

# OFICINA DO AFETO - UMA INTERVENÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A CONTRIBUIÇÃO DA TEORIA PSICODRAMÁTICA

## AFFECTION WORKSHOP – AN INTERVENTION IN PRIMARY HEALTH CARE AND THE CONTRIBUTION TO THE PSYCHO-DRAMATIC THEORY

Juarez Silva Araujo

Preceptor da residência em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora/ SUS  
Juiz de Fora; médico de família do SUS/ Juiz de Fora- MG.

Endereço:

R. Paulo Afonso Tristão, Qd. B lt. 8  
Vivendas da Serra – Juiz de Fora/MG –  
CEP 36047-230.  
E-mail:jsouzaraujo@terra.com.br

### RESUMO

O presente trabalho é o relato de experiência da equipe de saúde da família (ESF) do bairro Jardim de Alá, em Juiz de Fora/MG (1), iniciado em fevereiro de 2001, compreendendo micro-áreas e grupos populacionais de maior risco social. O trabalho é conduzido pelos agentes comunitários de saúde (ACS), sob a supervisão do médico e enfermeira da equipe, se constituindo em reuniões mensais com crianças de 03 a 14 anos, destinadas ao brincar livre e lanche; além de reuniões mensais com adultos acima de 40 anos, destinadas à realização de bingo e lanche. O objetivo é a construção de um recurso social de suporte a esses grupos populacionais, submetidos a maior risco social, além de buscar aprimoramento do vínculo equipe/família. Os resultados encontrados são o aprimoramento do vínculo ESF/famílias e uma percepção, pela ESF, de maior adesão dos usuários às ações de cunho preventivo. Buscando um suporte teórico, encontramos na teoria de J. L. Moreno, mais precisamente na teoria dos clusters, o respaldo à proposta e aos resultados encontrados. Concluímos: 1º) que as ações lúdicas, aplicadas pelos ACS's são importantes ferramentas de trabalho para aprimorar o vínculo ESF e famílias submetidas a maior risco social; 2º) além das proposições teóricas, a vivência da ESF de Jardim de Alá, evidenciou a necessidade de se estudar as ações lúdicas enquanto ferramentas facilitadoras, indiretas, das ações preventivas em saúde e também como suporte psico-social.

**Palavras-chaves:** Cuidados Primários de Saúde; Agente Comunitário de Saúde; Psicodrama; Afeto; Promoção da Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente.

### ABSTRACT

This study relates the experience of the Family Health Team (FHT) of the Jardim de Alá neighborhood in the city of Juiz de Fora, MG (1), beginning in February 2001, which covered micro-areas and population groups of higher social risk. The study was conducted by the Community Health Agents (CHA), under the supervision of the team's doctor and nurse, and was carried out using monthly meetings with children from the ages of 3 to 14, involving bingo games and snacks. The objective was to build a social support resource for these population groups that are submitted to greater social risk, in addition to improving the team/family link. The findings were an improvement in the link between the FHT and the families, and the perception, on the part of the FHT, that the users of the health services improved their utilization of preventive health activities. When we looked for theoretical support, we found reinforcement in J.L. Moreno's cluster theory for the proposal and the findings. We thus concluded: 1) games and play activities, applied by the CHAs are important tools to improve the link between the FHT and families under greater social risk; and 2) in addition to the theoretical propositions, the experience of the FHT at the Jardim de Alá demonstrated the need to study games as indirect facilitating tools of preventive health activities and also as psycho-social support.

