



**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
MATERNO-INFANTIL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
2008 - 2009**



MONOGRAFIA

MON
SM AR
2009

U F.R.J
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA JORGE DE REZENDE
N. ADM. 750219
N. SISTEMA 750219
C.B. BARRA



resumo (ok)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

SILVANA MARIA DE AVELLAR RUSSO

“O acolhimento às crianças em um ambulatório de saúde pública”

Rio de Janeiro

2009

SILVANA MARIA DE AVELLAR RUSSO

“O acolhimento às crianças em um ambulatório de saúde pública”

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de pós-graduação: Atenção Integral à Saúde Materno Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro / UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno Infantil.

Orientadora: Marisa Schargel Maia

Rio de Janeiro

2009



UNIVERSIDADE
DO BRASIL
UFRJ

MATERNIDADE-ESCOLA

O acolhimento às crianças em um ambulatório de saúde pública

Aluna: Silvana Maria de Avellar Russo

Orientadora: Marisa Schargel Maia

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

Aprovada por:

Profa. Nádia Degrazia Ribeiro

Profa. Dra. Marisa Schargel Maia

Nota:

Conceito:

Rio de Janeiro, 27 de maio de 2009.

AGRADECIMENTOS:

A Marisa Maia, que, neste e em outros momentos, sempre me orientou com colocações precisas, éticas e afetuosas.

A Nádia Degrazia Ribeiro por ter aceito participar da banca e, assim, contribuir com sua experiência, dentro do campo do cuidado às crianças.

A Patrícia Rubim, que, com sua escuta atenta e sensível, vem me ajudando na delicada escolha de cuidar das pessoas.

Aos meus familiares pela compreensão nos momentos em que não pude estar presente, durante a elaboração deste trabalho; e uma vez falando de crianças, um beijo todo especial da dinda aos pequenos Enzo e Valentina.

Ao meu amor Luciano por sua parceria e apoio que foram fundamentais para mais esta fase !!!!

A todos aqueles que fazem parte do Curso de Atenção Integral à Saúde Materno infantil, aos professores, aos funcionários da biblioteca sempre tão solícitos e aos funcionários da secretaria pelos importantes esclarecimentos.

Um agradecimento todo carinhoso às colegas do curso, que, com experiências e práticas tão diferentes, engrandeceram esse nosso caminho. Queridas, valeu !!

E finalmente, aos pacientes que procuram o ambulatório de saúde no qual trabalho, por me ensinarem tanto e possibilitarem a realização desta monografia.

Muito obrigada a todos !!!

RESUMO

Este trabalho propõe-se a discutir os aspectos que nortearam o atendimento psicológico em grupo com crianças da faixa etária de cinco a sete anos, realizado no ambulatório de Psicologia, em uma unidade de saúde da Baixada Fluminense. Idade, número de participantes, demanda da clientela, dinâmica do atendimento em grupo são alguns dos elementos aqui abordados. Propõe-se também a debater sobre a importância do brincar na clínica infantil, indicando o acompanhamento grupal como uma forma possível de acolhimento em uma unidade de saúde pública.

Palavras-chave: Crianças, Atendimento psicológico, Grupos, Saúde pública

Sumário

Introdução:	p1
1. Considerações preliminares:	p3
2. A clínica com as crianças: algumas indicações	p6
3. Sobre o grupo terapêutico:	p8
3.1 Pensando o grupo teoricamente:	p8
3.2 Estruturando o grupo: alguns critérios	p9
3.3 Psicoterapia infantil em grupo é possível?	p13
4. Pensando sobre o brincar na clínica com crianças:	p15
Considerações finais:	p21
5. Referências Bibliográficas:	p25
6. APÊNDICE: Sobre o SUS e o ECA:	p28
O Estatuto:	p28
O SUS:	p29

Introdução:

Trabalhando em um posto de saúde, pode-se perceber que são variados os programas de saúde existentes na unidade, como, por exemplo, o Programa de Hipertensão, o de Diabetes, o Pré-natal, o de Saúde Mental, o de DST/ AIDS. Isso leva ao encaminhamento de pacientes para atendimento na Psicologia, com as mais diferentes histórias e faixa etária, com as mais diferentes queixas e com os mais variados diagnósticos médicos de saúde, sem levar em consideração os pacientes encaminhados pela Justiça, que vêm em busca de uma ajuda, e, ainda os que são encaminhados para a Psicologia após o atendimento na emergência do posto.

Especificamente no atendimento às crianças, que é o nosso enfoque, a procura é frequente. A clínica psicológica com crianças dispõe de especificidades como o acolhimento aos seus pais; o contato com a rede pertencente à vida da criança (tal como a escola e o conselho tutelar); e o contato com outros profissionais e unidades de saúde do município. É necessário refletir por que razão a criança está sendo encaminhada agora e neste momento, quem está fazendo este encaminhamento e quem vem ao serviço querendo agendar o atendimento.

Desta forma, as crianças chegam encaminhadas por profissionais de saúde, instituições de saúde, escolas, conselho tutelar ou por demanda espontânea de seus responsáveis, pelos mais variados motivos: está agressiva, agitada, não obedece, não aprende ou tem ainda um medo incontrolável da Polícia. Agendo uma primeira entrevista apenas com o responsável e, após alguns contatos com este(a), recebo a criança. Neste processo, a fim de conhecê-la e melhor avaliar a real necessidade de um tratamento ou se algumas pequenas orientações já podem ajudá-la no caso, então marco algumas entrevistas ora com a criança, ora com seus pais.

Em algumas situações, poucos encontros somente com a criança ou somente com o responsável; ou ainda encontros alternados entre a criança e o responsável; ou até mesmo entrevistas com a criança e o responsável juntos já

Já no segundo capítulo, teço uma reflexão teórica sobre grupo, salientando pontos importantes, como a questão diagnóstica, a faixa etária das crianças e o conceito de grupo enquanto “universo continente”.

No terceiro capítulo, teço algumas considerações sobre o brincar e sua importância no desenvolvimento emocional da criança e principal via de acesso ao seu mundo interno.

O presente trabalho expõe ainda nas considerações finais a reflexão de como está agora o trabalho com grupos de crianças neste ambulatório e, por último, um apêndice com pequenas notas sobre o Sistema Único de Saúde e o Estatuto da Criança e do Adolescente, uma vez que estamos falando de atendimento às crianças em uma unidade de saúde pública.

1. Considerações preliminares:

Minha prática clínica com crianças começou ainda na graduação, e, pensando no meu percurso profissional, é possível perceber indicações que certamente me ajudaram a refletir sobre a formação do grupo terapêutico com crianças neste ambulatório.

Comecei a atender crianças no serviço de Psicologia da UERJ, local onde me formei na graduação. Os atendimentos individuais eram preponderantes para que pudéssemos aprender e iniciar a prática clínica, construindo uma hipótese de trabalho e direção de tratamento, como acolher o caso; em que momento, chamar a mãe e o pai; quando atendê-los juntos, ou em separado etc. Na supervisão discutíamos os casos com uma profissional experiente na área e líamos textos que pudessem nos ajudar neste caminho. Foi uma experiência importante para clinicar, respeitando a singularidade de cada paciente e como manejar o caso.

