

## Grupo de Cuidadores - Um olhar na integralidade das relações familiares

### RESUMO

Pais/cuidadores/responsáveis vêm enfrentando dificuldades na educação de crianças e adolescentes, principalmente em relação à colocação de regras e limites quando buscam transmitir padrões, valores e normas de conduta que possam garantir uma melhor convivência em grupo e inserção social, ao mesmo tempo, proporcionando pleno desenvolvimento de suas potencialidades, tanto na que se refere ao físico como na saúde mental. Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo apresentar e discutir uma proposta de intervenção e orientação psicoeducacional para as famílias que buscam atendimento. Esse artigo trata de um relato de experiência com grupo de pais/cuidadores e responsáveis das crianças e adolescentes acolhidos no serviço de saúde mental do Ambulatório Viver da Secretaria de Saúde do Município de Alvorada – RS. O grupo de psicoeducação focaliza na importância do papel da família na prevenção dos sintomas de agitação e agressividade, assim, trabalhando na orientação e discussão de uma proposta de intervenção vinculada a uma visão de desenvolvimento biopsicossocial. Visa também oferecer informações sobre o desenvolvimento do indivíduo nas várias fases da vida, o processo de socialização, e os efeitos das práticas educativas, finalizando com uma discussão de valores e contexto sócio-histórico-cultural como condicionantes dos relacionamentos familiares. De modo mais específico, visa trazer à tona as dificuldades que as famílias apresentam e enfrentam para lidar com a educação de seus filhos, assim como fazer com que estes pais possam se tornar mais ativos e construtores da sua função parental.

Palavras chaves: grupo de cuidadores, relações familiares, agressividade na infância.

## INTRODUÇÃO

Observa-se que as famílias contemporâneas vêm enfrentando desafios na educação dos seus filhos. Ainda mais quando se trata de uma população com baixa escolaridade, renda, exclusão do mercado formal de trabalho. Esses fatores proporcionam situações de estresse contribuindo para produção de relações pautadas pela agressividade. Crianças e adolescentes estão expostos a inúmeros fatores de risco: biológicos, genéticos, psicossociais, eventos de vida estressantes e a maus-tratos. Também são relevantes os fatores ambientais, tais como moradia precária, falta de saneamento, falta de espaço de lazer, entre outros. É importante ressaltar que a complexa interação entre tais fatores tem impacto negativo sobre o comportamento e desenvolvimento dessas crianças e adolescentes (Ramires, 2009).

Apesar da magnitude dos problemas, a atenção pública em saúde mental dirigida ao grupo infanto-juvenil tem sido incipiente em suas ações. Observam-se algumas ações realizadas ao longo dos anos por instituições, na sua maioria de natureza privada ou filantrópica, tornando-se, em algumas localidades, as únicas opções de cuidado disponível às crianças, jovens e seus familiares. Ademais, a partir da década de 1920, a tendência à psiquiatrização e medicalização de problemas de ordem comportamental ou educacional adotou como diretriz a suposição de que muitas famílias não apresentavam condições de cuidar e de se responsabilizar pelo bem estar de seus filhos, levando muitas crianças e jovens à internação em abrigos e educandários (Hoffman, Santos & Motta, 2008).

Família é um grupo que exerce uma profunda e decisiva importância na estruturação do psiquismo da criança, logo, na formação da personalidade do adulto. Também na formação de seus grupos internos, cuja importância reside no fato de que tais grupos é o que vão determinar como o sujeito irá interagir e configurar as suas relações grupais e sociais com os inúmeros demais grupos com os quais conviverá ao longo da vida (Zimmerman, 2000).

Para entendermos o conceito de família na concepção Psicanalítica, aqui especificamente abordarei a freudiana, se faz necessário um breve entendimento histórico

dos mitos que embasam a definição de família. Em 1897, ao abandonar a teoria da sedução, Freud menciona pela primeira vez o complexo de Édipo. O complexo de Édipo é conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais (Pontalis, 1998, p. 77). O homem edípiano vai aparecer no momento da passagem de Freud de uma concepção traumática do conflito neurótico para uma teoria do psiquismo inconsciente. Mais tarde, na interpretação dos sonhos, Freud associa Édipo e Hamlet aos deuses gregos, criando a cena do desejo de incesto e de assassinato do pai, inaugurando assim, um modelo de romance familiar que sustentará a família ocidental cristã por um século (Freud, 1900/1980). Assim, a concepção da família é, portanto, fundada no assassinato do pai pelo filho, na rivalidade deste em relação ao pai, no questionamento da onipotência patriarcal e na emancipação das mulheres da opressão paterna. O sonho do incesto, a culpa do filho pelo assassinato do pai e desejo pela mãe torna-se um modelo único e universal batizado por Freud de *Ödipus – Komplese* (Freud, 1910, Obras C. Vol 11). Desta maneira, reinventando o Édipo, Freud assegura o funcionamento simbólico da família.

As crianças e adolescentes sofrem grande influência grupal. Muitas crianças, que se mostram pouco dispostas a obedecerem aos seus progenitores, obedecem facilmente às normas estabelecidas por eles mesmos, sendo que as sanções impostas pelo grupo se revelam mais eficazes e menos danosas, que se fossem estabelecidas pelas figuras parentais (Freud, 1958/1992).

