

MULHER E PARTO:  
RECRIANDO A REALIDADE,  
ATRAVÉS DO PSICODRAMA

Vitoria Lucia Martins Pamplona Monteiro

FBV  
200  
PRETO

**MULHER E PARTO: RECRIANDO A  
REALIDADE, ATRAVÉS DO PSICODRAMA**

*Vitória Lucia Martins Pamplona Monteiro*

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia do Instituto de Estudos Avançados em Educação, da Fundação Getúlio Vargas, para obtenção do grau de Mestre em Educação.

**Orientadora:** Esther Maria de Magalhães Arantes

RIO DE JANEIRO  
FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS  
INSTITUTO DE ESTUDOS AVANÇADOS EM EDUCAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO

1 9 8 8

*Dedico esta dissertação:*

- . aos que foram fundamentais na minha vivência de maternidade:*
  - . meus pais: Mauro e Noemi,*
  - . meus filhos: Gabriela, Lucas e Juliana*
  - . os pais de meus filhos: Geraldo e Delzir*
  
- . e aqueles com quem partilhei minha prática:*
  - . Martha Zanetti e Cristina Vianna, no CEAMI*
  - . Margareth Rose Garcia, Geralda de Freitas e  
Maria das Graças Rego Bastista, em Caxias*
  - . homens e mulheres, clientes dos grupos e as que aqui deixaram  
consignados seus depoimentos.*

## AGRADECIMENTOS

- . À Professora Dra. Esther Arantes, por seu incentivo e compreensão
- . Ao Professor Ronald de Carvalho Filho, por seu apoio durante mi nha formação em Psicodrama
- . Ao Dr. Bartolomeu Câmara França, por sua supervisão técnica, ao longo destes anos, quanto aos aspectos anátomo-fisiológicos e mē dicos da gravidez, parto e puerpério
- . À Professora Maria Teresa de Melo Barreto Campelo, pela sua leitu ra deste trabalho e suas sugestões
- . À Professora Maria Julieta Costa Calazans, por seu empenho na ob tenção de bolsas para os alunos do IESAE
- . A todos que me deram apoio e carinho das formas mais diversas: animando-me, emprestando livros e local para trabalhar, traduzin do textos, revisando redação, datilografando minutas, cuidando de Juliana, minha caçula
- . Agradecimentos especiais a Gabriela e Marcos, pelos sãbados e do mingos passados com Juliana, e a Paulo Matias, pela dedicação na datilografia final deste trabalho.

## SUMÁRIO

Este trabalho descreve, e reflete sobre, uma prática de onze anos de trabalho de preparação de gestantes para o parto, através do Psicodrama. A clientela atendida constituiu-se basicamente de mulheres de classe média da cidade do Rio de Janeiro e mulheres de classe popular do vizinho município de Duque de Caxias.

A questão do parto, nestas cidades, é analisada a partir de dados estatísticos do IBGE, de reportagens de jornal e da fala das mulheres de ambas as classes, e comparada com a vivência deste momento em outras culturas, relatada por antropólogos e outros pesquisadores. A questão é vista dentro da problemática mais ampla da situação da mulher na sociedade.

O trabalho aborda alguns resultados obtidos, tanto a nível individual como a nível social, dos quais, os principais são a superação de mitos e tabus a cerca do parto e da maternidade, a vivência de partos seguros e felizes, a prevenção de complicações obstétricas, a superação da passividade no parto, na relação médico/cliente e a luta desencadeada em Duque de Caxias por um melhor atendimento à gestação, parto e pós-parto, nos serviços públicos de saúde.

## A B S T R A C T

The aim of this paper is to describe and discuss a eleven years practice, preparing pregnant women for giving birth, through Psycodrama. The clients were, basically, middle-class women from Rio de Janeiro city and lower-class women from Duque de Caxias.

Childbirth, in this two cities, was analysed based on statistical data from IBGE, newspaper reports and testimony of women, and confronted with birth in other cultures, as related by anthropologist and other researchers. This subject is seen within the frame of the broader question of the situation of women in society.

This paper also reports some results of our activity, at individual and social levels. The most important of them were: surpassing myths about pregnancy, births and motherhood, preventing obstetric problems, overcoming passivity on birth and on medical/client relationship, and starting a popular movement of revindication for better public care during pregnancy, birth and puerperal period.

*Na esfera humana, é impossível entender o presente social se não tentarmos mudá-lo.*

**J.L. Moreno**

## ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO -----	1
CAPÍTULO I – PARTO: A REALIDADE	
1. A REALIDADE -----	15
2. A FALA DA MULHER -----	20
2.1 – Mulheres atendidas na Rede Pública (classe popular) -----	20
2.2 – Mulheres atendidas na Rede Privada (classe média) -----	24
3. REFLETINDO SOBRE ESTA REALIDADE -----	27
3.1 – A questão feminina -----	28
3.1.1 – Dor no parto -----	39
3.1.2 – Medo e Desconhecimento -----	41
3.1.3 – Submissão ao poder médico -----	43
3.2 – Conclusão -----	48
CAPÍTULO II – QUESTIONANDO A REALIDADE: OS MÉTODOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO	
1. O MÉTODO PSICO-PROFILÁTICO -----	50
2. A PSICANÁLISE -----	53
3. AS TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO EM CRISE E PSICOTERAPIAS BREVES --	59
4. NOSSA METODOLOGIA: O PSICODRAMA -----	64
4.1 – Conceitos básicos da teoria moreniana -----	64
4.2 – O psicodrama -----	75

CAPÍTULO III — QUESTIONANDO A REALIDADE: NOSSOS GRUPOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO

1. OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS DOS GRUPOS -----	83
2. TEMAS GERAIS -----	91
2.1 — O poder -----	91
2.2 — As relações familiares -----	92
2.3 — A relação médico/paciente -----	98
2.4 — A sexualidade feminina -----	101
3. OS TEMAS ESPECÍFICOS -----	111
3.1 — Levantamento das expectativas do grupo e estabelecimento do contrato de trabalho -----	111
3.2 — Sensações no parto e noções gerais sobre suas etapas -----	113
3.3 — Anatomia e fisiologia femininas -----	116
3.4 — Gravidez — alterações físicas, emocionais e sociais -----	116
3.5 — Desenvolvimento fetal -----	119
3.6 — Parto — tipos, sinais, fases, condutas -----	120
3.7 — Pós-parto -----	121
CAPÍTULO IV — RECRIANDO A REALIDADE: OS RESULTADOS DO TRABALHO	
1. A CONTESTAÇÃO DA CONSERVA CULTURAL 'PARIRÁS COM DOR' -----	123
2. PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES NO PARTO -----	131
3. TRANSFORMAÇÃO DA 'PACIENTE' EM CLIENTE E AGENTE SOCIAL -----	136
3.1 — A transformação em cliente — a luta pessoal -----	137
3.2 — A transformação em agente social — a luta coletiva -----	143
CONCLUSÃO -----	156
BIBLIOGRAFIA -----	158

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objetivo apresentar uma metodologia de preparação de gestantes para o parto através do psicodrama, bem como os resultados obtidos com sua utilização em grupos de mulheres de classe média no Rio de Janeiro e de classe popular em Duque de Caxias.

Nosso trabalho junto a gestantes nasceu do desejo de levar a outras mulheres a possibilidade de viverem partos criativos, espontâneos, tranquilos, e do desenvolvimento de uma reflexão crítica a cerca da questão feminina e das condições de gestação e parto das mulheres no Rio de Janeiro, bem como a cerca dos métodos de preparação para o parto.

Nossa formação nesta abordagem de trabalho começou com nossa participação em grupo de gestantes coordenado por Martha Zanetti. Achamos importante relatar as origens deste trabalho para melhor explicitar suas características. A metodologia adotada tem sua origem no método psicoprofilático de preparação para o parto sem dor e começou a adquirir suas características específicas a partir da atividade de Martha Zanetti que introduziu neste método o referencial pedagógico de Paulo Freire — a Pedagogia do Oprimido — e o Psicodrama, por sugestão do Dr. Décio Noronha.

Em 1961 quando Martha Zanetti, grávida pela primeira vez, procurou o atendimento médico pré-natal da Escola de Saúde Pú

blica e Higiene de São Paulo, esta oferecia às gestantes um curso de preparação para o parto sem dor, pelo método Read, em 12 sessões semanais. Martha frequentou o curso e viveu um parto sem os sofrimentos que sempre ouvira sua mãe relatar. Sua experiência foi tão positiva e tranquila que procurou a Faculdade de Saúde Pública e Higiene e solicitou formação para multiplicar este trabalho com outras mulheres. Sua solicitação foi atendida e recebeu permissão para frequentar os grupos e aprender, através da observação, suas técnicas. Quando se sentiu apta, passou a preparar para o parto, amigas, em sua residência e mulheres de classe popular em um bairro de periferia de São Paulo, em trabalho ligado a Igreja Católica. Como já tinha contato com a pedagogia de Paulo Freire, começou a levantar o universo vocabular das mulheres sobre o parto, desnudando a realidade das gestantes de classe popular e média e verificando suas semelhanças e diferenças.

Em 1966, o Dr. Décio Noronha assistiu ao parto de uma gestante preparada por Martha e verificou que a mesma viveu este momento de forma completamente diferente das gestantes em geral: tranquila, compreendendo o processo, sem temores. Convidou então Martha para trabalhar na preparação de suas clientes e, como psicodramatista sugeriu-lhe que fizesse a formação para ego-auxiliar em Psicodrama, quando passaram ambos a empregar este método nos grupos de gestantes.

Nossa participação iniciou-se em 1975, quando com outra psicóloga, Cristina Vianna, e ambas grávidas, em segunda gesta

ção, fomos preparadas para o parto, em grupo coordenado por Martha. A vivência da gestação e do segundo parto, de forma fundamentalmente diferente do primeiro, e muito tranquila, consciente, indolor e integradora, levou-nos também a desejar multiplicar esta experiência. Solicitamos então a Martha, formação para realizarmos este trabalho. A formação que a mesma nos deu foi idêntica à que recebera em São Paulo: observação, participação e discussão de prática. Passamos a planejar em conjunto as sessões de grupo de gestantes, observar e participar de sua condução, na medida de nossas possibilidades e avaliá-las em conjunto, após cada sessão.

Alugamos então uma sala e passamos a ser sócias no trabalho. Nesta ocasião o curso para gestantes constava de duas sessões semanais de uma hora cada: em uma delas realizava-se um trabalho de corpo constando do relaxamento, respiração, conscientização corporal e ginásticas específicas, a cargo de Lótus Oliveira, que pouco depois saiu da sociedade para dedicar-se a outra atividade sendo o trabalho de corpo assumido por Martha, Cristina e nós, alternadamente; na outra sessão eram transmitidos, com base no método Paulo Freire e técnicas de dinâmica de grupo, conhecimentos sobre a gestação, parto, e pós-parto e debatidos as emoções, preocupações, sentimentos, desejos, situação econômica e social da gestação e parto de cada cliente.

Por sugestão de Martha Zanetti iniciamos formação em Psicodrama, e começamos a empregar suas técnicas pedagógicas e terapêuticas no grupo de gestantes que passou a funcionar em sessão única semanal de duas horas de duração, englobando o traba

lho nos vários níveis: corporal, emocional, sócio-econômico-cultural.

Os grupos eram pagos, havendo flexibilidade na discussão do preço. Em 1978, por solicitação do companheiro de uma gestante, passamos a realizar grupos para casais. Em 1979, institucionalizamos a sociedade, fundando o CEAMI LTDA (Centro de Estudos e Atendimento à Mulher e à Infância), do qual saí em 1983, para trabalhar como psicóloga do Centro Comunitário Duque de Caxias, instituição da Igreja Metodista, sediada no Município de Duque de Caxias, atuando na área de Saúde e Educação de um projeto cujo objetivo era prestar assessoria técnica, política e pedagógica aos movimentos sociais da Igreja e da população, em geral, tais como: Associação de Moradores, Movimento Negro Unificado, Pastorais da Igreja Católica e Comunidade Eclesiais de Base. Em junho de 1984, a Associação de Moradores de Saracuruna reuniu-se no Sub-Posto de Saúde local com a Diretoria do Centro de Saúde Estadual de Caxias e representantes de movimentos populares, moradores em geral e o Centro Comunitário de Duque de Caxias para debater os problemas de saúde do bairro, tendo sido mencionada, na ocasião, a falta de atendimento pré-natal nos sub-postos de saúde. Apresentamos então a possibilidade de coordenar um grupo de preparação de gestantes para o parto, a qual foi muito bem aceita. Iniciamos, ali, no mês seguinte, um grupo de gestantes no qual trabalhamos até fevereiro de 1986, sendo que, até outubro de 1984 em co-coordenação com a enfermeira Margareth Rose Garcia, também do Centro Comunitário de Duque de Caxias. Os grupos de Saracuruna contaram

também com a participação das agentes de saúde da Igreja Católica, Geralda de Freitas e Maria das Graças Rego Batista. Tivemos, durante o trabalho, assessoria técnica do Dr. Bartolomeu Câmara França, para resolver dúvidas e atualizar conhecimentos sobre questões referentes a aspectos anátomo-fisiológicos da gestação, parto e puerpério e a procedimentos médicos.

Se bem que este trabalho tenha sido discutido durante toda a sua execução no CEAMI com Martha Zanetti e Cristina Vianna, e em Caxias com a equipe do Centro Comunitário e as Agentes de Saúde já referidas, descreveremos nossas atividades de coordenação dos grupos de gestantes, e a visão aqui transmitida é a nossa, pessoal, podendo ser diferente da perspectiva daqueles com quem trocamos experiências ao longo destes anos.

Compreendemos o parto como uma vivência cultural. Cada cultura possui suas formas próprias de viver gestação e parto, havendo evidentemente vivências individuais que fogem aos padrões culturais. Antropólogos e pesquisadores sociais referem culturas onde a gestação e o parto são vividos sem transtornos e sofrimentos.

Em nossa sociedade, contudo, o parto ainda se constitui em uma causa de mortalidade materno-infantil elevada: segundo o Censo do IBGE as afecções originadas no período peri-natal\* são a sexta causa de mortalidade no estado do Rio de Janeiro;

\* O período peri-natal compreende a gestação após a 28<sup>a</sup> semana, o parto e os sete primeiros dias do puerpério.

a taxa de mortalidade materna\* no Brasil foi de 7,0 em 1980 enquanto que no Canadá foi de 0,5, nos USA 0,8 em 1983.

Os depoimentos de inúmeras mulheres tanto de classe popular quanto de classe média mostram que o parto se constitui numa situação de desconhecimento, medo, sofrimento físico e emocional e de submetimento ao poder médico. Acreditamos que assim seja devido a posição sócio-econômica e cultural da mulher na sociedade patriarcal e de classe, em que a sexualidade feminina e sua função procriativa são dominadas e em que seu papel de mãe é mitificado e utilizado ideologicamente como forma de controlar sua participação no processo produtivo e social.

Acreditamos que a dor não é inerente ao parto mas que pode ser provocada por causas diversas que vão desde as patologias anátomo-fisiológicas a condicionamentos e tensões psicossociais e a iatrogenias médicas e de conduta da própria parturiente. Julgamos que o parto só deixará de ser uma situação de risco e sofrimento físico e emocional para a grande maioria das mulheres, com a superação da situação de subdesenvolvimento econômico, social e cultural do país. Isto, contudo, não significa que nas atuais condições, nada possa ser feito para tornar o parto um acontecimento de vida feliz e não morte e dor.

A nossa análise da questão, aponta-nos que, para ser eficazes na preparação da mulher para viver o parto de uma forma po

\* Entende-se por mortalidade materna o falecimento de uma mulher enquanto está grávida ou dentro de 42 dias seguintes ao término da gravidez, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela própria gravidez ou seu cuidado, porém não por causas acidentais ou incidentais.

sitiva, enriquecedora, feliz, a metodologia empregada deve atender aos seguintes requisitos:

a) proporcionar condições de questionamento sobre os mitos a cerca da *natureza feminina* e da maternidade;

b) promover a elaboração da questão do poder nas relações interpessoais;

c) possibilitar a aquisição de conhecimentos sobre os processos de gestação, parto e pós-parto, não só nos seus aspectos anátomo-fisiológicos, como também quanto às rotinas médicas e hospitalares;

d) permitir a elaboração, de forma profunda, das representações sexuais;

e) promover a expressão e compreensão das sensações, sentimentos e emoções conscientes e inconscientes a respeito da gestação, parto e maternidade.

Para ser eficaz, uma metodologia de preparação da gestante para o parto, deve abordar, portanto, de forma integrada, os aspectos biológicos, emocionais e sócio-econômico-culturais da vivência de gestação, parto e maternidade, tendo portanto, aspectos educacionais e terapêuticos.

Como educacional consideramos não a simples transmissão e aquisição de conhecimentos, mas todo processo que leve os indivíduos a desenvolver ações que satisfaçam suas necessidades de manutenção e desenvolvimento vitais, enquanto seres sociais

que são, isto é, suas necessidades materiais de alimentação, moradia, trabalho, bem estar físico e mental, aquisição de conhecimento, liberdade de expressão, lazer, participação nas decisões políticas e na vida coletiva. Como terapêutico, compreendemos todo processo que restaure, quando tiver sido alterada, a capacidade de desenvolver ações que satisfaçam às necessidades vitais.

Alguns métodos de preparação para o parto atendem apenas ao aspecto pedagógico e outros apenas ao aspecto terapêutico. O método psicofilático de Read, baseado em programas de transmissão de conhecimentos sobre a gestação, parto e puerpério e técnicas de respiração e de relaxamento, apesar de muito importante, pode ser insuficiente para preparar a mulher para uma boa parturição pois, um trabalho apenas nos planos cognitivo e corporal não supera os condicionamentos culturais profundamente arraigados a níveis emocionais inconscientes.

A identificação, nos transtornos da gestação e parto, de fatores inconscientes, provenientes de vivências sexuais infantis, é uma relevante contribuição da psicanálise e não pode ser desconsiderada. Contudo, um acompanhamento psico-terapêutico psicanalítico durante a gestação, atende, na preparação para o parto, à elaboração da repressão sexual e da dinâmica afetiva inconsciente, não preenchendo porém os requisitos de transmissão de conhecimentos sobre os aspectos corporais, anātomo-fisiológicos da gestação, parto e puerpério, nem do questionamento da situação sócio-econômico-institucional de atendimento à mulher.

As psicoterapias breves e os trabalhos de intervenção em crise também têm grande eficácia na preparação da gestante para o parto. Contudo, como tais metodologias propõem-se, em geral apenas à elaboração de conflitos atuais, por vezes, não atendem às necessidades das gestantes pois seus conflitos infantis são facilmente mobilizáveis pela vivência da gravidez, principalmente na primigesta que passará a ocupar, em relação ao ser que gesta, o lugar que sua mãe ocupava em relação a si, na infância. Assim, frequentemente é difícil tratar determinados problemas atuais circunscrevendo-os só ao presente, pois os conflitos a cerca da imagem de mãe estruturam-se desde a infância, ao longo das vivências de adolescente e de toda a história pessoal inserida na história mais ampla da mulher.

Observamos, em instituições públicas e particulares, trabalhos do tipo de intervenção em crise denominados de *inter* ou *mulddisciplinares*, nos quais profissionais diversos encarregavam-se, em momentos separados e estanques, dos diferentes aspectos da gestação, parto e puerpério. Assim, médicos e enfermeiros transmitiam os conhecimentos objetivos sobre os aspectos anátomo-fisiológicos do ciclo gravídico-puerperal, os psicólogos tratavam os aspectos emocionais e os fisioterapeutas ou professores de educação física faziam ginásticas específicas e relaxamento e respiração. Este tipo de trabalho, assim compartimentalizado, não possibilita à gestante a elaboração integrada de suas vivências, não contribuindo com a eficácia desejável para uma atuação positiva da mulher durante seu trabalho de parto.

Nosso desejo era utilizar uma metodologia que não dicotomizasse o ser humano em esferas separadas: corpo/mente, cognição/emoção, consciente/inconsciente, individual/social. Encontramos a resposta a este nosso desejo no Psicodrama de Jacob Levi Moreno.

Para Moreno, o nascimento não é, para o bebê, um trauma, mas o momento de máxima espontaneidade do homem. O feto atua com seus dispositivos físicos de arranque, pressionando sua cabeça e seus pés contra as paredes do útero para adquirir impulso. Seus esforços, contudo, para serem coroados de êxito têm que ser auxiliados pelos arranques físicos (contrações involuntárias do útero) e mentais da mãe (manobra de força expulsiva, por exemplo). Se o feto atua com a máxima espontaneidade, o mesmo já não ocorre com a mãe, nem com os membros da equipe de saúde que atende ao parto, pois têm sua espontaneidade limitada pelo desempenho de papéis cristalizados ou *conservados*, em linguagem moreniana. Para Moreno, o ego é formado pela atuação em papéis somáticos, psicológicos e sociais, intimamente interrelacionados, imbricados.

Moreno porém vê a formação dos papéis sociais do ponto de vista de uma sociologia dos pequenos grupos, sem levar em conta fundamentos econômicos e históricos. Afirma que a função do papel é penetrar no inconsciente desde o mundo social, para dar-lhe forma e ordem. Assinala a ansiedade causada pelo desempenho de papéis socialmente determinados, sem contudo oferecer uma explicação efetiva a cerca desta ansiedade. Julgamos

que a explicação para as patologias e ansiedades do desempenho de papéis está na formação do papel social, inserido em um papel de classe ideologicamente constituído.

É com esta compreensão da determinação ideológica dos papéis sociais que utilizamos o psicodrama na preparação de gestantes para o parto, pois o psicodrama pode contribuir para a conscientização das contradições inter e intra papéis, ajudando a liberar a espontaneidade e a criatividade necessárias para uma vivência positiva de gestação e parto.

No cenário psicodramático tudo pode ser representado: cenas da vida cotidiana, fantasias, emoções, coisas, tais como órgãos internos, por exemplo, útero, trompas. Tudo pode ser personificado, adquirir vida, falar, agir, possibilitando assim tanto a elaboração das representações da realidade e da vida emocional, quanto a aquisição de conhecimentos objetivos. Assim, o psicodrama foi por nós empregado, no grupo de gestantes, integrando os aspectos terapêuticos e pedagógicos. Durante este trabalho atendemos cerca de 177 gestantes sendo 130 de classe média e 47 de classe popular.

Esta dissertação está estruturada em quatro capítulos. No primeiro retratamos a realidade do parto, em nossa sociedade, através de algumas estatísticas oficiais, reportagens de jornais, e principalmente da fala de mulheres de classe média, atendidas na rede privada, e de mulheres de classe popular, atendidas na rede pública. Apresentamos também, nesse capítulo, nossa análise e visão desta realidade, concluindo pela necessidade

de uma intervenção terapêutico-educativa junto a mulher, como medida preventiva de riscos e sofrimentos evitáveis, no parto. Indicamos, também, as características que julgamos importantes neste tipo de intervenção, para sua maior eficácia.

No segundo capítulo descrevemos resumidamente alguns métodos de preparação de gestantes para o parto, educativos ou terapêuticos e apontamos tanto seus pontos positivos quanto as lacunas que sentimos em cada um deles. Nossos comentários sobre estes métodos não se aprofundam por não ser esta análise o objetivo deste trabalho. Remetemos, contudo, o leitor para autores que já a fizeram. Ainda no segundo capítulo, discorremos sobre os conceitos teóricos básicos de J.L. Moreno, criador do Psicodrama. Apesar de sentirmos na teoria de Moreno, lacunas, contradições e imprecisões, adotamos as técnicas e conceitos psicodramáticos, dentro do enfoque moreniano, inserindo-os, contudo, dentro de um referencial histórico, de classe, de modo semelhante ao que faz Alfredo Naffah Netto, estudioso do Psicodrama, com o qual mais nos identificamos.

No terceiro capítulo descrevemos as características da clientela que atendemos e os temas gerais e específicos tratados nos grupos e as técnicas que empregamos, ilustrando sua abordagem com o relato de duas dramatizações.

No quarto capítulo apresentamos, os resultados do trabalho através da análise de um caso e depoimentos de integrantes dos grupos sobre a contestação do mito da dor como inerente ao processo de parto; sobre a prevenção de complicações obstétricas

cas e sobre a transformação da *paciente* em cliente e agente social.

Consideramos que as condições objetivas – materiais para a realização desta dissertação deixaram muito a desejar. Nosso trabalho com gestantes, tanto em classe média quanto em classe popular, era remunerado e constituía uma de nossas fontes de sustentação financeira, sendo entretanto, insuficiente para nossa manutenção, o que nos levava a acumular outros trabalhos e nos deixava escasso tempo para registro e teorização da prática. Assim, algumas sessões e depoimentos nunca foram registrados, outros foram anotados durante seu curso, por uma das coordenadoras, quando trabalhávamos em co-coordenação, outros ainda o foram logo após seu acontecer. Dados das clientes quanto a idade, instrução, profissão, estado civil, não foram tomados durante alguns períodos. Muitas gestantes, após o parto, voltaram ao grupo para relatá-lo, e umas poucas além de fazê-lo verbalmente, fizeram-no por escrito.

Durante o mestrado, quando decidimos que este trabalho seria o tema de nossa dissertação, tentamos iniciar uma reconstrução sistemática da experiência, através de entrevistas com ex-clientes. Porém, então acumulávamos mais de uma atividade, como recurso para a sobrevivência e a tarefa mostrou-se impossível, devido a falta de tempo e de condições materiais. Optamos pois por descrever nossa prática valendo-nos do material assistematicamente acumulado ao longo dos anos de atividade, de nossas lembranças e de depoimentos de outras fontes, como é

o caso de relato de mulheres de classe popular no primeiro capítulo.

Nosso trabalho, assim como o parto, é uma experiência multifacetada. Optamos, nesta dissertação, por abordar o tema de uma forma ampla, abrangendo suas diversas facetas, mesmo em detrimento do aprofundamento dos aspectos específicos.

Assim, esta dissertação aponta a riqueza de possibilidades desse tipo de trabalho, deixando por realizar a tarefa de aprofundar a questão, em ângulos específicos, através de práticas e estudos mais sistematizados.

## CAPÍTULO I

### PARTO: A REALIDADE

#### 1. A REALIDADE

Segundo dados da Divisão Nacional de Epidemiologia, do Ministério da Saúde — censo IBGE 1980, as afecções originadas no período peri-natal,\* são a 6<sup>a</sup> causa de mortalidade no Estado do Rio de Janeiro, perdendo apenas por ordem de maior índice de causalidade para: outras causas (não discriminadas), deficiências nutricionais, doenças cérebro-vasculares, doenças isquêmicas do coração e neoplasmas malignos.

No Município de Duque de Caxias, onde se realizou nosso trabalho com gestantes de classe popular, segundo a fonte anteriormente citada, para crianças com menos de um ano de idade, as doenças originadas no período peri-natal, são a 1<sup>a</sup> causa e mortalidade, sendo responsáveis por 30,70% dos óbitos, enquanto as doenças infecciosas intestinais são responsáveis por 21,54% e pneumonias e gripe por 17,92%. Ainda conforme a mesma fonte, neste Município, complicações de gravidez, parto e puerpério estão em 49 lugar nas taxas de mortalidade das mulheres entre 15 e 49 anos, com o percentual de 5,15% dos óbitos,

perdendo apenas para outras causas (não discriminadas) com 38,15%, neoplasmas malignos, responsáveis por 12,37% e doenças vasculares, responsáveis por 11,34%.

Também mostra a realidade do parto no Brasil, a reportagem de Sandra Chaves, publicada no Jornal do Brasil, de 12 de junho de 1982, sob o título *Cesariana, uma preferência cada vez maior das mulheres e médicos?*. A matéria trata de pesquisa realizada por Harry Graeff, para apurar as causas de aumento do número de cesarianas que, em 1970 era, nos hospitais próprios do então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), de 7,9% e nos hospitais contratados, de 14,6% e que em 1980, atingiram 18% nos próprios do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e 31% nos contratados. Quanto ao atendimento fora da rede do INAMPS, a pesquisa não fornece dados, mas o Dr. Aloysio Graça Aranha, médico entrevistado na mesma matéria, estima o índice de cesárias em 50% e afirma que *há médicos que chegam a ter 100% de cesarianas*. A matéria relata que pesquisa do INAMPS levantou dados que afirmam ser a mortalidade materna na cesariana o dobro da no parto normal e que a neomortalidade (morte de recém-nascido) um pouco mais que o dobro da ocorrida após o parto normal. Afirma também: *a pesquisa junto aos médicos revela (conforme as respostas dos ginecologistas e obstetras), que o aumento do índice de cesariana se deu devido principalmente à ligadura de trompas, (que o INAMPS não paga e que os médicos fazem durante a cesariana), aos pedidos das próprias pacientes; aos despreparo profissional da equipe; a ausência da analgotôcia, (anestesia*

peridural, que impede a parturiente sentir dor no parto e que o INAMPS não paga quando o parto é normal); a elevada frequência de gestação de alto risco, (quando a mãe corre perigo de vida por ser cardíaca, diabética, sofrer dos rins ou ter hipertensão arterial). Outro motivo é o stress do médico, que fica sob pressão da família da paciente e finalmente, o despreparo psicológico da gestante. O Dr. Aloysio Graça Aranha declara: o que aumenta o índice de cesarianas em hospitais privados é a concentração da responsabilidade numa só pessoa, o médico. Na Previdência Social a responsabilidade é diluída, a paciente nem sabe quem fez o parto. Afirma ainda que mesmo nos casos em que a cesárea e o parto normal recebem pagamento idêntico, para o médico particular, a cesárea sai mais vantajosa, pois é 10 vezes mais cômoda. Um parto normal toma de três a quatro horas do médico, se ele enviar seu assistente para cuidar da paciente e se der tempo integral, chega a 10 horas de acompanhamento.

