

Grupo de Cuidadores e Oficina Lúdica como estratégia de atenção psicossocial à população infanto-juvenil: relato de experiência de equipes de saúde na rede básica

Priscilla Nogueira Cavini

Andreia Alpius

Augusta Oliveira César de Carvalho

Renata Bellenzani

Resumo

INT: O PSF exige a (re) criação de intervenções que considerem a subjetividade no cuidado às famílias na perspectiva comunitária. Políticas sociais escassas, violações dos direitos e discursos patologizantes resultam em prejuízos à saúde e fragilização das famílias. **OBJ:** Relatar utilização de um dispositivo coletivo, por equipes de saúde da família (ESF), na atenção infanto-juvenil. **MÉT:** Encontros quinzenais reunindo psicóloga, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga

* Priscilla Nogueira Cavini - Psicóloga formada pela UFSCar em 2002. Experiência em Saúde Coletiva / PSF – Zona Sudeste - Parceria Prefeitura do Município de São Paulo e Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) –2005-2008, compando a Equipe de Saúde Mental. e-mail: pricavini@hotmail.com

** Andréia Alpius - Fonoaudióloga formada pela PUC-SP em 1999. Experiência em Saúde Coletiva/PSF - Zona Sudeste – Parceria Prefeitura do Município de São Paulo e Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)- 2000-2008, compando a Equipe de Reabilitação. e-mail: aalpius@itelefonica.com.br

*** Augusta Oliveira César de Carvalho - Terapeuta Ocupacional formada pela USP-SP em 1997. Experiência em Saúde Coletiva/PSF - Zona Sudeste – Parceria Prefeitura do Município de São Paulo e Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), 2005-2008, compando a Equipe de Saúde Mental. e-mail: augusta_carvalho@ig.com.br

**** Renata Bellenzani - Psicóloga formada pela UFSCar em 2001, mestre em Psicologia Social pela USP. Experiência em Saúde Coletiva / PSF – Zona Sudeste - Parceria Prefeitura do Município de São Paulo e Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), 2005 - 2008, compando a Equipe de Saúde Mental. e-mail: renatabellenzani@hotmail.com

e agentes comunitárias de saúde (ACS) no trabalho com famílias em situação de vulnerabilidade ao sofrimento psíquico. A oficina lúdica prevê quinze crianças em brinquedoteca. O grupo de cuidadores utiliza roda de discussão, disparando reflexões para mudanças nas relações cristalizadas entre pais, cuidadores substitutivos e filhos. A reunião subsequente entre profissionais promove aprendizado e priorização de demandas. Duas famílias acompanhadas são descritas para ilustração. **RES:** O brincar permite expressão de emoções, sociabilidade, aprendizado; o grupo psicoeducativo com familiares dispara mudanças nos padrões relacionais ampliando a compreensão dos contextos que vulnerabilizam a infância. **CONCL:** O dispositivo mostra-se profícuo, articulado às ações de saúde; a ESF se fortalece para abordagens psicossociais. Restrições para a qualidade de vida familiar que ultrapassam a capacidade das intervenções psicoeducativas requerem políticas públicas para promover direitos que fortaleçam a família e sua função cuidadora.

Palavras-chave: saúde mental infantil, crianças, brincar, programa saúde da família.

Abstract

Introduction: The Family Health Program [Programa de Saúde da Família – PSF] demands the (re)creation of interventions that take into account the subjectivity on family care on a community perspective. Rare social policies, violation of their rights and pathological discourses result in damaging these families' health and in weakening them. Objectives: Reporting the use of a group device by family health teams [Equipes de Saúde da Família – ESF] with a focus on the Child/Youth population. Methods: Biweekly meetings by a psychologist, an occupational therapist, a speech therapist and community health agents [Agentes Comunitárias de Saúde – ACS] who work with families which are vulnerable to psychic suffering. The ludic workshop is intended for fifteen children on a ludic library workshop. The group of caretakers makes use of group discussions to think of changes for the crystallized relations between parents, substitute caretakers and children. The subsequent meeting between the professionals enables learning and prioritizing demands. The cases of two families are brought up for discussion. Results: Playing allows the expression of emotions, sociability and learning; the psycho-educational group with relatives brings changes to the relation patterns, enhancing the comprehension of the context that makes childhood vulnerable. Conclusion: The device proves to be useful and articulated to the health care actions; the teams are strengthened for psychosocial approaches. Restrictions on the family life quality that surpass the psycho-educational capacity interventions require public policies to promote rights that strengthen the family and its caring function.

