentes de enfermagem eram habitualmente incumbidas de acompanhar as transferências de parturientes em trabalho de parto para outros hospitais. Ao mesmo tempo, o fato de a transferência se constituir em uma alternativa real nesse caso gerou uma circunstância em que a interna pôde desempenhar um papel fundamental, influenciando na tomada de decisão. Por todos os motivos mencionados, certamente a participação na assistência a Madalena representou uma experiência importante no processo de formação médica dessa interna.

A problemática do acesso ao serviço de urgências e emergências potencializa tensões e conflitos entre a clientela e as instituições de saúde e, por vezes, entre os diferentes serviços e/ou categorias profissionais responsáveis pela sua recepção e assistência (DESLANDES, 2002; SÁ, 2005; GIGLIO-JACQUEMOT, 2005). Especificamente os serviços de urgência e emergência obstétrica também incluem, potencialmente, as tensões entre os serviços responsáveis por uma ou outra parcela da clientela – a gestante/parturiente/puérpera e o feto, isto é, o serviço obstétrico por um lado e, por outro, o serviço neonatal responsável pelo recém-nascido. No caso acima relatado, nos chama particular atenção o modo como se expressam as tensões e conflitos de poder entre distintos membros da equipe obstétrica e suas implicações para a

formação médica. Nesse sentido, nota-se que a conduta proposta pela médica coloca em risco duplamente a saúde e a própria vida da parturiente e seu bebê. Pretendia transferi-los, mesmo achando que seria possível que o parto ocorresse no trajeto do hospital de destino, e propõe à interna que esta se responsabilize pelo parto nessas circunstâncias precárias e sem qualquer supervisão. A interna teve o discernimento para recusar a “oferta” de sua supervisora, deixando claro para esta que estava ciente de que se tratava de uma proposta descabida. Porém, ao questionar não apenas a “oferta” de acompanhar a paciente, como também a própria conduta sendo proposta pela médica, isto é, a transferência, a postura da interna, aparentemente, se torna insustentável para sua supervisora. É nesse momento que o corpo da parturiente é instrumentalizado no conflito instaurado entre a médica e a interna. Por meio de um ato de violência física praticado contra a parturiente – a dilatação manual do colo de seu útero – a médica “corrige” a avaliação da interna: *“Agora está com 6 dedos de dilatação!”* Não hesita em causar dor e desconforto à parturiente ao procurar impor sua autoridade em relação à interna, colocando em questão a competência técnica dessa última.

Embora o ato acima descrito seja particularmente violento, pelo seu caráter intencional, é preciso salientar que não se trata da única instância, na situação acima retratada, em que houve indiferença ou falta de preocupação, por parte dos membros da equipe médica em relação à dor e/ou incômodo adicional que suas intervenções poderiam provocar à paciente. Como mencionamos, vários toques foram realizados durante as contrações. Isso ocorre em ambos os serviços com muita frequência, pois os toques, sejam estes realizados segundo uma periodicidade preestabelecida ou não, sempre são feitos de acordo com as conveniências dos membros da equipe, inclusive os alunos. Mesmo que o tempo de duração de uma contração seja relativamente breve, e que o tempo entre as contrações seja, em geral, maior, a tendência não é a de se levar

em conta que a espera de alguns segundos, para que a contração passe, poderia representar uma grande diferença em termos de dor e conforto para a parturiente. É o tempo da equipe médica e não o tempo da parturiente que orienta a conduta e isso se explicita, entre outras coisas, nas atitudes dos médicos e estudantes em relação ao toque. A frequência com que a parturiente é tocada, como se evidência no caso acima descrito, também não está no rol de preocupações da equipe que a atende. Aliás, a despeito das claras evidências de que esta paciente estava em um estágio já avançado do trabalho de parto, se exigiu, reiteradamente, uma medida concreta desse progresso, transformado-a assim em “dado objetivo”, como fundamentação para a conduta sendo proposta. Aparentemente, há uma espécie de cegueira ou indiferença dos membros da equipe em relação ao desconforto e à dor que provocam desnecessariamente por meio de algumas de suas intervenções. Essa atitude tende a ser reproduzida na formação.

Essa cena no pronto-socorro obstétrico também coloca em evidência a existência de outro tipo de barreira que se interpõe ao acesso da clientela, que se distingue daquelas acima referidas, porque opera de forma seletiva enquanto aquelas, a princípio, restringem o acesso de *toda* a clientela, indistintamente. Referimo-nos à classificação da clientela pelos profissionais de saúde a partir de determinados juízos de valor e à freqüente intervenção desses valores na ordem de prioridade do atendimento, do diagnóstico, do tratamento e/ou da orientação final que recebem.

No atendimento ao caso acima descrito, a médica indica claramente não apenas seu preconceito em relação às pacientes estrangeiras, como sua insatisfação quanto ao fato de que tenha sido uma “gringa”, e não uma brasileira, que tenha ocupado um leito no hospital-escola naquelas circunstâncias em que o acesso a vagas era restrito. Nesse sentido, coloca em evidência que os critérios que norteiam sua avaliação acerca da ordem de prioridade no atendimento a urgências e emergências obstétricas não são

exclusivamente clínicos. Aparentemente, no entender dessa médica, brasileiras deveriam ter prioridade em relação às “gringas”. Segundo a escala de valores por meio da qual ordena as pacientes, aquelas mereceriam mais dispor dos serviços hospitalares em questão do que estas últimas. Não foram esses critérios de avaliação que nortearam a tomada de decisões, pois nesse caso, posturas divergentes, tendo por base outros critérios de avaliação, puderam se expressar. Entretanto, cabe ressaltar que houve outras circunstâncias, ao longo da pesquisa de campo, em que constatamos que “pacientes estrangeiras” se incluíam entre as categorias sociais que freqüentemente recebiam um tratamento hostil ou discriminatório.

Outra categoria que freqüentemente recebe tratamento hostil ou discriminatório são as mulheres que não fizeram pré-natal, como mencionamos acima. Em geral muito mal recebidas pela equipe médica, não raro também são alvo de atitudes discriminatórias no que diz respeito ao acesso aos serviços hospitalares no momento do parto, como se pode depreender na cena relatada abaixo, no pronto-atendimento do hospital secundário vinculado à Faculdade X, onde os internos do 5º ano realizavam seu estágio em obstetrícia.

5.9.2.3.2 *Caso 2*

A interna está atendendo uma paciente que está deitada na maca de uma das salas do pronto-atendimento e lhe pergunta o que está sentindo. A paciente lhe conta que veio de manhã àquele mesmo serviço porque estava sangrando e com dor e a médica que lhe atendeu lhe disse para voltar caso sentisse dor novamente. Afirma que

está sentindo dores a cada 10, 15 minutos e então resolveu voltar. A interna lhe pergunta sobre sua história obstétrica e pede para ver seu cartão de pré-natal.

Paciente: *“Não fiz pré-natal desse.”*

Interna: *“Não fez pré-natal desse? E por que não?”*

Paciente: *“Porque não queria.”*

Interna: *“E por isso não fez pré-natal?!”*

A interna retoma a rotina da consulta: calcula a data provável do parto a partir da data da última menstruação da paciente, mede sua pressão arterial e comenta com a paciente que está normal. Depois pede licença para examinar sua barriga e verifica a posição em que se encontra o feto, medindo, em seguida, a altura uterina da gestante com a fita métrica. Então retoma o assunto, que evidentemente lhe incomoda:

Interna: *“Então quer dizer que a senhora não fez nadinha?”*

Paciente: *“Bem, fiz um ultra-som aqui.”*

A interna posiciona o sonar no abdômen da paciente, localiza o coração do bebê, e mede o batimento cardíaco fetal.

Interna: *“O foco tá bonzinho, viu? A senhora dá licença que vou falar com meu chefe, tá?”*

A interna sai da sala, deixando a porta aberta, e vai ao encontro de um dos assistentes no corredor do pronto-atendimento. Com a ficha em mãos, começa a apresentar o caso, identificando a paciente pelo nome:

Interna: *“_____, 26 anos, tercigesta [uma mulher que tinha tido duas gestações anteriores aquela], com dois partos normais anteriores, com 38 semanas e 2 (dias); PA: 124 por 86, altura uterina de 38 cm, BCF de 136, está com dor em baixo ventre. Refere uma contração a cada 10-15 minutos. Procurou o serviço hoje de manhã, apresentando um episódio de sangramento. Não fez pré-natal dessa gestação, pois alega que foi indesejada.”*

Assistente: *“Você já fez toque vaginal alguma vez na vida?”*

Interna: *“Já”*

Assistente: *“Então pode fazer e depois me chama.”*

A interna volta para a sala de atendimento, e avisa a paciente:

Interna: “Vou fazer um exame de toque, tá?, para ver como está a dilatação.”

Colocando as luvas, sem antes lavar as mãos, ela se aproxima da paciente e diz,

Interna: “Afasta os joelhos e relaaaaaxaaa! Issssssooooo!”

A interna introduz o dedo indicador e o dedo do meio na vagina da paciente, aproximando-os do colo do útero, e procura avaliar a dilatação. Após alguns segundos, retira sua mão e remove as luvas. Pede licença novamente e sai à procura do assistente.

Ao encontrá-lo, comenta:

Interna: “Estava muito apertada, não consegui sentir a dilatação do colo!”

O assistente entra na sala, coloca a luva da mão direita e, se dirigindo à paciente, diz:

Assistente: “Afasta os joelhos, filha. Relaxaaa! Issssssooooo!” e, dirigindo se à interna, “São quatro dedos de dilatação.”

O assistente retira a luva, vai até a pia e lava as mãos. Pega a fita métrica e mede a altura uterina da paciente, e corrigindo a medida feita pela interna, diz:

*Assistente: “A altura uterina é 34 centímetros.”
Interna: “34 cm! Errei por 4 cm! 4 cm é muito!”*

O assistente dá algumas instruções para a interna acerca do preenchimento da ficha clínica obstétrica e sai novamente da sala. A interna prossegue com a entrevista,

Interna: “_____, que cor que posso colocar para você?”

Paciente: “Negra.”

Interna: “Você acha que existe algum risco de você estar com aids?”

Paciente: “Não.”

Interna: “As dores começaram há quanto tempo?”

Paciente: “Desde manhã, mas faz 40 minutos que ficaram mais fortes.”

O assistente entra novamente na sala, trazendo um monitor fetal. Ele pede para a paciente se sentar enquanto vai ajustando os transdutores em seu abdômen. E, então, dirigindo-se à paciente:

Assistente: *“Você não queria ter esse filho por quê?”*.

A paciente abaixa os olhos e permanece em silêncio.

Assistente: *“Por que você não evitou?”*

A paciente permanece em silêncio.

Assistente: *“Não tem vaga para você. O que você prefere? Você pode ser encaminhada para qualquer hospital de São Paulo que tenha vaga ou pode procurar vaga sozinha.”*

A paciente começa a chorar.

Paciente: *“Prefiro ser encaminhada.”*

Assistente: *“Você sabia que não teria vaga sem pré-natal, não sabia?”*

Paciente: *“Me falaram.”*

A paciente continua chorando e o assistente sai da sala. A interna termina de fazer a leitura do monitor fetal e então acompanha a paciente a uma cadeira no corredor do pronto-socorro obstétrico onde aguardará a transferência.

Durante mais de duas horas a paciente aguardou enquanto se procurou uma vaga em outro hospital e se providenciava uma ambulância para seu transporte. A maior parte do tempo permaneceu sentada, chorando. Embora estivesse em trabalho de parto, não foi reavaliada para averiguar sua dilatação antes de ser transferida..

Esse caso, embora também fosse definido como uma urgência obstétrica, teve outro desfecho. Não houve, por parte da interna, qualquer questionamento da conduta de seu supervisor. Talvez um dos motivos para isso, além da tendência a acatar a autoridade de seus hierárquicos superiores, particularmente em se tratando de um assistente, seria que, nesse serviço, havia uma norma interna, segundo a qual o acesso era restrito às mulheres que haviam feito pré-natal. A existência dessa norma é mencionada pelo assistente em seu diálogo com a paciente: *“Você sabia que não teria vaga sem pré-natal, não sabia?”*. Nota-se que, nesse caso, essa norma é aplicada em uma situação de urgência

e em um momento em que havia vagas no pré-parto. Quando o assistente declara que não há vaga, deixa claro para a paciente que não há vaga *para ela* e que isso se deve ao fato de não ter feito pré-natal. Trata-se de um mecanismo de exclusão que lhe é imposto em um momento de evidente necessidade, como uma punição. Nesse sentido, nos parece que fere princípios de ética médica sendo um ato de discriminação e de crueldade. A “oferta” de “optar” entre ser transferida ou sair à procura de uma vaga é também questionável, à medida que sabe-se, como mencionamos acima, que a peregrinação hospitalar é uma das principais causas de morte materna e que a criação de uma central de vagas se deve justamente ao reconhecimento do Estado dessa realidade e da necessidade de garantir o direito universal ao acesso hospitalar em casos de urgência e emergência obstétrica. Porém, a existência da norma interna acima mencionada e a atitude do profissional em questão de dar prioridade a essa norma, mesmo em um caso de urgência obstétrica, indicam que o acesso ao atendimento de urgência não é interpretado como um direito universal, mas como um privilégio garantido apenas as pacientes que “merecem”: nesse caso, aquelas que fizeram o pré-natal.

ROTH (1972) chama atenção para a classificação dos pacientes pelos médicos em serviços de emergência norte-americanos segundo uma avaliação moral e sua influência sobre a ordem de prioridade do atendimento, o diagnóstico, o tratamento e a orientação final que recebem. Descrevendo a população atendida nos serviços de emergência pesquisados pelo autor e sua equipe na década de 1970, comenta que aquela era composta, majoritariamente, por pessoas de baixa renda e de grupos étnicos não-anglo-saxônicos. À diferenciação e à desigualdade que caracteriza a relação entre clientela e profissionais, o autor acrescenta a situação de desespero em que aquela se encontra e que afeta a postura assumida pelos profissionais diante dela:

“Muitos pacientes estão em uma posição de suplicar ajuda da equipe (do setor de emergência), por vezes por uma condição

para a qual o paciente pode ser considerado responsável. Com uma população como essa, a equipe pode facilmente manter uma postura de superioridade moral. Eles vêem a maioria dos pacientes como pessoas que não merecem os serviços que lhes estão à disposição.” (ROTH, 1972:842)

Em se tratando de serviços de urgência e emergência, em que a rapidez do julgamento clínico e da intervenção profissional é por vezes essencial para que sejam bem sucedidos, ROTH também enfatiza a rapidez com que se lança mão de certas pistas, facilmente detectáveis, para a avaliação e ordenação hierárquica da clientela segundo juízos de valor. Entre os critérios utilizados pelos profissionais norte-americanos como base para a avaliação inicial da clientela, o autor menciona raça, idade, modo de se vestir, linguagem e sotaques. Outras pistas também utilizadas nesse processo, a partir de uma rápida interação com a clientela, incluem o status econômico, tipo de emprego, a existência ou não de seguro de saúde, a legitimidade dos filhos e a situação marital.

Nos últimos anos, alguns estudos observacionais realizados em setores de urgência e emergência de hospitais públicos brasileiros também vêm procurando descrever e analisar os diferentes modos pelos quais critérios não-técnicos informam as avaliações de profissionais de saúde e outros trabalhadores atuando nesses setores acerca da sua clientela e influenciam os encaminhamentos realizados (DESLANDES, 2002; SÁ, 2004; GIGLIO-JAQUESMOT, 2005).

DESLANDES(2002) observa que tanto a população classificada pelos profissionais como pertencente à categoria de “bandidos”, como aquela incluída na categoria “população de rua” seriam alvo de discriminação, sendo preteridas na ordem de prioridade dos serviços. Segundo a autora,

“Podemos supor que os indivíduos que vivem nas ruas, em situação de mendicância, causem repulsa aos profissionais de saúde pelo mau cheiro, sujeira de seus corpos e embriaguez.

Temos como hipótese que todos aqueles que estariam em situação de ‘marginalidade’, seja qual for o julgamento que isto signifique, poderiam ser merecedores de indiferença ou tratamento hostil. (...) Aos poucos, os mecanismos de identificação discriminatória se costumam e neles se justapõem os estigmas: o negro, o miserável, o bandido. Sutilmente vão se tornando mais seletivos e preconceituosos os parâmetros de tratamento humano. Em uma sociedade fundada na naturalização da desigualdade, constrói-se um amálgama entre a pobreza e a criminalidade, entre pobreza e desvalorização moral e social.” (DESLANDES, 2002:144)

Esses mesmos processos discriminatórios são corroborados por SÁ (2004) e por GIGLIO-JAQUESMOT (2005). Esta última autora assinala que, entre as categorias de pacientes em relação às quais observou a existência de preconceitos sociais no setor de urgências e emergências de um hospital público brasileiro por ela pesquisado, se incluem as mulheres e presumidos alcoólatras, drogados e pacientes psiquiátricos. A autora também sugere que haveria, entre os profissionais, preconceitos em relação à população de baixa renda de modo geral:

“É de se perguntar se a forte desconfiança e desprezo dos médicos pelos pacientes (“são ignorantes”, “fingem”, “mentem” etc.) não estão ligados, em grande parte, a preconceitos sociais, visto que a clientela é composta em quase totalidade por pacientes de baixa renda, e que os raros pacientes que aparentam um bom ou alto nível social são geralmente atendidos com mais consideração e rapidez, tanto por eles quanto pelo resto do pessoal que atua no pronto-socorro.” (GIGLIO-JAQUESMOT, 2005:133)

Assim, se preconceitos sociais existentes entre os profissionais de saúde por vezes se manifestam por meio de processos discriminatórios que singularizam categorias específicas da população, há também outros que operam por meio da homogeneização da população atendida.

SÁ indica que há, por parte dos profissionais de saúde, um processo de encobrimento da heterogeneidade que caracteriza a população que vem à porta do

hospital. Esse processo de homogeneização transparece no discurso dos profissionais quando estes utilizam, quase que exclusivamente, a categoria “carência” para definir essa população. Esse processo estaria marcando não apenas um afastamento entre profissionais de saúde e população atendida como um alheamento daqueles em relação a esta. Ademais, esse processo permitiria aos profissionais de saúde negar a subjetividade e a própria condição humana desse “outro” representado como “carente” e mascarar a violência simbólica implícita nessa redução. O modo como o uso dessa categoria “carência” tende a se associar às expressões de pena, piedade e comiseração contribui para o encobrimento da violência simbólica implícita no uso dessa categoria. Visando melhor esclarecer o que seria a piedade e o modo como a “carência” desperta esse sentimento, SÁ recorre a SAWAIA, que por sua vez recupera a distinção que ARENDT faz entre piedade e compaixão:

“A compaixão é sofrimento que nos faz voltar à ação social, pode adquirir um caráter público e unificar os homens em torno de um projeto social. A piedade é a paixão pela própria compaixão, é sentimento que encontra em si mesmo o seu próprio prazer, aprisionando o homem ao seu próprio sentimento.” (ARENDT apud SAWAIA apud SÁ, 2005:263).

A piedade é mobilizada por um processo de distanciamento e alheamento em relação ao outro, que se expressa no uso da categoria carência. Por outro lado, os processos identificatórios são centrais para a mobilização da compaixão, enquanto sofrimento que se volta para a ação social. Para a autora:

“(…) na piedade não haveria identificação, nem conseqüentemente mobilização para a ação. No trabalho em saúde, a piedade alimentaria a apatia e o conformismo, a prestação de saúde como um favor ou caridade, e seria, talvez, o que de melhor pode emergir da relação com o outro reduzido à categoria do “não-o mesmo”, à dessemelhança radical”. (SÁ, 2005:264)

Estaríamos, nesse sentido, bastante distantes de uma concepção de direito universal à assistência a saúde, pois o favor ou a caridade se presta segundo a disposição pessoal e/ou critérios de mérito utilizados para classificar as pessoas assim favorecidas pelos prestadores.

E os diferentes tipos de processos discriminatórios não apenas influenciam várias facetas do exercício da prática médica, como também são transmitidos durante a formação, constituindo parte do treinamento profissional. Segundo ROTH:

“Quando passamos os primeiros dias de um ano curricular que estava se iniciando, com um novo grupo de internos em um serviço de emergência, descobrimos que uma parte importante da orientação se direcionava a contar para os internos que não se deveria confiar nos pacientes e que estes não tinham que ser tratados polidamente.” (ROTH, 1972:842)

BECKER et al. (2002[1961]), aliás, já haviam assinalado, uma década antes de ROTH (1972), que um aspecto significativo da formação médica norte-americana dizia respeito aos critérios pelos quais pacientes eram avaliados pelos estudantes. Porém, embora indique as categorias utilizadas pelos alunos para classificar seus pacientes e aponte para diversas fontes desses sistemas classificatórios – cultura médica, cultura de classe, concepções relacionadas ao sexo (hoje diríamos gênero) –, aqueles autores não chegaram a afirmar que os juízos de valor em pauta poderiam intervir com o julgamento clínico e, portanto, comprometer o exercício da medicina.

Procuramos chamar atenção para o modo como processos discriminatórios se fazem presentes no cotidiano do treinamento em serviço dos pronto-socorros e pronto-atendimentos obstétricos dos hospitais-escola pesquisados. Tal como ROTH (1972) sugere acima, parte da orientação que os internos recebiam de alguns de seus supervisores, como vimos, consistia em lhes aconselhar a não confiar nas pacientes. E os alunos por vezes se queixavam do tratamento rude que as pacientes recebiam de seus supervisores. Ao mesmo tempo, notamos no discurso de supervisores e de alunos o uso

de categorias e/ou de mecanismos discriminatórios de classificação de pacientes que têm sido observados com frequência em pesquisas com profissionais médicos e/ou estudantes de medicina em distintos contextos. Ademais, observamos como determinados preconceitos sociais permeiam o ambiente de ensino. Além dos preconceitos em relação a gênero, mais generalizados, também houve manifestações de preconceito contra algumas outras categorias sociais específicas, a exemplo das “gringas” e “nordestinas”. A referência à “carência” das pacientes é comum entre alunos e professores, sendo um dos marcadores de processos discriminatórios que tendem a homogeneizar a população atendida, como sugere SÁ. Eles tendem a identificá-la também como uma população “mais simples” ou “muito simples” e/ou de “nível socioeconômico baixo” e de “escolaridade baixa”. Referências às pacientes como “folgadas” e como “quase inimigas”, na fala de alguns dos supervisores desse setor, constituem, a nosso ver, outras formas de sinalizar a distância e alheamento em relação àquelas. A menção à “passividade” das usuárias e a tendência que atribuem a elas de entender a prestação de serviço como um favor são, a nosso ver, outras formas de sinalizar distância e alheamento em relação às pacientes que transparecem no discurso dos alunos entrevistados.

Por vezes esses distintos processos discriminatórios se restringem à explicitação de juízos de valor entre membros da equipe, por vezes se traduzem em tentativas de influenciar as atitudes dos alunos; e, por vezes, os juízos de valor efetivamente influenciam atitudes e ações de membros da equipe médica em relação às usuárias dos serviços. Os casos acima ilustram como juízos de valor por vezes influenciam as tomadas de decisão nos setores de urgência e emergência obstétrica dos hospitais-escolas estudados. Em ambos os casos, critérios morais emergiram como fatores que influenciaram as decisões em relação ao acesso das pacientes. No segundo caso, esse

fator foi determinante na decisão de impedir o acesso de uma gestante em trabalho de parto ao serviço. Nesse sentido, os dois casos apontam para a presença de grandes desafios e obstáculos ao desenvolvimento de uma ética do trabalho no treinamento em obstetrícia nesses setores. O segundo caso representa um desvirtuamento do ato médico enquanto técnica moral-dependente e uma desqualificação do seu ensino e treinamento. Ao mesmo tempo, a força com que esses juízos de valor puderam se expressar e influenciar o ato médico é indicativa da frágil penetração dos princípios éticos referentes aos direitos humanos, presentes no Código de Ética Médica, ou dos direitos à saúde sexual e reprodutiva no ensino da obstetrícia. Há de se perguntar: quais as repercussões que a banalização de distintas formas de violência em relação às usuárias no cotidiano do treinamento em serviço tem sobre a formação em obstetrícia?

5.9.3 Centro obstétrico

O centro obstétrico dos três hospitais em que os internos das Faculdades X e Y realizam seus estágios de internato é dividido em áreas de pré-parto e parto. As salas de pré-parto são coletivas, havendo nelas acomodações para duas ou três pacientes a depender do hospital. O número de salas de pré-parto e de parto também variava conforme o hospital.

5.9.3.1 Pré-parto

No pré-parto, os internos eram instruídos a *controlar* e registrar em prontuário e/ou em partograma, a depender da Faculdade⁶⁷, a evolução do trabalho de parto. O controle da evolução do trabalho de parto é assim descrito no manual de 6º ano do internato da Faculdade X:

“Cabe ao interno a condução de todas as gestantes em trabalho de parto, sendo responsável por:

- *Dinâmica uterina⁶⁸ periódica (a cada 15 minutos);*
- *Monitorização (a cada 15 minutos);*
- *Análise do traçado cardiotocográfico com auxílio de residente ou assistente;*
- *Exame físico periódico conforme orientação do residente (amnioscopia⁶⁹, toque vaginal, especular, PA [pressão arterial] etc.)*
- *Amniotomia⁷⁰, quando necessário;*
- *Introdução e ajuste de ocitocina conforme orientação;*
- *Participar da indicação de analgesia/anestesia da paciente;*
- *Com esses dados em mãos, o interno é responsável pelo adequado preenchimento do partograma, devendo estar atento à evolução do trabalho de parto e possíveis intercorrências.*
- *Será ainda responsável por sempre manter atualizada uma relação com as pacientes que encontram-se no pré-parto, as respectivas condutas e evolução dos casos.*

⁶⁷ Na Faculdade Y, deveria fazer registro em prontuário até o momento de abrir o partograma, mas as instruções em relação a quando abrir o partograma variavam, tanto em sala de aula, conforme o professor, quanto no CO, conforme e se o interno ou residente lhe dava instruções a respeito ou se se recordava de fazê-lo em algum momento.

⁶⁸ Trata-se do controle da frequência e intensidade das contrações uterinas, que aprendem a fazer com a palma da mão sobre o abdômen da gestante e, alternativamente, com o auxílio de um aparelho denominado cardiotocógrafo, que também monitora o batimento cardíaco do feto.

⁶⁹ Trata-se de exame, realizado com auxílio de aparelho, por meio do qual se verifica o aspecto do líquido amniótico — um dos parâmetros por meio dos quais se avalia a maturidade fetal e se há mecônio, isto é, se o feto evacuou. A presença de mecônio, por vezes, é parâmetro de intervenção nesses serviços, embora isso seja controverso.

⁷⁰ Trata-se de uma intervenção, realizada a maioria das vezes com auxílio de aparelho, por meio da qual se rompe o âmnio e o cório, ou a bolsa d'água. Em cada uma das escolas há um momento que se ensina que é “oportuno” para se romper a bolsa. As instruções a esse respeito são reiteradas diversas vezes durante o ensino, durante o primeiro módulo de formação teórica e nos dois estágios em ambas as Faculdades e não coincidem. Além disso, no manual da OMS (2000) acerca de assistência ao parto, o rompimento da bolsa é desaconselhado. Voltaremos a discutir o modo como essa e outras intervenções são realizadas e ensinadas no cotidiano dos serviços pesquisados em outro momento.

- *Todos os dias, na troca de plantão, o interno está responsável pela passagem dos casos do CO (centro obstétrico), com evoluções e desfechos dos mesmos (vistas às 13 h e 20 h)."*

Algumas questões nos chamam a atenção em relação a essas instruções. A começar, cabe comentar que essas instruções minuciosas e por escrito constam unicamente do programa de internato em obstetrícia do 6^o ano da Faculdade X. Isto é, embora a aprendizagem e a realização do controle e registro desses diversos procedimentos se iniciem no 5^o ano, os alunos não recebem instruções por escrito a esse respeito em nenhuma das duas Faculdades naquele momento. Na Faculdade Y, isso não é surpreendente, já que como vimos, as instruções e orientações tendem a ser transmitidas única e exclusivamente via oral. Porém, na Faculdade X, recebem, em ambos os anos do internato, programas com instruções minuciosas. Talvez por isso mesmo seja curioso que no hospital secundário onde realizam o estágio de internato de obstetrícia no 5^o ano, constem instruções minuciosas acerca das suas responsabilidades em outros serviços obstétricos em seu programa, mas não sobre suas atividades no pré-parto, embora estas sejam inclusive objeto de avaliação.

Outro aspecto que chama atenção acerca das instruções acima é que seu foco está no controle e condução do trabalho de parto por meio de uma série de procedimentos menos ou mais intervencionistas que devem ser treinados pelos internos. E, visando esse aperfeiçoamento técnico do controle e condução do trabalho de parto, são instruídos minuciosamente a voltar suas atenções para e a manipular, com ou sem o auxílio de instrumentos diversos, o abdômen e vagina da parturiente. Também devem aprender a manusear e monitorar as máquinas que registram suas contrações e o batimento cardíaco de seu feto e a introduzir e ajustar a entrada de uma substância que

altera ambos – a ocitocina – e sobre cujos efeitos recebem poucas informações. Por vezes também devem medir sua pressão ou monitorar máquinas que o façam.

As instruções acima acerca das responsabilidades dos estudantes no acompanhamento do trabalho de parto nos mostram a pertinência e atualidade da interpretação que HAHN (1987) e que MARTIN ([1987]2006) fizeram, ainda na década de 1980, dos valores que orientam a assistência médica ao trabalho de parto e parto. Como mencionamos anteriormente, essa última autora indica que, nos manuais de medicina norte-americanos, o trabalho de parto se pauta pela valorização da produção em larga escala e da eficiência. Tal como outras formas de produção fabril, o trabalho de parto é subdividido em estágios, e procura-se controlá-lo por intermédio de estratégias de manejo científico. E o papel atribuído ao médico ou, em nosso caso, ao estudante de medicina sob a orientação de outros membros da equipe médica e/ou de enfermagem, é o de supervisor ou capataz desse processo de produção, que tem por objetivo produzir, de modo mais eficiente possível, os melhores “produtos” que, no caso, são os bebês. Segundo a autora:

“Em suma, o imaginário médico justapõe duas imagens: o útero como máquina que produz o bebê e a mulher como trabalhadora que produz o bebê. Em alguns momentos, as duas talvez se juntem, de maneira consistente, como mulher-trabalhadora cujo útero-máquina produz o bebê. Que papel é atribuído ao médico? Acho que está claro que ele é visto predominantemente como supervisor ou capataz do processo do parto. Primeiro, uma expressão quase universal para o papel do médico é que ele ‘conduz’ o parto. Condições especiais demandam uma ‘condução ativa’; cesarianas anteriores ou outras condições requerem uma ‘condução vigilante’, no caso de se permitir um parto vaginal. Segundo, cabe aos médicos, evidentemente, decidirem quando o ‘ritmo’ do trabalho é insuficiente e quando deve ser acelerado por meio de drogas ou instrumentos mecânicos. (...)”(MARTIN, 2006[1987]:117-18).