Paralelo a isso, fiz um ano de estágio no Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto (HMNSL), uma unidade de referência do Município do Rio de Janeiro para crianças que se submeteriam à cirurgia de fenda lábio-palatal; Os atendimentos se davam na Enfermaria para aquelas que estavam internadas em situações mais graves (como casos de asma, pneumonia, infecções e

outros) ou no ambulatório, para as crianças encaminhadas de escolas e do próprio hospital e, ainda, para as crianças que, após a alta da Enfermaria, necessitavam de um acompanhamento mais prolongado (além disto havia o acompanhamento a crianças que sofreram maus tratos).

Outra modalidade de acompanhamento às famílias que merece ser aqui relatado era a reunião para a preparação das cirurgias com o uso dos bonecos terapêuticos, da qual eu participava junto com a psicóloga responsável. Sendo uma unidade de referência no cuidado infantil, o HMNSL fazia cirurgias reparadoras também de redução de orelha, fimose, freio de língua, hérnia etc.; e os bonecos terapêuticos apresentavam tais patologias. Com eles, eram passados às crianças e a seus pais como seria a cirurgia, o curativo, o tempo de internação, o que aconteceria então com elas. Durante a reunião elas podiam manipular e mexer nos bonecos. Era-nos informado pela equipe do hospital que isso contribuía em muito para diminuir o estresse e a ansiedade diante desta situação.

Depois de formada, fui trabalhar na Casa da Árvore, um projeto ligado à UERJ, tendo como coordenadora uma supervisora da universidade. A Casa é uma experiência de acolhimento e atendimento às crianças, baseado na *Maison Verte* da psicanalista francesa Françoise Dolto¹. O projeto hoje conta com Casas em diferentes favelas do Rio de Janeiro. Cada uma delas tem sua especificidade de trabalho: em uma delas atende-se a crianças maiores; em outra, a crianças menores; e onde trabalhei, acolhíamos as crianças pequenas – de até seis anos de idade – com um responsável.

Essa é uma prioridade no trabalho: que a criança pequena esteja acompanhada por um adulto e entre nesse espaço para brincar e conversar, sendo sempre recebidos tanta a criança como o responsável por uma equipe de três profissionais, que são diferentes a cada dia. Os frequentadores chegam e saem quando querem, e um aspecto importante do funcionamento da Casa é

¹ Para mais esclarecimentos, veja Milman, L. & Bezerra Jr, B.(orgs.) *A Casa da Árvore: uma experiência inovadora na atenção à infância*. RJ, Ed. Garamond, 2008.

que o nome da criança e de seu responsável esteja escrito em um quadro negro que fica na entrada, a fim de nomear as pessoas que se encontram ali presentes.

Ainda nessa época, fui chamada para tomar posse em um concurso público para a Secretaria de Saúde na Baixada Fluminense. Uma vez lotada na unidade de saúde, pude perceber, no decorrer dos dias de trabalho, que era grande a procura de atendimento para crianças. Cheguei a ir em uma das escolas da localidade com outros profissionais do posto (um enfermeiro e uma assistente social) para conversar sobre os encaminhamentos. Havia dúvidas e questões dos professores e dos orientadores sobre como e quando encaminhar, se seria possível fazer uma avaliação com a criança, enfim, situações de como poderíamos estar mais juntos no trabalho com essa clientela.

Apesar de oscilar, já que em dados momentos no trabalho de ambulatório a procura é maior e em outros, a procura é menor, tudo isso sempre me fazia considerar o atendimento em grupo como uma possibilidade, mas eu me questionava porque este não poderia ser formado somente para atender a grande demanda por tratamento.

Assim, após alguns atendimentos individuais às crianças na faixa etária de cinco a sete anos – também foram realizadas entrevistas com seus responsáveis e atendimentos conjuntos de criança com responsável, onde pude conhecer melhor suas histórias - decidi estruturar um primeiro grupo terapêutico com elas.

Conversei primeiramente com as crianças e seus pais sobre a proposta de tratamento em grupo (esta era uma possibilidade uma vez que as crianças que participariam tinham histórias parecidas e, na minha avaliação, poderiam se beneficiar deste encontro) e todos concordaram.

A proposta era um grupo semanal, com no máximo cinco participantes, contando com uma hora de atendimento. As crianças foram apresentadas no início do grupo, quando lhes expliquei porque estavam ali, o que faríamos. Ficou acordado que, na última semana do mês, teríamos uma reunião exclusivamente com os responsáveis.

2. A clínica com as crianças: algumas indicações

Dentre as queixas mais comuns nos atendimentos das crianças neste ambulatório, encontramos a falta de concentração na escola; a grande dificuldade em aprender; a agitação e o medo incontrolável da Polícia ou de tiros – a criança começa a sofrer com raios e trovões porque fica tão assustada que não consegue mais diferenciar dos tiros constantes - quando é preciso circular em uma área de risco onde a presença da Polícia é frequente, além da enurese e ecoprese.

Tais sintomas trazem conseqüências para a vida escolar e social da criança. Muitas vezes eles a entristecem, fazem com que se sinta mal, envergonhada, causando problemas a ela própria e aos outros, sem saber o que acontece e, portanto, demanda da família soluções que esta não consegue dar.

Winnicott, em 1931, traz indicações quanto à ansiedade que provoca ou acompanha os sintomas físicos. Tais sintomas como micção excessiva, urgência extrema em defecar e outros, levam os pais a procurar ajuda para examiná-los. Quanto ao aspecto de como ou em que as questões emocionais influenciam uma doença física, para este autor, isso estará diretamente relacionado com a capacidade que a própria criança possui para tolerar o nível de ansiedade à qual está exposta, ou está sentindo.

Pensando um pouco sobre a questão da agitação nas crianças, encontramos em Winnicott, que esta, muitas vezes, é parte inerente da natureza das crianças e que a condição subjacente é a ansiedade. Tal situação pode ter surgido depois de um acontecimento súbito ou imprevisível (como uma rajada de vento, uma briga de adultos, o nascimento de um irmão ou irmã), indicando que este momento suscitou sentimentos na criança, com os quais ela não conseguiu lidar.(cf. WINNICOTT, 1931)

Para ele, crianças agitadas ou superexcitadas precisam sempre estar fazendo alguma coisa ou indo a algum lugar. Brincam bastante todo o tempo que puderem, fazem amigos com muita facilidade, estão bem, mas ficam

irritadas se restritas. A excitação aumenta ainda mais a agitação e, assim a criança acaba virando um problema porque não para quieta, “apronta”, e fica insuportável.

Acredita que os movimentos que as crianças ansiosas fazem são para dominar a ansiedade. Relacionados a este tipo de agitação, encontramos pequenos sintomas, como a urgência e a frequência da micção (ou defecação), o sono agitado ou perturbado e uma aparente insônia, onde a criança é a última a dormir e primeira a acordar.

