

A violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia

Sonia Nussenzweig Hotimsky

(Faculdade de Medicina do ABC-SP, Centro de Estudos de Saúde Coletiva – CESCO/FMABC e Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo – FESPSP)

O tema da violência contra as mulheres nos serviços de saúde brasileiros vem sendo objeto de denúncia e reflexão desde os anos 1980 no interior do movimento feminista e desde a década de 1990 em trabalhos acadêmicos.¹ No que diz respeito especificamente à formação médica, D'OLIVEIRA, AFPL; DINIZ, SG; & SCHRAIBER, LB, (2002) e CASTRO & ERVITI (2003) sugerem que ela é um dos fatores que contribui para a ampla disseminação da violência institucional nos serviços de atenção à saúde da mulher no Brasil e no México respectivamente. O modo como se estruturam as relações de saber-poder entre profissionais em formação e as mulheres por eles atendidas; a baixa prioridade dada à aprendizagem da ética e de aptidões associadas à comunicação; e as formas tradicionais de treinamento de residentes são mencionadas por estes autores como alguns dos elementos do ensino e treinamento em serviço associados à reprodução desse fenômeno.

Neste trabalho pretendemos contribuir para a discussão em pauta, elucidando alguns mecanismos que contribuem para a perpetuação de violações de direitos humanos tal como se expressam no espaço de formação e treinamento médico em serviços de obstetrícia de hospitais-escola. Uma pesquisa etnográfica acerca do ensino da obstetrícia, realizada ao longo de uma ano e meio em duas conceituadas faculdades de medicina de São Paulo, se constitui como a base empírica da análise.²

Inicialmente, descrevemos um caso ilustrativo, retratado na tese e ocorrido no centro obstétrico de uma das faculdades, que denominamos de “Faculdade Y”. Em conformidade com as normas de ética em pesquisa, os nomes mencionados são fictícios.

¹ Publicado em 1981, o livro *Espelho de Vênus: identidade sexual e social da mulher*, do Grupo Ceres parece ter sido pioneira entre as publicações feministas brasileiras a trazer depoimentos e reflexões acerca da violência institucional vivenciada por mulheres em serviços de assistência à saúde reprodutiva. Quanto às publicações mais acadêmicas, sejam estas feministas ou não, ver, por exemplo, DINIZ, MELLO E SOUZA & PORTELLA (1998), ALVES, & SILVA (2000), D'OLIVEIRA, AFPL; DINIZ, SG; & SCHRIABER (2002); CASTRO & ERVITI (2003); HOTIMSKY et.al. (2002); McCALLUM (2006);

² Essa pesquisa resultou em nossa tese de doutoramento(2007), orientada pela Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber.

Tratava-se do segundo parto normal de Eliete, uma paciente em trabalho de parto no centro obstétrico do hospital-escola da Faculdade Y. Não havia, a princípio, necessidade de realizar uma episiotomia naquele caso, conforme a avaliação de Fernanda, a médica no primeiro ano de residência (R1), responsável por supervisionar o trabalho de Silvia, a interna que acompanhava a gestante, Eliete. Incisão cirúrgica realizada para alargar a abertura vaginal ou períneo, esse procedimento era realizado rotineiramente naquele serviço, em todas as gestantes, quando se tratava de seu primeiro parto normal, e em diversas outras situações quando se julgava necessário. Trata-se de uma intervenção que causa dor e desconforto no pós-parto, que pode interferir com a função orgástica e está associada a riscos de infecção bem como outros danos à saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000:38), a partir de revisão sistemática de pesquisas científicas da Colaboração Cochrane, a episiotomia é uma prática frequentemente utilizada de modo inadequado, pois sua aplicação é considerada apropriada apenas em circunstâncias não rotineiras, sendo recomendada, como meta, a taxa de 10% de episiotomias em partos vaginais (OMS:2000:30). Nota-se, desde já, uma dissonância entre as recomendações da OMS, fundamentada na medicina baseada em evidências científicas, e o protocolo do hospital-escola, onde a episiotomia constitui-se há décadas em prática de rotina a qual são submetidas as gestantes realizando seu primeiro parto normal. Consagrada como uma tradição, trata-se de uma entre várias outras práticas rotineiras associadas a assim denominada obstetrícia clássica que são reiteradas nas duas faculdades onde essa pesquisa foi realizada a despeito dos riscos e da contra-indicação resultante de evidências científicas.