**Key words:** Primary Health Care; Community Health Agent; Psychodrame; Affect; Helath Promotion

## INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é uma prática antiga, porém relativamente nova no campo teórico e vem, nos dias atuais, sendo largamente discutida nos meios público e privado. A APS se propõe, enquanto porta de entrada do sistema de saúde, capaz de tratar e resolver de 80 a 85% das demandas em saúde, fazer promoção e prevenção em saúde e, principalmente, estabelecer propostas de intervenção adequadas e criativas, respeitando as diferenças sócio-culturais de cada meio.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1978, na antiga União Soviética, lançou os princípios da APS, na conferência de Alma-Ata, como forma de fazer frente às dificuldades em saúde no plano mundial: alta mortalidade infantil, desnutrição, alta prevalência de doenças infecto-contagiosas etc., ou seja, situações para as quais, os avanços tecnológicos, de cunho assistencial, do séc. XX não se mostravam plenamente capazes de superar. Havia, portanto, a necessidade de uma abordagem ampliada do processo saúde-doença, envolvendo aspectos culturais, econômicos e sociais, para melhor compreender este processo e propor ações de saúde mais eficazes.

No Brasil, na segunda metade da década de 1970, deu-se início ao movimento de profissionais da saúde que, diante de um sistema de saúde hospitalocêntrico, visava fortalecer as ações de saúde de base comunitária e de caráter preventivo. Esse movimento, chamado reforma sanitária, realizou importantes discussões na esferas acadêmica e de governo, mas notadamente nas conferências nacionais de saúde, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, o qual estabelece os princípios nacionais da atenção em saúde.

Mas é com a Lei 8.080, de 1990, que fica claro o modo de atenção em saúde proposto pelo SUS, no artigo 5º, inciso III: “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização **integrada** [grifo meu] das ações assistenciais e das atividades preventivas”. Nesse contexto, a APS surge no cenário nacional como um campo de trabalho bastante complexo, por ter de abordar as demandas em saúde, com toda a sua face biopsicossocial, mas cujas intervenções podem ser tão simples como prescrever um soro fisiológico nasal ou brincar com uma criança. Todas técnica e teoricamente respaldadas de preferência.

Objetivando implementar essa proposta, o governo federal instituiu estratégias político-institucionais como, por exemplo, o Programa Saúde da Família (PSF), que estabelece uma equipe mínima de profissionais de saúde e de agentes comunitários de saúde

(ACS), responsáveis pelas ações assistenciais básicas, promoção e prevenção primária em saúde de uma área geográfica e numericamente determinada. O intuito do PSF é estabelecer diagnósticos mais realistas do processo saúde-doença da população e assim fazer propostas mais criativas e tecnicamente adequadas às necessidades dos usuários. Como diz Vasconcellos: “esta capacidade de buscar descobrir os vários fatores e as várias forças que estão por trás de cada problema é muito mais importante do que saber uma série de técnicas de trabalho comunitário e de educação” (VASCONCELOS, 1997, p. 26).

## **1 UMA NOVA ABORDAGEM NO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA**

A área da equipe de Jd. de Alá se situa na região sul de Juiz de Fora, sendo de característica urbana e uma área de ocupação antiga. A população gira em torno de 3.100 pessoas, com 7% até os 4 anos e 13% acima dos 60 anos. O grau de alfabetização acima de 15 anos é de 94%, as condições sanitárias são bem satisfatórias e 22% da população tem plano privado de saúde. No entanto, quando olhamos por microárea (MA), constatamos diferenças importantes: as MA's 3 e 4 apresentam 10% da população até 2 anos, a utilização de plano privado de saúde é inferior a 10%, conta com 30% das gestantes cadastradas abaixo de 20 anos e as condições de alfabetização estão abaixo do restante da área. É uma população, cujo padrão de morbimortalidade apresenta alta incidência de doenças infecto-contagiosas associada a uma alta prevalência de doenças crônico-degenerativas. Nas reuniões de equipe, os agentes comunitários das MA's 3 e 4 falavam da dificuldade de estabelecer um vínculo melhor com famílias em situação de muito risco biopsicossocial, dado o desinteresse das mesmas pelas ações de saúde, tais como puericultura e pré-natal e também pelo forte problema da permanência das crianças destas famílias em idade escolar e pré-escolar na rua, expostas aos mais variados fatores de estresse, seja familiar ou social. Nas demais MA's, é comum os casos com indivíduos idosos, acamados, com dificuldade de acesso aos recursos assistenciais e sociais, isolamento familiar e social. Estes demandaram constantes visitas domiciliares dos profissionais de saúde, os quais se depararam com situações de quase abandono, cuidadores estressados e idosos bem assistidos e acompanhados. Mas curiosamente são os primeiros, que mais demandam atenção.

