

O humor e o riso na promoção de saúde: uma experiência de inserção do palhaço na estratégia de saúde da família

Humor and laughter in health promotion: a clown insertion experience in the family health strategy

Cristiane Miryam Drumond de Brito ¹

Regiane da Silveira ²

Daniele Busatto Mendonça ³

Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim ⁴

Abstract Working with different forms of artistic and cultural expressions has been considered a form of health intervention to enhance the understanding and thinking about the needs in this field. A group of clown doctors conducted home visits for eight months to ten families located in micro areas of two family health teams. The practice aimed at expanding the solvability of the care given to people and to communities through the intense proximity established by the art of clownery. The idea consisted of making interventions in the homes of socially vulnerable families indicated by the family health teams using joy, humor, and laughter to stimulate reflections on the daily problems. The presence of “clown doctors” in the houses built strong and free bonds with the families and enhanced the humanized and comprehensive care within the context of family health strategy. Clowns and families found a special way to find possible solutions to the difficulties faced on a daily basis. Male and female clowns were able to manage new subjective constructions for each family to deal with everyday situations.

Keywords Clown, Clown doctors, Family health strategy, Bonding, Humanization, Completeness

Resumo O trabalho com diferentes formas de expressão artístico-culturais tem sido considerado forma de intervenção na saúde que enriquece as possibilidades de compreensão e reflexão sobre necessidades dessa área. Um grupo de palhaços caracterizados de médicos realizou visitas domiciliares por oito meses em dez famílias em micro áreas de duas equipes de saúde da família. A prática visou ampliar a resolubilidade do cuidado a pessoas e a coletividade com intensa proximidade estabelecida pela arte da palhaçaria. A ideia foi fazer intervenções nos domicílios de famílias em situação de vulnerabilidade social indicadas pelas equipes de saúde da família e utilizar a alegria, o humor, o riso como formas de provocar reflexões sobre problemas cotidianos. A presença dos “médicos-palhaços” nas casas foi capaz de construir vínculos fortes e livres com as famílias e de potencializar o cuidado humanizado e integral no contexto da estratégia de saúde da família. Juntos, palhaços e famílias construíram, de modo singular, possíveis soluções para dificuldades enfrentadas no dia a dia. Os palhaços e palhaças foram capazes de agenciar novas construções subjetivas para cada família lidar com situações cotidianas.

Palavras-chave Palhaço, Médicos-palhaços, Estratégia saúde da família, Vínculo, Humanização, Integralidade

¹ Departamento de Terapia Ocupacional Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Pres. Antônio Carlos 6627, Pampulha. 31270-901 Belo Horizonte MG Brasil. cdrumonddebrito@gmail.com

² Centro de Referência do Idoso de São José dos Campos. São José dos Campos SP Brasil.

³ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto SP Brasil.

⁴ Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos SP Brasil.

Introdução

Uma grande diferença entre ser ator e ser palhaço é esta: um ator é capaz de interpretar de corpo e alma um personagem que não tem nada a ver com ele (pode ser uma pessoa muito boa, por exemplo, e fazer o papel do mais cruel dos tiranos). O palhaço não interpreta um personagem, ele usa seu corpo e a alma para dar vida àquele que já existe no seu interior¹.

O palhaço vive sempre o presente conectado a tudo que acontece a sua volta e em busca de soluções criativas para problemas cotidianos, muitas vezes repetitivos, na vida humana. Ele não age simplesmente, ele saboreia cada movimento, cada gesto, tudo conectado com a autenticidade conquistada pelo contato com sua essência. Portanto, está sempre aberto às soluções inovadoras para problemas que lhe são apresentados. Essa sua atitude causa estranhamento, podendo gerar humor, surpresa e assombro². Por isso, é capaz de abordar barreiras impostas pela doença, dor, alienação e angústia, com flexibilidade, em contínuo humor adaptado às mudanças de condições e circunstâncias.

Adicionalmente, o palhaço traz a potência da liberdade, ele é um ser livre, encontra prazer em tudo que faz, converte suas debilidades pessoais em força teatral, trabalha ao inverso da lógica, põe em desordem certa ordem e assim permite denunciar a ordem vigente. O palhaço reside na liberdade de se poder ser o que se é; ser a máxima liberdade, a liberdade de arriscar-se³. Portanto, trabalhar com essa arte tão próxima das pessoas é convidá-las a correr algum risco juntas. Um palhaço, por definição, ameaça à ordem pública e, aparentemente, não tem lugar no paradigma biomédico⁴.