Silvia me relatou que havia solicitado a Fernanda, antes do parto, permissão para fazer episiotomia naquela paciente. Sabia que, na verdade, Eliete não precisaria fazer uma episiotomia, pois tratava-se de seu segundo parto e não tinha, de antemão, indicação para tal. Porém pediu autorização para fazê-lo por haver assistido a três partos normais até aquele momento de seu estágio de 5^o ano, todos sem episiotomia. Como pretendia especializar-se 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 e todo o estágio de internato do 6^o ano para iniciar-se nesse 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, Fernanda constatou que realmente não seria necessário, porém, assim mesmo, levou adiante o acordo que fizera de antemão com Silvia. A decisão de fazê-lo

sem indicação médica foi tomada sem consulta prévia a um especialista em obstetrícia e ginecologia. Alias, não havia especialista presente naquele momento no centro obstétrico, embora, segundo as normas e os organogramas do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade Y, deveria haver um especialista de plantão no centro obstétrico em todos os momentos à quem caberiam as decisões sobre as condutas realizadas e a supervisão do treinamento em serviço.

Fernanda disse à interna, posteriormente,

“Na verdade, não precisava de episio, mas não é errado fazer.”

Cabe salientar que esse procedimento foi realizado, como é frequente, sem qualquer analgesia ou anestesia. Ocorreu num plantão noturno, quando não há anestesista disponível no centro obstétrico da Faculdade Y. Anestesistas só podem ser solicitados a comparecer àquele serviço no plantão noturno em casos de urgência e emergência obstétrica. Além disso, Fernanda sequer procurou realizar o bloqueio de pudendo, forma de analgesia local. Conforme explicou para Silvia e para mim, não gostava de fazê-lo, pois raramente havia visto essa forma de analgesia local “pegar”. Fernanda instruiu Silvia a fazer o corte inicial da episiotomia com um bisturi durante uma contração da paciente, para diminuir a dor. Depois lhe passou uma tesoura e instruiu como fazer para ampliar o corte. Após o parto e a dequitação da placenta, Fernanda instruiu Silvia, passo a passo, sobre como fazer a sutura da episiotomia, isto é, a episiorrafia. Eliete gemia de dor. Fernanda perguntou:

“Está doendo? Vai doer um pouquinho mesmo, mas não é insuportável, é?”

Eliete respondeu que não. Silvia fez um ponto que Fernanda considerou mal feito e lhe pediu para refazê-lo. Foi, a cada ponto, instruindo Silvia acerca de como posicionar a agulha, em que direção esta deveria penetrar cada camada de músculo, tecido subcutâneo ou pele e como utilizar a pinça para auxiliá-la a puxar a agulha para o outro lado da camada sendo suturada. Outro ponto, particularmente profundo, o “ponto do marido”³, foi mal executado por Silvia na avaliação de Fernanda, que lhe pediu para retirá-lo e refazê-lo. Eliete gemia muito e novamente Fernanda perguntou, *“Está doendo ou incomodando?”* Eliete respondeu, *“Está DOENDO MESMO”*. Fernanda então lhe disse,

“Mas é suportável, não é? Nada pior do que a Alice (nome da filha da paciente que nasceu) passando!”

O modo como Fernanda desvalorizou a dor e fez pouco caso do sofrimento de Eliete acima, é uma forma comum de abuso de poder e de negação da subjetividade de mulheres

³ 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.

parturientes, que vem sendo documentada em serviços de assistência ao parto no Brasil (ALVES & SILVA: 2000; D'OLIVEIRA, AFPL; DINIZ, SG; & SCHRAIBER, LB: 2002; HOTIMSKY, SN et.al.: 2002) e no México (CASTRO & ERVITI: 2003). Faz parte de um padrão de violação de direitos humanos que tende a ser naturalizado e que, como pudemos evidenciar, é também transmitido aos alunos de medicina, informalmente, enquanto modelo de interação com as mulheres durante a atenção ao parto, contribuindo assim para sua reprodução.

