

Humanização no contexto da formação em obstetrícia*

Humanization in the context of obstetric training

Sonia Nussenzweig Hotimsky¹
Lilia Blima Schraiber¹

Abstract *The article discusses humanization in the context of Obstetric training, instigated by contributions from ethnography on the process of learning medicine in this field. Research techniques utilized include participant observation, primary source analysis, and in-depth interviews. Ethnographic material was produced while accompanying a course offered by the Department of Gynecology and Obstetrics of a renown São Paulo medical school and visits by students to public services offering “humanized care” in birth, as part of its curricular activities. Repercussions of these visits in class are also presented. Conflicting views on the notion of humanization contrast the models of care presented by the hospitals visited and by the Medical School Hospital, as well as ideal models of obstetric care upheld by its professors. The ensuing discussion also highlights the ideal of the medical profession and its field of competence. Thus, the visit and its repercussions were also an opportunity for further consolidating a collective identity: that of physician in training. The difficulty in dealing with pluralisms as to conducts, proposed by different schools of thought within Medicine is brought to attention. As a consequence, difficulties arise in developing a critical outlook and in gaining self-confidence in decision-making.*

Key words *Humanization of birth, Obstetric training*

Resumo *O artigo propõe uma reflexão acerca do tema da humanização do parto no contexto da formação em obstetrícia, fundamentalmente instigada pela contribuição de uma etnografia do processo de ensino-aprendizagem em medicina nessa área. As técnicas de pesquisa utilizadas foram observação participante, entrevistas semi-estruturadas e pesquisa documental. Apresenta-se o material etnográfico produzido no acompanhamento de um curso oferecido pelo Departamento de Obstetrícia e Ginecologia de conceituada faculdade de medicina em São Paulo e de visitas de seus alunos a serviços públicos de “assistência humanizada” e suas repercussões no ensino da atenção ao parto. Chama atenção que os embates em torno da noção de humanização contrapõem modelos de atenção apresentados nas visitas àqueles serviços ao existente no Hospital-Escola e, ainda, a modelos ideais propostos por seus professores. A discussão também põe em pauta o próprio ideal de profissão e seu campo de competências. Neste sentido, as visitas e suas repercussões constituíram também uma oportunidade de consolidação de uma identidade coletiva em formação. A dificuldade de lidar com o pluralismo de propostas de conduta, objetivo da disciplina em pauta, impede, da perspectiva do ensino, a formação do pensamento crítico e a maior autoconfiança na tomada de decisão.*

Palavras-chave *Humanização do parto, Formação em obstetrícia*

* Trabalho elaborado a partir de pesquisa de doutorado, em andamento, acerca da formação em obstetrícia, apoiado com bolsa Capes do Programa de Pós-Graduação.

¹ Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

Av. Dr. Arnaldo 455, 2º andar, 01246-903. sonianhotimsky@uol.com.br

Introdução

Nosso intuito neste artigo é contribuir para uma reflexão sobre a humanização da assistência ao parto, tal como este se apresenta no contexto da formação em obstetrícia, instigada por uma etnografia do processo de ensino-aprendizagem nessa área. Pontuamos os vários sentidos da humanização e os conflitos em torno deles que se explicitam quando alunos de uma faculdade de medicina são apresentados a serviços públicos de atenção ao parto onde se procura operacionalizar a proposta ministerial de humanização da assistência.

A formação médica tem sido objeto de estudo da antropologia desde a década de 1960, quando da publicação da clássica etnografia de Howard Becker *et al.* (2002[1961]). Considerada um dos mais longos ritos de passagem, a aprendizagem do exercício da medicina é analisada por estes autores não apenas como processo de aquisição de conhecimentos científicos e aptidões técnicas, mas também como iniciação a um novo *status* profissional. Segundo Good & Good (1993), a cultura médica na qual os alunos são socializados é caracterizada por uma ideologia que reifica, dissocia e justapõe duas dimensões. Uma dimensão, por eles denominada de “competência”, se refere ao conhecimento técnico e científico e se expressa na linguagem das ciências básicas em que conhecimento, aptidões e técnicas são retratados como fatos destituídos de valor; a outra, o “cuidado”, se refere à dimensão intersubjetiva, isto é, às interações entre os sujeitos em relação ao ato assistencial, que se expressa na linguagem de valores, atitudes e emoções. Essas duas dimensões gozam de valorização desigual não só no ensino (Good & Good, 1993; Menezes, 2001; Bonet, 1999), como também no próprio exercício do trabalho médico (Schraiber, 1997), à medida que ao desempenho técnico científico é dada primazia, enquanto a dimensão intersubjetiva tende a ser tratada como aspecto secundário do trabalho e da socialização em medicina.

A necessidade de aprofundar a análise sobre formação médica por intermédio de etnografias realizadas em distintos contextos socio-culturais é enfatizada por autores que indicam que o sistema cultural biomédico não é universal (Good & Good, 1993; Atkinson, 1995). E se a experiência clínica é um modo de conhecimento contextualizado localmente, tendo por base tradições e práticas de determinados luga-

res e equipes de trabalho, a forma com que os profissionais manipulam e privilegiam determinadas evidências científicas também é sujeita a variações (Timmermans & Angell, 2001).

Além disso, a socialização em medicina expõe o aluno a concepções, valores e práticas divergentes e, por vezes, conflitantes, dado que as perspectivas de seus professores, as “linhas” de trabalho e as “escolas” de pensamento são heterogêneas, havendo embates entre elas mesmo no interior das disciplinas. Distintos modelos de ensino-aprendizagem são adotados e há contrastes entre os modos de equacionar a experiência e o conhecimento científico no julgamento clínico, o que tende a contribuir para a construção da autonomia profissional como valor (Becker *et al.*, 2002[1961]; Atkinson, 1995; Schraiber, 1993).