Por outro lado, a aparente racionalidade e rigor científico que estariam norteando o trabalho médico nesse processo, em que a mulher claramente assume um papel secundário e subordinado àquele, é questionado pela autora:

“Se o médico está conduzindo o útero como uma máquina e a mulher como uma trabalhadora, seria o bebê visto como ‘produto’? Parece que a preocupação dos médicos com o ‘resultado fetal’ do parto é algo que está acima de qualquer crítica. O que parece significativo é que a cesariana, que exige o máximo de ‘condução’ por parte do médico e um mínimo de ‘trabalho’ do útero e da mulher, é considerada como o processo que fornece os melhores produtos” (MARTIN, 2006[1987]:119).

Essa perspectiva médica, que tende a idealizar a cesariana como modo de assistência e tipo de parto, tem sido objeto de análise não apenas nos Estados Unidos⁷¹, como também no Brasil, onde é vista como um dos fatores que contribuiu para o processo de “cirurgificação” do parto (CARRANZA, 1994; DINIZ, 1996). Porém, não é essa nossa preocupação central no momento; o que nos parece interessante é a ênfase que a perspectiva médica assinalada acima coloca no papel ativo do médico como aquele que conduz e controla o trabalho de parto e que também transparece nas instruções aos internos.

Ao descrever as responsabilidades do interno na assistência ao trabalho de parto, o manual dos internos da Faculdade X acima citado dedica apenas uma única frase à relação com a paciente, a qual é bastante vaga. O que significa, nesse contexto, “*manter atualizada uma relação com as pacientes*”? Efetivamente, caso fossem seguir à risca essas instruções, isto é, caso fossem “controlar” ou “avaliar” a dinâmica uterina da parturiente e monitorar o batimento cardíaco fetal a cada 15 minutos, os internos permaneceriam ao lado de cada paciente praticamente o tempo todo. Isso porque a

⁷¹ Além do trabalho de MARTIN acima citado, ver também DAVIS-FLOYD, 1992. Uma revisão crítica da literatura antropológica norte-americana sobre o parto e nascimento se encontra em VAN HOLLEN, 1994. Uma revisão da literatura antropológica norte-americana e brasileira sobre esse tema se encontra em HOTIMSKY, 2001.

dinâmica uterina é realizada idealmente durante 10 minutos, período em que se convencionou avaliar o número e intensidade de contrações. Mesmo levando em conta que esses controles tendem a ser realizados a cada hora, se tanto, a fase do trabalho de parto pode se estender durante horas e, assim sendo, esse é o período em que o interno teria mais contato, por vezes prolongado e intermitente, com a mesma paciente durante todo seu estágio. Porém, não se trata de um contato que seja apreciado ou cultivado pela maioria dos internos. E, embora muitas vezes a paciente esteja com dor, o interno não recebe qualquer instrução acerca de como orientar a paciente em relação a medidas que poderiam lhe proporcionar algum conforto antes da, e se for indicada, analgesia/anestesia. Embora o fato de terem que se expor às reclamações e aos gritos de dor da parturiente é considerado um dos inconvenientes do acompanhamento do trabalho de parto; acolhê-la, provê-la com orientações ou medidas de conforto simplesmente não fazem parte do rol de atribuições da equipe médica. Aliás, pelo contrário, muitas vezes seu contato com a paciente está diretamente associado, devido aos procedimentos que realiza, com o aumento da sensação de desconforto e dor da paciente, embora nem sempre tenha consciência disso.

Em ambas as Faculdades, o atendimento à paciente no pré-parto, a despeito da oportunidade que poderia, a princípio, representar de formação de um vínculo com a paciente e de aprendizagem do exercício de cuidados a ela, bem como de acompanhamento das variabilidades da fisiologia do trabalho de parto, está muito distante desses objetivos. Ela é, tal como exercida, uma das incumbências menos apreciadas pelos internos e menos valorizadas pela equipe médica como um todo. Nota-se, por exemplo, como um dos professores, em sua apresentação do estágio de internato em obstetrícia do 5^o ano da Faculdade X, se refere ao atendimento à paciente no pré-parto:

“Durante o plantão, é muito importante acompanhar o trabalho de parto – evoluir, auscultar o foco. Ninguém tem interesse em papar o parto de vocês. Só que existe uma regra que é que: para fazer o parto, tem que fazer o acompanhamento do pré-parto. É justo que ‘quem rói o osso, come o filé’. Fazer o acompanhamento do trabalho de parto é um saco! A mulher tá lá reclamando, gritando... Só que, se vocês não acompanham o trabalho de parto, as enfermeiras vão acabar fazendo o parto!!”

Freqüentemente, e à medida que a oportunidade emerge, a incumbência pela dinâmica uterina e seu registro é “terceirizada”. Tal como sugere a fala do professor acima, no estágio de 5º ano da Faculdade X, por vezes membros da equipe de enfermagem assumem essa incumbência que, a princípio ficaria a cargo do interno. No 6º ano de internato nessa Faculdade, a tarefa é por vezes executada pelo médico no primeiro ano do programa de residência. Na Faculdade Y, não raro os internos do 5º ano “terceirizam” essa tarefa para os “acadêmicos” que vêm realizar seus plantões voluntários no período noturno. Esses, por sua vez, já se referem às vezes ao fato de terem de fazer a dinâmica uterina no lugar dos internos como “*trabalho escravo*”. É o que indica uma “acadêmica” entrevistada, ao falar de sua experiência no plantão voluntário na Faculdade Y:

“A dinâmica uterina? (...) Ninguém me deixou lá fazendo a dinâmica por 10 minutos, sabe? ‘Trabalho escravo’ que falam. Que outras pessoas falaram: ‘ Ah, fiquei lá só fazendo dinâmica!’ Comigo não. Acabei nem ficando 10 minutos! Eu fiquei um tempo que eu queria ver, se eu sentia que eu queria ver como que era...” [entrevista, aluna Faculdade Y]

Por outro lado, outros aspectos mais complexos, do ponto de vista técnico, do “controle” e da “condução” do trabalho de parto, acima mencionados são realizados por assistentes e/ou por residentes, conforme a Faculdade, que por vezes, procuram instruir os internos acerca desses procedimentos. Entre estes se incluem a análise do traçado cardiotocográfico, a amnioscopia, a amniotomia, o ajuste da ocitocina e a indicação de

analgésia. Não raro os alunos concluem ambos os estágios sem saber realizar todas ou algumas dessas tarefas mais complexas. São estimulados a realizarem os toques vaginais a cada vez que outro membro da equipe médica – residentes e/ou assistentes – os realiza, para aprenderem a reconhecer o grau de dilatação e a altura em que se encontra o feto. Por vezes procura-se ensinar a posição da cabeça do feto por meio do toque ou a realizar certas medidas pelvimétricas, embora isso seja bem mais raro.

No estágio do 5^o ano na Faculdade X, os alunos por vezes recebem orientações em relação ao exercício de suas incumbências no pré-parto de assistentes, mas por vezes recebem essas orientações de outros membros da equipe que presta assistência ao parto. Por vezes são orientados em relação às suas atribuições por um médico, cursando o segundo ano do programa de residência, passando por estágio nesse hospital, de membros da equipe de enfermagem, que se incumbem dessas atividades quando os internos estão em aula ou compartilham com eles essa responsabilidade, assim como alunas de enfermagem, quando estas passam por estágio nesse hospital.

No estágio do 6^o ano na Faculdade X, é comum os médicos no primeiro ano do programa de residência orientarem os internos e/ou compartilharem com estes as responsabilidades pelas incumbências do pré-parto.

No estágio do 5^o ano na Faculdade Y, uma aluna descreve nos seguintes termos sua experiência de treinamento no centro obstétrico, e em particular no pré-parto:

“Eu acho que no plantão, você está ali pra tocar o serviço, na realidade. Sempre achei isso, sempre falei isso e não vou deixar de te falar agora. Você ajuda fazendo a dinâmica à noite, você ajuda quando precisa entrar num parto, mas assim, você não é bem assistido, eu acho que falta isso, entendeu? Chegar, tá lá junto no primeiro exame... Você vai fazer dinâmica, tudo bem, mas assim, você tem dúvida: ‘Isso foi uma contração forte, média ou fraca?’, sabe? Pra mim pode ser forte, pra você pode ser fraca. Então, acho que falta um pouco de... de academicismo ali, entendeu? Você fica numa coisa que às vezes não é... Tipo, um RI (médico no primeiro ano do programa de residência) falou pro outro interno que já tá no plantão, o outro interno

passa pra você. Então, fica tudo uma coisa assim, jogada, eu acho.”

No estágio do 6^o ano na Faculdade Y, por vezes recebem instruções adicionais de algum residente em relação aos aspectos mais complexos do controle do trabalho de parto e, por vezes, algum assistente realizará junto com eles a análise e interpretação de algum traçado cardiotocográfico, seja no centro obstétrico, seja no pronto-socorro obstétrico e ginecológico. Além disso, no 6^o ano, é relativamente comum realizarem toques vaginais nas pacientes quando julgam que é o caso, sem necessariamente se nortear pelo partograma ou levar em conta o tempo transcorrido desde o último toque e sem fazê-lo na presença de um supervisor.

Internos e residentes tendem a considerar suas atribuições no pré-parto como pouco instrutivas, desinteressantes, “trabalho braçal”. A tendência que notamos entre eles de procurar se desvencilhar de algumas de suas tarefas nessa estação de trabalho é indicativa de que compartilham da opinião expressa por um de seus professores segundo a qual “*Fazer o acompanhamento do trabalho de parto é um saco!*”. Sabem e comentam que são incumbências que são realizadas em outros hospitais pela equipe de enfermagem. Aliás, como mencionamos no hospital secundário onde se realiza o estágio de 5^o ano do internato em obstétrica na Faculdade X, eles compartilham essa responsabilidade com enfermeiras obstetras e alunas de enfermagem. E são avisados que, se não acompanharem o trabalho de parto, as enfermeiras e estudantes de enfermagem prestarão assistência ao parto, instaurando-se, assim, certa tensão com a equipe de enfermagem em torno de quem prestará, afinal, a assistência ao parto. Um dos internos entrevistados da Faculdade X referia-se a essas atribuições dos internos como funções de “enfermeiras de luxo” — o que, para estudantes de medicina, tem um sentido pejorativo.

A concepção que os internos têm das tarefas que executam no pré-parto e do tempo que passam realizando essas atividades é, aliás, muito semelhante àquela encontrada por BECKER et al. (2002[1961]) entre os estudantes de medicina norte-americanos. Segundo estes autores, o acompanhamento do trabalho de parto era visto pelos alunos como uma atividade que consumia seu tempo e pouco lhes acrescentava em termos de conhecimento e aptidão. Nesse sentido, a perspectiva do aluno sobre trabalho de parto e parto passa a ser descrita por BECKER et al. nos seguintes termos:

“(...) pacientes que geram um atalho naquilo que normalmente seria um processo que consumiria muito tempo são altamente valorizadas. Nossas anotações em relação à obstetrícia contêm várias instâncias desse tipo. As mulheres variam muito em relação ao tempo que levam para dar a luz a seus filhos, algumas levando 24 horas ou mais enquanto outras dão a luz alguns minutos depois de sua chegada ao hospital. Para o estudante, a única parte que vale a pena de toda essa encenação é o nascimento em si, mas se exige dele manter a mulher sob vigilância durante todo o período que antecede o parto e nascimento. Pacientes cujos partos são rápidos eram apreciadas, e os estudantes que eram designados para cuidar de tais pacientes eram considerados sortudos.” BECKER et al. (2002[1961]:337)

Percebe-se que, na década de 1950, a condução do trabalho de parto já não era uma tarefa apreciada pelos estudantes norte-americanos. Ao mesmo tempo, é interessante notar como tem diminuído a tolerância em relação aos limites temporais considerados aceitáveis para um trabalho de parto normal, que hoje tendem a ser bem menores. Esse desgosto pelo papel de acompanhamento da evolução do parto era inclusive uma das razões pelas quais alguns alunos não achavam a especialidade particularmente atraente:

“Aparentemente, eles pensam que um obstetra no exercício de sua prática cotidiana depende tanto tempo com a mulher em trabalho de parto quanto os estudantes quando estes estão prestando assistência no serviço obstétrico. Mas eles esquecem que a necessidade de passar o tempo como fazem com as mulheres é ditada por uma filosofia educacional da Faculdade,

ao invés de por uma necessidade médica e que, este sendo o caso, o obstetra não passa mais tempo do que requer a necessidade médica com a paciente.” (op. cit. p.415)

Percebe-se que acompanhar o trabalho de parto não era considerado uma “necessidade médica” pelos autores. Sugere-se que se tratava de um trabalho efetuado por outros, provavelmente pela equipe de enfermagem e, na escola de medicina, em função de sua filosofia educacional, era realizado pelos estudantes. Assim, a falta de apreço pelo acompanhamento do trabalho é atribuída por BECKER et al. (2002[1961]) à perspectiva estudantil e sua interpretação do que sejam aptidões e conhecimentos relevantes para a formação que, por vezes, se contrapõe à perspectiva de seus professores. Em contraste, nas escolas de medicina brasileiras em que realizamos nossa pesquisa, o acompanhamento do trabalho de parto já é apresentado aos alunos pelos responsáveis pelo treinamento em serviço como uma tarefa chata e desgastante. Eles próprios comparecem pouco e assim mesmo, pontualmente nessa estação de trabalho, participando de tomadas de decisão em relação às intervenções a serem realizadas. Por outro lado, o cumprimento pelos internos das tarefas que lhes são atribuídas nessa estação de trabalho lhes é apresentado como o fardo obrigatório para que possam prestar assistência ao parto, que é valorizado por todos.

5.9.3.2 Parto

Para os alunos de ambas as Faculdades, a oportunidade de acompanhar o parto e nascimento lhes mobiliza muito do ponto de vista emocional. Uma “acadêmica” da

Faculdade Y fez o seguinte comentário acerca de sua primeira experiência de observação de um parto em seu “plantão voluntário”:

“Eu vi um parto normal, achei incrível, sabe? O momento em que está saindo um filho lá, sabe? A filosofia de você estar vendo nascer uma nova criatura no mundo.” [entrevista com aluna Faculdade Y]

Esse impacto é expresso por um interno da Faculdade X nos seguintes termos:

“Eu gosto de parto, eu acho muito legal parto, assim, com relação à obstetrícia especificamente, não existe coisa mais legal do que ver bebê, ver bebê nascendo. A primeira vez que eu vi uma criança nascendo não foi na Faculdade, foi fora. Eu não fazia a menor idéia nem de quem que era a mãe, nem de quem que era o filho, assim, eu quase chorei na sala. É muito legal você ver bebê nascendo! Eu acho uma das coisas mais impressionantes da face da terra, assim, de qualquer coisa, você pensar que um zigoto foi formado por um espermatozóide, um óvulo e hoje sou eu, é você, ou é qualquer um aí, né, e a hora que está nascendo é muito legal, eu acho muito legal!”

Nota-se que, nos dois depoimentos, a ênfase recai, em primeiro lugar, sobre suas primeiras impressões a respeito do fenômeno do nascimento, e, em segundo lugar, sobre seu papel de observadores e não no de prestadores de assistência ao parto. Efetivamente, esse papel de observador está mais associado ao papel que o “acadêmico” desempenha e à posição que ocupa em seus plantões voluntários. Na sala de parto, o “acadêmico” tende a se situar ao lado ou atrás dos outros membros da equipe obstétrica para que melhor possa visualizar sua atuação. Em um parto normal, seu campo de visão se restringe à área em torno das coxas, virilhas, vagina e ânus da mulher, pois os “campos” (nome que se dá aos panos que recobrem as pernas) também impedem sua visão do tronco e parte superior do corpo da parturiente, particularmente se esta se encontra na posição tradicional de parto — deitada de costas e com os joelhos nas pernas — como ocorre na maioria dos partos vaginais nos serviços obstétricos de ambas as escolas.

Porém, mesmo entre os internos, há ainda certa ambivalência em relação ao papel que desempenham na sala de parto. Ora participam mais como observadores, ora como prestadores de assistência. Essa ambivalência é explicitada de forma mais acentuada no depoimento abaixo de uma interna da Faculdade X:

“Eu achei o estágio de obstetrícia no (hospital secundário onde os alunos realizam seu estágio de obstetrícia no 5º ano) o melhor estágio do 5º ano. Me empolguei muito, nunca achei que eu fosse gostar tanto de obstetrícia que nem eu gostei (nesse estágio), mas por quê? Porque lá a gente tinha muita oportunidade de fazer parto normal. Fazer parto normal é uma delícia! Acho que, então, ser parteiro, é legal, é gostoso, é bonito! É uma experiência muito... E eu estou falando aqui não tanto com romantismo, viu, não é ‘Nossa, que lindo uma mulher dando à luz!’. Nesse aspecto não sou tão romântica assim, mas não deixa de ser muito legal, muito bonito realmente. Ver todo o processo, tudo mais. (...) O parto normal é muito bonito e eu não sei, acho que é legal você ficar ali vendo a natureza fazer praticamente tudo no parto normal, intervindo o mínimo possível. Depois é muito legal, depois do nascimento, a mãe logo entrar em contato com o filho. Lá, é muito bom, porque a maior parte dos partos são partos tranquilos, vamos dizer assim, a maior parte das gestantes que vão lá são gestantes que não tiveram grandes intercorrências na gravidez, então, é o arroz com feijão.”

É interessante notar o contraste no discurso da aluna entre a ênfase em seu papel na assistência ao parto como um papel ativo, à medida que, *“Fazer parto normal é uma delícia!”* e seu papel ativo sendo reduzido ao mínimo necessário, pois ficaria observando *“a natureza fazer praticamente tudo”*. Cabe salientar que esse foi o único depoimento em que a mulher aparece em papel de protagonista do parto, na frase *“Nossa, que lindo uma mulher dando à luz”*. Mesmo assim, é em um momento em que a interna realiza uma crítica a uma visão romântica que associa ao parto, mas da qual não se desfaz por inteiro. Quando retoma o papel de observadora, não é mais a mulher que está no papel de protagonista, mas a “natureza”, uma entidade abstrata e universal que assume o papel de conduzir esse processo. Quando a mulher reaparece, é no papel

de mãe cujo contato precoce com seu recém-nascido é intermediado e, por isso mesmo, propiciado pela rotina do serviço.

Nota-se que essa aluna tinha uma nítida preferência pela oportunidade de prestar assistência ao parto normal. Essa preferência foi expressa por vários de seus colegas na Faculdade X e na Faculdade Y. De fato, enquanto nos partos fórceps e cesarianas seu papel, via de regra, se restringe à instrumentação cirúrgica, e ficam mais no papel de observadores dos procedimentos cirúrgicos sendo efetuados, na assistência ao parto vaginal os internos têm a oportunidade de desempenhar um papel mais ativo. Além de pegarem os bebês, realizam uma série de outros procedimentos menos ou mais invasivos associados, com frequência, aos partos vaginais tal como praticados nos serviços associados a ambos os hospitais escolas. Na grande maioria dos partos vaginais, em ambas as Faculdades, *episiotomias*⁷² e *episiorrafias*⁷³ são realizadas pelos internos. Muita atenção é dada à aprendizagem da realização destes dois procedimentos cirúrgicos, embora o primeiro seja considerado pela literatura científica como desnecessário na grande maioria das vezes⁷⁴. Além disso, por vezes os internos realizam manobras para “auxiliar” a saída dos ombros do bebê e a rotação externa. Depois que pegam o recém-nascido, costumam passá-lo para alguém da equipe de pediatria enquanto cortam o cordão umbilical, realizando frequentemente manobras para “agilizar” a expressão da placenta. São supervisionados, conduzidos e, por vezes, auxiliados na realização destes e de todos os outros procedimentos que ocorrem na sala de parto por um assistente ou, na ausência deste, por um médico no primeiro ano do programa de residência. Assim mesmo, à medida que os procedimentos associados ao

⁷² A episiotomia é um corte feito no períneo ou na entrada da vagina, para facilitar ou acelerar a saída do bebê durante o parto.

⁷³ A episiorrafia é a costura feita para fechar a episiotomia ou qualquer laceração que, por ventura, tenha ocorrido na entrada da vagina e que se julga necessário costurar.

⁷⁴ A respeito do uso seletivo e não rotineiro da episiotomia ver OMS, 2000; NEME, 2000; CUNNINGHAM et al., 2001; ENKINS et al., 2005.

parto são realizados por um “novato”, freqüentemente este é bem mais demorado do que seria, caso fosse realizado por um obstetra. Não raro, pontos de sutura são retirados para serem novamente realizados. Além de significar um período de tempo maior de permanência da parturiente em uma posição incômoda e maior risco de infecção, também não raras vezes implica em mais dor, pois nem sempre os partos são realizados sob analgesia/anestesia. Entretanto, os alunos não parecem estar muito atentos a ou preocupados com essas conseqüências do seu treinamento em serviço. Como indicamos, tendem a apreciar muito essa experiência que, por vezes, também desperta neles um reconhecimento pelo profissional que exerce esse trabalho.

O papel privilegiado que o obstetra desempenha na assistência ao parto em nossa sociedade é expresso nos seguintes termos por um professor do departamento de obstetrícia e ginecologia da Faculdade Y em uma aula do 5º ano do internato:

“O obstetra tem uma oportunidade única e intransferível: ele é a primeira pessoa a tocar nesse novo ser que chega ao mundo.”

Trata-se de uma imagem nitidamente associada a potência desse profissional. Ao mesmo tempo, chama atenção que o sentimento de gratificação em relação ao papel desempenhado pelo obstetra está associado ao nascimento, foco prioritário da assistência, como mencionamos anteriormente, desde a passagem do século XIX para o século XX. Esse é o aspecto da profissão ressaltado também no discurso dos alunos que pretendem se especializar nessa área e que diferencia esta de outras especialidades médicas:

“Eu acho interessante, assim, que é diferente das outras especialidades porque você lida com nascimento, né? É a principal coisa eu acho. É o mais gratificante da obstetrícia. É uma das coisas que mais me atrai para esse lado, é lidar com nascimento, não lidar com doença.” [entrevista, aluno da Faculdade Y]

Uma das preocupações que antecedem sua primeira experiência na sala de parto é como irão reagir diante da situação. Assim, por exemplo, uma acadêmica da Faculdade Y comenta como se sentiu antes de iniciar o seu primeiro “plantão voluntário”:

“Eu já fui achando que eu ia desmaiar com certeza, eu já... Eu lembro que eu tinha encontrado com o (chefe do departamento) antes do plantão, ele falou “Ih! Eu desmaiei no meu primeiro parto, já tava achando que eu ia passar mal, que eu... minha pressão sempre cai nessas coisas, nã-nã-nã, mas sempre (...). Eu ficava me controlando. Sabe? Ficava respirando, assim, fiquei o tempo todo, tipo, até fechar tudo.” [entrevista, aluna Faculdade Y]

E um dos internos da Faculdade X afirma:

“(...) acho que assim, o estresse maior que a gente tem é o pré-primeiro parto, né, por que a gente nunca sabe o que vai acontecer, e o pior não é que a gente não sabe o que vai acontecer com a gestante ou com o bebê, a gente não sabe o que é que vai acontecer com a gente ali naquele parto, né, fala: ‘- Ah, eu vou sair tremendo, vai dar tremedeira, né, eu vou ficar todo, num vou pegar o bebê direito, vou deixar cair no chão’, né, tem essas coisas todas assim que a gente acaba ficando meio inseguro (...)” [entrevista, interno Faculdade X]

Embora ambos estejam preocupados com suas reações, o interno também se preocupa com seu desempenho diante da nova responsabilidade que lhe será atribuída na assistência ao parto – isto é, de como vai se sair na encenação do “drama médico”. E a maior preocupação que expressa é em relação à assistência que prestará ao bebê – saberá pegar o bebê direito ou vai o deixar cair no chão? Essa preocupação é muito estimulada em sala de aula, quando, ao instruir os alunos acerca de como devem prestar assistência ao parto vaginal, são alertados do perigo de deixar o bebê escorregar de suas mãos e se recomenda a eles que prestem assistência sentados em uma cadeira para poder amparar o bebê no colo, caso for necessário. Nesse sentido, pode-se dizer que as próprias orientações que os alunos recebem em sala de aula contribuem para realçar

perigos relacionados com a assistência e configurá-la como drama médico. Outros aspectos do drama médico enfatizados em sala de aula são a caracterização do nascimento como uma experiência traumática para o bebê, em que este corre o risco de ser dilacerado pelo corpo da mãe. A ênfase nas agruras da gestação e parto para o feto está muito presente no modo como se define a profissão, como vimos ao discutir a obstetrícia clássica. Assim, por exemplo, na Faculdade Y um dos professores fez a seguinte afirmação em sala de aula:

“Qual o dilema maior do obstetra? Morrer no útero ou no berçário? Isto é, quando decidirmos que temos que antecipar o parto. (...) Apenas um obstetra que tenha uma boa formação clínica e da fisiologia da gravidez pode indicar a antecipação do parto.”

No momento, nosso intuito é o de mostrar como essa concepção do drama médico associado à assistência obstétrica que consiste em “salvar o bebê” se faz presente nas apreciações dos alunos acerca de sua experiência no treinamento em serviço nessa área. E, nesse sentido, um interno que pretende se especializar em ginecologia e obstetrícia afirma:

“E o mais legal, eu acho que é você saber mesmo, conduzir uma gestação, fazer um acompanhamento direito, saber identificar quando tem problemas, entendeu? Então, conseguir agir antes, antes de acontecer alguma coisa mais trágica. Acho que é isso.”
[entrevista, interno Faculdade Y]

O depoimento acima indica que o aspecto mais apreciado da assistência obstétrica pelo aluno é efetivamente a oportunidade que lhe dá de desempenhar um papel ativo no drama de “salvar o bebê”. Talvez, por isso mesmo não cause estranheza que os partos que aparentemente não envolvem perigo, isto é, que não oferecem aos alunos essa oportunidade de serem protagonistas deste drama médico, sejam menos valorizados por muitos deles. Assim, por exemplo, uma aluna da Faculdade Y comenta:

“Porque, na verdade, num parto normal você precisa o que? Instruir (a mãe) porque a natureza faz... faz o trabalho dela. (...) porque, na verdade, ele (o bebê) nasce sozinho, né? Então precisa estar lá para ele por quê? Para ele não cair, para não haver nenhuma rotação errada, mas, na verdade, ele nasce sozinho.” [entrevista aluna Faculdade Y]

Nota-se que, quando a equipe médica não desempenha um papel relevante de protagonista no parto, o bebê é visto como o principal protagonista, pois *“ele nasce sozinho”*. A *“natureza”*, essa entidade abstrata, faz o trabalho dela e a mulher, ou melhor, seu corpo é reduzido apenas ao meio no qual esse trabalho da *“natureza”* se realiza. O foco da assistência continua sendo o bebê nesses casos, mas se reduz ao papel de amparar o bebê para ele não cair. A posição em que se realiza o parto hospitalar, extremamente incômoda para a mulher e que restringe sobremaneira sua participação ativa nesse evento, é tão naturalizada que nem se cogita que essa possibilidade de queda do bebê ao chão seja produto da tecnologia utilizada. Afinal, a mesa ginecológica é desenhada de tal forma que, quando a mulher se encontra posicionada nela, com as pernas presas nas perneiras, a superfície que apóia seu corpo termina abruptamente no final do seu tronco, criando um vão que permite que o obstetra possa se aproximar o máximo possível da vagina para prestar-lhe assistência, mas que ao mesmo tempo cria essa possibilidade de queda do bebê, perigo esse tão enfatizado em sala de aula e que ronda o imaginário dos alunos de medicina.

Por vezes a linguagem utilizada pelos alunos para se referir aos partos mais fáceis e sem intervenções chega a ser claramente depreciativa. Vejamos como um interno do 5^o ano da Faculdade X descreve um parto que ocorreu durante seu primeiro plantão noturno no hospital secundário vinculado à Faculdade para seus colegas e para mim:

“Atendi a paciente no PA. Ela estava em trabalho de parto. Era uma terci gesta. Ela dizia que estava doendo, ‘Ai, doutor! Ai,

doutor!’ Toquei e estava com 6 centímetros [de dilatação] e em +1 [+1 de De Lee: refere-se à posição do feto no canal vaginal; a posição +1 indica que já se encontrava no período expulsivo]. Ela pediu para internar, gemia de dor. Aí eu toquei de novo e estava com 8 centímetros! Fui chamar o assistente no CO. Os outros dois estavam dormindo já. ‘Doutor, doutor, vai nascer!’ O assistente preencheu a ficha e deu instruções para interná-la e trazê-la para o C.O. Ele foi buscar uma luva e quando voltou, o bebê já tinha nascido! Foi assistido por uma enfermeira. Não teve episio, nem laceração! Nasceu sozinho! Foi como dizem, ‘quenem quiabo’! Foi animal!’”

Nota-se a excitação do aluno diante da inesperada e surpreendente rapidez da evolução do trabalho de parto. Nesse caso, a situação dramática está relacionada à dificuldade de encontrar assistência em tempo hábil em função dos acordos informais entre os obstetras de plantão que geram essas lacunas na assistência, tema desenvolvido na seção 5.9. Por outro lado, novamente quando o parto é fácil, tende-se a desvalorizar não apenas o papel de protagonista da mulher, mas do profissional que assiste ao parto, no caso, a enfermeira, afirmando que o bebê nasceu sozinho. A comparação entre a expulsão do bebê e o quiabo, legume gosmento, dá mais ênfase à idéia de que o bebê nasceu sozinho e transforma o parto em uma função fisiológica espontânea e, esteticamente, meio grotesca. Afinal o novo ser humano, fruto do ventre materno, quando não precisa ser “salvo”, é comparado ao quiabo. Outra imagem depreciativa desse evento transparece no depoimento de um aluno da Faculdade Y ao descrever um parto normal que acompanhou durante um de seus plantões voluntários:

“(...) teve um que foi muito rápido... que era o quarto filho, já tinha tido todos os três normais. Então foi meio cuspidão, assim, né? Todo mundo saiu correndo pro centro obstétrico porque vai nascer.. tá nascendo já, né? Foi rapidinho.” [entrevista aluno Faculdade Y]

Esses partos geram certa afobação ou até mesmo incômodo porque por vezes nascem fora do lugar considerado apropriado e sem o tempo hábil para se cumprir todos

os preparativos rituais considerados essenciais, talvez indicando que esses não são assim tão indispensáveis.