Keywords: child mental health, children, playing, family health program

Gente
Reunida
Unida
Para um
Objetivo Comum

1. INTRODUÇÃO: A CONSTRUÇÃO DAS DEMANDAS INFANTO-JUVENIS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM TERRITÓRIOS DE ALTA VULNERABILIDADE SOCIAL E NÃO GARANTIA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

A experiência de trabalho na rede básica de saúde em territórios com indicadores sociais muito desfavoráveis (desemprego, miséria, violência urbana, criminalidade, habitação precária, etc.) tem permitido observarmos um movimento muito freqüente de escolas, conselhos tutelares e instituições sócio-educativas que consiste em encaminhar inúmeras crianças aos serviços de saúde e saúde mental mediante diversos questionamentos, quando não, afirmações de seu estado “patológico”. Expressões como “agressividade”, “distúrbio de comportamento”, “transtorno de aprendizagem”, “hiperatividade”, entre outros, indicam uma compreensão pouco aprofundada - focada no indivíduo, presumindo-o portador de uma doença - em detrimento de uma leitura sócio-cultural ampliada ao grupo familiar, à rede escolar e à comunidade. Isto enriqueceria o entendimento a cerca da construção das demandas de saúde infanto-juvenis em determinados contextos e grupos sociais cujos direitos humanos não são promovidos ou respeitados.

Alguns autores têm discutido as possibilidades de relações entre *saúde pública* e *direitos humanos*. Uma delas se refere ao impacto das violações/promoções dos direitos humanos na saúde pública, ou seja, sobre a saúde de indivíduos e populações e, inversamente, ao impacto das ações de saúde sobre a violação/promoção dos direitos. Deste modo, “populações que não têm seus direitos respeitados e garantidos, têm piores perfis de saúde, sofrimento, doença e morte” (França-Júnior; Ayres, 2003, p. 4) e,

por outro lado, “a atenção em saúde, quando acessível e de boa qualidade, pode garantir a realização do direito à saúde e à vida” (França-Júnior; Ayres, 2003, p.5).

Uma segunda possibilidade de relação entre *saúde pública* e *direitos humanos* diz respeito à responsabilidade do Estado perante a promoção/ violação dos direitos, ou seja, o Estado não protege os direitos quando não se imbuí de tal responsabilidade. Na prática, isto significa não implementar condições legais, administrativas, orçamentárias e assistenciais para garantir, proteger ou promover os direitos humanos.

A rotulação da criança como incapaz, problemática ou não adaptada constitui uma visão simplista que silencia os fatores de ordem social, cultural, histórica e política que incidem sobre o desenvolvimento infantil e diferenciam grupos sociais e famílias quanto à condição de gozo dos direitos humanos. Por conseguinte, esses fatores diferenciam também o grau de exposição de crianças e jovens a contextos mais, ou menos, favoráveis ao desenvolvimento bio-psico-social (Brasil, 1990) na medida em que interferem nas circunstâncias que aumentam ou diminuem o potencial de cuidado, educação e proteção de crianças e adolescentes por parte das instituições sociais tais como a família e os espaços de educação formal ou informal.

Percebe-se a necessidade de desenvolver dispositivos de atenção na rede de saúde que acolham a demanda encaminhada aos serviços, mas simultaneamente, não reforcem ou reproduzam socialmente a “patologização” da infância nas camadas pobres - negando os aspectos contextuais que favorecem ou prejudicam o desenvolvimento integral das crianças. Entende-se como imperativo a (re) significação junto aos diferentes atores, das queixas formuladas por mães, pais, avós, profissionais da educação e da saúde (inclusive), conselhos tutelares, entre outros, que “patologizam” os modos de expressão e de sociabilidade das crianças, atribuindo a “culpa” pelas problemáticas infantis à “família desestruturada.” Para compreender os contextos e circunstâncias que “desestruturam” a família ou a escola, enfraquecendo suas funções de cuidado, e auxiliar os atores, inclusive as famílias, a buscarem novas alternativas para mudanças da realidade, são

necessárias abordagens psicoeducativas de base comunitária no campo da saúde e que tenham por princípio a emancipação psicossocial (Paiva, 2002) nos moldes da educação para a autonomia, legado de Paulo Freire.

O que isto significa? O trabalho com o grupo familiar deve embasar-se pela noção de cidadania e de sujeitos portadores de direitos, de modo que o debate coletivo e a solidariedade entre grupos que vivem sob as mesmas contingências de violação dos direitos sociais sejam estimuladas a fim de promover a conscientização do sujeito e dos grupos a respeito das condições que incidem sobre eles, os oprimem e possivelmente “os adoecem”, assim como de auxiliar na construção de estratégias de enfrentamento e mudanças nas realidades de vida. Os profissionais da saúde coletiva, saúde mental e reabilitação podem auxiliar nesse sentido ao desenvolverem trabalhos que desloquem o foco sobre “indivíduo”, no caso as “crianças problemas”, e tenham como desafio promover mudanças sobre os contextos que as vulnerabilizam aos agravos em saúde e prejuízos no desenvolvimento.

Segundo Ayres et al. (2003, p. 118), “a proposta da vulnerabilidade é aplicável, rigorosamente, a qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública (...)”.

Ela pode ser resumida, justamente, como esse movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (Ayres et al., 2003, p. 123).

Políticas, programas e intervenções comunitárias no campo da saúde devem ter clareza de que a redução da vulnerabilidade de segmentos populacionais aos agravos em saúde e a subsequente melhora da qualidade de vida, por exemplo, o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, dependem da garantia por parte do Estado dos direitos à saúde, alimentação, educação, lazer, trabalho, renda e cultura às famílias. A garantia dos direitos sociais tende a respeitar a dignidade e o direito à vida, preservando

crianças e adolescentes de privações materiais e afetivas, negligência, exploração, violências e opressões, como fontes de adoecimento e sofrimento mental, inclusive.