Encontraremos essa heterogeneidade de perspectivas entre professores de obstetrícia ao se depararem com o tema humanização do parto? Quais são as repercussões que políticas promovidas pelo Ministério de Saúde (MS), visando à humanização do parto, têm tido no processo de formação em medicina?

Desde o final da década de 1990, a expressão “humanização do parto” tem sido utilizada pelo MS para se referir a uma série de políticas públicas promovidas 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 diversos atores sociais, como ONGs e entidades profissionais. Dada a diversidade de atores sociais e de interesses envolvidos, não é de se estranhar que haja uma série de conflitos em torno de distintas concepções de parto e alternativas de atendimento a esse evento. Há controvérsias acerca de qual profissional é mais capacitado; quais equipamentos são indispensáveis; como prover segurança para realizar-se o parto em que locais; dos direitos reprodutivos, inclusive o direito ao exercício de escolhas quanto à assistência; e, mais recentemente, das diretrizes técnicas que devem nortear a prática obstétrica. Assim, em torno do significado de “humanização”, no que se refere especificamente à assistência obstétrica, há um campo de disputas e negociações (Diniz, 2001).

Segundo o MS, a atenção humanizada ao parto *envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal* (Brasil, 2001). Nesta concepção, a humanização tem co-

mo foco a qualificação da atenção, envolvendo preocupações, por um lado, com o respeito e promoção de direitos humanos da mulher que recebe assistência, e, por outro, com treinamento ou formação dos profissionais e evidências científicas que norteiam as rotinas assistenciais, bem como com instalações físicas e recursos tecnológicos disponíveis.

Em relação às medidas implementadas pelo MS, visando promover a humanização da assistência, que contemplam, entre outras coisas, a diminuição das taxas de cesáreas, interessamos mais de perto o conjunto das que buscam promover a atuação da enfermeira obstetra na atenção ao parto normal, as que geram os manuais da assistência ao parto, e a garantia do direito a analgesia de parto. Quanto ao primeiro conjunto de medidas, temos: a introdução do pagamento, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de parto assistido por enfermeira obstetra; o incentivo à sua capacitação e a criação de Centros de Parto Normal (CPN), unidades privilegiadas de atuação desta profissional em partos sem distócia (DOU, 8/8/99). O CPN pode constituir unidade “isolada” – a “Casa de Parto” – ou intra-hospitalar. Entre outras características, deve estar vinculado às Unidades Básicas de Saúde (UBS) de sua área de abrangência.

Os manuais técnicos foram produzidos e/ou revisados pelo MS, no âmbito do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Entre estes se inclui *Parto, aborto e puerpério – assistência humanizada à mulher* (Ministério de Saúde, 2001). Esses manuais sistematizam evidências científicas, incorporando algumas diretrizes da OMS fundamentadas na medicina baseada em evidências (MBE). Produzidos em parceria ou com o suporte técnico da Federação Brasileira de Ginecologia de Obstetrícia (Febrasgo), entre outras entidades, os manuais foram distribuídos a todos seus afiliados, mas sua disseminação nas faculdades de medicina é bastante variável.

No contexto da formação médica, a relevância atribuída à noção de humanização do parto é também variável. Um indício dessa variabilidade se expressa nos próprios conteúdos programáticos que constam do conjunto disciplinar oferecido pelos Departamentos de Obstetrícia e Ginecologia ou de Tocoginecologia aos alunos de quatro conceituadas faculdades de medicina do Estado de São Paulo e nos materiais didáticos oferecidos nos programas de residência médica. Todos fazem alguma referência ao termo “humanização”. No entanto, o valor atribuído como temática no ensino pare-

ce ser bastante diverso: desde a absoluta falta de menção nas disciplinas obrigatórias até o uso do termo na declaração da missão de ensino da faculdade, nas ementas de disciplinas e/ou a presença dos manuais técnicos do MS nas bibliografias recomendadas.

Não varia apenas a inclusão do tema humanização no curso, mas o próprio conteúdo programático de obstetrícia como um todo oferecido pelos departamentos (de nomenclatura também variável, mas aqui referidos como Departamentos de Obstetrícia e Ginecologia) entre as quatro faculdades. Variam a carga horária de obstetrícia e a sua distribuição na grade curricular e também as atividades práticas priorizadas. Assim, o atendimento supervisionado à consulta de pré-natal é considerado elemento fundamental do internato por algumas escolas e é reduzido ao mínimo por outras.

Talvez a variabilidade na grade curricular seja expressão do valor da autonomia universitária e, mais especificamente, da autonomia de que gozam professores e/ou colegiados dos departamentos, no desenvolvimento dos seus programas na escola médica. Em todo caso, percebe-se, entre os Departamentos, posturas distintas diante da humanização como temática de ensino e em relação ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do MS. Essas aproximações e distâncias verificadas relativamente às proposições do MS representam conflitos das escolas de pensamento em medicina diante das políticas governamentais no campo da obstetrícia, daí termos escolhido também este aspecto para comentar.

Técnicas e desenho da pesquisa

Esta análise é baseada em material produzido a partir de observação participante, pesquisa documental e entrevistas semi-estruturadas realizadas em uma conceituada faculdade de medicina de São Paulo. Neste artigo, destacamos o material produzido a partir do acompanhamento de uma disciplina de obstetrícia e ginecologia em dois contextos: na sala de aula e em visita de um grupo de alunos a um serviço “humanizado” de atenção ao parto. Nessa faculdade o tema da humanização do parto é apresentado por meio de visitas a serviços públicos de “assistência humanizada”, no contexto de um programa interdepartamental, que visa discutir a saúde integral da mulher e a saúde reprodutiva. Os três hospitais que se dispuseram a rece-

ber alunos obtiveram previamente o roteiro da visita contendo questões que norteariam a elaboração posterior, pelos alunos, de relatório individual. Estes relatórios e o debate em sala de aula acerca das três visitas também se constituíram em instrumento da presente análise, assim como entrevistas individuais. A pesquisa realizada teve aprovação ética na escola médica investigada, com o compromisso de sigilo quanto a sua identificação.