Ainda, em 1931, Winnicott vai considerar que as bases da saúde mental das crianças encontram-se logo nos seus primeiros anos de vida, mais especificamente entre o primeiro e o quinto, sendo este o período onde podemos encontrar o núcleo da psicose. Tendo sua origem quando a criança começa a dar os primeiros passos, por mais que a criança viva em um ambiente saudável, nessa época, ela experimenta ansiedades próprias de sua vida, que são de se esperar, uma vez que têm impulsos, idéias, sonhos, conflitos de amor *versus* ódio, desejo de preservar *versus* desejo de destruir etc.(WINNICOTT, 2000)

Esse autor, em 1956, salienta que a psicose se refere a crianças cujos estágios iniciais do desenvolvimento foram bons, satisfatórios, porém tiveram pequenos problemas. Isto acontece porque a criança organiza suas defesas, uma vez que começa a sentir como insuportável certos aspectos da ansiedade: ela não vai perder nada do seu desenvolvimento, vai apenas organizar-se de forma defensiva contra a ansiedade que, para ela, está sendo insuportável.

A psicose seria um estado de certa saúde mental no desenvolvimento emocional e acontece com crianças suficientemente sadias que não são crianças psicóticas. A criança ou o adulto está em posição de terem suas próprias dificuldades, que se referem à vida e aos relacionamentos interpessoais.

Uma das crianças que participou desse primeiro grupo apresentava um quadro fóbico. Suava, tinha ânsia de vômito na presença da Polícia, sem que tivesse presenciado ou vivido algum fato em que ela ou qualquer um de seus parentes tenha tido um episódio difícil ou traumático com esta. Para Winnicott,

mesmo assim, percebiam a dificuldade destes pacientes aderirem à psicoterapia.

Costa (1989) nos diz que, neste tipo de enquadre terapêutico, os pacientes podem se expressar, falar, associar livremente, sentindo-se menos inibidos e menos ameaçados, já que estavam junto com outras pessoas. Mas como ficam essas considerações quando pensamos em um grupo terapêutico com crianças? Tais características também se encontram em um grupo de crianças em uma unidade de saúde pública, ou podem ser apenas consideradas para um grupo de adultos?

Huguet (1995) acredita que todas as crianças são grupáveis; considera que o grupo deve ser aberto, e ele próprio é quem deve “negociar” suas normas e regras. Sobre a questão da grande quantidade de crianças que chegavam encaminhadas para atendimento, em uma instituição de saúde onde trabalhou, indica o desejo do profissional de atender estas crianças como uma das condições para a possibilidade do grupo terapêutico acontecer em uma instituição. Saliento aqui o compromisso ético de que estas crianças sejam atendidas.

A esse desejo do profissional, Huguet soma ainda a demanda da clientela e as possibilidades oferecidas pela instituição para que o grupo ocorra, tais como: a concordância da Direção da unidade; a possibilidade de um espaço adequado para que o grupo aconteça; a disponibilidade de material plástico necessário; o contato com outros profissionais da instituição etc.(cf. HUGUET, 1995)

3.2 Estruturando o grupo: alguns critérios

Dessa forma, como seria montar um grupo terapêutico com crianças em uma unidade de saúde pública? Existiriam critérios? Quais? Diante da grande demanda e da procura da população, quais seriam os indicadores possíveis para o tratamento psicológico em grupo?

A clínica com crianças dispõe de algumas especificidades. Inicialmente é preciso conhecer essa criança e sua história, já que ela não vem por conta própria e nem por suas próprias pernas para um ambulatório de saúde pública.

Ela é trazida por alguém ou encaminhada por alguma instituição da qual faz parte ou já passou, como escola, conselho tutelar, um profissional de saúde, entre outras.

Lancetti (1995) nos orienta quanto a isso, considerando que, na equipe com a qual trabalhou, a história de cada criança era cuidadosamente discutida antes de o grupo terapêutico ser formado e poder começar. Essa particularidade também nos é apontada por Huguet (1995) que, ao selecionar as crianças, pôde conhecer bem a história familiar delas, atentando para o que acontecia e ajudando as manifestações de cada uma dentro do grupo. Para a formação do grupo terapêutico que cita em seu texto, ela própria fez a avaliação com meninos e meninas de 8 a 11 anos. Tal grupo teve como proposta terapêutica um caráter preventivo para a promoção da saúde e a melhora das crianças, sendo que a abordagem psicoterápica escolhida foi a psicanalítica, percebendo e observando o que as crianças trariam, por meio da produção com desenho, pintura e modelagem.

Uma vez escutada a queixa que traz a criança para o atendimento, acolhida a história familiar e identificada a questão a ser trabalhada no acompanhamento, chegamos à questão diagnóstica. Ela importa na formação do grupo? De que forma? Como o diagnóstico incide (e se isso acontece) nesta forma de acolhimento às crianças? Seria necessário formar um grupo só para aquelas que apresentam um quadro sintomático específico ou o grupo se daria com diferentes situações trazidas por elas? Podemos falar ainda em “melhores” diagnósticos para o grupo?

Quanto a isso, as idéias dos autores nos textos pesquisados são variadas, mas ressaltamos algumas fundamentais. A própria Huguet (1995) sinaliza que não colocaria duas crianças muito agressivas juntas, porque acredita que elas poderiam desestabilizar o grupo.

Também Lancetti aponta a importância de organizar os grupos de forma mais diversificada, diferenciada quando ao diagnóstico, escolhendo, assim, crianças com quadros psicopatológicos diferentes. Isso porque acredita que muitas crianças hiperativas ou muitas crianças retraídas não precisariam ficar juntas em um mesmo grupo, para que a singularidade dos participantes pudesse aparecer.(cf. LANCETTI, 1995)

Bleichmar analisa, de forma mais específica, a questão diagnóstica. Refere-se diretamente aos quadros psicológicos apresentados pelas crianças que poderiam estar ou não presentes nos grupos e considera que este tipo de enquadre terapêutico serve a uma diversidade grande de psicopatologias. Crianças tímidas, superprotegidas, com déficit de contato, inibidas quanto à comunicação poderiam participar do grupo, assim como aproveitariam bastante deste tipo de acolhimento, segundo ela, crianças obsessivas, precocemente intelectualizadas, crianças mais adultificadas e com grandes medos e inibições. Já crianças com características mais deprimidas por culpas, depressões narcísicas, carências afetivas encontrariam neste tipo de enquadre um proveitoso suporte.(cf. BLEICHMAR, 1995)

Salienta que crianças com questões de maior agressividade, desafio de autoridade, condutas antissociais e com diagnóstico de psicose seriam quadros contraindicados para participação do grupo. Isso se justificaria porque, em um grupo de crianças, pode acontecer repentinamente um clima de agressividade ou de hiperatividade que, muitas vezes, pode impedir a intervenção terapêutica (op. cit.).