Autores alinhados com as teorias do Interacionismo Social, dentre eles George Mead, destacam o peso das relações sociais, de acordo com os contextos, no processo de formação do psiquismo ao longo da infância, assim como as tensões no interior das instituições sociais (família, escolas, etc.) que interagem entre si na formação dos sujeitos.

2. RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA: CRIANÇAS, FAMÍLIAS E DISPOSITIVOS COLETIVOS DE ATENÇÃO.

O presente relato refere-se às experiências desenvolvidas em três unidades básicas de saúde (UBS) - Parque Santa Madalena, Pastoral e Jardim Guairacá - localizadas na região sudeste da cidade de São Paulo¹, envolvendo a formação de mini-equipes, dentro de cada serviço de saúde, que se responsabilizam, desde o segundo semestre de 2006, pelo planejamento e execução da atividade que convencionamos chamar de *Grupo de Cuidadores e Oficina Lúdica*. Os integrantes dessas mini-equipes são as agentes comunitárias de saúde (ACS) das equipes de saúde da família (ESF)² juntamente com técnicos das áreas de saúde mental e reabilitação (psicólogas, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga).

O Programa Saúde da Família (PSF) é definido como uma estratégia adotada para o desenvolvimento das ações de saúde no âmbito da Atenção Básica que, por sua vez, é definida como:

1 Estas Unidades de Saúde localizam-se em bairros pobres do Distrito de Saúde Sapopemba / Vila Prudente. O Programa Saúde da Família desenvolve-se a partir da parceria entre Secretaria Municipal de Saúde e Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM – UNIFESP) desde 2007, originalmente realizada num primeiro momento entre Secretaria Estadual de Saúde e Fundação Zerbini, de 1998 até 2003, quando é realizada a municipalização da saúde e a parceria passa a ser entre a Fundação Zerbini e a Prefeitura do Município de São Paulo. As demais UBS da região também desenvolvem outros projetos de atenção às crianças e utilização de estratégias lúdicas de acordo com as características do território e das próprias UBS.

2 As UBS Santa Madalena, Pastoral e Jardim Guairacá contam respectivamente com duas, três e seis equipes de saúde da família e com profissionais de saúde mental e reabilitação/saúde do deficiente que atuam sob a lógica de profissionais de referência ou apoio.

um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situados no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, voltados para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. (...) A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (Brasil, 1999, apud Malfitano, 2007, p. 116).

A estratégia do PSF permite o mapeamento epidemiológico e sócio-cultural do território, facilitando a priorização das ações a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde. A partir da identificação do perfil da população e do território de cobertura das unidades básicas espera-se que a organização do trabalho das ESF se dê em função das necessidades comunitárias, priorizando as *áreas estratégicas* para operacionalização do PSF em todo território nacional, donde figuram a eliminação da desnutrição infantil e a saúde da criança (Brasil, 2006).

O dispositivo de atenção de caráter coletivo, ora apresentado, constitui uma abordagem de atenção no campo da saúde coletiva na rede básica / Programa Saúde da Família, dirigida ao núcleo familiar, independentemente do tipo de “queixa” formulada pelos diversos atores, cujo marco é geralmente uma referência patológica, problemática ou deficitária “encarnada” na criança. O pedido expresso mais freqüente é por atendimento psicológico individual para crianças com a alegação de apresentarem diversos “diagnósticos” tais como: “problema de aprendizagem”, “distúrbio de comportamento”, “agressividade”, “hiperatividade”, “deficiência”, entre outros.

Diante dessa realidade reconhecemos, portanto, a existência e legitimidade de uma demanda que apesar de se expressar pelo equivocado discurso da patologia sobre a criança, possivelmente engendra contextos e sujeitos em sofrimento, conflitos, rupturas e desagregação em diferentes níveis de gravidade, para os quais o *Grupo de Cuidadores / Oficina Lúdica* foi pensado inicialmente como espaço de acolhimento, escuta e construção coletiva de alternativas para enfrentamento das dificuldades cotidianas. O objeto de trabalho são as relações humanas, a intersubjetividade e a sociabilidade entre os pares (crianças entre si, adultos entre si) e entre as gerações (crianças e adultos).

Trata-se de um dispositivo coletivo no formato de grupo/oficina psicoeducativo (a) aberto (a), com frequência quinzenal e duração de duas horas por encontro, tendo como objetivo a prevenção e o cuidado no campo do desenvolvimento integral e saúde mental infanto-juvenil. Entretanto constitui-se numa abordagem familiar e comunitária e não no modelo ambulatorial de atendimento individual à criança enquanto paciente.