Sabe-se que é comum, na formação médica, os alunos desenvolverem estratégias visando incrementar seu “senso de competência” (BECKER et al.:2002[1961]; GOOD: 1995). Num estudo realizado nos Estados Unidos na década de 1950, o leque mais ou menos amplo de intervenções experimentadas por estudantes de medicina nos corpos de mulheres negras em um serviço de assistência ao parto também eram fruto de negociações entre estudantes e residentes, pois formalmente, apenas os últimos poderiam efetuar-las. As mulheres não eram consultadas ou sequer informadas que seriam submetidas a esse exercício da prática pelos estudantes de medicina, sendo seus corpos transformados em objeto desse treinamento.

No contexto brasileiro de crescente cirurgificação do parto, onde a prática de “pôr a mão na massa” tornou-se uma tradição na formação médica, tende a ser expectativa dos internos realizar episiotomia, episiorrafia e bloqueio do pudendo nos estágios de obstetrícia. Em geral, são incentivados nesse sentido pelos seus supervisores e pela própria proposta educacional de treinamento em serviço, a despeito dos riscos adicionais às parturientes que sua inexperiência pode acarretar. Como pudemos constatar durante a pesquisa, até mesmo quando há supervisão por obstetras, não é costume consultar ou sequer informar as mulheres sobre a decisão de submetê-las à episiotomia, muito menos que está sendo efetuada por estudantes de medicina.

Como sugerem D'OLIVEIRA, AFPL; DINIZ, SG; e SCHRAIBER, LB, (2002), assim como CASTRO, R e ERVITI (2003), o distanciamento entre alunos e pacientes e a naturalização de hierarquias sociais que caracterizam o campo médico e/ou que estão presentes na sociedade como um todo, fazem parte da socialização de estudantes de medicina, sendo elemento essencial no processo de “coisificação” dos corpos das mulheres atendidas nos hospitais-escola, para que elas se transformem em objeto de seu treino. Tivemos oportunidade de discutir, em outra ocasião, como as intersecções entre marcos de diferenciação de gênero, raça e classe social se expressam na construção de tipologias pelvicas, um dos elementos da aprendizagem da obstetrícia (HOTIMSKY & SCHRAIBER:2008) que também contribuem para a configuração de mecanismos de

reprodução estratificada (RAPP: 2001). Certamente esses mecanismos merecem maior atenção, entretanto cabe salientar que, em nosso contexto, são eles que determinam que pacientes de camadas populares que procuram atendimento em hospitais-escolas para suas demandas de saúde reprodutiva sejam submetidas ao exercício da prática de estudantes de medicina.

A violência da situação retratada acima a diferencia de outras, porque a interna convenceu a médica a submeter uma mulher em trabalho de parto a um ato cirúrgico doloroso e danoso à sua saúde a despeito de ser considerado desnecessário por ambas, única e exclusivamente para que ela pudesse antecipar a prática desse procedimento. Tal fato constitui uma violação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2001)⁴, do Código de Ética Médica (1988)⁵, da Constituição Brasileira⁶, de diversos Tratados e Convenções Internacionais da qual o Brasil é signatário⁷. No entanto, é um evento corriqueiro no contexto da formação médica.

⁴ Segundo o artigo 3º das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina “*O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.*”

⁵ Segundo o capítulo I, artigo 2º, “*O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional*”. Segundo o capítulo III, artigo 29 “*É vedado ao médico praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.*” e o artigo 42 “*É vedado ao médico praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.*” E, segundo o Capítulo IV, artigo 46, “*É vedado ao médico efetuar procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.*”

E, segundo o artigo 4, “*A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:*

inciso II - **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

⁶ Segundo a Constituição Federal Brasileira, em seu artigo 196, “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*”

⁷ O direito à integridade corporal é garantido pela Declaração Universal de Direitos Humanos (art. 5) assim como pela Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanas ou Degradantes (art. 16); o direito à saúde e/ou saúde reprodutiva é garantido pela Declaração Universal de Direitos Humanos (art. 3) ; pela Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (art.12) ; pela Convenção sobre os Direitos da Criança (art.24); pela Convenção Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (art. 12); pela Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (art. 5). O direito especial a proteção das mães é garantido pela Convenção Internacional sobre os Direitos Econômicos, Social e Cultural (art 10); e o direito ao benefício do progresso científico e/ou tecnológico é garantido por essa ultima Convenção (art. 15), assim como pela Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (art. 14).

Como compreender tal violação do direito à integridade corporal, 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 do treinamento em serviço? Silvia e Fernanda evidentemente não reconheceram Eliete como sujeito, muito menos como sujeito de direitos. Que visão é essa que compartilham acerca das pacientes sob seus cuidados? Como o contexto da formação abre espaço para a ocorrência freqüente de situações como essa?