Percebe-se que a mulher, em geral, não é vista como protagonista do parto e tampouco a preocupação com ela é prioritária durante esse evento. Alguns alunos percebem inclusive que há certa falta de atenção em relação às mulheres por parte da equipe obstétrica. Particularmente no momento em que o bebê nasce, a tendência da equipe é de praticamente ignorar sua existência.

“É uma das coisas mais gostosas que existe no mundo, mesmo depois que você já fez não sei quantos partos, é muito legal você ver o bebê nascer. Inclusive eu falo que a hora que o bebê nasce é o momento em que a mãe é absolutamente esquecida, né? Ninguém lembra da mãe na hora que o bebê está nascendo, assim, são ali dois segundos que a mãe é, não existe, né?, assim, esquece a mãe, porque assim, não... não sei explicar, não é uma coisa cortical, não é uma coisa que você pensa assim, simplesmente passa, né?, esquece, você olha o bebê e fala: ‘Nasceu, nasceu. O que tem que fazer? Tal’. Então aí você, aí você imediatamente já volta pra mãe de novo, vê que a mãe tá ali, o quê que ela tá fazendo, e tal, como é que, como é que ela está e tudo. Mas, talvez o anestesista né, que se tiver, anestesiá-la né, anestesista deva ficar preocupado com a mãe o tempo todo, mas assim, a hora que você, ou está assistindo o parto, ou você está, é..., fazendo o parto, esquece a mãe por dois segundos ali, né?” [entrevista, aluno Faculdade X]

E uma acadêmica da Faculdade Y comenta:

“O que eu não acho bom é, tipo, a conversa durante, sabe? Conversa que tem entre os residentes durante o parto, sobre coisas nada a ver. Tipo, ‘Ah, é, o que você quer pra jantar?’ Sabe? Entrava e perguntava: ‘Nós vamos pedir pizza?’ Sabe? Ele lá, fazendo o negócio, costurando... ‘Não, que você acha de...’ Surge um assunto, tipo, brincadeiras entre eles, sabe? Você acaba, e a mulher está lá com as pernas... O pessoal olhando pra parte das pernas da mulher, a mulher está lá, e começa esses assuntos, entendeu? É uma coisa meio estranha.” [entrevista, aluna Faculdade Y]

Assim mesmo, a despeito destas constatações em relação à tendência da equipe obstétrica de ignorar a mulher durante a assistência ao parto, os internos tiveram, de

modo geral, uma apreciação positiva em relação a sua experiência nessa estação de trabalho. Não apenas pela oportunidade que lhes é propiciada de desempenhar o papel de protagonista no drama médico do nascimento, mas também pelo contato mais íntimo com a parte interna do corpo humano de um ser vivo, propiciado pelo ato cirúrgico, bem como pela possibilidade de aprender a realizar e a treinar uma série de procedimentos. Em relação ao prazer propiciado pela experiência de visualizar a parte interna do corpo vivo de uma mulher em uma cesariana, uma acadêmica comenta:

“Eu fiquei fascinada de... com uma cesárea. Eu não acreditava no que estava acontecendo. Eu nunca tinha visto uma cirurgia na minha vida. Aí, a questão da cesárea é... é... tem essa questão de gostar também do... do estudo do corpo físico humano, sabe? De ir lá e ir abrindo os planos, daí você vê o que você tinha estudado na Anatomia, sabe? A pele, o tecido subcutâneo, aí chega no músculo, aí você vê os músculos que você estudou, sabe? Você vê nossa! É tudo vermelhinho, é tudo tão bonitinho, sabe? Tipo, aquela coisa que você estava acostumada, era tudo ressecado lá na Anatomia, tudo formol, era duro. De repente, tudo ali vivo, sabe? Fiquei observando tudo, achei o máximo a cesárea, assim. Sabe? Como você faz, de repente sai o filho! Na hora de fechar, na hora que você fecha a pele, eles nem dão o ponto, assim, que passa. Eles dão um ponto pela pele, que só encosta uma pele na outra. Eu achei lindo. Sabe? Tipo, não fica nada, é um negócio assim. Depois que tirou o filho, eu não estava entendendo nada, só tinha um monte de sangue, né? Os residentes que estavam lá... Eu até subi num banquinho, eu fiquei olhando bem, assim, na barriga, começaram a me mostrar como que era por... Sabe? ‘Olha, depois tem que ver se tem sangramento.’ Então pegava, me mostrava o ovário, a trompa, o útero, o intestino, sabe? Então, você ver aquela coisa ao vivo, que você está acostumada a, sei lá, ver na Anatomia, isso me encantou muito, essa parte cirúrgica. E tinha habilidade, que eu gosto de habilidade manual, assim, eu acho... acho legal.” [entrevista com aluna, Faculdade Y]

O treino dos procedimentos realizados na sala de parto, particularmente aqueles em que intervêm mais diretamente na assistência, tende a ser bastante valorizado pelos alunos de ambas as Faculdades. Tal como os residentes, não raro fazem uma

contabilidade dos procedimentos realizados. Particularmente aqueles que pretendem fazer residência na área de ginecologia e obstetrícia.

BECKER et al. (2002[1961]:257) já apontavam em seu estudo da formação médica norte-americana na década de 1950 que os alunos de medicina em geral tinham uma tendência a valorizar muito a experiência prática e particularmente aquela que envolvia a realização de procedimentos potencialmente mais arriscados. Segundo esse autor, os estudantes avaliam um estágio:

“pela quantidade de responsabilidade que lhes é atribuída ou, mais especificamente, pelo número de ‘coisas’ – procedimentos envolvendo a possibilidade de erro e, conseqüentemente, de dano à paciente – que lhes é permitido fazer.”

Àquela época, nos Estados Unidos, o estágio em obstetrícia já era, segundo os autores, um dos mais valorizados pelas oportunidades que oferecia aos alunos de realizar procedimentos com as características acima descritas, especificamente por ocasião do parto.

Encontramos apreciações semelhantes a essa, em relação ao estágio de obstetrícia, entre os alunos entrevistados de uma das Faculdades estudadas. O estágio do 5º ano na Faculdade X é inclusive comparado a outros estágios do internato nessa Faculdade justamente pela qualidade acima mencionada. Fazendo um balanço de sua experiência neste estágio como um todo, uma aluna da Faculdade X afirma:

“A gente tem aulas teóricas, atividades de pronto-socorro e centro obstétrico. Então foi uma experiência boa, bem mais prática, mas a parte prática que nós fazemos — os procedimentos — todos são discutidos e acompanhados pelos médicos assistentes... e no centro obstétrico também. Foi bem legal, porque é um dos estágios feitos para o interno, voltado para o interno, então que os assistentes estão interessados em explicar, os residentes também muito, e a gente tem um papel ali, uma função assistencial, então dá para aprender...”[entrevista, interna da Faculdade X]

Para essa aluna, a oportunidade de realizar procedimentos é destacada em seu depoimento, pois, para ela, é de fundamental importância na configuração de sua função assistencial. Ao mesmo tempo em que aprecia os procedimentos que pôde realizar, particularmente no pronto-socorro e centro obstétrico, aprecia a supervisão que obteve no exercício da prática de assistentes e residentes. Opinião semelhante transparece no depoimento de sua colega abaixo, embora ela dê mais destaque ainda ao papel do assistente como supervisor, diferenciando a capacidade de ensino e orientação deste último e a disponibilidade maior que teria, em comparação com o residente, para permitir que o aluno treinasse os procedimentos:

“Mas o fato da gente botar tanto a mão na massa lá (no hospital secundário em que realizam o estágio de obstetrícia do 5º ano), isso é muito estimulante, então é um estágio muito prático, por isso que eu achei o melhor estágio (...) Lá a gente tem uma atitude muito ativa, inclusive porque só tem um residente lá que fica de dia. À noite não tem residente. Então os internos estão praticamente o tempo todo com assistentes, e o assistente, diferente do residente – porque o residente, tudo bem, ele é um instrutor também, mas ele também está em processo de formação. O assistente, não, ele já é um profissional, vamos dizer assim, formado. Então a maior parte dos assistentes, muitos assistentes lá, te davam muito mais chance de fazer as coisas. E, muitos que estão lá são pessoas que gostam de ensinar, então é muito bom.(...), lógico que tem assistente, tudo, tem assistente bem humorado, tem assistente mal humorado, tem assistente que gosta de ensinar, assistente que não gosta de ensinar, assistente que te deixa fazer mais coisa, assistente que é mais paternalista, ou que acaba fazendo mais coisa, te dá menos chance, tem de tudo. Eu tive sorte que eu entrei em vários procedimentos com assistentes bons, legais nesse sentido e que dão muita chance pro interno, que ensinam muito pro interno, então, foi bom.” [entrevista, interna da Faculdade X]

Nota-se que, na opinião dessa aluna, o estágio se destaca não apenas como um “estágio voltado para o interno” mas como o melhor estágio do internato do 5º ano, justamente por essa oportunidade que propicia ao interno de desempenhar um papel ativo na assistência, de “fazer mais coisas”. O fato de esse ser um estágio que se

destaca de outros, em particular pela oportunidade que propicia aos internos de realizar procedimentos cirúrgicos propriamente ditos, é comentado pelo aluno a seguir. Cabe mencionar que esse aluno estava no meio do 1º semestre do último ano de internato quando foi entrevistado e, como afirma, até aquele momento, os estágios do 5º e 6º anos em obstetrícia eram os únicos em que havia participado em cirurgias:

“mas eu acho que o trauma maior vem sempre na primeira vez que a gente faz as coisas, qualquer coisa, e eu acho que em obstetrícia isso também está presente, aliás, mais do que nos outros (estágios) né, por que aí a gente faz parto, faz episiotomia, fecha episiorrafia, né, ajuda nas cesáreas, cirurgia por exemplo a gente não faz cirurgia no internato, só agora no segundo semestre que dizem que a gente vai fazer, mas eu ainda não passei né, no estágio..” [entrevista, interno da Faculdade X]

E se a participação em procedimentos é destacada na apreciação que os alunos fazem do internato em obstetrícia, é também um aspecto do estágio enfatizado pelos seus professores e pelos programas dos cursos. Aliás, no internato do 5º ano na Faculdade X, a contabilidade dos procedimentos não é apenas realizada espontaneamente pelos alunos. Ela é “cobrada” deles, constituindo-se em um dos critérios de sua avaliação. Precisam realizar um mínimo de 16 procedimentos no estágio, os quais são anotados e discriminados em um impresso que lhes é entregue no início do estágio e que precisam entregar para o preceptor ao final. O controle sobre o número de procedimentos realizados pretende ser rigoroso, sendo cada procedimento efetuado descrito nesse impresso e assinado por um assistente ou residente. Desses 16 procedimentos, devem “realizar” no mínimo 6 partos por via vaginal, 2 cesáreas e 1 curetagem, senão são penalizados na avaliação.

Aparentemente, a obstetrícia não se destaca tanto de outros estágios do internato para os alunos da Faculdade Y no que diz respeito à realização de procedimentos e particularmente dos cirúrgicos. Talvez isso se deva ao fato, mencionado anteriormente,

de que essa Faculdade se notabiliza entre os alunos pelas oportunidades que lhes propicia desde o primeiro ano de “pôr a mão na massa”, antecipando essa experiência em relação a outras faculdades. Em todo caso, a ênfase na participação em procedimentos cirúrgicos no estágio em obstetrícia ocorre e é valorizada tanto pelos internos como por seus supervisores e professores em ambas as Faculdades.

Ao mesmo tempo, a desvalorização dos partos mais fáceis e sem intervenções que transparece no discurso dos alunos, por meio de expressões como “parto meio cuspidor” e “nasceu feito quiabo”, também lhes é transmitida por professores em sala de aula e no centro obstétrico. Assim, por exemplo, durante uma aula acerca da assistência ao parto em que o tema era parto fórcepe, o professor do 5º ano da Faculdade X afirma:

“Porque parto normal qualquer um faz – parteira, enfermeira. O cartão de visitas do parteiro é o parto difícil.”

Reforça-se assim a concepção de que partos que exigem mais intervenções, que envolvem mais riscos e que colocam mais à prova a competência técnica do obstetra, ou de membros da equipe obstétrica, são mais valorizados. Efetivamente, o modo como o treinamento em serviço da assistência obstétrica é organizado, tanto no internato como na residência, assim como nos estágios extracurriculares em maternidades reforça essa concepção. Como já mencionamos, no internato em ambas as Faculdades, exige-se dos alunos que aprendam a prestar assistência ao parto vaginal e a realizar a instrumentação de partos fórcepes e cesáreas, além de curetagens e outras cirurgias obstétricas eventualmente. Os médicos no primeiro ano do programa de residência, além de prestar assistência a partos normais com maior grau de autonomia que os internos, devem aprender a prestar assistência a partos cesáreas mais simples, em geral em mulheres que não tiveram cesáreas anteriores. Também aprendem a realizar parto fórcepe mais simples, aqueles em que não é necessário fazer manobras de rotação do feto, e

curetagens. Já os médicos no segundo ano de residência aprendem e são responsáveis por realizar cesáreas mais complexas, por exemplo, aquelas realizadas em mulheres que já tiveram cesáreas anteriores ou aquelas realizadas em partos de gêmeos. Por vezes, a depender do interesse dos residentes e da disponibilidade e habilidade de assistentes, aprendem a executar parto fórcepe de rotação.

Nota-se que o ensino da assistência ao parto segue uma escala ascendente na qual o risco operatório e a complexidade tecnológica são cada vez maiores, o que tem por base, idealmente, a crescente experiência e habilidade dos estudantes e especialistas em formação no manuseio de instrumentos cirúrgicos. DIAS (2001) mostra como a mesma lógica se faz presente na organização de estágio extracurricular para “acadêmicos” do curso de medicina em uma maternidade carioca:

“A lógica desta seqüência de aprendizado é que os estudantes começam seus estágios assistindo aos partos que não necessitam de nenhuma intervenção e depois vão ‘evoluindo’ no sentido de assistir aqueles em que pode ser necessária a realização de algumas intervenções como a episiotomia ou a manobra de Kristeller (exercer pressão sobre o fundo uterino durante o período expulsivo com o objetivo de acelerar o nascimento). (...) Os estagiários sabem que os médicos e residentes não darão oportunidade de entrarem em uma cesariana antes que estejam de uma certa forma aptos a assistir ao parto vaginal. Concomitantemente a este aprendizado os estagiários vão tomando conhecimento das rotinas hospitalares. A progressão deste aprendizado atinge seu ápice quando se capacita a realizar a cesariana. O aprendizado desta técnica cirúrgica começa com noções de instrumentação cirúrgica, depois através da participação como auxiliar e finalmente como cirurgião.” (DIAS, 2001:67-8)

Visando transmitir o modo como esse processo era vivenciado pelos estagiários, o autor cita um médico entrevistado do serviço pesquisado:

“(...) então os estagiários começavam a galgar o instrumental para depois auxiliar, como segundo, como primeiro, para depois então, partir para intervenção, é... tinha um grau de atração, você se sentia bem em estar dentro do campo operatório, isso era gratificante.”(op. cit. p. 68)

BECKER et al. (2002[1961]) chamaram atenção para o fato que, de modo geral, as noções de experiência clínica e responsabilidade médica norteiam a organização da hierarquia médica no interior do hospital-escola, pois a ascensão pelos seus distintos níveis hierárquicos — em nosso caso, acadêmico, interno, residente, preceptor, assistente — exigiria quantidades crescentes de responsabilidade e experiência. Entretanto a compreensão que os alunos teriam desses dois termos seria muito peculiar à sua situação no interior dessa hierarquia, em que ocupam o degrau mais baixo, e às pressões acadêmicas que lhes são próprias, compondo, segundo os autores, uma “cultura estudantil”. É a essa assim chamada cultura estudantil que BECKER et al. atribuem, como vimos, a ênfase, por parte dos alunos, na realização de procedimentos nos estágios práticos como forma principal de aquisição de experiência. Ao mesmo tempo, os procedimentos mais perigosos seriam interpretados como aqueles que exigem maior responsabilidade, sendo, portanto os mais valorizados pelos alunos.

Porém, à diferença do que sugere BECKER et al. (2002[1961]), em nosso caso não se pode atribuir essa ênfase primordialmente à “cultura estudantil”. Como procuramos indicar, nas escolas por nós pesquisadas e mesmo em estágios extracurriculares em maternidades (DIAS, 2001), essa tendência se configura como uma característica da proposta educacional do treinamento em serviço na área de obstetrícia.

Algumas das restrições impostas aos estudantes de medicina norte-americanos em relação ao exercício da prática obstétrica pelo aparelho formador nos anos 1950 serão retomadas brevemente aqui, pois oferecem uma oportunidade interessante de refletir sobre algumas das características do treinamento em nosso contexto. A escola de medicina pesquisada por BECKER et al. (2002[1961]) situava-se no sul dos Estados Unidos e o estágio em obstetrícia era realizado em dois locais: no hospital-escola e em

um hospital de caridade próximo à escola. Em ambos os locais, havia restrições quanto à atividade assistencial dos alunos. No hospital-escola, os alunos não podiam participar da assistência obstétrica às parturientes que estavam dando à luz pela primeira vez; àquelas cujos prognósticos não eram favoráveis; e às pacientes particulares dos membros da equipe médica. No hospital de caridade, só lhes era permitido prestar assistência à clientela negra. Nota-se, portanto, que interseções de normas relacionadas à gênero, classe e “raça” específicos àquele contexto intervinham na determinação das pacientes que seriam submetidas ao exercício da prática na formação em obstetrícia. Tendo isso em vista, vejamos o que os autores nos dizem acerca do aspecto acima referido da “cultura estudantil” no seguinte exemplo:

“Os estudantes por vezes esforçavam-se sobremaneira para terem permissão de realizar vários procedimentos. Um estudante explicava seu sucesso nesse sentido para o observador e vários outros alunos:

Walters disse que ele tinha tido a oportunidade de fazer uma grande quantidade de coisas, que os residentes lhe tinham permitido fazer muitas e muitas coisas. Por exemplo, ele tinha feito e suturado muito mais episiotomias do que qualquer outra pessoa do grupo. Muitos sequer tinham tido a oportunidade de fazer uma e ele tinha feito três ou quatro episiotomias e as suturado também. Ele disse, ‘Você simplesmente precisa empurrar esses residentes um pouco, é só isso. Se você disser a eles que quer fazer alguma coisa, daí então, com muita frequência, eles vão te deixar. Mas se você não lhes pedir, eles nem vão pensar em te deixar fazer aquilo – simplesmente não ocorre a eles. Eu apenas fiz questão de perguntar se podia tentar fazer isso ou aquilo e em geral eles me deixavam. Consegui fazer o bloqueio de pudendo [nome que se dá à anestesia local que se realiza até hoje para realizar a episiorrafia] algumas vezes.’ Os outros alunos disseram, ‘É verdade? Eles lhe deixaram fazer isso?’ Walters respondeu, ‘Claro que deixaram. Mas tive que pedir. Eles nunca iriam me oferecer a oportunidade de me deixar fazer aquilo. Eu simplesmente fui em frente, pedi a eles e eles me deixaram. Às vezes, eles se surpreenderam quando lhes pedi, mas em geral eles me deixavam tentar e, se eu me virava bem, eles me deixavam fazê-lo de novo.’” (BECKER et al., 2002[1961]:257-8)

Observa-se que, no diálogo de Walter e seus colegas, não há qualquer menção às mulheres que foram submetidas aos diversos procedimentos. Faz-se uma contabilidade dos procedimentos realizados como se esses não fossem realizados em pessoas. Tratava-se de intervenções que seriam realizadas de rotina pelos residentes e, por serem mais invasivas e envolverem mais riscos, eram discutidas pelos alunos que desenvolviam estratégias para convencer os residentes a deixá-los executá-las.

BECKER et al. (2002[1961]:240) sugerem que o exercício de atividades práticas por parte dos estudantes nos anos de formação clínica, que corresponderiam ao nosso internato, depende muito da equipe responsável pelo seu treinamento. Segundo os autores,

“A um aluno que aparenta aprender rapidamente e tem um bom desempenho, se permite fazer cada vez mais coisas enquanto um aluno que não faz bem tarefas simples tende a não receber permissão para ir a diante até ter demonstrado uma melhora em seu desempenho.”

GOOD (1995) afirma que, na formação médica em geral, as oportunidades criadas por assistentes e residentes que permitem alguns alunos, em determinadas circunstâncias, transcender a tradicional hierarquia de treinamento, estão entre as técnicas de aprendizagem mais bem sucedidas. Por meio dessas atividades os profissionais “expressam confiança na capacidade do aluno de aprender rapidamente e de contribuir para os esforços da equipe”, como afirma GOOD (1995:146-7) e, assim fazendo, realçam e/ou aumentam seu “senso de competência”.

O diálogo entre os alunos acima reproduzido diz respeito ao desenvolvimento desse “senso de competência” e as estratégias utilizadas pelos alunos tendo em vista incrementá-lo. Os únicos sujeitos a determinar, restringindo ou ampliando, o leque de intervenções experimentadas pelos estudantes nos corpos daquelas mulheres eram os próprios residentes e os estudantes que podiam ser mais bem ou mal sucedidos em seus

esforços de convencer aqueles. Isto é, as mulheres submetidas a esses procedimentos, previamente “selecionadas” a partir dos critérios acima expostos, não eram consultadas ou sequer informadas acerca desse exercício da prática por estudantes de medicina, sendo transformadas em objetos desse “treino”.

As características das práticas discursivas dos estudantes — o modo como conversam entre si sobre a contabilidade de procedimentos, a quem atribuem a decisão sobre a extensão de seu exercício da prática — não divergem do que encontramos em nossa pesquisa. As normas sociais que delimitam o exercício da prática dos estudantes brasileiros não são as mesmas que aquelas existentes no contexto norte-americano na década de 1950. Por outro lado, aquelas restrições, tal como as que apresentamos aqui, têm por base formas de naturalização da desigualdade e de ordenamento hierárquico do valor social das pacientes, prevalentes em cada contexto. Parece-nos que o distanciamento entre alunos e pacientes, construído inclusive a partir daqueles marcos de diferenciação social, era elemento essencial no processo de “coisificação” dos corpos das mulheres, para que se transformassem em objeto de seu treino. E, em nosso contexto, mecanismos semelhantes de naturalização da desigualdade e de ordenamento hierárquico do valor social dos sujeitos da assistência determinam que pacientes de camadas populares que procuram os hospitais-escolas em busca de atendimento para suas demandas de saúde reprodutiva sejam submetidas ao exercício da prática de estudantes de medicina.

Porém, em nosso contexto de crescente cirurgificação do parto e onde a prática de “pôr a mão na massa” se configura como uma tradição na formação médica, os internos tendem a ter a expectativa de realizar os procedimentos acima mencionados (episiotomia, episiorrafia e bloqueio do pudendo), sendo, em geral, incentivados nesse sentido pelos seus supervisores e pela própria proposta educacional de treinamento em

serviço. Não obstante, o anseio de alguns alunos de antecipar a realização desses procedimentos cirúrgicos gera situações que, em alguns sentidos, são parecidas com aquela retratada acima no diálogo de Walters com seus colegas. Descreveremos abaixo uma situação que presenciamos no centro obstétrico da Faculdade Y para discutir algumas continuidades e descontinuidades entre esse aspecto do treinamento em serviço nos dois contextos.

Tratava-se do segundo parto normal de uma paciente em trabalho de parto no centro obstétrico do hospital-escola em questão. Não havia, a princípio, conforme a avaliação da médica no primeiro ano de residência (R1), responsável por supervisionar o trabalho da interna que acompanhava a parturiente, necessidade de se realizar uma episiotomia naquele caso. Ocorre que a interna, conforme me contou depois do parto, havia solicitado à residente antes do parto para fazer episiotomia naquela paciente sob supervisão da médica. A interna me disse que sabia que, na verdade, aquela paciente não precisaria necessariamente fazer uma episiotomia. Porém ela pediu à residente para fazê-lo, pois havia assistido a três partos normais até aquele momento de seu estágio de 5º ano e todos sem episiotomia. Como pretendia fazer especialização em ginecologia e obstetrícia, considerava muito importante exercitar a prática daquele procedimento cirúrgico durante o internato. O fato de que ainda teria mais três plantões no centro obstétrico durante aquele estágio do 5º ano e todo o estágio de internato do 6º ano para obter uma iniciação em relação ao treino desse procedimento não foi levado em conta pela aluna. Aparentemente, achava que estava demorando muito para ter sua primeira experiência na execução de um procedimento que usualmente constava no rol de atos cirúrgicos exercitados no internato pelos estudantes de medicina. Na hora do parto, a residente constatou que realmente não seria necessário fazer uma episiotomia, porém,

assim mesmo, levou adiante o acordo que fizera de antemão com a interna. Disse à interna, posteriormente,

“Na verdade, não precisava de episio, mas não é errado fazer.”

Cabe salientar que esse procedimento foi realizado sem qualquer analgesia ou anestesia. Ocorreu em um plantão noturno, quando não há anestesista disponível no centro obstétrico da Faculdade Y. Anestesistas só podem ser solicitados a comparecer aquele serviço no plantão noturno em casos de urgência e emergência obstétrica. Além disso, a médica R1 sequer procurou realizar o bloqueio de pudendo, forma de analgesia local, pois conforme explicou para a interna e para mim, não gostava de fazê-lo, pois só havia visto essa forma de analgesia local “pegar” três vezes até aquele momento. A residente instruiu a interna a fazer o corte inicial da episiotomia com um bisturi durante uma contração da paciente, para que sentisse menos dor. Depois lhe passou uma tesoura e lhe instruiu como devia fazer para ampliar o corte. Depois do parto e da dequitação da placenta, a médica instruiu a interna, passo a passo, em como fazer a sutura da episiotomia, isto é, a episiorrafia. A paciente gemia de dor. A médica então lhe perguntou,

“Está doendo? Vai doer um pouquinho mesmo, mas não é insuportável é?”

A paciente respondeu que não. A interna fez um ponto que a residente considerou mal feito e pediu para ela retirar o ponto e refazê-lo. Foi, a cada ponto, instruindo a interna acerca de como posicionar a agulha, em que direção esta deveria penetrar cada camada de músculo, tecido subcutâneo ou pele e como deveria utilizar a pinça para auxiliá-la a puxar a agulha para o outro lado daquela camada sendo suturada.

Outro ponto, esse particularmente profundo, o “ponto do marido”⁷⁵, foi mal executado pela interna e a médica lhe pediu para retirá-lo e refazê-lo. A paciente gemia e novamente a médica lhe perguntou, “Está doendo ou incomodando?” A paciente lhe respondeu, que estava doendo mesmo. A residente então lhe diz,

“Mas é suportável, não é? Nada pior do que a (nome da filha da paciente que nasceu) passando!”

Há algumas continuidades entre a experiência de treinamento em serviço relatada por Walters e a da interna acima mencionada. Ambos procuram obter mais experiência procurando convencer seus supervisores a deixá-los realizar determinados procedimentos e, nesse sentido, antecipando seu exercício daqueles atos. Em ambos os casos, os riscos adicionais a que poderiam estar submetendo as pacientes devido a sua inexperiência não os desestimulavam de realizar tal exercício e tampouco foram considerados por seus supervisores como justificativa para impedi-los de exercitar esse treino. Porém, a violência da situação retratada acima a diferencia daquela descrita por Walters aos seus colegas (no trabalho de BECKER et al.). Naquele caso, Walters procurava convencer seus supervisores a deixá-lo executar procedimentos que seriam, de qualquer modo, executados por eles. Em nosso caso, por outro lado, a interna convenceu sua supervisora a submeter uma mulher em trabalho de parto a um ato cirúrgico doloroso mesmo que a supervisora o considerasse desnecessário, única e exclusivamente para que ela pudesse antecipar o exercício da prática desse procedimento. Como compreender a banalização de uma prática tão violenta e antiética? Como compreender que ela possa ter sido realizada no contexto da formação médica e justamente a pretexto de um treinamento em serviço? A interna e a médica que praticaram esse ato evidentemente não consideraram a paciente como sujeito, muito

⁷⁵ O chamado “ponto do marido” é uma sutura adicional realizada no períneo para deixá-lo mais “apertado”, visando, supostamente, proporcionar ao homem maior prazer sexual.

menos como sujeito de direitos. Que visão é essa que compartilham acerca das pacientes sob seus cuidados? Como é que o contexto da formação abre espaço para a ocorrência de situações como esta acima retratada?

Não acreditamos que seja possível responder a contento a essas indagações neste trabalho. Certamente, características de nossa sociedade, fundada na naturalização da desigualdade, contribuem para esse quadro. Entretanto, há também elementos no próprio contexto de formação que fazem com que a saúde e o bem-estar das pacientes possam ser de tal forma desconsiderados e efetivamente prejudicados em prol da aprendizagem. Indicamos um exemplo nesse sentido ao descrevermos e analisarmos a aprendizagem do toque vaginal em sala de aula e no treinamento em serviço. Mostramos, acima, o caso da episiotomia e episiorrafia desnecessárias. Voltaremos a discutir esse tema em outros momentos deste trabalho. Retomamos abaixo a descrição de outras formas pelas quais os internos são incentivados pelos seus supervisores a incrementarem sua experiência cirúrgica no centro obstétrico.