Segundo uma das professoras dessa disciplina, o objetivo das visitas é propiciar aos alunos a oportunidade de conhecer serviços de “assistência humanizada ao parto”, com modelos de atenção diferentes relativamente à tradição dos hospitais-escola. Pretende, assim, fazer com que os alunos percebam que as condutas são objeto de discussão e controvérsias. Espera que isso os estimule a pesquisar acerca das condutas adotadas em cada modelo e a desenvolver suas práticas com maior reflexão crítica e autonomia.

Por intermédio dessa disciplina, sob a coordenação do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, os alunos são apresentados a esta área e devem aprender a realizar a anamnese e o exame ginecológico e obstétrico. Também lhes é oferecida a oportunidade de fazer seu primeiro plantão, em caráter voluntário, participando da assistência, tanto no pronto-socorro obstétrico e ginecológico, como no centro obstétrico, do Hospital-Escola. Essa oportunidade de “pôr a mão na massa”, como se referem tanto alunos quanto professores à participação na prática assistencial, tende a ser muito valorizada (Rego, 1995; Menezes, 2001). Neste caso, valoriza também as referidas visitas como uma oportunidade de exposição à realidade de outros hospitais e ocasião de conhecer e até negociar “estágios extracurriculares”. Tal recurso é estimulado como estratégia para aumentar a experiência prática do estudante no Brasil, ainda que envolvendo diversas delicadas questões éticas e de formação profissional (Rego, 2002). Cabe ressaltar que maternidades públicas são um dos locais privilegiados para realização desses estágios, bastante valorizados na própria área da obstetrícia (Dias, 2001).

As visitas foram precedidas por uma aula expositiva sobre a assistência obstétrica no Brasil. Essa aula será abordada a seguir, pois visava apresentar o modelo prevalecente no Brasil e discutir problemas decorrentes, para então apresentar alternativas. Vamos, por isso, tomá-la como momento preparatório das visitas.

Preparando as visitas

Após uma breve conversa informal a respeito das experiências pessoais dos alunos na observação de partos, a professora assinalou a importância de se perceber a interação da equipe profissional no parto: observar se há, entre eles, ansiedade ou estresse, provocando desencontros na atuação da equipe, ou se, ao contrário, há um desempenho tranquilo e cooperativo. Chama a atenção para o fato de que, por vezes, em uma situação programada, isto é, quando equipe e paciente definem de antemão o que vai acontecer, isso cria um clima mais tranquilo de atuação.

A professora inicia, então, uma exposição acerca da assistência obstétrica no Brasil. Apresenta as taxas de fecundidade, a proporção de partos atendidos pelo SUS e de partos hospitalares em geral, para caracterizar a estrutura de atenção disponível no país. Em seguida, analisa os índices de morbimortalidade materna e neonatal, bem como as taxas nacionais e regionais de cesáreas. Antes de dar continuidade ao tema, pergunta quantos alunos nasceram de parto normal e verifica que se trata de uma minoria – apenas 8 em 33. Então, instigando os alunos a participar, discute as causas das altas taxas de cesárea, sua relação com a remuneração ao parto na política do Sistema de Saúde na década de 1970 e a maior rapidez do parto em que se lança mão deste procedimento, resultando em maior comodidade para o médico e o hospital, pois organiza a agenda. Pergunta sobre os fatores que levariam as mulheres a “optar” por esse procedimento, sendo mencionados: o medo da dor, (e a professora comenta que, ao menos no setor privado, em que sempre ocorre a analgesia, esse seria infundado); a comodidade de planejar o parto; a concepção (que qualifica de fantasiosa) de que o parto vaginal afrouxa a vagina, prejudicando a vida sexual futura; a concepção de que o parto cesárea é menos estressante, exigindo menos preparo emocional e possibilitando um maior controle da situação, e de que é mais seguro e melhor para o bebê.

A professora sugere que essa valorização da cesárea como via preferencial de parto é, em grande parte, promovida pela própria medicina, que teve de convencer as mulheres da eficácia técnica superior da cesárea, diante da tradição de partos via vaginal. Menciona estudos que indicam que, a despeito disso, a maioria das mulheres brasileiras prefere partos normais. Conclui que a maior responsabilidade pela disseminação de cesáreas sem indicações

cientificamente fundadas recai sobre os próprios médicos, configurando uma crise ética coletiva na medicina.

Durante essa discussão, ocorrem muitas conversas paralelas entre os alunos. Tem-se a impressão, pelo espanto e desconforto deles, que essas considerações não são facilmente aceitas. A professora procura mostrar que valores e conveniências podem influenciar o comportamento médico e a medicina, e se apóia nesse argumento para exortar os alunos a uma reflexão, amparada em leituras, de modo que, por si mesmos, cada um deles tome uma decisão sobre a melhor conduta.

A classe volta a se concentrar quando a professora começa a abordar o pré-natal, mostrando o aumento da cobertura dessa atividade assistencial. Por fim, são analisados os índices regionais e nacionais de mortalidade materna comparados com as taxas do Canadá. Concluiu afirmando que nosso índice de mortalidade materna é muito alto para o sistema hospitalar e a capacidade de atendimento instalada.