Visando contribuir para responder a essas indagações, abordo de início alguns elementos da organização dos serviços nas instituições formadoras que fazem com que a saúde e o bem-estar das pacientes possam ser tão desconsiderados e efetivamente prejudicados em nome da aprendizagem.

Em primeiro lugar, analiso um aspecto do contexto em que se realizou a prática acima retratada, o fato de que a assistência estava sendo prestada sem a presença de um especialista da área de obstetrícia no centro obstétrico. Isso se contrapõe ao que é estabelecido formalmente pelos Departamentos de Obstetrícia e Ginecologia de ambas as instituições pesquisadas, bem como às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina⁸. Segundo os organogramas e escalas de plantão dos obstetras expostas nas secretarias dos departamentos, nos centros obstétricos, assim como nos setores de urgência e emergência obstétrica das três instituições hospitalares consideradas, há uma aparente valorização do papel desempenhado pelos especialistas 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, 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 coordene e acompanhe de perto o processo de ensino e aprendizagem no âmbito dos serviços em pauta. Esses médicos especialistas são selecionados pelo departamento ou por concurso público. Supõe-se portanto que sejam considerados bons profissionais médicos, com as qualidades necessárias para exercer esse encargo profissional e pedagógico.

⁸ O Artigo No. 7 das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2001) estabelece que: *“A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade”*

Porém, existem em ambas as instituições acordos mais ou menos informais que subordinam esses objetivos institucionais da boa formação e assistência aos interesses individuais e coletivos dos profissionais que atuam como plantonistas em obstetrícia nesses serviços. Alguns acordos reduzem o número de assistentes responsáveis pela supervisão do treinamento em serviço presentes em cada plantão, gerando situações de sobrecarga dos plantonistas. 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. Assim, 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. Além da sobrecarga no exercício de suas funções, 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 o modo pelo qual se realiza 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 lançar mão de diversas estratégias para “esvaziar”, isto é, diminuir o volume de casos a serem atendidos 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 isso aconteça, como se pode perceber pelo depoimento de 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. Quem não adere a esse modelo de atuação é visto como profissional que não quer trabalhar e que sobrecarrega 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.

Diante do exposto, entende-se melhor o comentário que Fernanda fez para Silvia após o parto: *“Na verdade, não precisava de episio, mas não é errado fazer.”* É muito provável que se referia às diversas vezes em que presenciou ou participou com seus colegas e obstetras de situações em que episiotomias e outras intervenções, algumas inclusive proscritas (a dilatação manual do colo do útero e a manobra de Kristeller⁹) e outras não (o fórcepe de alívio e a cesariana), foram realizadas sem indicação médica, violando-se assim a integridade física e os direitos humanos das gestantes, com o propósito de “limpar a área”.

Os esquemas de plantão e a prática de “limpar a área” são fruto de acordos mais ou menos informais, que constituem um componente do currículo oculto, isto é, processos latentes de aprendizagem, não reconhecidos formalmente (REGO, 2002; HAFFERTY, 2000). Em termos gerais, esses acordos transmitem aos alunos e residentes a concepção de que os

⁹ Segundo DELASCIO & GUARIENTO (1994:349), *“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, traumas fetais).”* Apesar desse manual clássico da obstetricia brasileira afirmar que se trata de um procedimento abandonado, presenciemos o uso dessa manobra em ambas as faculdades. Na faculdade Y, onde a presença continua de anestesista no centro obstétrico se restringia ao turno diurno de segunda a sexta-feira, a utilização dessa manobra no parto era muito mais frequente no período noturno e nos finais de semana que na faculdade X, onde era possível recorrer com mais frequência à cesárea para “limpar a área”. 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)

profissionais responsáveis pelo ensino consideram válido ou legítimo subordinar a qualidade do treinamento em serviço e a assistência obstétrica prestada, a outras demandas e interesses, individuais ou da equipe médica do modo geral.

