

## **Humanização na assistência obstétrica: O Psicodrama como instrumento nos processos de aprendizagem**

*Humanization in obstetric care: Psychodrama as an instrument in the learning processes*

*Humanización en la asistencia obstétrica: El Psicodrama como instrumento en los procesos de aprendizaje*

**Ana Carolina Costa Azevêdo**

Associação Baiana de Psicodrama e Psicoterapia de Grupo (Asbap)

e-mail: aca.atendimento@gmail.com

### **Resumo**

Este artigo apresenta relatos de uma experiência de *role playing* e de sociodramas inseridos no desenvolvimento de equipes na assistência obstétrica, realizados entre 2000 e 2002, como parte integrante do programa do Ministério da Saúde na Assistência Humanizada à Mulher. Objetivou-se qualificar, com os princípios da Humanização, os profissionais de nível médio e superior que atuavam nos serviços de pré-natal, parto e puerpério em maternidades públicas de Recife, João Pessoa e Macapá.

**Palavras-chave:** *role playing*, psicodrama, assistência pré-natal

### **Abstract**

This article presents reports of a role-playing and sociodrama experience used in the development of teams in obstetric care, carried out between 2000 and 2002, as an integral part of the Ministry of Health program in Humanized Assistance to Women. The objective was to qualify, with the principles of Humanization, the mid- and senior-level professionals who worked in prenatal, childbirth and puerperium services in Brazilian public maternity hospitals in Recife, João Pessoa and Macapá.

**Keywords:** role-playing, psychodrama, prenatal care

### **Resumen**

Este artículo presenta relatos de una experiencia de role playing y de sociodramas incluidos en el desarrollo de equipos en la asistencia obstétrica, realizados entre 2000 y 2002, como

parte integrante del programa del Ministerio de Salud en la Asistencia Humanizada a la Mujer. Se pretendió calificar, con los principios de la Humanización, a los profesionales de nivel medio y superior que actuaban en los servicios de prenatal, parto y puerperio de maternidades públicas brasileñas de Recife, João Pessoa y Macapá.

**Palabras clave:** role playing, psicodrama, atención prenatal

## INTRODUÇÃO

No Brasil, desde 2000, o Ministério da Saúde elegeu como uma das prioridades os programas de formação profissional na assistência à mulher, “considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis de cidadania” (Serruya, Lago, & Cecatti, 2004). A assistência humanizada envolve

um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que uma equipe de saúde realize procedimentos benéficos para a mulher, evite intervenções desnecessárias e preserve sua privacidade e autonomia. (Brasil, 2001)

Ao longo da história, os eventos relacionados à esfera reprodutiva feminina, que eram compartilhados apenas por mulheres, parteiras e pessoas da família, foram sendo substituídos pela figura do médico, imbuído do poder científico, da capacidade de gerenciar esses eventos com os avanços tecnológicos da Obstetrícia Moderna, buscando reduzir o risco de morte e lesões graves para mães e bebês. De fato, esses avanços tiveram sua grande importância, mas as intervenções passaram a ser sobrevaloradas, e os fenômenos fisiológicos em torno do parto e do nascimento passaram a ser controlados, administrados e medicalizados, exigindo a presença do médico para ter “um bom resultado”.

A tecnologia entra nesse contexto para “proteger” a gravidez e o parto, destacando-se como uma ferramenta indispensável para evitar riscos, para detalhar o diagnóstico e para que o médico possa “tomar as decisões mais bem-sucedidas”. O médico e a equipe de saúde assumem um protagonismo, enquanto a mulher e suas expressões no processo do nascimento são transformadas em objeto de investigações. Esses aspectos causam impacto sobre as mulheres, que passaram a ver o acesso aos exames ultrassonográficos como expressão máxima de assistência pré-natal, o trabalho de parto como sofrimento ou uma ameaça à vida, o agendamento do parto como uma segurança ao nascimento, entre outros.