Distintas estratégias foram usadas para apresentar os diferentes tópicos, com dinâmicas mais informais quando se discutiram questões de ordem cultural, o contrário ocorrendo com os tópicos pré-natal e morbimortalidade materna e neonatal. Isso pode gerar, na percepção dos alunos, uma extensão da informalidade ao próprio conteúdo do tópico tratado. Assim, temas éticos ou culturais parecerão “informais” ou algo distinto da informação científica. Como comenta uma das alunas, em entrevista realizada posteriormente: *O fato é que, para a grande maioria das pessoas aqui, e em qualquer lugar que eu já tive contato até o momento, aulas como Psicologia Médica, Saúde Integral da Mulher ou qualquer outra que tende mais para o lado da Medicina Social, dão a sensação que não é medicina. Isso aqui é um papo que a gente bate de vez em quando. Então se você quer marcar um compromisso, você marca para aquela aula. Se você quer matar alguma aula (...) vai ser aquela aula. Você não dá a mesma importância para Psicologia ou para Relação Médico-Paciente que você dá para uma aula de Anatomia, Fisiologia, ou Patologia. Eu acho que é uma coisa implantada, não sei de onde. Você já chega na faculdade com esse comportamento e, com o passar dos anos, ele vai se sedimentando.*

A menor valorização de temáticas sociais também transparece em outras atitudes. Os alunos que tomam notas sistematicamente, não fazem anotações nas aulas de Saúde Inte-

gral da Mulher, porque “é mais informal”. Reitera-se, assim, a tendência a se dar primazia à “competência” na formação, e a uma concepção pouco abrangente dessa dimensão.

A mencionada crise ética da medicina, representada pela atitude de promover cesáreas sem indicações é relativizada por alguns alunos. Acreditam que os médicos são, em parte, responsáveis, pois orientam as pacientes. Ao mesmo tempo, há alunos que têm uma preferência pessoal pela cesárea e defendem o direito da *cesárea a pedido*. Alguns até comentaram que essa preferência foi reforçada pela experiência nos plantões e em conversas com obstetras, residentes de obstetrícia e internos na Faculdade. Acrescenta-se que, em sala de aula e nos plantões, vários assistentes sugeriram que uma desvantagem do parto normal seria a possibilidade de afetar o tônus do períneo ou a elasticidade da vagina, reforçando, particularmente entre as alunas, receios em relação à vida sexual. Essa preferência pessoal (Chacham, 1999) e profissional (Dias e Deslandes, 2004) pela “via alta” entre profissionais da área, aparentemente comum, exerce, sem dúvida, grande influência entre os alunos, no sentido de considerá-la um procedimento seguro. Para estes, portanto, a “cultura da cesárea”, à medida que é compartilhada com profissionais, não é vista como sendo de inteira responsabilidade destes últimos. Cabe lembrar que, nessa classe, 75,8% dos alunos nasceram de partos cesáreas. Como esta é a via preferencial de parto de vários deles, talvez custem a crer que a maioria das mulheres realmente não compartilha dessa preferência (ver, a esse respeito, Hopkins, 1998; Potter *et al.*, 2001). Ao mesmo tempo, há uma certa empatia, por parte de alguns, com relação ao argumento da comodidade e da economia que essa prática representa para o médico, assegurando-lhe maior disponibilidade para seus outros compromissos profissionais.

A visita

Os alunos da classe foram divididos em três grupos e cada um destes visitou um hospital vinculado ao SUS. Os três serviços se diferenciavam pelo tipo de gestão. Cada visita foi monitorada por um profissional indicado pela respectiva instituição.

Descreveremos, sucintamente, uma delas, a que foi observada. Trata-se de um hospital novo, considerado secundário, de referência para

as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região. O hospital possui um CPN, em que o parto normal é conduzido por enfermeira obstetra. Um de seus objetivos é prover aos usuários uma “assistência humanizada”, como explica um dos funcionários do hospital: *Temos a questão da assistência humanizada. Procura-se fazer isso em todas as áreas, embora isso ocorra mais na G.O. (...) Procura-se manter o hospital bonito, arrumado. Trata-se de um atendimento que começa humanizado desde a porta.* Percebe-se assim que, para essa instituição, a humanização é um termo bem abrangente. A “assistência humanizada” é também uma construção coletiva envolvendo tensões e negociações entre a proposta institucional e as demandas da população local: *A população tem um perfil diferenciado, eles cobram muito! Não é aquele pessoal pobre, pobre. É uma população politizada; conhecem muito bem os direitos deles!*

Após uma explanação geral sobre o hospital, percorre-se o trajeto das parturientes, desde seu primeiro atendimento até a alta hospitalar. No trajeto, o comentário dos alunos entre si se volta para um Curso de Obstetrícia da Zona Leste, que seria inaugurado em alguns dias e sobre o qual comentam: *Não precisa nem mais ser médico para exercer a obstetrícia. Para que estudar seis anos de medicina? Até bombeiro faz parto!* Trata-se de um curso para obstetrias que enfrenta resistências dos médicos, pois, como declarou recentemente o presidente da Febrasgo: *Somos contra o nome desse curso. Obstetrícia é uma especialidade médica (FSP:13/3/05).* Percebe-se que os alunos acompanham atentamente os acontecimentos e conflitos pertinentes à sua futura categoria profissional, identificando-se, nesse caso, com a postura da Febrasgo. Associam o modelo de assistência visitado (um CPN) com a delimitação do campo de atuação profissional dos médicos, sendo por estes contestado.

No modelo da CPN, como nos explica a profissional da instituição, dois médicos e duas enfermeiras são responsáveis pelo atendimento a cada 12 horas, estimulando o parto normal. O pronto-atendimento (PA) obedece à ordem de chegada e/ou de gravidade, sendo realizado por um médico, por uma auxiliar de enfermagem, para que a paciente não fique constrangida, e por um(a) acompanhante da gestante. *Porque é direito do acompanhante, não tem aquela desconfiança de que fez o diagnóstico errado.*

Nessa instituição, as enfermeiras prestam a assistência ao parto, mas tudo é discutido com

o médico, como explica a médica: *Você está dividindo a função com a enfermagem. O médico fica na porta, faz as cesáreas, as cirurgias de urgência e os partos fórcepes. É muito melhor! Em outros hospitais, muitas vezes há só um médico de plantão(...) Aí (...) acaba fazendo tudo: cesárea, procura limpar a área para dar conta do serviço.*

São apresentados, na seqüência, aspectos considerados relevantes na caracterização da assistência humanizada: o direito e a presença quase obrigatória do acompanhante durante o trabalho de parto, para ajudar no cuidado à mulher; a maior privacidade assegurada no pré-parto, pois cada gestante permanece em uma sala “PPP” durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato; o estímulo à locomoção; e tecnologias alternativas para aliviar a dor e facilitar o trabalho de parto, incluindo uma bola e um banco que se assemelha aos cavalos de balanço infantis. O estranhamento dos alunos com o uso dessas técnicas alternativas é nítido. Parecem não acreditar que se trata de um “equipamento” médico, entreolham-se e alguns não conseguem conter o riso.