O pai, que é o representante da lei na família, tem um papel de importância crucial, segundo Aberastury e Salas (1984), em dois momentos do desenvolvimento do filho: entre os seis e 12 meses, na fase em que denominam organização genital precoce, com a iniciação do triângulo edípico e no início da adolescência, quando a maturação genital obriga a criança a definir sua identidade sexual e seu papel na procriação. Esta idéia é complementada por Levisky (1998) que coloca que a autoridade parental é necessária, nem que seja para ser contrariada, à custa de acertos e erros, desde que haja possibilidade de elaboração em cima dos mesmos. Em nossa cultura, no papel da mãe, prevalece a função continente, para os momentos de angústia e, para o pai, prevalece a

coluna mestra em torno da qual a personalidade irá estruturar-se, em termos superegóicos e de ideal do ego.

Balone (2001) salienta que o declínio do papel dos pais são elementos cogitados no estudo do aumento da agressividade e da violência, seguido da tirania da liberdade incondicional, exigência dos adolescentes, que se dá sob o falso rótulo do progressismo e do politicamente correto. Já em 1958, Anna Freud, ao discorrer sobre a autonomia egóica do adolescente, referiu que as crianças, que são criadas com maior tolerância que no passado, parecem levar mais tempo para estabelecer uma estrutura egóica. Isto poderia explicar o fato de as desordens do desenvolvimento ocorrerem com prejuízo, consequentemente levando as neuroses infantis.

#### Relações Familiares

As relações entre pais e filhos são fundamentais no processo de desenvolvimento, porém, o sistema familiar como um todo constitui um contexto relacional importante para o desenvolvimento da criança e do adolescente (Cummings & O'Reilly, 1997). Segundo Holden, Geffner e Jourieles (1998) faz-se necessário a inclusão do sistema familiar, principalmente das características das relações conjugais, nos modelos conceituais do desenvolvimento psicológico da criança. Partindo do modelo de Belsky (1984), no qual as relações entre pais e filhos são afetadas em três aspectos: (a) pela personalidade dos pais e experiência emocional de bem-estar, (b) pelas características da própria criança, e (c) pelas fontes ambientais e contextuais de estresse, Holden, Geffner e Jourieles (1998) consideram necessária a inclusão no modelo do fator relação conjugal. Isto porque as características da relação conjugal influenciam diretamente a disponibilidade afetiva e física dos pais no cuidado e no envolvimento com os filhos e, em geral, os conflitos entre o casal ocasionam uma deterioração dessas relações entre pais e filhos (Grych & Fincham, 1990).

Cummings e O'Reilly (1997) argumentam que a qualidade da relação do casal está relacionada com maior disponibilidade, tanto materna quanto paterna, no envolvimento com os filhos. Casais que consideram as relações conjugais satisfatórias apresentam

envolvimento similar e equivalente com os filhos. Ao contrário, dificuldades na relação do casal diminuem o envolvimento e a disponibilidade parental, principalmente a disponibilidade paterna. Em geral, a relação mães-filho tende a manter-se mais estável do que a relação pais-filhos face à presença de conflitos conjugais. Dessa forma, o impacto do conflito conjugal tem um caráter mais negativo na disponibilidade afetiva e no envolvimento masculino, tendo sido observado menor interesse paterno pelos filhos e participação em geral na família em situações de conflito conjugal.

#### Agressividade na infância

Segundo Grünspun (1981) a agressividade é um distúrbio da sociabilidade, e tem sido motivo de preocupação para pais, professores e interessados no desenvolvimento da criança. A questão da agressividade infantil tem sido discutida de diferentes formas, e com pontos de vistas diferentes por diversos profissionais. Nesta perspectiva, ao questionar a agressividade surgem questões como: Até onde uma criança precisa da agressividade para se desenvolver? De que maneira os pais acabam “colaborando” para que as crianças desenvolvam condutas agressivas? Sobre essa problemática, Marcelli (1998) coloca dois aspectos da agressividade. Por um lado, esta pode surgir como uma conduta simplesmente objetiva, e por outro, como uma intenção particular da criança. De acordo com este autor, estudos mostraram que a agressividade é conectada ou a uma expressão emocional (reação de raiva) ou a uma conduta de ataque.

Sabe-se que desde bebês as crianças já manifestam prazer ou desprazer frente a situações impostas. Por volta dos dois anos a criança pode ter reações mais ou menos agressivas, como, por exemplo, demandar, reclamar, exigir, bater os pés, gritar, entre outras. Mais ou menos por volta dos dois ou três anos essa agressividade pode se manifestar através de ataques aos pais, amigos, irmãos, professores, etc, provocando comportamentos como arranhar, puxar os cabelos, morder crianças da sua idade, entre outros. A partir dos quatro anos, a criança passa a expressar sua agressividade verbalmente,

usando menos os gestos. Nessa fase, os meninos adotam mais seguidamente atitudes agressivas do que as meninas.