No contexto da saúde brasileira, o palhaço é bastante reconhecido em âmbito hospitalar, tendo como principal exemplo os Doutores da Alegria² projeto criado em 1988, por Wellington Nogueira, ator brasileiro. Os Doutores da Alegria iniciaram suas atividades no Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, em São Paulo, com crianças hospitalizadas. Recentemente, no Brasil, é possível identificar transposições dessa tecnologia para o território nacional^{5,6}.

Visto que a Política de Atenção Básica prevê a construção de espaços de cidadania e ações de promoção de saúde⁷, a Universidade, por meio de projeto de extensão, propôs inserir o palhaço na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Uma vez que o palhaço é capaz de ver todas as coisas em um novo ângulo, acreditou-se que ofereceria novos contornos na obviedade da vida diária de fa-

mílias em situação de vulnerabilidade social. Tal proposição fundamentou-se na possibilidade de estabelecer tecnologias sociais, a partir da realidade dessas famílias, promovendo o encanto, o encontro e a alegria⁸. Justificou-se inserir a arte do palhaço nos domicílios como instrumento libertador, educador, criativo e cultural.

Considerou-se os “médicos-palhaços”⁵ como promotores de vida no encontro dialógico⁸ com as famílias. O diálogo com os palhaços é realizado na horizontalidade, é uma ação humana, amorosa, corajosa, capaz de suscitar liberdade e confiança mútua. A construção do diálogo aberto favorece a mediação de saberes entre agentes⁸, como já referido na literatura. Portanto, a mensagem que o palhaço levaria às pessoas não seria recebida com passividade. As famílias visitadas não seriam objeto e destinatário, mas autoras e criadoras do valor estético do encontro⁹.

Desta maneira, as questões problemas foram: será que o palhaço, em contexto domiciliar, amplia a percepção das famílias sobre seu cotidiano? Será que renova e inova a compreensão das suas próprias condições de vida, por meio da alegria, do humor e do riso, potencializando o enfrentamento dos problemas cotidianos?

Assim, este artigo pretende relatar a experiência de um grupo de “médicos-palhaços”⁵ que visitaram em domicílio famílias identificadas por equipes de saúde da família como em situação de vulnerabilidade social.

Método

Trata-se de um relato de experiência sobre uma intervenção realizada com adultos em contexto comunitário. Neste trabalho, um grupo de “médicos-palhaços”⁵ visitou em domicílio, durante oito meses, famílias e pessoas índice identificadas por duas equipes de saúde da família como em situação de vulnerabilidade social. Este grupo era composto por docentes universitários, profissionais da saúde, residentes, estudantes de graduação na área da saúde, música, outras artes e terapia ocupacional.

A prática do palhaço na ESF foi estruturada a partir de uma extensão universitária, associada a atividades culturais e de pesquisa na atenção à saúde, financiada pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de São Carlos, por esse motivo o projeto não foi previamente submetido ao comitê de ética.

A atitude dialógica⁸ do palhaço inserido no contexto familiar baseou-se em alguns princípios

como o da verdade, da dignidade, do respeito à vida humana, de estar sempre pronto aos problemas que lhe eram apresentados, de dialogar através da sua essência, de buscar sempre novos desafios, dentre outros. Apresenta-se a seguir o detalhamento da intervenção.

a) O planejamento da intervenção e formação da equipe na arte da palhaçaria: o planejamento ocorreu seis meses antes do início das visitas domiciliares. Três mulheres que propuseram o projeto (uma estudante de graduação em Terapia Ocupacional, uma docente de Terapia Ocupacional e uma fisioterapeuta residente do Programa de Saúde da Família e Comunidade) fizeram imersão em um curso de palhaço da companhia de teatro ativo Solar da Mímica & Cia³.