Cabe observar que esses acordos informais entre profissionais servem de modelo e são reproduzidos entre os residentes e destes com os internos em sua prática cotidiana, como vimos. Esses arranjos também tendem a dar credibilidade à noção de que autonomia e responsabilidade profissional também se adquirem através de situações em que o aluno ou residente, na ausência de um profissional mais experiente, não tem outra alternativa a não ser se colocar à prova e procurar “se virar”. E, se por vezes os estudantes se orgulham das situações em que “se viraram” bem, também enfrentam situações com as quais não têm o preparo adequado para lidar, resultando em conseqüências nefastas, quando não trágicas, para as pacientes envolvidas.

A “etiqueta de plantão” e as pressões exercidas por residentes e internos 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 advindas do ambiente de trabalho e de formação médica no hospital-escola e influenciam muito atitudes e comportamentos de professores, residentes e estudantes.

Além disso, em serviços de atenção ao parto fora dos hospitais-escola, a realização de intervenções cirúrgicas desnecessárias por questões da agenda social ou de trabalho dos profissionais é muito comum no Brasil (DIAS: 2002; D’OLIVEIRA, AFPL; DINIZ, SG; e SCHRAIBER, LB: 2002). Os esquemas de plantão e a prática de “limpar a área” correspondem a práticas muito disseminadas no mercado de trabalho, tanto em serviços obstétricos (DIAS: 2002) quanto em outros setores de urgência e emergência hospitalares no Brasil (DESLANDES: 2002; SÁ: 2005).

O que nosso estudo indica, portanto, é que as instituições de ensino médico constituem espaço privilegiado para a aprendizagem dessas práticas de violação da integridade física das mulheres e de seus direitos humanos, preparando os estudantes nesse sentido também para o exercício profissional nos moldes operantes no mercado de trabalho.

O processo de naturalização e normatização de intervenções cirúrgicas sem indicação médica não se restringe, contudo, ao currículo oculto, ganhando maior visibilidade em alguns espaços do ensino formal. A abordagem do “fórcipe didático” em sala de aula e manuais de obstetrícia é um exemplo disso, descrito brevemente a seguir.

A denominação de “fórcipe didático” para o fórcipe de alívio, utilizada tanto por

professores como por estudantes, é uma forma de reconhecer que sua indicação não está necessariamente relacionada com a saúde ou bem-estar de mãe e/ou feto. Sua realização é normatizada, em algumas faculdades, como elemento da assistência que se presta ao parto normal em todas as primigestas. Nos Protocolos Assistenciais da Clínica Obstétrica da FMUSP (2007), afirma-se:

“Assistência ao segundo período:

(...) Nas primigestas preconizamos o fórcepe baixo ou de alívio com episiotomia médio-lateral (direita ou esquerda) ou perineotomia.”

Essa norma é adotado pela Faculdade X, como pude constatar. Um assistente comenta com os acadêmicos durante uma aula:

“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.” (grifo nosso)

Nota-se que Fernanda, nossa residente do caso acima exposto, teria outro exemplo a invocar, dessa vez no contexto do ensino formal, para reforçar sua postura - afinal a episiotomia sem indicação médica, é, em determinadas circunstâncias, preconizada. Esse protocolo é um exemplo de como o sistema de normas e valores que se estabelece na formação médica nega formalmente à mulher o controle sobre seu corpo e assim lhe nega a estatuto de sujeito livre e autônomo que a define como cidadã.

É preciso dizer, entretanto, que nem todos os alunos concordam totalmente com a realização de intervenções desnecessárias com fins didáticos. Em entrevista, um interno da Faculdade X expressou sua restrição à prática em pauta 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 um procedimento desnecessário sem o consentimento da mãe, é indicativo de que há alunos com objeções semelhantes. Talvez possamos inclusive interpretar seu discurso como referência ao direito ao consentimento informado e, portanto como indício de uma penetração, ainda que tímida, do discurso de direitos humanos nesse âmbito. É interessante notar que um estudante de sexo masculino tenha manifestado essa preocupação, que diz respeito, entre outras coisas, às relações de gênero na formação e exercício da prática da obstetrícia.

Efetivamente houve poucas ocasiões em que alunos expressaram qualquer forma de estranhamento diante das práticas que presenciavam ou nas quais colaboravam no centro obstétrico. Uma delas ocorreu durante um debate sobre via de parto, atividade de encerramento da apresentação à disciplina de obstetrícia e ginecologia na faculdade Y.

Helena, coordenadora da disciplina, apresentava aos alunos uma aula em powerpoint na qual discutia as vantagens e desvantagens das distintas vias de parto (vaginal e cesárea) e retomava com os alunos, em um dos slides, os procedimentos técnicos que se deveria evitar no parto normal, inclusive a pressão no fundo do útero ou Manobra de Kristeller.