Depois de apontada e discutida a relevância do diagnóstico na organização dos grupos, outro dado importante refere-se à faixa etária das crianças que vão frequentar o grupo. Crianças com cinco anos de idade estão em um momento de desenvolvimento físico, intelectual, motor e, também, de socialização diferente, por exemplo, de uma criança de 12 anos de idade. Como se dá esse arranjo, uma vez que a procura por atendimento em um ambulatório público engloba diferentes idades?

Existiria uma faixa etária ideal para a presença no grupo, assim como um número possível de participantes? E em relação ao gênero, o grupo deve ser só de meninos ou só de meninas? Poderá ser um grupo misto?

Bleichmar (1995) pontua que, em relação à faixa etária, o grupo seria uma melhor opção de tratamento na idade entre 10 e 11 anos e 13 e 14 anos, já que, nesta fase de latência e puberdade a criança não brinca mais, e ainda, não consegue manter um discurso muito consistente sobre os seus problemas.

Huguet (1995) irá complementar, sublinhando que a diferença de idade entre os participantes do grupo não deve ser maior que três anos; quanto ao número

de participantes, é preciso que sejam no mínimo três crianças e no máximo oito. Em relação à participação de meninos e meninas, o grupo pode ser misto, com participação variada, não sendo indicado que dois irmãos frequentem o mesmo grupo.

Uma vez que a criança é trazida por alguém ao tratamento, e considerando a faixa etária das crianças a que me refiro neste trabalho, é pertinente que o familiar ou o responsável seja acompanhado de alguma forma. Nessa idade (cinco a sete anos), por mais que a criança já esteja inserida no ambiente escolar, muitas vezes em processo de alfabetização, a família ainda é uma referência importante a ser considerada e ouvida, até porque muitas situações sintomáticas estão relacionadas à dinâmica familiar. Assim, como seria realizado o acompanhamento dos pais ou dos responsáveis?

Para Lancetti (1995) a realização de grupos de pais aconteceria no mesmo horário no qual as crianças se reúnem, mas realizados por outros terapeutas (pontua que é importante a reunião entre os terapeutas dos dois grupos - o de crianças e o de pais). Considera que isso ajuda a reorientar o trabalho, sendo outra via possível para se pensar o processo grupal. Huguet (1995) nos traz, de sua experiência, um trabalho de orientação aos pais e a intenção de atendê-los quinzenalmente, tendo este grupo um coterapeuta.

Sobre esse suporte aos responsáveis, Baldini e Krebs (2001) relatam os efeitos positivos no acompanhamento em grupo, dos pais cujos filhos estão internados em uma UTI pediátrica. Esses pais puderam encontrar outros, vivendo situações semelhantes às suas e, assim, percebendo que não são os únicos e que não estão sozinhos. Tornaram-se mais capazes de desempenhar um papel vital com seus filhos, possibilitando uma melhora temporária na família. Eles puderam expressar seus conflitos, temores, queixas e alívio, uma vez que é importante que todos tenham a oportunidade de falar e se expressar, a fim de esclarecer suas preocupações.

No que se refere a este grupo terapêutico que atendi no ambulatório, ao final de cada mês, os pais participavam de uma reunião exclusiva, sem a presença das crianças. Para que isso pudesse acontecer, eu explicava às crianças que, na próxima semana, elas não participariam do atendimento,

porque seus pais viriam e eu estava precisando conversar só com eles, porém eu os aguardaria na semana seguinte.³

3.3 Psicoterapia infantil em grupo é possível?

Podemos então finalmente dizer que uma psicoterapia em grupo de crianças é possível? Ela serve como tratamento, podendo ajudar aquelas crianças que precisam, ou não? O dispositivo de se agrupar crianças a fim de tratá-las, compromete/impossibilita o aspecto terapêutico?

Lancetti (1995) nos diz que em relação aos sintomas apresentados pelas crianças que eram atendidas em grupo, estes cediam mais rapidamente do que aqueles apresentados pelas crianças que eram atendidas individualmente. Acredita que, se o grupo acontece, as crianças melhoram; e se o grupo “funciona”, é porque existem mudanças importantes acontecendo na vida das crianças. Para ele o que importa é permitir que as crianças melhorem, e pela sua experiência, as crianças conseguem se curar apesar dos terapeutas.

Já Huguet salienta em relação ao funcionamento do grupo que este não é uma unidade isolada, mas considera que “o grupo é um universo continente, repleto de conteúdos. É também um espaço de produção psíquica, onde surge tudo o que há para surgir: amor, ódio, ciúme, rivalidades, fraternidade, solidariedade, egoísmo...” (HUGUET, 1995, p.29)

Ainda nesta ideia de grupo enquanto possibilidade de tratamento, Bleichmar (1995) pensa o grupo como um lugar de projeção, de expressão, principalmente das relações da criança com os outros. Salienta que ele proporciona união e participação para as crianças, sendo um bom exemplo, aquelas diagnosticadas com fobia que, quando presentes no grupo encontram uma possibilidade de relação em um enquadre menos perigoso.

Se, para os autores pesquisados, o grupo terapêutico parece funcionar, possibilitando à criança expressar e projetar suas sensações, inquietações,

³ É importante salientar que o ideal seria não interromper o horário de atendimento das crianças, mas, diante das condições de espaço disponível para a realização de grupos e visto que eu estava sozinha fazendo esse acompanhamento crianças/responsáveis, isso não foi possível.

sentimentos, sendo um continente a todos esses afetos, como se dá este tratamento?

Huguet (1995) nos afirma que, quando o grupo começa, é importante a apresentação dos componentes entre si e a conversa sobre a entrada de cada um nos encontros: quais motivos o traz aqui, quais os objetivos terapêuticos etc. Isso foi uma constante no acompanhamento aqui abordado e, logo no início da realização do grupo, ou quando entrava um novo participante, era explicado para todos por que razão cada um estava ali. Daí, geralmente, surgia uma conversa: as crianças começavam a dizer que já vinham a um tempão, outros há menos tempo, que vinham ao grupo para brincar e outros para conversar. Neste momento, alguns se lembravam que, certos dias, as conversas eram apenas com os pais.

Mas Bleichmar (1995) salienta que união e participação são aspectos importantes oferecidos pelo grupo; têm um efeito terapêutico na criança, mas a criança não quer só isso. Sua opinião é que como a criança é um sujeito em construção, ela necessita de estruturas que lhe deem contorno, que lhe formem e lhe deem limites de seu ser. Acredita que é importante pensar ainda na direção da cura.

Em um tratamento em grupo podemos falar em direção de cura, assim como na clínica individual? Se pensarmos em direção de tratamento, pensaremos em alta. E como esta acontece? Lancetti (1995), ao falar sobre a socialização das crianças, sublinha que estas dramatizam bastante, brincam, se soltam, e é preciso que o analista possa observar, escutar e intervir em acontecimentos variados como esses. Considera ser impossível que o terapeuta consiga registrar tudo ao mesmo tempo, porém que é preciso que ele acompanhe a sequência do que está sendo realizado pela criança, assim como suas proximidades e distanciamentos.