Marcelli (1998) relata que geralmente as condutas agressivas desaparecem ao longo dos anos, mas podem existir casos de crianças que continuam se mostrando agressivas, batendo em seus colegas e até mesmo em adultos ou em seus pais, quebrando objetos próprios ou dos outros. Essas crianças geralmente comandam toda a família, são impulsivas, violentas e têm reações de raiva, podendo até “usar os outros, sobretudo seus pais, como simples instrumento à sua disposição, pois não toleram nenhuma demora na satisfação de seu pedido” (Marcelli, 1998, p. 158). A situação vai piorando na medida em que os adultos se sentem fracos e incapazes de impor um limite à criança, deixando-a a vontade para muitas vezes não a frustrar, e como consequência “essa intolerância à frustração extravasa o estrito contexto familiar e estende-se às relações sociais da criança” (Marcelli, 1998, p. 159).

Os atos agressivos geralmente chamados de antissociais incluem na maioria das vezes comportamentos destrutivos. A criança agressiva provavelmente possui sentimentos profundos de ira, rejeição, insegurança, ansiedade, mágoa, um senso de identidade difusa e uma opinião muito pobre a respeito do que conhece do seu eu. Consequentemente essa criança apresenta um medo de manifestar seus sentimentos, pois se o fizer poderá perder a força que reúne para se envolver nos comportamentos agressivos. Tal criança sente a necessidade de fazer o que faz como seu método de sobrevivência (Oaklander, 1980).

O processo para que uma criança se torne agressiva é gradual. Primeiro ela expressa suas necessidades de modo mais sutil, porém, geralmente os adultos não prestam atenção até que chega ao ponto em que a criança começa a exagerar seus comportamentos. Ao exagerar é como se ela estivesse fazendo a única coisa que sabe fazer, no sentido de prosseguir na batalha de viver neste mundo (Oaklander, 1980). Assim, pode-se dizer que na maioria das vezes esses comportamentos representam uma tentativa desesperada de estabelecer uma relação social.

Quando nos deparamos com uma criança muito agressiva, cujos comportamentos fogem totalmente do controle, na maioria das vezes as pessoas se sentem perdidas,

desnorteadas e confusas, e sem saber que atitude tomar. É comum os pais, professores ou profissionais que estão trabalhando com a criança se sentirem culpados pelo seu comportamento.

Train (1997, p. 12) afirma que “se não tomarmos uma atitude, a criança poderá tentar nos ofender ainda mais e com isso sentimo-nos ainda mais frustrados”. As possíveis causas da agressividade é levantada por Train (1997), referindo que a questão da agressividade tem sido discutida por vários pesquisadores, os quais atribuem algumas possíveis causas para justificar tal comportamento são elas: 1) instinto: a criança altamente agressiva pode ser concebida como alguém que nasceu com um forte instinto agressivo como parte dominante de sua constituição; 2) comportamento: a criança é agressiva por causa de sua experiência de vida e de sua criação; 3) meio-ambiente: o caráter de uma pessoa é uma combinação de sua personalidade singular e de sua experiência de mundo. Há uma tendência inata para o amor e uma tendência para a destruição.

#### Fatores que podem influenciar na conduta agressiva

As condutas agressivas podem ter início desde o período pré-escolar quando avós, pais, entre outros, acham que as atitudes da criança são apenas um excesso de energia ou uma travessura própria da infância. Ballone (2001) refere que “a conduta agressiva entre os pré-escolares é influenciada por fatores individuais, familiares ou ambientais” (p.01). Esse mesmo autor coloca que dentre os fatores capazes de contribuir para que as crianças desenvolvam conduta agressiva precoce destacam-se os seguintes: 1. Mães pouco afetivas, o que pode constituir uma situação de risco ao predispor seus filhos a desenvolverem condutas agressivas; 2. Ocorrência de depressão materna antes do parto; 3. Psicopatologia materna; 4. Família com um só dos pais presentes; 5. Estressores familiares; 6. Baixo nível econômico e 7. Conflito matrimonial.

Quanto ao segundo fator (meio) responsável pela gênese da agressividade na criança, pode-se afirmar que a própria interação familiar (discórdias conjugais, pais com traços antissociais, doenças mentais na família), assim como os ambientes sociais que a

criança frequenta tais como a escola, a rua, os *shoppings*, entre outros, contribuem de maneira significativa para o surgimento desse transtorno de conduta. Balonne (2002 p. 7) afirma que “Algumas crianças envolvidas em situações agressivas não aprenderam as habilidades sociais necessárias e desejáveis para relacionar-se com os demais, não são disciplinadas para a consecução de objetivos e não aceitam críticas. Isso muitas vezes reflete um modelo de conduta aprendido no ambiente doméstico”.

Alguns processos que podem colaborar para o desenvolvimento de sintomatologia agressiva na criança, segundo Ballone (2001):

1. Hostilidade e competitividade: a hostilidade conjugal atua como um fator ambiental de estresse, incitando a criança a experimentar desequilíbrio emocional interno, insegurança e alto grau de incerteza;
2. Diferenças de interação entre os pais: quando um dos pais se distanciar ou se excluir da vida da criança, causando um vazio familiar, trazendo conseqüentemente sentimentos de insegurança, ansiedade e tristeza;
3. Harmonia familiar: é um fator de proteção e de segurança necessário ao desenvolvimento confortável da criança, favorecendo um desenvolvimento sadio de condutas sociais;
4. Apoio mútuo de ambos os pais: isto está relacionado à coesão familiar, independentemente de os pais serem separados ou não, é um elemento importante no bom desempenho de todos os itens anteriores.