O Jornal do Brasil de 25.05.86 publica nova reportagem sobre a questão, sob o título *Medo e interesse de médicos elevam taxa de cesarianas* de responsabilidade da repórter Vera Perfeito. Segundo a matéria, dos 117 mil partos ocorridos em dezembro de 1985, no país, na rede do INAMPS, 44 mil (38%) foram cesarianas, embora as organizações médicas recomendem um máximo de 15% de partos cirúrgicos. Nas clínicas privadas da Zona Sul do Rio e até da Baixada Fluminense as cesáreas alcançaram 70%. Os fatores apontados são o medo da dor e economia de tempo para os médicos, já que uma cesariana demora no máximo

3 horas e um parto normal pode requerer até 24 horas de acompanhamento. Na mesma reportagem, o então presidente interino do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, obstetra Eraldo Bulhões considera que: *a situação do parto no Brasil está diretamente inserida dentro da problemática social. Vai de Ipanema à Feira de Santana e ao Sul, já que existem mais de mil municípios sem médicos. Os médicos, na universidade, inclusive no Rio, tomam contato com equipamentos eletrônicos, mas desconhecem a técnica simples de fazer um parto. A cerca de 90% deles, não é ensinado, apesar de constar do currículo. Isto cria, inclusive, dificuldades para se deslocar para o interior, pois lá não existe nada sofisticado. Este problema seria menor, se as parteiras não fossem marginalizadas. Elas teriam condições de procurar um médico durante um trabalho de parto difícil. E esta seria uma forma de se voltar a fazer o parto normal com mais frequência.* O Dr. Bulhões afirma que a preferência dos médicos pela cesárea está relacionada às condições de trabalho que lhes são oferecidas. Num plantão de 24 horas em clínicas, sejam particulares ou conveniadas do INAMPS, o plantonista, na maioria das vezes, para ganhar 3 salários mínimos, tem que atender diversas pacientes. Num período tão grande de tempo, o médico se estafa, vê a paciente sofrendo, mas não pode atendê-la como seria necessário, e, por isso, às vezes, o parto complica, sendo necessária a operação. O pior é que nem sempre existe o anestesista, no momento. É um absurdo, não haver sempre um de plantão. Na mesma matéria, o médico Roberto Chabo, então presidente licenciado do Sindicato, pondera que na sociedade capi

talista, a longa duração do parto normal representa dinheiro que o profissional deixou de ganhar. Declara: *para acabar com a indução, o INAMPS, começou a pagar o mesmo preço pela cesárea e o parto normal às conveniadas. Atualmente, atinge a Cz\$ ... 1.000,00. Para as casas de saúde, isto representa lucro, pois há sempre muitas pacientes. O ideal seria o descredenciamento dessas clínicas e a construção de novas unidades do Instituto. Nesses hospitais existe um equipamento certo para cuidar das pacientes, evitando-se a cesárea, indiscriminadamente. Já o presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia, Ivan Lengruber, também entrevistado, mostra-se favorável à cesariana e diz ser necessário verificar se a mulher está psicologicamente preparada para o parto. Suas palavras: não é só no Brasil que se faz muito; os Estados Unidos já triplicou este tipo de parto. Atualmente, é normal que uma mulher com 26 anos já não tenha mais filho de forma natural.\**

Na próxima secção veremos, através de depoimentos, a vivência dessa realidade, pelas mulheres.

\* O Jornal do Brasil de 12.08.86 em matéria intitulada *Médicos dos EUA pedem campanha para deter o aumento de cesarianas*, informa a situação nos EEUU: o Centro Nacional de Estatísticas sobre a Saúde, americano, afirma que a proporção de cesáreas está crescendo cerca de 1% ao ano; um estudo realizado por obstetras de Chicago mostra que as cesarianas poderiam ser reduzidas à metade, possibilitando uma economia superior a 1 bilhão de dólares, somente em despesas hospitalares.

## 2. A FALA DA MULHER

### 2.1 Mulheres atendidas na Rede Pública (classe popular)\*

#### Depoimento A

... pela manhã, acordei cheia de sangue. Todo mundo tinha dito que arrebentava a bolsa, que saía água, etc... mas aquele sangue vivo me fez pensar: 'será que não deitei de bruços e não matei o neném e a criança está sangrando dentro de mim?'. Eu era inexperiente. Meu marido botava o ouvido, escutava e dizia: 'Olha, mexeu, está vivo. Não matou não. Vamos ao médico...' Fiquei sozinha na maternidade, sem ninguém por perto e totalmente inexperiente eu pensava, olhando o crucifixo: 'Meu Deus, eu vou ē morrer! Não ē possível que para uma criança nascer a gente tenha que ter tanta dor!' Sō me levaram para a mesa às duas horas da tarde. Achei que o neném ia nascer logo na primeira dor que viesse, mas doía sem parar e nada... O doutor estava ali, de costas. Pedi licença. 'O que você quer?' — ele me perguntou sem me virar. E eu, na maca mesmo, me abaixei de cōcoras. Quando ele viu, disse que eu poderia cair. Foi sō ficar naquela posição, apertei minha barriga e a menina saiu direto. (...). O médico, espantado, me perguntou: 'Quem te ensinou a ter filho as sim?'. 'A minha mãe'. Lã na roça sō se tem filho desse jeito. Quando ela ia ter filho, mandava a gente para a casa dos outros, mas eu me escondia e ia olhar por um buraco. Via a mamãe na cama fazer as sim e o neném sair. Depois nos contava que era a cegonha ou um avião que tinha trazido a criança (...). Esse foi o melhor parto que tive, porque

\* Todos os depoimentos desta secção são extraídos do livro: Rocinha: Mães e Vidas de Antonia Arlinda de Souza Barros et alii. Rio de Janeiro, Edito<sup>ria</sup>l Alhambra, 1985.

quando fui ter meus outros filhos pensei que ia ser a mesma coisa, mas qual nada! Do segundo em diante, a coisa ficou feia porque já não tive a mesma liberdade como com o primeiro médico. O outro era mais velho, com um jeito ruim, uma cara mais feia, não falava nada... Eu contei como tinha tido o pri<sup>me</sup>iro, mas ele retrucou que era perigoso e me mandou deitar. 'Eu garanto para o senhor que se eu ficar de cōcoras, o nenem já tinha nascido!'. 'Não, a criança pode nascer de mau jeito', e toda aquela conversa de médico... Sentí uma aflição terrível, mas afinal veio o garoto, esperto. A ũltima gravi<sup>dez</sup> foi a da minha filha caçula. Fui para uma maternidade onde tem muitos estudantes. Sentia umas dores horrorosas. Uns cinco acadêmicos vieram me olhar, vinha um e punha a mão, vinha outro e punha a mão. Um outro ainda, empurrava e eu já não aguentava mais aquela dor manhosa (...). Sô sei que depois de muito sacrifício, saiu um pē. O médico enfiou a mão, botou para dentro de novo e deram uma virada no feto, mas ãi veio uma mão com o bracinho para fora. Botaram soro na minha veia, sentí uma dor mais forte e ela veio de bumbum com as pernas para dentro (...). Os cinco acadêmicos, sentados ã minha volta, também estavam desesperados. Afinal, um deles decidiu chamar por telefone o chefe da equi<sup>pe</sup>. Ele veio furioso. 'Quero ver se eu ainda sei fazer um parto. Vocês são um bando de incompetentes'. E depois, virando-se para mim: 'Vamos lã mamãe'. Deu umas palmadinhas na barriga, enfiou a mão por dentro e eu sô sentí aquela revirada. Ele me disse que na dor seguinte a gente botava o nenem para fora. 'Você comeu demais na gravidez e fez o nenem engor<sup>dar</sup> muito. Agora o bolo está maior que o forno'. 'Ai, doutor, a dor ... agora ē que eu vou morrer', mas a virada que ele tinha dado fez ela sair igual

uma rolha de champanhe. Espirrou longe. Tinha 3 quilos e oitocentos gramas. Estourou a bolsa, estourou tudo. Eu queria pegar logo, ter certeza que era um neném mesmo, e ela chorando, chupando as mãos, toda esganada. Ele deitou ela em cima de mim e eu fiquei tranquila.

#### Depoimento B

(...). Eu sabia que tinha relação, mas não sabia que a partir daí a gente podia engravidar. (...) não sabia como um filho era feito! (...). Para mim, foi muito difícil ter o bebê. Passei mal numa quinta-feira; era meia noite, comecei a sentir aquela cólica, mas eu nem sabia que estava na hora de ganhar a criança. Até pensei que fosse dor de barriga, porque a gente tinha comido tanta carne seca com abóbora (...). Dali fui para o hospital onde fiquei quase três dias até conseguir ter a criança. Foi uma experiência horrível, porque passei quase aquele tempo todo desacordada. Me lembro apenas que tinha eu e uma outra na cama ao lado. De vez em quando eu olhava e era dia, depois já era noite. Os médicos nem chegavam ali para conversar ou dizer como a gente estava passando. Nada ... É uma coisa horrível porque a gente fica com aquele medo de como o médico vai responder. Parecem bicho!. A gente imagina que o médico é um bicho!. Sô me lembro que via tudo nublado na minha frente. Meio desmaiada, ouvia o pessoal falar ao longe e ficava imaginando se seria um médico ou uma enfermeira. Eu tinha dado entrada no hospital pra lá de meia-noite, quando tinha um médico de plantão. Dois dias depois voltou o plantão dele e quando me viu foi logo gritando: 'Vocês estão malucos, vão matar essa mulher. Ela ainda vai morrer com esse filho na

barriga. Vocês não estão vendo que ela não tem passagem e precisa ser operada?'. Aí foi aquela correria: fui operada e só acordei domingo, na hora da visita. (...). Ainda passei dezoito dias internada porque a operação inflamou. Os pontos arrebentaram e não cicatrizava. Para fazer o curativo eles enfiavam uma seringa e enchiam lã dentro de água oxigenada. Depois apertavam o corte e aquela sujeira toda saía. Afinal escapei!.

### Depoimento C

O que mais reclamo das maternidades é a violência dos médicos com a gente. Não sabem se você tem passagem para o nenê, mas é só ir chegando que já vão logo te cortando. 'Abre as pernas', você abre e vuum, dão um corte!. Talvez o nenê até nascesse naturalmente. A violência maior é esse corte que dão na gente. Esse perineo é uma tristeza! As vezes dão anestesia, mas nem sempre. E você toma aquela picada; na hora não sente, mas depois tem os fios de nylon que secam e ficam duros com aquelas pontas todas. É horrível e, se você não ficar untando, fica tudo seco e dói muito. É uma barbaridade!. A maioria das mulheres não gosta de ir para o hospital e tenta esperar até a última hora. Por isso é que muitas vezes o nenê nasce em casa, na rua e até no taxi e, como tem esses casos de mulheres que não podem ter parto normal, é onde muito nenê morre, porque elas ficam aguentando até o último momento e quando chegam não dá mais tempo de fazer o parto normal porque não tem passagem. Então, eles forçam a pessoa para dar passagem e é quando o nenê morre e até a mãe pode morrer. Se você está lã esperando as contrações, vem um médico, enfia o dedo e dá um toque; vem outro, dá outro

toque ainda e outro mais... As mulheres ficam aterrorizadas. Às vezes, eles vêm por curiosidade de aprender, como os acadêmicos. Se fosse só um médico, aquele que vai fazer o teu parto e está te dando a assistência, então seria mais certo. Mas vários médicos... você lá, com as pernas abertas e: tum, daqui a pouco já é outro e tum de novo e depois outro ainda, enfia a luva, o dedo, tum... e vai embora! Isso é uma violência danada! (...)

## 2.2 Mulheres atendidas na Rede Privada (classe média)\*

### Depoimento D

N., primeiro filho, nível superior. O primeiro parto foi um dos momentos mais duros de minha vida. Dr. X. tinha marcado a cesárea na primeira consulta. Fez os cálculos de quando estava bem maduro e daí não me preocupei mais com isso. Na véspera, fui para o hospital. Decidi que era meu e de meu marido e dispensei minha mãe. Meu marido dormiu. Me deram o clister e daí em diante não parei de ir ao banheiro e saía uma água suja todo o tempo. Fiquei aflita, acordei meu marido, mas ele virava para o outro lado e dormia. Chamei a enfermeira que disse que era assim mesmo e foi embora. Quando mamãe chegou às 7 da manhã, me perguntou o que eu tinha, pois estava com olheiras fundas. Quando lhe contei o que acontecera, ela falou que eu estava em trabalho de parto e que tinha sido minha bolsa que tinha rebentado. Resolvi então, ter parto normal. Mas quando o Dr. X. chegou com a equipe, me fez um exame, um toque e disse 'vamos fazer a cesárea'. Eu

\* Todos os depoimentos desta seção foram prestados diretamente à autora.

questionei por que uma cesárea se para mim o sentido da cesárea era evitar a dor e eu tinha passado a noite em dores de parto. Ele me disse então que eu não tinha passagem e fui para a sala, na maca. Quando penso na mais absoluta solidão, me vem a imagem daquele dia. Entrei na sala completamente confusa. Qualquer coisa que me desse alguma identidade me confortava: a chegada de mamãe, do Dr. S., ver L. com suas câmaras de filmar, me fez sentir acompanhada. Meu nível de desconhecimento era tal que quando o anestesista colocava a anestesia eu disse: 'vou ver tudo' e aí é que soube que ia dormir, mas não senti nada específico. Estava muito exaurida, muito cansada, depois de tanta solidão, só a presença das pessoas já bastava, fizessem o que fizessem.

#### Depoimento E

C., primeiro filho, instrução superior. Durante toda a gestação discutí com o médico a questão do parto induzido, sempre na firme posição de não querer indução a não ser em caso de real necessidade. O médico disse que concordava com a minha posição, mas em uma consulta de final de gestação, após me examinar, deu-me uma pastilha para colocar sob a língua. Perguntei-lhe o porquê da pastilha e ele disse tratar-se de um teste para verificar se estava tudo bem comigo e com o bebê e que eu fosse para casa e lhe relatasse por telefone o que estava sentindo. Fui para casa e no caminho entrei em trabalho de parto; só depois soube que a pastilha continha ocitocina para induzir o parto. Senti muitas dores no parto. Fiquei revoltada com o médico. O neném nasceu bem.

*Depoimento F*

H., primeiro filho, nível superior. Ia submeter-me a uma cesariana por problemas de saúde e por estar o bebê sentado. Durante o atendimento prē-natal combinei com o mēdico que tomaria anestesia peridural e não queria nenhum medicamento que me fizesse dormir, pois queria estar desperta vendo tudo e curtindo o nenēm. Na ida de maca para sala de parto, voltei a lembrar ao obstetra e ao anestesista esse meu desejo. Mesmo assim, o anestesista não me respeitou e colocou no soro medicação que me fez dormir.

### 3. REFLETINDO SOBRE ESTA REALIDADE

Nossa análise de como é vivido o parto, pela maioria das mulheres, baseia-se não só nas estatísticas e depoimentos citados, mas na nossa vasta prática de atendimento às gestantes, nesses 11 anos, durante os quais convivemos com cerca de 300 clientes.

Os dados do Censo mostram que o parto é uma importante causa de mortalidade infantil e materna, e a fala das mulheres nos diz que ele se constitui numa situação de desconhecimento, medo, sofrimento físico e emocional e de submetimento ao poder médico.

Sem dúvida, o alto índice de mortalidade por causas ligadas à gestação, parto e puerpério é consequência da ordem sócio-econômica vigente e a maioria absoluta das vítimas encontra-se nas classes populares dos países subdesenvolvidos. Isto é facilmente constatado através de dados da Organização Panamericana de Saúde onde vemos que, por exemplo, a taxa de mortalidade materna, por 10.000 nascidos vivos, foi em 1983 de 0,5 no Canadá e de 0,8 nos EEUU, enquanto que, em 1984 no Paraguai foi de 27,5 e de 23,0 no Haiti. No Brasil em 1980, esta taxa foi de 7,0.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Boletín Epidemiológico — Organización Panamericana de La Salud, Vol. 7, nº 5/6, 1986.

Assim como a taxa de mortalidade materna tem determinação econômica, também a forma de viver gestação e parto têm de terminações culturais, além das econômicas. Historiadores e médicos, como por exemplo, A. da Silva Mello,<sup>2</sup> no Brasil, e antropólogos como Margaret Mead,<sup>3</sup> falam de culturas onde o parto é vivido com facilidade, sem transtornos e dores. Sendo o parto um fato cultural e uma vivência essencialmente feminina, cremos que a percepção da dor, o desconhecimento e temor de seu processo, o submetimento ao poder médico, presentes nas mulheres de qualquer classe social (se bem que em graus e formas diferentes) devam ser entendidos dentro do quadro da milenar sujeição feminina.

### 3.1 A questão feminina

Há divergências entre os autores quanto a extensão do fenômeno de dominação masculina, nas diversas culturas e épocas, bem como quanto aos mecanismos que possibilitaram sua instalação. Maurice Godelier<sup>4</sup> afirma a preponderância da dominação masculina como um fato universal, mesmo fazendo a ressalva de que esta varia, enormemente, em forma e grau, nas diversas culturas. Nega a existência de sociedades igualitárias ou matriarcais, no sentido de o poder maior pertencer às mulheres, ponderando que, mesmo nas sociedades de descendência matrilinear, as

<sup>2</sup> MELLO, A. da Silva. Assim nasce o homem. RJ, Civilização Brasileira, 1966

<sup>3</sup> MEAD, Margaret. Male and Female. A study of the sexes in a changing World. William Morrow & Company, Ney York, 1949.

<sup>4</sup> GODELIER, Maurice. As relações homem-mulher: o problema da dominação masculina. Encontros com a Civilização Brasileira. Rio de Janeiro (26): 9-29, 1980.

mulheres estavam subordinadas, não aos maridos, mas a tios ou irmãos. Já outros, como, por exemplo, Engels, asseveram a existência de sociedades igualitárias e também do matriarcado.

Evidente que, quanto mais remota a época considerada, mais difícil se torna analisar as relações homem/mulher. Autores, citados por Andrée Michel,<sup>5</sup> chegam à conclusão, através do estudo das ossadas e objetos encontrados nas cavernas e túmulos do Paleolítico, de que as sociedades de então, vivendo basicamente da caça e da coleta, eram pacíficas, pois em seus habitats encontraram-se indícios de morte de animais, porém não de seres humanos, abatidos por eficazes armas de sílex. Encontram-se também, estatuetas esculpidas em pedra e marfim com características sexuais femininas fortemente assinaladas. Acredita-se que, como não era ainda conhecida a participação do homem na reprodução, a mulher era altamente valorizada por esta função, sendo todas as deusas primitivas, deusas-mães. Howard Parsons, citado por Andrée Michel,<sup>6</sup> afirma que a *divisão do trabalho entre os sexos no período Paleolítico (o macho caçando, a fêmea fazendo a coleta e caçando episodicamente), baseia-se na cooperação*. Do início até a metade do Neolítico, quando, como meio de sobrevivência, os homens, além da caça, pesca e coleta, já contam com a agricultura da enxada, não parece haver evidência de subordinação da mulher. A mulher se incumbia da agricultura e da cerâmica e fiação. As estatuetas de divin

<sup>5</sup> MICHEL, Andrée. O feminismo, uma abordagem histórica. Rio de Janeiro, Zahar, 1982, p.13.

<sup>6</sup> Id. *ibid.*

dades, já modeladas em argila, continuam femininas: são as *Deusas-mães*.

Observações feitas por exploradores do Novo Mundo sobre tribo de caçadores, quando suas estruturas ainda não se tinham degradado pelo colonialismo, dão conta de grandes poderes detidos por mulheres: nas tribos iroquesas e na Liga das Seis Nações, as mulheres podiam alienar as terras do clã, realizar sacramentos e fazer alianças, nomear e destituir os sachems e os responsáveis pela riqueza da tribo.<sup>7</sup>

A subordinação das mulheres teria começado com as transformações da organização social havidas no Neolítico médio (6000 a 3000 AC) consequentes à revolução técnica caracterizada pela descoberta de energias novas: a força do boi, da água, do vento, a invenção do arado, moinho de vento, barco à vela, fusão do minério de cobre, arquitetura de tijolos, etc. Com a criação do arado a mulher é substituída pelo homem na agricultura. Toda esta revolução técnica permitiu um excedente alimentar que gerou uma explosão demográfica e a sedentarização. Ao pequeno grupo do Paleolítico e à aldeia do Neolítico, sucedem-se os burgos e depois as cidades. *A cidade é o primeiro antagonismo de classe, pois supõe a existência de excedentes agrícolas e de uma classe que é alimentada por outra, o desenvolvimento da propriedade privada e da acumulação (...). A exogâmia, necessária à sobrevivência dos caçadores do Paleolítico para garantir através da aliança, territórios de caça, sucede o regime de endoga*

<sup>7</sup> MICHEL, André. Op. cit.

*... mia, em que todas as moças da casa são guardadas como reprodu-  
toras pelo chefe de família, para os primos da casa (...) Ao  
mesmo tempo a dominação feminina nas religiões, desaparece.<sup>8</sup>  
Começam a aparecer as primeiras estátuas de divindades masculi-  
nas e o falo esculpido na pedra ou modelado em argila, revelan-  
do o reconhecimento do papel paterno na procriação. Acredita-se  
que este conhecimento tenha advindo do modo de vida dos pasto-  
res nômades, mas não tenha sido usado de início para inferiori-  
zar a mulher, pois durante milhares de anos os criadores nôma-  
des representavam uma civilização intermediária em que o pa-  
triarcado nascente foi, ou contestado, ou contrabalançado pe-  
los extensos poderes atribuídos às mulheres, vestígios sem dú-  
vida, do reconhecimento dos extensos direitos das mulheres do  
neolítico antigo.<sup>9</sup>*

Discordamos de Maurice Godelier quanto à universalidade da dominação masculina, mas concordamos amplamente com sua con-  
cepção de que as contradições de classe e de sexo favorecem-se  
mutuamente e que a dominação se legitima através de representa-  
ções ideológicas, de discriminação simbólicas, havendo todo um  
trabalho nas representações simbólicas que parece destinado a  
compensar os homens pelo fato de que eles não ponham no mundo  
vidas novas e que isso seja reservado às mulheres.<sup>10</sup>

<sup>8</sup> MICHEL, Andrée. Op. cit. p.17-9.

<sup>9</sup> Id. ibid. p.19-20.

<sup>10</sup> GODELIER, Maurice. As relações homem-mulher: o problema da dominação masculina. Encontros com a Civilização Brasileira. Rio de Janeiro, (26): 9-29, 1980.

Ele se indaga se a análise freudiana, que define a mulher fundamentalmente pela inveja do pênis, não é profundamente androcêntrica. Em testemunho da hipótese da inveja masculina da capacidade procriativa da mulher, invoca mitos dos Baruya de Nova Guiné que atribuem à mulher criatividade superior a dos homens e um mau uso dessa capacidade, sendo necessário que os homens a dominem para que haja ordem social.

Mais que os mitos dos Baruya, cremos falar em favor da hipótese de inveja masculina da procriação os hábitos de "couvade" largamente difundidos em épocas e culturas as mais diversas e que A. da Silva Mello cita em seu livro: *Assim nasce o Homem*:<sup>11</sup> em povos do Mar Negro, em regiões da Itália, da Córsega, nas Ilhas Baleares, no Sul da França e da Irlanda; registrados pelos escritores gregos e romanos da antiguidade; em Rodes, 299 anos antes de Cristo, relatado por Apoloneo; no Sul da China, em 1.300 registrado por Marco Polo em suas viagens; em povos da América do Sul e Central, registrado por Humboldt e até atualmente.

Parece-nos mais fundamental do que a inveja do homem do poder gerador da mulher, sua necessidade de dominar os dois fatores básicos para a manutenção da vida, da espécie: a produção de bens e a procriação. E para dominar a procriação é necessário subjugar a mulher, cujo o papel na reprodução é preponderante. Godelier<sup>12</sup> reforça-nos esta idéia quando descreve que nas sociedades em que as mulheres possuíam poderes, como a dos Hurons e dos Iroqueses, a maior autoridade pertencia àque

<sup>11</sup> MELLO, A. da Silva. Assim nasce o homem. Op. cit.

<sup>12</sup> GODELIER, Maurice. As relações homem-mulher: ... Op. cit.

las que, tendo atingido a menopausa, não tinham mais a função procriadora: os homens sempre colocaram em primeiro plano o controle das mulheres fecundas.

A sociedade de classe tem utilizado ideologicamente a função feminina de reprodução e amamentação, controlando a participação da mulher no processo produtivo e na vida social, criando a mística de que a mulher é apta e voltada fundamentalmente apenas para a maternidade e para ser a *rainha do lar*. Assim, a mulher passa a fazer parte do exército de reserva da força de trabalho, sendo utilizada apenas em funções periféricas, subalternas às masculinas, ou em qualquer tipo de função, porém apenas nas épocas de carência de mão-de-obra, como durante as guerras. o fator decisivo para a atualização do trabalho feminino extra-lar é a capacidade de absorção de mão-de-obra da estrutura ocupacional do sistema.<sup>13</sup> O absenteísmo verdadeiramente necessário, devido à gestação, parto e amamentação poderia ser de apenas algumas semanas, se se criassem mecanismos de contato das mães trabalhadoras com os filhos, tais como creches nos locais de trabalho.

A mística da *natureza feminina* voltada essencial e inelutavelmente para a maternidade, da mulher realizando-se fundamentalmente na concepção, cuidado e amor dispensados aos filhos, tem sido questionada por diversos autores, tais como

<sup>13</sup> A respeito, ler: SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. A mulher na sociedade de classes; mito e realidade. Petrópolis, Vozes, 1979.

Philippe Ariès<sup>14</sup> e Elizabeth Badinter.<sup>15</sup> Através de um estudo cuidadoso da iconografia relativa à família, da pedagogia e dos jogos infantis, Ariès conclui que só após o início do século XVII, a concepção sobre a infância se transforma e os adultos passam a dar à criança uma atenção que não lhe era concedida anteriormente.

Em meados do século XVII com as primeiras pesquisas demográficas, constatou-se a enormidade da mortalidade infantil, mas especialmente em fins do século XVIII, com o capitalismo nascente, a criança adquire um valor mercantil e os estadistas se esforçam para tomar medidas de proteção à infância. Há na época, numerosos discursos sobre a necessidade econômica e política de conservar as crianças.

Além dos discurso econômico e político, um outro surgia com a filosofia das Luzes: as idéias de igualdade e de felicidade individual. A partir do século XVIII, o valor maior deixou de ser a salvação da alma, a felicidade após a morte, e passou a ser a felicidade em vida. Esta aspiração modifica as atitudes familiares: é principalmente na sociedade familiar que se espera ser feliz e para que as relações entre o casal e os filhos assim o sejam, é preciso que haja amor entre eles. Entra então em consideração a liberdade de escolha do cônjuge, tanto para o homem, como para a mulher. O novo casamento, fundado na

<sup>14</sup> ARIÈS, Phillipe. História social da criança e da família. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

<sup>15</sup> BADINTER, Elizabeth. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1985.

liberdade, será o lugar privilegiado da felicidade e do amor. O amor pelos filhos é a decorrência natural do amor entre os pais. A maternidade deixa de ser um dever para se converter na atividade mais invejável e doce que uma mulher possa esperar. Assim, a partir de 1760-1770, a criança passa a ocupar um lugar privilegiado na família. Nesta época, surgem obras recomendando aos pais e, mais especialmente às mães, cuidados e sentimentos em relação aos filhos. Data de 1772, a publicação de *Emile* de Rousseau, que sintetiza estas idéias.

É a formação da família nuclear, fechada em si mesma, com os pais responsáveis pela felicidade ou infelicidade dos filhos. Essa nova responsabilidade parental já começara a ser evocada por alguns reformadores católicos e protestantes do século XVII, instala-se no século XVIII e não para de acentuar-se ao longo do século XIX. A mulher passa a ter, além das funções concernentes aos arranjos materiais da casa, a de cuidar e educar os filhos, tornando-se a *rainha do lar*. A partir do século XIX, associa-se a imagem de mãe à de santa. Ao mesmo tempo que aumentam os deveres e responsabilidades maternas, diminuem os poderes e deveres do pai, que passam a ser exercidos pelo Estado, através da Escola, da Justiça, da Assistência Social e até da Psiquiatria. Ao pai ficou delegado apenas o papel de provedor material da família. Admite-se que o pai tem um papel na educação dos filhos, mas quase que apenas pelo seu exemplo de homem trabalhador e honrado.

Essas modificações nos costumes deram-se principal e primeiramente na classe média. As últimas a assumir o cuidado com

os próprios filhos foram as mulheres da aristocracia e as proletárias, certamente que por motivos diversos: estas, devido às suas condições materiais de vida e aquelas, por suas ambições pessoais. Entretanto, as que, por quaisquer motivos, não cuidam de seus filhos, passam a sentir-se culpadas. Na primeira metade do século XX, a psicanálise contribuiu muito para firmar como imagem da mulher normal, essencialmente a mãe amorosa e totalmente dedicada aos filhos. A divulgação da psicanálise, promovida pelos meios de comunicação de massas, deixou fortes marcas no inconsciente feminino, transformando o conceito de responsabilidade materna, em culpa materna.

O poder sobre as mulheres tem sido largamente exercido em termos de normatização de conduta, o que, como afirma Foucault,<sup>16</sup> é mais eficaz do que a simples repressão. Porém, como também assinala Foucault, o poder não é algo que se possui, mas constitui-se em uma relação, na qual o polo dominado também exerce poderes. Assim, do mesmo modo que a concepção do feminino como inferior, e a dominação masculina têm existido ao longo dos séculos e em diferentes culturas, em graus e formas diversas, assim também sempre têm existido contestações teóricas e práticas, seja por vozes isoladas, seja por pequenos movimentos. Esta contestação tornou-se mais forte, geral e organizada, no mundo ocidental, a partir da eclosão do movimento feminista na década de 60, nos Estados Unidos e na Europa.

<sup>16</sup> FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder, Rio de Janeiro, Graal, 1983.