Profa. Helena: (um procedimento que) *praticamente não se faz mais é a Manobra de Kristeller que se viu que é totalmente proscrito porque pode levar a rotura uterina.*

Leda [uma estudante]: *E então, porque é usado no C.O. (Centro Obstétrico)?*

Ouve-se um burburinho na sala de aula. Vários alunos comentam entre si que também já presenciaram a utilização dessa manobra no C.O. Alguns levantam a mão.

Marcia[estudante] : *Ja vi essa manobra sendo usada no C.O. durante meus plantões!*

Ieda [estudante]: *Eu tambem!*

Jonas [estudante]: *Tambem foi usado nos meus plantões!*

Profa. Helena: *Isso não se deve fazer.*

Encerrando a discussão, a Professora Helena segue para o próximo ponto de sua aula, apresentando o próximo slide: Partos Cesareos – Principais indicações.

Entretanto, ao final da aula, o assunto volta a ser levantado pela Leda que se aproxima da Professora Helena na saída da classe e lhe pergunta,

Leda [estudante]: *Sera que isso que a gente viu [Manobra de Kristeller] vai ser levado por voces para o Departamento?*

Profa. Helena: *Apenas se chegar em forma de denuncia, em que se menciona o profissional responsavel, o fato, o dia em que ocorreu e com a assinatura de quem presenciou.*

Nota-se acima, que apesar de se tratar de um procedimento considerado proscrito, e que impressionara diversos alunos pela violência com o qual é praticado e o fato de ter sido presenciado em plantões distintos não resulta em uma intervenção imediata da professora em relação a rotina do centro obstétrico. Pelo contrário, e para a decepção de alguns alunos, particularmente da Leda, a professora prefere tratar os depoimentos dos alunos como se estivesse diante de casos excepcionais e exige que eles assumam a responsabilidade por delatar seus superiores imediatos, os residentes, que observaram realizando essa manobra. Assim fazendo, ela inibe qualquer atuação por parte dos alunos, que temem comprometer sua formação e trajetória profissional ao tomar uma atitude que possa vir a prejudicar indivíduos que se situam acima deles na hierarquia médica.

Essa situação ocorrida na Faculdade Y, assim como o depoimento do interno entrevistado da Faculdade X, indicam que a despeito dos esforços no sentido de se naturalizar distintas formas de violação à integridade física das mulheres, as reações dos alunos são, até certo ponto, heterogêneas.

Entretanto, embora existam reações heterogêneas à normatização da violência institucional no contexto do ensino e treinamento, esta ainda representa um grande obstáculo à consolidação dos direitos humanos na formação médica em obstetrícia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, MTSSB; SILVA, AAM. (orgs.). 2000. *Avaliação de qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde*. São Luis: UFMA: Unicef.

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].

CASTRO, R. & ERVITI, J. Violation of Reproductive Rights during hospital births in Mexico. *Health and Human Rights*, November, 7(1): 90-110, 2003.

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.)

D`OLIVEIRA, AFPL; DINIZ, SG; SCHRAIBER, LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, vol.359, may 11, 2002.

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.

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).

DESLANDES, SF. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.

GOOD, MJD. American Medicine: The quest for competence. Berkeley: University of California Press; 1995.

GRUPO CERES. Espelho de Vênus: identidade sexual e social da mulher. Sao Paulo: Brasiliense, 1981.

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.

HOTIMSKY, SN. *et al.* 2002. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública*, set./out., vol.18, no.5, p.1303-1311.

HOTIMSKY, SN. 2007. *A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto*. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

JEWKES, R. et al. 1998. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African Obstetric Services. *Social Science & Medicine*, vol. 47, n.11, pp.1781-1795.

McCALLUM, C; REIS, AP dos. 2006. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Jul, vol.22, no.7, p.1483-1491.

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].

RAPP, R. Gender, body, biomedicine: how some feminist concerns dragged reproduction to the center of social theory. *Medical Anthropology Quarterly* 15(4):466-477, 2001.

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.

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.

ZUGAIB, M. & BITTAR,R.E. *Protocolos Assistenciais Clinica Obstétrica FMUSP*. São Paulo, Editora Atheneu, 2007