Segundo Train (1997) existem algumas necessidades das crianças que se não forem atendidas podem resultar em comportamentos difíceis:

1. A necessidade de ter uma visão clara do mundo, de modo que a criança possa sentir que existem pessoas que sempre estarão presentes e que ela tem seu lugar frente a tudo que existe ao seu redor;

2. A necessidade de ter um objetivo na vida, ou seja, ter um nível de expectativa a alcançar, respeitando as regras impostas;

3. A necessidade de fazer parte das coisas, tendo assim um senso de ligação. Deve ser capaz de se perceber como parte de um todo, ter o sentimento de que é uma pessoa valorizada pelos outros, de que faz parte de uma rede de relacionamentos e pertence a um grupo;



4. A necessidade de estímulos, pois isso a ajudará a desenvolver sua linguagem, a capacidade de pensamentos abstratos e de desenvolvimento dos seus controles internos;

5. A necessidade de raízes, ou seja, ter um vínculo com sua mãe ou outra pessoa que lhe seja importante, para seu desenvolvimento futuro, a fim de que possa se tornar, assim, provavelmente uma pessoa independente, com vontades próprias, autonomia, autocontrole. etc.

6. A necessidade de amor, ou seja, uma aceitação incondicional, que é construída no processo de vinculação com a mãe e com outras pessoas.

Segundo Train (1997) existem três razões principais para a reação agressiva da criança: a) quando esta sente que seus objetivos estão sendo frustrados; b) quando alguém a critica ou critica seus amigos e 3) quando ela sente que uma situação não é justa ou que alguém está sendo negligente ou descuidado com ela.

Portanto, cabe aos pais e profissionais que lidam com a criança agressiva refletirem sobre quais as possíveis causas de tais comportamentos. E aos pais, de modo mais específico, cabe pensar sobre as situações que possam ter desencadeado ou que colaboraram para o surgimento do problema de seu filho.

### Grupo de Psicoeducação

A definição de psicoeducação varia de acordo com os pressupostos e objetivos que o profissional pretende alcançar, sendo a abordagem dos aspectos psicológicos o que mais diferencia uma prática clínica de outra. Assim, existem diferentes métodos e técnicas, dependendo do tipo de intervenção e do referencial teórico adotado. Observa-se que o grupo de psicoeducação é uma dos principais dispositivos para modificar aspectos comportamentais negativos. Este grupo trabalha para o entendimento e fornecimento de informações aos pais/cuidadores sobre a natureza e consequências de comportamentos utilizados em intervenções educacionais com seus filhos, desta maneira provendo ensinamentos teóricos e práticos para que possam compreender e lidar melhor com os

mesmos. Além disso, tem como objetivo ajudá-los a melhorar seu *insight* a respeito de si e da importância à adesão ao tratamento para que ocorram mudanças em seus comportamentos e na dinâmica familiar.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este artigo tem por objetivo o relato de experiência de um grupo psicoeducacional com pais que buscam o serviço de saúde mental com queixas de seus filhos de comportamentos de agitação, agressividade, entre outros. O profissional que conduz os grupos de Psicoeducação no Ambulatório Viver utiliza o referencial psicanalítico para o entendimento do discurso dos participantes, no entanto, a intervenção em alguns momentos é mais diretiva, devido ao baixo entendimento cognitivo e grande demanda de usuários. O serviço localiza-se no município de Alvorada, região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

### Caracterização do Município

O município de Alvorada - RS caracteriza-se por ser uma cidade dormitório – portanto, sem indústrias e crescimento próprio - fazendo parte da grande região metropolitana da capital Porto Alegre. Possui uma população de 220 mil habitantes na sua maioria com baixa renda e escolaridade e condições de moradia precárias.

Com as atuais diretrizes do Sistema Único de Saúde –SUS- a prefeitura nos últimos anos incrementou os serviços de saúde mental, organizando uma rede de atendimento em saúde mental ampla e estruturada. Na área de saúde mental infantojuvenil conta atualmente com dois serviços especializados: um Ambulatório e um Centro de Atenção Psicossocial Infantil - Capsi.

O Ambulatório mensalmente acolhe cerca de 28 pacientes para atendimento, e a equipe técnica constata, assim como descrito na literatura acima, que a maior parte desses encaminhamentos não são devido a patologias e sim por sofrimentos decorrentes de fatores

familiares, como o uso do álcool e outras substâncias psicoativas, violência doméstica, abuso físico e sexual, negligência parental entre outros.

Muitas angústias levam os pais à procura de atendimento ou busca de orientação. Deparam-se diante de perguntas que exercem forte pressão no dia a dia da família contemporânea. É fato que os pais foram levados a rever escalas de valores pela vivência de conflitos e contradições, entre a maneira como foram criados e a realidade atual, e se deparam com uma diversidade de informações, do domínio da psicologia, para a qual também não estão preparados.

O Ambulatório por sua vez não comportaria o tratamento individual de todas essas crianças e adolescentes e desenvolveu, então, uma atividade direcionada a esses pais, motivo pelo qual esse artigo é escrito. A literatura fortalece tal decisão quando conclui que intervenções com pais, com a finalidade de promover habilidades sociais educativas, são importantes meios para a prevenção, promoção e redução de problemas de comportamento em crianças e adolescentes.