No Brasil, o movimento das mulheres na luta pela igualdade de direitos e oportunidades, toma maior impulso a partir de 1975, (Ano Internacional da Mulher) quando foi fundado em São Paulo o Movimento Feminino pela Anistia. No Rio, também em 1975, um grupo de mulheres, com o apoio da ONU e da ABI, promove uma semana de debates sobre a condição feminina. A partir desse encontro, fundou-se no Rio e em São Paulo, o Centro da Mulher Brasileira, com a proposta de ser uma organização especificamente dedicadas às lutas do Feminismo. Fundam-se também jornais feministas como o *Brasil-Mulher* e *Nós Mulheres*. Formam-se também muitos grupos de reflexão da condição feminina.

Os ideais de igualdade entre os sexos, o questionamento dos papéis masculino e feminino estereotipados estão pois largamente difundidos em 1976, quando iniciamos nosso trabalho.

Contudo, a imagem da mãe, associada à santidade e ao privado, doméstico, em oposição ao profano, mundano, continua vigorando largamente. Em trabalho realizado em 1983 o estitulado *Duas Faces de Eva: a grávida e a puta*; Tania Salem<sup>17</sup> pesquisa a ideologia concernente e estas virtualidades da sexualidade feminina e do papel de mãe, através do recurso de pedir a homens e mulheres, universitários e profissionais liberais de 20 a 60 anos, que tracem um retrato visual, como uma foto, de uma puta e uma grávida. Parte da suposição de que a grávida poderia ser pensada como levando ao extremo características usualmente associadas à imagem de mãe e chega à conclusão de que esta suposição apenas em parte é verdadeira visto que a imagem

<sup>17</sup> SALEM, Tania. O ideário do parto sem dor: uma leitura antropológica. Boletim do Museu Nacional. Rio de Janeiro, (40):1-27, ago. 1983.

de grávida apresenta qualidades distintas em relação à de mãe. A grávida é descrita com os atributos de jovem, bonita, limpa, recatada, natural. A puta, ao contrário, é vista como envelhecida, gasta, vulgar, artificial. Pelas descrições das vestes e adereços, atitudes, olhar e cenário em que estão colocadas, a autora conclui que a grávida é pensada como a mulher dessexualizada, atemporal e distante da realidade e das relações com o mundo. A grávida estaria voltada apenas para si própria e o filho que gera, enquanto que a puta estaria ligada ao mundo, ao concreto, ao real, às trocas sociais. A autora, tomando como referência a tripartição, sugerida por Da Matta do universo social brasileiro em domínios sociais básicos - a casa, a rua e o *outro mundo*, vê as figuras da puta, da mãe e da grávida correspondendo simbolicamente a cada um desses domínios. A puta corresponderia à rua, a mãe, à casa e a grávida ao outro mundo. A figura da mãe compartilha com a puta o pertencer a este mundo se bem que, neste mundo, os seus espaços são opostos: à puta o domínio da rua e à mãe, o da casa, o de rainha do lar. A ideologia do afastamento do mundo está exacerbada, no caso da gestante.

Também encontramos esta imagem idealizada de mãe em exercício que fazemos em grupos de grávidas, de profissionais que se preparam para trabalhar com gestantes ou de reflexão sobre o tema maternidade. Consiste em pedir que os presentes escrevam as primeiras palavras que lhes vêm à mente ao lhes ser mostrado um cartão com a palavra *mãe*. Em 1984 num grupo de onze pessoas que incluía gestantes, seus companheiros e fisio

rapeutas foram registradas as palavras: amor - 5 vezes, família - 2, filhos - 2, responsabilidade - 2, e apenas 1 vez: realização pessoal, realização, dar, felicidade, alegria, compreensão, luz, bom, lindo, humano, gente, nova experiência, educação, barriga, assumir, Helene, complicado, difícil. Vemos nesta relação que 22 palavras trazem conotações positivas, apenas 2 (complicado, difícil) conotações negativas; apenas uma referência ao corpo (barriga) e nenhuma à sexualidade. Quando pros seguimos o exercício comentando-o, os participantes começam a revelar vivências que não correspondem à idealização, explicitando assim as lacunas do discurso ideológico.

As vivências de dor, medo, desconhecimento e submetimento ao poder médico, profundamente interrelacionadas, presentes no parto podem pois ser entendidas dentro do processo de sujeição da mulher e mitificação da maternidade.

### 3.1.1 *Dor no parto*

Ser mãe é ser santa e a santidade está associada ao sofrimento. A Bíblia, livro sagrado tanto para os cristãos quanto para os judeus, com seu anátema *Darás à luz com dor os filhos*<sup>18</sup> desvela a dor no parto como valor ideológico do sofrimento na instituição da maternidade. Para as mulheres da civilização ocidental judaico-cristã ser mãe, está ligado, por princípio, ao sofrimento. O castigo por ter desejado o saber e ter arrastado, nesse desejo, o homem, incide justamente sobre seu poder específico, o de reproduzir.

<sup>18</sup> Bíblia Sagrada - Edições Paulinas, Praça da Sé, 180, SP, 1962.

Esta ideologia está profundamente introjetada até os nos sos dias: a dor é tomada como inerente ao parto. Os sinais dis to estão disseminados por toda a rede social: o médico não per gunta à gestante há quanto tempo está sentindo contrações ou qual o intervalo entre elas e sim indaga há quanto tempo sente as *dores*;\* os meios de comunicação de massa, principalmen te a televisão, divulgam imagens de mulheres com rostos contra ãdos e gritando de dor, durante o trabalho de parto, como, por exemplo, em anúncio, veiculado há alguns anos, solicitando au xílio financeiro para a PROMATRE (Maternidade da Rede Conveniã da), e no qual, uma mulher em gestação avançada levantava o tron co da cama e dava um grito lancinante, enquanto uma voz dizia soturnamente: *Ajude esta mulher, pelo amor de Deus.*

Não negamos a realidade da dor no parto, nem afirmamos que seja apenas fruto de condicionamento cultural, embora acre ditemos que tal condicionamento seja um dos fatores causais re levantes. Outros, porém, podem estar presentes no fenômeno da dor: problemas e disfunções anátomo-fisiológicas da gestante e até condutas iatrogênicas da equipe de atendimento ao parto e da própria mulher. Contudo sabemos que a dor não é inerente ao parto, não são através do relato de pesquisadores já citados, como também através da experiência de muitas mulheres, da nos sa própria vivência de dois partos absolutamente indolores.

\* Em visita à Maternidade Escola da UFRJ há alguns anos atrás, observamos sob o vidro do tampo da mesa onde se fazia a triagem para o atendimento ao parto, um roteiro de entrevista à gestante, entre cujas questões constava: "*Perguntar o intervalo entre as dores*".

### 3.1.2 Medo e Desconhecimento

Imbuídas da ideologia dominante sobre a dor como inerente ao parto e à maternidade, as mulheres temem a dor e algumas até crêem que sã sentindo as dores do parto serã verdadeiramente mães amorosas. Temem, pois, a dor e a morte, própria ou do feto, principalmente as gestantes de classe popular, que não podem contar com a anestesia peridural em parto normal pois o INAMPS sã a dá em caso de cesãrea, e que conhecem, não as estatísticas oficiais sobre a mortalidade, mas as estórias concretas de falecimento no parto de suas vizinhas, amigas, parentes. Outros temores se encontram presentes em mulheres de ambas as classes e sã fruto do desconhecimento quase que total do processo de parto, desconhecimento que deve ser compreendido dentro da repressão à sexualidade, uma das formas de opressão das mulheres.

Pesquisa sobre a identidade social e sexual da mulher brasileira, realizada pelo grupo feminista CERES encontra um grande desconhecimento sobre o próprio corpo e a sexualidade entre mulheres de todas as idades e condições sociais: A negação do saber sobre a sexualidade aparece nos relatos como componente privilegiado do conjunto de atitudes consideradas como próprias ao modelo 'feminino' que orienta a formação da identidade da mulher (...). O ocultamento, o silêncio sobre a sexualidade, não é vazio. É um silêncio que transmite um modelo de 'ser mulher'. Dentro desse modelo o desconhecer é visto como algo 'natural', próprio à conduta considerada adequada à condi

ção feminina".<sup>19</sup>

As autoras comentam ainda a aparente contradição entre todo este ocultamento e a função de procriadora, calcada na sua condição biológica e socialmente exigida da mulher, como parâmetro de normalidade. Concluem que: *o aparente paradoxo torna-se compreensível quando refletimos que o ocultamento da sexualidade, a carga de tabus, preconceitos, restrições e regras de conduta que a cerca, formam uma verdadeira estratégia do silêncio, um dos meios pelos quais a sociedade exerce controle sobre o corpo da mulher.*<sup>20</sup>

Esta realidade aparece nos depoimentos das mulheres de classe popular e de classe média, do início deste capítulo. No depoimento "A" vemos que a gestante não sabia como interpretar o sangramento e também seu relato de que na infância a mãe lhe dizia que o bebê era trazido pela cegonha ou pelo avião. No depoimento "B" a mulher ignorava que a gravidez era fruto da relação sexual. No depoimento "D", a gestante, de classe média, nível superior, passa uma noite perdendo líquido amniótico e com contrações, sem entender o que lhe ocorria.

Desconhecendo quase que totalmente o processo de parto, temendo portanto não reconhecer seus sinais e não saber o que fazer durante sua evolução, a mulher entrega-se submissa ao detentor do saber: o médico.

<sup>19</sup> ALVES, Branca Moreira e outros. Espelho de Vênus - Identidade social e sexual da mulher. São Paulo, Editora Brasiliense S.A., 1981. p.327-9-

<sup>20</sup> Id. *ibid.* p.329.

### 3.1.3 Submissão ao poder médico

Maria da Glória Ribeiro da Silva,<sup>21</sup> em seu livro *Prática-Médica: Dominação e Submissão* define as funções médicas como características de Aparelho Ideológico de Estado, tendo como finalidades a conservação e a reparação da força de trabalho, e também a qualificação e submissão social, mantendo a divisão de classes a nível de uma assistência de massa e de outra não de massa.

O Aparelho Ideológico Médico, interpela de formas diferentes o sujeito-paciente, segundo a classe a que pertence, visando: *manter na burguesia intérpretes ativos de ideologia burguesa, através de uma assistência não de massa, onde o ritual, as posturas, o discurso, o vocabulário, a instituição são adequadas ao reforço deste papel ativo. Ao mesmo tempo trata-se na assistência da massa, de manter a submissão a uma ideologia dominante através de condutas e práticas que reforçam este papel passivo (aceitação-resignação).*<sup>22</sup>

A autora caracteriza o médico, última peça da cadeia deste Aparelho Ideológico, (acima dele estão a administração da saúde desde o nível de diretor do hospital até a administração do Ministério da Saúde) como sujeito formado pelo Aparelho Escolar e que se define a partir de três questões: a oposição

<sup>21</sup> RIBEIRO DA SILVA, Maria da Glória. *Prática Médica: Dominação e Submissão*, Zahar, 1976, Rio, p.50.

<sup>22</sup> Id. *ibid.*

trabalho manual versus trabalho intelectual, o monopólio do saber e o exercício do poder. A divisão entre trabalho manual e intelectual está diretamente ligada ao monopólio do saber, defendido tenazmente pelos médicos e no qual se funda a autoridade, o poder, exercidos principalmente em termos de normas, mais eficazes, segundo Foucault,<sup>23</sup> na função de dominação, do que a repressão.

A relação do médico com o paciente de classe popular, no Brasil, se dá sempre em Instituições, sejam hospitais da rede pública, sejam clínicas conveniadas com o INAMPS e, evidente mente, levam a marca da relação do médico com a instituição. Maria Tereza Maldonado e Paulo Canela dão-nos um retrato bem fiel desta relação: *A relação médico-cliente na instituição é estruturada a partir da relação médico-instituição (...). A do minação, a pressão, o achatamento e o rigor hierárquico formam a tônica do funcionamento da instituição. Esse clima transpa rece de modo mais ou menos evidente, pode ser mais ou menos ate nuado mas está sempre presente. O médico é autoritário com a cliente, assim como a instituição é autoritária com ele. O mē dico domina, achata a cliente da mesma maneira em que é denomi nado, oprimido e achatado pela instituição. Os conflitos de correntes dessa situação são resolvidos com preponderância e autoritarismo: ou a cliente se submete ou deixa de ser atendi da. Uma das expressões mais concretas desta faceta é a alta*

<sup>23</sup> FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Op. cit.

por indisciplina – a chamada 'alta administrativa' – aplicada como castigo à cliente rebelde (...) Assim como o corpo clínico não tem direito nem de escolher seu diretor nem de influir significativamente nas orientações médicas e administrativas, a cliente tampouco tem direito de escolher o médico que a atenderá e muito menos as condições desse atendimento. Portanto, assim como a cliente precisa submeter-se para receber atendimento da instituição, também o médico precisa submeter-se para manter seu emprego, mesmo em condições insatisfatórias. Obviamente, essa submissão forçada gera ressentimento, resistência e 'guerra fria' comumente expressos pelas tentativas de sabotar o trabalho, atender de má-vontade e hostilizar a cliente, o que indubitavelmente contribui para a prática médica ruim. As possibilidades mais ativas de lutar por melhor remuneração e condições de trabalho dignas são mínimas, especialmente porque – devido à escassez do mercado de trabalho e ao número crescente de médicos desempregados – sempre há quem esteja disposto a aceitar qualquer oportunidade a qualquer preço.<sup>24</sup>

Os autores colocam ainda que a iatropatogenia do atendimento médico deve-se, em parte, a outros fatores tais como a diluição da responsabilidade, em parte derivada das necessidades de encaminhar a cliente para setores especializados e cuja intercomunicação é, em geral, deficiente e também pelo sistema de rodízios e plantões que impede a mulher de ser sempre atendida pelo mesmo médico.

<sup>24</sup> MALDONADO, M.T. e CANELA, P. A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia. Petrópolis, Vozes, 1978. p.227-8.

Na nossa prática, verificamos que grande número de médicos que trabalham em instituições, mantêm também consultório particular onde atendem à classe média. E da mesma forma que fazem um atendimento apressado na instituição para poderem correr para o consultório particular, também a í muitas vezes adotam a indução ou aceleração sistemática do parto de modo a poder conciliar o atendimento às clientes particulares com seus horários de trabalho e plantões nas instituições.

Assim, a indução e aceleração desnecessárias talvez sejam até mais frequente com as mulheres de classe média, visto que nos hospitais da rede pública o médico pode não se responsabilizar por todo o atendimento ao parto deixando-o para o plantão seguinte. Nas clínicas conveniadas com o INAMPS, que em muitos municípios, faz a maior parte do atendimento às gestantes de classe popular, a prática da indução e aceleração de parto, de rotina é muito frequente.

Em nosso entender a relação médico/paciente com gestantes e parturientes, apresenta peculiaridades que julgamos importantes:

1) apesar de gestação e parto não serem doença, a gestante e parturiente é frequentemente submetida/qualificada como doentes, mesmo quando não apresenta nenhum problema de saúde;

2) além de ser qualificada, submetida enquanto paciente também o é enquanto mulher. Isto explica porque encontramos apenas diferenças de forma e graus entre o atendimento a que

estão expostas as mulheres de ambas as classes, não achando in  
dícios, no atendimento às de classe média, dos rituais, postu  
ras, discursos, etc, destinados ao reforço do papel ativo pró  
prio da burguesia, como citado por Maria da Glória Ribeiro da  
Silva.<sup>25</sup> Os depoimentos "E" e "F" de gestantes de classe mê  
dia, da segunda secção deste capítulo, podem ilustrar, de modo  
extremo, dois comportamentos de submetimento: uso do saber pa  
ra ludibriar a gestante e induzir o parto e emprego da técnica  
(anestesia) para reduzir a parturiente a total passividade. Os  
três primeiros depoimentos mostram o tom de violência que assu  
mem os comportamentos destinados a submeter/qualificar as ges  
tantes de classe popular.

Os procedimentos de qualificação/submissão sobre a ges  
tante e parturiente são pois, sobrepostos: primeiramente enquan  
to paciente (comum a todas as classes e a ambos os sexos, pelo  
menos em certo grau); a este sobrepõe-se a qualificação/submis  
são enquanto mulher e, no caso da gestante de classe popular,  
a interpelação enquanto membro desta classe.

Devido a sua qualificação/submissão nos diversos apare  
lhos ideológicos (família, escola, etc.) a mulher tende a assu  
mir uma atitude passiva na relação com o médico. A de classe  
popular sente ainda, de modo gritante, o distanciamento do mê  
dico, representante de outra classe e assim, coloca-se numa po  
sição, mais do que de passividade, de temor.

<sup>25</sup> RIBEIRO DA SILVA, Maria da Glória. Prática Médica: Op. cit.

### 3.2 Conclusão

Acreditamos que, a nível mais global, o parto sô deixará de ser uma situação de risco de vida e sofrimento físico e emocional com a superação da situação de subdesenvolvimento econômico, social e cultural do país. Isto, contudo, não significa que enquanto não são superadas estas condições, nada possamos fazer para tornar o parto um acontecimento de vida feliz e não morte e dor. E nesta certeza, é que nos juntamos a outros que vieram antes de nós, na tentativa de humanizar o acontecimento inaugural da vida.

Acreditamos, face a nossa análise da questão, que para ser eficaz na preparação da mulher para viver o parto de uma forma positiva, integradora, enriquecedora, feliz, a metodologia empregada deve atender aos seguintes requisitos:

- a) proporcionar à mulher condições de questionar os mitos sobre a *natureza feminina* e a maternidade;
- b) permitir a elaboração da questão do poder nas relações dominador/dominado e o questionamento a posição de dominada;
- c) fornecer conhecimentos sobre o processo de gestação, parto e pós-parto, não sô nos seus aspectos anátomo-fisiológicos, como também quanto às rotinas médicas e hospitalares, pois o conhecimento gera poder, assim como o poder gera conhecimentos;
- d) permitir a elaboração, de forma profunda, das representações sexuais;

e) permitir a expressão e compreensão de suas sensações, sentimentos e emoções conscientes e inconscientes a respeito da gestação, parto e maternidade.

Resumindo, diremos que, para ser eficaz, uma metodologia de preparação da gestante para o parto, deve abordar, de forma integrada, os aspectos biológicos, emocionais e sócio-econômico-culturais da vivência de gestação, parto e maternidade, tendo portanto, aspectos educacionais e terapêuticos.

## CAPÍTULO II

### QUESTIONANDO A REALIDADE: OS MÉTODOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO

#### 1. O MÉTODO PSICO-PROFILÁTICO

A educação específica para o parto iniciou-se na década de 30 com o trabalho do obstetra inglês Read,<sup>1</sup> o qual formulou a hipótese de a dor no parto normal provir da ativação do sistema nervoso autônomo, provocada pelo medo, que causaria um excesso de tensão no útero. As sensações de contração uterina seriam interpretadas como dolorosas nos núcleos da área talâmica. Para quebrar o ciclo medo-tensão-dor, Read criou um método que consistia em fornecer às gestantes informações corretas sobre a gravidez e o parto e ensinar-lhes relaxamento muscular. Em 1939, Read publica *Natural Childbirth* seu primeiro livro sobre seu método.

No seu trabalho *Psicologia da Gravidez* Maria Tereza P. Maldonado<sup>2</sup> nos dá um resumo do método psico-profilático, sua história e suas técnicas e as principais críticas já feitas ao mesmo. Relata que o método psicoprofilático propriamente dito

<sup>1</sup> READ, G.D. Childbirth Without Fear. New York, Hasper & Brothers, 1942.

<sup>2</sup> MALDONADO, Maria Teresa P. Psicologia da gravidez. Petrópolis, Vozes, 1976.

foi criado na Rússia em torno de 1949, por Velvovski e Platonov com base na teoria dos reflexos condicionados de Pavlov. Acreditavam ser a dor no parto fruto de condicionamento cultural, que julgavam poder ser desfeito e substituído por condicionamentos positivos, através de uma abordagem educacional. Em 1951, Lamaze, obstetra francês, introduziu o método russo na França e em vários outros países. Em 1958, Read, reconhecendo a semelhança entre seu método e o de Lamaze, propôs a denominação de método psicoprofilático para todas as técnicas que visassem, por meios psicológicos e físicos, a diminuição ou eliminação da dor no parto, permitindo à mulher parir conscientemente, com um mínimo de analgesia e anestesia. A autora chama a atenção para o fato de que os métodos de Read e Lamaze, apesar de diferenças de interpretação teórica, possuem grande semelhança no aspecto técnico-didático que em ambos inclui: a) transmissão de conhecimentos sobre as modificações anatômico-fisiológicas do ciclo gravídico-puerperal, com a finalidade de corrigir noções distorcidas e reduzir a ansiedade e o medo do desconhecido, desfazendo as associações entre parto e dor; b) o ensino de exercícios físicos para fortalecimento muscular, visando o conforto na gravidez e o uso eficiente dos músculos no parto, assim como o ensino de relaxamento muscular, tanto geral quanto diferencial, e de exercícios respiratórios próprios para os períodos de dilatação e expulsão.

## COMENTÁRIO

Concordamos com a idéia básica do método psicoprofilático sobre o condicionamento cultural como fator causal da dor no parto; ressaltamos, porém, além deste, outros fatores causais, tais como patologias anátomo-fisiológicas e condutas iatrogênicas tanto médicas quanto da gestante. Consideramos, também, que os condicionamentos culturais se estruturam na história pessoal de cada mulher a níveis emocionais profundos e inconscientes. Assim, um programa de transmissão de conhecimentos sobre a gestação, parto, puerpério e técnicas de respiração e relaxamento, apesar de muito importante, é insuficiente para preparar a mulher para uma boa parturição pois, um trabalho apenas nos planos cognitivo e corporal, não supera os condicionamentos culturais, profundamente arraigados a níveis emocionais inconscientes.

## 2. A PSICANÁLISE

A psicanálise trouxe a contribuição do estudo da influência da sexualidade e dos fatores inconscientes nas vivências de gestação e parto. A esse respeito temos as obras de Helene Deutsch,<sup>3</sup> Marie Langer,<sup>4</sup> Raquel Soifer<sup>5</sup> e outros.

A visão psicanalítica desta questão está inserida no quadro do desenvolvimento feminino que Freud considera dar-se em dois grandes períodos, marcados por fases importantes. O primeiro seria caracterizado pela bissexualidade; o segundo relacionar-se-ia com a evolução característica do sexo feminino. Na primeira fase haveria tanto para a menina como para o menino, uma bissexualidade psíquica, isto é, um componente feminino (passividade) no homem e um componente masculino (atividade) na mulher.

A menina na fase pré-edipiana experimenta para com a mãe, sentimentos libidinosos, que adquirem as características das fases que atravessa (oral, sádica-anal e fálica). Estes sentimentos são contudo ambivalentes porque a mãe nunca proporciona a satisfação suficiente. Quando descobre a existência do pênis, vive a sua ausência em si própria como uma desvantagem e instala-se a *inveja do pênis*. Ao perceber a generalidade da situação é levada a desvalorizar a mãe e as outras mulheres.

<sup>3</sup> Deutsch, Helene. La psicología de la mujer. Edición Losada, Buenos Aires, 1947.

<sup>4</sup> LANGER, Marie. Maternidade e sexo. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.

<sup>5</sup> SOIFER, Raquel. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1980.

A partir daí passa por uma tríplice mudança sexual e psicológica: hostilidade contra a mãe, abandono do clitóris como objeto de satisfação e aumento das pulsões sexuais passivas. Ao se tornar passiva, está pronta para mudar de objeto de amor. Sua inclinação pelo pai passa a predominar e ela substitui o desejo de ter um pênis, pelo desejo de ter um filho.

Helene Deutsch<sup>6</sup> dedicou-se a aprofundar a análise de Freud sobre a questão feminina, e escreveu dois volumes sobre a psicologia da mulher e da mãe. Neste trabalho ela define a mulher-feminina, que identifica como a norma, por três características fundamentais: passividade, masoquismo e narcisismo. A *passividade* seria constitucional e dever-se-ia a conformação dos órgãos genitais: a ausência de atividade vaginal espontânea constituiria o fundamento fisiológico da passividade. O masoquismo seria a consequência de, devido à passividade, a agressividade da menina não se voltar para fora e sim para ela mesma. Ao se desligar da mãe, a menina assumiria uma atitude erótico-passiva para com o pai. Este surge, inconscientemente, como o sedutor de quem ela espera as iniciativas. Seus componentes agressivos se transformam em componentes masoquistas em relação ao pai, e depois em atitude masoquista geral para com todos os homens. O narcisismo, que viria contrabalançar a tendência masoquista, liga-se à fase de formação do ego, durante a qual o ego se toma a si próprio como objeto e teria uma função

<sup>6</sup> DEUTSCH, Helene. La psicología de la mujer. Op. cit.

duplamente compensatória: compensaria a humilhação da *inferioridade genital* e impediria a tendência masoquista de chegar a extremos danosos para o ego.

O desejo de gestar e parir faria pois parte da psicologia da *mulher normal* visto que a evolução da psicologia feminina culminaria com a substituição do desejo de ter um pênis pelo de ter um filho.

Marie Langer considera que os transtornos da gravidez, as dores, dificuldades e angústias do parto provêm de *conflitos psicológicos e de identificações com outras mulheres já transtornadas em sua feminilidade*<sup>7</sup> e sempre, também, da *rejeição à criança*. Admite que esta possa ser causada por *circunstâncias econômicas e sociais adversas*, mas que *fundamentalmente os problemas se explicam pela revivescência inconsciente da relação primitiva com a própria mãe*. Afirma: *Vemos, pois, a interação entre fatores econômicos e afetivos e, novamente, a repetição por parte da mulher adulta de sua situação infantil. Durante a gravidez e parto repete especialmente sua relação primitiva com sua própria mãe*.<sup>8</sup> Explica assim os transtornos da gestação e parto como uma forma inconsciente de reelaborar vivências das fases infantis mais primitivas da sexualidade e os conflitos do triângulo edípico. A grávida identificaria o feto a si própria, ou à sua mãe. Afirma que a grávida *se identi*

<sup>7</sup> LANGER, Marie. Maternidade e sexo. Op. cit. p.191.

<sup>8</sup> Id. *ibid.* p.193.

fica com o feto, projeta sobre ele sua própria voracidade infantil, seus desejos da primeira infância de comer a mãe. Quando o feto representa sua mãe, cuja vingança oral teme, é experimentado como algo angustiante e destruidor que ela leva dentro de si.<sup>9</sup> Identifica também o feto como algo roubado à mãe: um filho ou o pênis do pai. Por isso, teme a gravidez e o parto como castigos maternos.

O parto seria também uma revivência do trauma do próprio nascimento: a mulher, identificada com seu filho, viveria através dele o medo de separar-se da sua mãe. A separação implicaria em o parto ser sempre uma situação de ansiedade, na qual a mulher necessita do apoio emocional dos que a rodeiam para vivê-la o melhor possível e superá-la.

Marie Langer faz uma avaliação do método psicoprofilático do Dr. Read do ponto de vista da psicanálise: as explicações do médico afirmando não ser a dor do parto natural, e sim consequência de erros do meio ambiente, funcionariam para a mulher como a voz da mãe boa que tranquiliza o filho: *Não temas esta sombra, não é um fantasma, é apenas uma peça de roupa. (...) Igualmente à mãe que diz isso a seu filho não consegue curá-lo de seu temor aos fantasmas, mas sim acalmá-lo momentaneamente, a mulher angustiada pelo incompreensível e indomável do processo que se desenvolve dentro dela, acalma-se ao receber as explicações tranquilizadoras do médico (...)* Ao seguir as

<sup>9</sup> LANGER, Marie. Maternidade e sexo. Op. cit. p.197.

indicações do médico e converter o parto em um trabalho difícil, mas dentro de suas capacidades, recupera a confiança em si própria, desfaz a identificação com a criança indefesa, converte-se em mãe ativa e já não teme a separação da criança, porque saberá protegê-la depois como a protege neste momento, evitando-lhe um parto difícil. O domínio do processo de parto lhe dá assim o meio de superar mais facilmente o trauma da separação de seu filho e de levar a termo com todas as suas forças, mas sem temor e castigo, isto é, sem dor, o magno processo de parto.<sup>10</sup>

A autora apresenta a psicoterapia como uma forma de minimizar os transtornos da gravidez e parto, mas acredita que tais problemas só sejam realmente superados educando filhas sadias que tenham um mínimo de angústia e sentimentos de culpa e que possam aceitar prazerosamente sua feminilidade, podemos esperar que a gravidez e o parto sejam novamente o que são ainda em algumas sociedades ou para algumas mulheres felizes de nossa sociedade: a conquista máxima de suas faculdades biológicas acompanhada pela plena consciência de intervir na maior experiência possível: ter concebido e alimentado dentro de si um novo ser e ter-lhe dado a vida.<sup>11</sup>

<sup>10</sup> LANGER, Marie. Maternidade e sexo. Op. cit. p.222.

<sup>11</sup> Id. ibid.

## COMENTÁRIO

A identificação, nos transtornos da gestação e parto, de fatores inconscientes, provenientes de vivências sexuais infantis, é uma relevante contribuição da psicanálise e não pode ser desconsiderada. Julgamos, porém, o modelo psicanalítico que identifica a feminilidade com a aceitação prazerosa da maternidade e com os atributos de passividade, masoquismo e narcisismo profundamente androcêntrico e reforçador da dominação sobre a mulher; as características citadas, frutos da cultura, são tomadas como modelo de saúde mental a ser atingido e não como norma a ser superada. Mitifica, assim, os papéis femininos, especialmente, o materno. E, como dissemos, consideramos fundamental a dismitificação dos papéis femininos para a vivência de um parto feliz. Ademais, um acompanhamento psico-terapêutico psicanalítico durante a gestação, atende, na preparação para o parto, à elaboração da repressão sexual e da dinâmica afetiva inconsciente, não preenchendo porém os requisitos de transmissão de conhecimentos sobre os aspectos corporais da gestação, parto e puerpério, nem do questionamento da situação sócio-econômico-institucional de atendimento à mulher.