Após o curso, praticavam 2 horas semanais de exercícios corporais e improvisações cênicas na busca do palhaço interior de cada uma. Associado a esse trabalho, estabeleceram diálogos com duas equipes de saúde da família em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada na região periférica do interior de São Paulo. As duas equipes de saúde da família eram compostas de médico, enfermeira, técnico de enfermagem, agentes comunitários e contavam com a colaboração de uma equipe multidisciplinar de residentes. Em reuniões junto com as duas equipes definiram os critérios estabelecidos para excluir ou incluir determinadas famílias que vivenciavam um ou mais dos seguintes problemas: situação de vulnerabilidade social, condições de habitação precária, baixa renda, etilismo, drogas, pessoas com deficiência, portadores de sofrimento psíquico, acamados e usuários que tivessem dificuldades de vinculação e/ou adesão aos cuidados das equipes de saúde da família. Com base nestes critérios, as equipes solicitaram intervenção do palhaço em dez famílias em situação de vulnerabilidade social. Em todas as famílias apontaram uma pessoa índice para o palhaço visitar e dar atenção, mas buscando dar atenção e incluir todos os familiares e pessoas presentes, no momento da visita.

Após a definição das famílias e pessoas índices que iriam receber os “médicos-palhaços”⁵ foi realizada uma visita a cada uma destas últimas com um agente comunitário e um dos três membros do grupo de palhaços, com a finalidade de fazer o convite para participar do projeto, além de investigar alguns indicadores qualitativos relativos a: composição familiar e sua dinâmica; os prazeres/hobbies, sentimentos de cada pessoa índice; como eram estruturados o cotidiano e o que conheciam dos “médicos-palhaços”⁵.

O diálogo com as famílias permitiu estabelecer indicadores a serem verificados após oito meses de intervenção e foram todos anotados por um “médico-palhaço”⁵.

Nesta primeira visita foi então estabelecido o contato e a autorização para a realização do estudo. Por estar inserido num projeto com caráter de extensão, não foi solicitada anuência para adesão por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todas as intervenções foram registradas em diário de campo por todos os “médicos-palhaços”⁵ e algumas fotografadas. Esse material era discutido semanalmente pela equipe de palhaços. As visitas eram realizadas uma vez por semana em cada família, totalizaram 32 visitas em cada uma. O vínculo estabelecido com a equipe de “médicos-palhaços”⁵ foi imediato desde o primeiro encontro. A cada encontro esse vínculo foi fortalecido e os “médico-palhaços”⁵ foram incluídos como parte da rotina das pessoas visitadas, elas esperavam pelo encontro semanalmente.

b) O procedimento das visitas com os médicos-palhaços: as visitas eram realizadas semanalmente com duração de 15 minutos em cada casa, tempo marcado por um som de canto de galo no celular de um dos “médicos-palhaços”⁵ e indicava o momento de finalização da intervenção. Esse tempo podia ser variável conforme a necessidade real do encontro. Os palhaços batiam na porta das casas sem nenhum roteiro prévio. Batiam abertos ao encontro com o outro. Em geral, ao serem recebidos pela família estabeleciam um primeiro momento de acolhimento através de abraços, beijos etc. No entanto, isso não era regra sempre e o que determinava a ação dos palhaços era a improvisação no momento do encontro, com o mote dado pela família e ou pessoa índice de alguma forma. A postura dos palhaços era de presença intensa com a pessoa índice e/ou família. O grupo inicial dos “médicos-palhaços”⁵ foi composto pelas três mulheres supracitadas e agentes comunitários.

c) Evolução da equipe ao longo do tempo de intervenção do projeto: a equipe de palhaços foi crescendo por se tornar conhecida, no âmbito da universidade e da cidade, com buscas espontâneas de outros palhaços que também estabeleceram a rotina semanal dos exercícios de improvisação, busca do palhaço de cada um e visita semanal às famílias. A equipe então passou ser composta pela docente da UFSCar, a estudante de terapia ocupacional, a residente de fisioterapia, agentes comunitários, dentista esporadicamente e outros estudantes: de música, de outras artes, da terapia

ocupacional, da engenharia, das ciências biológicas, além de um funcionário da universidade.

d) Os “médicos-palhaços”⁵ atuaram durante oito meses nas visitas domiciliares, e após esse período se constituiu novamente um diálogo com as famílias para investigar se houve evolução dos indicadores qualitativos estabelecidos antes da inserção da arte da palhaçaria em visitas domiciliares.