Diante da elevada demanda para atendimentos e o insuficiente número de profissionais para compor a equipe técnica, o Ambulatório desenvolve um fluxo de atendimento de forma que após uma primeira acolhida da criança ou adolescente e, antes de dar o início ao tratamento individual ou grupal destes, a família seja atendida em grupos de cuidadores numa tentativa de selecionar e oferecer brevemente um primeiro contato com a saúde mental de todos os integrantes da família. O ambulatório tem por intuito cumprir com as exigências preconizadas pelas Políticas Públicas em Saúde Mental.

#### Grupo de Cuidadores

Este é um relato de experiência vivenciado pela Psicologia do Ambulatório Viver com pais/cuidadores que procuraram o serviço nos meses de janeiro a maio de 2010. O grupo de cuidadores é realizado mediante seis encontros com duração de uma hora cada, sendo estes realizados quinzenalmente. Podem participar do grupo pais/cuidadores ou pessoas que mantenham um vínculo afetivo com a criança ou adolescente. Além da acolhida inicial estes ainda realizam no mínimo mais duas consultas com a Psicologia.

Os grupos são fechados, isto é, participam os mesmo pacientes que são organizados de acordo com a faixa etária, com o objetivo de esclarecer o que será trabalhado e as características específicas da faixa etária. Cada grupo é composto por no máximo doze integrantes, no entanto, no final dos seis encontros geralmente permanecem em torno de seis integrantes. Este número de participantes reduz devido a pouca adesão dos responsáveis pela criança ou adolescentes. Estes, muitas vezes entendem que as queixas apresentadas não possuem nenhuma relação com a dinâmica familiar ou estes responsáveis chegam ao serviço descrentes em função da ineficiência das intervenções aplicadas no manejo das dificuldades apresentadas pelo seu filho. Assim, demonstram atribuir ao profissional a responsabilidade de “mudar o que está errado”, com isso, não se responsabilizam pela mudança do processo.

No que se refere à sistematização, no primeiro grupo há uma apresentação dos pais/cuidadores, e em seguida passam a falar do motivo da busca pelo atendimento em saúde mental, neste momento também há combinações referentes ao *setting* como horário, atrasos, faltas, sigilo e objetivos do grupo. Este momento é extremamente importante se manter uma comunicação clara e objetiva em relação ao que será trabalhado e a responsabilidade destes em relação ao grupo, sendo primordial a construção do vínculo inicial para sentirem-se seguros para exporem suas idéias e conflitos.

Nos três encontros seguintes são trabalhados conteúdos de acordo com a demanda apresentada pelo grupo, e nos dois últimos há uma participação maior da psicóloga para assinalamentos e esclarecimentos sobre suas queixas iniciais, sendo que no último encontro é feito uma avaliação com o grupo do que foi trabalhado e a necessidade de alguns participantes darem continuidade nos grupos. Observa-se que em média os pais/cuidadores participam em doze encontros grupais.

O trabalho foi realizado durante os meses de janeiro a fevereiro de 2010, sendo desenvolvido em quatro etapas:

1. Consulta de acolhida;
2. Encontros com os pais/cuidadores;

3. Reavaliação: Nova consulta com a criança ou adolescente para reavaliar o quadro psíquico que foi motivo da primeira consulta;
4. Devolução: a) necessidade dos pais/cuidadores continuarem no grupo, b) a criança /adolescente ir para atendimento individual ou grupal, c) criança/adolescente não necessitar de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

As etapas serão descritas e analisadas a seguir:

#### 1. Consulta de acolhida

A consulta de acolhida consiste numa primeira escuta com a criança ou adolescente e seus pais/cuidadores iniciando na detecção da queixa, entendimento do sofrimento, avaliação resumida do funcionamento familiar e determinação da gravidade, urgência e necessidade de tratamento em saúde mental. Aqueles casos que se observam transtornos graves como psicoses, esquizofrenias, atraso mental, autismo, risco de vida, etc., são imediatamente encaminhados para Centro de Atenção Psicossocial - Capsi do município ou para internação psiquiátrica. Outros casos que necessitam de atendimento especializado, também são encaminhados para a rede, que conta com serviços na área de Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicopedagogia, Neurologia, Avaliação Clínica, Oftalmológica, entre outras.

As acolhidas no Ambulatório são previamente agendadas e realizadas por duas psicólogas de acordo com a agenda de cada profissional. As acolhidas têm duração de uma hora, e quando é avaliada a necessidade são marcadas novas consultas para que se possam esclarecer dúvidas sobre a queixa inicial.

Os encaminhamentos são provenientes de diversas instituições do Município como descrito na tabela abaixo no período de janeiro a maio de 2010.

Tabela 1. Locais de Encaminhamento no Município.