### 3. AS TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO EM CRISE E PSICOTERAPIAS BREVES

Sob a influência da teoria da crise de G. Caplan<sup>12</sup> e outros, surgiram diversos trabalhos com gestantes. Por crise compreende-se momentos de grandes transformações da situação vital, previsíveis, como a adolescência ou imprevisíveis como a perda súbita de um ente querido. A gravidez e o parto definem-se como crise pois implicam numa reestruturação da identidade, da relação familiar, da situação sócio-econômica. Os trabalhos de intervenção em crise partem do pressuposto de que estando num estado momentâneo de equilíbrio instável, buscando soluções, a pessoa em crise é mais acessível à ajuda e aproveita melhor os auxílios oferecidos.

Com base nesta teoria, criaram-se diversos tipos de atendimento grupal a gestantes, com variações técnicas quanto a aspectos tais como quantidade de material informativo a ser transmitido, duração e período gestacional, em que a intervenção pode ocorrer, participação de profissionais diversos, presença do pai, etc, porém visando todos a preparação para a maternidade, *através do fortalecimento dos mecanismos adaptativos do ego e da redução da ansiedade e do domínio cognitivo da situação*,<sup>13</sup> com ênfase na discussão em grupo. O material trazido pelo grupo é elaborado a partir de três técnicas: a) reflexão de sentimentos (expressão

<sup>12</sup> CAPLAN, G. Principles of Preventive Psychiatry. New York, Basic Books, 1964.

<sup>13</sup> MALDONADO, Maria Teresa P. Psicologia da gravidez. Op. cit. p.93.

clara e aceitação, por parte do profissional dos sentimentos do cliente); b) a orientação antecipatória (fornecimento de informações objetivas sobre os possíveis acontecimentos com que a pessoa se defrontará); c) reassseguramento (assinalamento, pelo profissional, dos aspectos positivos da realidade). Estas técnicas voltam-se para a elaboração da situação presente, independentemente de suas ligações com problemas passados.

Assim também as psicoterapias breves – individuais ou em grupo – voltam-se para um atendimento focal, isto é, com tempo e objetivos limitados. É dada ênfase à análise dos conflitos e das interrelações pessoais presentes e das resistências circunscritas às defesas mais superficiais. As reações transferenciais são analisadas apenas quando muito evidentes e impeditivas do bom andamento da terapia. É considerada uma terapia de apoio, superficial, em posição à psicanálise que seria uma terapia profunda, do inconsciente.

Na linha da intervenção em crise, destaca-se no Rio de Janeiro o trabalho de Maria Teresa P. Maldonado, denominado *Intervenção Psicológico-Educacional*, que objetiva preparar o casal para a maternidade e paternidade, reduzir a ansiedade no ciclo gestação-parto-uerpêrio e favorecer o alcance de novos níveis de integração e amadurecimento da personalidade. Realiza-se em doze sessões com grupos pequenos de casais ou só de gestantes a partir do segundo trimestre da gravidez, primíparas ou multíparas, de personalidade razoavelmente bem ajustadas (...) os três vetores básicos da IPE são: a transmissão de informações

sobre o ciclo grávido-puerperal; os exercícios de sensibilização corporal e de estética pós-parto e o treinamento de técnicas de relaxamento e respiração para o parto; os grupos de discussão sobre as vivências emocionais envolvidas na situação de ter um filho e o impacto da gravidez na estrutura familiar. Cada um implica na utilização de diversas técnicas de atendimento psicológico especialmente a orientação antecipatória, a reflexão de sentimentos e o reassseguramento.<sup>14</sup>

#### COMENTÁRIO

Reconhecemos um elevado grau de eficácia nas psicoterapias breves e também nos trabalhos de intervenção em crise, na elaboração de conflitos superficiais, comuns na gestação. Contudo no caso de gestantes, os conflitos infantis são facilmente mobilizáveis pela vivência da gravidez, principalmente em primíparas, pois a mulher passará a ser mãe, a ocupar em relação ao ser que gesta, o lugar que sua mãe ocupava em relação a si, na infância. Assim, torna-se frequentemente difícil tratar seus conflitos atuais circunscrevendo-os só ao presente, pois a imagem de mãe estrutura-se desde a infância, ao longo das vivências de adolescente e de toda a estória pessoal inserida na história mais ampla da mulher.

Tivemos oportunidade de observar em instituições públicas e privadas, trabalhos de intervenção em crise nos quais

<sup>14</sup> MALDONADO, Maria Teresa P. Psicologia da gravidez. Op. cit. p.101.

atuavam profissionais diversos. Estes trabalhos eram denominados de *multi* ou *interdisciplinares* e consistiam na realidade em atendimentos sucessivos, efetuados pelos diversos especialistas. Havia uma série de aulas com um médico nas quais eram ensinados a fisiologia da concepção, o desenvolvimento fetal, as etapas do parto e pós-parto, amamentação, cuidados com o bebê; durante estas aulas, muitas vezes surgiam temores e fantasias nas gestantes, que não eram verbalizadas no momento ou, se mencionados, não eram investigados mais profundamente porque o médico não tinha ali esta função, nem o preparo para fazê-lo; tais fantasias e temores deveriam ser investigados pelo psicólogo com o qual as mulheres teriam um atendimento depois, às vezes logo em seguida, às vezes em outro dia. Os medos e fantasias não investigadas e elaborados na hora em que surgiam, perturbavam a possibilidade de introjetar o conhecimento transmitido. Esses temores e fantasias, não trabalhados no momento, além de dificultarem a aquisição do conhecimento, eram, por vezes, recalcados, não vindo a ser expressos nas sessões com o psicólogo. Em algumas instituições, além do trabalho com médicos e psicólogos, havia um trabalho corporal, em geral a cargo de um professor de ginástica ou fisioterapeuta, que se ocupava exclusivamente de questão corporal, empregando técnicas de relaxamento, respiração e ginástica. Nestas ocasiões, muitas vezes as gestantes comparavam tamanho dos abdomens, surgiam ansiedades sobre o desenvolvimento do feto, que não podiam ser expressas e trabalhadas no momento pois que a transmissão de conhecimento sobre o desenvolvimento fetal estava a cargo do mé

dico e a investigação e elaboração das fantasias a cargo do psicólogo. O recalçamento deste material, certamente dificulta a consecução de pelo menos um dos objetivos do trabalho corporal: o aprendizado do relaxamento muscular.

Neste tipo de trabalho *multi ou interdisciplinar* aparece a divisão de tarefas típicas do mundo capitalista, cada profissional sendo o *dono* de um *feudo* de conhecimento. É a dicotomização do ser humano em esferas separadas: corpo/mente, cognição/emoção, que não oferece à gestante a possibilidade de integrar os diversos aspectos da vivência, dificultando portanto sua capacidade de atuar positivamente durante o trabalho de parto.

Nosso desejo era justamente utilizar uma metodologia na qual as vivências de gestação e parto fossem trabalhadas de modo integrado, em seus diversos aspectos: corporal, emocional, cognitivo, sócio-econômico e, na qual as dicotomias pessoal/social, privado/público, corpo/mente, consciente/inconsciente, superficial/profundo fossem questionadas. Fomos encontrar a resposta a este anseio no Psicodrama de Jacob Levi Moreno.

#### 4. NOSSA METODOLOGIA: O PSICODRAMA

##### 4.1 Conceitos básicos da teoria moreniana

O termo psicodrama tem erroneamente sido usado para designar o conjunto da teoria de J.L. Moreno, a socionomia, definida pelo próprio Moreno como: *ciência das leis sociais (ou o equivalente moderno de 'lei')*<sup>15</sup>. Porém, o psicodrama, como o sociodrama, é um método da sociatria, ramo da socionomia que visa o tratamento dos sistemas sociais.\*

Apesar de julgarmos que a obra moreniana apresenta contradições e lacunas, usamos as técnicas psicodramáticas inseridas no seu enfoque teórico, valendo-nos quando necessário, de conceitos de outros pensadores que cremos compatíveis com a tarefa de elucidar pontos incompletos da teoria.

Para a compreensão do psicodrama é fundamental o conhecimento da concepção moreniana a cerca do homem e de seus conceitos básicos como momento, espontaneidade, criatividade, ego e papel.

Moreno não define momento mas nos diz as condições para a sua existência:

<sup>15</sup> MORENO, J.L. Psicoterapia de grupo e Psicodrama. São Paulo, Ed. Mestre Jou, 1974, p.39.

\* Os outros ramos da socionomia são: a sociometria, que se ocupa do estudo quantitativo das características psicossociais dos grupos e a sociodinâmica que estuda a estrutura dos grupos sociais e sua dinâmica.

A categoria de momento s̄o tem significado num universo aberto, num universo em que t̄em lugar a mudança e a novidade. Num universo fechado, pelo contrário, não existe momento e, com sua ausência, não há crescimento, espontaneidade ou criatividade. E quando tem lugar alguma novidade e a percepção de sua mudança é estimulada no sujeito, um sujeito que é capaz de 'responder'  mudança, que se pode destacar suficientemente um acontecimento para ser focalizado em sua mente como um 'momento', separado de momentos, passados e futuros como um momento particular.<sup>16</sup>

O conceito de momento contem não so o presente, mas também o passado e o futuro, que se encontram no aqui e agora em forma de lembranças ou de planos e sonhos.

A criatividade e a espontaneidade, já relacionadas no conceito de momento, estão vinculadas entre si. Moreno define a primeira por sua dinâmica interna: * necessário que penetremos em seus opostos dialéticos para esclarecer o que significa. Uma maneira de definir a criatividade é por seu estado máximo, o máximo de criatividade; um mundo que tenha sido criativo desde o princípio até o fim e que nunca deixa de ser criativo. O oposto seria o da criatividade zero, um mundo inteiramente carente de criatividade, automático, sem passado nem futuro, sem evolução nem meta absolutamente imutável e carente de sentido. A criatividade se manifesta em uma série de estados ou atos criativos.*<sup>17</sup>

<sup>16</sup> MORENO, J.L. Psicodrama. Ed. Cultrix, São Paulo, 1975. p.154-5.

<sup>17</sup> Id. Fundamentos y Normas. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1977. p.104

O produto do processo criativo é a *conserva cultural*, isto é, qualquer coisa que preserva os valores de uma cultura: um livro, um filme, um edifício, um padrão de comportamento. Moreno não nega a importância do passado, nem desvaloriza a *conserva cultural*. Apenas adverte contra seu uso como instrumento de poder na luta entre os que querem preservar o "*status quo*" e os que querem criar o futuro: *Enquanto depósito do passado, as conservas culturais preservam e continuam o eu criador do ho*m*em. Sem elas o homem poderia ver-se reduzido a criar esponta*n*eamente as mesmas formas para enfrentar as mesmas situações, dia ap*o*s dia (...)* Contudo, é perigoso que a humanidade se confie demais na *conserva cultural*. Este perigo está implícito tanto no estado final da *conserva* como no abuso dela pelo homem. Pois a criatividade espontânea – por suprema que seja em si mesma – uma vez conservada, por definição, já não é mais espontaneidade; perdeu sua atualidade no universo (...) as conservas representam o maior capital cultural, uma forma de propriedade e de poder, um meio para expressar a superioridade quando não se dispõe da superioridade da criatividade espontânea imediata.<sup>18</sup>

Moreno compara a criatividade a uma Bela Adormecida que para ser eficaz precisa de um catalizador. Este seria a espontaneidade que segundo o autor vem do latim *sua sponte* que significa *que vem de dentro* e também *por livre vontade*. Define

<sup>18</sup> MORENO, J.L. Fundamentos y Normas del Psicodrama. op. cit. p.109.

a espontaneidade como uma forma de energia, que porêem não se conserva. Surge e se consome em um momento, tem que surgir para ser consumida e tem que ser consumida para dar lugar a um novo surgimento. (...) A espontaneidade opera no *hic et nunc*. Impulsiona o indivíduo a dar uma resposta adequada a uma nova situação ou uma nova resposta a uma situação conhecida.<sup>19</sup> Para chegar-se a um estado de espontaneidade há um processo de aquecimento preparatório no qual funcionam vários agentes de arranque ou iniciadores que podem ser corporais (um complexo processo físico em que as contrações musculares desempenham um papel preponderante), mentais (sentimentos e imagens) e psicquímicos (álcool, drogas).

Moreno afirma a existência de três tipos de espontaneidade: o primeiro seria uma variedade patológica em que haveria uma resposta nova porêem não adequada à situação, como por exemplo, algumas respostas de psicóticos e crianças. A outra variedade seria uma espontaneidade estereotipada, em que a resposta é adequada à situação porêem carece de novidade suficiente ou de uma criatividade significativa para ser frutífera, como por exemplo a reação repetitiva de um comediante face a uma situação. O terceiro tipo de espontaneidade é o da elevada criatividade do gênio: Neste tipo há uma resposta adequada acompanhada por características que são por sua vez novas e criadoras. Os fenômenos resultantes podem tomar a forma de um ato ou um produto

<sup>19</sup> MORENO, J.L. Fundamentos y Normas del Psicodrama. Op. cit. p.106.

substantivo tal como um poema, uma história, um objeto de arte ou um aparelho mecânico. Para ser verdadeiramente espontâneo, o resultado tem que ser de alguma maneira novo e útil para al gum fim.<sup>20</sup> Assim, o que caracterizaria a adequação da espon taneidade seria a novidade e utilidade de seus resultados.

Encontramos, na visão de Homem de Moreno, o parâmetro pa ra julgar a utilidade de um resultado: é útil tudo o que promo ve o encontro, a cooperação e a responsabilidade do homem para com todos os seus semelhantes e com o mundo a seu redor. O con ceito de responsabilidade de Moreno extravasa os limites do nos so planeta: *O homem é um ser cósmico. (...) Pela limitação da responsabilidade do homem aos domínios psicológicos, sociais ou biológicos da vida, fez-se dele um banido. Ou ele é também res ponsável por todo o universo, por todas as formas de ser e por todos os valores, ou sua responsabilidade não significa absolu tamente nada.<sup>21</sup>*

Esta visão moreniana do homem, comprometido com o mundo e com todos os homens, decorre de sua concepção de como se cons titue o eu ou ego do indivíduo, através da formação de pa péis. Assim, o desempenho do conjunto de papéis — psicossomá ticos, psicológicos e sociais — é que constitui o eu: O de sempenho de papéis é anterior ao surgimento do eu. Os papéis não emergem do eu, é o eu quem, todavia, emerge dos papéis.<sup>22</sup>

<sup>20</sup> MORENO, J.L. Fundamentos y Normas del Psicodrama. Op. cit. p.107-8.

<sup>21</sup> Id. Psicoterapia de Grupo e Psicodrama. Op. cit. p.21.

<sup>22</sup> Id. ibid. p.25.

Para Moreno, o papel é a forma de funcionamento que o indivíduo assume, no momento específico em que reage a uma situação específica, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos.<sup>23</sup> Em outro trecho, Moreno afirma: O papel pode ser definido como uma unidade de experiência sintética em que se fundiram elementos privados, sociais e culturais (...) um papel é uma experiência inter-pessoal e necessita, usualmente, de dois ou mais indivíduos para ser realizado.<sup>24</sup>

Os papéis dividem-se em papéis fisiológicos ou psicossomáticos, psicológicos ou psicodramáticos e sociais. Os primeiros a se formarem são os psicossomáticos e correspondem às funções indispensáveis à sobrevivência da criança: comedor, dormidor, urinador, defecador. Na formação desses papéis atuam diversos fatores: 1) a espontaneidade da criança que o habilita a superar-se a si mesmo, a entrar em novas situações como se carregasse o organismo, estimulando e excitando todos os seus órgãos para modificar suas estruturas, a fim de que possam enfrentar as novas responsabilidades;<sup>25</sup> 2) a zona, isto é, o ponto focal de um dispositivo físico de arranque no processo de aquecimento preparatório de um estado espontâneo de realidade;<sup>26</sup> da zona participam não só a estrutura física da criança mas também os objetos e pessoas que entram em contato com esta

<sup>23</sup> MORENO, Psicoterapia de Grupo e Psicodrama. Op. cit. p.27.

<sup>24</sup> Id. Fundamentos y Normas del Psicodrama. Op. cit. p.238.

<sup>25</sup> Id. *ibid.* p.101.

<sup>26</sup> Id. *ibid.* p.112.

estrutura, como por exemplo, na formação do papel de comedor entram o peito da mãe, o leite, o ar entre eles. Neste primeiro universo infantil, a criança passa por dois períodos: o primeiro, de identidade total, em que pessoas e objetos, incluindo ela própria, não são diferenciados, mas experimentados como uma multiplicidade individual (matriz de identidade total); o segundo, de identidade total diferenciada ou realidade total diferenciada, em que animais, pessoas, objetos e enfim, a própria criança passam a diferenciar-se. Mas, ainda não existe a diferença entre o real e o imaginado, que se instala no início do segundo universo quando: *Formam-se dois conjuntos de processos de aquecimento preparatório – um de atos de realidade, outro de atos de fantasia – e começam se organizando. (...) a função da realidade opera mediante interpolações de resistências que não são introduzidas pela criança mas lhe são impostas por outras pessoas, suas relações, coisas e distâncias no espaço e, atos e distâncias no tempo.*<sup>27</sup> E esta brecha entre fantasia e realidade que gera dois novos conjuntos de papéis: os que correlacionam a criança com pessoas, coisas e metas do ambiente real, exterior a si mesma, e a pessoas, objetos e metas que ela imagina estarem fora de si mesma.<sup>28</sup> Ao primeiro, Moreno denomina papéis sociais e dá como exemplo o de filho, pai, bombeiro, etc. Aos imaginados, denomina papéis psicodramáticos ou psicológicos e dá como exemplo o de Deus. O desen

<sup>27</sup> MORENO, J.L. Fundamentos y Normas del Psicodrama. Op. cit. p.123.

<sup>28</sup> Id. *ibid.* p.124.

volvimento da criança passa, pois, por três etapas fundamentais: a da identidade do eu com o tu, do sujeito com os objetos circunvizinhos, a do reconhecimento do eu, de sua singularidade como pessoa, e a do reconhecimento do tu, reconhecimento dos outros. Os papéis psicossomáticos e psicológicos já se formam dentro dos papéis sociais. Moreno, porém, vê a formação dos papéis sociais do ponto de vista de uma sociologia dos pequenos grupos, de uma microssociologia não inserida numa perspectiva mais ampla, sem levar em conta fundamentos econômicos e históricos. Assim, não relaciona a formação do papel social com o papel de classe e parece-nos que esta inserção é fundamental para explicar as patologias e ansiedades no desempenho dos papéis. Moreno afirma que *a função do papel é penetrar no inconsciente, desde o mundo social, para dar-lhe forma e ordem,*<sup>29</sup> e assinala a ansiedade causada pelo desempenho dos papéis socialmente determinados, sem contudo oferecer uma explicação efetiva: *todo e qualquer indivíduo está cheio de diferentes papéis em que deseja estar ativo e que nele estão presentes em diferentes fases do desenvolvimento. É em virtude da pressão ativa que essas múltiplas unidades individuais exercem sobre o papel oficial manifesto que se produz amiúde um sentimento de ansiedade.*<sup>30</sup>

<sup>29</sup> MORENO, J.L. Psicoterapia de Grupo e Psicodrama. Op. cit. p.28.

<sup>30</sup> Id. *ibid.*

A explicação para as ansiedades e conflitos no desempenho dos papéis reside, em nosso entender, no fato de que cada ser humano, cada ego constitui-se de diversos papéis, todos formados nos aparelhos ideológicos do Estado<sup>31</sup> e trazendo as marcas das contradições e dos antagonismos ideológicos existentes em cada um desses aparelhos. A ideologia, representação da relação imaginária dos indivíduos com suas condições reais de existência, tem uma existência material: existe em um aparelho e em suas práticas e rituais. A ideologia transforma os indivíduos em sujeitos através da *interpelação* operação que, segundo Althusser, pode ser entendida como o tipo mais banal de *interpelação policial* (ou não) cotidiana: 'ei, você aí'.<sup>32</sup> Os indivíduos são *interpelados*, transformados em sujeito, já mesmo antes de nascer: as formas de ideologia familiar/paternal/conjugal/fraternal, que constituem a espera do nascimento da criança, lhe conferem antecipadamente uma série de características: ela terá o nome do seu pai, terá portanto uma identidade, e será insubstituível. Antes de nascer a criança é portanto sujeito, determinada a sê-lo através de e na configuração ideológica familiar na qual ele é 'esperado' após ter sido concebido.<sup>33</sup> A ideologia, pela *interpelação*, tem o efeito característico de impor, sem parecer fazê-lo, as evidências como evidências, que não podemos deixar de reconhecer. É a função

<sup>31</sup> ALTHUSSER, Louis. Aparelhos Ideológicos do Estado. Rio de Janeiro, Graal, 1987 (3a. ed.).

<sup>32</sup> Id. *ibid.* p.96.

<sup>33</sup> Id. *ibid.* p.98.

de *reconhecimento*, sendo o *desconhecimento* sua função inversa.

Segundo Althusser, envoltos no sistema de interpelação os sujeitos *camínham por si mesmos* na maioria dos casos, isto é, inserem-se nas práticas e rituais dos AIE, exceto os *maus* sujeitos; que provocam a intervenção de algum setor do aparelho repressivo do Estado.

Em termos de teoria de papéis podemos dizer que cada aparelho ideológico interpela o *sujeito* em forma de papel: o aparelho religioso interpela-o no papel de fiel, padre, pastor, etc; o escolar nos de aluno, mestre, bedel, diretor, etc; o aparelho familiar como filho, pai, irmão, mãe, etc. As interpelações são complementares pois um *sujeito* sô pode ser interpelado como professor se houver um outro interpelado como aluno, isto é, a cada papel corresponde sempre um contra-papel. A ideologia que interpela o sujeito em cada AIE é a de classe dominante, e através das práticas e rituais próprios de cada aparelho, objetiva subjugar a espontaneidade e a criatividade do ser humano, sujeitando-o em papéis *conservados* e conservadores. Porém, a ideologia da classe dominante não é a única presente e circulante nos AIE *porque a resistência das classes explora*das pode encontrar o meio e a ocasião de expressar-se neles, utilizando as contradições existentes ou conquistando pela luta posições de combate.<sup>34</sup>

<sup>34</sup> ALTHUSSER, Louis. Aparelhos Ideológicos do Estado. Op. cit. p.71.

Assim, cada papel constitui-se de modo contraditório, abrangendo as contradições das ideologias antagônicas nos AIE. Estando cada ser humano inserido em diversos AIE, é portanto interpelado como sujeito em diversos aparelhos ideológicos, sendo portanto sujeito de diversas sujeições, que, se bem tenham todas as homogeneidades da sujeição de classe, têm também as contradições de luta das ideologias antagônicas existentes em cada AIE. Isto é, cada ser humano é formado por diversos papéis, todos ideológicos e trazendo as marcas das contradições e dos antagonismos ideológicos existentes em cada AIE. Nenhum ser humano, é um sujeito no sentido ideológico de ser livre, nem *indivíduo* no sentido, também ideológico, de indiviso, que não se divide. Mas, ao contrário, é dividido em papéis contraditórios em si e entre si. Isto explica porquê, se bem que, como diz Althusser, a maioria dos indivíduos *camínhem por si próprios* nas trilhas da sujeição, esta caminhada não se dá sem sofrimentos e conflitos, e a espontaneidade e criatividade não são totalmente subjugadas.

A conscientização da formação ideológica dos papéis e das contradições intra e interpapéis ajuda a liberar a espontaneidade e a criatividade, e a desconservar em certa medida, os papéis. Vejamos como o psicodrama, através de suas técnicas, contribue para esta conscientização.

#### 4.2 O psicodrama

Segundo Moreno, drama é uma transliteração do grego que significa *ação* ou *coisa feita*. Assim, o psicodrama é uma *transliteração de uma coisa feita à psiquê e com a psiquê – a psiquê em ação*. O psicodrama pode ser definido, pois, como a *ciência que explora 'a verdade' por métodos dramáticos*".<sup>35</sup> A diferença entre o psicodrama e o outro método da psiquiatria, o *sociodrama* não reside no objeto de um ser a *psiquê* e o do outro o *socius*. Isto não faria sentido pois esta dicotomia entre a *psiquê* e o *socius* não existe na obra moreniana. A diferença, como assinala Alfredo Naffah Netto, é apenas de ponto de partida: *O psicodrama parte de um mundo pessoal e privado e vai buscar a sua inscrição num drama coletivo (...) o sociodrama, por outro lado, parte dos conflitos sociais, tal qual objetivados enquanto eventos reais, e convida cada um de seus agentes potenciais a vivê-los na própria pele.*<sup>36</sup>

O psicodrama é, pois, a representação de uma situação ou conflito, sem roteiro determinado, para que a espontaneidade e a criatividade possam surgir, com finalidade terapêutica e/ou pedagógica. Utiliza, para tanto, cinco instrumentos:

<sup>35</sup> MORENO, J.L. Psicoterapia de Grupo e Psicodrama. Oç. cit. p.61.

<sup>36</sup> NAFFAH NETTO, Alfredo. Descolonizando o imaginário. Ed. Brasiliense, São Paulo, 1979. p.239.

1) O cenário: espaço onde ocorre a ação dramática; pode ser um palco ou apenas um local delimitado no recinto onde se realiza a sessão. Moreno assim o define: o espaço do cenário é uma ampliação da vida além da vida real. Realidade e fantasia não estão em contradição, mas ambas são funções de uma esfera mais vasta, o mundo psicodramático de objetos, pessoas e acontecimentos. Aqui o pai de Hamlet é exatamente tão real e tem tanto direito a existir como o próprio Hamlet. Ilusões e alucinações ganham forma através da corporificação no cenário e são colocados em igualdade de condições com percepções normais.<sup>37</sup>

2) O protagonista: aquele que vai dramatizar seus conflitos. É convidado a atuar livremente, seja reconstruindo seu passado, fantasiando seu futuro, ou expressando algo que sente naquele exato momento. Quando se trata de um trabalho em grupo, é aquele que está mais aquecido para expressar seus conflitos e, em geral, aquele cujos conflitos provocam o maior número de identificações entre os membros do grupo e que, portanto, representando seu próprio drama, representa o drama do grupo.

3) O diretor: é, no psicodrama terapêutico, o terapeuta; no psicodrama pedagógico, o professor. O terapeuta psicodramatista não procura uma atitude distante e impessoal; ao contrário, deve ter uma elevada sensibilidade e procurar o encontro com o paciente.

<sup>37</sup> MORENO, J.L. Psicoterapia de Grupo e Psicodrama. Op. cit. p.106-7.

4) Os egos-auxiliares: pessoas que co-atuam com o protagonista representando pessoas, sentimentos e coisas de seu mundo real ou fantasiado. Há ego-auxiliares profissionais, isto é, especialmente treinados para exercer esta função, mas os próprios membros de um grupo podem funcionar como ego-auxiliares uns para os outros. Quando, em um grupo terapêutico, atua uma dupla de terapeutas em co-coordenação, um deles pode dirigir a dramatização e o outro funcionar como ego-auxiliar.

5) O público: no caso da psicoterapia de grupo em consultório, compõe-se dos clientes. No caso do psicodrama pedagógico é formado pelo conjunto dos alunos. Em psicodrama, terapêutico ou pedagógico, aberto ao público, é qualquer pessoa que vá assistir à dramatização. Segundo Moreno, o público *auxilia o paciente funcionando como caixa de ressonância da opinião pública. Reações e observações do público sobre os acontecimentos são tão espontâneos como as do paciente.*<sup>38</sup>

Todo psicodrama atravessa três fases:

1) O aquecimento ou preparação – pode dividir-se em: (a) aquecimento do grupo – compreende a busca do problema a ser trabalhado e a escolha do protagonista; (b) aquecimento do protagonista – são as ações que o protagonista faz para indicar as linhas gerais do problema, os personagens, seu local, hora e cenário. No psicodrama individual há o aquecimento inespecífico – a identificação do problema a ser trabalhado, e o aquecimento específico que é preparação da cena pelo protagonista.

<sup>38</sup> MORENO, J.L. Psicoterapia de Grupo e Psicodrama. Op. cit. p.108.

2) A dramatização propriamente dita – é a fase mais importante. O paciente-ator representa seu próprio drama ajudado pelos ego-auxiliares e pelo diretor que interagem com o protagonista. Os ego-auxiliares, profissionais ou não, representam os papéis, seguindo as indicações do diretor que também propõe as técnicas a serem usadas e nas quais a ação está sempre presente, podendo ser representada, cantada, dançada, desenhada. A palavra não está excluída e pode aparecer em diálogos ou monólogos, concomitantemente ou não, à ação.

Três técnicas são básicas e fundamentais, por corresponderem às etapas essenciais do desenvolvimento humano: o duplo correspondendo à etapa da identidade do eu com o tu, do sujeito com o mundo à sua volta; o espelho, correspondendo à etapa do reconhecimento do eu, da singularidade como pessoa, e a inversão de papéis correspondendo à etapa do reconhecimento do tu, do outro. Na primeira, um ego-auxiliar atua simultaneamente com o protagonista, duplicando suas ações. Procura perceber os sentimentos do protagonista e, em algum momento, pode explicitar, através de ações ou palavras, aqueles sentimentos e desejos, que o protagonista, por qualquer razão, não consegue exprimir. No "espelho" o protagonista sai do cenário e o ego-auxiliar atua, imitando-o, o que dá ao protagonista a possibilidade de se ver de fora, como outros o vêem. Na inversão de papéis o protagonista assume o papel do outro, com quem está contracenando, o que lhe permite experimentar os possíveis sentimentos e percepções dos que ocupam, na sua vida, a outra extremidade de seus próprios papéis (seus contra-papéis).

A atuação nos papéis psicodramáticos permite ao protagonista (e por extensão, ao grupo), na medida em que vive seus papéis e contra-papéis, ir desvelando como os mesmos se constituíram ideologicamente, na ordem social; ir percebendo como os papéis psicossomáticos e psicológicos estão formados pelos papéis sociais e como estes estão inseridos em um papel de classe e marcados pelas contradições das ideologias antagônicas em luta nos Aparelhos Ideológicos do Estado.

O protagonista obtém, assim, a *catarse de integração*, que, segundo Moreno, é a verdadeira catarse e consiste em uma nova visão da realidade e de suas próprias potencialidades para transformá-la e transformar-se, sendo a ab-reação e descarga de emoções, quase sempre presentes, apenas sua manifestação superficial.