A proposta consistiu em criar de modo sistemático e regular, espaços dentro dos serviços de saúde e no território onde possam ser acolhidas as famílias cuja exposição às circunstâncias macro-sociais (desemprego, miséria/pobreza, exclusão social, criminalidade, violências) as colocam em situação de vulnerabilidade às rupturas das funções protetivas e de cuidado por parte do grupo familiar em relação às crianças e adolescentes. Essa fragilidade da família tem se manifestado no consumo abusivo de álcool/ drogas e no envolvimento com a criminalidade entre mães e pais, nas situações de trabalho infantil, negligência, maus tratos, baixo rendimento e evasão escolar, violência física e psicológica intrafamiliar, privações alimentares, condições precárias de habitação, entre outras “situações-problemas” que se colocam aos serviços de saúde “disfarçados” sob as queixas infantis. As crianças “agressivas”, “hiperativas”, “que não aprendem nada”, “não se desenvolvem” ou “não obedecem” escondem e, simultaneamente, revelam as agruras vividas pelo grupo familiar que se ligam às problemáticas sociais mais amplas e complexas.

A experiência relatada nesse artigo representa os esforços dos profissionais de saúde em compreender e agir em meio a essas “situações-problemas”, acolhendo crianças e seus familiares de modo mais qualificado e integral.

O *Grupo com cuidadores* e a *oficina lúdica* acontecem simultaneamente, com a presença das mini-equipes de trabalho em cada uma das três unidades básicas onde essa atividade tem sido desenvolvida desde 2006; os dias da semana, horários e espaços físicos são fixos de modo a favorecer vínculo e adesão. O contrato com os participantes é feito nos moldes de um convite à conversa, às brincadeiras entre as crianças, para “aprender coisas novas”, “trocar experiências” e buscar soluções para os impasses da vida em família e na comunidade. Enfatiza-se que a participação é voluntária e que

seria interessante a continuidade ao longo de pelo menos um semestre, tanto para as crianças como para os familiares. Por ser um dispositivo aberto é acordado com os participantes, adultos e crianças, que sempre acolheremos os “novos que chegam”, introduzindo-os no espaço lúdico e nas “conversas”.

2.1. Grupo psicoeducativo com adultos cuidadores (pais e mães biológicos e/ou adotivos, avós, irmãos mais velhos, tios, etc.)

O grupo com familiares cuidadores - propositalmente não nomeado de “grupo de mães” ou “grupo de pais”, uma vez que se entende a função cuidadora independentemente das regras tradicionais de gênero, da parentalidade, conjugalidade ou da consangüinidade - toma as referidas queixas sobre os comportamentos infantis como ponto inicial e comum às famílias. Queixas essas que podem, ao longo do processo grupal, se tornar propulsoras de outras reflexões. Isto é, a atividade tem uma proposta transformadora, à medida que acolhemos as queixas iniciais, geralmente focadas na criança, como o “sinal”, “sintoma” que pode ser percebido e expresso pelas famílias e pelas instituições naquele momento.

Este trabalho com os cuidadores pretende favorecer novas percepções acerca das relações cristalizadas entre adultos e crianças a partir da ampliação da compreensão das dificuldades relacionais entre gerações (adulto e criança) e quais os fatores mais amplos (sócio-culturais, históricos e políticos) que incidem sobre a vida em família e suas dificuldades.

Quanto às temáticas discutidas, também não há temas definidos a priori, assim o espaço é aberto e construído a partir dos relatos e experiências compartilhadas, que carregam consigo afetos propulsores de questionamentos, dúvidas e reflexões.

Como a cada sessão contamos com novos participantes, iniciamos com uma apresentação; algumas vezes em formato de dinâmica de grupo ou brincadeiras. O facilitador (ou a dupla) convida as famílias que estão freqüentando o grupo há mais tempo, a auxiliar no acolhimento daqueles

que chegam pela primeira vez, se apresentando, contando como funciona o grupo, seus objetivos e contratos como sigilo, falar um por vez, falar ao grupo e não ao participante do lado ou ao facilitador somente, entre outros.

Os temas abordados são diversos, mas ao longo de um ano de realização da atividade em três diferentes serviços de saúde com realidades semelhantes, foi possível perceber que as queixas sobre “a criança” se transformam em relatos sobre as histórias de vida e realidade familiar de cada sujeito participante.

É possível analisar o conteúdo sócio-cultural desses relatos e a título da descrição do método, elencar alguns temas relevantes ao trabalho comunitário com famílias em situação de vulnerabilidade social. São eles:

- 1) Relações de gênero marcadas pela regras tradicionais ao feminino e ao masculino que se associam às problemáticas tais como: a) da violência sobre a mulher, b) sobrecarga feminina pelo trabalho doméstico e cuidado dos filhos e a pouca participação dos homens nessas funções, c) expectativa pelo “controle” masculino de caráter autoritário ou por meio de coerções físicas. O desemprego do homem tende a ser “sentido” (significado) como fracasso pessoal, muitas vezes associado ao consumo abusivo de álcool (como forma de expressão de frustração diante do não cumprimento do papel de provedor), às atitudes machistas no exercício da masculinidade tradicional que prevê autoridade sobre esposa e filhos, ou até mesmo, o desemprego masculino associado ao ingresso em atividades ilegais ou na marginalidade.
- 2) Recomposições familiares, os impasses entre a parentalidade e a conjugalidade, ou seja, como ficam os papéis na família entre adultos que não são pai ou mãe e sim novos parceiros afetivos (madrasta ou padrasto); o papel do pai ou da família paterna na vida das crianças, com quem a mãe já não vive maritalmente ou nunca viveu, realidade muito presente em que a criança é fruto de uma relação fora dos moldes da conjugalidade.
- 3) Educação das crianças (diálogos e uso das coerções físicas) que por vezes é pulverizada entre diversos atores: vizinha, avós, tia, irmãos mais velhos o que acarreta a dificuldade de manter certa regularidade e padrão (regras, acordos e condutas que chegam a ser contraditórios dentre os diferentes espaços que a criança transita). Muitos participantes relatam histórias da própria infância marcadas pela vivência de privações, trabalho infantil e