Aqueles alunos que querem se especializar na área de ginecologia e obstetrícia ou em alguma área cirúrgica procuram desenvolver seu “senso de competência”, destacando-se de seus colegas ao transcender a hierarquia tradicional de treinamento, pela realização de procedimentos mais complexos do que os acima mencionados. Outros são estimulados pelos professores nesse sentido, visando atraí-los para essa área. E, entre o rol de procedimentos normalmente realizados por médicos no primeiro ano de residência e que alguns internos se sentem desafiados a realizar se incluem a participação na assistência à cesariana e à curetagem. Como já mencionamos, a norma era que os internos apenas instrumentassem a cesariana e a curetagem. Porém, não raro permitia-se a alguns internos participar da assistência à curetagem ou, mais freqüentemente ainda, no passo final do fechamento da cesariana, a sutura da pele. Por

vezes, os internos puderam executar a sutura de camadas ou planos mais profundos na cesariana. Assim, ter obtido permissão para participar da sutura da aponeurose, e não apenas da pele, era visto como uma sinalização de sua competência técnica para alguns internos. Notamos inclusive que alguns alunos que pretendiam se especializar em outra área, particularmente, mas não exclusivamente em uma área cirúrgica, também gostavam da oportunidade de exercício da habilidade cirúrgica que o internato em obstetrícia lhes oferecia. Assim, um dos internos que participava de uma equipe de cirurgias desde seu primeiro ano na Faculdade X comentou comigo e com um colega seu que, durante o fechamento de uma cesariana, a assistente de plantão lhe ensinou um ponto cirúrgico que desconhecia — o Donatti modificado — e teria comentado com ele: “*sabia que ia ensinar algo a você!*”. Evidentemente, com esse comentário, a professora realçou seu “senso de competência”, além de efetivamente lhe ensinar um novo ponto no corpo de uma paciente submetida a cesariana.

Um aluno da Faculdade Y que pretendia se especializar na área de ginecologia e obstetrícia comentou em entrevista que gostou dos plantões devido à oportunidade que lhe propiciaram de realizar diversos procedimentos. A participação que teve na realização de uma cesárea em particular foi motivo de muito orgulho para ele, realçando seu “senso de competência”:

Interno: “Eu gostei, assim, gostei bastante dos plantões. A gente passou lá no final do ano passado, né? Assim, no final do ano passado e começo desse ano. E os residentes, os R1 principalmente, já estavam no final do estágio, então sobrou bastante coisa prá gente fazer. Fazia parto, a gente fazia bastante coisa. Teve uma vez, em uma cesárea, que deixaram eu abrir a parede. Daí, na hora de fechar também, que geralmente a gente só fecha a pele, né? Aí, me deixaram fechar o peritônio, o músculo, a aponeurose, o subcutâneo e a pele. Não fechei o útero, mas...”

Entrevistadora: Tudo, depois do útero, foi você que fechou?

Interno: “É. Eles me deixaram fazer.”

Entrevistadora: *Você já tinha feito isso antes, lá no estágio?*
(Esse aluno havia feito um estágio extracurricular em uma maternidade.)

Entrevistando: “*Não.*”

Esse aluno estava no 5^o ano do internato quando teve a experiência acima referida. O fato de ter feito um estágio extracurricular em uma maternidade e de declarar sua intenção de se especializar nessa área certamente influíram na decisão de seus supervisores de lhe permitir transcender a hierarquia tradicional de treinamento tal como descrito. Outro fator mencionado por ele que contribuiu para que pudesse treinar os procedimentos cirúrgicos na cesariana em questão era o momento em que passou pelo estágio. É comum os internos e os professores se referirem à disposição ou indisposição dos residentes de permitir que internos realizem procedimentos conforme o momento do estágio de residência em que se encontram.

Logo no início do programa de residência, os médicos recém-ingressos tendem a ter uma relação muito mais tensa com os internos, pois eles querem treinar procedimentos com os quais muitos ainda não adquiriram familiaridade e experiência a não ser que tenham passado por estágios extracurriculares. E, atualmente, nas duas escolas pesquisadas, notamos que era comum os médicos ingressarem nos programas de residência sem ter passado por esses estágios. Por isso o aluno acima ficou satisfeito pela sua sorte de ter passado por esse estágio no período em que os residentes estavam no final do primeiro ano do programa de residência, quando os médicos já se sentem mais confiantes em relação àquelas habilidades que alguns dos internos querem exercitar. Ademais, tratava-se de um aluno que chamava atenção de seus pares e de seus supervisores pelo bom desempenho e pela sua dedicação no treinamento em serviço em obstetrícia. Ao mesmo tempo, o depoimento desse interno reitera características do treinamento em serviço que apontamos acima e que transparecem nos discursos de seus

colegas. As pacientes estão ausentes desse discurso, que visa expressar seu “senso de competência”. Os outros sujeitos que aparecem em sua fala são seus supervisores, novamente são eles os únicos responsáveis por ampliar o leque de intervenções experimentadas nos corpos das pacientes em questão.

Durante a pesquisa de campo, pudemos constatar que as pacientes não eram consultadas nas tomadas de decisão com relação à realização de qualquer procedimento cirúrgico ou acerca de quem na equipe iria executar esses procedimentos. Raramente sabiam o nome de qualquer profissional da equipe médica, muito menos se se tratava de um médico ou um estudante de medicina. Elas raramente eram informadas de antemão que seriam submetidas a intervenções cirúrgicas como episiotomias e episiorrafias. Tal como ocorre nos serviços de urgência e emergência, o treinamento em serviço no centro obstétrico tende a desqualificar o ato médico como técnica moral-dependente.

Em suas apreciações acerca da experiência de treinamento em serviço no centro obstétrico, os internos entrevistados freqüentemente fazem referência aos seus supervisores, como se pôde constatar nos depoimentos acima. Os alunos entendem que sua aprendizagem, seja do ponto de vista do leque de procedimentos que realizam, seja do ponto de vista do conhecimento que adquirem acerca da assistência ao parto de modo geral, depende em grande parte da disponibilidade para o ensino e do conhecimento e habilidade técnica desses profissionais. E estes são os aspectos de sua aprendizagem que lhes preocupam. Vejamos então quais as peculiaridades da supervisão que recebem em cada ano do internato e nos locais em que realizam esse estágio em cada Faculdade.

Em ambas as Faculdades os internos são supervisionados na sala de parto no 5º e 6º ano por assistentes ou residentes. Na Faculdade X, no 5º ano, é mais comum serem supervisionados nesse serviço por assistentes, embora, durante o dia, e em se tratando de um parto via vaginal, podem ser supervisionados por um residente cursando o

segundo ano desse programa de treinamento em serviço que passa em estágio por esse serviço de dia. No 6º ano, na Faculdade X, os internos são supervisionados diretamente pelos médicos cursando o primeiro ano do programa de residência na sala de parto quando se trata de partos pela via vaginal. Quando se trata de partos cesáreos, podem ser supervisionados por médicos no primeiro ou segundo ano do programa de residência e/ou assistentes, embora no final da cesárea sejam supervisionados por médicos cursando o primeiro ano do programa de residência ou até, caso este ache que é o caso, finalizem os últimos pontos da operação sozinhos e depois limpem a área do abdômen em torno da cirurgia e coloquem um curativo com a assistência de alguém da equipe de enfermagem. Ocasionalmente, discutem casos com assistentes por ocasião da passagem dos casos no centro obstétrico, quando da troca de plantão. Porém essas “visitas” nem sempre ocorrem e as encenações de narrativas clínicas na passagem de plantão por vezes se limitam a trocas de informação entre pares – de internos para internos, residentes para residentes e assistentes para assistentes.

Na Faculdade Y, os internos são supervisionados na sala de parto no 5º ano por residentes e, no 6º ano, ocasionalmente, também por assistentes – pelos chefes do centro obstétrico que, por vezes se encontram no centro obstétrico no período da manhã e da tarde.

5.9.4 Enfermarias de puerpério e de gestantes de alto risco

Assim como as atividades no pré-parto, as atividades realizadas no puerpério pelos internos são destituídas de prestígio e desvalorizadas por eles. Como disse em

entrevista um interno da Faculdade Y, que pretende fazer residência em ginecologia e obstetrícia, ao comentar suas atribuições na enfermaria do puerpério:

“É, porque pra gente tinha... sobra a parte, né?... a parte que ninguém quer fazer. Acaba sobrando prá gente.”

Essa percepção de que essas atividades são o que “sobra”, o que ninguém quer fazer, é sinalizada aos internos de ambas as Faculdades de algumas maneiras. Em ambas as Faculdades, no estágio de 5^o ano, os internos habitualmente chegam à enfermaria do puerpério antes daqueles que são responsáveis pela sua supervisão nesse serviço.

Na Faculdade X, os supervisores dos internos em suas atividades na enfermaria do puerpério, no 5^o ano, são assistentes e, na Faculdade Y, são médicos cursando o primeiro ano do programa de residência (R1). Os internos de 5^o ano são responsáveis pela “evolução” das puérperas, o que significa que devem perguntar a elas sobre suas queixas, devem realizar certos exames físicos gerais e outros que são específicos do período após o parto. Os seus achados devem ser registrados em uma ficha, juntamente com os resultados de exames laboratoriais, e, a partir desses dados, devem fazer uma prescrição a ser averiguada, corrigida, caso for necessário, assinada e carimbada pelo médico supervisor responsável. Em ambas as Faculdades, as orientações que receberam, *in loco*, em relação à realização dos exames físicos específicos do puerpério foram dados depois do primeiro dia na enfermaria.

Assim, no dia em que a primeira turma de internos do 5^o ano da Faculdade X que observei na pesquisa de campo iniciou seu estágio na enfermaria do puerpério, os alunos se orientaram na execução da evolução com o auxílio das instruções contidas no programa; e/ou procuraram copiar o modelo de anotações de evoluções feitas por outros alunos em dias anteriores que encontraram nos prontuários das pacientes internadas; e/ou receberam auxílio das enfermeiras obstetras para entenderem o que era esperado

deles. Apenas no segundo dia um professor veio demonstrar aos sete internos em conjunto como deveriam realizar os exames físicos específicos do puerpério, utilizando uma paciente internada como “modelo”. O relato dessa situação segue abaixo.

Nessa ocasião, eu havia pedido licença a uma das internas para acompanhá-la em suas evoluções. Tínhamos entrado em uma sala da enfermaria do puerpério e eu havia me apresentado à paciente que a interna iria examinar. Expliquei à paciente, que estava sentada em sua cama, que eu era cientista social, que estava estudando a formação em obstetrícia, lhe dei o termo de consentimento informado para ler e lhe pedi licença para acompanhar a consulta que teria em seguida. Enquanto conversava com a paciente, a interna lia seu prontuário. Depois de ter recebido o consentimento da paciente, a interna se apresentou à paciente pelo nome e perguntou,

Interna: *“Seu parto foi normal?”*

Paciente: *“Não foi fórcepe”*

Interna: *“Esta se sentindo....chegou a ir no banheiro alguma vez?”*

Antes que a paciente respondesse à pergunta da interna, entraram na sala um dos assistentes e os demais internos realizando essa parte do estágio na enfermaria. Ao todo, éramos nove pessoas em torno do leito da paciente. O assistente então comenta:

Assistente: *“A visita é uma apresentação de caso, sou Dr. L e estou aqui na enfermaria de 3ª e 6ª feira.”*

Estendendo a mão em direção à interna, sinaliza com um gesto que quer o prontuário da paciente. A interna lhe entrega e ele começa a apresentar o caso, lendo o nome da paciente, e em seguida: *“21 anos, queixa de perda de líquido e dor em baixo ventre.”* Virando-se para a interna que havia iniciado a evolução, ele pergunta, *“A amniorrexe⁷⁶ é oportuna, precoce, prematura ou tardia?”* Diante de seu silêncio, ele

⁷⁶ Ruptura espontânea das membranas da bolsa das águas, que se acompanha da evacuação do líquido amniótico.

retoma as definições dessas quatro categorias, referentes a esse momento em que a bolsa de águas se rompe, e afirma: *“Perda de líquido já no início do trabalho de parto, com 3 centímetros de dilatação, é amniorrexe precoce”*. Ela *“fez 7 consultas de pré-natal, sua altura uterina era 36 centímetros, a apresentação era cefálica, trabalho de parto pré-termo e estava com 3 cm de dilatação e em trabalho de parto. Qual a conduta?”*

O professor seguiu discutindo o caso com os alunos, em pé, ao lado da cabeceira do leito da paciente, dirigindo seu olhar ora ao prontuário, ora aos alunos. Retoma as variáveis em relação às condutas em partos prematuros e com amniorrexe e lhes explica por que havia sido indicado um fórcepe, acrescentando: *“O bebê está bem, está sendo alimentado por sonda, apresenta dificuldade respiratória. Foi fórcepe de Keilland. A data do parto foi dia 24 de abril de 2004 e hoje é 27. Todas as pacientes ficam 60 horas.”*

O assistente então se vira para a paciente e lhe pede para desabotoar a camisola e tirar o sutiã. Enquanto ela, em silêncio, obedece ao seu pedido, ele se vira e se dirige novamente aos alunos explicando-lhes os motivos pelos quais as pacientes ficam internadas por 60 horas nessa enfermaria e, “no caso dessa paciente, é preciso ficar em observação porque teve sonda vesical instalada em função do fórcepe e pode ter infecção urinária.” Olhando para seus exames de sangue, comenta: *“o normal é ter hemoglobina em torno de 10.”* Virando-se novamente para a paciente, lhe pergunta, *“Está se alimentando bem?”* Ela assinala que sim com a cabeça e ele então explica aos alunos que eles devem fazer o exame físico geral, ver se a paciente está corada ou descorada e depois prosseguir para o exame obstétrico.

“Qual a primeira coisa que a gente faz? É o exame da mama. A mama é flácida?” Sem lhe pedir licença, o assistente começa a palpar o seio da paciente e então aperta a aréola entre o dedo polegar e o indicador. *“O que vocês vêm aqui? Coloistro. A*

mama é flácida e com colostro.” O assistente então solta um seio, palpa o outro e então, dirigindo-se aos alunos, descreve o procedimento enquanto realiza novamente: *“Você aperta o mamilo para baixo e faz uma leve expressão. Duas mamas com colostro presente. Se tiver fissuras pode até descrever, mas é a enfermagem que prescreve.”*

O assistente pede então para a paciente para se deitar e levanta sua camisola, desnudando sua barriga. *“A segunda coisa que a gente faz é examinar o abdômen. Quando tem cesárea, a gente vai palpar para ver se a barriga tá flácida e pode sentir um pouco sensível. Normalmente no pós-parto, o útero fica contraído na altura da cicatriz umbilical. Colocam a mão, só para ver o que é um útero contraído. Pode pôr a mão, ela deixa!”* Quatro alunos se aproximam da paciente e palpam seu abdômen.

O assistente se dirige novamente à paciente e lhe pede para abaixar a calcinha e afastar os joelhos e enquanto ela ajeita sua camisola e abaixa a calcinha, ele se vira para os alunos e prossegue em suas instruções:

“Aí vem o períneo. Por que a episiotomia é médio lateral direita e não médio lateral esquerda? Porque a maioria dos obstetras é destro então se faz a episiotomia médio lateral direita. Quando o períneo é alto pode se fazer a perineotomia, mas quando é curto, pode correr e fazer uma lesão no esfíncter. Então você examina a cicatriz, para ver se tem ou não sinais inflamatórios (o que faz rapidamente), e a loquiação⁷⁷ e descreve: ‘Episiorrafia em boas condições e loquiação rubra.’ Por último vêm os membros inferiores.”

O assistente olha para as pernas da paciente, que está ajeitando sua calcinha e sua camisola, e depois para os alunos, e prossegue *“Precisa ver se tem edema, varizes.. tem risco de trombofilia. Agora quando tem cesárea, ai tem que auscultar, ver se tem ruídos ...”*. O assistente então vira-se para a paciente e, olhando para ela, faz um aceno

⁷⁷ Sangramento vaginal pós-parto.

com a cabeça em agradecimento, e se dirige à pia do quarto, onde lava as mãos, comentando com os internos, *“Quando examinam as pacientes é importante sempre lavar as mãos por causa de infecção.”* Abrindo a porta do quarto, prossegue a conversa com os alunos enquanto sai e se dirige a uma bancada na enfermaria, onde se senta frente a uma tela de computador. Retoma então o registro do exame físico obstétrico, anotando-o na ficha de evolução, enquanto fala para os alunos:

*“Mamas: flácidas.
Colostro: +
Abdômen: flácido, útero contraído à altura da cicatriz umbilical.
Episiorrafia: de bom aspecto ou sem sinais inflamatórios.
Lóquio: loquiação rubra, sem odor.
MMII (membros inferiores): sem edema.
CD (conduta): alta”.*

O assistente prossegue:

“Quando se dá alta a paciente tem direito a ficar mais um dia. Em casos especiais, pode até ficar mais tempo, mas aí é coisa de chefia. Por exemplo, se o bebê tem uma infecção, vai ficar internado uns 10 dias, aí tem que liberar o leito. Não se esqueçam, vocês sempre têm que assinar a ficha de evolução.”

O assistente segue com as instruções acerca do preenchimento da prescrição e, em seguida, cada aluno pega seus prontuários para evoluir suas pacientes.

Como se pode perceber, a demonstração acima foi realizada sem consulta prévia à paciente. O pedido de expor os seios e a vagina a um grupo de alunos e observadora foi feito na maior informalidade, como se estivesse lhe pedindo para mostra-lhes as palmas das mãos. A paciente emudeceu, acatando os pedidos como se fossem ordens. Nota-se que o assistente sequer lhe pediu licença antes de palpar seus seios ou fazer a manobra de expressão de colostro. Também não lhe pediu licença antes de palpar seu abdômen ou oferecer aos alunos a oportunidade de exercitar esse procedimento clínico em seu corpo. Enfim, nenhum pedido simples de licença antes de tocar nela. Pelo contrário, dirige-se diretamente aos alunos, estimulando-os a palpar o abdômen, lhes

dizendo, em nome da paciente, “*Pode por a mão, ela deixa!*”. A única vez em que se dirige à paciente sem ser para lhe pedir para tirar a roupa ou mudar de posição na cama, é quando lhe pergunta, após verificar os resultados de seus exames de sangue, se está se alimentando bem. Cabe lembrar que se trata de uma paciente particularmente fragilizada, pois além de ter sido submetida a um procedimento cirúrgico, deu a luz a um bebê prematuro que não está em bom estado de saúde. Essa falta de respeito, atenção e escuta para com a paciente é o que está sendo apresentado aos alunos como exemplo de uma evolução. Nota-se que sequer consta o item “queixa” em seu registro escrito, embora normalmente conste da evolução.

Ao ensinar os internos alguns aspectos da rotina deles na enfermaria, quais destes são destacados e a qual deles é atribuída relevância? Em primeiro lugar, nota-se a importância dada à apresentação e discussão do caso. O assistente não apenas retoma com eles os registros no prontuário, desde a admissão da paciente no pronto-atendimento, destacando quais as informações do caso que são consideradas relevantes, como lhes mostra, através do exemplo, qual a linguagem que deve ser utilizada para descrever o caso, e em que ordem as informações devem ser apresentadas. Em segundo lugar, o assistente qualifica a apresentação de caso na enfermaria de puerpério como uma visita e, como vimos acima, as visitas também são uma oportunidade para retomar conceitos, classificações, diagnósticos e condutas obstétricas discutidas também em sala de aula e que serão objeto de avaliação no final do estágio. Assim, reiterando diversas vezes nas visitas os conceitos, classificações, diagnósticos e condutas obstétricas ensinados em sala de aula, os professores auxiliam os alunos a memorizá-los para a avaliação teórica.

Em terceiro lugar, ao discutir os passos da evolução, ênfase é dada à aprendizagem do exame físico. Cabe aprender seus componentes, a seqüência em que

esse deve ser realizado, as manobras a serem executadas, a diferenciação entre um exame físico normal e anormal, isto é, destaque é dado aos procedimentos, à seqüência em que devem ser realizados e à competência técnica ao executá-los.

Em quarto lugar, é preciso aprender as normas e a linguagem que devem nortear a apresentação do caso nas visitas e seu registro na ficha de evolução. Ao discutir esse aspecto com os alunos, já mencionamos que sequer incluiu a queixa entre seus elementos. Ao mesmo tempo, nos chama atenção um dado cujo registro sinalizou como sendo opcional: a existência de fissuras nas mamas. *“Se tiver fissuras pode até descrever, mas é a enfermagem que prescreve.”* Assinala desse modo, que uma das funções da evolução é determinar a conduta que inclui a prescrição de medicamentos. Ao mesmo tempo, faz menção a uma divisão de trabalho em relação à assistência a uma mesma parte do corpo – as mamas. Da perspectiva obstétrica, segundo esse assistente, o que interessa é a produtividade das mamas – se estão produzindo colostro. Quanto às fissuras, que estão associadas a problemas na amamentação, isso fica por conta da enfermagem. É a equipe de enfermagem que presta assistência em relação à amamentação e o modo de o assistente valorizar esse trabalho não é falar da orientação que as mães recebem, mas sinalizar que é *“a enfermagem que prescreve”*. Aparentemente, para esse assistente, qualquer diálogo com as mães não é valorizado. Não são, evidentemente, todos os assistentes que compartilham dessa visão. Particularmente em relação à amamentação, há aulas no 4º e 5º ano que abordam não apenas os aspectos fisiopatológicos da lactação, mas que discutem orientações em relação à amamentação que os alunos são encorajados a dar às pacientes. Entretanto, segundo nossas observações, raramente os alunos se ocupavam desse aspecto do puerpério em seu contato com as mães.

Por último, cabe ressaltar o comentário feito pelo assistente em relação à higiene. Nota-se que ele lava as mãos antes de sair do quarto da paciente, após examiná-la, mas não antes. Ele então comenta com os alunos que, quando examinam as pacientes, devem sempre lavar as mãos por causa de infecção. Em diversas situações, tanto no pronto-atendimento, no pronto-socorro, como nas enfermarias notamos, em ambas as Faculdades que, quando os membros da equipe médica lavavam as mãos, a tendência geral era de fazê-lo após e não antes de examinar as pacientes. Quanto aos estudantes e residentes, não raro, realizavam todas as evoluções, isto é, examinavam todas suas pacientes, e só depois lavavam as mãos. A preocupação com a infecção era, para muitos membros da equipe uma questão predominantemente auto-defensiva, como se pode depreender pelo seguinte conselho que uma professora do 5º ano da Faculdade X deu aos internos em sala de aula:

“Não vão fazer exame no PA (pronto-atendimento) sem luva! Por quê? Pela segurança de vocês. E se vocês forem espertos, andam com uma luva estéril no bolso. Não tendo luva, não põem a mão. A gente não tá protegida da hepatite C e do HIV! Dá tempo de colocar a luva, não sejam ansiosos de pôr a mão desprotegida!”

Um dos internos efetivamente andava na enfermaria com uma luva no bolso de seu jaleco. Quando o acompanhei um dia em suas evoluções matinais, notei que ele sempre retirava a mesma luva do bolso e colocava-a na mão antes de examinar as pacientes. Certamente procurava se proteger desse modo, porém não era uma medida eficaz para proteger as pacientes.

Após a demonstração do professor, acima mencionada, os internos seguiram fazendo as evoluções matinais sem o acompanhamento dos assistentes, cada qual a seu modo. Após registrarem-nas, apresentavam-nas oralmente aos professores, que, com raras exceções, discutiam os casos com os alunos, sentados na bancada, diante das telas

dos computadores, onde revisavam as prescrições e as carimbavam. Apenas um dos assistentes tinha o hábito de, vez ou outra, entrar com os alunos nas salas da enfermaria e retomar com eles os exames físicos e queixas das pacientes. Os outros assistentes só entravam na enfermaria para ver as pacientes se fossem solicitados a fazê-lo pelos internos, em função de dúvidas suas, porém raramente os internos faziam esse tipo de solicitação. Em consequência disso, a despeito da ênfase colocada na competência técnica ao se realizar os procedimentos que são inclusos no exame físico, o fato de os assistentes não acompanharem os internos em suas evoluções faz com que não se tenha como avaliar se estão realizando os procedimentos a contento e de orientá-los caso não estiverem. Assim, por exemplo, a expressão do leite não é uma técnica tão simples de aprender e vários alunos, após algumas tentativas frustradas, simplesmente desistiram de fazê-la e, tal como alguns outros colegas, simplesmente passaram a perguntar às mães se estavam amamentando, registrando “expressão (+)” caso respondessem que sim.

Na Faculdade Y, receberam orientações gerais em relação à evolução no puerpério em sala de aula do coordenador da disciplina e a recomendação de que deveriam ler o capítulo sobre puerpério “do Rezendinho, do Briquet, do Neme, ou do Manual da FEBRASGO”. Foram então para enfermaria do puerpério onde encontraram a médica R1 que seria responsável pela sua supervisão e que lhes mostrou onde ficavam os prontuários e os formulários onde deveriam anotar as evoluções, e que combinou um horário de encontro com eles no primeiro dia de estágio. Naquele dia, a residente demonstrou aos cinco internos como deveriam realizar os exames físicos, utilizando uma paciente internada como “modelo”. Porém não se lembrou de examinar os membros inferiores da paciente e tampouco se lembrou de ensiná-los a procurarem os resultados de exames laboratoriais realizados na internação no computador. Após essa

demonstração, os internos seguiram fazendo as “evoluções” sozinhos, cada qual a seu modo, e conforme o tempo foi passando, ela se lembrava de acrescentar outros passos no exame físico e nos registros.

Em ambas as Faculdades, não raro os internos “pulavam” determinadas etapas do exame físico específico e sequer realizavam o exame físico geral. O exame das mamas raramente era realizado e o exame vaginal, que consistia em averiguar a episiorrafia para ver se havia sinais de infecção e ver o aspecto do sangramento, também freqüentemente se resumia a perguntar a paciente se ela estava sangrando muito ou pouco. Evidentemente, havia estudantes conscienciosos que realizavam todos os exames físicos com cuidado e atenção e perguntavam às pacientes sobre suas queixas, registrando-as na folha de evolução. Porém era a minoria. A mecanização do exame físico e sua redução ao mínimo, assim como a confecção de um registro padrão indicando o bom estado físico geral da paciente e a evolução esperada de um puerpério normal era muito comum em ambas as Faculdades. Como também era comum não perguntar à paciente acerca de suas queixas ou não registrá-las mesmo quando a paciente espontaneamente expressava queixas. Enfim, era comum a comunicação com a paciente se padronizar e se reduzir ao mínimo necessário.

Na Faculdade Y, inclusive, o interno de plantão na noite anterior, ou senão outro interno recebia a incumbência de preencher a parte inicial de todas as fichas de evolução antes da chegada de seus colegas de manhã. O “cabeçalho”, como se designava essa parte inicial da ficha de evolução, não se limitava aos dados de identificação de cada paciente e ao tipo de parto a qual havia sido submetido. Também incluía um preenchimento padrão do exame físico geral utilizado para designar bom estado físico geral, já que o exame físico geral não seria realmente realizado de qualquer modo.

Exemplificamos, abaixo, o “cabecalho” já preenchido no plantão noturno anterior, de uma ficha de evolução do dia seguinte:

“Evolução Puerpério: Preenchimento padrão na Faculdade Y

Nome da paciente (preenchido)

Registro (preenchido)

Dept: (preenchido) Área: Puerpério Leito: (preenchido)

Data: (preenchida)

PC-1⁷⁸

Distócia Funcional

Recebe: Sintomáticos

Sulfato ferroso

Controles: PA:

P:

T:

E:

D:

Queixas:

EF:

Geral: BEG, AAA, eupnéica, orientada, MCH, BPP

Ap Res: MV(+) bilateralmente s/ RA

Ap CV: BRNF 2T s/ sopro

Abdome: flácido, indolor, s/ VMG, RHA (+) DB (-)

Útero:

Loquiação:

Ferida operatória:

Mamas:

Extremidades:

CD: .”

⁷⁸ Mantive os códigos, tal como encontrados nas fichas de evolução, para se ter uma idéia de como é a linguagem cifrada que se encontra nos prontuários, que, embora legalmente pertencem aos pacientes, segundo o Código de Ética Médica, não são redigidos de tal forma que leigos possam compreendê-los.

Tradução dos códigos:

PC – 1 = primeiro dia pós-cesárea; PA = pressão arterial; P = pulso; T = temperatura; E = evacuação; D = diurese; EF = exame físico; BEG = bom estado geral; AAA = afebril, acianótica e anictérica; MCH = mucosas coradas e hidratadas; BPP = boa perfusão periférica. Ap Res: MV(+) bilateralmente sem RA = Aparelho respiratório: murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios; Ap CV: BRNF 2T sem sopros = Aparelho cardiovascular: bulhas rítmicas normofonéticas em dois tempos sem sopros; Abdômen: sem VMG = sem visceromegalias; RHA (+) = ruídos hidroaéreos presentes; DB (-) = descompressão brusca negativa; CD = conduta.

Assim que o interno passando pelo estágio na enfermaria do puerpério chegasse à enfermaria na manhã seguinte, pegaria o prontuário de um determinado número de pacientes, conforme combinação feita com colegas, ou então pegaria um prontuário e encontraria a ficha de evolução já parcialmente preenchida, conforme o exemplo acima mencionado. Às vezes levava a ficha ou prontuário com ele (ela) até o leito da paciente e às vezes levava apenas uma “cola” com o nome da paciente e número do leito (e tipo de parto e dia de internação) até a paciente. Quando levava a ficha de evolução e/ou prontuário todo até o leito, já ia preenchendo enquanto conversava com a paciente antes de examiná-la com suas respostas referentes à evacuação diurese e queixas. Senão, e o que era mais comum, preenchia tudo depois de examinar a paciente.

Embora a parte da ficha de evolução referente ao exame físico (EF) específico, isto é, o que dizia respeito ao puerpério *strito sensu* não fosse preenchido de antemão, havia também um modelo padrão de preenchimento dessa parte da evolução, tal como havia um preenchimento padronizado da conduta que aprenderam com os residentes responsáveis pela sua supervisão.

Com relação a essa prática de preenchimento do “cabeçalho” na Faculdade Y, é interessante acrescentar que, conforme me disse um interno, receberam instruções para que procedessem desse modo de um residente de primeiro ano, que lhes disse que não se costumava realizar esses exames físicos gerais ao evoluir as pacientes na enfermaria do puerpério. Esse residente teria lhe dito que exames físicos gerais seriam efetuados na rotina, isto é, em todas as pacientes obstétricas alojadas no hospital, apenas como parte dos procedimentos gerais realizados usualmente por ocasião da internação no pronto-socorro obstétrico e ginecológico. Entretanto, observamos, no pronto-socorro, que nem mesmo à internação da paciente, o exame físico geral era realizado de rotina.