3) Comentários ou *sharing\** — é a fase final em que os membros do grupo expressam que sentimentos a dramatização lhes suscitou, como se identificaram com os conflitos ali representados e como os analisam. Assim, a temática trabalhada pelo protagonista é ampliada para o grupo e transposta do contexto dramático para o social. Esta transposição é uma das funções dessa fase, e ao ocorrer, aprofunda a catarse do protagonista e do grupo, promovendo o encontro propugnado por Moreno. Encontro consigo próprio, que é, sempre, necessariamente, o encontro com o mundo, com o outro, como o expressa Moreno nestas palavras do poema *Divisa*:

\* Do verbo inglês *to share*: partilhar.

Um encontro de dois: olhos nos olhos, face a face.  
 E quando estiveres perto, arrancar-te-ei os olhos  
 e coloca-los-ei no lugar dos meus;  
 E arrancarei meus olhos  
 para colocá-los no lugar dos teus;  
 Então ver-te-ei com os teus olhos  
 E tu ver-me-ás com os meus.

Assim, até a coisa comum serve o silêncio  
 E nosso encontro permanece a meta sem cadeias:  
 O lugar indeterminado, num tempo indeterminado,  
 A palavra indeterminada para o homem indeterminado.<sup>39</sup>

A atuação nos papéis psicodramáticos aproxima os homens da *Divisa* de Moreno pois o homem não pode atingir o encontro total, a indeterminação, como bem o expressa Alfredo Naffah Netto nestas palavras: "... a verdade revelada é sempre parcial e aponta para uma nova verdade que negará a primeira para retomá-la dentro de uma nova ordem e, assim, sucessivamente. O que significa que, se o papel psicodramático é, enquanto posição de abertura e revelação de existência, um movimento de negação de si mesmo enquanto papel, termina, por força da própria parcialidade onde se situa, retomando-se ainda como papel. Ou, em outros termos, se a sua ação é, enquanto esforço, uma abertura que tende à revelação e ao desvelamento total da existência, esta totalidade nunca se completa, porque a existência não é um objeto estáti

<sup>39</sup> MORENO, J.L. Psicoterapia de Grupo e Psicodrama. Op. cit. p.3.

co, como tão pouco o é a realidade que ela retoma no seu âmbito. Sempre situado no mundo, o sujeito nunca pode ser uma transparência em relação a si mesmo; por isto estará sempre, mais ou menos, envolvida num ou noutra papel, e este envolvimento é no fundo, aquilo que o une ao mundo e que faz dele um ser fundamentalmente social.<sup>40</sup>

Antes de encerrarmos este capítulo, achamos relevante mencionar a visão de Moreno sobre o parto e tecer algumas considerações sobre o emprego do psicodrama no grupo de gestantes.

Para Moreno, o nascimento não é um trauma, mas o momento de máxima espontaneidade do homem. O feto atua com seus próprios dispositivos físicos de arranque, sua cabeça e seus pés pressionando contra as paredes musculares do útero, a fim de adquirir impulso. Entretanto, seus esforços não podem ser solitários: têm que ser ajudados pelos arranques tanto físicos (contrações involuntárias do útero), quanto mentais da mãe. (ma nobra de força consciente, no momento da expulsão). Entretanto, se, como diz Moreno, a criança tem de atuar em papéis sem possuir um ego ou personalidade para desempenhá-los, atuando assim com a máxima espontaneidade, a mãe já tem sua espontaneidade limitada pelos papéis conservados da cultura. Seus arranques físicos e mentais podem, pois, não operar, gerando inúmeros problemas tais como a não entrada espontânea em trabalho de parto, caso em que, frequentemente o médico recorre a arranque psicoquímico: a indução do parto através da administração de ocitocina.

<sup>40</sup> NAFFAH NETTO, Alfredo. Descolonizando o imaginário. Op. cit. p.181.

Determinados partos prematuros também poderiam ser explicados pelo funcionamento patológico dos arranques físicos maternos. O médico e a equipe de saúde, por sua vez, também cristalizados em seus papéis, frequentemente atuam de forma estereotipada, não respeitando o ritmo e peculiaridades de cada parto.

O psicodrama, como dissemos, pode ter finalidades tanto terapêuticas, quanto pedagógica. No cenário, tudo pode ser representado: cenas e fatos da vida cotidiana, fantasias, emoções e até órgãos internos tais como útero, trompas, ovários, podem adquirir vida e falar, agir. Assim, as técnicas psicodramáticas tanto permitem a elaboração das representações da realidade, quanto a aquisição de conhecimentos objetivos. Uma vez que alguém representa, no cenário, com o próprio corpo e o dos companheiros, por exemplo, a anatomia feminina interna e externa, pode verificar, tanto suas fantasias e emoções sobre o assunto, quanto adquirir conhecimentos sobre o mesmo, em geral, de modo duradouro.

Portanto, o emprego do psicodrama, no grupo de gestantes, integrando os aspectos terapêuticos e pedagógicos, atinge todos os objetivos que citamos ao final do 19º capítulo, como necessários a uma preparação eficaz para o parto e maternidade.

## CAPÍTULO III

### QUESTIONANDO A REALIDADE: NOSSOS GRUPOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO

#### 1. OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS DOS GRUPOS

Nosso objetivo, nos grupos de gestante, era preparar a mulher ou o casal para viverem o parto e a maternidade/paternidade da forma mais espontânea e criativa, possível a cada um.

Optamos por atendimento em grupo por considerarmos fundamental a troca de experiências entre várias pessoas, partilhando todas a mesma situação vital. Contudo, eventualmente fazíamos atendimento individual em casos de perturbações graves que demandassem maior atenção ou em casos de impossibilidade de horário para grupo.

Descreveremos o trabalho que realizamos, entre 1976 e 1983, com grupos de classes média no CEAMI. (Centro de Estudos e Atendimento à Mulher e à Infância) e de julho de 1984 a fevereiro de 1986 com classe popular no Sub-Posto de Saúde de Saracuruna no Município de Duque de Caxias, como parte do projeto de educação popular do Centro Comunitário Duque de Caxias, da Igreja Metodista.

Nos grupos de classe média atendemos, durante este período, cerca de 130 gestantes e nos de classe popular 47. Ambos tinham características, temas e problemas comuns, como possuíam

suas especificidades, que iremos assinalando ao longo deste capítulo. Os objetivos, a filosofia, a metodologia eram as mesmas em ambos os grupos, havendo apenas adaptação de algumas técnicas quando havia mulheres que não sabiam ler. Tais adaptações serão assinaladas quando falarmos das técnicas empregadas.

As mulheres de classe média eram, em sua grande maioria primigestas, de nível universitário, inseridas no setor formal do mercado de trabalho, moradoras de bairros das zonas Sul e Norte próximos ao centro do Rio, casadas ou vivendo maritalmente com o pai do bebê.

Nos grupos de classe popular a maioria tinha apenas até a 4ª série do 1º grau; algumas possuíam o 1º grau completo, poucas não sabiam ler e apenas uma estava cursando universidade — curso de pedagogia. Todas, sem exceção, estavam desempregadas sendo que algumas faziam biscates, como, por exemplo, faxinas. Algumas já tinham tido empregos anteriores em fábricas ou no comércio. A maioria também era casada ou vivia maritalmente com o pai do bebê. Havia maior proporção de gestantes em segunda gravidez e até mesmo de múltíparas. Eram todas moradoras de Saracuruna e Jardim Primavera, dois bairros contíguos e distantes cerca de 50 minutos de ônibus do centro de Caxias. Ambos os bairros têm luz elétrica e água encanada, não dispendo porém de calçamento nem rede de esgoto, sendo o sistema de escoamento dos detritos domésticos o de valas abertas. Não há coleta regular de lixo e há grandes extensões não construídas, onde cresce mato. A maioria das habitações são de al

venaria e sō existe iluminaçāo pūblica nas ruas principais.

Os grupos de classe mēdia realizavam-se tanto em horários diurnos, quanto noturnos. Em Caxias realizaram-se sempre à tarde, pois as distâncias e difíceis condições de transporte e de falta de iluminaçāo pūblica, faziam com que as mulheres rejeitassem o horário noturno. O grupo era realizado no Sub-Posto de Saūde, cedido pela Secretaria Estadual de Saūde. O horário diurno explica o fato de todas serem desempregadas.

As gestantes de classe mēdia, em sua quase totalidade, faziam o pré-natal e o parto com médicos particulares autônomos ou conveniados com grupos de atendimento privado tais como Goldem Gross, Unimed, Amil, etc. Durante todo nosso trabalho no CEAMI sō três clientes nossas fizeram pré-parto e parto na rede pūblica. Todas as gestantes de classe popular, sem excesso, faziam o atendimento pré-parto e o parto através do INAMPS, nas clínicas conveniadas.

Os grupos tinham sempre um mínimo de quatro e um máximo de 12 pessoas. Os de classe mēdia, no início, eram sō femininos e fechados, isto é, iniciavam-se com um número determinado de participantes e no se admitia entrada de novos membros até concluído o trabalho do grupo, que em geral durava de quatro a cinco meses. Posteriormente passamos a trabalhar com grupo aberto, isto é, com prazo determinado para início, porém no para término, e no qual à medida que as gestantes vo tendo bebê e deixando o grupo, outras vo sendo admitidas. Passamos, tamém

bém, a atender casais. Nos grupos sō de mulheres, em geral, marcava-se, de acordo com o desejo e a conveniência do grupo, duas ou três sessões para os futuros pais.

De início os grupos eram realizados em duas sessões semanais de uma hora cada, numa das quais fazíamos principalmente trabalho de conscientização corporal, relaxamento e respiração e na outra realizávamos o trabalho de conscientização dos aspectos biológicos e sócio-econômico-culturais da gestação, parto e pós-parto. Posteriormente, passamos a integrar tais trabalhos, através do psicodrama terapêutico-pedagógico em uma única sessão semanal de duas horas.

Os grupos de classe popular foram sempre abertos, em sessão única semanal de duas horas e exclusivamente femininos. A participação do homem, seja nas consultas prē-natais, no grupo preparatório ou no parto, não faz parte da cultura popular; não é sequer cogitada pelas gestantes ou pelos maridos. Sem dúvida que as condições objetivas de trabalho assalariado com rígidos controles de horário, e a própria proibição da rede pública da participação de qualquer acompanhante, seja feminino ou masculino, no decorrer do parto, não favorece a existência dessa demanda. A participação do marido na classe popular, em geral, restringe-se a levar a mulher até a maternidade, caso o trabalho de parto se inicie em horário em que não esteja trabalhando, ou em visitá-la no curto horário de visita, após o parto. Porém as gestantes de classe popular que atendemos, relatavam

transmitir aos maridos as informações que obtinham no grupo.\*

Nos grupos, procuramos estabelecer uma relação coordenador/coordenandos que fosse aberta e de troca, não se ocultando o poder específico do coordenador nem o de cada participante do grupo, mas desnudando e questionando os limites desses podes.

As metas e objetivos a serem alcançados e as regras de funcionamento eram determinadas no debate grupal e reelaboradas no decorrer do trabalho, partindo sempre do levantamento do universo referencial do grupo, isto é, do conjunto de sensações, emoções, idéias do grupo sobre os temas a serem abordados. Em geral, os temas seguem uma seqüência, não havendo porém rigidez visto que em cada reunião identifica-se o tema gerador, isto é, aquele que o grupo necessita trabalhar e que será visto nos seus diversos aspectos, nas suas contradições internas e contradições e interligações com outros temas, cada vez mais amplos, até os limites do desejo e possibilidades de cada grupo.

Quatro temas gerais perpassavam todos os temas específicos tratados no grupo: as relações familiares, mais especificamente mãe/filho e homem/mulher, a relação médico/paciente, o poder e a sexualidade que permeiam as relações.

\* No próximo capítulo veremos um caso de intervenção de um marido de classe popular no parto de sua mulher, motivado por uma situação de extremo conflito com o médico e baseado nas informações sobre parto que adquirira através dos relatos de sua mulher sobre o conteúdo do grupo. Depoimento M.

Os temas específicos listados a seguir são trabalhados, mais ou menos, na seqüência exposta:

- a) levantamento das expectativas do grupo e estabelecimento do contrato de trabalho;
- b) sensações no parto e noções gerais sobre as suas etapas;
- c) anatomia e fisiologia feminina;
- d) gravidez: alterações físicas, emocionais, sociais que acarreta;
- e) desenvolvimento fetal;
- f) parto: seus sinais, fases, possíveis condutas médicas e da gestante, tipos de parto, tipos de anestesia;
- g) pós-parto: aspectos físicos, emocionais, sociais, relação com o bebê, amamentação, relação pai/mãe/filho.

Cada tema pode ocupar uma ou mais sessões, sendo frequente que ocupem mais de uma e retornem em diversas ocasiões, especialmente quando o grupo é aberto.

Os objetivos e expectativas, das gestantes e da coordenação, constituem o primeiro tema do grupo. A maior parte das gestantes, tanto de classe média quanto de classe popular, procurava os grupos movida pelo medo ao parto e principalmente à dor, se bem que também era verbalizado o medo de morte, própria ou do feto, principalmente em gestantes de classe popular. Outras expectativas que surgiam: a) compreender e aprender a li

dar com as transformações físicas, emocionais e sociais ocorridas durante a gestação e geradoras de muita ansiedade: esta expectativa aparecia mais freqüentemente em gestantes de classe média se bem que as de classe popular também a trouxessem com relativa freqüência através de expressões tais como: *Fiquei nervosa com a gravidez e queria ver se aqui no grupo poderia melhorar desse nervoso.* b) aprender a cuidar do bebê: esta demanda era bem mais freqüente na classe média. As gestantes de classe popular, em geral, possuem experiência de ajudar a cuidar de irmãos e crianças pequenas da rede de parentes e vizinhos. c) refletir sobre a maternidade e relação com o pai do bebê: expectativa típica de classe média, raramente sendo expressa por gestantes de classe popular.

Após o levantamento das expectativas, a seqüência de temas exposta acima ocorria naturalmente, visto que a principal demanda é saber o que fazer para evitar a dor e, verifica-se, quando se faz o levantamento do universo referencial do grupo, que há um quase total desconhecimento de fatos objetivos sobre o parto. O nível de ansiedade sobre estas questões é grande, sendo necessário que se forneça de imediato, noções gerais sobre o parto, e se discuta a questão das sensações e ele ligadas, inclusive a dor; estas próprias noções acarretam a necessidade de entender a anatomia e fisiologia femininas (tema c), o que por sua vez leva à discussão das modificações físicas, emocionais e sociais ocorridas na gestação (tema d); como destas, a principal é a presença do feto em crescimento, passamos

ã discussão do desenvolvimento fetal (tema e); o término do desenvolvimento fetal conduz ao início do trabalho de parto, discutindo-se, então, os seus sinais (tema f), e logo a seguir as questões relativas ao seu desenrolar (tema g) e, por fim, ao pós-parto (tema h). Passaremos a ver como os temas gerais e específicos eram trabalhados.

## 2. TEMAS GERAIS

As relações familiares e médico/cliente, a sexualidade e o poder eram temas que surgiam em quase todas as seções. Estão estreitamente relacionados entre si, pois, é nas relações familiares, escolares e de atendimento à saúde que a sexualidade é ensinada e aprendida, que os padrões de comportamento são formados, através do exercício de poderes.

### 2.1 - O poder

Vemos o poder existente nestas relações com a perspectiva colocada por Foucault,<sup>1</sup> de que o poder não é algo que se possui como uma coisa, um objeto. Entendemos que existem práticas de poder, nas quais tanto um quanto outro polo da relação exercem poderes específicos, têm práticas próprias, das quais a repressão não é a mais eficiente nem a mais utilizada. A disciplina, no sentido da produção de normas e modelos de conduta, e a produção de saberes são funções de poder tanto a nível macro quanto micro, amplamente utilizadas, altamente eficazes e intimamente relacionadas: poder gera saber que por sua vez gera mais poder.

Esta questão é trabalhada nos grupos, não só através da discussão das práticas de poder existentes nas relações cotidianas de cada participante, mas procurando desnudar também os poderes específicos no grupo, seja dos coordenadores, seja das gestantes ou seus companheiros.

<sup>1</sup> FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Op. cit.

## 2.2 - As relações familiares

Dentre as relações familiares duas eram particularmente debatidas e trabalhadas em nossos grupos de gestantes: a relação homem/mulher, origem da gestação e a relação mãe/filho.

Com o papel de mãe perfeita, doadora, profundamente introjetado, e ao mesmo tempo, principalmente as gestantes de classe média, imbuídas do moderno questionamento deste papel e da necessidade ou desejo de realizar-se como pessoa em outros campos (trabalho, estudo, militância política), as gestantes vinham aos grupos carregadas de sentimentos contraditórios, medos, culpas, conflitos, dos quais o básico era entre ter ou não o bebê, entre a aceitação e a rejeição da gravidez.

Sempre perguntamos nos grupos se a gestação foi planejada e era surpreendente o número de mulheres que não haviam planejado conscientemente a gravidez. Mesmo naquelas que desejaram e planejaram a gravidez, o conflito se expressava em dúvidas tais como: *Será que já estou preparada para ser mãe?* Nas que não planejaram a gravidez, notávamos, por um lado, desejo intenso de ser mãe, e do outro, medo de que a maternidade ocasionasse mudanças e danos na vida pessoal, profissional e na relação do casal, além do receio de não corresponder à imagem idealizada de boa mãe. Observávamos, ao mesmo tempo um sentimento de culpa pela rejeição da gravidez e da maternidade, que era expresso muitas vezes pela preocupação sobre se o feto percebia os sentimentos da mãe e seria prejudicado em seu desenvol

vimento emocional por esta *rejeição*. A dessiminação do comportamento de perceber o feto como um ser que já sente e reage aos sentimentos da mãe decorre a nosso ver, em grande parte, do avanço da tecnologia que já fotografa o feto vivo no útero materno, da ultrassonografia, das técnicas de ampliação dos seus batimentos cardíacos, cada vez mais difundidas. Encontramos esta percepção do feto como um ser que sente e reage, não apenas em gestantes de classe média, com quem esta tecnologia médica é empregada mais freqüentemente, mas também em classe popular onde os meios de comunicação de massa (revistas e televisão) divulgam fotos de feto chupando o dedo, bocejando, etc.

Algumas gestantes de classe popular chegaram ao grupo após tentativas de aborto, através de métodos diversos, principalmente da ingestão de chás, ou coquetéis de remédios. Nestes casos, o sentimento de culpa apresentava-se exarcebado pelo medo de ter causado um dano físico, concreto, ao feto.

Trabalhamos esta questão no grupo na perspectiva de que o binômio aceitação/rejeição está presente, em todas as relações humanas, inclusive na relação mãe/filho, podendo os polos desse binômio apresentarem-se em proporções diferentes e variáveis ao longo dos diversos momentos da relação. O próprio fato de uma gestante ter se dedicado a fazer uma preparação para o parto, significa uma predominância do polo de aceitação e procuramos assinalar isto, sem negar o outro polo de conflito. Julgamos importante desnudar o conflito e para isto, uma das técnicas que utilizamos é a de pedir que as gestantes listem, em um

lado de uma folha de papel o que elas imaginam que a maternidade lhes dará e no outro o que a maternidade lhes tirará. Tal exercício pode ser feito pelo grupo em conjunto, cada uma dizendo sucessivamente um ganho e uma perda advinda da maternidade e o coordenador escrevendo em uma grande folha de papel pardo ou, ser feito em duas etapas: uma individual e outra coletiva. Na primeira etapa as gestantes escrevem seus ganhos e perdas individualmente e na segunda misturam-se os papéis e cada uma retira aleatoriamente um papel e lendo-o em voz alta, comenta, se se identificou ou não com aqueles ganhos e perdas. Por fim, o grupo pode ou não fazer uma listagem única. Este exercício pode ser feito especificamente em relação à gestação, examinando os ganhos e perdas desse momento particular. A primeira forma citada foi empregada com muito êxito grupos de classe popular, onde o grau de escolaridade era diversificado, havendo gestantes que não sabiam ler.

A temática da aceitação/rejeição pode ser trabalhada somente a nível verbal, examinando-se o material trazido pelas participantes. A relação das gestantes com sua própria mãe é sempre levantada no grupo, seja por ser espontaneamente trazida por algumas delas, seja sendo perguntada pela coordenadora. Esta relação é examinada tanto no binômio aceitação/rejeição que a gestante sente que recebe ou recebeu de sua mãe, quanto nos seus sentimentos para com sua mãe, na infância e na idade adulta. Nos grupos em que há secundíparas examinamos a relação concreta de aceitação/rejeição do filho já existente, desmistificando-se a imagem da mãe perfeita, doadora, só aceitação.

Discutimos a possibilidade e a normalidade de sentimentos de depressão e raiva do bebê, no pós-parto. Os resultados desses trabalhos eram uma diminuição do nível de culpa em relação à *rejeição* da gravidez e da maternidade e um aumento do nível de realidade em relação aos problemas a serem enfrentados.

Juntamente com o questionamento da relação mãe/filho aparecia o questionamento do papel do pai neste triângulo. As gestantes de classe média, traziam o questionamento sobre as desigualdades entre os sexos e sobre a estereotipia e excludência dos papéis paterno e materno. Em geral, reivindicavam a participação do pai da criança, quando companheiro ou marido, na gestação e no parto, e nos cuidados posteriores com o bebê. A participação do marido na gestação e parto traduzia-se, entre outras coisas, pela sua presença nas consultas pré-natais, nos cursos de preparação e na sala de parto. As mulheres de classe popular nem chegavam a levantar a hipótese da presença do marido, nessas ocasiões, pois, como já dissemos, sabiam-no impossibilitado pelos horários rígidos de trabalho, e interditado pelos organismos de atendimentos da rede pública. Porém, com alguma frequência, faziam referência ao fato de contarem ao marido o que aprendiam no curso e expressavam o desejo de que ele as ajudasse em alguma medida, mesmo que mínima, nos cuidados iniciais com o bebê. Esperavam também que fosse o marido a levá-las para a maternidade, caso o trabalho de parto se iniciasse em um momento em que ele estivesse presente.

Discutíamos nos grupos nossa visão de que as diferenças biológicas entre homens e mulheres e, entre elas, fundamentalmente, a capacidade de gestar e parir, de per si, não gerariam nenhuma inferioridade ou desigualdade, psicológica ou social, sem a produção cultural sobre elas; de que a gestação, o parto e o exercício da maternidade são utilizados ideologicamente, para acentuar a dominação da mulher, controlando sua participação no processo produtivo; a idéia de que o grau de participação dos cônjuges no cuidado com a criança está determinado, pelas circunstâncias sociais e econômicas concretas, e pelos condicionamentos ideológicos.

Se, por um lado as gestantes, principalmente as de classe média, vinham, embuidas dos questionamentos sobre as desigualdades entre os sexos e reivindicando a participação do pai nos cuidados com a prole, por outro lado a ideologia que coloca os cuidados diretos com o filho, como responsabilidade e poder específico da mulher, mostrava-se fortemente introjetada.

Usaremos para ilustrar, tanto a introjeção de papel de mãe e de mulher/esposa quanto a forma como trabalhamos o tema, uma dramatização ocorrida em um grupo de classe média. Trata-se de um grupo realizado em 1980, no CEAMI, com seis mulheres, todas de nível de instrução superior, primigestas, casadas ou vivendo maritalmente com os pais do bebê e exercendo atividades profissionais. Apesar de, nesta época, já fazermos grupos de casais, os futuros pais deste grupo não participavam por impossibilidade de horário. Quando estabelecemos o contrato grupal,

combinamos que haveria de uma a três sessões, marcadas previamente, às quais os futuros pais assistiriam. Estas gestantes afirmavam sempre o desejo de partilhar o cuidado do filho com o marido, no pós-parto. Na primeira sessão com os pais presentes, o tema foi o parto, seus sinais, a rotina na maternidade. Na segunda sessão, quando ocorreu a dramatização em questão foi como cuidar do bebê. Propusemos que se dramatizasse a chegada em casa com o bebê, representado por um boneco. Um casal ofereceu-se para dramatizar:

*Chega em casa com o bebê. Como diretora da dramatização, afirmamos que o bebê está chorando. A mãe decide amamentá-lo. Após fazê-lo, coloca-o ao ombro para eructar. Introduzimos uma situação problema: o bebê não consegue eructar. A mãe fica preocupada, não sabe o que fazer, continua com o bebê ao colo. O pai sugere segurá-lo um pouco e talvez colocá-lo para deitar, no berço, mesmo sem ter eructado. A mãe protesta que isto não faria bem ao bebê. Afirma que o bebê deve eructar e que precisa fazer algo para ajudá-lo, mas não sabe o quê. Pensa, então, em ir até o apartamento vizinho aconselhar-se com a amiga que já teve dois filhos. O marido concorda com a idéia e solicita que ela lhe entregue o bebê enquanto vai até a vizinha. Ela diz que não é necessário, que irá até lá com o bebê. Vai até o 'apartamento vizinho', simbolizado no espaço dramático por uma das portas da sala; bate à porta; introduzimos novo problema: a vizinha não está; a mãe volta para perto do marido e este novamente sugere segurar o filho um pouco e colocá-lo no berço. Mais uma vez a gestante não o entrega para o pai e reafirma a necessidade de fazê-lo eructar. Interrompemos a cena e perguntamos se outro casal gostaria de vir tentar uma solução. Outro casal aceita continuar a cena. O pai de novo casal sugere, então, telefonar para o médico e perguntar o que fazer. A mãe concorda com a idéia. O pai pede para segurar o bebê enquanto a mulher*

*telefona e ela responde que pode fazê-lo com o bebê no colo. Interrompemos então a dramatização e voltamos ao grupo para os co  
mentários.*

O grupo viu claramente a dificuldade de a mulher modifi  
car seu papel tradicional de responsável pelos cuidados dire  
tos à criança e partilhar tais encargos com o marido. As demais  
mulheres do grupo, que não dramatizaram diretamente, perceberam  
que, durante a dramatização, estavam identificadas com a emer  
gente grupal, nas suas atitudes.

Discutimos os sentimentos de posse da mulher, na relação  
com o bebê e os ciúmes tanto do marido quanto da mulher. Deba  
temos a dificuldade de mudanças não sã pelos condicionamentos  
ideológicos arraigados, como também pelas condições sócio-eco  
nômicas. Os pais reclamaram do fato de não gozarem de licença  
de trabalho apõs o nascimento do filho, o que diminue conside  
ravelmente suas possibilidades de participação nos cuidados com  
o bebê.

Apõs os comentários, debatem-se técnicas de amamentação,  
banho, cuidados com o colo umbilical, troca de fraldas, etc.

Em resumo, o grupo discute a relação homem/mulher e a  
relação do casal com o filho, levando em conta tanto os aspec  
tos emocionais quanto os sócio-econômico-culturais.

### 2.3 - A relação médico/paciente

No primeiro capítulo, já analisamos esta relação. Nesta  
secção, veremos algumas de suas peculiaridades em cada classe,  
e os exercícios que usamos para trabalhar este tema.

Em geral, tanto as gestantes de classe média, quanto as de classe popular, apresentavam em relação ao médico, postura passiva, de *pacientes*.

As gestantes atendidas na rede privada têm, em relação às atendidas na rede pública ou conveniada com INAMPS, posição, pelo menos, aparentemente privilegiada na questão da relação com o médico: podem escolher o profissional que vai atendê-las. Esta escolha recaia, com frequência, sobre quem já as atendia anteriormente como ginecologista ou, sobre médicos recomendados por amigos ou familiares. Este fato não as livrava necessariamente, de serem submetidas a procedimentos arbitrários e autoritários como vimos nos depoimentos "E" e "F" do primeiro capítulo, nem de sentirem constrangimento em questionar o médico sobre suas condutas durante a gestação e parto. A dominação é, em geral, exercida de uma forma mais sutil e muitas vezes, paternalista.

Já as gestantes atendidas na rede pública têm limitadas suas possibilidades de escolha. Durante o pré-natal, tanto nos próprios públicos quanto nos conveniados com o INAMPS, podem escolher, entre os pré-natalistas o que as atenderá. O mesmo não ocorre em relação ao parto, no qual é atendida pela equipe de plantão, com a qual pode nunca ter tido contato. Ocorre exceção a esta regra, quando nos atendimentos em clínicas conveniadas, há acordo prévio entre a gestante e o pré-natalista, para realização de parto induzido ou cesárea.\* As gestantes de

\* Na realidade de Caxias vimos que, com frequência médicos de clínicas conveniadas, procedem à indução do parto, na última consulta de 9º mês, sem prévio esclarecimento ou autorização da gestante.

classe popular, têm, principalmente, uma relação de temor face ao médico, representante de outra classe social, como já vimos.

Tratamos esta questão no grupo através de dramatizações e das técnicas *cadeira vazia* e *escultura*. Na *cadeira vazia* a gestante inicia um diálogo com um médico que, supostamente, está sentado na cadeira vazia, à sua frente e, em determinados momentos, é convidada, pelo diretor, a ocupar o papel do médico e agir como tal. Na *escultura* as gestantes formam, usando os membros do grupo como se fossem matéria prima, esculturas representativas da relação, tanto real, quanto ideal, com o médico. Podem colocar, nas *esculturas*, os elementos determinantes da relação. Em geral, aparecem fatores como o saber do médico, a vergonha da gestante, etc. A gestante pode ocupar sucessivamente, o lugar das diversas partes da escultura, verbalizando como se sente em cada uma delas.

O emprego dessas técnicas caracterizava a relação dominação/submissão, desvelando a passividade da gestante, mas também suas possibilidades de explicitar, na relação, seus desejos, sentimentos e reivindicações. Além disso, a aquisição de conhecimentos sobre o processo de parto e sobre as possíveis condutas, próprias e do médico, instrumentalizavam-nas para discutir os procedimentos a que seriam submetidas.