A presença do material lúdico na clínica infantil é uma característica fundamental e importante, uma vez que o desenho, a modelagem, a pintura, a brincadeira, entre outros possibilitam o acesso ao mundo interno da criança. Tal fator esteve presente no grupo terapêutico que tomo como exemplo, onde as crianças se expressaram bastante.

Quanto a isso, Huguet nos dá dicas de ser necessário que um analista em um grupo de crianças compartilhe deste espaço de criação, jogando, brincando e atento ao que acontece ali, sem deixar de escutar e intervir. Em sua experiência, foi necessário introduzir a etapa da conversa, que servia para as crianças se associarem livremente, antes de começarem a produzir de forma mais concreta, já que gostavam bastante da brincadeira, do aspecto lúdico no tratamento. Para esta autora, é preciso identificar o que está aparecendo naquela sessão e interpretar isso, no momento em que aparecer, para o progresso do grupo, por meio de dramatizações ou de uma linguagem acessível à criança. (cf. HUGUET, 1995)

Ainda quanto à alta, ela mesma sublinha que é preciso acompanhar o processo de cada um individualmente e no grupo, observando, por exemplo, a diminuição das ansiedades, a diminuição das condutas agressivas, o desbloqueio das dificuldades de aprendizagem, entre outras situações; pensando a alta individualmente para cada criança e não para o grupo todo. Deve-se falar com a criança sobre a sua melhora e, também, com o grupo sendo a alta combinada entre quatro atores: o grupo, o terapeuta, a criança e os pais desta. (op. cit.)

A partir desta discussão, nosso trabalho aponta agora para o aspecto particular do tratamento de crianças: o aspecto lúdico. O brincar é considerado por muitos autores como a principal via expressiva na vida de uma criança, uma vez que possibilita unir o verbal, o não-verbal e o afeto. Assim, deteremo-nos, no próximo tópico, nos aspectos do brincar e da atividade lúdica enquanto ferramenta fundamental de acesso ao mundo interno da criança.

4. Pensando sobre o brincar na clínica com crianças:

O atendimento em grupo a que me refiro neste trabalho foi composto inicialmente por cinco crianças que, depois de avaliadas e selecionadas separadamente, conheceram-se e, enfim, iniciaram o tratamento. O grupo terapêutico aconteceu regularmente com dia e horário marcado na mesma sala, durante aproximadamente um ano e meio, estando apenas suspenso

durante o período das minhas férias. Nesta mesma sala, eram realizados os encontros com os responsáveis (de forma previamente marcada e avisada às crianças).

A sala onde o atendimento acontece é relativamente grande e espaçosa, possui uma mesa larga, algumas cadeiras e uma pia. Aí se encontra um armário de vidro, onde é possível a qualquer pessoa, que entre na sala, visualizar os brinquedos, jogos, canetinhas, bonecos, carrinhos, massa de modelar destinados ao atendimento das crianças.

Nos encontros iniciais, no momento da apresentação e da conversa, eu explicava a cada uma das crianças porque estavam ali e com que objetivo vinham encontrar comigo e com os outros. Eu aproveitava para mostrar o armário, dizendo a elas que poderiam abri-lo e escolher o que quisessem para brincar e usar naquela hora em que estaríamos juntos.

Foi possível perceber certa timidez de algumas crianças, meio perdidas, ainda sem saber se iam até tal armário ou não, se esperavam outra criança ter a iniciativa. Umas me perguntavam se podiam mesmo abrir, outras me pediam, e outras ainda ficavam sentadas esperando. Assim, neste primeiro momento, as brincadeiras eram livres, sem serem dirigidas ou propostas, a fim de melhor observá-las.

Winnicott tece alguns dados importantes no seu texto sobre por que as crianças brincam. A brincadeira serve às crianças como uma forma de dominar a angústia, de controlar as idéias, os impulsos, e é ainda uma parte importante de suas vidas, uma vez que é uma forma de adquirir experiência. Poder brincar, para este autor, relaciona-se à capacidade criadora da criança, em que sua personalidade vai evoluindo e se modificando, por meio de suas próprias brincadeiras ou ainda das invenções das brincadeiras feitas por outras crianças ou por adultos. (cf. WINNICOTT, 1982)

É preciso salientar aqui que, em um grupo de crianças pequenas de cinco a sete anos que nunca se viram antes, que não se conheciam e que estavam me conhecendo também (pensando ainda no que elas estavam entendendo sobre a idéia de ir à Psicologia) a brincadeira inicialmente ficou meio tímida e “travada”. Só depois de certo tempo, com a regularidade dos encontros e até mesmo com a “interrupção” na frequência destes para que seus pais pudessem

vir me encontrar (o grupo com os responsáveis), é que as crianças foram, aos poucos, se soltando e já chegavam pedindo canetinha, lápis, papel, jogos ou indo diretamente ao armário pegar, sem mais pedir, o que quisessem utilizar.

Dessa forma, foi ficando clara a preferência das crianças por certos materiais expressivos, jogos e brincadeiras, e até mesmo certa insistência e repetição nesses materiais. Ao longo dos encontros, essa questão foi abordada, conversando com o grupo sobre por que motivos toda vez que fulano vem, ele só quer desenhar; ou por que razão sicrano só gosta desse jogo e só quer fazê-lo com dada criança. Aspectos importantes do funcionamento da dinâmica no grupo que precisavam ser considerados e abordados.

Ainda, para Winnicott, brincar possibilita à criança uma organização para começar as relações emocionais, o desenvolvimento dos contatos sociais, além do que as brincadeiras contribuem para unificação e integração geral da personalidade. Quanto maior for a capacidade criadora da criança, melhor serão as possibilidades de ela se relacionar bem com os outros e com o mundo ao seu redor.(cf. WINNICOTT, 1982)

Em uma área de violência como a que eu trabalho, muitas vezes relatada pelos pacientes em atendimento, o brincar fica diminuído, senão prejudicado, uma vez que a invasão da Polícia, a morte de bandidos, assaltos, assassinatos, disputas de área pelo tráfico, impedem e diminuem a circulação de crianças na rua, na escola, na casa dos parentes e dos amigos. Em muitos aspectos, estar no grupo possibilitou a estas crianças manter e ter na sua semana a experiência do brincar. O medo pode ser um fator que diminua a potência e a possibilidade do brincar.

Ainda para Winnicott, a socialização e o desenvolvimento da capacidade de brincar vêm do brincar junto com os outros; do brincar de acordo com as regras da própria criança e das regras dos outros (regulamentos partilhados); e do brincar por intermédio de jogos com regras e regulamentos previamente acordados, onde, aos poucos, vão se definindo os líderes e os liderados. (cf. WINNICOTT, s/d)

Neste grupo de crianças pequenas, não houve por definição algum líder que tenha se destacado e se apoderado desse lugar durante o tempo de

acompanhamento. Caracterizaram-se pequenos líderes em situações específicas, em que um chamava para uma brincadeira e, em outro dia, outra criança propunha um jogo e, em outra situação, uma menina pedia para todos ficarem quietos. Não havia uma fixação de lugares.