Fala-se de outras intervenções que foram eliminadas da rotina do trabalho de parto neste hospital, entre elas a utilização de soro com ocitocina, a manutenção da paciente em jejum, a tricotomia (raspagem dos pêlos pubianos), o enterocisma (esvaziamento intestinal), e a analgesia. Em alguns casos, explica-se por que estas intervenções foram eliminadas. A proposta de eliminar a analgesia sistemática e rotineira suscita questionamentos por parte dos alunos e é defendida pela profissional com os seguintes argumentos: risco de anóxia do recém-nascido e tendência a estacionar o trabalho de parto, tornando-se necessário o uso de fórcepes.

Quanto à assistência ao parto, a médica afirma que a taxa mensal de cesáreas é de 23%. No parto normal, não se faz episiotomia de rotina, visando preservar o períneo íntegro e evitar efeitos adversos desta intervenção, os quais descreve. Afirma que a paciente pode optar pela posição de parto e demonstra as possibilidades de uso da versátil cama hospitalar. Indica, entretanto, uma posição de preferência do serviço: o decúbito lateral esquerdo. *Seria uma posição ideal para o parto. Aí, o fluxo de oxigênio não é prejudicado, porque não comprime a veia cava.*

Apesar de diversos aspectos terem sido apresentados, o comentário entre os alunos fixa-se na retirada do uso sistemático da analgesia: *Isso aqui é um retrocesso! Como é que negam*

acesso a uma tecnologia moderna de alívio à dor? A ciência evoluiu!

Os alunos foram apresentados a um serviço que é diferente daquele de seu Hospital-Escola, referência em termos de aprendizado. A rotina de outro serviço, no que se refere às condutas técnicas, tende a ser, no mínimo, “estranhada”, quando não rejeitada, como algo impróprio, o que transparece nos relatórios individuais, assim como nas apresentações coletivas, o que se considerará a seguir.

Discutindo as visitas

A apresentação, em classe, das visitas propiciou aos alunos a possibilidade de perceber semelhanças e diferenças entre as instituições e de discutir os aspectos da “assistência humanizada” que consideraram mais polêmicos.

Os hospitais visitados buscavam, com maior ou menor sucesso, promover o parto normal com a assistência de enfermeiras obstetras e incentivavam a presença de acompanhante de escolha da mulher. A tricotomia, a analgesia e a episiotomia foram eliminadas da rotina, o que chamou a atenção dos alunos. A escolha da paciente em relação à posição de parto mostrou-se condicionada à presença de equipamento tecnológico moderno – a cama de parto versátil – e às preferências dos profissionais.

Ao procurar operacionalizar a noção de humanização da assistência, apenas algumas das práticas classificadas pela OMS ([1996] 2000) e pelo MS (2001) como “claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas” da rotina, efetivamente o foram nestes serviços. Aspectos da assistência que mais claramente sinalizam a tentativa de incorporação de direitos reprodutivos – o direito a acompanhante de escolha, a liberdade de movimentação no pré-parto e de escolha de posição no pré-parto e parto – sofrem constrangimentos de natureza técnica e organizacional, sendo sujeitos às prioridades dos serviços e às preferências e treinamento dos profissionais. Assim, características observadas nesses serviços parecem reiterar possibilidades e limites da humanização analisadas em outros trabalhos (Diniz, 2001; Tornquist, 2004).

A justificativa científica para a eliminação de rotinas e a adoção de outras ficou a cargo e a critério dos profissionais que apresentaram os hospitais visitados; os alunos externaram entendimentos variáveis do que lhes foi mos-

trado. Alguns identificaram humanização como um termo que se refere às esferas das relações entre os diversos sujeitos envolvidos na assistência e a um conjunto de rotinas assistenciais. Outros entenderam que o termo humanização se refere ao *respeito e cuidado que a equipe profissional e o hospital têm com as gestantes*. Para alguns deles, parto humanizado é parto normal com a presença de acompanhante. Assim, para parcela dos alunos, humanização se refere exclusivamente à esfera das relações: entre profissionais e gestante/parturiente/puérpera; entre mães, bebês e acompanhantes.

É freqüente a menção à atenção individualizada para com as pacientes como qualidade dos serviços visitados, o que os diferencia do Hospital-Escola. Nos serviços visitados, os alunos valorizaram os aspectos da assistência que se referem à esfera das relações, em nítido contraste com sua atitude diante dos aspectos relativos à esfera da competência técnica e científica, em relação à qual o Hospital-Escola se configura como referência exclusiva. Aparentemente, como a esfera das relações é considerada aspecto secundário da socialização em medicina, ela é mais permeável a questionamentos.

A promoção do parto normal e a tentativa de reduzir taxas de cesárea foram notadas pelos alunos e apontadas como medidas relacionadas às políticas ministeriais, indicando a absorção do trabalhado na aula preparatória.

Muitos se manifestaram bem impressionados e até surpresos com as instalações físicas e/ou o estado de conservação e limpeza dos hospitais, sobretudo em se tratando de instituições públicas. Por outro lado, estranharam o ambiente, que se diferenciava do tipicamente hospitalar: “Não parece hospital. Tem uma cama, umas gazes, umas coisinhas!”