O que deveria ser usado como instrumento de prevenção ou de diagnóstico mecanizou as ações em obstetrícia e invadiu o lugar de outras ferramentas, como a escuta, o olhar dirigido aos sinais e sintomas, o bom exame clínico. Entretanto, o intervencionismo e a supervalorização da tecnologia não é o que vem traduzindo uma assistência adequada e de qualidade. No Brasil, o coeficiente da mortalidade materna registrado entre 2000 e 2009 foi de 65,13 (Ferraz & Bordignon, 2012), ou seja, 65 mulheres morriam a cada 100 mil nascidos vivos. Apesar dos investimentos na redução da mortalidade materna e de uma queda de 43% no período de 1990 a 2013 (Brasil, 2014), esse percentual ainda não atende às metas para o milênio preconizadas pela OPAS, nem se aproxima das taxas dos países desenvolvidos que chegam a 10 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

Entre as causas de morte materna, encontram-se as chamadas causas evitáveis, que se referem a causas de óbito cuja ocorrência está intimamente relacionada “à atenção médica”, sugerindo que determinado óbito não ocorreria por serem possíveis a prevenção e/ou o tratamento do agravo ou da condição que o determina, tais como hipertensão, hemorragia, infecção puerperal, complicações decorrentes do aborto, gravidez nas trompas, obstruções no trabalho de parto, entre outras, que dependem de um olhar cuidadoso dos profissionais de saúde para serem evitadas.

Leocádio (2004), quando investigava, na década de 1990, as causas de morte de mulheres no Comitê de mortalidade materna de Pernambuco, relatou fragmentos de um caso:

Era uma mulher jovem, que apresentou como queixa principal uma dor repentina no lado direito do abdômen inferior, tonturas com sinais de palidez acentuada, pulso fraco, hipotensão. Hipótese diagnóstica do cirurgião: apendicite; Exame solicitado: radiografia. Embora houvesse o setor de Obstetrícia, os obstetras não foram consultados e a paciente foi vista por outro plantonista, três horas depois. Sinais agravados, diagnóstico mantido, mais três horas, outro exame médico, sala de cirurgia, gravidez nas trompas?! Morte por hemorragia!? A autora questiona: morte por hemorragia ou por que a adolescente não foi vista como uma mulher, como jovem descobrindo o sexo, como alguém que poderia já ter começado sua vida sexual, como alguém que poderia ter sofrido um estupro sexual e que não tinha comentado por vergonha ou medo. . . Morte por hemorragia ou por que o cirurgião lembrou do Apêndice e não considerou que as mulheres têm trompas, que a gravidez nas trompas pode rompê-las causando hemorragias e até mesmo a morte se não houver intervenções apropriadas? Que Equipe médica examinou, tocou, olhou, percebeu? O que eles perguntaram à paciente e seus parentes? não há registros dessa natureza.

O cenário apresentado revela uma atitude profissional com “adoção de práticas rotineiras, como numa linha de produção” (Brasil, 2001), sem uma entrevista adequada, sem uma avaliação específica dos sinais e sintomas.

Temos até agora um breve panorama dos fenômenos que, ao longo da história, vêm se apresentando nesse contexto e procuramos desenvolver estratégias sociátricas, através de intervenções dirigidas ao treino dos papéis profissionais, à qualificação das equipes para melhoria da qualidade da assistência.

## INTERVENÇÕES PSICODRAMÁTICAS

O significado, a tradução e a incorporação de cada um dos conceitos e das práticas da Assistência Humanizada não teriam a mesma ressonância se fossem apresentados apenas de forma teórica. Construimos um programa no qual, além da atualização de conteúdos concernentes à fisiologia e à fisiopatologia da gravidez, do parto e do puerpério, os profissionais vivenciaram um processo de aprendizagem através de experiências dramáticas que oportunizaram perceber a realidade vigente em cada unidade de saúde, as atitudes conservadas e a possibilidade de construção de respostas novas e adequadas no contexto do atendimento.

Como recurso pedagógico, o Psicodrama localiza o conhecimento em sua matriz de identidade, aquece o grupo para se relacionar com os conceitos da Humanização, através de experiências em que os níveis afetivos e cognitivos do conhecimento são integrados e

transforma o campo tenso em um campo relaxado para facilitar os processos de aprendizagem (Romaña, 1996).

Os recursos de aquecimento são fundamentais para uma atuação dramática efetiva, favorecem as tentativas de objetivação do conteúdo através das formas, superando os limites da resistência inicial, além de permitir maior objetividade e contato com o emergente grupal, com integração de dispositivos de arranque físico e mental (Moreno, 1979).

Um caminho dramático utilizado foi mobilizar o grupo através da técnica de construção de imagens de Rojas-Bermúdez (1984, pp. 144-146)<sup>1</sup>, cuja consigna é a construção de uma fotografia ou escultura com pessoas ou tiras de tecidos que representem suas ideias, sentimentos ou percepções acerca de cada tema. No que se refere ao pré-natal, por exemplo, foram solicitadas construções em subgrupos, com a seguinte consigna: “como veem as mulheres em cada trimestre de gravidez, que formas expressam, como as complementam no cuidado assistencial”. O objetivo é confrontar a imagem interna com a imagem externa construída e suas mútuas influências. As imagens desvelam as estruturas vinculares e as interações dinâmicas estabelecidas (Bermúdez, 1984, p. 145).