Ao profissional médico, geralmente, vem a seguinte pergunta: “é preciso que eu (re)conheça aspectos sociológicos, psicológicos, culturais e comportamentais da população atendida para ‘tratar’ os problemas de saúde?” Acreditamos que a pergunta é que está errada, devemos nos perguntar aonde se insere o saber do profissional de saúde no contexto psico-

sócio-cultural que apresenta cada paciente e grupo social ao emergirem seus problemas de saúde. Esta é uma atitude que muda a compreensão do processo saúde/doença, como também da aplicação dos recursos preventivo/assistenciais diante de cada situação em particular, além de utilizar o princípio das APS de adequação à realidade territorial, populacional e interrelacional (DUNCAN, 2004, p. 81).

Estudos científicos demonstram a forte relação entre fatores estressantes e o risco de adoecimento físico, por exemplo, em um estudo prospectivo envolvendo pouco mais de 1.000 crianças em idade pré-escolar, acompanhadas por quatro anos, foi evidenciado “que os eventos familiares estressantes estavam fortemente relacionados com as visitas subseqüentes ao médico e com a hospitalização por várias condições” (BEAUTRAIS et all, 1982, In: RAKEL et all, 1997, p. 32). O estudo acima foi baseado na aplicação da escala de eventos de Holmen e Rakel. Também o sociólogo James House é citado por Rakel ao concluir ser o fator social estressante um fator de risco tão importante quanto o tabagismo na saúde humana (RAKEL, 1997, p. 33).

Já no campo biológico se sabe que fatores estressantes afetam os sistemas endócrino e imune, alterando a homeostasia fisiológica, levando à supressão na atividade de linfócitos T (imunidade celular), pois “estudos mostram que a ansiedade é o mediador emocional primário de alterações do sistema neuroendocrinológico e neuroimunológico que afetam o resultado para a saúde” (RAKEL, 1997, p. 42). Certamente que não devemos considerar a ansiedade como algo patológico, pois assim como a febre está para a infecção, é apenas o sinal de uma reação que busca recursos para a resolução dos problemas estressantes.

Estes recursos acima podem ser endógenos, ou seja, ligados à condição intrínseca (psique) do indivíduo e exógenas ou sociais, também chamados psicossociais, que se dividem em culturais, religiosos, educacionais econômicos, ambientais e aqueles ligados ao sistema de saúde. As formas de apoio social podem variar de acordo com idade, sexo, nível sócio-econômico e cultura, mas de qualquer forma são importantes recursos para a saúde do indivíduo. Segundo Ruberman “...pacientes socialmente isolados e com alto grau de fatores de estresse possuíam risco de morte quatro vezes maior do que aqueles com bom apoio social” (RAKEL, 1997, p. 47).

## **2 OFICINA DO AFETO – A CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA DE TRABALHO**

A partir dessa discussão e usando um princípio popular “que prato quente se toma pelas bordas”, decidimos iniciar, em fev/2001, uma ação de trabalho com as crianças das

MA's 3 e 4 que permitisse outra forma de relação entre equipe do PSF e comunidade, não apenas baseados em ações pré-estabelecidas, mas buscando, de início, aproximação e reconhecimento mútuo. A proposta foi de brincar com as crianças uma vez por mês, às sextas-feiras, de manhã e à tarde, na faixa etária até 14 anos, utilizando brincadeiras de roda de cunho integrativo em um primeiro momento, seguidas por pintura e colagem e um lanche final, tudo com duração de, mais ou menos, 2 horas e 30 minutos.