Após completarem o registro da “evolução”, os internos na Faculdade X apresentam uma versão oral a um assistente. Raramente se revê o prontuário dessas pacientes ou se lêem as evoluções redigidas pelos alunos. Ao efetuarem essa narrativa clínica, a qual tende a ser bastante padronizada e resumida, um ou outro interno por vezes menciona algum aspecto que havia lhe chamado a atenção ao evoluir uma ou outra paciente, pedindo esclarecimentos ao assistente. Caso contrário, o assistente simplesmente assina as fichas de evolução e prescrição ou senão aproveita a ocasião para revisar com aquele aluno ou com um grupo de alunos, por meio de perguntas e respostas, algum tema da assistência obstétrica.

Na Faculdade Y, após completarem o registro das “evoluções”, os internos as entregam ao médico no primeiro ano do programa de residência responsável pela sua supervisão. Por vezes mencionam algum aspecto que lhes havia chamado a atenção ao evoluir uma ou outra paciente, pedindo esclarecimentos ao residente. Raramente este vai até o leito da paciente para averiguar algo a não ser que seja assim solicitado explicitamente pelo interno. Raramente se discutem casos com os internos nessa enfermaria. Cabe salientar que a presença de assistentes nessa enfermaria é muito rarefeita. Em geral, não se vêem assistentes do departamento nessa enfermaria a não ser por ocasião das duas visitas semanais, que, como vimos, só ocorrem esporadicamente e não semanalmente, conforme programado. Assim, os médicos no primeiro ano do programa de residência que estão fazendo rodízio nessa enfermaria raramente recebem qualquer supervisão ou orientação em relação ao seu trabalho, o que inclui a supervisão dos internos e a responsabilidade pela assistência médica às puérperas.

O estágio na enfermaria do puerpério se limita ao 5^o ano para os alunos da Faculdade Y, mas na Faculdade X os alunos voltam à enfermaria no 6^o ano, porém desta vez, no hospital-escola. Sua responsabilidade, nesse estágio, não se limita à evolução de

puérperas, mas também inclui a evolução de gestantes de alto risco. Nessa ocasião repetem mais ou menos os mesmos procedimentos que realizavam no 5^o ano em relação às puérperas e são responsáveis pela aferição dos batimentos cardíacos fetais das gestantes de alto risco, sendo supervisionados por residentes. É mais comum se tratar de residentes R1, mas, por vezes estes estão no segundo ou até no terceiro ano do programa de residência (R2 e R3). Nessa enfermaria, os residentes costumam chegar antes deles e compartilham com eles a responsabilidade pela evolução das pacientes.

As atitudes dos internos em relação à realização das distintas tarefas que compõem a evolução das pacientes nessa enfermaria, tanto gestantes como puérperas, não eram muito diferentes daquelas que sinalizamos acima em relação aos alunos do 5^o ano. Havia estudantes conscienciosos que realizavam todos os exames físicos com cuidado e atenção e perguntavam às pacientes sobre suas queixas, registrando-as na folha de evolução. Porém a mecanização do exame físico e sua redução ao mínimo, a falta de escuta em relação às queixas da paciente, e a construção de um registro padronizado também era muito comum. Não raro, este era confeccionado a partir de registros anteriores, já que muitas das gestantes internadas nessa enfermaria tinham doenças mais graves e permaneciam ali por longos períodos de tempo. O fato de compartilharem com os residentes a responsabilidade por essas tarefas, por vezes levava os internos a acharem que, em realidade, as pacientes não eram “suas”, mas dos residentes, que também faziam a evolução e, portanto, não tinham por que se preocupar com isso. Os residentes, por sua vez, costumavam dizer que havia internos confiáveis e outros não, sendo possível discernir uns dos outros logo nos primeiros dias do estágio. Em função dessa situação, um dos preceptores, ao apresentar o estágio, fez os seguintes comentários aos alunos em relação às suas responsabilidades na enfermaria:

“As coisas serão feitas, com, sem, ou apesar de vocês (...) As pacientes da enfermaria são pacientes morredoras que têm fetos

morredores. São pacientes que morrem com bebês que morrem dentro ou fora das barrigas. Não precisam auscultar o coração das pacientes todos os dias, mas precisam auscultar o BCF (batimento cardíaco fetal) todos os dias. Porque já aconteceram casos que, naquela correria, o residente vai auscultar o feto às 12 horas e não tem BCF. Muitas vezes esse óbito fetal tá lá há 15-16 horas. Então é uma coisa que peço a vocês é auscultar o BCF das gestantes todos os dias.”

Nota-se que a primeira frase acima parece confirmar a visão dos internos de que sua assistência, nessa enfermaria, é dispensável. O preceptor, depois, relativiza a afirmação anterior, privilegiando a realização de uma tarefa por parte dos internos – a ausculta dos batimentos cardíacos fetais. Porém, ao fazer isso, os “libera” de realizar outras tarefas inclusas entre as atividades que compõem a evolução, por exemplo, a ausculta do coração materno. É uma instrução no mínimo estranha, se considerarmos que se trata de uma enfermaria obstétrica com predomínio de pacientes de alto risco, inclusive com doenças cardíacas, a única justificativa sendo que a ausculta do batimento cardíaco fetal não costuma ser responsabilidade compartilhada com os residentes na evolução matinal. Trata-se de um discurso bastante impactante, afinal classifica todas as pacientes nessa enfermaria e seus fetos como pertencentes a uma categoria ominosa: são *morredoras*. Ao mesmo tempo, trata-se de uma categoria ambígua. Se forem pacientes *morredoras*, poderia se supor que deveriam inspirar maiores cuidados. Por outro lado, o preceptor os libera de várias de suas obrigações e, mesmo ao insistir na ausculta do batimento cardíaco fetal, parece que a ênfase recai sobre a detecção precoce da morte e não em sua prevenção. Pode ser então que esteja simplesmente fazendo uma afirmação fatalista, visando talvez tranquilizar os internos e a si mesmo acerca do possível “destino” daqueles internados nessa enfermaria.

A relação dos internos com os residentes nessa enfermaria é sujeita a tensões. Como mencionamos acima, os residentes, são responsáveis por supervisionar

diretamente o trabalho dos internos na enfermaria. Compartilham as responsabilidades sobre determinadas pacientes com alguns internos, por vezes durante vários dias, devendo orientá-los não apenas em relação às suas tarefas, como também em relação à assistência sendo prestada a essas pacientes. Raramente, porém, têm tempo para discutir os casos com eles, pois estão em geral muito atribulados com suas obrigações matinais, o que é bastante frustrante para os internos que vêem este aspecto do estágio — o serviço na enfermaria de obstetrícia — como “pouco produtivo” ou instrutivo.

Percebe-se que há problemas quanto à supervisão pelas atividades práticas de treinamento em serviço em ambas as Faculdades, embora haja diferenças significativas entre elas. Entretanto alguns aspectos em comum chamam particular atenção. Por um lado, nota-se uma grande ênfase na aprendizagem de determinados procedimentos, particularmente aqueles referentes ao parto em si, sendo dada pouca atenção à relação com as pacientes. Aliás, geralmente, a comunicação com as pacientes tende a se reduzir ao mínimo, mesmo em situações de contato mais prolongado, como o pré-parto. Além disso, parece-nos que há dois serviços ou duas estações de trabalho particularmente pouco prestigiadas – o pré-parto e a enfermaria do puerpério. A falta de prestígio ou até mesmo a negligência em relação às atividades que se realizam nesses dois locais têm, ao nosso ver, repercussões sobre o modo como os internos realizam suas atividades nesses dois serviços. Se entendermos, como GOOD, que:

“(...) competência em medicina é uma sensibilidade produzida socialmente, se desenvolve e é moldada através das interações com assistentes e residentes ao longo do internato” (GOOD, 1995:143),

o que observamos nessas escolas em termos da falta de importância atribuída à assistência no pré-parto e puerpério corresponde, contemporaneamente, em nosso contexto, a atividades que a medicina **não** julga importante. O que ela **não** valoriza

também tenderá a não ser valorizado pelos internos. As conseqüências desse desprestígio de funções, a nosso ver essenciais, têm repercussões não apenas na formação desses alunos de medicina, mas também na saúde das mulheres sob seus cuidados.

A falta de identificação do estagiário como estudante, a desvalorização da supervisão e o fato de o ensinamento ou treinamento dependerem da disponibilidade pessoal e individual do assistente ou residente encarregado dessa função são características que REGO (2002) atribui à situação do treinamento em serviço em estágios extracurriculares. Segundo esse autor essas características contribuem para instaurar um problema de natureza ética, pois, nessas circunstâncias, a autonomia dos estudantes se estende muito além de seu preparo técnico, gerando uma incompatibilidade entre as funções que exercem e o preparo adequado para seu bom desempenho. Nesse sentido, a socialização profissional que ocorre nesses estágios desqualifica o treinamento do estudante de medicina e a assistência prestada ao paciente, desrespeitando o direito deste de saber que está sendo atendido por um acadêmico e atingindo, inclusive, a própria credibilidade da profissão. REGO sugere que haveria um nítido contraste entre os estágios extracurriculares e os curriculares, o que inclusive repercute no comportamento dos estudantes em cada local de atividade prática. No que diz respeito especificamente ao modo como se apresentam aos pacientes no tangente à sua identidade de estudante o autor comenta:

“Esta diferença de comportamento entre os nossos estudantes, dependente do local onde sua atividade prática está ocorrendo, demonstra claramente que o estudante não desconhece a necessidade de se identificar ao paciente, não o fazendo quando não está na Faculdade por decisão própria ou por decisão da instituição onde estagia ou apenas por relaxamento de seus padrões de conduta, em decorrência de uma aparente falta de rigor ético.” (REGO, 2002:129)

Nossa pesquisa de campo em estágios de internato de obstetrícia em duas conceituadas Faculdades de medicina de São Paulo nos leva a indagar se há, efetivamente, contrastes tão nítidos entre as atitudes de estudantes e de seus supervisores em estágios curriculares e extracurriculares. Ao menos no que diz respeito à atitude perante a paciente de identificação do estagiário como estudante se pôde constatar que isso simplesmente não ocorre. Quanto à supervisão, se ela é procedimento pouco valorizado nos estágios acompanhados nesta pesquisa, parece ser ainda mais desvalorizada em estágios extracurriculares. Há, certamente, distinções entre ambos os tipos de estágios, porém, aparentemente, compartilham, em menor ou maior grau, algumas características e alguns dos mesmos problemas. É possível, inclusive, que um dos fatores que contribuem para que esses estágios se assemelhem seja o fato de que alguns dos professores do internato de obstetrícia em cada uma das Faculdades também atuam como assistentes, supervisores e/ou coordenadores de estágios extracurriculares freqüentados por alunos dessas e de outras faculdades. Vejamos, a seguir, a maneira como esses supervisores organizam seu cotidiano de trabalho e o papel que os acordos informais desempenham em suas atividades.

5.10 Organogramas *versus* acordos informais entre os supervisores do treinamento em serviço

O estágio de internato de obstetrícia do 5^o ano, na Faculdade X, como já mencionamos, é realizado em um hospital secundário vinculado à escola. Nele, a supervisão, pelos assistentes, das atividades de treinamento em serviço no pronto-

atendimento e no centro obstétrico é organizada em torno de plantões. Nesse hospital, o pronto-atendimento e o centro obstétrico se situam no mesmo andar do hospital em espaços contíguos, separados apenas por um corredor, pelas respectivas paredes delimitando essas áreas e por passagens ou portas que dão acesso de um para o outro. Assim, é muito ágil a circulação interna entre essas duas estações de trabalho e os assistentes, de plantão simultaneamente nas duas, podem se deslocar rapidamente de uma para outra conforme a demanda. Permanecem nos corredores ou nos consultórios do pronto-atendimento, supervisionando os internos e participando da assistência por estes prestada às pacientes que procuram o serviço, ou na sala de descanso da equipe médica, localizada nesse setor, quando não estão no centro obstétrico. Sua permanência no centro obstétrico restringe-se aos momentos em que participam da supervisão e da assistência aos partos, curetagens e outros procedimentos cirúrgicos que ocorrem ali, e às visitas às salas de pré-parto — enfileiradas em um corredor, logo na entrada que dá acesso ao centro obstétrico do pronto-atendimento — onde, ocasionalmente, conduzem e supervisionam o acompanhamento do trabalho de parto de pacientes internadas.

Conforme o dia da semana, de segunda a sexta-feira, cinco a seis assistentes são formalmente encarregados da supervisão no período da manhã e, à tarde, são cinco assistentes por dia. Um organograma, em que constam as diversas atribuições dos assistentes nos distintos serviços de obstetrícia do hospital, segundo dia da semana e período do dia, é afixado em um mural na secretaria do setor de obstetrícia. Durante o dia, nos dias úteis, além de supervisionar o treinamento em serviço dos internos, os assistentes são responsáveis pela supervisão também do treinamento de um residente de segundo ano realizando estágio no centro obstétrico. Por outro lado, esse residente também compartilha com os obstetras a responsabilidade pela supervisão da assistência prestada pelos internos naquele setor. À noite e nos finais de semana e feriados, por

outro lado, há três assistentes encarregados formalmente da supervisão em plantões de 12 horas de duração. Nesses horários, apenas os internos realizam treinamento em serviço e o atendimento funciona apenas por demanda espontânea, não sendo agendadas intervenções tais como induções de trabalho de parto, cesáreas, curetagens ou outros procedimentos. A escala de plantões é afixada mensalmente em um mural na sala de descanso da equipe médica, no pronto-atendimento.

Durante a pesquisa de campo notamos, porém, que nos dias úteis, raramente se encontravam mais de três assistentes no pronto-atendimento e centro obstétrico em qualquer horário da manhã ou tarde. A tendência era de os profissionais se revezarem, dividindo cada período em blocos de tempo menores. Isto é, durante o dia, de segunda a sexta-feira, a supervisão da assistência no pronto-atendimento e centro obstétrico funcionava com aproximadamente metade dos obstetras formalmente encarregados dessa função. Por outro lado, à noite, em geral entre meia-noite e 2 horas da manhã, dividia-se o plantão entre os três assistentes do plantão noturno. Entre esse horário e até 8 horas da manhã, apenas um assistente ficava encarregado da supervisão de todas as atividades no pronto-atendimento e no centro obstétrico por períodos de cerca de duas a três horas, enquanto os outros dois se retiravam do setor, para dormir em um quarto de descanso dos assistentes.

O estágio de internato de obstetrícia do 6º ano na Faculdade X é realizado no hospital-escola, diferente do hospital secundário onde realizaram o estágio do 5º ano. Nele, há um chefe do centro obstétrico, presente no setor todas as manhãs, que coordena a supervisão do ensino e treinamento dos residentes nesse período, dividindo essa responsabilidade com assistentes de plantão. À tarde, à noite e nos finais de semana e feriados, a responsabilidade pela supervisão do treinamento em serviço de residentes e internos fica a cargo de obstetras plantonistas que se revezam segundo uma escala de 12

horas. Excetuando-se o titular da disciplina e o coordenador da graduação em obstetrícia, todos os obstetras que têm vínculos profissionais com a disciplina ou com os serviços de obstetrícia do hospital-escola se revezam nos plantões. O contato de alguns desses assistentes com os internos é variável — alguns apenas participam da supervisão do seu treinamento em serviço e outros também colaboram para sua formação teórica durante esse estágio. Em todos os horários há residentes de plantão tanto no centro obstétrico como no pronto-socorro obstétrico e eles colaboram no processo de supervisão e treinamento em serviço nesses setores. Os médicos no primeiro ano de residência são os que atuam diretamente na supervisão e treinamento dos internos.

A responsabilidade pela supervisão e treinamento a cargo dos plantonistas não se restringe exclusivamente às atividades no centro obstétrico, mas se estende também para o pronto-socorro obstétrico. Porém, ao contrário do hospital secundário da Faculdade X, o centro obstétrico e pronto-socorro obstétrico estão situados em distintos andares do hospital-escola. Nesse caso, os assistentes não se alternam entre um setor e outro, e raramente se deslocam para o pronto-socorro obstétrico. A supervisão das atividades de treinamento em serviço de residentes e internos por obstetras neste último setor é realizada, portanto, a distância, pelo telefone. Quando os residentes têm dúvidas sobre o encaminhamento de uma paciente sendo atendida no pronto-socorro obstétrico ou quando querem encaminhá-la para o centro obstétrico ou a enfermaria para internação, telefonam para o centro obstétrico à procura de um assistente de plantão, com o qual discutem o caso e decidem sobre o encaminhamento a ser dado.

Formalmente, segundo a escala mensal de plantões, disponível na secretaria da disciplina e afixada em um mural que é acessível a todos, no período diurno, os plantões são das 8 às 20 horas, sendo que, nos dias úteis, há dois ou três assistentes de plantão, conforme o dia da semana. Há um ou dois assistentes escalados nos plantões noturnos

(das 20 às 8 horas) nos dias úteis. Por outro lado, nos finais de semana, todos os períodos, tanto os diurnos como os noturnos, contam com apenas um assistente plantonista. Tal como no hospital secundário da Faculdade X, procura-se restringir o atendimento no período noturno e nos finais de semana e feriados apenas à demanda espontânea, não sendo agendadas nesses períodos intervenções tais como induções de trabalho de parto, cesáreas, curetagens ou outros procedimentos.

Durante a pesquisa de campo, porém, nos dias úteis, não encontramos mais de dois assistentes no centro obstétrico em qualquer horário da manhã ou tarde. Assim mesmo, a presença de dois assistentes no centro obstétrico, afora o período de passagem de plantão, não era muito comum, sendo mais freqüente a presença de apenas um assistente. Além disso, quando havia dois assistentes no plantão, ambos não ficavam lá durante todo o período do plantão. A tendência era de os profissionais se revezarem, dividindo entre si, informalmente, cada período em blocos de tempo menores. Porém, nem sempre esse acordo informal era respeitado: ao menos um dos plantonistas simplesmente não costumava freqüentar o plantão em sua escala, sendo esse um fato consumado, aparentemente de conhecimento de todos e que fora comentado comigo pelos residentes. No período diurno da semana em que esse professor dava plantão, era comum os residentes e internos ficarem sem supervisão direta de um assistente no centro obstétrico à tarde. Percebe-se, portanto, que, durante o dia, de segunda a sexta-feira, a supervisão da assistência no centro obstétrico e pronto-socorro obstétrico funcionava com nenhum, um ou dois, portanto menos obstetras do que os formalmente encarregados (dois ou três) dessa função.

Por outro lado, à noite, em geral entre meia-noite e 2 horas da manhã, dividia-se o plantão. Nesse caso, a partir desse horário, o assistente costumava se retirar do centro obstétrico, dirigindo-se para um quarto de descanso dos assistentes em outro andar.

Conforme a situação, uma parte dos residentes e internos também se retirava do centro obstétrico, dirigindo-se para um quarto de descanso, e revezando-se no centro obstétrico até o final do plantão. Assim, no plantão noturno ficavam, além do assistente, dois internos do 6^o ano, dois residentes no primeiro ano do programa de residência e um residente do segundo ano desse programa. Quando se dividia o plantão, um dos médicos no primeiro ano do programa de residência e um dos internos costumavam subir para o descanso, enquanto o médico no segundo ano do programa de residência, o outro residente de primeiro ano e o outro sexto-anista permaneciam no centro obstétrico até se fazer um revezamento, o que ocorria a cada duas horas, em geral. Caso não houvesse nenhuma paciente no centro obstétrico, todos podiam descansar e, se houvesse alguma urgência ou emergência, a escala de revezamento estava afixada na porta do quarto de descanso para que se soubesse quem deveria ser chamado para atendê-la.

Os estágios de internato de 5^o e 6^o ano de obstetrícia na Faculdade Y, como já mencionamos, são realizados no hospital-escola. Nele, há dois chefes do centro obstétrico. Responsáveis pela coordenação e supervisão do ensino e treinamento em obstetrícia de internos e residentes, eles exercem suas funções em períodos alternados do dia de 2^a a 6^a feira. Assim, nos dias úteis, um dos chefes coordena e supervisiona as atividades da equipe médica no centro obstétrico todas as manhãs, enquanto o outro faz o mesmo às tardes. Ambos os chefes compartilham a responsabilidade pela supervisão do treinamento e assistência obstétrica no centro obstétrico com um “chefe de plantão”. Este último é o obstetra responsável pelo atendimento a todas as urgências e emergências de ginecologia e obstetrícia, isto é, pela assistência e supervisão do treinamento de internos e residentes no pronto-socorro obstétrico e ginecológico durante seu período de plantão que, nessa instituição, pode ser de 12 ou 24 horas, conforme o caso. Nos períodos noturnos, finais de semana e feriados, a responsabilidade pela

supervisão do treinamento em serviço de residentes e internos no centro obstétrico e pronto-socorro obstétrico e ginecológico fica a cargo, exclusivamente, dos chefes de plantão, sendo um por turno de 12 ou 24 horas, e sua escala era afixada no pronto-socorro obstétrico e ginecológico. Tal como nos hospitais acima mencionados, onde os alunos da Faculdade X realizam seus estágios de internato em obstetrícia, procura-se restringir o atendimento do período noturno e dos finais de semana e feriados apenas à demanda espontânea, não sendo agendadas nesses períodos intervenções tais como induções de trabalho de parto, cesáreas, curetagens ou outros procedimentos. Nesse hospital-escola, o centro obstétrico e pronto-socorro obstétrico e ginecológico também ficam em diferentes andares, o que dificulta a supervisão direta de ambos os setores, recorrendo-se com frequência ao contato pelo telefone. Entretanto, na Faculdade Y, os chefes de plantão aparecem, por vezes, no pronto-socorro obstétrico e ginecológico, seja para fazer uma visita na passagem de plantão, seja para discutir um caso específico em resposta à solicitação dos residentes. Porém o tempo de sua permanência nesse setor tende a ser bastante restrito.

Na Faculdade Y, apenas metade do quadro de professores (quatro do total de oito) responsáveis pela formação teórica em obstetrícia também participa do treinamento em serviço dos internos. Dois deles são os chefes do centro obstétrico e os outros dois são chefes de plantão no período diurno em dois dias úteis. É interessante notar que, nessa faculdade, também o responsável pela coordenação de ensino de ginecologia e obstetrícia na graduação não participa do treinamento em serviço no centro obstétrico, setor do hospital-escola que, aliás, não frequenta. Um dos outros professores que não participa do treinamento em serviço e tampouco frequenta o centro obstétrico, coincidentemente ou não, possui a titulação acadêmica mais alta na área de obstetrícia, excluindo-se o coordenador: tem doutorado. Menciono esse fato pois, nas

duas faculdades, aparentemente, os portadores de cargos de maior poder e/ou titulações de maior prestígio na hierarquia acadêmica parecem se afastar desse setor do hospital, o que não ocorre em relação à área de ginecologia, cujos titulares freqüentam e participam de operações no centro cirúrgico, sendo suas habilidades na arte cirúrgica fator de apreciação e admiração por parte de alunos e residentes. Em todo caso, a maioria dos chefes de plantão, parte significativa dos quais é composta por pós-graduandos da área de ginecologia, tem um contato bastante limitado com os internos, o qual se restringe à participação na supervisão de seu treinamento em serviço.

Outro fator que leva os chefes de plantão a terem contato limitado com os internos e com os residentes na Faculdade Y é que todos são responsáveis, simultaneamente, pelo atendimento do setor de emergência e urgência obstétrica de outro hospital, sendo esse esquema de “plantão duplo” de conhecimento do departamento e, portanto, oficialmente instituído.

Durante a pesquisa de campo notei que, raramente se encontrava mais de um obstetra supervisionando as atividades no centro obstétrico em qualquer horário. Nos dias úteis, no período diurno, os chefes do centro obstétrico aparentemente procuravam se revezar entre si e com os chefes de plantão, se encontrando no setor, por vezes, nas passagens de plantão. Porém, era muito comum haver períodos do dia, tanto de manhã como de tarde, em que as atividades de supervisão da assistência e treinamento em serviço ficavam a cargo dos residentes de plantão. Nessas ocasiões, os médicos no segundo ano do programa de residência eram responsáveis pelas atividades dos médicos no primeiro ano desse programa, e estes últimos ficavam diretamente responsáveis pela supervisão dos internos. Isso ocorria, pois, além dos “plantões duplos” dos chefes de plantão, os chefes de centro obstétrico também se ausentavam do setor com freqüência para realizarem outras atividades. Cabe mencionar, aliás, que alguns outros

compromissos dos chefes do centro obstétrico com o departamento eram programados durante o período em que estariam, teoricamente, no centro obstétrico. Assim, por exemplo, todas as aulas, do 3º ao 6º ano, a cargo do chefe do centro obstétrico da manhã eram programadas no período da manhã e todas as aulas, do 3º ao 6º ano, a cargo do chefe do centro obstétrico da tarde eram programadas para o período da tarde. Percebe-se que, durante o dia, de segunda a sexta-feira, a supervisão da assistência no centro obstétrico e pronto-socorro obstétrico e ginecológico funcionava com menos obstetras do que formalmente encarregados dessa função, sendo inclusive comum que funcionasse sem a presença de obstetras. Nesse caso, era comum ocorrerem discussões de caso e decisões acerca do encaminhamento de pacientes e até mesmo das condutas assistenciais a serem adotadas, incluindo-se intervenções cirúrgicas, pelo telefone.

Por outro lado, à noite, em geral entre meia-noite e 2 horas da manhã, dividia-se o plantão. Nesse caso, a partir desse horário, o assistente, caso estivesse no centro obstétrico, costumava se retirar do setor para local ignorado, contactável por telefone celular. Conforme a situação, uma parte dos residentes e internos também se retirava do centro obstétrico, dirigindo-se para um quarto de descanso, e revezando-se no centro obstétrico até o final do plantão. Assim, no plantão noturno, além do chefe de plantão, dois internos do 5º ano, dois médicos que estavam no primeiro ano do programa de residência e dois residentes do segundo ano eram oficialmente os responsáveis pela assistência no centro obstétrico e pronto-socorro obstétrico e ginecológico. Quando se dividia o plantão, um dos residentes de primeiro e um do segundo ano e um dos internos costumavam ir para o descanso. Nesse período, o outro residente de primeiro ano e o outro residente de segundo ano, bem como o outro quinto-anista permaneciam no centro obstétrico até se fazer um revezamento, o que ocorria a cada duas horas, em geral. Caso não houvesse nenhuma paciente no centro obstétrico, todos podiam descansar e, caso

houvesse alguma urgência ou emergência, a escala de revezamento era afixada na porta do quarto de descanso para que soubessem quem deveria ser chamado para atendê-la.

Antes de discutirmos as implicações dos acordos menos ou mais informais que descrevemos acima, cabe fazer alguns comentários acerca da organização formal da assistência obstétrica e da supervisão do treinamento em serviço nos centros obstétricos e setores de emergência e urgência obstétrica tal como proposto pelos responsáveis pelo ensino de obstetrícia nas Faculdades X e Y. Depreende-se, pelo exposto nos organogramas e nas escalas de plantão dos obstetras no centro obstétrico e no setor de urgência e emergência obstétrica das três instituições hospitalares acima consideradas, que há, aparentemente, uma valorização do papel desempenhado na supervisão da assistência e do treinamento em serviço. Formalmente, procura-se assegurar que os internos e residentes nesses dois setores dos hospitais estejam constantemente sob a supervisão de obstetras. Assim, o número de especialistas é variável, conforme as peculiaridades da instituição (hospital-escola, terciário ou secundário), dos dias da semana (dias úteis/finais de semana e feriados) e dos períodos do dia (diurno/noturno). Entretanto, há, aparentemente, um consenso segundo o qual, para prover os internos e residentes com a adequada formação em obstetrícia e as pacientes atendidas por esses setores com uma assistência apropriada, é de fundamental importância a adequada supervisão das atividades por obstetras. A boa formação em obstetrícia, seja no nível mais básico do profissional médico, seja ao nível da especialização propriamente dita, exige que um ou mais profissionais com título de especialista seja encarregado de coordenar e de acompanhar de perto o processo de ensino e aprendizagem na prática no âmbito dos serviços em pauta. Esses médicos especialistas são selecionados pelo departamento ou por concurso público e, portanto, supõe-se que sejam considerados bons profissionais médicos, com as qualidades necessárias para exercer esse encargo

profissional e pedagógico.

Efetivamente, pudemos constatar, durante a pesquisa, que, quando o obstetra estava presente nesses setores e disponível para o ensino, as situações de assistência às pacientes realizada de forma rotineira e mecânica transformavam-se, por vezes, em objeto de aprendizagem. Nesses casos, as condutas clínicas e intervenções cirúrgicas eram discutidas, ao invés de serem simplesmente executadas, levando-se em consideração especificidades do caso e/ou explicitando-se controvérsias existentes a respeito. Residentes por vezes se beneficiavam do modelo de exercício da arte cirúrgica ou das orientações dos obstetras para aperfeiçoarem seu desempenho técnico ou aprenderem distintas estratégias cirúrgicas que poderiam ser executadas em determinadas situações. Além disso, ocasionalmente ocorriam situações de emergência obstétrica em que a vida e/ou saúde das pacientes e de seus fetos certamente se beneficiavam da experiência e habilidade dos obstetras de plantão.

Porém, os acordos mais ou menos informais acima mencionados subordinam esses objetivos institucionais da boa formação e assistência aos interesses individuais e coletivos dos profissionais que atuam como plantonistas da área de obstetrícia nesses serviços. Alguns dos acordos acima mencionados reduzem o número de assistentes responsáveis pela supervisão do treinamento em serviço presentes em cada plantão, gerando situações em que aqueles que estão de plantão são sobrecarregados no cumprimento de suas funções. Outros acordos, tais como as divisões de plantão no período noturno nas três instituições (os dois hospitais da Faculdade X e o hospital-escola da Faculdade Y) e os “plantões duplos” no período noturno, finais de semana e feriados no hospital-escola da Faculdade Y, levam inevitavelmente à existência de lacunas na supervisão direta desses serviços por obstetras. Nessas circunstâncias, residentes no segundo ano de especialização são obrigados a assumir inteiramente a

responsabilidade pela supervisão direta do treinamento e da assistência em obstetrícia nesses serviços. Nesse caso, além da sobrecarga no exercício de suas funções, também podem ocorrer situações de urgência ou emergência com as quais os residentes não estejam ainda suficientemente qualificados para lidar de modo apropriado.