castigos violentos que se chocam com aquilo que se espera deles enquanto pais “amáveis” e protetores. 4) Os comportamentos ou atitudes das crianças, ou seja, a dificuldade de compreendê-los não somente do ponto de vista objetivo, mas também enquanto manifestações subjetivas de sentimentos e emoções desencadeadas em distintas interações (na escola, na família, nos espaços sociais, etc., às vezes enquanto reações às adversidades do cotidiano, como por exemplo, como reação à violência doméstica). Os temas são “trabalhados” coletivamente, muitas vezes assumem novos sentidos e, a partir deste processo, o grupo pode construir releituras e novos enunciados que se revertam em novas práticas, formas de ser e de agir.

Desta maneira, o facilitador acolhe o grupo através de escuta ativa e maneja o debate auxiliando que “outros ditos” possam emergir e disparar lembranças, identificações, associações, pontuando, verbalmente, marcos históricos e sócio-culturais que situem os sujeitos em meio às mudanças conforme a passagem do tempo e das gerações.

O facilitador assume a tarefa de alinhar as falas e favorecer a construção de novas histórias; ocupa, assim, um lugar de permitir circular a palavra, criando possibilidades de uma interlocução produtora de novos sentidos/enunciados. Não há o propósito de soluções imediatas das questões a partir de orientações prescritivas e autoritárias, e sim a função de estimular o grupo à “escuta” das várias problemáticas trazidas de modo a dialogar sobre as questões mobilizadoras em prol de um aprendizado coletivo, assumindo função mediadora e facilitadora do processo grupal.

A intenção é que o grupo possa desenvolver-se como um espaço de construção de novas maneiras de pensar, de agir, de ser, enfim, de novas subjetividades em que os participantes são os protagonistas do processo.

A seguir, descrevemos um trecho de um encontro com cuidadores a fim de ilustrar algumas questões referentes ao manejo e aos conteúdos “trabalhados”:

O encontro de cuidadores tem início. Após a apresentação inicial - momento onde os participantes, principalmente, as mães e as avós presentes, falam seus nomes, os nomes das crianças que estão acompanhando e o motivo que as trouxe ao grupo - um silêncio paralisante e constrangedor tomou conta do grupo. Após alguns minutos, Fátima faz a primeira fala: “_

o que eu vou falar do Vitor? Já falei tudo". Nesse momento, um dos facilitadores coloca: “_ *que tal Fátima, você falar sobre o que gosta de fazer? Falar de você...*” Retoma-se aí a idéia de que no espaço do grupo podemos falar de outras coisas que fazem parte da vida, além da responsabilidade pelos filhos, netos... A partir daí outras mulheres participantes começam a trazer histórias sobre seus cotidianos e fica evidente um saudosismo do tempo em que não eram mães, não eram esposas, o que faziam e deixaram de fazer... Restrições na identidade, na sociabilidade e no existir que as fazem sentirem-se cansadas e insatisfeitas, sensações expressas por vezes na irritabilidade com as crianças e na falta de disponibilidade em educar e cuidar. Fátima enfatiza que, no momento, seu único passeio é vir ao grupo.

2.2. O lugar do brincar: as oficinas lúdicas com as crianças

A experiência com a atividade lúdica vem se constituindo como campo potencializador das ações em saúde, facilitando o acesso e acolhimento da população através de uma linguagem singular, imbuída de afeto e desejo: o brincar, o brinquedo e a brincadeira como recursos de intervenção em saúde.

A atividade lúdica no campo da saúde permite ao profissional um olhar mais centrado no sujeito e na sua vida e não na sua “doença”, em acordo com a lei³ 11.104 de 21 de Março de 2005 que estabelece o brincar como estratégia de humanização dos procedimentos e serviços em saúde

3 Esta lei dispõe sobre a obrigatoriedade da instalação de brinquedotecas nas Unidades de Saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. A autora do projeto foi a deputada Luiza Erundina PSB-SP que avalia tal experiência como algo revolucionário no tratamento hospitalar, como meio terapêutico e como possibilidade na redução do tempo de internação. Tal estratégia vem crescendo em valorização no país e, a nosso ver, deve ser ampliada para outros níveis de atenção como a Atenção Básica no qual atuamos. Em nossa experiência no Programa de Saúde da Família, utilizamos a atividade lúdica como um recurso e ao longo dos anos estamos aprofundando as possibilidades que tal estratégia nos traz, criando brinquedotecas e oficinas lúdicas ou ações lúdicas atreladas às ações de educação em saúde. Tentamos desenvolver ações de prevenção e promoção à saúde através do lúdico. Entre os anos de 2005/2006 houve, ainda, um fortalecimento do trabalho com a parceria firmada com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo por meio do Projeto “Brincar é Coisa Séria”, que tem fomentado ações lúdicas e prevê recursos para a criação de brinquedotecas na área da saúde, com apoio político, técnico e administrativo no desenvolvimento das propostas.

no nível hospitalar. E, especialmente, em se tratando da criança também salienta a questão da integralidade no acompanhamento infantil. Afinal, a criança adoecida ou que sofre não é meramente uma patologia "ambulante", mas um ser complexo com processo de vida singular, cujas necessidades relacionam-se às dimensões bio-psico-sociais.