Nosso intuito inicial de trabalhar com o brincar era de inserir, em momento oportuno durante o trabalho, elementos educativos e sanitários e chegar até aos pais dessas crianças; mas, com pouco tempo, ficou claro ser o espaço do brincar livre algo que deva existir por si, a partir de um **contrato** firmado entre a equipe e as crianças, ou seja, qualquer trabalho de cunho pedagógico ou sanitário deveria ocorrer em outro espaço e momento.

As nossas dúvidas sobre o real valor de gastar nosso tempo, apenas uma vez por mês, para acompanhar crianças a brincar e depois lhes dar um lanche, foram se dissipando na medida em que as próprias crianças demonstravam profundo respeito com aquele “compromisso” e vivo entusiasmo, impedindo que o desânimo que regularmente nos abatia, por razões outras, interrompesse o trabalho. Nas reuniões com a comunidade era também questionado o valor de se reunirem crianças para receber lanche uma vez por mês e, nesse contexto, foi fundamental a figura do profissional médico ou enfermeiro, enquanto força social, defendendo o trabalho.

Posteriormente, em maio de 2003, a equipe decidiu investir seu tempo no 2º grupo identificado, que era formado pelos idosos e adultos acima de 40 anos, isolados em seus domicílios e comunidade. Foi proposta uma atividade lúdica, simples, de aplicação regular (uma vez por mês) que se constituiu em um bingo, onde os próprios frequentadores traziam as prendas (prêmios) e o lanche final. Coube aos ACS's organizar data, hora, local, avisar aos interessados, dar suporte formal de operacionalização e, no local, organizar o lanche, acolher as crianças e adultos e ... trocar afeto.

Certamente que uma proposta com forte carga afetiva e acolhedora como esta, ou seja, sem um anteparo intelectual ou moralizante, mobiliza muitos conteúdos da psique dos usuários e dos profissionais. Isto foi outra dificuldade quando se enxergava nitidamente nos desenhos, pinturas ou atitudes dos indivíduos um forte conflito psíquico. Nestes casos, mantivemos o contrato da Oficina do Afeto, não nos autorizando a propor intervenções a partir destes “achados”. Baseado em que tomamos esta decisão? Certamente contávamos já com um recurso técnico assistencial na unidade básica de saúde e também “sentíamos” que o

trabalho, por si só, tinha uma ação terapêutica e não devíamos quebrar o acordo firmado. Mas nos faltava, ainda, o argumento intelectual ou teórico.

### 3 TEORIA PSICODRAMÁTICA – UM ENCONTRO TEÓRICO VIVENCIAL

O Psicodrama é um conjunto teórico baseado nas questões relacionadas do ser humano, desde o nascimento nas relações com mãe, pai, irmãos, local de nascimento, animais, objetos, etc., passando pela vida onde outras relações se estabeleceram (professores, colegas de sala, namorados, patrão, empregado(a), esposo, filhos). Há uma atenção, portanto, nos papéis que assumimos durante nossa existência e nos problemas de ordem relacional que podemos apresentar ao assumir este ou aquele papel. Bustos se propõe em um de seus livros a tentar “transmitir ao leitor alguns parâmetros que permitam compreender o ser humano sob uma perspectiva descentralizada do patológico com todas aquelas dinâmicas que se encontram nas zonas obscuras, não caracterizáveis entre os quadros clássicos, mas que reflitam os ângulos do sofrimento humano. Isto é, que nos centremos nesse equilíbrio instável chamado normalidade” (BUSTOS, 2001, p. 108).

Esse estudo vai do esforço que se faz ao nascer, passando pela aquisição dos papéis psicossomáticos que refletem condições biológicas como ingerir alimentos, urinar e defecar; chegando aos papéis denominados psicodramáticos que dizem respeito ao aprendizado das várias possibilidades de funcionamento social. É bom aqui citar um aspecto fundamental da teoria moreniana, que é a espontaneidade, tida como uma função vital e central do ser humano que é, por sua vez, submetida às regras sociais apreendidas, tal qual um filho. “Sem este filtro que contém as regras consideradas desejáveis de uma sociedade a espontaneidade seria apenas espontaneísmo” (BUSTOS, 2001, p. 114). A angústia que vivemos nessa instância é que nos permite a aquisição de valores, idéias e a capacidade criativa.