Entidades encaminhadoras	N	%	Presentes	%
1. Unidades Básicas de Saúde-UBSs	26	27,08	18	26,08
2. Conselho Tutelar	32	33,33	25	36,2
3. Escola Municipal	6	6,25	4	5,7
4. Escola Estadual	4	4,16	2	2,89
5. Associação Pais e Amigos dos Excepcionais _ APAE	3	3,12	1	1,44
6. Abrigo Infantil	4	4,16	2	2,89
7. Abrigo Adolescente	3	3,12	2	2,89
8. CRAS	12	12,5	9	13,04
9. Sentinela	3	3,12	3	4,37
10. Foro	3	3,12	3	4,37
Total	96	100	72	100

Tabela 2. Queixas citadas nas consultas de acolhida

Queixa	%
Agitação	41
Ansiedade	21
Agressividade	18
Falta de limites	12
Dificuldades aprendizagem	8
Total	100

Não existem critérios de patologias apresentadas pela criança ou adolescente para a participação dos pais/cuidadores nos grupos. Desde que encaminhados para o serviço todos participam desde que exista demanda na avaliação em saúde mental.

## 2. Encontro com os pais/cuidadores

Foram chamadas 105 crianças/adolescentes para participar dos grupos, divididos da seguinte forma:

Tabela 3. Divisão dos Grupos

Grupo de Pais	Idade da Criança / adolescente	Número de crianças
Grupo A-B	2 a 5 anos	21
Grupo A- B - C	6 a 9 anos	32
Grupo A – B - C	10 a 12 anos	35
Grupo A - B	13 a 18 anos incompletos	17
Total		105

No período de janeiro a maio de 2010 não houve solicitação de avaliação psicológica ou psiquiátrica por parte das instituições encaminhadoras para crianças menores de 2 anos. Os grupos são realizados quinzenalmente no período de três meses (junho a agosto de 2010) totalizando seis encontros, sendo realizados pelos mesmos técnicos que fizeram a consulta de acolhida.

A proposta de trabalhar em grupo com seis encontros justifica-se porque nos primeiros encontros se faz o conhecimento da dinâmica e dificuldades encontradas pela família para tratar com a criança ou adolescente, como também, conhecer os sintomas e queixas trazidas. Nos três últimos grupos, trabalha-se a familiar no sentido de reconhecer e se dar conta da importância desta como modelo inicial das relações e atitudes que seus filhos apresentam, e conseqüentemente no desenvolvimento de alguns sintomas trazidos na consulta de acolhida. Observa-se que a maioria das famílias não consegue perceber a

importância de suas atitudes como possíveis desencadeantes das suas queixas, sendo necessária a continuidade nos grupos até que estas consigam fazer uma reeducação das suas atitudes.

A proposta de trabalho em grupo como um Programa de Intervenção junto às Famílias, se estruturou numa seqüência de etapas, mediante os encaminhamentos e as queixas mais comuns apresentadas pelos pais/cuidadores na consulta de acolhida conforme descrito na tabela 2.

- a) Levantamento das queixas mais comuns apresentadas pelos pais: comportamentos agressivos, agitação, ansiedade, falta de limites e dificuldades de aprendizagem;
- b) Identificação de como a família percebe o problema mediante entrevista de anamnese. A entrevista de anamnese é realizada pelo profissional de saúde que tem por objetivo de ser o ponto inicial no diagnóstico de uma doença. É uma entrevista que busca relembrar todos os fatos que se relacionam com a doença e a pessoa doente;
- c) Caracterização do ambiente comum em que os sujeitos vivem, obtendo informações sobre o cotidiano e a dinâmica familiar;
- d) Transmissão de informações e conhecimentos sobre o desenvolvimento e amadurecimento do indivíduo nas várias fases da vida. Nesta etapa, é informado que cada faixa etária tem suas características específicas tanto no que se refere às questões orgânicas como as emocionais;
- e) Discussão sobre os valores das famílias, o contexto sócio-histórico-cultural como condicionantes do relacionamento familiar e competência familiar. Essa etapa é considerada importante pela equipe para fortalecer os pais em suas funções, ao mesmo tempo lembrando-os de sua responsabilidade no desenvolvimento da disfunção e a necessidade da individualidade de cada membro da família;
- f) Ouvir e orientar os cuidadores no manejo com os filhos dentro das possibilidades que o contexto social possibilita;
- g) Propor uma intervenção vinculada à família.



### 3. Reavaliação

A reavaliação é uma etapa importante e deve ser realizada de forma cuidadosa, pois nesse momento será feita uma devolução ao participante do que este conseguiu entender, e também das mudanças apresentadas no decorrer dos grupos. É definido se o mesmo seguirá ou não nos grupos. Esta reavaliação é feita ao término dos seis encontros. Para seguir no tratamento grupal é levado em consideração o entendimento que os pais/cuidadores fazem da sua forma de atuar e intervir dentro do contexto familiar, ou seja, dar-se conta que os filhos reproduzem o que aprendem, e que os sintomas e queixas podem estar diretamente relacionado como a família funciona, lida com as dificuldades do cotidiano em relação a criança/adolescente como também com os conflitos entre si.

Na amostra apresentada, observa-se que na maioria das vezes a procura dos atendimentos em saúde mental se caracteriza por uma desorganização da dinâmica familiar, com diversos conflitos conjugais que acabam refletindo nos comportamentos das crianças e adolescentes. Sendo assim os comportamentos aqui propostos para estudar vão ao encontro no que a literatura descreve (Benetti, 2006).