Quanto ao papel desempenhado pela enfermeira obstetra na atenção ao parto, os alunos entendem que representa um cerceamento do campo de atuação e de sua autonomia profissional, uma vez que apenas alguns procedimentos da assistência continuam sendo atribuição médica: “A figura do médico só está presente nos partos patológicos”. E o fato de este estar fora da “cena de parto”, quando normal, é contrastado com a organização da assistência no Hospital-Escola, onde: (...) *todos os partos são realizados por médicos, quando não, por internos, mas com supervisão de um médico responsável*. Um dos alunos chega a argüir: *Até que ponto a formação da enfermeira lhe permite detectar algum problema quando ocorre?*

Essa desconfiança de que não há uma base técnica e científica de sustentação quer para definir um profissional não médico como responsável principal, quer para alterar práticas técnicas tradicionais, tais como episiotomia ou analgesia de rotina e até a tricotomia, gera a imagem de que este modelo baseia-se em “crenças” ou numa leitura particular das evidências científicas: *Episiotomia de rotina não é utilizada, pois existe a crença de que não é necessária, além da preservação do períneo. A tricotomia e a episiotomia não são procedimentos de rotina pois, de acordo com os médicos deste hospital, não há evidências científicas de que esses procedimentos são benéficos à paciente* (grifos nossos).

Quanto aos métodos não-farmacológicos de alívio à dor e para facilitar o trabalho de parto, a postura de descrédito se manifesta de diversas formas: *Eles usam métodos diferentes que chamam de humanização do parto, bolas e um cavalinho (...) A paciente fica lá horas em trabalho de parto. Não dão anestesia geralmente, só em casos extremos. Eles pregam outros métodos de alívio à dor, massagens, assistência psicológica.* Nota-se o tom crítico em relação ao tempo associado à parturição e em relação aos métodos não-farmacológicos de alívio da dor, cuja promoção é comparada a um ato de proselitismo.

A mudança dos protocolos de intervenções é interpretada muitas vezes como falta e precariedade do modelo de atenção: *Então não fazem praticamente nada! Não dão soro, não dão anestesia, mas dão uma atenção mais individualizada. (...) O parto é bastante precário, sem intervenções médicas. Natural até demais, pelo que tem hoje.*

Assim, a noção de parto natural, expressão associada à humanização da assistência, assume conotação negativa, sendo ligada à idéia de precariedade e retrocesso, que se contrapõe à noção de uma assistência moderna, na qual os avanços tecnológicos da cultura ocidental são incorporados. Como sugere Tornquist (2002), a concepção dicotômica natureza-cultura, que informa o modelo de medicina ocidental, também informa esta alternativa crítica ao modelo, ocorrendo entre ambos uma inversão dos valores atribuídos a cada pólo da relação. Enquanto a natureza é enaltecida no ideário do parto humanizado, ela é associada ao retrocesso e à precariedade no discurso de alunos, ao contrapor o serviço de assistência humanizada àquele existente no Hospital-Escola.

Já que, para os alunos, quem faz o parto é o médico, e não a gestante, deixar de oferecer tu-

do que a medicina criou parece ser o oposto da humanização, ou seja, prover tecnologias, em especial a analgesia, é que seria uma atenção mais humanizada. Alguns até mesmo apontam se tratar de um direito das gestantes que estaria sendo frustrado, podendo implicar a responsabilização dos médicos, gerando desconfianças. Não percebem que mudanças no modelo proposto pela medicina poderiam alterar ou até mesmo ser fruto de alterações nas expectativas das gestantes. Tampouco reconhecem que possa haver, entre as gestantes, uma diversidade de demandas em relação ao parto.

A defesa da analgesia no parto converge com o descontentamento diante do privilégio da enfermeira obstetra para atuar no parto normal. Defende-se uma identidade médica tradicional, recusando-se a reflexão crítica de que as identidades são construções histórico-sociais mutáveis. Parece ser mais fácil recusar as bases científicas de qualquer modelo alternativo do que arriscar a imagem social já dada. Alguns alunos chegam mesmo a interconectar as duas questões: não se dá analgesia, porque é parto realizado pela enfermeira. “Aí teria que chamar o médico”.

Há que se considerar que a formação médica não é apenas um processo de aquisição de competências técnico-científicas, mas, como vimos, um processo de socialização profissional. Este processo de construção da identidade coletiva inclui a aderência ou não a determinadas “bandeiras” defendidas por lideranças, nas entidades que representam a corporação. O treinamento é instância que contribui, de modo fundamental, para a manutenção da coesão entre os membros da profissão e para sua autorregulação (Friedson, 1988). Assim, pode-se entender a razão dos conflitos aqui levantados e do embate em torno aos domínios da profissão, o que ocorre não apenas na área obstétrica, mas em diversos outros ramos de atuação dos médicos. Tais conflitos e embates são reproduzidos e reforçados por alguns de seus professores, como veremos.

Novamente em sala de aula

Em um debate acerca de via de parto, uma professora da disciplina afirma ser a equipe ideal para o parto um obstetra, um neonatologista e um anestesista, excluindo, portanto, a enfermeira obstetra. Mais tarde, afirmará: “O primeiro passo para humanizar a assistência é ofe-

recer analgesia para a paciente”. Efetivamente, como sugere Diniz (2001), a humanização como referência à legitimidade do acesso a analgesia é comum no discurso de médicos, sendo considerada por alguns imprescindível na atenção ao parto.