Portanto, o psicodrama fala da construção da personalidade humana no âmbito relacional, tendo a espontaneidade um papel central que, submetido à filtragem das regras sociais, irá constituir “a função egoica de adequação a qual Moreno se refere como uma qualidade de espontaneidade” (BUSTOS, 2001, p. 114).

Por definição, esse conjunto de pessoas, locais, objetos e etc, onde fazemos todo esse processo, é denominado *locus nascenti*, é nele que desenvolvemos a base de nossa personalidade, como em uma placenta social ou matriz de identidade, responsável pelas

primeiras formas de aprendizagem da criança. A inter-relação da criança com os vários elementos dessa matriz fará, no âmbito da identidade, a adoção infantil de papéis em duas funções: dador (dar papéis) e recebedor. Há todo um aquecimento e cadeia de eventos no indivíduo que “desenvolvem um certo grau de coerência interna” (MORENO, 1975, p. 112) e “... gradualmente, uma certa e recíproca expectativa de papéis nos parceiros dos processos. Essa expectativa de papéis cria as bases para todo o intercâmbio futuro de papéis entre a criança e os egos auxiliares” (MORENO, 1975, p. 113), estes últimos representados pelos pais, irmãos, demais parentes e professores.

Moreno atribui a essa ação conjunta a base do desenvolvimento emocional da criança e, na medida em que há o amadurecimento da criança ainda dentro da matriz de identidade, haverá uma menor dependência dessa em relação ao ego auxiliar, que por sua vez “assiste à criança na formação de seus próprios papéis” (MORENO, 1975, p. 114). Rojas-Bermudes nos diz que quanto mais rico em papéis for a matriz de identidade, mais tempo ela levará para se dissolver (ROJAS-BERMUDES, 1970, p. 112).

Bustos, autor psicodramatista, nos fala que os papéis relacionados ao ser criança/cuidada, ou seja, depender do outro, é fundamental no desenvolvimento da vida adulta de acordo com a ternura e do como se faz a ação. Diz o autor que “... a capacidade de sentir e aceitar carinho é essencial para a construção das relações de intimidade” (BUSTOS, 2001, p. 118).

Refinando mais nosso conhecimento sobre a aquisição ou aprendizados de papéis, sabemos que estes se agrupam respeitando um movimento próprio de cada momento de vida. Esse agrupamento ou ramificações, também chamado “clusters” são denominados: “cluster” um ou materno, “cluster” dois ou paterno e “cluster” três ou fraterno. O cluster materno responde pela condição de vulnerabilidade e aprender a depender. A este cluster está condicionada a auto-estima. Cluster paterno é aonde aprendemos quais são os nossos limites e necessidades, é o momento de buscar a auto-afirmação. O terceiro cluster, também chamado de fraterno, é dos três o único que se caracteriza por relações simétricas e é onde se desenvolve a grande parte dos papéis da idade adulta. Importante salientar que as denominações materno, paterno e fraterno não necessariamente correspondem aos genitores e irmãos de sangue, e sim aos que desempenham essas funções

O trabalho proposto de forma lúdica, por si só configura, em parte, uma relação assimétrica entre os profissionais e os usuários, que são guiados nas brincadeiras e alimentados, o que acreditamos correlacionar-se com os clusters materno e paterno que se desenvolvem nas fases iniciais da matriz de identidade, aonde o bebê se encontra dependente

da mãe e pai ou de quem faça esses papéis. Bustos nos fala ser a ternura a confluência dos sentimentos primariamente ligados às sensações dessa fase de extrema vulnerabilidade. Afirma o mesmo autor que “substituir a ternura pela eficiência dos cuidados deixa marcas indeléveis, essa pessoa tenderá a automatizar as relações afetivas” (BUSTOS, 2001, p. 118), além do que é a fase em que desenvolvemos nossa auto-estima. Na construção do cluster materno se insere o princípio do prazer em relação à alimentação e aos cuidados básicos e, segundo Bustos, “permanecerá como uma tela de fundo... presente nos diferentes aspectos da vida, desde fazer amor até realizar um trabalho ou cumprir com uma obrigação” (BUSTOS, 2001, p. 119).