Mas poder perceber as crianças brincando, como isso acontece, relacionar as brincadeiras da sessão anterior com as que acontecem naquele momento e, ainda com a conversa que está “rolando” no grupo, certamente é parte fundamental e imprescindível do tratamento. Além do que estar atento em como essas brincadeiras vão se modificando ao longo dos atendimentos (como, por exemplo, uma criança que inicialmente brinca sempre sozinha e com o decorrer das sessões, começa a estar mais “sociável” com as outras, brincando com elas), foi parte importante do processo terapêutico e pôde ser percebido na conduta de algumas crianças do grupo.

Santa Roza nos traz importantes dados sobre a clínica psicanalítica com crianças. Acredita que sua pertinência se deve ao fato da vida da criança apresentar quadros neuróticos como os adultos e, também estabelecer transferência. Considera que essa forma de trabalho deve sua existência à introdução do método lúdico, tendo nascido em 1920, com um método baseado no brincar, usado como exemplo, por representantes, como A. Freud e M. Klein. (cf. SANTA ROZA, 1993)

Essa mesma autora observa especificidades, como a possibilidade de a verbalização das crianças ser diferente da verbalização dos adultos. As crianças apresentam limites, por exemplo, no que se refere à regra fundamental da Psicanálise, a associação livre, cujo objetivo é o paciente falar tudo o que lhe vier à mente. Principalmente se nos remetermos aqui às crianças bem pequenas, que em virtude do seu comportamento, vão tender mais a ação.(op. cit.)

Tentando propiciar a verbalização das crianças no grupo, tentando fazer a palavra circular, quando elas entravam para o atendimento, eu sempre perguntava como elas estavam, se estava tudo bem, como tinha sido a semana desde o nosso último encontro. Isso possibilitava às crianças falarem ou contarem algo sobre sua semana com a família ou com a escola. Relatos de situações ocorridas na localidade também eram frequentes. Daí iniciava-se

uma conversa, que podia ou não se estender durante aquela sessão e que muitas vezes, levava a um assunto importante, como, por exemplo, a morte da avó de uma das crianças.

Quanto à relação entre linguagem e ação, Santa Roza (1993) nos afirma que o agir vai diminuindo gradativamente com a expansão da aquisição da linguagem, e um exemplo disso seria a possibilidade de se encontrarem, com grande frequência, comportamentos hiperativos em crianças, em que a linguagem verbal não está desenvolvida como era de se esperar.

A organização básica do aparelho psíquico se instaura precocemente, e uma vez que a criança é sujeito do inconsciente, não há diferença entre adultos e crianças. O que ocorre para Santa Roza é que os quadros neuróticos nas crianças se apresentam de forma diferente em relação à fixação do sintoma: por exemplo, um distúrbio no controle do esfíncter pode sumir e depois aparecer alguma dificuldade na aprendizagem, sendo que, mais tarde, ainda podem surgir manifestações mais obsessivas.(cf. SANTA ROZA, 1993)

Ainda, para ela, alguns sintomas aparecem na maioria das crianças na faixa etária entre três e cinco anos e vão embora sem deixar qualquer sinal, o que se refere ao momento da organização psíquica: antes destes sintomas, estabelecerem-se como patológicos.(op. cit.)

É importante destacar os quadros diagnósticos das crianças participantes deste grupo: quadros que dificultavam a vida social e familiar da criança, com complicações escolares; queixas de agitação que atrapalhavam a aprendizagem; fobias e difícil relação com as figuras parentais.

Ainda Santa Roza (1993) nos coloca que a proposta de atendimento é deixar a criança livre para se expressar e, desta forma, a criança vai brincar. Quanto a isso, Birman complementa no prefácio do livro: "Evidentemente as crianças falam, não são seres mudos e pré-verbais. Mas o brincar e o jogar são as formas básicas de comunicação infantil, com as quais as crianças inventam o mundo e elaboram os impactos exercidos pelos outros".(Birman, 1993, p.11)

A possibilidade de a criança brincar é afirmada por esta autora como uma garantia: é praticamente impossível que a criança não brinque, a não ser em situações muito graves, onde o brincar não vai acontecer, ou se ele aparecer,

será de forma bizarra. Para ela, as crianças, na sua maioria, têm dificuldade em não brincar.(cf. SANTA ROZA, 1993)

Remetendo-nos à Winnicott (s/d), encontramos a sua observação de que o brincar das crianças é uma conquista no seu desenvolvimento emocional, até porque o brinquedo pode ser destruído, restaurado, ferido, reparado, sujo, limpo, morto e pode ainda voltar a viver. Para este autor, sem o brinquedo a criança não consegue ver o mundo de forma criativa, já que a sua característica é o prazer e possibilita ainda à criança o julgamento, a prática de manipular objetos, coordenar habilidades e o controle de certas áreas.(cf. WINNICOTT, s/d)

Certamente, uma das dificuldades do atendimento em grupo de crianças refere-se ao cuidado de que o encontro não vire apenas brincadeira e perca seu aspecto terapêutico, de tratamento. Um número razoável de crianças pequenas juntas (cinco crianças neste grupo) e com variados materiais expressivos facilmente pode “escapar” para a brincadeira gratuita.

Conversar sobre o que está havendo, o que está acontecendo no grupo, aqui, agora e naquele momento, entre essas crianças que se encontram regularmente e com um porquê para estarem ali, situa novamente o enquadre e o motivo destes encontros.

Voltando à Santa Roza (1993), ela observa que, mesmo que a criança não encontre brinquedos à sua disposição, qualquer objeto, como, por exemplo, uma cadeira, um telefone, folhas de papel, almofadas e outros, será usado como brinquedo e por meio dele, a brincadeira irá acontecer.(op. cit.).

Percebemos, de forma muito comum em um grupo de crianças pequenas que, na ausência de um avião de brinquedo, tanto uma caneta, um carrinho quanto uma folha de papel servem para que a criança imite e faça os sons e os movimentos do avião, mantendo, assim, a brincadeira mesmo que o avião propriamente dito não esteja presente. Mas o avião desta criança está lá.

Esta autora também nos diz que, no brincar infantil, acontece uma separação entre o brinquedo e o uso que a criança faz dele. Com ele, a criança faz brincadeiras diferentes, onde não estão presentes a estrutura do brinquedo e a maneira de usá-lo. Ela usa qualquer brinquedo para brincar porque o principal não tem relação com o objeto. Ele serve como mediador entre a

realidade e a imaginação; “É no brincar que as crianças encontram o enriquecimento de sua condição humana e o jogo do prazer, na procura de significar o desconhecido”.(SANTA ROZA, 1993, p.139)

Mas então como podemos definir e considerar o brincar? Segundo Santa Roza, o brincar é uma forma expressiva, onde estarão mais presentes as imagens, as ações e a gestualidade, além de ser uma atividade universal, que pode ou não ter a função de transmitir uma mensagem. É preciso que a criança esteja com uma vontade (o brincar nunca é involuntário); com uma determinação consciente, dentro de uma realidade percepto-motora (usando objetos reais), para que o brincar se dê.(op. cit.)