Através dos jogos dramáticos e das dramatizações dirigidas em outras etapas, há mais comprometimento corporal e emocional durante a vivência, o que diminui a tensão do campo, e o conhecimento é assimilado com maior facilidade e incorporado ao Eu como elemento próprio, em vez de introduzido (Bermúdez, 1997).

Os jogos dramáticos realçam o corpo em movimento, o lugar ocupado por cada um e suas sensações, bem como as relações de cada um com o território do jogo. As ocupações territoriais revelam fotografias dos grupos, as atrações e rejeições manifestadas e seus respectivos sociogramas.

Segundo Monteiro (1979), “o jogo é uma atividade que propicia ao indivíduo expressar livremente as criações do seu mundo interno, realizando-as na forma de representação de um papel, pela produção mental de uma fantasia ou por uma determinada atividade corporal” (p. 6).

Motta (2002) reflete que

o lúdico, o brincar, o jogar são ações úteis, terapêuticas, distraem as defesas e as resistências da pessoa, deixando o campo relaxado. Então o indivíduo aquecido para ação mobiliza dentro de si mesmo a unidade criativa, a espontaneidade criadora, que, mesmo associada ao aprendido e guardado, cria o movimento novo. (p. 53)

Há um jogo através do qual foi possível aproximar-se de forma simbólica das sensações provavelmente vividas por mães e fetos durante o trabalho de parto e por aqueles que acompanham ou intervêm nesse processo: alguns do grupo são convidados a fazer uma fila indiana, perfilando-se um atrás do outro com as pernas entreabertas e com os braços e mãos na cintura de quem está à sua frente, como se estivessem construindo as paredes de um túnel com seus próprios corpos. O túnel se constitui como um canal de passagem que tem uma entrada mais larga e uma saída estreita, semelhante ao canal de nascimento. Alguns vivem a experiência de passar através do canal, aproximando-se do que vive o feto no período do trabalho de parto; outros, como egos auxiliares, posicionam-se para receber o feto. Uma

---

<sup>1</sup> A “Técnica de Construção de Imagens” foi criada pelo psiquiatra e psicodramatista colombiano J. G. Rojas-Bermúdez, na década de 1960, com base em estudos da neurociência sobre a imagem mental. A escola de Rojas-Bermúdez baseia-se na construção de imagens como uma das vias metodológicas fundamentais (metodologia forma/conteúdo). Sua utilização está baseada na ideia de que a atividade mental funciona através de imagens (Rebouças, R. M. S., *Revista Brasileira de Psicodrama*, 20(2), 2012). Bermúdez faz contrapontos entre a TCI e a dramatização/jogo de papéis, para Moreno, desde esse período.

variação da experiência é interromper o caminho do feto, antes que este percorra todo o canal de passagem, através da intervenção de uma pessoa de fora, como ocorre nos partos cesarianas.

Há comentários variados. Entre os que se constituíram como paredes do canal: *“Parecia que o feto ia rasgar, romper com as paredes...”*, *“Queria facilitar e ajudar a passagem do outro, mas sentia-me impotente”*, *“... instabilidades e desconfortos físicos, dor, calor...”* (à semelhança dos depoimentos maternos). Os que experimentaram o lugar do feto relataram: *“Às vezes parecia que não ia conseguir... faltava fôlego...”*; *“Eu não sabia que tinha tanta força...”*. Os que atuavam como obstetras e retiravam o feto, antes que este vivesse todo o suposto trabalho de parto, a sensação referida era de *“poder ajudar”*, e revelavam menos compromisso físico e emocional com a experiência, mas algumas vezes provocavam nos fetos a *“sensação de ter vivido algo incompleto”*. Os egos auxiliares falavam da *“ansiedade da espera”* e *“das sensações em torno do acolhimento”*, entre outros comentários.

No que se refere ao intervencionismo no trabalho de parto, cultura que vem se sedimentando na realidade brasileira, outra estratégia é promover a dramatização do que acontece nos atendimentos. Alguns assumem o papel de pacientes e outros o papel de profissionais de saúde durante o parto e, no palco psicodramático, emergem os aspectos técnicos, éticos e emocionais a partir de diferentes perspectivas. As relações vinculares da equipe são destacadas, bem como as ligações estabelecidas com as pacientes. O grupo reflete com críticas a algumas rotinas (excessivos toques vaginais, a tricotomia, a episiotomia, entre outras), às vezes adotadas, sem razões científicas que as justifiquem, bem como discute os prejuízos dessas rotinas para a evolução natural do parto, além da importância de ampliar a escuta e o olhar para as mulheres e o que elas comunicam, e das diferenças entre equipes multi e interdisciplinares.