Um importante e saudável aprendizado dessa fase é a admiração e a gratidão aonde o reconhecimento do bem que se recebe e de seus aspectos positivos ou, como diria Bustos, “reconhecer a fonte de amor, conhecimento etc., permite-me dar-lhe minha reprodução sem sentir que destruo a fonte de meu crescimento” (BUSTOS, 2001, p. 130). Mesmo havendo uma relação de dependência, que não se confunda com super proteção, o cluster materno é onde construímos as nossas relações de prazer com a vida, ternura, intimidade, gratidão e reconhecimento.

No cluster paterno a criança que começa a engatinhar, andar e pegar objetos, caminha no sentido da sua autonomia e de suas escolhas, porém, sendo acompanhada pelos pais ou quem exerça esse papel, que dita limites e normas direcionadoras das ações. Enquanto no cluster materno as necessidades se referem a uma única pessoa, no segundo cluster existe a possibilidade da escolha de um outro indivíduo, que a criança “elege para algo específico”. Isto possibilitará à criança identificar, dar nomes e administrar suas necessidades; fazendo sua passagem para a aquisição de sua auto-confiança, porém amparada pelo ego-auxiliar chamado pai. Assim como no cluster materno, o paterno se caracteriza por uma relação assimétrica entre pai/mãe e o filho. É a assimetria protetora (BUSTOS, 2001).

O terceiro cluster, ou fraterno, fala das relações entre “iguais” ou simétricas, ou seja, se ao dar um tapa em seu pai a criança é repreendida e educada de forma mais cuidadosa, neste grupo de papéis as relações se caracterizam por um “toma-lá-da-cá”, isto é, ao dar um tapa a criança receberá outro tapa em troca. Aqui a criança aprenderá a compartilhar, desde que abra mão da fantasia de que “tudo é meu”, e siga no sentido de doar aquilo que tem para o bem comum (BUSTOS, 2001). Na Oficina do Afeto, acreditamos que esses aspectos se encontram nas trocas dos usuários entre si, ou seja, durante as brincadeiras, acordos firmados, desacordos ocorridos, preparação do bingo; ou seja, nas relações entre iguais.



## CONCLUSÃO

Ao longo desse curto trajeto vieram dúvidas e questionamentos sobre os resultados práticos desse trabalho, mas em momento nenhum se perdeu a forte emoção e o encantamento advindo dele. Para tanto, colocamos os relatos de ACS's: o primeiro, cujo acesso a um grupo de famílias residentes em um terreno único, e submetidas a importante risco biopsicossocial, não se conseguia há quase um ano. Ocorreu durante uma tarde, em que começava a chover e a agente de saúde foi chamada pelo seu nome por uma criança, convidando-a a se proteger da chuva. A impressão da agente foi um misto de felicidade e insegurança: "...quando entrei no barraco de teto baixo e escurecido pelas janelas fechadas, as crianças me receberam com muita alegria, enquanto os adultos me olhavam desconfiados". Foi só a partir desse momento que a equipe de saúde da família teve seu acesso franqueado a este grupo de famílias, prestando atenção em puericultura, pré-natal e visitas domiciliares. O segundo fala do encontro de três senhoras no bingo que ali passaram a se conhecer, apesar de viverem, cada uma, há vários anos, na mesma rua. Relata a ACS: "...é muito engraçado ver as três de braços dados, juntinhas, não se soltando nem para passar pela porta".