A criança é tão responsável e dona do seu brincar que ela determina a forma como o brincar acontece: ela pode brincar com os outros, mas não necessariamente, e os destinos desta brincadeira são determinados por ela, uma vez que ela própria sabe que o que faz ali é imaginação, ficção, e não uma alucinação. Para a autora, o brincar é movimento e constitui a realidade psíquica desta, além de ser visto pela teoria psicanalítica como uma realização do sujeito do inconsciente.(cf. SANTA ROZA, 1993)

Considerações finais:

Trabalhar atendendo a população em um ambulatório de saúde pública, é receber muitas pessoas que procuram uma ajuda. O local é um posto de saúde, serve de referência a toda uma comunidade que ali reside, a demanda é grande e a qualidade do atendimento poderá ficar prejudicada, uma vez que, no acesso à saúde, por um lado há o direito de as pessoas serem atendidas, acolhidas, ouvidas e por outro lado, há poucos profissionais, poucas salas e material escasso.

Assim, somado à minha experiência profissional até o início dos encontros desse grupo terapêutico, formar este primeiro grupo foi uma proposta para se poder minimamente acolher crianças que demonstravam necessitar de ajuda psicológica.

O atendimento em grupo nunca excluiu a possibilidade de que, se necessário para o acompanhamento e para o paciente, fosse marcado um horário individual com este: muitas vezes, é preciso estar um pouco mais a sós com um paciente, até para que situações, que não apareceriam no grupo, possam se dar. Nunca foi excluída a possibilidade de que, durante as sessões em grupo, se avaliado e percebido que certo paciente teria mais a ganhar em um acompanhamento individual, ele seria assim atendido.

Também pode acontecer o contrário: uma paciente que está sendo atendido individualmente e que traz em sua história situações que estão sendo abordadas por um grupo terapêutico pode ser convidada a participar deste. Caso queira, o grupo será avisado previamente antes de sua chegada.

O grupo terapêutico relatado neste trabalho foi o primeiro que realizei neste ambulatório com crianças pequenas (faixa etária de cinco a sete anos). Até então, apenas uma criança de três anos de idade e outra de quatro anos, haviam chegado em busca de uma ajuda psicológica, nos meus dias de trabalho. Este parece um aspecto importante a considerar: as crianças relativas à faixa etária de até seis anos de idade, ou não são encaminhadas, ou não chegam para atendimento. Até hoje, é possível perceber nos pedidos para atendimento de crianças que a maior frequência é na faixa etária a partir dos sete anos.

Posteriormente a este grupo, pude realizar outros grupos de crianças com faixa etária de 8 a 10 anos e de 10 a 12 anos, onde os aspectos aqui abordados foram seguidos: considerações quanto à formação do grupo; o cuidado com o diagnóstico; a possibilidade de atendimento fora do horário do grupo; e, se fosse preciso, passar de um acompanhamento grupal para um atendimento individual. Isto também se refere aos encontros com os responsáveis, onde, por exemplo, no assunto sobre a morte da avó de uma das crianças, foi bastante produtivo para a mãe da criança, poder conversar um pouco apenas com ela, sobre esse momento difícil de perda.

É necessário abordar que, no grupo terapêutico que relato nesta monografia, as crianças que começaram juntas no grupo assim continuaram, por todo o tempo que este tratamento aconteceu. Aos poucos, foi possível

ouvir de seus pais, receber os relatos das escolas onde elas estudavam e perceber durante as sessões suas melhoras, sua maior socialização, a diminuição de ansiedades e agitações. A alta foi sendo trabalhada com o grupo aos poucos e conforme uma criança se despidia do grupo, ela ainda vinha uma ou duas vezes para me ver de forma mais espaçada até que a alta se dava. Sempre ficou acordado com estes pais (e com o responsável de qualquer criança que até hoje eu atenda) que qualquer coisa ou que se alguma coisa complicada novamente acontecesse, eles poderiam voltar a me procurar. Deste grupo, nenhum responsável retornou ao tratamento.

Merecem ser aqui destacados os grupos que “não deram certo”. Um deles refere-se a um grupo exclusivamente para pais que resolvi formar. A proposta era de que as crianças não viessem, e os encontros serviriam como uma possibilidade de debate, de troca e até de algumas orientações para os responsáveis, já que a maioria destes pais tinha procurado o serviço de Psicologia, por conta de questões de agitação no comportamento de seus filhos.

A proposta era trabalhar apenas com eles essas questões, uma vez que eu só veria as crianças se, nos relatos deles, algo me preocupasse ou me parecesse estranho, aos poucos, os responsáveis foram deixando de vir ao grupo, porque a idéia de não dar “nenhuma olhadinha”, realmente, não interessou a estes pacientes. Parece-me que não ficou claro que uma vez estando com os pais, muitas questões familiares vão se desfazendo, e a criança vai apresentando sua melhora.

Essa era uma proposta diferente da realizada no grupo com os pais, que tinham seus filhos atendidos. Nos encontros com os pais que tinham seus filhos em acompanhamento no grupo, raramente os responsáveis faltavam. Durante as sessões das crianças, perguntavam quando seria “o dia deles” e nos atendimentos, eram bem participativos. Chegavam a falar que isso os ajudava bastante.

Para outros responsáveis, foi possível perceber certa impaciência nas primeiras entrevistas. Muitos até hoje não entendem porque razão, uma vez que procuram atendimento para seus filhos, precisam vir e conversar comigo, pois é a criança que não está bem. Nestas situações, é preciso explicar que a

criança tem toda uma rede que a cerca, que faz parte de sua vida e que, além de conversar com ele(a), certamente vou precisar ter um contato com a escola e com o profissional que a encaminhou.

Outra característica que vem acontecendo nos atendimentos realizados – em grupo ou não – no ambulatório é a “conversa” com a escola ou com o profissional que a encaminhou. Depois de receber um paciente vindo de alguma clínica desse posto de saúde, com algum pedido de avaliação escolar, falar com este profissional que a encaminhou e pedir um relato da escola sobre como a criança está lá ajuda o tratamento e as dúvidas dos profissionais sobre quando encaminhar, sobre o que está acontecendo com este paciente e outras.

Este trabalho tentou iniciar uma reflexão teórica a respeito da possibilidade de grupos em um ambulatório público. Diante da grande demanda nestes locais, do compromisso ético que temos com os pacientes e no cuidado de que um profissional na área da saúde precisa ter com a qualidade do acolhimento àqueles que sofrem e demandam uma ajuda, o grupo parece – se realizado dentro dos critérios discutidos aqui – ser um bom dispositivo de acompanhamento.

Muita coisa precisa ainda ser pensada e discutida, como, por exemplo, o que houve com os grupos que “não deram certo”, como o grupo de pais que descrevi acima; com um grupo que era só de crianças (estas brincavam tanto e tinha tanta bagunça que o manejo ficou difícil e foi preciso desfazer o grupo); por que motivo as crianças menores de seis anos não chegam para atendimento; e outras questões.