Estudos sobre os processos familiares indicam que a qualidade da relação parental e a presença de discórdia no ambiente familiar são fatores associados à etiologia de distúrbios emocionais na criança e no adolescente (Cummings & Davies, 2002; Wamboldt & Wamboldt, 2000). Primeiramente, identificou-se uma associação geral entre discórdia conjugal e dificuldades no ajustamento infantil, considerando-se que as situações de conflito conjugal na família resultavam numa alteração das práticas educativas parentais que, por sua vez, interferiam no desenvolvimento da criança. Posteriormente, verificou-se que determinadas características das situações de conflito estavam diretamente relacionadas ao desenvolvimento da criança (Fincham, 1994, 2003). Além disto, os efeitos do conflito conjugal eram principalmente determinados pela exposição da criança/adolescente a episódios de discórdias familiares e não somente a uma alteração das práticas educativas por parte dos pais (Zeanah & Scheeringa, 1997).

Em relação ao perfil dos grupos, observa-se que os participantes do sexo feminino têm maior frequência, sejam elas mães, avós ou responsáveis legais. Já em relação à idade, os responsáveis das crianças com idade entre seis e doze anos têm maior aderência ao tratamento. Outro fator relevante observado é que a maior aderência ao tratamento ocorre nos meses iniciais do ano letivo escolar, e a menor aderência no final do ano letivo. Pode-se inferir que este fator está relacionado com as exigências da entrada na escola ou na mudança de séries com maior número de disciplinas e professores.

Em relação à necessidade de atendimento psicológico após o término dos grupos para as crianças, observa-se um índice baixo, pois alguns pais conseguem dar-se conta das dificuldades apresentadas pelos filhos. Assim, começam a auxiliar a psicóloga nas mudanças necessárias como maior acompanhamento das atividades escolares, monitoriamente em relação ao uso da mídia (videogame, internet, entre outros) e das relações das crianças entre pares em gerais. Percebem-se mudanças na criança na forma de aproximação como pedir desculpas, agradecer, bater à porta e pedir licença. Parecem mais tolerantes frente às situações diversas apresentadas pelos filhos, porém, esta mesma proporção não é observada no grupo de pais de adolescentes.

As maiores queixas nestes grupos são em relação ao abandono escolar e as dificuldades destes em colocar regras e limites nos filhos, mas, principalmente, o que se vê são pais desgastados em relação às suas intervenções e diálogos. Nestes grupos há uma baixa aderência dos pais nos grupos. O percentual está em torno de 27% do total dos participantes iniciais. Nesta população em que os pais conseguem permanecer até o final dos grupos, todos os adolescentes vão para tratamento individual ou grupal, como também em alguns casos tratamento medicamentoso.

Os motivos de abandono do tratamento são os mais diversos em todas as faixas etárias. Entretanto as faltas na consulta com a Psicologia, grupos de pais, grupo infantil, grupo de adolescente e Psiquiatria são os mais frequentes, assim necessitando de novo encaminhamento e nova acolhida.

Observa-se que há maior participação das mães, sendo que raramente os pais se fazem presentes nos grupos e consultas, participando apenas quando solicitado. No caso quando a criança ou o adolescente residem com avós, há participação maior da avó.

Nos resultados obtidos, a partir de uma análise subjetiva da fala dos pais/cuidadores, pode-se perceber uma mudança nas percepções destes sobre os comportamentos e atitudes dos filhos. Tal fala é atribuída às mudanças de comportamentos dos pais com os filhos no que se referem as suas práticas e intervenções nos momentos de conflitos e estresses cotidianos. Responsabilizando e comprometendo-se na resolução das dificuldades, percebendo a importância das suas atitudes e o modelo parental oferecido. Assim, os pais ao perceberem a importância de seu papel no desenvolvimento biopsicossocial de seus filhos, há um maior envolvimento destes nas atividades diárias como também na escola e relações interpessoais destes, obtendo resultados positivos como na redução dos comportamentos de agitação e agressividade, maior aprendizado, maior comprometimento e envolvimento do filho na realização das tarefas escolares. Com isso, os pais passaram a manifestar mais segurança e afeto quanto à forma de lidar e intervir com o filho, passam a ter um relacionamento conjugal menos conflituado, e uma maior satisfação com o empoderamento do papel parental. Perkins e Zimmerman (1995, p. 1) definem o empoderamento como “um construto que liga forças e competências individuais, sistemas naturais de ajuda e comportamentos proativos com políticas e mudanças sociais”. Trata-se da constituição de organizações e comunidades responsáveis, mediante um processo no qual os indivíduos que as compõem obtêm controle sobre suas vidas e participam democraticamente no cotidiano de diferentes arranjos coletivos e compreendem criticamente seu ambiente. Maior coesão no discurso, atitudes e intervenções de ambos os pais/cuidadores, gerando menores intervenções diferentes no manejo com o filho. O grupo passa a se reconhecer em seu papel, suas atribuições e tarefas, estendendo o aprendizado a outros membros familiares e a outras famílias também.

Os assuntos mais mencionados pelos pais/cuidadores nos grupos são: na infância: dificuldades em lidar com a autonomia, birras, afrontamento as regras e limites e curiosidades; na adolescência: questionamentos e afrontamento com regras e limites,

palavrões, desatenção, necessidade de autoafirmação, dificuldades escolares, uso de tabaco e álcool, namoros (ficar), sexualidade, festas à noite e estilos de se vestir.