Vejamos os sentidos atribuídos à analgesia de parto por um professor de Obstetrícia, enfocando as rotinas do parto normal, via prescrição do médico: *O primeiro item da prescrição é, invariavelmente a dieta. (...) O que vocês vão dar para nossa pacientezinha com 7 centímetros de dilatação e em trabalho de parto? (...) Jejum, dieta zero. (...) Potencialmente, qualquer paciente em trabalho de parto pode ser submetida a uma cesárea de urgência. (...) Se vocês vão conversar com qualquer anestesista na face da terra, ele vai estremecer, se você não prescrever jejum! (...) Deixe a paciente em jejum! (...) Existem duas correntes. Uma acha que deve fazer jejum durante o trabalho de parto e outra acha que não é necessário. (...) Mais alguma coisa vocês prescreveriam para essa paciente? (...) eu coloco um soro, porque caso for à cirurgia, precisa de acesso venoso. E para manter o acesso venoso e por causa do jejum, eu coloco um soro glicosado. (...) O que mais vamos fazer com nossa pacientezinha? Analgesia de parto! (...) hoje, no ano de 2005, no século 21, o que se prescreve é duplo-bloqueio (...) uma associação entre raqui-anestesia e peridural contínua (...) que tem por objetivo: (1) tirar a dor. (...) (2) Propiciar a realização de qualquer manobra sem dor, sem sentir nada! (3) Relaxar a musculatura estriada de toda a bacia, facilitando a descida pelo canal de parto e fazendo com que a duração do trabalho de parto seja menor de tal forma que, **hoje não passo mais do que 4 horas num parto.** (4) **Em parto normal, faço a episiotomia e episiorrafia** (grifos nossos).*

Nota-se que há intervenções, eliminadas da rotina nos hospitais visitados, cuja adoção é recomendada por esse professor, em caráter preventivo, a partir de uma descrição do parto como evento imprevisível em que o risco é iminente. Reitera uma concepção patológica da fisiologia do parto presente em livros de medicina americanos (Martin, 1992 [1987]; Davis Floyd, 1992) e brasileiros (Diniz, 1996).

Ademais, enquanto, nas visitas, os profissionais frequentemente recorriam às evidências científicas para explicar por que estes procedimentos eram ou não adotados na rotina do serviço, na fala do professor é sua experiência profissional que se configura como principal

fundamentação para o uso de determinados procedimentos. Sua autoridade profissional permite que se coloque como modelo de atuação para os alunos, o que é explicitado pelo uso que faz da primeira pessoa em seu discurso. Há aqui também uma aparente valorização da autonomia profissional, quando indica a existência de controvérsias e convida os alunos a exercer o julgamento clínico e se posicionar quanto à conduta que adotariam. Porém vemos que rapidamente recorre ao imperativo e o apelo à segurança para exortá-los a adotar *suas* condutas. Por outro lado, não tece qualquer comentário acerca de potenciais efeitos adversos das intervenções propostas, contribuindo para se construir a concepção de que são inócuas.

Cabe lembrar que o processo de construção social da cesárea como tipo ideal de parto no Brasil, contrariando todas as evidências epidemiológicas concernentes aos riscos à saúde da mãe e bebê decorrentes do parto cirúrgico, passou pela sua valorização como tipo de parto “moderno”, “indolor”, “seguro”, e “eficiente”. E que o princípio do direito da mulher ao poder e controle sobre o próprio corpo foi apropriada por médicos para justificar a prática de cesárea desnecessária, então denominada cesárea a pedido (Mello e Souza, 1994).

A defesa da analgesia como primeiro passo para a humanização do parto reitera os valores associados à defesa da cesárea a pedido, deslocando-os para essa “nova” proposta – tratar-se-ia também, como indica o discurso do professor, de um tipo de parto “moderno”, “indolor”, “seguro”, e “eficiente”. Assim, a despeito da tendência de se retratar o conhecimento técnico e científico como “fato” destituído de valor (Good & Good, 1993), observa-se como uma série de valores se explicitam na defesa ou combate a técnicas específicas e/ou modelos de assistência ao parto como os acima referidos. Como sugerem esses autores, contradições emergem da dicotomia instaurada na cultura médica entre “competência” e “cuidado”. Quanto à prática de analgesia de rotina, cabe ressaltar que esta não deixa de ser um elemento que garante a permanência do parto dentro do hospital e sob cuidados médicos, além de incorporar à equipe de atenção ao parto normal um profissional (o anestesista) não incluso na proposta ministerial. Entretanto, aquela proposta esbarra em outra dificuldade: o emprego de analgesia no parto está associado à tendência a estacionar o trabalho de parto, tornando-se, por vezes, necessário o uso de fórceps, cujo manejo é pou-

co treinado em muitas faculdades de medicina, motivo pelo qual os obstetras freqüentemente manifestam insegurança em utilizá-lo, sendo esta uma alegação freqüente para a indicação da cesárea (Dias e Deslandes, 2004).

Ao discutir as referidas rotinas assistenciais por meio de uma “prescrição”, o professor pontua a centralidade do médico na condução do parto. O raciocínio crítico e as tomadas de decisão mais complexas pelo aporte de novos dados ou evidências, ou mesmo por novas atitudes, tais como as decisões compartilhadas com a gestante, tendo por base o reconhecimento de seus direitos são, aqui, substituídos pela segurança potencialmente oferecida pela tradição do agir médico e pela manutenção da imagem de segurança oferecida pela tecnologia. Porém, essa atitude pode propiciar deslocamento da confiança no médico para os equipamentos e a tecnologia, mediadores da relação médico-paciente, como bem aponta Schraiber (1997): da confiança no *meu* médico, passa-se à confiança no equipamento ou no hospital bem equipado, não importando mais qual médico o opere. Esta crise é potencialmente geradora da desconstrução da identidade profissional que tanto se quer preservar.