Uma das peculiaridades que chama atenção é a divisão dos plantões no período noturno. Além de ser uma prática comum aos três serviços, tende a ocorrer no mesmo período, em geral entre meia-noite e duas horas da manhã. Evidentemente, não se trata de mera coincidência. Para que obstetras e/ou parcela dos residentes e internos possam se retirar do centro obstétrico para o descanso, permanecendo de sobreaviso, mas deixando um único obstetra ou apenas residentes (conforme a instituição) encarregados do setor, é preciso “agilizar” os partos ou, na medida do possível, “limpar a área”. Referimo-nos ao costume, que se aprende desde o primeiro contato com os plantões noturnos em ambas as faculdades, de se lançar mão de diversas estratégias para procurar “esvaziar”, isto é, diminuir o volume de casos a serem atendido na área de pré-parto. Conforme a explicação que me deu uma das assistentes em um plantão noturno no hospital secundário da Faculdade X:

“A gente vai procurando resolver o que tem que resolver para deixar a situação do plantão o mais tranqüila possível pra poder descansar”

Há uma expectativa de que todos os colegas do plantão noturno se portem da mesma maneira, embora nem sempre seja o caso, como se pode perceber pelo depoimento desse outro profissional do mesmo hospital:

“Gosto de pegar o primeiro horário (do plantão noturno) porque aí eu limpo a área pros colegas. Porque tem gente que não está nem aí... Empurra os casos com a barriga, não se importa se deixa todos os pepinos pro colega resolver, ‘o problema é dele!’”

“Limpar a área”, no discurso acima, é retratado como uma espécie de “etiqueta” do plantonista, e aqueles que não aderem a esse modelo de atuação são vistos como profissionais que não querem trabalhar e que sobrecarregam seus colegas. Evidentemente, nem sempre é essa a motivação daqueles que não compartilham dessa “etiqueta” em sua atuação profissional. Alguns simplesmente não querem “medicalizar” casos, “resolvendo-os”, isto é, atuando clínica ou cirurgicamente quando julgam que não há indicações médicas que justifiquem intervenções, que consideram desnecessárias ou precipitadas. Porém, sofrem pressões, não apenas de seus colegas, como também de anestesistas e de residentes, em particular nos plantões noturnos, para se conformarem ao padrão de atuação assinalado.

Um exemplo desse tipo de situação ocorreu em um plantão noturno, logo no início de nossa pesquisa de campo na Faculdade X. O assistente de plantão costumava se encarregar pessoalmente da orientação e acompanhamento dos internos do 6^o ano no centro obstétrico, atribuição mais frequentemente exercida pelos médicos no primeiro ano da residência naquele estágio de internato. Quando iniciou seu plantão às 20 horas, havia pedido a um dos dois internos, que haviam iniciado seu plantão noturno uma hora antes, para lhe apresentarem o caso de uma das duas gestantes no pré-parto. O aluno então começou a “passar o caso” para o professor ao pé do leito da paciente. Resumindo a situação, tratava-se de uma gestante de 30 anos, com cinco partos normais anteriores, e cujo sexto parto estava sendo induzido por “pós-datismo”⁷⁹ desde as 11 horas da manhã. A parturiente havia chegado ao centro obstétrico fora de trabalho de parto, isto é, sem contrações, e foi recebendo gradualmente doses cada vez maiores de ocitocina com intuito de estimular o início do trabalho de parto. O professor então explicou a conduta aos dois alunos e à observadora, diante da parturiente em questão e de sua

⁷⁹ “Pós-datismo” quer dizer, no jargão da área, que a gestação tem entre 40 e 42 semanas de idade gestacional.

companheira de sala, outra parturiente em início de trabalho de parto:

“No pós-data, se o colo está favorável, se induz, porque a mortalidade é muito maior porque a probabilidade de ocorrer insuficiência placentária é bem maior”.

Nota-se que a referência a um raciocínio estatístico — o maior índice de mortalidade fetal no pós-datismo, dada a maior probabilidade de ocorrer insuficiência placentária —, que é utilizado para justificar a intervenção, é exposto diante da mãe sem qualquer preocupação com a ansiedade e os temores que isso possa lhe ocasionar. Tampouco se dá atenção à necessidade de se dirigir a ela e lhe dar qualquer explicação ou à necessidade que ela possa ter de um suporte emocional nessa situação específica. Pelo contrário, a discussão do caso diante da paciente segue adiante.

Revendo o prontuário e o partograma, o assistente começou a levantar, com o aluno que realizara a apresentação, as diferentes hipóteses diagnósticas para explicar “o caso”, já que, naquele momento, embora a parturiente estivesse em trabalho de parto desde as 11:45 horas, este progredia num ritmo considerado lento. O professor, que realizara um toque, demonstrando aos alunos como deveria fazer para recobrir as partes íntimas da parturiente com o lençol enquanto o realizava, comentou:

“Está com 4 centímetros de dilatação, colo médio medianizado às 20 horas”.

Não vamos nos alongar aqui nas hipóteses levantadas para explicar esse caso ou nas intervenções seguintes, realizadas para acelerá-lo e tornar o trabalho de parto mais “eficiente”. Como dizíamos, além dessa parturiente “sendo induzida”, também havia, no pré-parto, outra parturiente que estava no início do trabalho de parto. Às 20 horas, essa gestante estava com 3 cm de dilatação. Além delas, uma terceira gestante estava aguardando o momento para realizar uma cesárea programada. Um dos internos, por sugestão do assistente, foi instrumentar a cesárea dessa paciente por volta das 22 horas e

seu bebê nasceu às 22:25 horas. Enquanto isso, o assistente, o único de plantão, permanecia com o outro interno, acompanhando, periodicamente, as gestantes. O fato de não acompanhar a cesárea em curso era também uma demonstração da confiança que se depositava no médico cursando o segundo ano de residência. Não se estava apenas expressando a competência dele em realizar aquele procedimento, como também sua capacidade de se responsabilizar pela supervisão do residente de primeiro ano que atuava como seu auxiliar. É em função desse tipo de confiança e responsabilidade que se atribui aos médicos cursando o segundo ano de residência que os professores às vezes os denominam de “R-Deus” uma brincadeira com a designação que têm os médicos nessa fase da residência: “R2”.

Quando a cirurgia terminou, antes das 23 horas, o anestesista se retirou do centro obstétrico, mas retornou logo em seguida e, da porta de entrada, gritou para o assistente, que se encontrava a certa distância, na sala de pré-parto:

“Ó, _____, é o seguinte: ou até meia-noite ou a partir das 5 horas da manhã!”

Avisava, desse modo, que o assistente deveria resolver logo o que iria fazer em relação às duas parturientes em trabalho de parto, pois não haveria anestesista de plantão no período entre meia-noite e 5 horas da manhã. Sabia-se que o assistente de plantão não era adepto da “etiqueta de plantão” acima descrita, não tendo por hábito conformar a assistência ao horário costumeiro quando se dividia o plantão.

Esse tipo de pressão exercida pelos anestesistas não era raro, sendo inclusive mencionado em mais de uma reunião científica da disciplina durante a pesquisa. Discutia-se, nessas reuniões, que providências seriam tomadas em relação a essa situação de oferta de anestesistas durante a noite e madrugada, porém, aparentemente, tratava-se de um problema crônico, de difícil resolução, pois durante o período da

pesquisa teve outra oportunidade de presenciar cena semelhante.

As pressões para que se ajuste a assistência a esses acordos informais e a determinados padrões de intervenção que acabam se configurando em rotinas assistenciais não advêm apenas dos assistentes, sejam estes obstetras ou anestesistas, como no caso acima. Elas também advêm de membros mais baixos da hierarquia. Nesse caso, podem ter por intuito tanto a adequação da assistência à passagem ou à divisão do plantão, como a oportunidade de exercitar certas intervenções como parte do seu treinamento em serviço. Assim, por exemplo, em outro plantão noturno, uma residente pega o registro da cardiocografia e o leva pelo corredor do centro obstétrico até o assistente, em uma sala de parto, anunciando pelo corredor em voz alta:

“DIP, DIP, DIP, tá fazendo um monte de DIP I!”

DIPs são desacelerações da frequência cardíaca fetal de vários tipos. DIP 1 ocorre durante a contração uterina. A cardiocografia, que identifica DIPs, é o principal exame utilizado no intraparto na Faculdade X para avaliar as condições fetais, isto é: a existência ou não de sofrimento fetal, que justificaria intervenção médica — embora tenha cabimento mencionar que aspectos controversos cercam a monitorização fetal contínua para avaliação das condições fetais. WILLIAMS, por exemplo, escreve:

“a definição de sofrimento fetal baseada na frequência cardíaca fetal é subjetiva, imprecisa e controversa” (WILLIAMS, 2001:349).

DIP 1 é considerada pela literatura mais recente um fenômeno normal, cuja frequência tende a aumentar após a rotura da bolsa das águas (NEME, 2000; WILLIAMS, 2001; ENKINS, 2005[2000]). No que diz respeito especificamente ao DIP 1, segundo NEME (2000:215):

“O prognóstico fetal não se compromete quando surge no final da cérvico-dilatação e na expulsão, e quando não se associa a

outros padrões ominosos do ritmo cardíaco”.

É possível que a médica residente tenha se alarmado com a presença de DIPs 1 na cardiocografia pois, em alguns livros-texto clássicos utilizados no ensino até hoje, a DIP 1 tem caracterização ambígua ou patológica. Embora tenha havido sérias críticas à monitoragem contínua por cardiocografia como método de avaliação de sofrimento fetal, principalmente desde o final da década de 1970, essas não foram incorporadas por DELASCIO E GUARIENTO (1994). No capítulo que trata desse assunto, *Semiologia da Gravidez de Alto Risco*, que não foi atualizado desde 1981, tampouco se consideram DIPs 1 como inócuas, postura, hoje, consensual. Apesar de mencionar dois autores (Caldeyro-Barcia e Hon) segundo os quais as DIPs 1 são fisiológicas, o livro, também conhecido como *Briquet — Obstetrícia Normal*, argumenta:

“Sabe-se, atualmente, que mesmo estas desacelerações precoces [DIPs 1] podem estar associadas ao sofrimento fetal. Este parecer é confirmado pelas observações de Sureau e cols., (1978), no entender dos quais a única situação ‘fisiológica’, normal é não haver qualquer influência da contração sobre a frequência cardíaca, e que qualquer espécie de desaceleração, mesmo precoce, é indício de ‘stress’ do feto”. (DELASCIO; GUARIENTO, 1994:255).

O livro não menciona tampouco associação, já evidenciada na literatura, entre monitoragem fetal contínua e aumento de índices de cesárea desnecessária (ENKINS; 2005 [2000]). O que não se pode ignorar, no caso de DELASCIO E GUARIENTO, é que as escolhas, realizadas em relação a quais atualizações seriam privilegiadas a partir da edição de 1970 e quais seriam ignoradas, têm conseqüências para a aprendizagem, para o entendimento do que é normal e do que é patológico. E que a opção das duas Faculdades de medicina por utilizar esse livro-texto não atualizado como bibliografia básica tem conseqüências para o ensino.

Em outra situação, também em um plantão noturno, uma residente e um obstetra

estão na sala de pré-parto, ao lado de uma parturiente, analisando a cardiotocografia de seu feto. A residente pergunta ao assistente: “*O feto vai se recuperar bem?*” Apontando para a cardiotocografia com uma caneta, ela mostra ao assistente: “*Esse sim, esse não, esse sim, esse não!*” O assistente então responde: “*Decisão difícil!*”, referindo-se ao fato de que ele próprio estava inseguro a respeito da maneira pela qual deveria considerar o resultado da cardiotocografia.

No ambiente dos centros obstétricos de ambos os hospitais-escola pesquisados, a existência de pressões, demandas e até expectativas advindas de distintas esferas da hierarquia para que se exercitem intervenções, mesmo quando sabidamente desnecessárias, é inclusive reconhecida pelos responsáveis pelo ensino e transmitida aos alunos em sala de aula. Segue abaixo a descrição de uma situação em que o reconhecimento de pressões exercidas nessa direção é comentado com os internos de 6^o ano na Faculdade X.

O professor, em uma “visita de partograma”, acabara de explicar aos alunos que a utilização do fórcepe por alívio materno-fetal é indicada em situações em que o período expulsivo é considerado “prolongado” e/ou por “exaustão materna”. Antes de seguirmos com a descrição da situação cabe mencionar que o fórcepe de alívio, como também é referido, costuma ser indicado quando a cabeça do feto está numa posição considerada baixa. Conforme os professores da Faculdade X, a posição apropriada para a realização dessa manobra seria quando a cabeça fetal estivesse em +2 ou +3 em relação ao assim chamado “plano de De Lee”. Esse plano, também denominado de “plano zero” corresponde a um diâmetro atingível e reconhecível por meio do toque. Trata-se do principal parâmetro utilizado para avaliar a progressão da descida do feto pelo canal vaginal. A partir do momento em que a cabeça do feto atinge o plano zero, a numeração é crescente e positiva até sua saída do canal vaginal, em +5. Segundo NEME (2001:207),

“o fórcipe de alívio (cabeça fetal em +3, rodada ou em variedade anterior) é, de todas as manobras, aquela que mais protege o sistema vascular cerebral do concepto. Daí se justificar sua prática sempre que a expulsão não evolua com facilidade”.

Nota-se que há controvérsias e ambigüidades em relação às indicações. Na primeira frase da definição acima, o fórcipe de alívio só é indicado a partir do momento em que a cabeça fetal estiver um pouco mais baixa do que a sugerida na Faculdade X, em +3, e/ou na posição considerada mais comum, com a face voltada para baixo. Na segunda frase, no entanto, há um alargamento das indicações, à medida que sua prática é justificada, *“sempre que a expulsão não evolua com facilidade”*. Nota-se que se preserva, deste modo, a autonomia do profissional e a sua subjetividade ao determinar quando julga que a expulsão não está progredindo com a devida “facilidade”. Voltemos então à situação em sala de aula.

A classe passa a discutir o trabalho de parto e parto de uma paciente internada na enfermaria por meio do seu partograma, reproduzido na lousa na sala de aula. Tratava-se da quarta gestação de uma mulher que tivera dois partos normais e um aborto anterior. Segundo seu prontuário, discutido em sala de aula, chegara às 18 horas ao centro obstétrico do hospital-escola com 6 cm de dilatação cervical. O trabalho de parto evoluía dentro de um padrão considerado normal. Às 19:45 horas, menos de duas horas mais tarde, a mãe estava com 7 cm de dilatação e a cabeça do feto estava alta. Depois de mais uma hora, segundo registro do partograma, às 20:45 horas, isto é, 45 minutos após a troca de plantão dos assistentes, a dilatação era total e o feto descera pelo canal do parto, estando em +3. Após 15 minutos, estando a cabeça do feto em +4, isto é, quase nascendo, fora realizada uma manobra de fórcipe, registrado como indicação “fórcipe de alívio materno-fetal”. Ao analisar o partograma, o professor comenta com os internos:

“Fizeram fórcepe de alívio materno-fetal. Já perdeu até a indicação de fórcepe de alívio. Tem que manear um pouco com as indicações! Ou o assistente estava muito animado, ou o residente foi muito persuasivo”.

O que nos chama atenção, mais do que a discussão da indicação em si ou de seu registro, é o fato, sinalizado aos internos pelo professor em sala de aula, que as intervenções no centro obstétrico sofrem outras pressões situacionais que não estão necessariamente associadas com o estado de saúde ou bem-estar da mãe e/ou do feto. A denominação de “fórcepe didático” para o fórcepe de alívio, utilizada tanto por professores como por estudantes, é também uma forma de reconhecer que sua indicação não está necessariamente relacionada com a saúde ou bem-estar de mãe e/ou feto. A sua realização é preconizada em todas as primigestas no protocolo adotado pela Faculdade X. Comenta um assistente com os acadêmicos durante uma sessão de tutoragem:

“Aqui na escola, primigesta é indicação de fórcepe por alívio materno-fetal. É um instrumento que é útil e o fato de ser aplicado não significa que se está diante de uma situação drástica, ele não é um instrumento de último recurso. O fórcepe didático é o que a gente indica para o residente aprender. O fórcepe indicado é aquele que é realizado por indicação médica.”

É preciso dizer que não são todos que concordam totalmente com a realização de intervenções desnecessárias com fins didáticos. Em entrevista, um interno da Faculdade X expressou sua restrição a essa prática da seguinte forma:

Entrevistado: *“Tem, tem, tem, tem, tem parto fórcepe didático aqui dentro, né, de certa forma eu entendo, acho que devia perguntar pra mãe primeiro se tudo bem, mas tudo bem.”*

Entrevistadora: *Você acha que o quê?*

Entrevistado: *“Devia perguntar pra mãe se tudo bem, né, porque, ah, ‘você não precisa de fórceps, mas a gente vai usar, tudo bem?’ ‘Tudo bem doutor’, ‘Então tá bom, né’, mas tudo bem, não é perguntado, paciência (...)”*

Embora fosse o único entrevistado que explicitou essa objeção à realização de

algum procedimento desnecessário sem o consentimento da mãe, é indicativo de que há alunos que têm objeções a esse tipo de prática. É interessante notar que um estudante de sexo masculino tenha manifestado essa preocupação, que diz respeito, entre outras coisas, às relações de gênero que perpassam a formação e o exercício da prática da obstetrícia.

Outra denominação que também ouvi sendo utilizada para essa indicação de fórcepe, em brincadeiras entre os estudantes e residentes é “fórcepe de alívio do obstetra”. Essa última denominação é muito sugestiva das demandas de conformação do trabalho de parto aos padrões de organização do tempo e a dinâmica do processo de trabalho profissional instituída pela “etiqueta do plantão”.⁸⁰

Estamos sugerindo que a “etiqueta de plantão” e as pressões exercidas por residentes e internos também no sentido de exercitar e treinar certas intervenções por vezes se somam, atuando na mesma direção. Essas pressões situacionais, tal como sugerem BECKER (2002 [1961]) e FREIDSON (1988[1970]), podem ser interpretadas como pressões advindas do ambiente de trabalho e de formação médica presentes no hospital-escola e exercem muita influência nas atitudes e comportamentos de professores, residentes e estudantes.

As estratégias de que lançam mão para “limpar a área” variam e dependem muito da experiência e preferências do obstetra ou dos residentes e da facilidade de acesso ao anestesista de plantão. Nos dois hospitais vinculados à Faculdade X, era fácil o acesso ao anestesista, e, portanto, nessas instituições era possível realizar cesáreas à noite, mesmo sem se tratar de urgências ou emergências obstétricas. Era possível lançar mão de outras estratégias também para agilizar o parto via vaginal. Refiro-me à técnica manual de dilatação do colo do útero para acelerar o processo de dilatação e à manobra

⁸⁰ O fórcepe de alívio, como qualquer intervenção operatória, envolve riscos, entre os quais incontinência fecal e urinária da mãe, traumas como lesões perineais na mãe, céfalo-hematomas e fraturas do feto e hemorragia intracraniana.

de Kristeller (ver adiante), por vezes seguida pela episiotomia e aplicação do fórcepe, para acelerar e abreviar o período expulsivo. Caso essas manobras não fossem bem-sucedidas após algumas tentativas, e/ou diante de uma suspeita de sofrimento fetal, recorria-se então à cesárea. Já na Faculdade Y, como o acesso ao anestesista no período noturno era bem mais restrito, recorrendo-se a ele apenas em situações nas quais a anestesia era considerada imprescindível, a cesárea não era um expediente ao qual se recorria para “limpar a área”⁸¹. Por outro lado, era freqüente o emprego da técnica manual de dilatação do colo do útero para acelerar o processo de dilatação e da manobra de Kristeller para acelerar o período expulsivo. Realizadas sem anestesia, essas manobras eram bastante dolorosas, mas nem por isso deixava-se de submeter mulheres a esses procedimentos violentos. Todas as estratégias acima envolvem riscos, o que não impede que se lance mão delas, mesmo sem haver indicações precisas. Algumas, tais como a manobra de Kristeller e a técnica manual de dilatação do colo do útero, não são procedimentos obstétricos cujo uso é recomendado pelo ensino formal em sala de aula. A dilatação digital do colo sequer é mencionada nesse contexto e a manobra de Kristeller é contra-indicada em alguns manuais de obstetrícia.

Vejamos o que diz *Obstetrícia Normal*, o manual de BRIQUET, que, como vimos, é utilizado como livro-texto em ambas as faculdades, em relação à manobra de Kristeller. Desde sua segunda edição, os autores afirmam:

“A compressão abdominal pelas mãos que envolvem o fundo do útero constitui a manobra de Kristeller (fig. 278). Este recurso foi abandonado pelas graves conseqüências que lhe são inerentes (trauma das vísceras abdominais, do útero, descolamento da placenta).” (DELASCIO; GUARIENTO, 1970:329)

⁸¹ “Limpar a área” não é um expediente ao qual se recorre apenas na hora de dividir o plantão, é também empregado por alguns obstetras antes da troca de plantões. Não “limpar a área” é, inclusive, motivo de queixa de alguns obstetras em relação aos seus colegas, aproximando-se, aparentemente a uma espécie de etiqueta do plantonista para com seus pares. Porém, no período noturno, exerce-se uma razoável coerção no sentido de conformar a assistência aos horários de divisão do plantão e, de fato, a assistência tende-se a conformar muito mais a esses horários.

A definição da manobra de Kristeller foi reiterada desde a primeira edição do livro (1939) à última (1994), assim como a foto ilustrativa que a acompanha. Porém, na primeira edição, tratava-se de um procedimento obstétrico recomendado pelo BRIQUET nos seguintes termos:

“presta serviço, sobretudo na parturiente anestesiada, onde está suspensa a actividade da prensa abdominal. Deve ser intermitente e operar apenas durante a contração.”

Note-se que o uso dessa manobra era indicado, nas palavras do autor: *“sobretudo na parturiente anestesiada”*, o que indica que também poderia ser utilizada em parturientes não anestesiadas. No caso das anestesiadas, a recomendação era feita em consequência dos efeitos negativos que a própria anestesia poderia ter sobre o progresso do trabalho de parto.

DELASCIO e GUARIENTO preservaram o parágrafo da segunda edição (1970), em que afirmam se tratar de um recurso “abandonado” pela obstetrícia, nas edições posteriores de 1981 (1981:349) e de 1994 (1994:349), apenas acrescentando-se, por último, entre os traumas mencionados entre parênteses (ver duas citações acima), a partir da edição de 1981, “traumas fetais”. NEME (2000:205-7) também afirma que essa manobra não é recomendada, acrescentando, a partir de dados de pesquisa realizada pelo próprio autor e, posteriormente, em outros serviços, que hemorragias de fundo de olho atestariam para a ocorrência de lesões do sistema nervoso central do feto em consequência de seu emprego.

Prestigiando a obra de seu professor que, como ele, fora titular da disciplina de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), NEME optou também por ilustrar essa manobra com a mesma foto ilustrativa que acompanha todas as edições de *Obstetrícia Normal*, publicada originalmente por BRIQUET (1939).

Acrescenta, à legenda da foto, a informação de que a pessoa executando a manobra é Josefina Costa, chefe das parteiras da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da USP. Na foto podemos ver o tronco da parteira, paramentada de gorro, máscara e avental de mangas compridas, de tal modo que parte de sua face e suas mãos estão desnudas. Ela está erguida por sobre o corpo estendido da parturiente. Desta última, vemos nitidamente apenas o abdômen descoberto e em destaque. Afora isso, uma parte de seu rosto, desfocado, e um fragmento de seu corpo coberto por lençóis ou “campos”, na linguagem médica, aparecem na foto. Josefina se inclina para frente; seu cotovelo, que parece roçar no rosto da parturiente, o encobre e suas mãos espalmadas sobre o abdômen da parturiente estão devidamente posicionadas para exercer a compressão abdominal. O foco dessa imagem, para onde parece se dirigir também o olhar da parteira, está em suas mãos, aparentemente de prontidão, sobre o abdômen descoberto da parturiente. Seu objetivo é ilustrar uma manobra e, tal como a maioria das fotos em manuais obstétricos, somos apresentados a apenas a um fragmento de um corpo, transformado em objeto de escrutínio e território de exploração e manipulação profissional (MARTINS, 2005).

Outro aspecto que nos chama atenção é o fato dessa foto ilustrativa ter sido reiteradamente reproduzida, mesmo depois que a manobra fora, segundo os autores, abandonada. Será que não haveria certa inconsistência no fato de valorizar tanto o modo como se realiza uma manobra, se ela fora realmente abandonada por ser considerada danosa tanto para a mãe como para o feto? Ou será que essa insistência revela uma certa ambivalência em relação ao uso desse recurso? É o que transparece na obra de REZENDE, edição de 2003, outro manual utilizado como livro-texto pela Faculdade Y, que afirma:

“Veze outras, a expressão do fundo do útero poderá ser efetuada por ajudante qualificado, manobra de Kristeller. Não é

o procedimento inofensivo. Desarranja a contratilidade uterina. Produz hipertonia, repercutindo ominosamente na vitalidade fetal. (REZENDE, 2003:194).

Nesse caso, o autor não está recomendando o uso dessa manobra devido às suas repercussões nefastas para mãe e feto, mas afirma que é ocasionalmente empregada no parto, ou seja, não foi abandonada.

Não há uma referência específica a essa manobra, ao menos com essa nomenclatura, em outros guias estrangeiros pesquisados. O manual da Organização Mundial de Saúde *Assistência ao parto normal: um guia prático* (2000), considera que, de modo geral, a “*pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto*” é uma prática assistencial que “*deve ser utilizada com cautela*”. Segundo esse guia:

Em muitos países, é comum a prática de fazer pressão no fundo do útero durante o segundo estágio do trabalho de parto, com a intenção de acelerar o nascimento. Às vezes isto é feito pouco antes do desprendimento, às vezes desde o início do segundo estágio. Além do aspecto do maior desconforto materno, suspeita-se que esta prática possa ser perigosa para o útero, o períneo e o feto, mas não existem dados de pesquisa sobre esse assunto. A impressão é que, no mínimo, o método é usado com muita frequência, sem que existam evidências de sua utilidade.” (OMS, 2000:26)

Quanto à assim chamada cervicodilatação digital, encontramos o seguinte comentário em relação a essa manobra na introdução, contemporânea, da primeira versão do manual de obstetrícia de WILLIAMS, *Obstetrics: A text-book for the use of students and practitioners* (1997[1903]):

*“Nenhuma descrição da obstetrícia na virada do século seria completa sem a discussão de um procedimento que, para o obstetra moderno, não é nada menos que aterrorizante: **accouchement forcé**. Esse procedimento envolvia colocar dois dedos dentro do colo do útero quando este estivesse com cerca de 3 cm ou mais de dilatação, e então realizar uma dilatação manual do colo à força, seguida ou por um parto fórcepe ou por uma versão interna e pela extração do feto. (...) Se o colo não estivesse suficientemente dilatado para permitir a introdução de dois dedos, se poderia dispor do dilatador cervical de Reynolds.*

‘Dessa forma,’ Dr. Williams assegura ao leitor, ‘a dilatação completa pode ser efetuada facilmente e sem danos num período de tempo surpreendentemente curto, com frequência dentro de oito a dez minutos.’ Esse era o tratamento de escolha para placenta prévia, eclâmpsia e uma variedade de outras condições que exigiam a resolução ligeira da gestação. A despeito de seus comentários asseverando quanto à segurança desse procedimento, ele também mencionava que 21% dos casos de ruptura uterina ocorriam após a realização de vários tipos de procedimentos operatórios vaginais.’ (grifo dos autores) (CLARK; HANKINS, 2003:xiii)

Há procedimentos mecânicos que, em situações específicas, são recomendados por algumas correntes da obstetrícia moderna, para dilatar gradualmente o colo do útero. São indicados por alguns autores para induzir ou iniciar artificialmente o processo de trabalho de parto, sob certas circunstâncias, no lugar dos produtos farmacológicos mais usualmente empregados. É o caso da *Laminaria japonica*, alga marinha que leva de 6 a 12 horas para dilatar o colo do útero (DE CHERNEY; NATHAN, 2003; ENKINS et al.; 2005). A dilatação manual, por outro lado, como sugere a descrição acima, é um procedimento rápido e violento, além de ser doloroso quando realizado sem anestesia. A descrição acima sugere que se trata de um procedimento do passado. Não é sequer mencionado em muitos livros-texto⁸². A única menção contemporânea que encontramos dessa manobra foi em um livro-texto brasileiro. Segundo NEME:

“Excepcionalmente, em apresentações baixas, com sofrimento fetal, a cervicodilatação poderá ser apressada com manobra digital (manobra de Bonnaire), quando o colo é fino e dilatado acima de 6 cm (múltiparas) e 8 cm (primíparas). Dilatações obtidas com incisões bilaterais extensas do colo (Durhessen) e sob raquianestesia, em partos com hora marcada (Delmas), são menção de valor apenas histórico” (NEME, 2000:200).

Nota-se que o autor está autorizando e inclusive recomendado, em determinadas circunstâncias emergenciais específicas, o uso dessa manobra, considerada aterrorizante

⁸² À procura de referências da cervicodilatação digital, consultamos diversos manuais estrangeiros (ENKINS et al., 2005; DECHERNEY; NATHAN, 2003; HACKER; MOORE, 1998; PRADO et al., 2003) e manuais brasileiros (DELASCIO; GUARIENTO, 1994; REZENDE, 2003; NEME, 2000).

e ultrapassada por CLARK e HANKINS (2003). Curiosamente, aproveita para nos chamar a atenção para uma prática que se tende a associar exclusivamente à cesariana — o parto com hora marcada. Segundo nos conta, historicamente, partos com hora marcada eram efetuados por meio da intervenção cirúrgica vaginal acima descrita. Porém se essa cirurgia tem valor apenas histórico, pudemos constatar que a cervicodilatação digital realizada fora das circunstâncias acima especificadas, simplesmente para apressar o parto vaginal é, infelizmente, um procedimento bastante comum.

Dessa forma, não raro, ambas as manobras acima mencionadas — a de Kristeller e a cervicodilatação digital — são utilizadas no hospital secundário vinculado à Faculdade X e no hospital-escola da Faculdade Y, mesmo quando não há indícios de sofrimento fetal, simplesmente para acelerar o parto.

Por outro lado, por vezes havia pacientes no início do trabalho de parto internadas no pré-parto à noite. Estavam na assim chamada fase de latência, a qual pode se prolongar por muitas horas. Em algumas circunstâncias, adotavam-se condutas mais expectantes do que aquelas que norteariam sua assistência durante o dia. Suspendia-se, por exemplo, o uso de ocitocina, droga utilizada rotineiramente na condução do trabalho. O objetivo, nesses casos, era aguardar para “resolvê-los” na manhã seguinte. Como me explicou certa vez uma das assistentes de plantão no hospital secundário da Faculdade X:

“À noite, as condutas são mais expectantes do que de dia, porque todo mundo funciona melhor de dia.”