### Desafios profissionais

É importante que no contexto de atuação o profissional esteja atento as suas competências e habilidades, pois só assim poderá desempenhar com gosto e eficiência seu papel. Requer que reconheça seus limites, capacidades e aptidões para que não venha a desenvolver sofrimentos e patologias. Sabe-se que trabalhar com população de crianças e adolescentes requer que estejamos preparados para nos deparar com situações que vão além do que é falado e visto, com situações de vulnerabilidades que estão além da intervenção em saúde mental.

No que se refere aos desafios Institucionais é necessário uma maior integralização dos serviços em rede, cada serviço se responsabilizando pelo usuário a partir das suas competências e atribuições, não somente transferindo responsabilidades a outros serviços. Sendo que para que essa rede funcione de fato é necessário que gestores desenvolvam Políticas Públicas com uma visão na integralidade de ações, promovendo a prevenção na saúde infantojuvenil. E por fim, poder valorizar e oferecer condições de trabalho digno para o profissional atuar nestes espaços é fundamental na concretização deste processo.

### Considerações Finais

A atividade desenvolvida no ambulatório especializado trata-se de um trabalho de prevenção e promoção da saúde, portanto:

- Deveria ser difundida entre a rede básica que não é devidamente capacitada para ser a porta de entrada na acolhida de famílias com queixas em saúde mental;
- Previne superlotação da equipe especializada, que muitas vezes não consegue dar conta da demanda, pois fica sendo a porta de entrada, e

deixando de ser um serviço especializado, desta maneira não consegue dar maior resolutividade de casos que são de urgência e emergência;

- Poderia, também, ser realizado nas escolas, necessitando de mudanças de alguns paradigmas da educação, paradigmas como de que a escola tem papel fundamental na promoção e prevenção da saúde mental de famílias, crianças e adolescentes.

## Referência

ABERASTURY, A; SALAS, E. J. (1984). *A Paternidade: Um enfoque Psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.

BALLONE, G.J. (2001). *Violência e Agressão da criança do adolescente e do jovem*. Psiqweb. Retirado de [http:// www.altavista.com.br](http://www.altavista.com.br). em 07/03/2012.

BELSKY, J. (1984). *The determinants of parenting: A process model*. *Child Development*, 55, 83-96.

BENETTI, S. (2006). *Conflito Conjugal: Impacto no desenvolvimento Psicológico da Criança e do Adolescente*. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 19(2 ) 261-268.

CUMMINGS, E. M., & DAVIES, P.T. (2002). *Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process oriented – research*. *Journal of child Psychiatry*. 43, 31-63.

CUMMINGS, E. M., & O'REILLY, A. (1997). *Fathers in family context: Effects of marital quality on child adjustment*. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (pp. 196-221). New York: John Wiley & Sons.

FINCHAM, F. D.(1994). *Understanding the association between marital conflict and child adjustment*. *Journal of family Psychology*, 8, 124-127.

FINCHAM, F.D.(2003). Marital conflict. Correlates, structure and context. *Current directions in Psychological Science*, 12 , 23-27, 2003.

FREUD, A. (1958). *Adolescence. The Psycho Analytical Study of the Child*. Ney York, 13.

FREUD, S. (1980). *Uma lembrança de infância de Leonardo da Vinci*. In Freud, S. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago. Vol. XI. Obra de 1910.

GRÜNSPUN, H. (1981). *Distúrbios neuróticos da criança*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu.

GRYCH, J. H., & FINCHAM, F. D. (1990). *Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework*. *Psychological Bulletin*, 108, 267-290.

HOFFMANN, M.C., SANTOS, D.N., & MOTA, E.L (2008). *Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil*. Caderno de Saúde Pública. 24 (3) p.633-643.

HOLDEN, G. W., GEFFNER, R., & JOURILLES, E. N. (Eds.). (1998). *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues*. Washington, DC: American Psychological Association.

LAPLANCHE J, PONTALIS B. (1998). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

LEVISKY, D. L.(1998). *Adolescência: Reflexões Psicanalíticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

MARCELLI, D. (1998). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. 5ª. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

OAKLANDER, V.(1980). *Descobrendo crianças: a abordagem gestáltica com crianças e adolescentes*. 11ª ed. São Paulo: Summus.

PERKINS, D.D.; ZIMMERMAN, M.A. (1995). *Empowerment meets narrative: listening to stories and creating settings. American Journal of Community Psychology*, 23 (5). p.569-79.

RAMIRES, R.R.,PASSARINI, D., FLORES, G.,& SANTOS, L.G.(2009). Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. Ver. CAPA. Vol. 63. Nº. 2. Retirado de <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/343/341>. Acessado em 27/02/2012.

TRAIN, A. (1997). *Ajudando a criança agressiva: como lidar com crianças difíceis*. São Paulo: Papirus.

WAMBOLDT, M.Z, & WAMBOLDT, F. S. (2000). *Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders. Selectea research findings. Journal of American Academy of Child adolescent Psychiatry*. 39, p 1212-1219.

ZEANAH,C. & SCHEERINGA, M (1997). *The experience and effects of violence in infancy. In J. Osofsky,(Org.) Children in a Violent Society*. p. 97-123. New York. Press Edition.

ZIMMERMAN, D. (2000). *Fundamentos básicos das grupoterapias*. 2ª Ed. Porto Alegre. Editora: Artes Médicas.