Além do acesso e acolhimento, humanização e integralidade, a atividade lúdica como ferramenta possibilita a produção de saúde através do brincar, garantindo a estimulação do desenvolvimento infantil de modo global. Mead (1934/1967) afirma que os jogos e as brincadeiras são mecanismos de aprendizagem próprios ao mundo da infância e que favorecem a formação da identidade, do *self*. O brinquedo ou o brincar se constituem como mediadores das interações sociais tanto entre as crianças, como entre adultos e crianças.

A relevância das oficinas lúdicas enquanto espaços "organizados" para essa prática tem como princípio a noção de que as experiências e aprendizados das crianças são socialmente construídos. Nesse sentido, espaços dessa natureza permitem que educadores (em sentido amplo) organizem no espaço e no tempo atividades com potencial de criar oportunidades para que as crianças construam significados para objetos, pessoas, situações e interações (Sant'Ana, 2005). A autora aponta que o jogo e a brincadeira são modos privilegiados de interação social para a autonomia, permitem à criança enriquecer o contato com o mundo social e reinventá-lo, transformá-lo, internalizá-lo.

A oficina lúdica se organiza de modo que quem chega é convidado a brincar e observamos que a atividade lúdica tem sido uma forma de acolhimento mais humanizado, de criação de vínculo e de trocas afetivas. Não se trata de um grupo terapêutico, mas de um grupo que tem uma função terapêutica e socializadora.

O foco do trabalho é o brincar. As crianças ficam livres para explorar o espaço, pegar o brinquedo de seu interesse, aproximar-se dos participantes que preferirem ou não, etc. Por vezes os coordenadores da oficina propõem brincadeiras e jogos coletivos, envolvendo todos os participantes da oficina, para estimular a sociabilidade. Em alguns encontros adultos e crianças são reunidos no espaço da brinquedoteca para promover oportunidades de

outros modos de interação entre adultos e crianças que não o da linguagem verbal, somente. Nessas situações evidenciam-se dificuldades por parte dos adultos em interagirem por meio do brincar, pois esse repertório não fora suficientemente aprendido ao longo de suas trajetórias de vida.

A título de manejo são construídas com as crianças as regras de interação e de utilização do espaço da brinquedoteca durante a oficina: o respeito ao outro, o cuidado das crianças maiores para com as menores, a preservação dos brinquedos, a arrumação do espaço ao término da oficina, entre outras.

3. RELATO SOBRE DUAS FAMÍLIAS PARTICIPANTES DA ATIVIDADE

3.1. O *Grupo de Cuidadores* e a *Oficina Lúdica* como suporte às inseguranças maternas e como espaço de construção da autonomia e desenvolvimento infantil.

Maria não trazia seu filho para passar na unidade de saúde porque ele chorava muito para entrar nos consultórios. João, aos três anos, era ainda “o seu bebê”: usava chupeta, tomava mamadeira, era dependendo de fraldas, tinha pouca iniciativa para expressão verbal e se comunicava apontando e fazendo gestos de modo que sua mãe o atendia sem estimular o desenvolvimento de novos repertórios. A criança apresentava indícios de atraso no desenvolvimento neuro-psico-motor e até então não recebera nenhum tipo de atendimento específico para suas dificuldades. Maria não o matriculava na educação infantil, pois sentia medo de que seu filho não fosse cuidado, de que ninguém o compreendesse; não percebia que suas próprias ações tendiam a infantilizá-lo e a restringir sua aprendizagem. A situação sócio-familiar era marcada pela pobreza, pela baixa escolaridade dos adultos, às vezes faltavam gêneros alimentícios, o espaço do domicílio era pequeno, restringindo atividades motoras e a locomoção, a criança interagia quase que exclusivamente com sua mãe e o pai não era mencionado.

A oficina lúdica permitiu a aproximação da equipe de saúde à criança, uma vez que no espaço tradicional dos consultórios, ele permanecia “agarrado” à mãe, interagindo muito pouco com os profissionais.

Num primeiro momento Maria sentia-se insegura em deixar seu filho na brinquedoteca, inclusive ele não queria adentrar e ficar no espaço sem a presença da mãe que parecia angustiada: “_ *Como deixar o bebê com crianças, grandes, mais espertas, perigosas, que poderiam machucá-lo, assustá-lo, fazê-lo chorar? Quem o protegeria?*” O processo de adaptação consistiu em uma fase em que Maria levava João, porém não se desvinculava dele para participar do grupo dos cuidadores. Ficava com o filho na brinquedoteca, “vigilando”, zelando pelo bem estar do pequeno. Os profissionais ofereciam apoio ao processo, estimulando a cada dia a segurança de ambos, mãe e criança, para que construíssem maior autonomia para a separação saudável pelo tempo de duração da oficina. Os familiares participantes do *Grupo de Cuidadores* chamavam Maria: “_ *venha ficar conosco e deixe o menino brincar em paz!*”, possivelmente porque percebiam que João já dava sinais a cada encontro de não precisar tanto da presença materna: chegava menos retraído e demonstrava maior iniciativa em interagir com as outras crianças.