Em suma, indicações obstétricas e normas de condução do trabalho de parto ensinadas em sala de aula eram por vezes deixadas de lado, sendo substituídas pelas estratégias acima mencionadas para que os partos e nascimentos pudessem se conformar

aos horários em que se costumava dividir os plantões. Há inclusive certos rituais que marcam a divisão do plantão noturno, embora nem sempre seguidos à risca. Primeiro procura-se “resolver” tudo o que se pode, depois todos jantam, juntos ou em turnos, conforme as circunstâncias, e então se divide o plantão.

Embora haja variações nos acordos acima mencionados, todos eles se realizam em detrimento da qualidade da supervisão e da assistência prestada, sacrificando, entre outras coisas, os objetivos institucionais da boa formação em obstetrícia e a qualidade da assistência prestada às pacientes.

Ao mesmo tempo, esses acordos mais ou menos informais se constituem em um componente do currículo oculto, que, como mencionamos anteriormente, refere-se aos processos informais ou latentes de aprendizagem (REGO, 2002; HAFFERTY, 2000). Em termos gerais, esses acordos transmitem aos alunos e residentes a concepção de que os profissionais responsáveis pelo seu ensino consideram que seja válido ou legítimo subordinar a qualidade do treinamento em serviço e a assistência obstétrica a outras demandas e interesses, sejam esses individuais ou da equipe médica do modo geral. Estamos sugerindo que não é mera coincidência a semelhança entre essa atitude e aquela outra, já discutida, de subordinar o exercício da prática no 6^o ano de internato às demandas ou interesses de estudo para a prova de residência, ou de subordinar o processo de especialização em obstetrícia na residência à inserção dos residentes no mercado de trabalho.

Ao mesmo tempo, cabe observar que é comum que os acordos informais entre os profissionais sirvam mais diretamente de modelo para a organização do cotidiano da prática nos serviços propriamente dito e sejam reproduzidos entre os residentes e destes com os internos. A prática de se dividir o plantão noturno no centro obstétrico, desse modo, acaba por servir de modelo para uma “redivisão” do plantão no próprio centro

obstétrico feita entre residentes. Isso também ocorre na organização do plantão noturno no pronto-socorro obstétrico do hospital-escola da Faculdade X. Assim, nessa Faculdade, como vimos, após a divisão do plantão, o médico no segundo ano do programa de residência em ginecologia e obstetrícia passava a supervisionar as atividades assistenciais no centro obstétrico enquanto se fazia um revezamento nos horários de plantão e sono dos residentes de primeiro ano e dos internos de 6º ano. Entretanto, a certa altura do ano, não raro o residente de segundo ano também subia para o descanso, deixando o centro obstétrico a cargo de um residente de primeiro ano e de um interno de 6º ano. Assim, no final de fevereiro, um mês após o início do programa de residência, uma médica que acabara de passar para o segundo ano me disse que estava morta de cansaço, pois fora dormir às 5 horas da manhã. Comentou comigo:

“Ainda não me sinto segura para deixar os RIs [médicos no primeiro ano de residência] no CO (centro obstétrico)”.

Ainda não se sentia segura para deixar médicos que estavam completando um mês no programa de residência sem supervisão no centro obstétrico, mas, pelo visto, pretendia fazê-lo assim que se sentisse mais segura em relação a esses residentes.

Oficialmente, o plantão noturno no pronto-socorro obstétrico ficava a cargo de um residente de primeiro ano e um residente de segundo ano. Porém, segundo depoimento de residentes, instituiu-se informalmente nesse setor também, uma divisão do plantão segundo a qual, no final da noite ou início da madrugada, o médico no segundo ano do programa de residência se retirava do setor, indo descansar no quarto de descanso dos residentes dessa especialidade em outro andar do hospital e deixando o residente de primeiro ano como único responsável pelo atendimento até o horário da troca de plantão. Na Faculdade Y, houve ocasiões em que observamos que os internos ficavam sem qualquer supervisão no pronto-socorro obstétrico e ginecológico, pois os residentes haviam se ausentado temporariamente do setor. Quando indaguei se isso era

comum, me disseram que sim. Residentes reiteram situações parecidas com aquelas que vivenciam com os obstetras formalmente de plantão, em relação àqueles que lhe são hierarquicamente inferiores, residentes de primeiro ano ou internos: a falta de supervisão no treinamento em serviço.

Esses arranjos, inspirados nos acordos informais entre os obstetras especialistas, também tendem a dar credibilidade à noção de que a autonomia e a responsabilidade profissional também se adquirem por meio de situações em que o aluno ou residente, diante da ausência de um profissional mais experiente, não tem outra alternativa a não ser se colocar à prova e procurar “se virar”. Em seu trabalho sobre o internato em medicina, SAADEH (1995), afirma que a expressão “vire-se” é uma resposta muito comum a um pedido por orientação ou auxílio do estudante de medicina nessa fase da formação. Falando de sua própria experiência em seu primeiro estágio, que lhe teria inspirado a abordar o tema da relação estudante-paciente no internato, o autor relata uma situação em que se sentiu inseguro e afirma:

“Ao pedir orientação, auxílio, ao residente, recebi como resposta uma das mais importantes e freqüentes soluções dadas, aos internos, durante a formação médica: ‘Vire-se!’”
(SAADEH, 1995:2).

E, se por vezes os estudantes se orgulham das situações em que “se viraram” bem, por vezes enfrentam situações para as quais não têm o preparo adequado para lidar, e que resultam em conseqüências nefastas, quando não trágicas, para as pacientes envolvidas.

Ao mesmo tempo, os acordos entre os obstetras se constituem em currículo oculto por familiarizar os alunos e residentes com a lógica de funcionamento dos “esquemas informais de folga” de plantão existentes no mercado de trabalho. Nesse sentido, o esquema de “plantão duplo”, envolvendo a atuação simultânea dos “chefes de

plantão” nos setores de urgência e emergência do hospital-escola da Faculdade Y e em outra instituição hospitalar, representa o contato mais direto e explícito com essa realidade do mercado de trabalho. Nesse caso, não há dúvida de que são interesses de ordem econômica, de conhecimento dos alunos, dos residentes, do departamento e de todos seus professores, que subvertem a lógica institucional na realização de seus objetivos formais de ensino e assistência. Porém, os outros esquemas resultantes dos acordos acima mencionados, mesmo quando não envolvem explicitamente estes interesses, se assemelham muito, em sua organização, àqueles existentes no mercado de trabalho. Ao descrever a organização do trabalho de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, DIAS (2002) descreve a situação resultante de um “esquema informal de folgas” em um plantão de 12 horas, que formalmente conta com o trabalho de cinco obstetras:

“Embora todos apontem para o excesso de pacientes (carga de trabalho) durante o plantão como um fator que prejudica o acompanhamento dos trabalhos de parto, os médicos obstetras realizam um esquema informal de folgas que libera dois dos médicos de manhã e três deles à tarde.” (DIAS, 2002:116)

Segundo DIAS, o funcionamento desse “esquema de folgas” depende, entre outras coisas, do trabalho de residentes nessa maternidade, sendo considerado, pelos obstetras:

“um direito adquirido e é utilizado entre outras coisas para a realização de cirurgias de pacientes da clínica privada, agendadas previamente.” (DIAS, 2002:117)

Aparentemente, esse sistema de folgas não é peculiaridade dos plantões obstétricos, sendo descrito também por DESLANDES (2002) e SÁ (2005) em relação a profissionais de setores de emergência do Rio de Janeiro, onde é denominado de “esquema”. Segundo DESLANDES:

“O esquema é um acordo organizacional, geralmente fechado, entre pares médicos da mesma especialidade. Assim, a jornada de trabalho é dividida com o colega da mesma equipe. Pode-se realizar com a divisão da carga horária de um mesmo plantão ou com a divisão de um plantão inteiro para cada profissional (cada médico trabalha semanalmente em dois plantões, então, nesse tipo de negociação, ele só comparece uma vez). (...) Tal organização interna acarreta uma sobrecarga de trabalho ainda maior aos profissionais de plantão. Embora médicos reconheçam que isso ocorre, consideram que o trabalhar por dois é o ônus a ser pago por um horário livre para, provavelmente, trabalhar dobrado em outro serviço. Todos buscam se multiplicar. Na verdade, operam o ‘milagre’ de estarem em dois lugares ao mesmo tempo (virtualmente em um e realmente noutro). Dividem-se em muitos empregos e atividades, na expectativa de completar um patamar salarial mais razoável. Essa realidade é ratificada por pesquisa de Machado (1996) que indica que, para o Rio de Janeiro, dos 25.306 médicos pesquisados, 80,5% têm até três jornadas de trabalho e 19,5% desempenham quatro ou mais atividades”. (DESLANDES, 2002:85).

SÁ (2005) discute as conseqüências éticas e sociais do “esquema” e de outros acordos informais que passam a fazer parte da organização do trabalho em saúde nos serviços públicos brasileiros. Inspira-se, em parte, no conceito de banalidade do mal cunhado originalmente por ARENDT (1983) para analisar as condições sob as quais o extermínio se transformara em tarefa de caráter burocrática e rotineira no Estado nazista. Também se inspira no uso que DEJOURS (1999 apud SÁ, 2005) faz desse conceito para falar da crescente tolerância para com injustiças sociais no contexto contemporâneo das sociedades. Segundo a autora, ocorre uma banalização da dor e sofrimento alheios no setor de saúde brasileiro, por meio, entre outras coisas, da:

“(...) instituição, como sistema de gestão de pessoal, de certas práticas, tornadas públicas e banalizadas (substitutas da luta pela valorização do trabalho), como o ‘day off’, a venda de plantões e os ‘esquemas’. Práticas que contribuem para a diminuição da responsabilização, das possibilidades efetivas de colaboração e para a deteriorização crescente das relações entre trabalhadores e entre esses e a população. O mal, sobretudo, é não só a tolerância para com essas práticas, mas

sua naturalização e ‘incorporação’ como instrumentos de gestão.” (SÁ, 2005:408)

Como vimos, todos os acordos existentes nos centros obstétricos e setores de urgência e emergência obstétricos vinculados aos departamentos de ginecologia e obstetrícia das Faculdades X e Y mencionados por nós têm por objetivo diminuir o período de tempo que cada assistente permanece nesses setores dedicando-se à assistência e supervisão do treinamento em serviço de internos e residentes. Não envolvem, necessariamente, uma diminuição da jornada de trabalho no hospital-escola, podendo simplesmente levar a uma redistribuição do tempo e das atividades de trabalho à qual esses profissionais se dedicam. Assim mesmo, o ônus que se paga para que esse profissional e seus pares possam ter um horário livre ou redistribuir seu horário a partir desses acordos não envolve apenas uma sobrecarga de trabalho para cada um deles e para os residentes. Tampouco o ônus é pago apenas pelas pacientes atendidas por esses profissionais sobrecarregados. O ônus é pago por toda a sociedade, pois esses esquemas são incorporados à formação médica de modo geral e à formação obstétrica de modo particular, contribuindo, dessa forma, para a produção e reprodução da banalização da dor e sofrimento alheios.

Todos esses acordos informais, a manutenção de condutas desvinculadas da evidência científica atual, a falta de registro adequado nos prontuários, a supervisão insuficiente do treinamento, as diversas formas pelas quais a paciente é ignorada como parceira nas decisões a respeito de seu próprio tratamento e também o modo como juízos de valor interferem na prática clínica contribuem para desqualificar a prática médica da obstetrícia como técnica moral-dependente e para a produção e a reprodução da banalização da dor e do sofrimento das pacientes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ênfase maior do curso de obstetrícia, tanto teórico quanto prático, é dada ao desenvolvimento de conhecimentos técnico-científicos, ou seja, a dimensão da competência é privilegiada em detrimento do cuidado. E quando as interações entre os sujeitos em relação no ato assistencial são negligenciadas (ou seja, quando a mulher não é concebida como um sujeito de direitos, as decisões não são compartilhadas e ela sequer é informada das condutas), como vimos, o exercício do ato médico é desqualificado. Há também circunstâncias em que os juízos de valor acerca das mulheres que vêm em busca da assistência interferem na própria formulação de juízos e condutas clínicas. Ao mesmo tempo, vários aspectos da competência técnica-científica são pautados em concepções e práticas que têm sido questionadas ou até mesmo abandonadas em outros contextos a partir de evidências científicas mais recentes.

No exercício da prática, há, por parte dos professores e alunos, uma grande valorização do desenvolvimento do raciocínio clínico. As visitas e outras situações em que são feitas apresentações de casos funcionam como momentos de orientação e estímulo à identificação de sinais e sintomas característicos de doenças, isto é, à formulação de diagnósticos e prognósticos e alternativas de condutas e/ou terapêuticas. Porém, nas visitas, freqüentemente informações importantes são discutidas diante das pacientes em linguagem que lhes é incompreensível, alienando-as das conversas.

Como pudemos observar, os alunos de medicina em muitos momentos tendem a se ressentir da falta de adequada supervisão do exercício da prática em obstetrícia. Há algumas estações de trabalho em que essa supervisão é mais presente, indicando, inclusive, para os alunos uma valorização da perícia na realização de certos procedimentos e de sua aprendizagem, por exemplo, as intervenções operatórias na assistência ao parto. Mesmo

nessas situações, a comunicação com a paciente tende a se reduzir ao mínimo, e a preocupação com sua saúde e bem-estar também é, por vezes, colocada em segundo plano em relação a outros interesses: o exercício da prática, os acordos informais de divisão de trabalho, a etiqueta da passagem de plantão, a necessidade de tempo de estudo por parte dos alunos.

No pré-natal, pré-parto e enfermaria de puerpério, estações de trabalho em que há maior interação dos alunos com as pacientes, a supervisão se faz menos presente. Essas situações não são valorizadas pelos professores e tendem a não ser valorizadas pelos internos tampouco; são considerados espaços de atuação de profissionais não-médicos nos casos de evolução considerada normal. Perde-se a oportunidade de se aprender a prestar cuidados importantes de alívio à dor e de se estudar a variabilidade daquilo que é considerado normal. Esse desprestígio de funções, a nosso ver essenciais, tem repercussões não apenas na formação desses alunos de medicina, mas também na saúde das mulheres sob seus cuidados.

Há poucos parâmetros para avaliar as atitudes dos alunos em sua interação com as pacientes, que é, aliás, pouco observada pelos supervisores em geral. Em parte, isso provavelmente se deve à pouca valorização que o cuidado tem na formação em obstetrícia. No que diz respeito aos instrumentos formais de avaliação, a única referência que se faz à atitude adequada frente à paciente é o uso do uniforme branco. A frequência e a pontualidade nos serviços são outros aspectos incluídos na avaliação da atitude que, como vimos, são importantes para a organização do serviço.

Ao longo do curso, tende-se a valorizar a transmissão oral de conhecimentos e a memória, como por exemplo na apresentação das narrativas clínicas. Por outro lado, a leitura – seja de material teórico ou de prontuários – e o registro por escrito são pouco estimulados e não são objeto de avaliação. Os registros são vistos como “burocracia”, “trabalho braçal”. Os internos frequentemente expressam sua insatisfação por serem responsabilizados pela execução dessas tarefas.

A qualidade do desempenho em determinados procedimentos técnicos não é formalmente avaliada. Porém, de maneira informal, o bom desempenho, isto é, o reconhecimento da competência técnica, é sinalizado pela oportunidade de transcender à hierarquia tradicional de treinamento, a partir da realização de procedimentos mais complexos do que aqueles habitualmente são atribuídos aos internos.

Há momentos em que a hierarquia da equipe médica em serviço é horizontalizada, sinalizando-se para os internos seu ingresso como neófito na corporação mesmo antes do término do curso, estimulando uma identidade coletiva. Uma dessas situações é o momento em que os assistentes dirigem-se aos internos, frente às pacientes, como doutores.

Existem acordos informais entre assistentes na divisão de plantões que se contrapõem aos organogramas formais dos serviços obstétricos vinculados às Faculdades X e Y onde se realiza o treinamento dos alunos de medicina. Esses acordos subordinam os objetivos institucionais da boa formação e assistência em obstetrícia aos interesses individuais e coletivos dos profissionais que atuam como plantonistas da área de obstetrícia nesses serviços. Ao mesmo tempo, se constituem em componentes do currículo oculto servindo de modelo para outros acordos informais entre residentes e destes com os alunos.

Todos esses acordos informais, a manutenção de condutas desvinculadas da evidência científica atual, a falta de registro adequado nos prontuários, a supervisão insuficiente do treinamento, as diversas formas pelas quais a paciente é ignorada como parceira nas decisões a respeito de seu próprio tratamento e também o modo como juízos de valor interferem na prática clínica contribuem para desqualificar a prática médica da obstetrícia como técnica moral-dependente. Essa prática se desqualifica pois deixa de se sustentar em alguns princípios morais fundamentais da ética médica, explicitados em seu código profissional, entre os quais se estabelece que a atenção do médico tem por objetivo zelar pela saúde do ser humano e que deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza. Esse conjunto de fatores também

contribui para a produção e a reprodução da banalização da dor e do sofrimento alheios, nesse caso, de mulheres que procuram assistência nos serviços obstétricos vinculados aos departamentos de ginecologia e obstetrícia das Faculdades X e Y. Considerando que essas faculdades são instituições tradicionais e reconhecidas pela boa formação médica, pode-se imaginar que a desqualificação da prática assistencial e a banalização da dor e do sofrimento das pacientes em seus serviços obstétricos repercutem fortemente na legitimação dessas características em outros serviços da mesma especialidade. A situação retratada nos parece bastante grave, não apenas devido às suas conseqüências imediatas para a saúde e bem-estar das mulheres que procuram assistência nos serviços obstétricos dessas faculdades ou para a formação de seus alunos, mas também pela influência que essas instituições formadoras exercem enquanto modelo assistencial, isto é, sua contribuição para a perpetuação da atual crise na assistência obstétrica.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Medical Association. Cultural Competence Compendium. Disponível no em: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4848.html>. Acessado 2003 (abril).

Arendt H. Eichmann em Jerusalém. Um retrato sobre a banalidade do mal. São Paulo: Diagrama e Texto; 1983.

Atkinson P. Medical Talk and Medical Work: The liturgy of the clinic. London: Sage Publications Inc., 1995.

Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF (org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 49-83.

Beck U. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: Beck U, Giddens A, Lash S (org.). Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista; 1997[1995]. p. 11-72.

Beck U, Giddens A, Lash S. Réplicas e críticas. In: Beck U, Giddens A, Lash S (org.). Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista; 1997[1995]. p. 207-54.

Becker HS, Geer B, Hughes EC, Strauss AL. Boys in White: student culture in medical school. New Brunswick: Transaction Publishers, 2002. [Publicado originalmente em 1961 pela University of Chicago Press].

Beckmann CRB, Ling FW, Laube DW, Smith RP, Barzansky BM, Herbert WNP. Obstetrics and Gynecology. 4th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Bellodi PL. O clínico e o cirurgião: estereótipos, personalidade e escolha da especialidade médica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Bomfim EM. Raul Carlos Briquet. Rio de Janeiro: Imago; 2002.

Bonet O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.

Bonet O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. [Knowing and feeling: an ethnographic study on the learning of biomedicine]. *Physis* (Rio de Janeiro). 1999;9(1):123-50.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Briquet R. A obstetrícia, suas falhas e aspirações. *Revista de Gynecologia e D'Obstetricia*. 1925;(5):165-77.

Briquet R, Levi R. Maternidade Universitária de São Paulo. São Paulo: Editoração da Reitoria da Universidade de São Paulo; 1946.

Briquet R. Obstetrícia normal. Rio de Janeiro: Editora Freitas Bastos; 1939.

Cadernos Cremesp – Ética em ginecologia e obstetrícia. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2002.

Cadernos Cremesp. Considerações sobre a responsabilidade médica. In: Cadernos Cremesp – Ética em ginecologia e obstetrícia. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2002. p. 11-6.

Camano L, Souza E, Sass N, Mattar R. Guia de Obstetrícia. Barueri: Manole; 2003.

Canesqui AM. Ciências sociais e saúde no ensino médico. In: Canesqui AM (org). Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: HUCITEC/FAPESP; 2000. p. 25-48.

Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Edições Afrontamento; 1993.

Carranza M. De cesáreas, mulheres e médicos. [dissertação]. Brasília: Departamento de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília; 1994.

Céline LF. A vida e a obra de Semmelweis. Tradução D'Aguiar RF. São Paulo: Companhia das Letras; 1988. [Publicado originalmente em 1952].

Clark SL, Hankins GDV. Introduction. In: Williams JW. *Obstetrics: a text-book for the use of students and practitioners. Special Collector's Edition*. Stamford: Appleton & Lange; 1997. p. ix-xvi. [Publicado originalmente em 1903].

Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acessado em 2007 (20 abr.)

Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*. New York: McGraw-Hill; 2001.

Davis-Floyd RE. Obstetric training as a rite of passage. *Med Anthropol Q*. 1987;1(3):288-318.

Davis-Floyd RE. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press; 1992.

Davis-Floyd RE. The technocratic body: American childbirth as cultural expression. *Soc Sci Med*.1994;38(8):1125-40.

DeCherney AH, Nathan L. *Current obstetric & gynecologic diagnosis & treatment*. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2003.

Delascio D, Guariento A. *Obstetrícia normal – Briquet*. São Paulo: São Paulo Editora; 1970.

Delascio D, Guariento A. *Obstetrícia Normal – Briquet*. São Paulo: Sarvier; 1981.

Delascio D, Guariento A. *Obstetrícia Normal – Briquet*. São Paulo: Sarvier; 1994.

Deslandes SF. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.

de Mello e Souza C. C-sections as ideal births: the cultural constructions of beneficence and patients' rights in Brazil. *Camb Q Healthc Ethics*. 1994;3(3):358-66.

DeVries RG. "Humanizing" childbirth: the discovery and implementation of bonding theory. *Int J Health Serv.* 1984;14(1):89-104.

Dias MAB. Cesariana: epidemia desnecessária? A construção da indicação da cesariana em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ; 2001.

Dias MAB, Deslandes SF. Humanização da assistência ao parto no Serviço Público: reflexão sobre desafios profissionais nos caminhos de sua implementação. In: In: Deslandes SF (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 351-69.

Diniz CSG. Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1996

Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2001.

Duarte LFD. Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. In: Duarte LFD, Leal OF, (org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. p. 9-30.

Enkins M, Keirse MJN, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. (Tradução realizada com apoio da JICA do original publicado em inglês em "A guide to effective care in pregnancy and childbirth". Oxford: Oxford University Press; 2000).

Faúndes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cad Saúde Pública.* 1991;7(2):150-73.

Faúndes A, Quevedo SVN. Relatório do Grupo de Trabalho, "Ações na educação médica". In: Simpósio Internacional "Cesárea: Avaliação e propostas de ação". Campinas (SP) 5 e 6 de setembro de 2002.

Faúndes A, Duarte GA, Neto JA, Sousa MH. The closer you are, the better you understand: the reaction of Brazilian obstetrician-gynaecologists to unwanted pregnancy. *Reprod Health Matters.* 2004;12(24 Suppl):47-56.

Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Tratado de Obstetrícia. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.

Fox R C. Is medical education asking too much of bioethics? *Daedalus*.1999;128(4):1-25.

Freidson E. Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge: with a new afterword. Chicago: University of Chicago Press; 1988. (Publicado originalmente em 1970).

Giddens R. The Consequences of Modernity. Stanford: Stanford University Press; 1990.

Giglio-Jacquemot A. Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.

Good BJ, Good MD. “Learning Medicine”: The Construction of Medical Knowledge at Harvard Medical School. In: Lindenbaum S, Lock M, (org.). Knowledge, power and practice: the anthropology of medicine and everyday life. Berkeley: University of California Press; 1993. p. 81-107.

Good B. “How medicine constructs its objects”. In: Good BJ. Medicine, Rationality and experience: an anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press; 1994. p. 65-87.

Good MJD. American Medicine: The quest for competence. Berkeley: University of California Press; 1995.

Good MJ, Mwaikambo E, Amayo E, Machoki JM. Clinical realities and moral dilemmas: contrasting perspectives from academic medicine in Kenya, Tanzania, and America. *Daedalus*. 1999;128(4):167-96.

Good MD, Good BJ, Becker AE. The culture of medicine and racial, ethnic, and class disparities in healthcare. Russell Sage Foundation. 2002;594-625. Disponível em: <http://www.russellsage.org/publications/workingpapers/The%20Culture%20of%20Medicine%20and%20Racial/document>. Acessado em 2007 (26 abr).

Hacker NF, Moore JG. Essentials of obstetrics and gynecology. Philadelphia: WB Saunders Company; 1998.

Hafferty FW. Reconfiguring the sociology of medical education: emerging topics and pressing issues. In: Bird CE, Conrad P, Fremont AM. Handbook of medical sociology. New Jersey: Prentice Hall; 2000. p. 238-57.

Hahn RA. Divisions of labor: obstetrician, woman, and society in Williams Obstetrics, 1903-1985. *Med Anthropol Q.* 1987;1(3):256-82.

Hotimsky SN, Schraiber LB. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. [Humanization in the context of obstetric training]. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(3):639-49.

Hotimsky SN. Parto e nascimento no Ambulatório e na Casa de Partos da Associação Comunitária Monte Azul: uma abordagem antropológica [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2001.

Howard, DL, Silber JH, Jobes DR. Do regulations limiting residents' work hours affect patient mortality? *J Gen Intern Med.* 2004;19(1):1-7.

Kapsalis T. "The performance of pelvics". In: Yom SS. Public privates: performing gynecology from both ends of the speculum. Durham: Duke University Press; 1997. p.1-30.

Kiss LB. Temas médico-sociais e intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005.

Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. [Maternal mortality in Brazilian State Capitals: some characteristics and estimates for an adjustment factor]. *Rev Bras Epidemiol.* 2004;7(4):449-60.

Leavitt JW (org.). Women and health in America. Madison: University of Wisconsin Press; 1999. [Publicado originalmente em 1987].

Leavitt JW. The growth of medical authority: technology and morals in Turn-of-the-Century Osbtetrics. In: Leavitt JW (org.). Women and health in America. Madison: University of Wisconsin Press; 1999. p. 636-58.

Lorber J. Woman physicians: careers, status and power. London: Tavistock Publications; 1984.

Loudon RF, Anderson PM, Gill PS, Greenfield SM. Educating medical students for work in culturally diverse societies. *JAMA*. 1999;282(9):875-80.

Loyola MA. Médicos e Curandeiros. *Conflito Social e Saúde*. São Paulo: Difel; 1984.

Loyola MA. Uma Medicina de Classe Média: idéias preliminares sobre a clientela da Homeopatia. *Cadernos do Ims UERJ*. 1987;1(1):45-72.

Machado MH, Belisário SA. Os médicos e o mercado de trabalho. In: Canesqui AM, (org). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: HUCITEC/FAPESP; 2000. p. 99-110.

Martin E. A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução. [The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction (1ª edição de 1987)]. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.

Martins APV. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. *Rev Estud Fem*. 2005;13(3):645-66.

Menezes RA. Etnografia do ensino médico em um CTI. [Ethnography of medical teaching at an Intensive Care Unit] *Interface Comun Saúde Educ*. 2001;5(9):117-30.

Montero P. Da doença à desordem. A magia na Umbanda. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985.

Moron AF. Medicina fetal. In: Delascio D, Guariento A. *Obstetrícia normal*. São Paulo: Sarvier; 1981. p. 460-81.

Moscucci O. *The science of woman: gynaecology and gender in England 1800-1929*. Cambridge: Press Syndicate of the University of Cambridge; 1990.

Mott ML. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). In: Projeto História: revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: EDUC; 2002. p. 197-219.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. London: Royal College of Obstetricians and Gynecologists Press; 2003.

Neme B. Obstetrícia básica. São Paulo: Savier,. 2000

O Estado de S.Paulo. Médicos residentes estão no limite. Plantões seguidos minam capacidade de raciocínio. O Estado de S.Paulo, 6 agosto de 2006. Disponível em: <http://www.ameresp.org.br/wp/9>. Acessado em 2007 (20 abr.)

O'Dowd MJ, Philipp EE. The history of obstetrics and gynaecology. New York: Parthenon Publishing Group; 1994.

Organização Mundial de Saúde. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde. [Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2000]. Campinas: Organização Mundial da Saúde; 2004.

Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Saúde Materna e Neonatal/Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2000. [Tradução realizada com apoio da OPAS e JICA, do original em inglês publicado em 1996, OMS/SRF/MSM/ 96.24].

Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1997.

Peterson CR. Medical slang in Rio de Janeiro, Brazil. Cad Saúde Pública = Rep. Public Health. 1998;14(4):671-99.

Prado FC, Ramos JA, Valle JR. Atualização terapêutica 2003: manual prático de diagnóstico e tratamento. São Paulo: Artes Médicas; 2003

Rabelo MC. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. [Religion and cure: some thoughts on the religious experience of urban popular classes]. Cad Saúde Pública = Rep Public Health. 1993;9(3)316-25.

Rego S. Ética médica – 3: A ética na formação dos médicos. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro AO, (org.). Ética, ciência e saúde: desafios da bioética. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 108-33.

Rego S. O processo de socialização profissional na medicina. In: Machado MH (org.) Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 119-32.

Rezende J. Obstetrícia Fundamental. 7^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

Rezende J, Montenegro CAB. O estudo da bacia. In: Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia Fundamental,. 9^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 132-43.

Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001

Roth JA. Some contingencies of the moral evaluation and control of clientele: the case of the hospital emergency service. *AJS*. 1972;77(5):839-56.

Sá MC. Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2005.

Saadeh A. Internato em medicina: estudo da interação estudante-paciente [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1995.

Schraiber LB. Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO; 1989.

Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: HUCITEC; 1993.

Schraiber LB. No encontro da técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. [When technique meets ethics: the exercise of judgment and decisionmaking in the daily medical routine]. *Interface Comun Saúde Educ*. 1997a;1(1):123-38.

Schraiber LB. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1997b.

Schraiber LB. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? *Revista USP*. 2001;51:104-13.

Senna DM. As mil faces de Ananké: o sofrimento feminino e a prática de saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 1999.

Starr P. The Social Transformation of American Medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry. New York: Basic Books; 1982.

Tanaka ACD. Maternidade: um dilema entre nascimento e morte. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO; 1995

The Boston Women's Health Book Collective. Our bodies ourselves for the new century. New York: Touchstone; 1998. [Publicado originalmente em 1984].