## 2.4 - A sexualidade feminina

A questão da sexualidade era levantada no grupo, em geral, a partir do tema específico da anatomia feminina interna e externa e daí em diante era trabalhada, de uma forma ou de outra, em quase todas as sessões.

Usávamos, para levantar o universo referencial das gestantes sobre a anatomia feminina, diversas técnicas: a) desenho, individual ou em grupo, da anatomia sexual interna e externagem; b) moldagem em barro, massa ou papel; c) representação, pelos membros do grupo, de cada órgão ou parte da anatomia. O levantamento deste universo referencial mostrava um grande desconhecimento dos fatos objetivos sobre a sexualidade e também um sentimento de vergonha de falar sobre o tema, sendo tanto o desconhecimento quanto a vergonha muito mais acentuados na classe popular.

Quanto à anatomia externa era comum, na classe popular, o desconhecimento da existência do clitoris ou de sua localização em relação à vagina e à uretra, ou das duas últimas em relação uma à outra. Encontramos inclusive algumas mulheres que acreditavam ser a urina excretada pelo orifício vaginal. As mulheres de classe média, na sua quase totalidade, conheciam a existência do clitoris, da uretra e da vagina, mas com uma certa freqüência desconheciam a localização de cada um deles em relação aos outros.

Nas mulheres de ambas as classes o desconhecimento dos órgãos internos é grande, sendo contudo maior nas mulheres de classe popular. Em ambas as classes quase todas as mulheres sabem nomear a existência da vagina, útero, trompas, ovários, placenta, saco amniótico, o cordão umbilical, desconhecendo por<sup>o</sup> r<sup>e</sup>m, frequentemente sua localização, forma e funções.

As mulheres de classe média possuem noções imprecisas sobre a concepção e o desenvolvimento fetal; as de classe popular muitos mitos e tabus sobre o assunto, como, por exemplo, a crença de que se colocassem algum objeto dentro do sutiã ou no colo, durante a gestação, a criança nasceria com sinais ou má formações, como lábio leporino.

O desconhecimento dos fatos sobre a concepção reflete-se nas práticas contraceptivas, especialmente nas mulheres de classe popular que frequentemente adotavam medidas anticoncepcionais totalmente inócuas ou utilizavam de modo equívoco as já consagradas. Assim era comum ouvirmos mulheres de classe popular relatarem que engravidaram apesar do uso de pílulas anticoncepcionais. Quando, por<sup>o</sup> r<sup>e</sup>m, indagávamos sobre seu uso muitas relatavam que só as tomavam no dia após a ocorrência de ato sexual. Em geral não tinham tido explicações sobre o uso por parte do médico, obtendo apenas a receita, sem nenhuma explicação.

Dados estatísticos de pesquisa realizada por Rose Marie Muraro e equipe confirmam o desconhecimento dos processos de concepções: à pergunta *É culpa da mulher quando ela não tem filhos homens* responderam afirmativamente 5,1% das operárias,

<sup>1</sup> MURARO, Rose Marie. Sexualidade da Mulher Brasileira. Corpo e Classe Social no Brasil. Vozes, Petropolis, 1983. p.

3,7% de operários e 1,6% de homens da classe média; à pergunta *quem não tem prazer não engravida* responderam afirmativamente 18,3% das mulheres operárias, 12,3% dos operários. A autora nota que na classe média a concordância é mínima, mas há uma abstenção de 18% e 19,4% de homens e universitários.

Quando, após exercícios de desenho ou de montagem dos órgãos, passávamos à fase dos comentários, as gestantes de ambas as classes sociais, sempre se surpreendiam com a extensão de seu desconhecimento sobre o tema. Pergutávamos então como ti nha sido sua educação sexual em casa ou no colégio, como tinham aprendido sobre as diferenças anatômicas e fisiológicas entre meninos e meninas, sobre a menarca, a relação sexual e a con cepção. A partir daí relatavam as histórias de vida quanto à sexualidade e, de modo geral, em ambas as classes, este apren dizado tinha sido feito com crianças, primas, amigas, irmãs um pouco mais velhas que passavam as informações para as mais no vas, sempre de modo truncado e rodeado de mistérios, segredos e recomendações de sigilo. Em alguns casos, bem mais frequen tes na classe média, a mãe fornecia explicações sobre a menar ca, algumas vezes por ocasião de sua ocorrência e mais raramen te, antes. Estas explicações eram em geral muito genéricas e suscintas, enfatizando apenas a entrada em outra etapa de vi da: *você agora ficou mocinha, isto vai lhe acontecer todos os meses* e as responsabilidades e proibições que as mães julgavam inerentes a esta nova fase e ao papel feminino: *comportar-se co mo uma mocinha, não brincar mais na rua feito um moleque*, etc. Na classe popular além das normas de *bom comportamento* são trans

mitidas algumas prescrições a serem seguidas durante o período menstrual: não comer frutas ácidas, não tomar banho de cachoeira para o sangue menstrual não subir para a cabeça e não haver derrame cerebral. Assim, a menarca é vivida de modo conflitante: por um outro lado com regosijo pela aquisição do status de moça, de outro com medo e depressão face às proibições e ao mistério com que é cercado o fato. As mulheres de ambas as classes, de forma geral, relatavam ter aprendido primeiramente sobre a existência da relação sexual que era vista como *coisa feia, saliência* e só depois associavam o ato sexual à reprodução, chocando-se com o fato de que, para que nascessem, os pais tivessem tido que *fazer coisa feia*. A nível das representações mais primitivas, a gravidez não era ligada à sexualidade genital, mas atribuída algumas vezes a uma sexualidade mais difusa como os beijos entre os pais ou o simples fato de dormirem na mesma cama e, em alguns casos, a causas mais dessexualizadas tais como ingestão de alimentos, etc. Porém, em geral entre 8 e 12 anos, esta representação era confrontada com a de um evento fruto da prática de *coisas feias*, gerando assim conflito. Esta representação da gravidez, como fruto de *coisas feias* certamente, sendo muito chocante, é negada a nível consciente contribuindo para o mito da dessexualização da gravidez.

Na nossa prática, verificamos que a vivência da sexualidade durante a gravidez varia muito de mulher para mulher, em ambas as classes sociais, podendo o padrão de conduta anterior à gravidez manter-se ou modificar-se. Algumas mulheres relatavam um aumento do desejo sexual e da frequência e satisfação

nas relações, especialmente aquelas que tinham tido medo de engravidar e que, já sendo a gravidez um fato consumado, chegaram a um bom nível de aceitação da mesma. Outras passavam a rejeitar as relações sexuais por motivos diversos, dos quais os principais eram certamente a dessexualização da gravidez provocada pela internalização das representações infantis e culturais conflitantes e o medo de dano ao feto, que era expressado principalmente por mulheres de classe popular e provinha em grande parte, da desinformação sobre a própria anatomia. Muitas mulheres relatavam a evitação da relação sexual por parte do marido, frequentemente com a alegação de medo de dano ao feto. É possível que os homens façam uma identificação inconsciente da esposa, que virá a ser mãe, como sua própria mãe, passando a viver a relação como incestuosa e portanto tabu.

Rose Marie Muraro na sua pesquisa já citada encontra que quanto à pergunta *na gravidez não se deve ter relações sexuais* 24,5% das operárias e 32,5% dos operários, responderam afirmativamente assim como 19,5% das mulheres de classe média e 25% das universitárias e 8% dos universitários. A autora levanta duas hipóteses explicativas que coincidem com o que verificamos na nossa prática: *em primeiro lugar, que as mulheres possam ter medo das relações sexuais durante este período, em segundo lugar, que isto seja uma espécie de moralismo em relação à gravidez. É interessante como as percentagens são semelhantes para as mulheres de todas as classes no meio urbano.*<sup>2</sup> As

<sup>2</sup> MURARO, Rose Marie. Sexualidade da Mulher Brasileira, ... Op. cit. p.311.

mulheres, principalmente de classe popular, que evitavam relações sexuais por medo de dano ao feto devido apenas à falta de informação ou informações fantasiosas, suas ou do marido, relatavam a volta às relações sexuais, quando adquiriam, e transmitiam aos maridos, conhecimentos corretos sobre a anatomia e a proteção que representa para o feto o colo do útero e o saco amniótico.

O parto, consequência e ponto culminante da gestação, partilha com esta das representações conflitantes: dessexualização X sexualidade reprovável. É, também, principalmente para as mulheres de classe popular, fonte de vergonha devido à exposição da intimidade que faz parte do atendimento de massa: o parto é feito em geral por um médico de plantão que a parturiente pode estar vendo pela primeira vez. Ela pode ser, e frequentemente é, examinada por diversos médicos e acadêmicos; fica, durante o trabalho de parto, com uma bata que lhe cobre apenas o ventre, em enfermaria partilhada por outras mulheres e nas quais circulam enfermeiros de ambos os sexos.

Observamos que, muitas vezes, o simples fato de falar sobre a sexualidade e partilhar sua fala com a de outras mulheres, tem um efeito catártico no sentido moreniano do termo, isto é, no de aquisição de novas percepções e condutas sobre o tema.

Relataremos uma dramatização na qual a sexualidade foi trabalhada em suas representações mais infantis: ocorreu em início de 1980 em um grupo do qual participavam casais, em um momento grupal no qual todos os temas específicos já haviam sido

trabalhados e estávamos fazendo uma avaliação das necessidades do grupo. Indagamos como se sentiam em relação ao parto, se preparadas para vivê-lo e o que julgavam necessário trabalhar ainda; havia no grupo uma gestante que tinha, desde a infância, claustrofobia acentuada. Chamaremos a esta gestante B. Era casada, nível universitário e não trabalhava no momento. Relata ra, no grupo, sonhos nos quais o feto transformava-se em um rato. B. não andava de elevador, não atravessava túneis, não ficava em ambientes fechados, só permanecia no grupo com a condição de a janela da sala manter-se aberta. Subia para a sala que situava-se no 5º andar, pelas escadas; B. informa que sentia-se razoavelmente preparada para viver o parto, temendo ainda, contudo, a sala de parto, por ser fechada. Perguntamos se desejaria trabalhar dramaticamente sua fobia. B. aceita. Sugerimos que escolha alguém no grupo para representar sua fobia. B. escolhe outra gestante. Sugerimos, como aquecimento que ela caminhe pelo espaço dramático com sua fobia. B. coloca a outra gestante, sua fobia caminhando atrás de si, como uma sombra e depois de algum tempo coloca-se em frente à fobia e começa a conversar com ela. B. para a fobia: *Por que você me acompanha sempre? Por que não vai embora?* A fobia responde: *"Não posso. Você sabe que tenho que ficar sempre perto de você.* B. responde: *Sei, mas não gosto, queria que você fosse embora.* Pedimos a B. para assumir o papel de fobia. B. assume o papel de fobia e indagamos-lhe: *desde quando você tem que ficar junto a B?* B. (como fobia) responde: *Há muito tempo.* Perguntamos há quanto tempo, B., no papel fobia, responde: *Desde que B era*

criança e permanece muda, com olhar vago. De repente, sai do papel de fobia e diz: *Estou tendo uma sensação esquisita, me lembrando de uma noite em que era criança.* Perguntamos-lhe se quer dramatizar esta noite. B. aceita. Perguntamos-lhe quantos anos tinha. Diz que entre 6 e 7 anos. Monta a cena: é noite, ela e o irmão (representado por um membro do grupo), aproximadamente dois anos mais novo dormem em um sofã, em uma sala próxima ao quarto dos pais. B. começa a caminhar, descrevendo o que se passa; está se levantando para ir ao banheiro e passando pelo quarto dos pais, cuja porta está entreaberta, os vê nus, tendo relação sexual; fica escondida, observando-os. Pedimos-lhe que faça um solilóquio, isto é, diga em voz alta o que está pensando. B. fala: *Papai e mamãe estão fazendo 'coisa feia', 'saliência' e eu também estou fazendo 'coisa feia' porque estou olhando. Tenho que olhar escondida, se mamãe descobrir que estou olhando vai me castigar.* Depois de observar os pais por certo tempo vai ao banheiro e volta a deitar-se na sala, sentindo-se muito culpada. Pedimos-lhe novo solilóquio e B. conta que uma vez a mãe a surpreendera em brincadeiras sexuais com o irmão e brigara, ameaçando-a de deixá-la trancada ao quarto, se aquilo se repetisse. Por isto, enquanto observava os pais, tinha sentido muita raiva da mãe estar fazendo o que proibira a ela. Perguntamos-lhe se gostaria de conversar com os pais a respeito disso tudo. Aceita e escolhe duas pessoas para representarem o pai e a mãe. Senta-se em frente a eles e dirige-se primeiro à mãe: *Mãe, porque você brigou comigo e me ameaçou quando eu estava fazendo saliência com meu irmão, quando você*

fazia sexo com papai e eu, na verdade, sô estava brincando com meu irmão, por curiosidade de ver como ele era? Por que depois, quando cresci, você nunca me explicou nada sobre sexo? Porque me deixou sempre achar que sexo era uma coisa ruim, feia? Você não achava bom fazer sexo com papai? Solicitamos-lhe que assuma o papel de mãe e B. como mãe, responde: Filha, eu achava bom fazer sexo com seu pai, não achava que era feio, mas pensava que sexo não era coisa para crianças e sim para adultos casados, como seu pai e eu. Mas também fui educada sem conversar nada disso com meus pais e por isso não sabia como falar com você, por isso nunca pude lhe orientar. Indagamos se B. gostaria de falar com o pai; B. responde que não era necessário pois o diálogo seria o mesmo. Sugerimos-lhe então, que se despeça dos pais e B. abraça-os muito emocionada.

Na fase dos comentários, quase todos, no grupo, relata vivências sexuais infantis semelhantes e B, disse estar entendendo sempre ter esperado ser castigada por presenciar o ato sexual dos pais, sendo o castigo ligado a ficar presa em algum recinto fechado, devendo provir daí sua fobia. A sessão encerrou-se por já estar ultrapassando o horário. Na sessão seguinte B relatou fatos de sua vida sexual que ainda não tinha conseguido trazer para o grupo como, por exemplo, a dificuldade de de consumir a relação sexual com o marido na lua de mel. Contou, também, que naquela semana andara de elevador e atravessara de carro, túneis, sem angústia, coisa que anteriormente não conseguia. B. entrou em trabalho de parto, reconheceu seus sinais, procurou o atendimento médico calmamente. Suas contrações

foram muito fracas e o trabalho de parto prolongou-se, entrando o feto em sofrimento e fazendo-se necessária uma cesariana, que B viveu com muita tranquilidade.

### 3. OS TEMAS ESPECÍFICOS

Nesta secção discutiremos de modo sucinto os temas específicos e descreveremos algumas técnicas empregadas para trabalhá-los.

#### 3.1 - *Levantamento das expectativas do grupo e estabelecimento do contrato de trabalho*

##### *Conteúdo:*

O conteúdo das expectativas do grupo já foi citado no início deste capítulo. O contrato grupal, trabalhado apenas a nível verbal, inclui compromisso de sigilo e de não faltarem em caso de necessidade, avisando previamente sempre que possível. Pedimos também pontualidade. Combinamos que haverá no final de cada sessão um espaço para avaliação e solicitamos que as críticas sejam sempre feitas no grupo e não fora dele, que, se uma gestante decidir abandonar o grupo, exponha antes seus motivos. Explicitamos as características terapêuticas e pedagógicas do trabalho e expomos que empregaremos jogos dramáticos e dramatizações. Solicitamos também que as gestantes voltem ao grupo depois do parto para relatarmos sua experiência e se possível, o façam também por escrito. Por vezes, combinamos que o grupo visitaria a gestante em casa, para ouvir seu relato. Estas regras, em geral, são bem aceitas. Algumas mulheres expressam preocupação em participar dos jogos dramáticos, acreditando que terão dificuldades em fazê-lo. Esclarecemos que a participa

ção nos exercícios não é obrigatória. Com o desenrolar do grupo, esta dificuldade é superada.

*Técnicas empregadas:*

As técnicas utilizadas para levantar as expectativas das gestantes são também sempre destinadas a promover o entrosamento grupal, tanto no grupo fechado, quanto no aberto, no qual, à entrada de cada gestante, são levantadas as suas expectativas e, falamos do contrato grupal. São utilizadas principalmente:

- a) berlinda – cada participante fica em lugar de destaque e os outros formulam-lhe perguntas;
- b) assumir ser alguém do seu círculo de relações e, no papel desta pessoa, apresentar a gestante ao grupo falando inclusive de porquê acha que a gestante está ali;
- c) cochicho – formam-se duplas, por livre escolha, indo cada dupla para um canto da sala *cochichar* sobre quem são e porque estão ali e depois cada membro da dupla apresenta o outro ao grupo. Só é utilizada, em geral, no início de grupos fechados;
- d) eco dos nomes – o grupo forma um círculo em pé, de mãos dadas e, sucessivamente cada participante, vai ao centro do círculo e diz, em voz alta, todos os nomes e apelidos pelos quais já foi chamado, ao longo da vida. O grupo repete, em coro, como um eco, cada nome. Após a última pessoa, sentam-se para os comentários e nessa etapa, em geral, além de serem comentados os fatos

da história de vida de cada um, suscitados pela evocação dos nomes e apelidos, comentam-se também as razões de estarem ali.

### 3.2 - *Sensações no parto e noções gerais sobre suas etapas*

*Conteúdo* - quando fazíamos levantamento do universo referencial das primigestas, tanto de classe média quanto de classe popular, sobre as sensações presentes no parto, as mais citadas eram dor e cólica. Quando procurávamos averiguar a representação dessa dor ou cólica, muitas mulheres apresentavam noções confusas, acreditavam que doía por terem ouvido dizer, mas não sabiam em que momento nem porquê. Algumas achavam que a dor é sempre no momento da expulsão e causada pela dilatação do osso da bacia ou da vagina.

Já gestantes de segunda gestação ou mais, na sua quase totalidade, em ambas as classes, relatavam dor principalmente no período de dilatação do colo de útero, durante as contrações, sendo a sua descrição variada: dor repuxando nas costas na altura dos rins, cólica em todo o ventre ou apenas no baixo ventre. As mulheres submetidas à manobra de Kristeler\*, relatavam dor no período expulsivo, durante a manobra. As que não foram submetidas a este procedimento, raramente referiam dor durante a expulsão, mesmo não tomando outra anestesia que não a local, para a episiotomia.\*\* Algumas relatavam dor durante a sutura

\* Pressão, por alguém da equipe médica, no ventre, acima do útero, com a finalidade de auxiliar a expulsão do feto.

\*\* Corte feito no perineo para facilitar a passagem do feto e evitar roturas.

de episiotomia, especialmente se o efeito da anestesia local ha via terminado antes de concluída a sutura e houve necessidade de nova dose de anestésico. Também referiam dores mais inten sas as gestantes submetidas ã aceleração, ã indução e ã rotura precoce do saco amniótico, práticas médicas, muitas vezes uti lizadas sem justificativas, tanto na rede pública conveniada co mo na particular, para abreviar o tempo de trabalho ou determi nar seu dia e hora.\*

Qualquer dor ē, conforme afirma Rof Carballo, *uma reação e uma percepção, sendo ao mesmo tempo uma forma de expressão altamente individualizada e que varia de pessoa a pessoa: ē tam bém uma manifestação emocional que depende da experiência e da história passada da pessoa.*<sup>3</sup> Sejam quais forem as origens da dor, em geral, e da dor no parto, em particular, todos os auto res concordam em que a tensão provocada por fatores emocionais contribui para causar ou intensificar a dor.

Assim, para lidar com a questão da dor, no sentido de eli miná-la ou diminuí-la abordamos, no grupo, os seguintes aspec tos:

\* Mais grave do que o causar ou intensificar dores, ē o fato de a indução e aceleração, usadas como rotina, sem as devidas indicações e cuidados, po derem redundar em necessidade de um parto cesáreo e até em morte materna e fetal. Esta prática, largamente difundida no Estado do Rio, pode ser um dos fatores responsáveis pelo alto índice de mortalidade peri-natal e ma terna constatado no censo de 1980. No último capítulo, veremos dois depoí mentos ("L" e "M") sobre tentativa de indução, por rotina médica e a con traposição das gestantes preparadas.

<sup>3</sup> Apud. MALDONADO, Maria Tereza P. Psicologia da Gravidez. Op. cit. p.82.

- a) conhecimento do processo: discutimos o processo de parto, especialmente as sensações ligadas às contrações uterinas e à expulsão, salientando que as mesmas, por mais intensas que sejam, não têm que ser necessariamente dolorosas. Discutimos as condutas (médica, de enfermagem e da própria gestante) passíveis de causar ou intensificar dores, para que a mulher possa discuti-las com a equipe e evitá-las. Debates também os diversos tipos de anestesia, suas vantagens e desvantagens, para que a parturiente possa, se o desejar, fazer uso consciente desse recurso;
- b) emocional – procuramos trabalhar os problemas trazidos pela gestante no sentido de que, por ocasião do parto, seus níveis de ansiedade e tensão estejam mais baixos, proporcionando assim melhores condições face à possibilidade de sensações dolorosas;
- c) cultural – discutimos o mito da *mãe-santa/sufredora*;
- d) corporal – transmitimos técnicas de relaxamento e posturas que propiciem um relaxamento muscular. Ensina-mos a gestante a observar seu ritmo respiratório e manter uma respiração que proveja de oxigênio a si própria e ao feto durante o trabalho de parto.

#### *Técnicas Empregadas:*

- a) para levantamento do universo referencial das gestantes sobre parto usamos diversas técnicas como, por exem

plo, pedir que escrevam as três primeiras palavras que lhes ocorrem ao verem a palavra parto, escrita num cartão. Misturamos os papéis e cada um pega um deles, lê em voz alta e diz o que sente sobre o que está lendo. Às vezes, formamos imagens corporais dos conteúdos que mais apareceram. Nos grupos de classe popular, quando há gestantes que não sabem escrever, dizemos a palavra parto e cada gestante fala uma ou mais palavras que anotamos em uma cartolina ou quadro-negro.

- b) para trabalhar as sensações de contração usamos também diversas técnicas, entre as quais: fazer um círculo, de mãos dadas e cada um apertar a mão de outro na intensidade que julga ser uma contração.

### 3.3 - Anatomia e fisiologia femininas

Tanto o conteúdo quanto as técnicas empregadas já foram descritos na seção referente à sexualidade.

### 3.4 - Gravidez - alterações físicas, emocionais e sociais

*Conteúdo:*

- a) alterações físicas: o medo às alterações físicas como cloasmas\*, estrias, varizes, durante a gravidez e à sua permanência após o parto era trazido mais frequentemente por mulheres de classe média, do que pelas de

\* Manchas na pele.

classe popular. Já a possibilidade de alteração da anatomia sexual (vagina e seios), da forma do ventre e o aumento de peso preocupavam quase que igualmente ambas as classes, havendo sempre mais preocupação com a estética por parte das mulheres de classe média. Trabalhamos esta questão no sentido de discutir a imposição de padrões estéticos a que a mulher está sujeita, e a forma como cada uma lida com isso. Discutimos também quais as alterações que são evitáveis ou corrigíveis e como fazê-lo. Quanto a alterações da fisiologia, havia relato de aumento do sono e da função urinária nos primeiros e últimos meses de gravidez. O funcionamento intestinal variava, mais comumente aparecendo prisão de ventre. Enjôos e vômitos não eram relatados com grande frequência e quando ocorriam era, em geral, apenas nos primeiros meses. Não notamos diferença entre as classes quanto aos itens acima. Já em relação a alterações de apetite notamos maior frequência de desejo de comer determinados alimentos nas mulheres de classe popular, bem como a crença de que, se o desejo não fosse satisfeito, haveria dano para o bebê. Tivemos inclusive um relato de mulher de classe popular sobre seu desejo de comer barro, tendo chegado a partir pedaços da tampa de uma moringa e comê-los. Talvez este aumento de desejo por determinados alimentos, nas gestantes de classe popular, possa ser explicado pela carência alimentar que leva o organismo a desejar

aquilo de que carece. Estas alterações fisiológicas são trabalhadas no sentido de esclarecer seus componentes físicos e os componentes emocionais passíveis de agravá-las;

b) alterações emocionais: variavam muito de mulher para mulher, em ambas as classes, dependendo do grau em que a gravidez tinha sido planejada ou desejada, e em que estava sendo aceita bem como das circunstâncias em que estava sendo vivida. São sentimentos comuns; orgulho por estar gestando uma nova vida, sensação agradável de estar sempre acompanhada, responsabilidade que pode ser percebida positivamente, como crescimento, mas também negativamente como aprisionamento, solidão, medo, e um aumento da susceptibilidade emocional. Trabalhamos estes sentimentos no sentido de mostrar que é normal a sua ocorrência, inclusive, de forma contraditória e simultânea;

c) alterações sociais: já vimos que a sociedade valoriza ideologicamente a gravidez ao mesmo tempo que a dessexualização, representando a mulher grávida como a santa, cercando-a então, de homenagens e cuidados, tais como evitar-lhe emoções fortes, preocupações. Tal comportamento nos foi relatado com mais frequência nas mulheres de classe média. Era percebido, às vezes, de forma positiva e por outras, de forma negativa, como uma discriminação, uma fragilização.

### *Técnicas Empregadas:*

Entre as técnicas empregadas a mais comum é pedir à gestante que simbolise, com a utilização de pessoas presentes e/ou almofadas, todos os elementos novos de seu mundo, interno e externo, aparecidos com a gravidez. Em geral do mundo externo surgiam o marido, os familiares, o médico, o curso de preparação para o parto. Do mundo interno: o feto, as transformações somáticas e emocionais. Pedimos à gestante para dialogar com esses elementos efetuando trocas de papel. Também usamos a técnica de cada gestante listar, em um pedaço de papel, três ganhos e três perdas que a gestação lhe traz; embaralhar as listas e cada uma ler um dos papéis dizendo o que sente a respeito daqueles ganhos e perdas. Se havia gestantes que não sabiam escrever cada uma dizia três ganhos e três perdas e as anotávamos no quadro.

### 3.5 - *Desenvolvimento fetal*

#### *Conteúdo:*

As gestantes, de ambas as classes, apresentavam ansiedade em relação à normalidade do feto e seu desenvolvimento, especialmente as fumantes e as que tiveram abortos anteriores provocados ou espontâneos, ou aquelas, em geral de classe popular, que no início da gestação em curso tinham ingerido drogas ou chás em tentativas de abortamento. Quanto aos conhecimentos objetivos, a maioria das mulheres de classe média conhecia regularmente os fatos sobre a concepção, não possuindo contudo, co

nhecimentos detalhados do desenvolvimento posterior. Já as de classe popular, na sua maioria, desconheciam igualmente os fatos sobre a concepção e seu desenvolvimento, o que gerava mitos e tabus dos quais já falamos na secção sobre a sexualidade.

#### *Técnicas empregadas:*

Jogos dramáticos sobre a concepção, com os membros do grupo representando o encontro do óvulo com o espermatozóide para trabalhar a concepção; *viagem ao interior do útero* técnica de psicodrama interno na qual as gestantes relaxadas e de olhos fechados se imaginavam entrando no interior do útero, vendo o feto e relacionando-se com ele. Após a *viagem* cada uma faz seu relato ao grupo.

### 3.6 - Parto - tipos, sinais, fases, condutas

#### *Conteúdo:*

Em ambas as classes, como já falamos, o conteúdo mais trazido pelas primigestas é o desconhecimento do parto e o medo frente a este desconhecido, bem como o medo da dor e de não saberem quando *estã na hora* de ir para a maternidade, isto é, de não reconhecerem os sinais de parto. O medo da morte, própria ou do feto, durante o parto, era pouco trazido de forma expressa e direta por mulheres de classe média, porém era frequente na classe popular. As gestantes de classe média traziam o desejo de discutir os tipos de parto, cesariana ou normal e, nos últimos anos, o parto de cōcoras e as diversas possibilidades de anestesia.

Essas possibilidades, enquanto alternativas de escolha, não eram trazidas pelas gestantes de classe popular, talvez por saberem que no atendimento público de massa dificilmente podem ter opções.

#### *Técnicas empregadas:*

Dramatizações dos diversos tipos de partos, com trocas de papéis. Jogos dramáticos no qual a coordenação entrega a uma gestante ou a todo o grupo uma série de cartões contendo, cada um, um acontecimento possível no parto, misturados, sem ordem seqüencial. Uma gestante, ou todo o grupo, deve arrumá-los no chão, em uma seqüência que julgue provável ocorrer e depois, colocando-se ao lado de cada cartão, fantasiar em voz alta o que está se dando consigo durante aquele acontecimento assinalado.

### 3.7 - Pós-parto

#### *Conteúdo:*

Tanto as gestantes de classe média quanto as de classe popular traziam o receio de não saberem decodificar o choro do bebê e não poderem atendê-lo adequadamente. As primigestas de classe média, na sua maioria, nunca haviam cuidado de um bebê e desejavam aprender a fazê-lo, pois não queriam partilhar esta tarefa com os membros das famílias de origem - mãe e sogra e sim com o marido, que sabiam ser tão ignorante da tarefa quanto elas próprias. Já as de classe popular, mesmo as primigestas, em geral, já tinham alguma experiência de lidar com bebês, habitualmente, irmãos mais novos ou sobrinhos que haviam ficado

sob seus cuidados para as mães trabalharem fora. Raramente tinham expectativa de partilhar com o marido tais tarefas, mas esperavam esta ajuda da própria mãe, sogra, irmãs, comadres e vizinhas. Em geral, os primeiros banhos e os cuidados com o coto umbilical, até a sua queda, era assumido por uma mulher experiente de sua rede de parentesco ou da comunidade.

Mulheres de ambas as classes preocupavam-se com sua capacidade para amamentar e também com a volta às relações sexuais, e o conseqüente problema das medidas anticoncepcionais a utilizar.

*Técnicas empregadas:*

Dramatização e jogo de listar ganhos e perdas no pós-parto (já descrita na parte relativa à gestação).

Em relação a todos os temas, na fase dos comentários ou durante a realização de alguns exercícios, além de trabalharmos o conteúdo emocional e social das vivências, forneciamos informações objetivas sobre os fatos, bem como nossa opinião sobre eles.