Interessante como o zelo materno demonstrado por Maria repercutia nos profissionais e em algumas crianças mais velhas que participavam da oficina, pois se preocupavam em estarem mais próximos de João, proporcionando o seu acolhimento na oficina para que a mãe também pudesse “ficar livre um pouco”, e “cuidar de si mesma”.

Maria afastou-se do grupo durante um período, mas os técnicos acompanharam a inserção de João na rede de ensino e por meio de uma parceria com a escola, a mãe continuou a ser estimulada a mudar algumas atitudes com a criança e a retornar ao grupo. Isto se sucedeu no momento em que Maria engravidou de seu segundo filho e estava recém separada do marido, demonstrando necessidade de apoio.

As conversas em grupo ajudaram-na a construir uma relação mais facilitadora ao desenvolvimento de João, a se reconhecer em outros papéis além da maternidade, mas também como esposa, pois a separação do marido levantou questionamentos sobre sua feminilidade e novos planos

para a vida. Formulava-se também, novas possibilidades de vínculo com o bebê que iria chegar e Maria produzia reflexões: “_ *Nossa, agora eu parei disso, de segurar o João comigo, agora é creche todo dia e eu vou fazer outras coisas. Com a neném, aqui (já sabia que teria uma menina) vai ser diferente.*”

3.2. A busca de soluções por meio da interação grupal: espaço de aprendizado e transformação do sentir e da própria realidade cotidiana.

Ana chegou muito angustiada e sem perspectiva. Analfabeta, como são freqüentemente alguns dos participantes, as mães, principalmente, Ana trouxe o filho de dez anos que não estava conseguindo “aprender nada na escola”, expressando, envergonhada, sua dificuldade em ajudá-lo, já que ela mesma “nem sabia ler ou escrever”. Ela dizia que o marido sabia ler, mas trabalhava em bicos de pintor e “não queria saber de nada das coisas da casa”. Pelos seus relatos observamos padrões rígidos nas relações de gênero, o marido consumia álcool abusivamente, por vezes ficava agressivo e Ana dava sinais de desgaste emocional e físico. Apresentava-se falando de modo muito acelerado, conteúdos melancólicos e queixosos; reclamava muito do esposo e tinha uma postura do tipo “o que vocês vão fazer por mim”, delegando ao “outro” o potencial de mudança. Conforme construía confiança no espaço grupal começava a compartilhar as vivências marcadas pela violência doméstica, tema muito presente nas dinâmicas familiares onde vivem as crianças ditas “agitadas” e “agressivas”, ou ao contrário, “tristes e sem ânimo” como era o caso de Israel. Esse, a cada oficina lúdica, era bastante estimulado pelos coordenadores da oficina a interagir mais e a brincar com jogos que estimulassem a criatividade e as funções cognitivas. A criança progressivamente tinha avanços.

No período que freqüentou o grupo, onde trabalhávamos muito a questão dos “direitos iguais” entre homens e mulheres e a “emancipação” das mulheres diante das opressões de caráter histórico, Ana começou a freqüentar, à noite, um curso de alfabetização para adultos, entretanto, enfrentava muitas dificuldades, pois a reação do marido diante do esboço

de autonomia era muito negativa. Ela sentia medo dele, além do mais tinha que “fazer janta e cuidar de Israel à noite”. O grupo a elogiava pela “coragem de voltar a estudar” e a condição social da mulher tornava-se tema freqüente e muito mobilizador.

As discussões entre a equipe que conduzia a atividade indicaram, além da participação no Grupo de Cuidadores, a necessidade de associar outras estratégias de atenção à família. Intensificaram-se ações no domicílio, incluindo atendimento ao casal por profissional psicólogo, uma vez que o esposo não aceitava os convites para participar da atividade em grupo⁴. Observamos melhora no diálogo entre o casal e a redução das manifestações agressivas do marido, Israel passou a ser atendido também individualmente pela fonoaudióloga.