Timmermans S, Angell A. Evidence-based medicine, clinical uncertainty, and learning to doctor. *J Health Soc Behav.* 2001;42(4):342-59.

Turner VW. Schism and Continuity in an African Society. Manchester: Manchester University Press; 1957.

Turner VW. Dramas, Fields and Metaphors, Ithaca: Cornell University Press; 1974.

Turner VW, Bruner EM. The Anthropology of Experience. Urbana: University of Illinois Press; 1986.

Van Hollen CC. Birthing on the Threshold: Childbirth and Modernity among Lower Class Women in Tamil Nadu, South India [dissertation]. Berkeley: Department of Medical Anthropology, University of California; 1998.

Walrath D. Rethinking pelvic typologies and the human birth mechanism. *Curr Anthropol.* 2003;44(1)5-31.

Van Hollen, C. Perspectives on the Anthropology of Birth. *Cult Med Psychiatry.* 1994;(18):501-12.

Wagner M. Pursuing the birth machine: the search for appropriate birth technology. Australia: ACE Graphics; 1994

Wertz RW, Wertz DC. Lying-in. A history of childbirth in America. London: Yale University Press; 1989. [Publicado originalmente em 1977].

Williams JW. Obstetrics: a text-book for the use of students and practitioners. Special Collector's Edition. Stamford: Appleton & Lange; 1997. [Publicado originalmente em 1903].

World Health Organization. Who guidelines on hand hygiene in health care (advanced draft): a summary. Clean hands are safer hands. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH_en.pdf. Acessado em 2007 (20 abr.)

ANEXOS

ANEXOS A

Roteiro das entrevistas:

1. Número de entrevista:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Etnia:
5. Cor:
6. Religião:
7. Local de Nascimento:
8. Origem rural ou urbana:
9. Escolaridade da mãe:
10. Escolaridade do pai:
11. Profissão da mãe:
12. Profissão do pai:
13. Com que idade ingressou no curso de medicina?
14. Cursou alguma faculdade de ensino superior antes de seu ingresso na medicina?
15. Em que medida sua formação acadêmica anterior têm influenciado em sua trajetória estudantil e/ou profissional na medicina?
16. Em que medida considera que sua idade ao ingressar no curso de medicina, seu sexo, etnia e/ou cor, religião, local de nascimento, origem, escolaridade e/ou profissão dos pais tem sido fatores significativos em sua trajetória estudantil e/ou profissional na medicina?
17. Por que e quando você resolveu que queria ser médico (a)?
18. Conte-me um pouco sobre sua família e como reagiram à sua decisão de cursar medicina.
19. Caso já tenha escolhido a área em que quer se especializar, quais os fatores que te levaram a fazer esta escolha?
20. Caso não tenha ainda optado por uma área de especialização ou resolvido se quer ou não fazer alguma especialização após o término do curso, quais os fatores que você considera relevantes para nortear esta decisão?

21. Quais são as características de um bom profissional médico?
22. Por favor, me fale sobre sua experiência nos plantões e atividades de rotina em enfermarias, ambulatórios, pronto socorro obstétrico e centro obstétrico de obstetrícia no hospital-escola até o momento e como contribuem para sua formação profissional em geral e para o aprendizado da obstetrícia em particular.
23. Por favor, me fale sobre sua experiência nos plantões e atividades de rotina em enfermarias e ambulatórios de obstetrícia na maternidade em que realiza estágios extracurriculares e como contribuem para sua formação profissional em geral e para o aprendizado de obstetrícia em particular.
24. Quais as qualidades mais importantes em um (a) obstetra?
25. Considerando as qualidades que você considera importantes em um (a) obstetra e as características de um bom profissional médico de modo geral, quais os maiores desafios e/ou dilemas enfrentados no ensino/aprendizagem da obstetrícia na graduação?
26. Caso tenha realizado ou esteja realizando um estágio extracurricular em obstetrícia: considerando as qualidades que você considera importantes em um (a) obstetra e as características de um bom profissional médico de modo geral, quais os maiores desafios e/ou dilemas enfrentados no ensino/aprendizagem da obstetrícia nos estágios paralelos.
27. Há alguma área ou algum aspecto específico da obstetrícia que você considera particularmente interessante?
28. Há alguma área ou algum aspecto específico da obstetrícia que você considera menos interessante?
29. Como avalia os plantões?
30. Por favor, me conte sobre as pacientes com as quais você tem tido contato nos ambulatórios e enfermarias até o momento. Como você descreveria a clientela dos serviços freqüentados por vocês? Há características que emergem com freqüência entre as mulheres atendidas em cada um dos serviços freqüentados por você? Há outras características que você considera mais raras entre as mulheres atendidas em cada um dos serviços freqüentados? Há pacientes mais fáceis e difíceis de atender? O que considera uma paciente fácil? O que considera uma paciente difícil?
31. Considerando sua interação com as pacientes em cada um dos serviços obstétricos freqüentados por você em sua formação até o momento – ambulatórios, enfermarias, pronto socorro, centro obstétrico, estágios extracurriculares – quais as situações mais gratificantes e as mais estressantes? Você tem alguma preferência em relação ao tipo de atendimento que realiza/ realizou considerando sua experiência em cada um destes serviços? Como você

- avalia o suporte institucional e de ensino que recebe ou recebeu para nortear sua interação com as pacientes em cada um destes serviços?
32. Como você avalia a sua relação com residentes e assistentes em cada um destes serviços?
 33. Até o momento houve algum incidente que considera ou considerou traumático ou particularmente dramático no ensino formal e/ou nos estágios paralelos em obstetrícia? O que aconteceu? Porque?
 34. Gostaria que você me contasse sobre o modo como as decisões envolvendo o exercício da medicina são tomadas em cada um dos serviços de obstetrícia com os quais você tem tido contato até o momento em sua formação - ambulatórios, enfermarias, pronto socorro obstétrico, centro obstétrico, estágios extracurriculares. Por favor, me conte como as decisões são tomadas em cada serviço, quem participa deste processo e o que facilita e/ou dificulta este processo de tomada de decisões. No caso de alunos e/ou residentes e/ou preceptores que fazem ou fizeram estágios extracurriculares: a seu ver, quais as semelhanças e diferenças em relação a este processo decisório no hospital-escola e nos estágios extracurriculares?
 35. Qual a sua percepção acerca do modo como se realiza o trabalho em equipe – interno, residente, assistentes, enfermagem - na implementação da assistência obstétrica? Quais os maiores desafios e dilemas para a integração da equipe na assistência obstétrica? No caso de alunos e/ou residentes e/ou preceptores que fazem ou fizeram estágios extracurriculares: a seu ver, quais as semelhanças e diferenças em relação à implementação do trabalho em equipe na assistência obstétrica no hospital-escola e nos estágios extracurriculares?
 36. Quem exerce a responsabilidade pela assistência prestada em cada um dos serviços de obstetrícia com os quais você tem tido contato, até o momento, em sua formação - ambulatório, enfermarias, pronto socorro obstétrico, centro obstétrico, estágios extracurriculares? Quais os desafios e dilemas enfrentados no exercício da responsabilidade assistencial? Como que o aluno adquire responsabilidade pela assistência prestada ao longo de sua formação? Em sua opinião, quais as continuidades e discontinuidades entre o ensino formal e os estágios extracurriculares em relação ao exercício e à aprendizagem da responsabilidade assistencial?
 37. Que mensagem daria para uma próxima turma de _ ano acerca do curso de obstetrícia do _º ano?
 38. Que mensagem daria para uma próxima turma do 5º ano acerca do estágio de obstetrícia?
 39. Que mensagem daria para uma próxima turma do 6º ano acerca do estágio de obstetrícia?
 40. Quer acrescentar alguma coisa que acha importante registrar?

Roteiro das entrevistas:

1. Número de entrevista:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Etnia:
5. Cor:
6. Religião:
7. Local de Nascimento:
8. Origem rural ou urbana:
9. Escolaridade da mãe:
10. Escolaridade do pai:
11. Profissão da mãe:
12. Profissão do pai:
13. Com que idade ingressou no curso de medicina?
14. Cursou alguma faculdade de ensino superior antes de seu ingresso na medicina?
15. Em que medida sua formação acadêmica anterior têm influenciado em sua trajetória estudantil e/ou profissional na medicina?
16. Em que medida considera que sua idade ao ingressar no curso de medicina, seu sexo, etnia e/ou cor, religião, local de nascimento, origem, escolaridade e/ou profissão dos pais tem sido fatores significativos em sua trajetória estudantil e/ou profissional na medicina?
17. Por que e quando você resolveu que queria ser médico(a)?
18. Me conte um pouco sobre sua família e como reagiram à sua decisão de cursar medicina.
19. Caso já tenha escolhido a área em que quer se especializar, quais os fatores que te levaram a fazer esta escolha?
20. Caso não tenha ainda optado por uma área de especialização ou resolvido se quer ou não fazer alguma especialização após o término da residência, quais os fatores que você considera relevantes para nortear esta decisão?
21. Quais são as características de um bom profissional médico?
22. Por favor, me fale sobre sua experiência nos cursos e nos plantões e atividades de rotina em enfermarias e ambulatórios de obstetrícia no hospital-escola onde se formou.
23. Por favor, me fale sobre sua experiência nos plantões e atividades de rotina na enfermaria, no pronto socorro, no centro obstétrico e nos ambulatórios de obstetrícia percorridos até o momento na residência e como contribuem para sua formação profissional em geral e para o aprendizado da obstetrícia em particular.
24. O que tem achado das Reuniões Científicas? Como contribuem para sua formação?
25. Por favor, me fale sobre sua experiência nos plantões e atividades de rotina em enfermarias e ambulatórios de obstetrícia na maternidade em que realiza estágios extracurriculares e como contribuem para sua formação profissional em geral e para o aprendizado de obstetrícia em particular.
26. Quais as qualidades mais importantes em um(a) obstetra?
27. Considerando as qualidades que você considera importantes em um(a) obstetra e as características de um bom profissional médico de modo geral, quais os maiores desafios e/ou dilemas enfrentados no ensino/aprendizagem da obstetrícia na graduação?

28. Caso tenha realizado ou esteja realizando um estágio extracurricular em obstetrícia: considerando as qualidades que você considera importantes em um(a) obstetra e as características de um bom profissional médico de modo geral, quais os maiores desafios e/ou dilemas enfrentados no ensino/aprendizagem da obstetrícia nos estágios paralelos.
29. Caso tenha realizado ou esteja realizando a residência em obstetrícia: considerando as qualidades que você considera importantes em um(a) obstetra e as características de um bom profissional médico de modo geral, quais os maiores desafios e/ou dilemas enfrentados no ensino/aprendizagem da obstetrícia na residência?
30. Há alguma área ou algum aspecto específico da obstetrícia que você considera particularmente interessante?
31. Há alguma área ou algum aspecto específico da obstetrícia que você considera menos interessante?
32. Por favor, me conte sobre as pacientes com as quais você tem tido contato nos ambulatórios e enfermarias até o momento. Como você descreveria a clientela dos serviços freqüentados por vocês? Há características que emergem com freqüência entre as mulheres atendidas em cada um dos serviços freqüentados por você? Há outras características que você considera mais raras entre as mulheres atendidas em cada um dos serviços freqüentados?
33. O que é uma paciente difícil?
34. Considerando sua interação com as pacientes em cada um dos serviços obstétricos freqüentados por você em sua formação até o momento – ambulatórios, enfermarias, estágios extracurriculares – quais as situações mais gratificantes e as mais estressantes? Você tem alguma preferência em relação ao tipo de atendimento que realiza/ realizou considerando sua experiência em cada um destes serviços? Como você avalia o suporte institucional e de ensino que recebe ou recebeu para nortear sua interação com as pacientes em cada um destes serviços?
35. Até o momento houve algum incidente que considera ou considerou traumático ou particularmente dramático no ensino formal e/ou nos estágios paralelos em obstetrícia? O que aconteceu? Por quê?
36. Gostaria que você me contasse sobre o modo como as decisões envolvendo o exercício da medicina são tomadas em cada um dos serviços de obstetrícia com os quais você tem tido contato até o momento em sua formação - ambulatórios, enfermarias, estágios extracurriculares. Por favor, me conte como as decisões são tomadas em cada serviço, quem participa deste processo e o que facilita e/ou dificulta este processo de tomada de decisões. No caso de alunos e/ou residentes e/ou preceptores que fazem ou fizeram estágios extracurriculares: ao seu ver, quais as semelhanças e diferenças em relação a este processo decisório no hospital-escola e nos estágios extracurriculares?
37. Qual a sua percepção acerca do modo como se realiza o trabalho em equipe na implementação da assistência obstétrica? Quais os maiores desafios e dilemas para a integração da equipe na assistência obstétrica? No caso de alunos e/ou residentes e/ou preceptores que fazem ou fizeram estágios extracurriculares: ao seu ver, quais as semelhanças e diferenças em relação à implementação do trabalho em equipe na assistência obstétrica no hospital-escola e nos estágios extracurriculares?
38. Quem exerce a responsabilidade pela assistência prestada em cada um dos serviços de obstetrícia com os quais você tem tido contato, até o momento, em sua formação - ambulatório, enfermarias, estágios extracurriculares? Quais os desafios e dilemas enfrentados no exercício da responsabilidade assistencial? Como que o aluno adquire

responsabilidade pela assistência prestada ao longo de sua formação? Em sua opinião, quais as continuidades e discontinuidades entre o ensino formal e os estágios extracurriculares em relação ao exercício e à aprendizagem da responsabilidade assistencial?

39. Quais seus projetos profissionais após ter concluído a residência?
40. Tem algum aspecto de sua formação que não abordei nessa entrevista e que você gostaria de comentar comigo?
41. Gostaria de acrescentar algum comentário?

ANEXOS B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO
NA PESQUISA:

“A Formação em Obstetrícia: Competência e cuidado na atenção ao parto”

Atividade: Observação da assistência e atividades de ensino da obstetrícia
Consentimento de Paciente

Bom dia/ Boa tarde/ Boa noite, meu nome é Sonia Nussenzweig Hotimsky. Sou cientista social e aluna de Doutorado do Departamento de Medicina Preventiva da USP e estou fazendo uma pesquisa na Faculdade (X ou Y) sobre a formação em obstetrícia. O objetivo deste estudo é de contribuir para a compreensão de como se dá o ensino da obstetrícia e de como se define a “boa prática obstétrica”.

Para isso, estou acompanhando a internação e/ou o atendimento ao pré-natal, parto e puerpério de algumas mulheres aqui no hospital, e se você me permitir, gostaria de estar presente em suas consultas e durante seu trabalho de parto, parto e pós-parto. A minha presença nestes momentos não vai interferir com as rotinas pré-estabelecidas pelo hospital e com a qualidade de atendimento que a senhora vai receber. A senhora não será entrevistada por mim. Sua participação é totalmente voluntária, mas será muito importante para a pesquisa e poderá, no futuro, contribuir para melhorar a assistência ao parto. Se você aceitar participar desta pesquisa, vou anotar seu nome aqui, mas ele não vai aparecer em nenhum lugar quando forem divulgados os resultados deste trabalho.

Sinta-se à vontade se não quiser participar e também se em algum momento você quiser que eu me retire da sala, é só solicitar.

Consentimento para a observação das consultas e do atendimento ao parto:

Eu consinto em participar desta pesquisa e autorizo a observação de minhas consultas e do atendimento ao meu parto. Fui informada que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto venha a prejudicar o atendimento prestado.

Data: ___/___/_____

Nome da paciente: _____

Assinatura da paciente: _____

Assinatura do membro da equipe responsável pela coleta dos dados:

Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Lilia Blima Schraiber

Membro da equipe: Sonia Nussenzweig Hotimsky

Dept. de Medicina Preventiva, FMUSP

Avenida Dr. Arnaldo, 455 2º andar

São Paulo, S.P. CEP: 01246-903 tel: 3066-7444

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:

“A Formação em Obstetrícia: Competência e cuidado na atenção ao parto”

Atividade: Entrevista
Consentimento de Alunos

Sou Cientista Social e como parte do programa do meu Doutorado junto ao Departamento de Medicina Preventiva da USP, realizo uma pesquisa etnográfica na Faculdade (X ou Y) _____ sobre a formação em obstetrícia. O objetivo deste estudo é de contribuir para a compreensão de como se dá o ensino da obstetrícia e o que os profissionais e alunos entendem por “boa prática obstétrica”, a fim de subsidiar tanto o currículo médico nesta área quanto estratégias didáticas.

Para isso, estou realizando entrevistas semi-estruturadas, seguindo um roteiro temático que versa sobre os motivos da escolha profissional, distintos aspectos da experiência assim como expectativas e opiniões de cada aluno(a) acerca do processo de ensino aprendizagem, particularmente, aqueles relacionados ao ensino da obstetrícia na Faculdade de Medicina e seu contato com pacientes nessa especialidade. As entrevistas serão gravadas e identificadas apenas por número e o nome do(a) entrevistado(a) jamais será divulgado ou mencionado. Sua participação na pesquisa é inteiramente voluntária, sendo possível retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. Além disso, você tem o direito de não responder às perguntas que ocasionem constrangimentos de qualquer natureza. O tempo previsto para responder a essa entrevista é de aproximadamente duas horas, sendo possível realizá-la em mais de um encontro, segundo a conveniência do entrevistado.

Consentimento para a entrevista:

Eu consinto em participar desta pesquisa e autorizo a gravação de entrevista que versa sobre o processo de formação em obstetrícia. Fui informado(a) que meu nome jamais será divulgado ou mencionado e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Data: ___/___/_____

Nome _____ do(a) _____ entrevistado(a):

Assinatura _____ do(a) _____ entrevistado(a):

Assinatura _____ do _____ responsável _____ pela coleta: _____

Sonia Nussenzweig Hotimsky

Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Lilia Blima Schraiber
Dept. de Medicina Preventiva, FMUSP
Avenida Dr. Arnaldo, 455 2º andar

São Paulo, S.P. CEP: 01246-903 tel: 3066-7444

Membro da equipe: Sonia Nussenzweig Hotimsky
Dept. de Medicina Preventiva, FMUSP
Avenida Dr. Arnaldo, 455 2º andar
São Paulo, S.P. CEP: 01246-903 tel: 3066-7444

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:

“A Formação em Obstetrícia: Competência e cuidado na atenção ao parto”

Atividade: Observação de atividades de ensino e aprendizagem da obstetrícia
Consentimento dos(as) Alunos(as)

Sou Cientista Social e como parte do programa do meu Doutorado junto ao Departamento de Medicina Preventiva da USP, realizo uma pesquisa etnográfica na Faculdade (X ou Y) _____ sobre a formação em obstetrícia. O objetivo deste estudo é de contribuir para a compreensão de como se dá o ensino da obstetrícia e o que os profissionais e alunos entendem por “boa prática obstétrica”, a fim de subsidiar tanto o currículo médico nesta área quanto estratégias didáticas.

Para isso, estarei observando as atividades de ensino e aprendizagem da obstetrícia, incluindo entre estas: as aulas formais do currículo; as discussões de casos; e, as atividades práticas supervisionadas tais como a evolução e acompanhamento diário das pacientes nas enfermarias, a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto e o atendimento no pronto socorro obstétrico. Estou solicitando a permissão de cada aluno(a), tendo em vista este objetivo, garantindo o sigilo de pesquisa.

Consentimento para a observação de atividades de aprendizagem da obstetrícia:

Eu consinto em participar desta pesquisa e autorizo a observação das atividades de minha aprendizagem em obstetrícia. Fui informado(a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Data: ___/___/_____

Nome _____ do(a) _____ Aluno(a): _____

Assinatura _____ do(a) _____ Aluno(a): _____

Assinatura _____ do _____ responsável _____ pela coleta: _____
Sonia Nussenzweig Hotimsky

Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Lilia Blima Schraiber
Dept. de Medicina Preventiva, FMUSP
Avenida Dr. Arnaldo, 455 2º andar
São Paulo, S.P. CEP: 01246-903 tel: 3066-7444

Membro da equipe: Sonia Nussenzweig Hotimsky
Dept. de Medicina Preventiva, FMUSP
Avenida Dr. Arnaldo, 455 2º andar
São Paulo, S.P. CEP: 01246-903 tel: 3066-7444

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO
NA PESQUISA:

“A Formação em Obstetrícia: Competência e cuidado na atenção ao parto”

Atividade: Entrevista
Consentimento de Residentes

Sou Cientista Social e como parte do programa do meu Doutorado junto ao Departamento de Medicina Preventiva da USP, realizo uma pesquisa etnográfica na Faculdade (X ou Y) sobre a formação em obstetrícia. O objetivo deste estudo é de contribuir para a compreensão de como se dá o ensino da obstetrícia e o que os profissionais e alunos entendem por “boa prática obstétrica”, a fim de subsidiar tanto o currículo médico nesta área quanto estratégias didáticas.

Para isso, estou realizando entrevistas semi-estruturadas, seguindo um roteiro temático que versa sobre os motivos da escolha profissional, distintos aspectos da experiência assim como expectativas e opiniões de residentes acerca do processo de ensino aprendizagem, particularmente, aqueles relacionados ao ensino e aprendizagem da obstetrícia e o contato com pacientes nessa especialidade. As entrevistas realizadas serão gravadas e identificadas apenas por número e o nome do(a) entrevistado(a) jamais será divulgado ou mencionado. Sua participação na pesquisa é inteiramente voluntária, sendo possível retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. Além disso, você tem o direito de não responder às perguntas que ocasionem constrangimentos de qualquer natureza. O tempo previsto para responder a essa entrevista é de aproximadamente duas horas, sendo possível realizá-la em mais de um encontro, segundo a conveniência do entrevistado.

Consentimento para a entrevista:

Eu consinto em participar desta pesquisa e autorizo a gravação de entrevista que versa sobre o processo de formação em obstetrícia. Fui informado(a) que meu nome jamais será divulgado ou mencionado e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Data: ___/___/___

Nome do(a) entrevistado(a):

Assinatura do(a) entrevistado(a):

Assinatura do responsável pela coleta: _____

Sonia Nussenzweig Hotimsky

Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Lilia Blima Schraiber
Dept. de Medicina Preventiva, FMUSP
Avenida Dr. Arnaldo, 455 2º andar

São Paulo, S.P. CEP: 01246-903 tel: 3066-7444

Membro da equipe: Sonia Nussenzweig Hotimsky
Dept. de Medicina Preventiva, FMUSP
Avenida Dr. Arnaldo, 455 2º andar
São Paulo, S.P. CEP: 01246-903 tel: 3066-7444

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:

“A Formação em Obstetrícia: Competência e cuidado na atenção ao parto”

Atividade: Observação de atividades de ensino da obstetrícia
Consentimento do(a) Residente

Sou Cientista Social e como parte do programa do meu Doutorado junto ao Departamento de Medicina Preventiva da USP, realizo uma pesquisa etnográfica na Faculdade (X ou Y) sobre a formação em obstetrícia. O objetivo deste estudo é de contribuir para a compreensão de como se dá o ensino da obstetrícia e o que os profissionais e alunos entendem por “boa prática obstétrica”, a fim de subsidiar tanto o currículo médico nesta área quanto estratégias didáticas.

Para isso, estarei observando as atividades de ensino e aprendizagem da obstetrícia, incluindo entre estas: as aulas formais do currículo; as discussões de casos; e, as atividades práticas supervisionadas tais como a evolução e acompanhamento diário das pacientes nas enfermarias, a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto e o atendimento no pronto socorro obstétrico. Estou solicitando a permissão de cada residente, tendo em vista este objetivo, garantindo o sigilo de pesquisa.

Consentimento para a observação de atividades de ensino e aprendizagem da obstetrícia:

Eu consinto em participar desta pesquisa e autorizo a observação das atividades de ensino e aprendizagem da obstetrícia na qual atuo como residente. Fui informado(a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Data: ___/___/___

Nome _____ do(a) _____ Residente:

Assinatura _____ do(a) _____ Residente(a):

Assinatura _____ do _____ responsável _____ pela
coleta: _____
Sonia Nussenzweig Hotimsky

Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Lilia Blima Schraiber
Dept. de Medicina Preventiva, FMUSP
Avenida Dr. Arnaldo, 455 2º andar
São Paulo, S.P. CEP: 01246-903 tel: 3066-7444

Membro da equipe: Sonia Nussenzweig Hotimsky
Dept. de Medicina Preventiva, FMUSP
Avenida Dr. Arnaldo, 455 2º andar
São Paulo, S.P. CEP: 01246-903 tel: 3066-7444

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:

“A Formação em Obstetrícia: Competência e cuidado na atenção ao parto”

Atividade: Observação de atividades de ensino da obstetrícia
Consentimento do(a) Preceptor(a)

Sou Cientista Social e como parte do programa do meu Doutorado junto ao Departamento de Medicina Preventiva da USP, realizo uma pesquisa etnográfica na Faculdade (X ou Y) sobre a formação em obstetrícia. O objetivo deste estudo é de contribuir para a compreensão de como se dá o ensino da obstetrícia e o que os profissionais e alunos entendem por “boa prática obstétrica”, a fim de subsidiar tanto o currículo médico nesta área quanto estratégias didáticas.

Para isso, estarei observando as atividades de ensino e aprendizagem da obstetrícia, incluindo entre estas: as aulas formais do currículo; as discussões de casos; e, as atividades práticas supervisionadas tais como a evolução e acompanhamento diário das pacientes nas enfermarias, a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto e o atendimento no pronto socorro obstétrico. Estou solicitando a permissão de cada preceptor(a), tendo em vista este objetivo, garantindo o sigilo de pesquisa.

Consentimento para a observação de atividades de ensino e aprendizagem da obstetrícia:

Eu consinto em participar desta pesquisa e autorizo a observação das atividades de ensino e aprendizagem da obstetrícia na qual atuo como residente. Fui informado(a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Data: ___/___/___

Nome do(a) Enfermeira, ou membro da equipe de enfermagem.

Assinatura do(a) Enfermeira, ou membro da equipe de enfermagem :

Assinatura do responsável pela coleta: _____

Sonia Nussenzweig Hotimsky

Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Lilia Blima Schraiber
Dept. de Medicina Preventiva, FMUSP
Avenida Dr. Arnaldo, 455 2º andar
São Paulo, S.P. CEP: 01246-903 tel: 3066-7444

Membro da equipe: Sonia Nussenzweig Hotimsky
Dept. de Medicina Preventiva, FMUSP
Avenida Dr. Arnaldo, 455 2º andar
São Paulo, S.P. CEP: 01246-903 tel: 3066-7444

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO
NA PESQUISA:

“A Formação em Obstetrícia: Competência e cuidado na atenção ao parto”

Atividade: Observação de atividades de ensino da obstetrícia
Consentimento do(a) Professor(a)

Sou Cientista Social e como parte do programa do meu Doutorado junto ao Departamento de Medicina Preventiva da USP, realizo uma pesquisa etnográfica na Faculdade (X ou Y) sobre a formação em obstetrícia. O objetivo deste estudo é de contribuir para a compreensão de como se dá o ensino da obstetrícia e o que os profissionais e alunos entendem por “boa prática obstétrica”, a fim de subsidiar tanto o currículo médico nesta área quanto estratégias didáticas.

Para isso, estarei observando as atividades de ensino da obstetrícia, incluindo entre estas: as aulas formais do currículo; as discussões de casos; e, as atividades práticas supervisionadas tais como a evolução e acompanhamento diário das pacientes nas enfermarias, a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto e o atendimento no pronto socorro obstétrico. Estou solicitando a permissão de cada professor tendo em vista este objetivo, garantindo o sigilo de pesquisa.

Consentimento para a observação de atividades de ensino da obstetrícia:

Eu consinto em participar desta pesquisa e autorizo a observação das atividades de ensino da obstetrícia sob minha responsabilidade. Fui informado(a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Data: ___/___/___

Nome _____ do(a) _____ Professor(a): _____

Assinatura _____ do(a) _____ Professor(a): _____

Assinatura _____ do _____ responsável _____ pela
coleta: _____
Sonia Nussenzweig Hotimsky

Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Lilia Blima Schraiber
Dept. de Medicina Preventiva, FMUSP
Avenida Dr. Arnaldo, 455 2º andar
São Paulo, S.P. CEP: 01246-903 tel: 3066-7444

Membro da equipe: Sonia Nussenzweig Hotimsky
Dept. de Medicina Preventiva, FMUSP
Avenida Dr. Arnaldo, 455 2º andar
São Paulo, S.P. CEP: 01246-903 tel: 3066-7444

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:

“A Formação em Obstetrícia: Competência e cuidado na atenção ao parto”

Atividade: Observação de atividades de ensino da obstetrícia
Consentimento do(a)s membros da equipe de enfermagem

Sou Cientista Social e como parte do programa do meu Doutorado junto ao Departamento de Medicina Preventiva da USP, realizo uma pesquisa etnográfica na Faculdade (X ou Y) sobre a formação em obstetrícia. O objetivo deste estudo é de contribuir para a compreensão de como se dá o ensino da obstetrícia e o que os profissionais e alunos entendem por “boa prática obstétrica”, a fim de subsidiar tanto o currículo médico nesta área quanto estratégias didáticas.

Para isso, estarei observando as atividades de ensino da obstetrícia, incluindo entre estas: as aulas formais do currículo; as discussões de casos; e, as atividades práticas supervisionadas tais como a evolução e acompanhamento diário das pacientes nas enfermarias, a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto e o atendimento no pronto socorro obstétrico. Estou solicitando a permissão de cada membro da equipe de enfermagem tendo em vista este objetivo, garantindo o sigilo de pesquisa.

Consentimento para a observação de atividades de ensino da obstetrícia:

Eu consinto em participar desta pesquisa e autorizo a observação das atividades de ensino da obstetrícia sob minha responsabilidade. Fui informado(a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Data: ___/___/___

Nome do(a) Enfermeiro(a), ou membro da equipe de enfermagem.

Assinatura do(a) Enfermeiro(a), ou membro da equipe de enfermagem.

Assinatura do responsável pela coleta:

Sonia Nussenzweig Hotimsky

Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Lilia Blima Schraiber
Dept. de Medicina Preventiva, FMUSP
Avenida Dr. Arnaldo, 455 2º andar
São Paulo, S.P. CEP: 01246-903 tel: 3066-7444

Membro da equipe: Sonia Nussenzweig Hotimsky
Dept. de Medicina Preventiva, FMUSP
Avenida Dr. Arnaldo, 455 2º andar
São Paulo, S.P. CEP: 01246-903 tel: 3066-7444