Referências a alguns conceitos psicodramáticos foram apresentadas, como o significado do nascimento para Moreno (1979, pp. 100-101), como *“o primeiro ato espontâneo”* do indivíduo, a partir dos processos de aquecimentos preparatórios e dos dispositivos de arranque físico estimulados pelo trabalho de parto.

Quando a assistência puerperal foi abordada, incluímos recursos dramáticos que promoveram a percepção dos fenômenos relacionados às tensões dessa etapa, os possíveis distúrbios de humor, as exigências em torno das mulheres para que cumpram os modelos de maternidade socialmente estabelecidos, entre eles amamentar incondicionalmente, advertindo-se para situações que podem incrementar os riscos de um puerpério patológico do ponto de vista psíquico, como a gravidez do feto malformado, o pós-parto do prematuro, as condições socioeconômicas e ambientais precárias de vida, entre outras.

Todas as experiências vividas foram associadas às práticas institucionais, refletindo-se, por exemplo, sobre as diferenças entre intervir, medicalizar e acompanhar, em qualquer das etapas mencionadas, a necessidade de entrevistar, de avaliar as especificidades das queixas e dos sintomas, buscando-se trabalhar os cenários do atendimento e as atitudes conservadas, fomentando-se respostas novas e mais adequadas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade materna continua na pauta de prioridades de todas as organizações que se dedicam à saúde da mulher no mundo, com ações específicas para o seu enfrentamento, incluindo-se investimentos na qualificação de profissionais nos serviços de saúde em Estados brasileiros, com elevadas taxas de mortalidade (Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, 2017).

Para intervir sobre as causas preveníveis e evitáveis, o caminho mais eficaz é focalizar a atenção sobre os profissionais, uma vez que o olhar cuidadoso dirigido à detecção dos fatores e das condições que vulnerabilizam ao adoecimento são fundamentais para evitar os agravos. O *role playing* torna-se um valioso instrumento para uma adequada percepção de cada realidade institucional e abre caminhos para o *role creating* proposto por Moreno.

Como as equipes se constituem por grupos abertos, com rotatividade de seus integrantes e como as conservas culturais são bem sedimentadas nessas estruturas organizacionais, com intensa resistência às mudanças, sugere-se a construção de programas de acompanhamento processuais junto aos grupos, pelo menos no seu primeiro ano de implementação, e a eleição de um subgrupo de profissionais comprometido em liderar ações consonantes com os princípios norteadores da assistência humanizada.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. (2001). *Parto, aborto e puerpério: Assistência Humanizada à Mulher*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde (2014). *OMS: Brasil reduz mortalidade materna em 43% de 1990 a 2013*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Retirado de <http://www.brasil.gov.br/Saúde/2014/05>

Ferraz, L., & Bordignon, M. (2012, abril). Mortalidade materna no Brasil: Uma realidade que precisa melhorar. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 36(2), 527-538.

Leocádio, E. (2004, setembro). *Uma relação delicada*. Retirado de <http://www.ipas.org.br>

Monteiro, R. (1979). *Jogos dramáticos*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.

Moreno, J. L. (1979). *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix.

Motta, J. M. C. (2002). *Jogos: Repetição ou criação?* São Paulo: Ágora.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2017). *Zero morte materna por hemorragia: A iniciativa da OPAS/OMS que está salvando vidas*. Retirado de <http://www.paho.org/bra>.

Romaña, M. A. (1996). *Do psicodrama pedagógico à pedagogia do drama*. São Paulo: Papiro.

Rojas-Bermúdez, J. G. (1984). *Que es el sicodrama?* Buenos Aires: Celcius.

Rojas-Bermúdez, J. G. (1997). *Teoria e técnica psicodramática*. Barcelona: Paidós.

Serruya, S. J., Lago T. G., & Cecatti, J. G. (2004). O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal ao nascimento. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, 4(3), 269-279. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292004000300007>

Recebido: 11/12/2017

Aceito: 20/12/2017

**Ana Carolina Costa Azevêdo.** Psicóloga. Psicodramatista. Mestre em Saúde Coletiva. Atuação na área clínica, com orientação profissional e de carreira e com grupos institucionais.