Deve-se destacar, contudo, que há escolas de pensamento dentro da Obstetrícia que, buscando nortear-se pela medicina baseada em evidências, apontam em outras direções (Enkins *et al.*, 2005). Sua repercussão se faz sentir até em consagrados livros e textos nos quais encontramos recomendações em relação ao parto normal que coincidem com algumas daquelas adotadas pelo MS e praticadas nos serviços visitados, como, por exemplo, a adoção de dieta leve pela parturiente e o uso seletivo de episiotomia (ver a respeito Neme, 2000; Cunningham *et al.*, 2001). É interessante notar que Cunningham *et al.* (2001) mencionam os benefícios do uso de métodos não-farmacológicos de alívio à dor e não recomenda o uso rotineiro de analgesia, sugerindo que seu emprego, associado a riscos, seja fruto de decisão da gestante.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer a Ivan França Junior, Regina Facchini, Patrícia Logullo e Fernanda Ferraz de Campos Macários pelos comentários, além de agradecermos às escolas médicas estudadas, seus alunos, residentes e professores.

O contato com estas outras correntes fez-se presente, no caso apresentado, pela proposta da visita, pelas dúvidas em relação às rotinas levantadas pelos alunos em sala de aula e pelas alusões a “controvérsias” no discurso de professores. No entanto, a exposição do aluno à diversidade científico-tecnológica ainda é bastante limitada.

Considerações finais

O programa interdisciplinar em pauta procurou incorporar uma discussão do tema da humanização do parto. Como vimos, esta proposta trouxe à tona uma série de discussões acerca da noção de humanização, que assume definições variáveis, e de suas interfaces com a profissão médica.

Os embates em torno da noção de humanização do parto contrapõem a proposta ministerial, tal como interpretada por serviços visitados pelos alunos, ao do Hospital-Escola e a modelos ideais propostos por seus professores. Ademais, a discussão em pauta tem por referência não apenas distintas concepções acerca da assistência ou de quais os direitos da paciente que nela devem ser privilegiados, mas o próprio ideal de profissão e seu campo de competências. Neste sentido, as visitas e suas repercussões constituíram também oportunidade de consolidação de uma identidade coletiva em formação. A dificuldade de lidar com o pluralismo de correntes e suas propostas de intervenção chamou-nos a atenção. Isso dificulta, da perspectiva do ensino, a formação do pensamento crítico e o desenvolvimento da maior autoconfiança no domínio das tomadas de decisão, fomentando, ao revés, uma impressão nem sempre correspondente à realidade cotidiana do exercício profissional: a imagem de que a aplicação de protocolos fixos é mais benéfica e segura, quer para os pacientes, quer para os médicos.

Colaboradores

SN Hotimsky realizou a pesquisa, e redigiu o artigo em conjunto com LB Schraiber.

Referências bibliográficas

- Atkinson P 1995. *Medical talk and medical work: the liturgy of the clinic*. Sage Publications Inc., Londres.
- Bonet O 1999. Saber e sentir. Uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 9(1):123-150.
- Becker HS, Geer B, Hughes EC & Strauss AL 2002. *Boys in white: student culture in medical school*. Transaction Publishers, New Brunswick. Publicado originalmente em 1961 pela University of Chicago Press.
- Brasil 2001. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Chacham AS 1999. *A medicalização do corpo feminino e a incidência do parto cesáreo em Belo Horizonte*. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Cunningham FG et al. 2001. *Williams obstetrics*. McGraw-Hill, Nova York.
- Davis-Floyd RE 1992. *Birth as an American rite of passage*. University of California Press, Berkeley.
- Diário Oficial da União* 8/8/1999. Ministério de Saúde, Portaria Nº 985, 5/08/99.
- Dias MAB 2001. *Cesariana: epidemia desnecessária? A construção da indicação da cesariana em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado, Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz.
- Dias MAB & Deslandes SF 2004. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 20(1):109-116.
- Diniz CSG 1996. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo.
- Diniz CSG 2001. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da USP, São Paulo.
- Enkins M et al. 2005. *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.
- Folha de S. Paulo*, 13 de março de 2005, Seção Empregos, Novo Uspiano desbravará mercado. Obstetria: Bandeira é incentivar parto normal. p. 3
- Friedson E 1988. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Good BJ & Good MD 1993. "Learning medicine": the construction of medical knowledge at Harvard Medical School, pp. 81-107. In S Lindenbaum & M Lock (org.). *Knowledge, power and practice: the anthropology of medicine and everyday life*. University of California Press, Berkeley.
- Hopkins KL 1998. *Under the knife: cesarean section and the female sterilization in Brazil*. Doctoral dissertation, University of Texas at Austin, Texas.
- Martin E 1992. *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction*. Beacon Press, Boston. (1ª edição em 1987).
- Mello e Souza CC 1994. Sections as ideal births: the cultural constructions of beneficence and patients' rights in Brazil. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 3:358-366.
- Menezes RA 2001. Etnografia do ensino médico em um CTI. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 5(9): 117-130.
- Neme B 2000. *Obstetria básica*. Ed. Sarvier, São Paulo.
- Organização Mundial de Saúde 2000. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Saúde Materna e Neonatal/ Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família, Genebra. Tradução realizada com apoio da OPAS e JICA, do original em inglês publicado em 1996, OMS/SRF/MSM/96.24.
- Potter JE et al. 2001. Unwanted cesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ* 323:1155-1158.
- Rego S 1995. O processo de socialização profissional em medicina, pp. 119-132. In MH Machado (org.) *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Rego S 2002. Ética médica - 3: A ética na formação dos médicos, pp. 108-133. In M Palácios, A Martins & AO Pegoraro (orgs.). *Ética, ciência e saúde: desafios da bioética*. Vozes, Petrópolis.
- Schraiber LB 1993. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. Hucitec, São Paulo.
- Schraiber LB 1997. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas*. Tese de livre-docência. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Timmermans S & Angell A 2001. Evidence-Based Medicine, Clinical Uncertainty, and Learning to Doctor. *Journal of Health & Social Behavior* 42(4):342-359.
- Tornquist CS 2002. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas* 10(2):483-492.
- Tornquist CS 2004. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFSC, Florianópolis.

Artigo apresentado em 11/04/2005

Aprovado em 2/05/2005

Versão final apresentada em 31/05/2005