## CAPÍTULO IV

### RECRIANDO A REALIDADE:

### OS RESULTADOS DO TRABALHO

O emprego do psicodrama no grupo de gestantes, desvelando a ideologia dominante que forma os papéis femininos, especialmente o materno, propiciando a catarse de integração, e a incorporação de conhecimentos sobre os processos de gestação e parto, desenvolve a espontaneidade e a criatividade, tendo como resultados:

#### 1. A CONTESTAÇÃO DA CONSERVA CULTURAL 'PARIRÁS COM DOR'

O parto é vivido de uma forma mais espontânea e criativa dentro das possibilidades de cada uma, e não como sofrimento físico, emocional e moral. Mesmo quando a dor física está presente, tem outra conotação para a mulher assim preparada: não lhe aparece como algo inevitável, maior que ela própria, anátemo de sua condição feminina, castigo pela vivência de sua sexualidade. Ao contrário, mostra-se como uma realidade à qual ela está atenta e com a qual sente-se capaz de lidar, podendo buscar alívio, seja com seus próprios recursos de relaxamento, postura, movimento, respiração, seja solicitando anestesia. Os depoimentos a seguir ilustram este resultado. O primeiro é um relato de parto feito na rede privada, de cliente de grupo do CEAMI e redigido de próprio punho. Mantivemos a redação inte

gral, pois julgamos importante notar o nível de percepção de detalhes da situação, a identificação de sensações, sentimentos e emoções, a capacidade de ação apresentada pela parturiente, pois demonstram o grau em que estava *senhora de si* no processo.

Os dois últimos depoimentos são de mulheres que frequentaram o grupo de Saracuruna e fizeram parto em clínicas conveniadas com o INAMPS. Foram feitos verbalmente, no pós-parto, ao grupo de gestante e anotados por uma das coordenadoras, no seu decorrer. Do mesmo modo que a primeira, estas mulheres demonstram consciência e domínio do processo, a nível das sensações, emoções e ações.

#### *Depoimento G*

Parto de E., 1º filho, nível superior.

*Aqui vai o relatório do nascimento de M. conforme você me pediu. Esta sua 'aluna' soube se portar muito bem e apesar de todos os 'grilos' da gestação, teve um parto maravilhoso, com um tempo record para primípara de cinco horas. Você tinha razão. A dor está muito mais no nosso condicionamento do que nas contrações e eu soube enfrentá-las bem. Sábado, às 6:00 horas da manhã - acordei com uma forte cólica e com vontade de ir ao banheiro, Foi quando vi que havia saído uma mancha de sangue. Fiquei apavorada, com medo que aquilo fosse algo errado e acordei meu marido. Começamos a marcar o ritmo das contrações: estavam de cinco em cinco minutos e com uma intensidade tão forte que eu senti logo necessidade de relaxar e respirar, o que me aliviou bastante. Eu não estava certa de que fosse trabalho de parto por causa de um alarme falso que havia acontecido 02 (duas) semanas antes, quando senti contra*

ções em cada sete minutos durante três horas, e depois parou. Sô que agora havia o sangue. Liguei para o Dr. X., que estava com o telefone enguiçado. Liguei para o seu assistente o Dr. Y., que mandou que eu colocasse um supositório de Espasmo Cibale na e tornasse a ligar depois de 1/2 hora. Eram 7:30 horas quando ele mandou que eu fosse à Casa de Saúde de X onde seria examinada; mas eu ainda não acreditava que havia chegado a hora. Tomei um banho, arrumei uma mala, tudo lentamente pois cada vez que vinha uma contração eu precisava parar onde estava, relaxar e respirar. Tentei tomar uma xícara de leite e um sanduíche, mas não consegui pois estava muito enjoada. Cheguei na Casa de Saúde quase 9:30 horas ainda sem querer acreditar (tanto que deixei a mala no carro). O Dr. Y e o Dr. X já me esperavam e fui para a sala de exames fazer o toque: estava com 6 cm de dilatação e pelo ritmo das contrações o Dr. X disse que ao meio dia eu já estaria de volta ao meu quarto. Fui então fazer a raspagem, a lavagem, troquei a roupa e fui para o meu quarto, onde o Dr. X rompeu a bolsa d'água. As contrações continuavam muito fortes e dolorosas. Foi-me sugerida a peridural e eu gostei da idéia. Fui para a sala de parto com 8 cm de dilatação. Meu marido me acompanhou até a porta e lá nos despedimos. Eu queria que ele estivesse ao meu lado mas achei melhor não pedir porque pensei que ele fosse ficar impressionado. Mas para minha surpresa, quando já estava lá dentro da sala o Dr. X. me falou que o M. lhe havia pedido para entrar e ele havia conseguido a autorização. Fiquei felicíssima pois foi muito importante para nós dois a sua presença lá com partilhando do nascimento de nossa filha. Tomei a peridural que não fez efeito. O anestesista aumentou a dose e sô pegou do lado direito portanto con

tinuei a sentir uma dor forte e aguda do lado esquerdo durante as contrações e tive que continuar fazendo a respiração para aliviar. Dez centímetros de dilatação, o meu bebê ia nascer. O Dr. X. mandou que na próxima contração eu fizesse força. Fiz a primeira ainda sem jeito. O anestesista empurrava minha barriga com o braço direcionando o nenem. Repeti umas 04 (quatro) vezes e na penúltima o Dr. X. disse que o nenem tinha cabelos escuros. A ansiedade cresceu. Mais uma força e senti minha filha deslizando para fora de mim. Limparam-lhe o rostinho e ela chorou sendo logo colocada sobre mim, enquanto lhe cortavam o cordão umbilical. Foi um momento de enorme emoção para mim e para o M. Eu não estava cansada. Estava imensamente feliz de ver que tudo havia saído tão maravilhosamente bem. Depois recebi uma massagem na barriga, que me deu uma cólica e saiu a placenta. Enquanto eu levava os pontos ficamos olhando nossa filha sendo examinada pelo pediatra e conversando. Ela estava ótima mesmo tendo nascido 11 dias antes da data prevista: 49,5 cm, 3.270 gramas e muito linda. Eram 11:04 horas quando M. nasceu. Foi tudo muito rápido, mas eu soube curtir cada momento de sua chegada com uma enorme alegria.

#### Depoimento H

Parto de V.R., 1º filho, instrução primária completa (8ª série).

Terça-feira tive umas cólicas mas achei que estava só dilatando um pouco por que não estava numa lua boa para ter nenem. Passei a noite toda com cólicas, mas fiquei em casa. Na quarta-feira de manhã

pintei o berço do nenem. Na quinta-feira de noite sentia contração fraca, a barriga não ficava muito dura. O meu marido queria que eu fosse para a maternidade desde cedo, mas eu dizia que não era preciso. Lã pelas três da madrugada eu dizia para meu marido: 'Tã dando contração'. Ele foi deixar de sobreaviso um colega que tinha carro. Às cinco horas ele foi dizer para o cara que não ia ser naquela hora e saber a que horas ele ia pro trabalho e dizer que a gente ia com ele. Às oito horas quando o colega foi para o trabalho nōs fomos com ele até a Casa de Saúde. Lã me perguntaram se eu estava com dilatação. Eu disse que não sabia. O mêdico me deu um toque e disse que estava com dois centimetros de dilatação e disse para eu ir para outro hospital pois o convênio com o INAMPS tinha sido fechado. Resolvi ir pra uma maternidade de Gramacho\* que tem convênio com o INAMPS. Fui tomar o ônibus. Estava com vergonha das pessoas estarem vendo que eu ia ter nenem. No começo da gravidez quando a barriga começou a aparecer eu tinha vergonha de sair na rua porque o povo ia ver que eu tinha feito 'as coisas'. O motorista do ônibus foi direto, não parou em lugar nenhum. Saltei do ônibus e fui andando e quando cheguei lã o cartão do INPS estava sem validade. A mêdica deu um toque e estava com três centímetros de dilatação. Meu marido foi revalidar o cartão e pegar a carteira. Fiz lavagem e não doeu, mas não gostei. Fui ao banheiro, fiz muito cocô e voltei. Antes da lavagem me rasparam. A mêdica perguntou as doenças que eu jã tive. Tava saindo uma agüinha e fui de moddess. A mêdica mandou ficar de calcinha mas eu não fiquei

\* (bairro vizinho)

porque cada vez que ela vinha me examinar eu tinha que tirar a calcinha. Tinha outra mulher perto de mim e também era primeiro filho. Ela tinha dor e se contorcia. Eu relaxava, doía, mas não era muito. A outra ficava amarela de dor e eu não. Até ensinava ela a relaxar, mas ela não atendia. Quando fiz a lavagem era mais ou menos onze e meia. Às duas e meia ela veio fazer toque, tava com quatro centímetros. Às três e meia era visita e o T.\* foi até lá e eu fui até o corredor falar com ele. Às quatro horas a doutora veio deu outro toque e estava com quatro centímetros. Às seis horas veio de novo e estava com cinco centímetros. Dormi, vinha contração, mas eu não estava mais marcando. A doutora falou para não me dar nada para comer, mas a enfermeira me deu mate com torrada. Às 8:30 horas da noite estava com seis centímetros. Até meia-noite eu estava com seis centímetros. Depois de meia-noite a contração vinha forte, de cinco em cinco minutos. Aí eu não consegui relaxar direito. A doutora mandou eu fazer força e eu fiz, apesar de saber que não era ainda hora de fazer. Meia-noite e pouco, vomitei o chá com torrada. À meia-noite e vinte estava com sete centímetros. Aí a doutora rompeu a bolsa. Saiu uma água com uns gominhos brancos. Me levou pra sala de pré-parto. A doutora botou o soro e disse que era oxigênio para o Bebê. O soro saiu da veia e inchou a minha mão. Às duas e pouco eu já estava com nove centímetros. Aí fiquei calma porque sabia que só faltava um centímetro. Aí relaxei. Dali a pouco, a doutora deu outro toque e disse: 'Vamos'. Fui andando, deitei na cama, estava calma. Fiz uma força mas na primeira não saiu. O nenê subiu. Na segunda fiz força e saiu. Não senti dor. A doutora disse: 'É um menino'. Eu disse: 'Menino?'. A doutora disse: 'É. Porquê? Você

\* O marido.

não quer?' Eu disse: 'Quero. Quero que tenha saúde'. Ela botou o nenem em cima de mim e eu fiquei toda boba. Depois foram botar uns tubos no nariz dele. Olhei bem para não trocarem meu bebê. Fizeram massagem do lado da minha barriga e saiu a placenta. A doutora botou a mão dentro de mim. Parecia que estava mexendo no ânus. Fêz a sutura. Deu três anestésias porque eu pedi que desse porque estava doendo, durante a sutura.

### Depoimento I

Parto de N., primeiro filho, instrução primária completa (8ª série).

Às duas horas da tarde comi um ovo e fiquei me sentindo mal do estômago e com cólica de dor de barriga. Ao mesmo tempo, comecei a sentir contração, mais ou menos de 10 em 10 minutos, mas fiquei sem querer acreditar que fosse trabalho de parto. Achei que era por causa do ovo. Lã pelas sete da noite as contrações já estavam de cinco em cinco minutos. Foi quando meu marido chegou e quando ouviu o que eu contei me aconselhava ir para a maternidade. Ele achava que era trabalho de parto. Fui tomar banho e me aprontar achando que era trabalho de parto por causa do tempo certo das contrações, mas achando também que podia ser do ovo. Às oito horas fui na garupa da bicicleta do meu marido para a Casa de Saúde. Quando cheguei lã falei pra médica de plantão que eu tava passando mal por causa do ovo. A médica fêz um toque e falou que eu tava com três centímetros de dilatação e fiquei internada. Fiz raspagem e lavagem e fiquei sozinha na enfermaria. Fiquei calma experimentando em que posição eu me sentia melhor e relaxando. Sentia aliviada de pê,

com uma das pernas levantadas, como um cachorrinho fazendo xixi. Fiquei assim até começar a sentir vontade de fazer força. Esperei um pouco para ter certeza e comecei a gritar pela enfermeira. Era mais ou menos três horas da madrugada. A enfermeira veio fazer toque e disse que a dilatação estava total. Fui para a sala de parto e fiz algumas forças so prando. A médica perguntou se eu sabia o que esta va fazendo. Eu disse que sim e continuei. Logo, o bebê nasceu. A saída da placenta e os pontos não me incomodaram. A enfermeira e a doutora ficaram comentando que eu tava muito calma. A enfermeira falou que quando chamei ela, ela não acreditou que o bebê fosse nascer porque eu ainda não tinha gri tado. Acho que eu pude ter um parto calmo assim, sem a médica botar soro, nem fazer nada pra apres sar, porque eu tava calma.

## 2. PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES NO PARTO

A catarse de integração libera tensões e proporciona o surgimento da espontaneidade, a todos os níveis. Esta liberação a nível dos *mecanismos de arranque* ou *iniciadores físicos* explica o fato de algumas gestantes que estavam passando da data provável de parto sem apresentar sinais normais de seu início terem entrado em contrações de parto, momentos depois de dramatizarem alguma situação e tomarem consciência dos motivos que as tensionavam. Explica, também, a nosso ver, a versão de fetos que se encontravam em posição pélvica, em alguns casos já no final da gestação, e que após dramatizações colocaram-se em apresentação cefálica. Observamos, inclusive, um caso em que essa versão se fez horas após uma dramatização, faltando apenas dois dias para a data provável do parto. Nossa hipótese explicativa é que a catarse, liberando a tensão uterina excessiva, permita a versão do feto.

A prevenção de complicações de parto dá-se também pela aquisição de conhecimentos, que permite às gestantes tomarem medidas preventivas corretas diante de situações problemas. Durante nosso trabalho em Saracuruna atendemos, na segunda gestação, uma mulher que, na primeira gravidez, não tinha tido nenhuma preparação específica além das consultas pré-natais e teve uma rotura precoce do saco amniótico, no início do 9º mês, e, não tendo conhecimento sobre o líquido amniótico e sobre a possibilidade de sua eliminação, por rotura precoce da bolsa, julgou tratar-se de perda de urina, comum no final da gestação,

devida à pressão do útero sobre a bexiga. Não procurou atendimento médico com a prontidão que o caso exigia, o que redundou em o bebê ter nascido com infecção, vindo a falecer. Por outro lado, temos o caso de uma gestante, também de Saracuruna, que teve um descolamento prévio de placenta, e por estar frequentando nosso grupo, soube identificar o problema e tomar as providências cabíveis com rapidez, segurança e tranquilidade, tendo salvo a si própria e ao filho, de qualquer dano.

Relataremos a seguir um caso de gestante, atendida em sessão única, individual, que ilustra a entrada em ação dos *iniciadores físicos* após *insight* sobre a mitificação do papel de mãe e sobre peculiaridades da relação com a própria mãe, ocorrido durante o emprego de técnica psicodramática – desenho de cena. Exporemos, também, o depoimento da gestante de Saracuruna, acima citada.

#### Caso 1

V. 24 anos, grávida do primeiro filho, trabalha com gestantes, como fisioterapeuta. Havia sido aluna de curso que demos para profissionais de formações diversas (médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogos) sobre a preparação da gestante para o parto. Não fez nenhuma preparação para seu próprio parto, a não ser o pré-natal, com médico particular de sua confiança. Procurou-nos apresentando o seguinte problema: *Estou com quase 42 semanas de gestação e não entrei em trabalho de parto. Sinto que, apesar de querer parto normal, por achá-lo melhor, algo está me tensionando e impedindo de entrar em tra*

balho e levando-me a precisar de uma cesárea. Gostaria de ten  
tar ver o que é. Marcamos então uma sessão de uma hora e meia.  
 Nesta, V. apresenta a gestação como desejada por ela e pelo ma  
rido, transcorrendo até aquela época sem transtornos ou enjões  
 e tendo mantido o trabalho, até duas semanas antes e vida se  
xual normal, até aquele momento. Afirma não temer a dor no par  
to pois já havia, devido à profissão, assistido a muitos partos  
 indolores ou com dores atenuadas por anestesia. Tinha plena se  
gurança de que seu médico respeitaria seus desejos possíveis e  
 não tomaria nenhuma atitude ou adotaria conduta sem dialogar  
 com ela, pois, conhecia-o há muito e assistira a inúmeros par  
tos realizados por ele, confiando nele do ponto de vista técni  
co e ético.

Como, através da verbalização, não estávamos conseguindo  
 entender o que a tensionava e tolhia a espontaneidade, demos-lhe  
 duas folhas de papel, canetas coloridas e pedimos-lhe que dese  
nhasse numa delas, uma cena de parto normal, e na outra uma ce  
na de cesárea. V. desenha em silêncio e depois mostra-nos duas  
 cenas, desenhadas com bonecos esquemáticos feitos de traços,  
 retângulos, círculos e triângulos, e diz: *Não me deu vontade de*  
*desenhar cenas de parto. Desenhei cenas de pós-parto de cesá*  
*rea e de parto normal.* As cenas são quase idênticas. Em ambas  
 há uma cena com um casal deitado, um berço com um bebê e ao re  
dor, na cena que representa o pós-parto de parto normal há duas  
 figuras: uma de criança e uma de mulher e na cena que represen  
ta o pós-parto de cesárea há, ao redor do berço, uma criança e  
 duas mulheres, ao invés de apenas uma mulher. Pedimos-lhe que

diga o que está acontecendo em cada uma das cenas e V. fala: Nesta, estou em casa após um parto normal. Repouso com meu ma rido na cama e minha irmã e minha sobrinha, que vieram me visi tar, estão olhando o bebê que dorme no berço. Nesta outra, es tou em casa após uma cesariana e repouso na cama com meu mari do. Minha irmã e minha sobrinha vieram me visitar e estão olhan do o bebê. Minha mãe também está aqui, pois como fiz cesárea, pedi a ela para passar uns dias comigo, ajudando-me a cuidar do bebê.

Imediatamente V. percebe que devido aos mitos da figura materna como a que tudo provê, sô se sentiria no direito de pe dir ajuda à mãe, caso fizesse uma cesárea, que sendo uma cirur gia, dificultar-lhe-ia assumir os trabalhos com o bebê e justi ficaria o pedido de auxílio. Entende também que na realidade está querendo muito pedir a ajuda da mãe, mesmo em caso de par to normal, mas que apenas não se sente com este direito devido a peculiaridades de sua relação com sua mãe. Conversamos então sobre a questão e V. conclue que solicitará o auxílio da mãe em qualquer caso. Vai para casa, pede a ajuda da mãe e nessa noite entra em trabalho de parto, tendo uma menina, de parto nor mal.

#### *Depoimento J*

Parto de L., segundo filho, instrução primária completa (8<sup>a</sup> série).

*Eu estava em casa de tarde e comecei a perder san*  
*gue. Não era muito mas não parava de sair. Aí me lem*

brei do que aprendi no curso e vi que tinha que ir logo para a maternidade. Pedi a vizinha pra chamar meu marido no ferro velho onde ele trabalha e que é na nossa rua mesmo. Ele veio logo e fomos para a maternidade em Caxias, na mesma hora. Cheguei lá falei pro médico o que estava acontecendo e ele ouviu o coração do nenem e disse que tinha que fazer cesárea de urgência. Fez, vi tudo e o nenem nasceu bem. Se eu não tivesse feito o curso não sabia que o sangue era sinal de perigo e talvez ficasse mais tempo em casa e podia até perder o nenem ou eu mesma morrer. Acho que salvei minha vida e a do meu filho porque estava sabendo e fiquei calma e fiz o que tinha que fazer sem me apavorar.

### 3. TRANSFORMAÇÃO DA 'PACIENTE' EM CLIENTE E AGENTE SOCIAL

Tendo questionado as relações de poder, superado, pelo menos em parte, o medo ao parto, aprendido possibilidades de evitar ou lidar com a dor, e incorporado conhecimentos sobre o parto, seus sinais e processo, a gestante sente-se com possibilidade de transformar-se de paciente em cliente que reivindica seus direitos, explicita seus desejos, sentimentos, emoções, conduz-se, enfim, de forma ativa, como agente de seu parto.

Inúmeros depoimentos de gestantes e puérperas de classe média preparadas por nós mostram-nos mulheres que discutem com seus médicos a anestesia, a episiotomia, o parto normal após ter feito anteriormente uma cesárea, a posição em que querem parir, a indução, a aceleração, etc., conseguindo conquistar o respeito dos obstetras e da equipe.

Entretanto, os exemplos de superação da passividade e de questionamento do poder médico que queremos colocar aqui, são frutos do trabalho com a classe popular, em Saracuruna, onde a superação da passividade atingiu dois níveis: o 1º) o nível pessoal de luta por um atendimento correto e 2º) o nível de comprometimento com o social, que levou as mulheres à denúncia pública e à luta coletiva contra o mau atendimento.

Vejamos como a superação da passividade foi evoluindo do nível de luta pessoal para a luta coletiva.

### 3.1 - A transformação em cliente - a luta pessoal

M.C.L., 26 anos, foi do primeiro grupo de gestantes de Saracuruna, iniciado no dia 14 de julho de 1984. M.C.L. tinha, na época, instrução de nível superior incompleto (estava no início do curso de pedagogia) era solteira e estava assumindo sozinha a gravidez, apoiada pelos pais, pessoas de poucos recursos financeiros. Quando M.C. começou a freqüentar o curso estava com sete meses e meio de gestação e fazia pré-natal em uma clínica conveniada com o INAMPS, na qualidade de segurada, no bairro de Jardim Primavera, vizinho à Saracuruna. M.C. participava muito de todos os debates e usando o jogo de cartões, dramatizou o parto, vivenciando-o como um parto normal. M.C. em uma das suas últimas consultas prenatais sofreu uma tentativa de indução do parto, chegando inclusive a ser coagida pelo médico a se internar. M.C., entretanto, com o apoio da família, saiu da internação e apenas uma semana depois entrou naturalmente em trabalho de parto, sendo então maltratada pelo médico, como punição, por não ter aceito a indução quando ele quis fazê-la.

M.C., na semana entre a tentativa de indução e o parto, foi a uma sessão do grupo de gestantes e relatou a tentativa de indução que sofrera. Freqüentava o grupo M.A., 21 anos, casada, primigesta, instrução primária completa (8ª série), no 5º mês de gestação, fazendo pré-natal, como segurada do INAMPS na mesma maternidade em que M.C. fora atendida. Ter ouvido o relato da resistência de M.C. foi um dos fatores que a levou a

ter coragem de também resistir à igual tentativa no final de sua gestação. Vejamos seus relatos.

*Depoimento L*

M.C.L., primeiro filho, nível superior incompleto.

No dia 22 de agosto, de manhã, fui para consulta do pré-natal e fui atendida, como sempre, pelo Dr. Hélio Bulhões.\* Ele me fez toque e disse que era para eu ficar internada que eu ia ganhar o neném. Como eu tinha feito curso de gestante e sabia os sinais, falei que não era possível, que eu não sentia contrações, nem tinha perdido água, nem o tampão. Ele disse que se eu fosse para casa o bebê nascia no caminho. Eu disse que não era possível, que precisava muito tempo de contrações para o bebê nascer. Ele disse que se não nascesse naquela manhã, nasceria de noite e talvez eu precisasse voltar para me internar de madrugada, que eu devia era ficar logo. Eu respondi que não me importava de voltar, se sentisse os sinais. Aí ele falou que se não me interessasse naquele momento ele não se responsabilizaria pela vida do meu filho. Resolvi ficar, mas pedi a uma vizinha para ir avisar meus pais. Ele mandou a enfermeira me preparar e botar no soro. Fiquei no soro e de tarde ele veio furar a minha bolsa e aí eu não deixei. Meus pais estavam chegando e como eu continuava sem sentir nada, disse que ia embora para casa de qualquer jeito, que ele estava querendo forçar meu parto. Meus pais me deram força e eu fui embora. Não deixei ele furar a bolsa porque eu sabia

\* Neste depoimento e nos seguintes, não omitimos os nomes dos médicos e Casas de Saúde, pois os mesmos foram denunciados publicamente pelas gestantes em dossiê, que foi resumido e publicado, pela Comissão dos Direitos da Reprodução da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, em livreto denominado: *Dossiê Caxias: maternidades maltratando mulheres e bebês causam até mortes.*

que se furasse, o parto tinha que acontecer e como não estava com contrações, achei que ele ia terminar fazendo uma cesárea. Aprendi que não se pode ficar de bolsa furada muito tempo, lá no curso. No dia 29, de manhã, senti contrações e fui à Casa de Saú de Saracuruna e uma médica me examinou e disse que eu estava com dilatação. Fui para casa, almocei pou co; começou a sair muito tampão, assim como um ca tarro. As contrações estavam de 30 em 30 minutos. Tomei banho. Fiz minha higiene e fui para a Casa de Saúde Jardim Primavera. Aí as contrações já estavam de 20 em 20 minutos. Me enternei eram três horas da tarde. Lá me botaram no soro e na metade do vidro, as contrações já estavam de 10 em 10 minutos. Aí o Dr. Hêlio rompeu a bolsa. Às 22 horas, as contrações estavam muito fortes. Às 22:45 minutos, o Dr. Hêlio me levou para a sala de parto, me botou na mesa com as pernas para cima, naqueles ferros e saiu da sala; me deixou sô com a enfermeira. Foi para uma sala perto ouvir música. Da sala de parto eu ouvia a música. Fiquei assim um tempão pois a menina sô nasceu às 23:59 minutos. Eu sentia cãimbra e falava para a enfermeira que não estava aguentando. No momento que ele veio me ver, eu disse que ou ele ajudasse o nenêm a nascer ou me tirasse daquela posição pois eu não estava mais aguentando. Ele falou que se eu tivesse pressa devia ter ficado internada na semana anterior quando ele disse para ficar. E foi embora ouvir música. Eu não aguentava mais. Amea cei que se acontecesse alguma coisa comigo ou com o nenêm, eu ia fazer algo. A enfermeira foi chamã-lo na sala ao lado. Eu ouvi ela dizer para ele vir, que era mãe de primeiro filho; estava ajudando, não es tava gritando e o nenêm já tinha coroadado várias vezes. Aí ele veio. Abriram o soro e o soro esvaziou rapidamente. Deu anestesia, e fêz o corte. Eu esta

va fazendo força, estava difícil o nenem sair. Ele disse que ia quebrar o osso. Eu disse que tinha vindo ganhar nenem e não ficar aleijada. A enfermeira empurrou minha barriga, quase, quase subiu em cima de mim e aí o nenem nasceu. Eu pedi para botar ela em cima de mim. Ele disse: 'Você ainda quer essa coisa toda suja em cima de você?' Mas botou ela em cima de mim, e como eu chorei abraçada com ela! Acho que o médico se vingou de mim, porque eu não fiquei no dia em que ele quis induzir o meu parto. Ele disse: 'Você é culpada disso tudo que aconteceu porque não quis ficar aqui na semana passada. Se tivesse ficado, você não tinha sofrido o que sofreu'. Mas não me arrependi do que fiz, pois minha filha poderia ter problemas se nascesse antes do tempo certo.

#### Depoimento M

M.A., primeiro filho, nível secundário.

Fui à consulta normal. Cheguei lá ele (o médico) disse: 'Você já está com 9 meses?' Eu disse: 'Completo amanhã'. Ele disse: 'Talvez você vá ficar internada hoje'. Eu disse: 'Não, doutor! Não estou sentindo nada, nenhum sinal.' Me mandou tirar a calcinha, fez exame, apalpou a barriga e depois disse para a enfermeira: 'Essa vai ficar, mais uma pra gente. Está com três centímetros de dilatação.' Falou: 'Está com o não sei o quê mole'. Acho que foi o colo do útero. Comecei a chorar. Ele disse: 'O que é isso?' Falei: 'Não estou sentindo nada. Eu tenho que sentir alguma coisa para ficar internada.' Mãe ficou nervosa; disse: 'É assim mesmo.' Ele dizia: 'Você vai ter seu bebê hoje.' Eu falei: 'Vou em casa falar com meu marido.' Ele disse: 'Não dá tempo porque já está com três centímetros de dilatação.' Comecei

a ficar nervosa. Mamãe dizendo: 'Fique, você vai ficar feliz, eu vou buscar as roupas.' Aí eu fiquei sem saber o que fazer e resolvi ficar. Me botaram no soro. Aí veio o meu marido. Já estava lá embaixo pedindo ao médico para entrar, e ele disse que não, porque havia mulheres despidas. O médico trancou a casa de saúde. O médico, quando subiu não disse que ele tinha estado lá. Meu marido começou a assoviar para mim para eu responder. Aí, eu nervosa, não respondi com medo do médico aparecer. Aí ele subiu na janela e perguntou. 'Tudo bem?' E eu disse: 'Tudo bem', achando que tava ali no soro mas as contrações iam vir logo. Ele falou: 'Eles estão induzindo teu parto?' Fiquei sem saber o que responder, com medo da reação dele porque ele é violento. Mas, resolvi falar que sim, mas que ia sair tudo bem. Mas ele disse: 'Então pelo amor de Deus, não deixe, saia daí!' Aí, eu chamei a enfermeira: 'Eu quero que você chame o Dr. Robinson.' Ela foi chamá-lo. Chegou lá o doutor e perguntou: 'Quem está me chamando?' Eu falei: 'Sou eu.' 'Eu quem? Quê que você quer??', já impaciente. Eu respondi: 'Quero ir embora!' 'Filha, você está em trabalho de parto. Você vai ganhar o neném.' Eu disse: 'Eu sei, mas não vou ganhar esse neném hoje, eu não estou sentindo nada. Sei que o senhor vai induzir meu parto.' Ele disse: 'É o seguinte: seu marido está lá embaixo, perturbando o ambiente de meu trabalho, já brigou comigo. Eu estou fazendo o possível para antes das oito horas da noite todas vocês já estarem com o bebê porque eu não gosto de fazer parto à noite. Você quer ir embora, eu tiro o soro e você vai, mas eu te dou teu cartão do pré-natal e teu pré-natal aqui acabou. Se você chegar ali embaixo e tiver esse neném eu não tenho nada com isso.' Eu pensei: 'Esse neném não vai nascer de repente; dá tempo de eu chegar nem que seja em

Saracuruna ...' Aí eu falei: 'Tudo bem, pode tirar o soro. Eu quero ir embora.' Ele chamou a enfermeira e mandou tirar o soro e me acompanhar lá embaixo. Vim embora para casa. Aí pedimos carona a uma vizinha que tem carro para me levar na Casa de Saúde São José. Me atenderam de emergência. Eu expliquei tudo o que tinha acontecido. O médico tocou e disse que não estava com dilatação. Ele falou: 'Teu colo está com 'não sei o quê', de fato, eles tentaram induzir teu parto.' Perguntei se não tinha perigo de chegar em casa e passar mal. Ele disse que não. Eu vim para casa. Fui de novo na São José fazer uma consulta, uma semana depois. Expliquei tudo o que tinha acontecido. Ele falou que realmente tinham tentado induzir meu parto e que era um absurdo. Disse que eu estava com um dedo de dilatação e isso não queria dizer nada, que eu podia ganhar naquele dia ou até dali a duas semanas. Saí e andei em Caxias até às sete da noite mas sentindo o bebê já pesando. Aí cheguei em casa pensando que ia dormir a noite inteira. À uma hora da manhã acordei com dúvida se era cólica ou dor de barriga. Aí, quis ir para casa de minha mãe e meu marido disse: 'Vamos esperar para ver se é a contração.' Eu me lembrei do que tinha aprendido no curso pré-parto e resolvi esperar. Dali a algum tempo a dor veio de novo. Foi um espaço bem bom. Cheguei a cochilar. Aí começou a vir e meu marido começou a contar os minutos. Dessa eu não me lembro mais. Tava com muita alegria, com muita apavoração. Comecei a relaxar e respirar, às vezes não. Às três da manhã disse: 'É contração mesmo. Vamos para a casa da mamãe.' Aí fiquei lá e consegui relaxar. Às sete horas a dor tava só nas cadeiras, aí eu fui para a Casa de Saúde. Cheguei lá mais de oito horas. Quando cheguei, não estava sentindo nada, nem na barriga, nem nas cadeiras e fi

guei pensando que era um alarme falso. Mas, como ela disse que já estava com dois e meio, fiquei lã. Aí a dor começou a vir. Comecei a fazer várias posições e a que me dei melhor foi de lado. Aí eu fiquei chamando os médicos toda hora. A Dra. Fernanda veio e furou minha bolsa; eu chamava a enfermeira para ficar comigo. Ela me sugeriu respirar fundo quando viesse a contração e eu fiz e foi uma beleza. Aí, foram chamar o médico. Dr. Paulo, me fez o toque e mandou me levar para a mesa de parto. Andei até lã, perto da mesa de parto disse que estava com vontade de fazer cocô. Ele disse: 'Bota ela depressa na posição que já vai nascer'. Aí fiz uma força, não nasceu. Depois, fiz mais força e aí, nasceu!