Esta monografia caracteriza-se como um primeiro momento de reflexão sobre esta prática, tendo como objetivo continuar aprofundando mais este assunto.

5. Referências Bibliográficas:

BALDINI, S. M. & KREBS, V. L. J. "Utilização do grupo de pais como recurso para apoio psicológico de pais de crianças internadas em UTI". In: *Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*. São Paulo, 9 (2): 45-54, 2001.

BLEICHMAR, E. D. "Psicoterapia de grupo de crianças". In: Volnovich, J. & Huguet, C. R. (orgs.) *Grupos, infância e subjetividade*. Editora Relume Dumará, 1995.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). "O Sistema Único de Saúde". IN: *Coleção Progestores, para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS, V. 1, 2007.

CAVALCANTI, A. E. "Esta criança que sofre". In: Rocha, P. S. (org.) *Cata-ventos: invenções na clínica psicanalítica institucional*. São Paulo: Editora Escuta, 2006.

_____. "Ser brincando: sobre a psicanálise em grupo com crianças". In: Rocha, P. S.(org.). *Cata-ventos: invenções na clínica psicanalítica institucional*. São Paulo: Editora Escuta, 2006.

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Cidade Nova: Rio de Janeiro, 2008.

COSTA, J. F. *Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1989.

ENGEL, G.I. "Pesquisa-ação". In *Educar*. Curitiba: Editora da UFPR, n. 16, p.181-190, 2000.

HUGUET, A.C.R. "Vinte anos de grupos com crianças - o desejo por um fio". In: Volnovich, J. & Huguet, C.R. (orgs.) *Grupos, infância e subjetividade*. Editora Relume Dumará, 1995.

LANCETTI, A. "Três questões a respeito dos grupos terapêuticos com crianças." In: Volnovich, J. & Huguet, C.R. (orgs.) *Grupos, infância e subjetividade*. Editora Relume Dumará, 1995.

MARÇAL, V.P.B. & SILVIA, M. C. Da. "A queixa escolar nos ambulatórios públicos de saúde mental: práticas e concepções". In: *Psicologia Escolar e Educacional*. Campinas, v.10, n.1, junho 2006.

MILMAN, L. & BEZERRA JR., B. (orgs.). *A casa da árvore: uma experiência inovadora na atenção à infância*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

POMBO-DE-BARROS, C. F. & MARDENS, M. "Reflexões sobre a prática do psicólogo nos serviços de saúde pública". In: *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, V. 60, N. 1, págs. 112 a 123, 2008.

SANTA ROZA, E. *Quando brincar é dizer: a experiência psicanalítica na infância*. Rio de Janeiro, Editora Relume Dumará, 1993.

THURLER, L. *SUS: Legislação e questões comentadas*. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2007.

WINNICOTT, D. W. "Psiconeuroses na infância (1961)". In: Winnicott, C.; Shepherd, R.; Davis, M. (orgs.) *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

_____. "Notas sobre o brinquedo (s/d)". In: Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

_____. "Nota sobre normalidade e ansiedade (1931)". In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro, Editora Imago, 2000.

_____. "Agitação (1931)". In: *Da pediatria à psicanálise obras escolhidas*. Rio de Janeiro, Editora Imago, 2000.

_____. "Pediatria e neurose da infância (1956)". *In: Da pediatria à psicanálise obras escolhidas*. Rio de Janeiro, Editora Imago, 2000.

_____. "Que entendemos por uma criança normal?" *In: A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro, Editora LTC, 1982.

_____. "Por que as crianças brincam?" *In: A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro, Editora LTC, 1982.

6. APÊNDICE:

Sobre o SUS e o ECA:

✓ O Estatuto:

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é regido pela Lei nº 8.069, datada de julho de 1990, que dispõe sobre a proteção integral da criança e do adolescente. Refere-se a vários aspectos da vida das crianças, como educação, saúde, esporte, lazer, família, Conselho Tutelar e Justiça, e define criança como aquela pessoa que tem até 12 anos incompletos.

A referência e a definição do Conselho Tutelar, presente no ECA, é um ponto importante para os profissionais que atuam nos ambulatórios públicos. Ele é definido como um órgão permanente e autônomo, e deverão ser encaminhados a ele os casos de suspeita e confirmação de maus tratos. Além disso, ele pode requisitar serviços públicos na área da saúde e, quando se trabalha em um ambulatório, é comum receber um número importante de encaminhamentos vindos deste órgão.

O contato com o conselho faz parte do trabalho neste posto de saúde, mas, das crianças que participaram do grupo, nenhuma veio encaminhada do Conselho, já que as crianças encaminhadas deste órgão para atendimento no posto têm uma constância: maus tratos, queixa da escola quanto às faltas, situações familiares complicadas. Um perfil que não caracterizava este grupo.

Naquilo que o ECA orienta, referente ao direito da criança à educação, é obrigação dos pais e dos responsáveis de matricularem seus filhos na rede regular de ensino, porém, nesse grupo, todas as crianças estavam na escola. O intercâmbio e a troca com este setor aconteceu principalmente por meio da solicitação do relatório escolar, pedido por mim assim que a criança chegava para o atendimento. Muitas vezes, surgia aí um telefonema, um bate-papo, onde eu pude ter mais dados e detalhes sobre aquela criança quanto à sua vida escolar, assim como serviu para esclarecer e explicar ao profissional da escola qual era a proposta do acompanhamento.

✓ O SUS:

Pombos de Barros e Marsden nos coloca que é preciso que se reflita sobre a prática clínica psicológica presente nos dispositivos de atenção básica e nos ambulatorios especializados do SUS, e, para que isso aconteça, não podemos esquecer que tais espaços públicos são regidos por princípios como os da equidade, da acessibilidade e da integralidade.(cf. POMBO DE BARROS e MARSDEN, 2008)

A Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS e o definiu como um conjunto de ações e serviços de saúde, para funcionar por intermédio de uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.(CONASS, 2007)

Ele está sob gestão pública, atua em todo território nacional, com uma direção única em cada esfera do governo, e possui duas leis que o orientam de forma importante. Uma delas é a Lei nº 8.080 (de 19 de setembro de 1990), também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que, de acordo com Thurler, vai se ater aos princípios do SUS: a universalidade do acesso aos serviços de saúde deve se dar em todos os níveis de assistência; a integralidade da assistência (sendo esta um conjunto articulado e continuado de serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, necessários para cada caso dentro dos diferentes níveis do SUS); e a equidade.(cf. THURLER, 2007)

A outra é a Lei nº 8.142 (de 28 de dezembro de 1990), que segundo este mesmo autor, vai propor a participação popular na Conferência de Saúde realizada pelo SUS (que acontece de quatro em quatro anos, com a representação de diferentes segmentos sociais, com a finalidade de se avaliar as condições da saúde, podendo também propor novas diretrizes para formulações de políticas de saúde) e do Conselho de saúde (órgão permanente e deliberativo, onde participarão representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que tem como objetivo formular estratégias e controlar execuções de políticas de saúde).(op. cit.)