Acreditamos nos princípios populares e na sabedoria popular sendo visitados pelo meio acadêmico, no intuito de estabelecer uma comunicação tão clara quanto possível. Cabe a nós, profissionais de saúde em APS, buscarmos no "mundo acadêmico" as bases e conhecimentos teórico-práticos que melhor traduzam nossas impressões, como também as melhores ferramentas para construir/criar os instrumentos mais adequados às intervenções no nível da APS.

A teoria psicodramática, por nós levantada, vem da vivência de Moreno, um médico, que dentre outras ações, atuou com grupos marginalizados no nível básico de saúde em seus primeiros anos de profissão (refugiados de guerra do Tirol e prostitutas), trazendo em si um fundamento básico da APS: a adequação da atenção diante do conflito, ou seja, a prática recriando a teoria e nossas relações. Acredito ser o psicodrama, uma das ferramentas possíveis para sustentar o potencial criativo da APS, e dar uma estrutura teórica às nossas ações e, inclusive, à proposta da Oficina do Afeto discutida nesse trabalho. Haja visto que uma das dificuldades do profissional de atenção primária é o pequeno arcabouço teórico, próprio à APS, frente à complexidade do meio social em que atuamos.

Entendemos que o espaço da Oficina do Afeto recria o *lócus nascenti*, onde encontramos a matriz de identidade, permitindo ao usuário, através da fantasia, rematizar suas relações e papéis apreendidos. Acreditamos também ser o ato de cuidar, amparar, alimentar, trocar, jogar e compartilhar promovido pelos agentes comunitários de saúde em

reuniões periódicas, feita em uma proposta não intervencionista, mas centrada nos aspectos lúdicos, uma forma ou recurso a ser oferecido ao usuário e utilizado pelo indivíduo no desenvolvimento saudável dos aspectos de dependência, prazer, segurança, auto-determinação e fraternidade, oferecendo, em última análise, uma oportunidade destes serem reatualizados. Certamente que falo daqueles indivíduos “normopatas”, ou seja, ainda não incluídos em uma categoria diagnóstica psicopatológica, pois estes últimos, ainda que se beneficiem, demandam um processo psicofarmacoterapêutico específico.

Finalmente, concluímos que esta forma de abordagem, sendo utilizada pelos agentes comunitários de saúde, terá a característica de fortalecer o vínculo da equipe do PSF e a comunidade, importante e, se não, principal fator no trabalho em APS, pois não é por acaso que o trabalho foi batizado de Oficina do Afeto.

#### NOTA

Este trabalho é fruto da indignação, interesse, dedicação e afeto dos agentes comunitários de saúde da equipe de saúde da família de Jd. Alá/Juiz de Fora/MG, que sustentam a prática de forma seqüenciada e responsável. Infelizmente, lhes falta o aprendizado teórico suficiente para traduzir a sua prática em uma linguagem acadêmica. A mim coube essa tarefa e espero ter sido, no mínimo, um bom “tradutor”, para estar a altura de ARINDA A. DOS SANTOS ROSA, MARIA CRISTINA TAVARES CARVALHO, MARIA STELA APARECIDA TEODORO, MARINA A. TAVARES DA SILVEIRA, REINALDO SILVEIRA SANTIAGO e VALERIA CRISTINA TEODORO. Agradeço também à enfermeira WILMA LÚCIA P. R. B. REZENDE, que mesmo chegando “depois”, colocou seu coração e sua cara neste trabalho, demonstrando sensibilidade e respeito humano incomparáveis.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990.

BUSTOS, D. M. **Perigo amor a vista: drama e psicodrama dos casais**. 2. ed. São Paulo: Alesh, 2001.

DUNCAN, B. B. **Medicina ambulatorial**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MORENO, J. L. **Psicodrama**. São Paulo: Cultrix, 1975.

RAKEL, R. E. **Tratado de medicina de família**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1997.

ROJAS-BERMUDEZ, J. G. **Introdução ao psicodrama**. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

SANTOS, S. M. P. **Brinquedoteca: o lúdico em diferentes contextos**. Petrópolis: Vozes, 1998.

VASCONCELLOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

Submissão: novembro de 2004

Aprovação: março de 2005