4. RESULTADOS

Inicialmente, as demandas eram restritas as queixas escolares e de comportamento, porém, o grupo, progressivamente, passou a receber famílias identificadas pelas equipes de saúde da família por estarem suscetíveis a diferentes fatores de vulnerabilidade psicossocial de seus integrantes, adultos ou crianças. A baixa participação de homens, pais, tios, avôs é uma realidade que desafia as estratégias de abordagem e indica a pouca participação masculina no cuidado às crianças, um aspecto relacionado à cultura tradicional acerca dos papéis para os gêneros. O número de participantes em cada sessão varia muito e existe uma grande rotatividade, talvez, entre outras razões, pelo fato de ser um grupo aberto e sem um número de encontros definidos a priori, aspecto a ser avaliado. Identificamos que mudanças positivas observadas nas dinâmicas familiares se deram com

4 Importante ressaltar que a expectativa social histórica da mulher enquanto responsável pelo ambiente doméstico e cuidado dos filhos, ainda hegemônica, principalmente nas camadas populares e com menor grau de escolaridade, contribui significativamente para que atividades na área da saúde, como a que apresentamos aqui, seja majoritariamente freqüentada por mulheres, sejam elas mães, avós, tias, mães substitutivas ou irmãs mais velhas. O esforço expresso no nome da atividade: “grupo de cuidadores” e não “grupo de mães”, somado as tentativas de convite aos homens, não foi suficiente para trazê-los. Outro obstáculo é que muitas das crianças perdem o contato com seus pais, sendo criados somente pelas mães ou mulheres da família.

relação às famílias cuja adesão e presença era mais sistemática. Isso indica o caráter processual dos aprendizados e das mudanças nas práticas social e culturalmente cristalizadas. Dentre os limites da atividade, encontram-se os contínuos processos de exclusão social a que estão submetidas as famílias em situação de miséria, cujo potencial educativo das atividades não é suficiente para promover mudanças mais estruturais rumo à inclusão. Nesse sentido a atividade pode auxiliar na conscientização dos sujeitos quanto aos seus direitos e os caminhos para acessá-los, por exemplo, buscar os conselhos tutelares para a garantia dos direitos das crianças e adolescentes.

Observamos que o dispositivo, ao reunir agentes comunitárias e técnicos em articulações com os recursos do território que encaminham crianças e famílias aos serviços de saúde, é potente para o fortalecimento dos profissionais do PSF na atenção às questões de ordem psicossocial e na incorporação do referencial da vulnerabilidade e dos direitos humanos ao trabalho em saúde de base territorial. Isto fortalece a construção de uma rede de parceria e de ações intersetoriais, além de sensibilizar a população atendida na co-responsabilização pelos problemas enfrentados e no desenvolvimento de repertórios mais ativos nos cuidados de saúde e nos processos gerais da vida.

5. CONCLUSÃO

Os dispositivos coletivos (grupos) nos serviços de saúde aqui mencionados, estão se constituindo como instrumentos para a compreensão dos processos intersubjetivos e de sociabilidade e para a constituição de espaços de reflexão e mudança de práticas. Assim como para promover mudanças no modelo de assistência oferecida (menos ambulatorial e mais comunitário).

O dispositivo corrobora os princípios do SUS como acessibilidade e integralidade uma vez que acolhe e (re) significa queixas, pautando a dimensão bio-psico-social dos sujeitos, coletivos e de suas demandas no eixo saúde-doença.

Entender o que são as práticas grupais, para que servem, quando usá-las e que efeitos produzem deve ser um exercício de todos os atores no campo da saúde coletiva, saúde mental, reabilitação e Atenção Básica / PSF.

Apesar do caráter recente da intervenção, já é possível visualizar algumas repercussões significativas. Através do acolhimento e vínculo, as famílias que freqüentam o *Grupo de Cuidadores e a Oficina Lúdica* mostram-se mais próximas dos profissionais de saúde, o que facilita a prevenção de outras doenças, a adesão a outros projetos do serviço e a compreensão do trabalho da UBS.

O movimento que procuramos descrever neste trabalho tem propiciado a sensibilização dos profissionais de saúde, escolas e conselhos tutelares, mesmo não envolvidos diretamente na proposta, promovendo cada vez mais a legitimação deste espaço. A continuidade e a construção de indicadores para avaliações de impacto são necessários para dimensionar os muitos desdobramentos que tal proposta pode trazer e tem trazido. A equipe continua na aposta...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Ayres, J. R. C. M. et al. (2003). O Conceito de Vulnerabilidade e as práticas de saúde: novos desafios e perspectivas. In: CZERESNIA, D.; MACHADO FREITAS, C. (Org.). *Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências* (pp. 116-138). Rio de Janeiro: Fiocruz..
- Brasil. (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. São Paulo: Cortez.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (1999). *Manual para Organização da Atenção Básica*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Família.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006). *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. 60 p. (Série Pactos pela Saúde, v. 4)
- França-Jr, I.; Ayres, J. R. C. M. (2003). Saúde Pública e Direitos Humanos. In: E. Zóbole e P. Fortes (Org.). *Bioética e Saúde Pública* (pp. 63-69). São Paulo: Edições Loyola.
- Malfitano, A. P. S. (2007). *Atrás da porta que se abre: demandas sociais e o Programa Saúde da Família*. Holambra: Editora Setembro...

- Mead, G. H. (1934/1967). *Mind, self and society*. Chicago: The University of Chicago Press. Disponível em <<http://spartan.ac.brocku.ca/Iward/>>. Acesso em fevereiro de 2008.
- Paiva, V. (2002). Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, **6**, (11) , p.25-38..
- Sant'Ana, R. B. de. (2005). Psicologia Social na escola: as contribuições de G. H. Mead. *Psicol. Soc.* , Porto Alegre, 17(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 Mar 2008. doi: 10.1590/S0102-71822005000100010