### 3.2 - A transformação em agente social - a luta coletiva

M.C. e M.A. foram ao grupo, com seus bebês, relatar seus partos. Durante o ano de 1985 outras mulheres do grupo viveram, em clínicas conveniadas com o INAMPS e na qualidade de seguras, problemas de mau atendimento. Algumas, secundíparas e múltiparas, relataram problemas em partos anteriores. Nestas mulheres foi crescendo o desejo de denunciarem os abusos sofridos. Foram então convidadas, pela agente de saúde da Associação de Moradores de Saracuruna, a participar do I Encontro de Saúde da Mulher em Caxias, denominado FALA MULHER e promovido pelo Grupo de Mulheres do MUB (Movimento União de Bairros), Federação que congrega a maioria das Associações de Moradores do Município. Este encontro foi fruto do I Encontro Popular pela Saúde de Caxias realizado em dezembro de 1985, promovido pelo Conselho Comunitário de Saúde, criado em setembro de 1985, e pelo MUB e cujo tema central foi a fiscalização das unidades

de saúde e no qual várias denúncias foram feitas em relação à precariedade do atendimento.

No Encontro FALA MULHER, as mulheres, não são do grupo de gestantes de Saracuruna, mas também de outros bairros, relataram o péssimo atendimento à maternidade e daí saiu a proposta, aprovada em sessão plenária final, de elaborar um dossiê com casos de mau atendimento às gestantes e parturientes e encaminhá-lo às autoridades de saúde municipais, estaduais e federais e ao Conselho Comunitário de Saúde de Duque de Caxias.

Este dossiê foi elaborado pelo Grupo de Mulheres do MUB, com a Assessoria do Centro Comunitário de Duque de Caxias, da Igreja Metodista, representado por nós, e dele constam depoimentos de oito mulheres, todas atendidas como seguradas em clínicas conveniadas com o INAMPS. Foi entregue no I Seminário de Saúde de Caxias, realizado em 12 de abril de 1986, às seguintes autoridades: Prefeito de Duque de Caxias, Secretário de Saúde, Coordenador Regional, Diretor Estadual e Presidente do INAMPS, Presidente do Conselho Regional de Medicina, do Sindicato dos Médicos, da Ordem dos Advogados do Brasil, da Comissão de Direitos da Reprodução da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, da FAMERJ (Federação de Associações de Moradores do Rio de Janeiro) e da FAFERJ (Federação das Associações de Moradores de Favelas do Rio de Janeiro).

Das oito mulheres que tiveram a coragem de apresentar depoimento público no referido dossiê, seis tinham participado do grupo de gestantes de Saracuruna, sendo duas delas M.C. e M.A.

cujos depoimentos já relatamos no início desta secção. Os depoimentos das outras quatro são relatados a seguir:

*Depoimento N*

J.M., primeiro grau completo (8<sup>a</sup> série) frequentou o grupo na segunda gestação. Na primeira, o feto nasceu morto. Na segunda gravidez teve problemas de atendimento nas clínicas conveniadas e procurou um médico particular conseguindo salvar a vida de seu filho:

*Comecei o pré-natal na Casa de Saúde Saracuruna em dezembro de 1982. Falaram que o neném era para o final de agosto. No pré-natal só mandaram fazer exame de sangue e mandaram tomar vitamina. Nos primeiros meses só apalpava a barriga, media e tirava a pressão. Até os quatro meses tiravam a pressão, depois não tiravam mais. Só voltaram a tirar a pressão quando fui lá passando mal. Com seis meses, perguntou se eu ia ligar. Eu disse que não, que era o primeiro neném. Antes disso, ele, o médico, conversava mais, depois parou de conversar. O atendimento era rápido, mandava entrar, escutava o neném com um aparelho parecido com um tubo de esparadrapo, só que mais comprido, e passava vitamina, media e falava que o neném estava miúdo, e mandava entrar outra. Numa sexta-feira, dia 19 de agosto, comecei a sentir que a barriga estava ficando dura e mole, e fui lá para ele me examinar, o Dr. Sérgio, meu médico, me examinou. Escutou, mediu, fez toque e disse que não era para aquela semana. Voltei para casa. No domingo de madrugada estava sentindo muita cólica e fui lá. Aí, fizeram exame local.*

Acho que era um acadêmico, ele falou para a enfermeira para dar uma injeção de Lasix em mim. Falou para mim que eu estava com pressão alta e com um centímetro de dilatação. Falou para eu voltar para meu médico na segunda-feira. Voltei na segunda-feira pela manhã, às sete horas Dr. Sérgio me examinou, apertou a barriga, escutou, me deu um papel e mandou eu vir em casa buscar as coisas para me internar. No papel estava escrito: feto negativo. Li no meio da rua; eu tremia e chorava. Fui buscar minha mãe, vim para casa, chorei, botei a mão na barriga e disse: 'Ah, meu Deus! Meu filho está morto!' Depois pensava. 'Não está morto, não.' Quando cheguei lá, perguntei ao Dr. Sérgio se meu filho estava morto e ele disse que não, que eu me acalmasse. Ele me botou no soro, me fizeram lavagem. Fiquei no soro de segunda-feira até terça-feira ao meio dia. Eu mesma tirei o soro porque não estava aguentando. Durante esse tempo, o Dr. Odir disse que o neném estava morto, outro dizia que estava vivo. Eu ficava desesperada. Ninguém me dizia nada certo. Um dizia que estava morto, outro dizia que estava vivo. Tirei o soro, aí o Dr. me examinou o local e me mandou para a Dra. França. Ouvi ela dizer: 'Pode vir, rabuda é sempre comigo, seja o que Deus quiser.' Ela me deu anestesia, cortou e tirou o neném a fórcepes. Vi que era normal, tinha cabelo, sombrancelha, tudo. Falaram que ele morreu de insuficiência intrauterina placentária e que tinha sete meses, 27 semanas. Depois de cinco meses da morte do neném, fiquei esperando outro. Fui para o pré-natal na Casa de Saúde Santo Antonio no centro de Caxias. O médico pediu exame de urina e sangue. Conteí tudo que se passou no primeiro e ele disse que estava tudo bem. Fiquei fazendo pré-natal e tudo estava normal até os oito meses. Ele

fazia todos os exames, media, escutava o nenêm, me pesava. Um dia, quando fêz oito meses, eu não senti o bebê mexer e fui procurá-lo. Eu falei que queria cesariana por causa do primeiro e ele cobrou Cr\$ 300 mil. Fui em outro lugar onde ele trabalhava e ele ouviu o bebê com amplificador e estava tudo bem. Fiquei toda contente. No final do oitavo mês ele me marcou para ir duas vezes por semana, às segunda e quarta-feiras. A data prevista para o parto era final de outubro e quando fui lá no dia 22 de outubro, o Dr. Luis Celso escutou o nenêm e chamou o Dr. Galvão. O Dr. Galvão escutou o nenêm e aconselhou bater a ultrassonografia. Fui marcar, vim buscar o dinheiro e fui fazer o ultrassom. Dr. Cristiano da Semicol disse que tinha que operar com urgência! Fui com meu marido, mostrei o ultrassom ao Dr. Luis Celso e disse que o Dr. Cristiano havia dito para operar com urgência. O Dr. Luis Celso ligou para ele e perguntou se não podia, bater outra ultrassonografia. Acho que ele disse que não, que operasse logo ... porque o Dr. Luis Celso bateu o telefone e me disse para na quarta-feira fazer um exame do coração do bebê na Santa Casa, no Rio. Eu vim embora e fui ao Dr. Oscar, médico particular. Quando mostrei a ultrassonografia para ele, ele me examinou e disse que tinha que operar urgente. Como era noite, ele disse que era difícil achar o colega dele para pedir que me operasse. Esse médico, que era amigo dele, no outro dia de manhã cedo me operou. Ele disse que, se demorasse mais um pouco, o nenêm tinha morrido. Nasceu com 2kg e 300g; o coração estava ressecado e havia pouca água.

## Depoimento 0

Parto de E.N.T., primeiro filho, 1º grau completo (8ª série).

Fiz meu prē-natal todo na Casa de Saūde e Maternidade Santo Antonio. No dia 22 de junho, mais ou menos, às 23 horas, comecei a sentir contrações. Fiquei em casa até às seis horas do domingo, dia 23 de junho e fui para a Santo Antonio; cheguei lá às sete horas e fui para a enfermaria. Fiquei lá tendo contrações. O mēdico me fēz um toque e disse que ia demorar um pouco. Lá pelas nove horas, me deu outro toque; quase 10 horas ele me deu outro toque e me mandou para a sala de parto. Aí na sala de parto, o bebē nasceu logo, fiz umas duas forças e ele nasceu bem. Mas eu comecei a perder muito sangue, minha pressão baixou, fiquei totalmente sem força. Eu pensava e via, mas não falava. Eu escutava o mēdico dizendo assim. 'Se você sentir tonteira, você me avisa'. Aí eu fiquei pensando assim: 'Uē, o que está acontecendo?' Ainda tive força de perguntar: 'Tā acontecendo alguma coisa?' Mas ele disse: 'Não, não ... sō se você sentir tonteira me avise'. Aí eu senti a tonteira, sō que fiquei sem força de falar. Aí ele mandou a enfermeira telefonar para a casa de um mēdico para ele vir urgente. Não foi achado o mēdico, então ele pediu para telefonar para Duque de Caxias para me transferir para lá urgente porque lá não tinha mēdico. Acho que ele era estudante porque se não fosse, não precisava ele dizer para a enfermeira conseguir um mēdico com urgência. Fui transferida para o Duque, em ambulância do Duque porque na Santa Antonio não tinha ambulância. Fui transferida às pressas com um negócio

de tomar sangue e dois de soro. Chegando lá, me atendeu a Dra. Eliane; fiquei umas duas horas ela me fazendo 'não sei o que' na sala de operação. O médico do Santo Antonio não me explicou o que tive, mas no Duque de Caxias, perguntei quando já estava na sala de repouso, o médico disse que não sabia explicar a razão por que tinha acontecido de eu ter uma rotura de colo de útero. Apesar de ter acontecido isso, achei o Santo Antonio melhor que o Duque; fui bem atendida lá no Santo Antonio pelas enfermeiras e pelo que fez o parto (que eu acho que era estudante). A falha foi não ter médico e nem ambulância. Já no Duque tinha médicos, aparelhagem, mas quando a gente queria uma enfermeira, elas demoravam, passavam da hora de dar remédio, de fazer curativo; achei o atendimento pior.

#### Depoimento P

Parto de E.L.O., terceiro filho, 1º grau completo (8ª série).

E.L.O. frequentou o grupo na terceira gestação. Já tinha uma filha de cinco anos e no 2º parto seu feto nasceu morto, devido provavelmente ao mau atendimento, visto que tendo se internado numa quinta-feira pela manhã, com o feto vivo, conforme afirmou a médica após ouvir os batimentos cardíacos fetais, porém com sangramento e fortes dores, foi colocada de repouso, com soro, e só voltou a ter seu feto auscultado na sexta-feira à tarde quando já constataram morte fetal. No terceiro parto teve bom atendimento, tendo um menino por via vaginal. Seu relato para o Dossiê Caxias é do 2º parto:

Eu fiz o prē-natal na Casa de Saūde de Saracuruna. Aos sete meses eu comecei a sentir dores. Fui ao mēdico; entāo ele passou Dactil-OB e repouso. Trēs dias depois voltei ao mēdico, numa quinta-feira de manhã pois as dores estavam muito fortes, estava tambēm com um pouquinho de sangramento. Chegando na Casa de Saūde de Saracuruna – devia ser umas oito horas da manhã – a mēdica me examinou e disse que eu estava com dois centīmetros de dilataçāo, que eu teria que ficar internada e que me colocassem no soro porque iriam tentar segurar o bebē. Quando eu cheguei, a criançā estava mexendo; eu me lembro que ela ouviu o coraçāo da criançā. Me colocaram no soro e me deram uma injeçāo aplicada no soro; mas mesmo assim, as dores nāo passaram. Quando foi sexta-feira ā tarde, pedi ao meu marido que se comunicasse com o meu mēdico. Ele chegou ā noite pois tinha uma cesariana para fazer. Ele entāo escutou a criançā e disse ao meu marido que a criançā tinha morrido; quando foi de madrugada o meu filho nasceu. Quando cheguei na Casa de Saūde sō ouviram o nenēm uma vez ... sō quando dei entrada, depois sō na sexta-feira ā tarde, quando meu mēdico chegou foi que ele escutou o nenēm, mas jā estava morto.

#### Depoimento Q

Parto de E.T., quinto filho, instruçāo primāria completa, frequentou o grupo por um mēs apenas, no final da quinta gestaçāo.

Meu problema atual que ē estar com um buraco na vagina por onde passam fezes, foi conseqüēncia do atendimento que tive no meu quinto parto, na Casa

de Saúde Jardim Primavera. Meu parto foi assim: Fui lá no dia seis de setembro de 1984, às 19 horas, porque estava sentindo dores, contrações. Fui atendida pelo Dr. Robinson. Ele disse que eu já estava com dilatação e que era para eu ficar, que o menino ia nascer naquele dia. Aí, fiquei. Ele me colocou no soro, depois me aplicou uma injeção. Depois da injeção começou a me dar contrações fortes. Ele me fez toque e disse que estava com quatro centímetros de dilatação e que já tinha tido quatro filhos e nunca os médicos tinha furado a bolsa com quatro centímetros de dilatação, que eles sempre furaram quase na hora da criança nascer. Aí ele falou que furando a bolsa, o parto ia ser mais rápido, que era para eu deixar. Aí deixei. Depois que ele furou, as dores aumentaram e aí quando foi 2:50 da manhã, ele me levou para a sala de parto. Quando cheguei na sala de parto, senti uma dor muito forte, cheguei a baixar no chão. Quando eu me levantei e eles me colocaram na mesa, a dor acabou totalmente e eu não senti dores para o neném nascer. Eles mandaram eu fazer força, eu fazia, mas não era aquela força de quando eu ia ter os outros. Então a enfermeira subiu em cima de minha barriga e o médico pegou e me enfiou a mão e começou a fazer aquela força para o neném nascer, e ele não nascia de jeito nenhum. Aí quando foi três da manhã de tanto o médico fazer força e a enfermeira subir em cima de mim, o neném nasceu. Nos outros partos eu sentia quando eles cortavam com bisturi. Deste não, eu senti que ele rasgava, assim, com a mão. Depois ele me costurou, eu senti muita dor, tanta que eu não podia nem virar na cama. Fui embora para casa no dia seguinte e comecei a usar os remédios que eles passaram para os pontos, só que os pontos começaram a inflamar, inflamar, inflamar e começaram a cair.

Aí voltei na Casa de Saúde. Quem me atendeu foi o Dr. Maia com quem eu tinha feito o pré-natal. Ele falou que os pontos não tinham segurado e que eu tinha que fazer nova sutura. Aí marquei com ele para o sábado seguinte, porque teria que me dar um remédio para desinflamar e eu voltar. Voltei dali a 15 dias e o próprio Dr. Robinson fez outra vez a sutura. Me disse que ia costurar com outro tipo de linha para ver se segurava. Ele deu os pontos e me mandou embora para casa. Só que a mesma coisa começou a acontecer: saía fezes pela vagina, tinha que ficar limpando aquilo e começou a abrir tudo de novo. Voltei lá porque tinha dito que eu teria que tirar aquela linha, que era linha que costurava operação. Então fui lá tirar. Quem me atendeu foi o Dr. Maia. Falei para ele: 'Estou sentindo que está tudo aberto, que não cicatrizou'. Ele falou: 'Não, tá ótimo, não tem nada aberto, não! Só que mais tarde você vai ter que fazer uma operaçãozinha de perineo, mas não tem problema não. Só que eu só faço perineo em quem já fez ligação de trompas. Você faz a ligação de trompas, depois vem aqui e marca, que só fazemos o perineo. Mas agora, no momento, não. Isso aí está ótimo.' Eu já tinha tido quatro filhos, em todos levei pontos e sabia que não estava legal. Aí procurei o curso no sub-posto de Saracuruna e me indicaram para procurar o Dr. Carlos, obstetra, no Hospital Municipal Duque de Caxias. Procurei este médico, contei tudo para ele. Ele olhou e achou os pontos ainda por dentro. E o Dr. Maia mesmo tinha dito que era para tirar aquela linha, mas não tirou. O Dr. Carlos é que tirou um pedaço enorme de linha de dentro de mim. Dr. Carlos falou para mim que não estava certo, que o certo era dar um ponto e um nō, depois outro ponto e outro nō e que o médico tinha chuleado; falou que

*teria que fazer duas operações para consertar o reto e o perineo. Me passou remédio e falou para depois que desinflamasse fazer a operação.*

Algumas dessas mulheres foram procuradas por representantes das clínicas conveniadas com ameaças veladas, perguntas sobre o que desejavam para retirar a denúncia ou convites para irem à maternidade assinarem novas fichas de alta por que as da época do parto tinham se extraviado. Nenhuma delas aceitou as propostas.

O INAMPS e o Conselho Regional de Medicina instauraram inquéritos, nos quais todas as mulheres, exceto uma, foram prestar depoimento. A que se negou a depor, fê-lo, por sentir-se amedrontada, mas mesmo assim, não desmentiu as acusações que já havia feito publicamente.

Uma das mulheres ao ser perguntada pelo representante da Casa de Saúde sobre o que queria com essa denúncia respondeu-lhe: *O que mais quero não posso ter: a vida de meu filho de volta. Fora isso só quero alertar outras mulheres para que não sofram o que sofri.* Algumas foram procuradas pela imprensa e deram depoimentos aos jornais, resguardando o sigilo do seu nome e pedindo para não serem fotografadas. Uma delas foi ao Encontro Nacional de Saúde da Mulher, em 1986, em Brasília onde reiterou publicamente suas denúncias. Seus relatos, juntamente com a análise da situação e suas reivindicações, contidas no Dossiê Caxias, foram publicados, em livreto denominado *Dossiê Caxias: maternidades maltratando mulheres e bebês causam até*

mortes, pela Comissão Especial dos Direitos da Reprodução da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro.

O INAMPS descredenciou as Casas de Saúde de Jardim Primavera e Saracuruna onde ocorreram estes fatos e, posteriormente, a Casa de Saúde Jardim Primavera foi fechada pela Vigilância Sanitária do Estado.

Os resultados de nosso trabalho, aqui apresentados, são alguns que achamos relevantes, e destacamos entre os possíveis. Sem dúvida não são os únicos: outros nos foram relatados por ex-clientes, no pós-parto: tranquilidade no amamentar e lidar com o bebê, relação mãe/filho desmistificada e vivida com prazer, sem exigência e culpas excessivas, etc.

E, haveriam outras conseqüências, ao longo da vida, da vivência espontânea e criativa de experiências tão profundas quanto gestação e parto? Acreditamos que certamente existam e sejam muitas, pois concordamos com o que é dito neste trecho de depoimento, escrito no puerpério, por X, gestante de nível superior que frequentou o grupo do CEAMI, na primeira gestação, da qual teve, de parto normal, uma menina:

*Depoimento R*

*O ato de parir é o ato mais criativo do ser humano, da mulher. Parir é criar a vida (...) Daí a força que surge através da conscientização desse processo: a descoberta da incompatibilidade entre este imenso potencial da mulher e sua posição inferiorizada na história dela como ser individual e cultural (...)*

*É necessário que a própria mulher retome este nível de conscientização para aflorar como pessoa íntegra na sua relação com o homem. A partir daí não se sabe o rumo que esta relação vai tomar. Eu em particular não sei responder porque não sei aonde ou a que nós (eu e ele) vamos chegar. É o novo: assustador, desconhecido mas extremamente arrebatador. É que acima de tudo se impõe.*

## CONCLUSÃO

O parto é uma vivência universal e inaugural da vida humana. A todos deveria ser assegurado o direito de vivê-lo de forma saudável e feliz.

Na consecução deste objetivo, o psicodrama, quer na sua modalidade pedagógica, quer na terapêutica, ou na utilização integrada de ambas, tem na nossa cultura, possibilidade de desempenhar importante papel. Constitue-se, pois, este trabalho numa relevante atividade preventiva, na área da saúde bio-psíquica. Não queremos com isso dizer que o trabalho de psicodrama com gestantes garanta, a todas as mulheres que dele participem, um parto tranquilo, espontâneo e criativo. Inúmeros fatores, tanto de ordem individual quanto social podem dificultar ou diminuir o êxito do trabalho. Contudo, apesar de não termos estatísticas para prová-lo, estamos seguras de que a maioria absoluta de nossas clientes beneficiou-se com o trabalho, vivendo o parto como um processo criativo e integrador, e não como um momento de sofrimento e desestruturação, comum a muitas mulheres.

Acreditamos também, que as possibilidades de vivência de partos seguros e felizes, para a grande maioria das mulheres brasileiras, está na construção de uma sociedade em que existam condições de vida dignas; em que as relações sejam de respeito e cooperação e não de exploração; em que homens e mulheres vi

vam afeto e apoio mútuos e não disputas e discriminações.

Esta dissertação apenas aponta as possibilidades deste tipo de trabalho, deixando a outros a tarefa de aprofundar a questão, através de prática e estudo mais sistematizados que o nosso.

Oxalã nossa experiência motive outros a retomá-la, criticando-a e aperfeiçoando-a, não a deixando *morrer nas garras da conserva cultural*.\*

\* Esta expressão é usada por Moreno em um apelo: *Sê espontâneo! Anima-te a criar! Não tomes a minha obra como dogma, porque estarás traíndo a sua essência; toma-a como encontro, transforma-a, não a deixes morrer nas garras da conserva cultural*, citado por Naffah Netto, na 4a. capa de seu livro *Psicodrama. Descolonizando o imaginário*, op. cit.

## BIBLIOGRAFIA

- ALTHUSSER, Louis. Aparelhos Ideológicos do Estado. 3. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1987.
- ALVES, Branca Moreira et alii. Espelho de Vênus. Identidade sexual e social da mulher. São Paulo, Brasiliense, 1981.
- ARIÈS, Phillipe. História social da criança e da família. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.
- BADINTER, Elisabeth. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1985.
- BARROS, Antonia Arlinda de Souza et alii. Rocinha, mães e vidas. Depoimentos. Rio de Janeiro, Editorial Alhambra, 1985.
- BEAUVOIR, Simone de. O segundo sexo. Fatos e mitos. São Paulo, Difusão Europeia do Livro, s.d.
- \_\_\_\_\_. O segundo sexo. A experiência vivida. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1980.
- BELOTTI, Elena Gianini. Little girls. London, Writers and Readers Publishing Cooperative, 1975.
- BÍBLIA SAGRADA — Edições Paulinas, Praça da Sé, 180, São Paulo, 1962.
- BOLETIN Epidemiológico — Organización Panamericana de la Salud, Vol. 7, Nº 5/6, 1986.
- BOLTANSKI, Luc. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro, Graal, 1979
- BOUQUET, Carlos Martinez et alii. Psicodrama. Quando e por que dramatizar. Buenos Aires, Proteo, 1971.
- BOUR, Pierre. Psicodrama e vida. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1974.

- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. O que é educação. São Paulo, Brasiliense, 1981
- BUSTOS, Dalmiro M. et alii. Psicodrama. São Paulo, Summus Editorial Ltda, 1980.
- CAPLAN, G. Principles of Preventive Psychiatry. New York, Basic Books, 1964.
- CHAVES, Sandra. Cesariana – uma preferência cada vez maior das mulheres e dos médicos? Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 15 jun. 1982.
- COSTA, Jurandir Freire. Ordem Médica e Norma Familiar. 2a. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1983.
- DEUTSCH, Helene. La psicología de la mujer. Edición Losada, Buenos Aires, 1947.
- DONZELOT, Jacques. A polícia das famílias. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1980.
- ENGELS, Friedrich. A origem da família, da Propriedade Privada e do Estado. 11a. ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1987.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1983.
- FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. 13a. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.
- FREUD, Sigmund. Obras Completas. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1948
- GODELIER, Maurice. As relações homem-mulher: o problema da dominação masculina. Encontros com a Civilização Brasileira. Rio de Janeiro, (26): 9-29, 1980.
- GRAMSCI, Antonio. Concepção Dialética da História. 7a. ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1987.
- GREENBERG, Ira A. et alii. Fundamentos y Normas del Psicodrama. Buenos Aires, Paidós, 1977.

- GREENBERG, Ira A. et alii. Técnicas del Tratamiento Psicodramatico. Buenos Aires, Paidós, 1978.
- LANGER, Marie. Maternidade e sexo. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.
- LEITE, Rosalina de Santa Cruz. A Operária Metalúrgica. São Paulo, Semente, 1982.
- MACHEL, Samora et alii. A libertação da mulher. São Paulo, Globo Editora, 1979.
- MALDONADO, Maria Tereza P. et alii. Nós estamos grávidos. Rio de Janeiro, Bloch, 1978.
- \_\_\_\_\_. Psicologia da gravidez. Petrópolis, Vozes, 1976.
- \_\_\_\_\_. Relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia. Petrópolis, Vozes, 1978.
- MARX-ENGELS, Lenin. Sobre a mulher. São Paulo, Global Editora, 1979.
- MEAD, Margareth. Male and Female. A study of the sexes in a changing world. William Morrow & Company, New York, 1949.
- MELLO, A. da Silva. Assim nasce o homem. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1966.
- MICHEL, Andrée. O feminismo, uma abordagem histórica. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.
- MORENO, J.L. Fundamentos do Psicodrama. São Paulo, Summus Editorial, 1983.
- \_\_\_\_\_. O teatro da espontaneidade. São Paulo, Summus Editorial, 1984.
- \_\_\_\_\_. Psicodrama. São Paulo, Cultrix, 1975.
- \_\_\_\_\_. Psicoterapia de Grupo e Psicodrama. São Paulo, Ed. Mestre Jou, 1974.
- MURARO, Rose Marie. A sexualidade da mulher brasileira. Corpo e classe social no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1983.

- NAFFAH NETTO, Alfredo. Psicodrama. Descolonizando o imaginário. São Paulo, Brasiliense, 1979.
- READ, G.D. Childbirth Without Fear. New York, Harper & Brothers, 1942.
- RIBEIRO DA COSTA, Maria da Glória. Prática Médica. Dominação e Submissão. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.
- SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. A mulher na sociedade de classes; mito e realidade. Petrópolis, Vozes, 1979.
- SALEM, Tania. O ideário do parto sem dor: uma leitura antropológica. Boletim do Museu Nacional. Rio de Janeiro, (40): 1-27, agosto de 1983.
- \_\_\_\_\_. A trajetória do "casal grávido": de sua constituição à revisão de seu projeto - in Cultura da Psicanálise. São Paulo, Editora Brasiliense, 1985.
- \_\_\_\_\_. Duas faces de Eva: a grávida e a puta. mimeog.
- SOIFER, Raquel. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1980.
- VIDELA, Mirta. Maternidad: mito y realidad. Buenos Aires, Paidós, 1973.

Dissertação apresentada aos senhores

Nome dos compo  
nentes da Ban  
ca Examinadora

Edler Maria de Magalhães Costa  
R. Chite  
Mar. L. de F. L.

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, / /1988.-

Newton Jacupira

Coordenador Geral de Ensino

Maria Inês Costa Calzadilla  
Coordenador Geral de Pesquisa