Resultados

Características das pessoas indicadas para o estudo

Das dez pessoas índices escolhidas, visitadas e indicadas para o estudo, 7 foram mulheres e 3 homens com as seguintes características: 1) Homem deficiente visual, viúvo, morava sozinho em situação de vida precária. No terreno onde morava também havia a casa de um dos filhos. Esse filho saía para trabalhar o dia todo e deixava seus filhos (crianças entre 7 a 10 anos) para o avô cuidar. As crianças saíam para rua e o avô não tinha controle delas. Fazia todos os afazeres domésticos, incluindo cozinhar para as crianças. Mas, muitas vezes sua renda não era suficiente para sua alimentação e a das crianças. 2) Mulher com dificuldade de locomoção por dores fortes na perna, morava com o filho, mas este trabalhava o dia todo e ela ficava sozinha em casa, sem possibilidades de ter muito contato externo. Tinha diabetes, sua alimentação era a base de fritura e comida típica nordestina, e também dificuldade de adesão aos cuidados da equipe de saúde da família. A namorada do filho, em alguns períodos morava também na casa. 3) Mulher diabética operada na região abdominal fazia alguns meses, o que a deixou acamada com processo de cicatrização comprometido. O marido era seu principal cuidador com relato de estado depressivo, registrado pela equipe. Tinha filhos e netos que em alguns momentos da vida voltavam para casa por separações conjugais. O número de pessoas que habitam a casa era flutuante. 4) Mulher idosa com histórico de sofrer violência doméstica, primeiro do marido já falecido e, no momento do projeto, de um filho com diagnóstico de psicose, segundo seu relato. Morava em um terreno com várias casas que eram de seus filhos. O terreno tinha três casas e moravam muitas pessoas no local, de todas as idades, adultos, adolescentes e crianças. Na casa dessa mulher morava um neto, o filho com o problema mental e uma filha. 5)

Homem com sequelas de Acidente Vascular Cerebral, com dificuldades na fala e locomoção e principal responsável na casa pela renda da família. A família temia a sua morte por essa representar o risco de finalização da renda familiar. Havia muitas moradias no terreno que se restringia a um corredor com várias casas uma do lado da outra e apesar de sua importância na renda familiar, ele habitava apenas um quarto ao fundo do terreno. Muitas crianças, jovens, homens e mulheres desempregados, filhos, filhas, noras e genros moravam no local. Uma de suas filhas era a cuidadora. 6) Mulher depressiva, com algumas tentativas de suicídio. Sua renda era o principal sustento da família. Moravam junto com ela filhos e netos ainda crianças. 7) Mulher idosa suspeita de negligência familiar, com problemas respiratórios graves. Essa senhora ficava em casa muito tempo sozinha e sem se alimentar. Às vezes, cozinava para si mesma, momento em que haviam ocorrido alguns acidentes domésticos. Moravam na casa: filhos e netos em idade adulta, jovem e crianças, mas a maior parte do tempo ficava sozinha. 8) Homem, ex-caminhoneiro, que teve AVC e vivia sozinho com muitas dificuldades de locomoção e em realizar atividades de vida diária que fazia sozinho. A casa necessitava de cuidados. 9) Mulher idosa com sequelas motoras de Acidente Vascular Cerebral, ficava por muito tempo acamada ou na cadeira de rodas. Tinha uma cuidadora da comunidade e o marido que ficava ausente o dia todo. 10) Mulher que sofre violência do marido, vive com os filhos e luta para que os mesmos se ocupem o dia todo para não presenciarem as agressões a que estava submetida. O marido tem horário de trabalho variável, ficando algumas semanas diariamente em casa e em outros momentos vários dias viajando. A equipe relatou sua dificuldade de adesão às propostas da ESF.

Caracterização das famílias visitadas

O número de moradores em alguns domicílios não era definido por escolhas próprias, mas composto por necessidade no processo de envelhecimento, problemas de saúde e ou mudanças econômicas da família, como separações conjugais e o desemprego dos filhos, que devido a dificuldades financeiras retornavam para casa dos pais com a família. Todas as famílias eram de baixa renda.

Nove das 10 pessoas índices não eram de origem da cidade em que o projeto ocorreu. Deslocaram-se do local de origem em busca de melho-

res condições de vida. Este dado é coerente com as características da região escolhida para intervenção, pois é um bairro isolado do centro do município, e sua ocupação é caracterizada pela diversidade de migrantes e trabalhadores rurais, vindos do Paraná, Minas Gerais, estados do Nordeste e outras cidades do Estado de São Paulo. Esse processo de ocupação, por invasão e comercialização de lotes a um preço mais baixo, resultou em um crescimento acelerado e desordenado na região, na apropriação de terrenos inadequados para uso habitacional, na concentração de pessoas pobres e na carência de equipamentos urbanos¹⁰.

O cotidiano relatado pelas pessoas índices circunscrevia-se em afazeres domésticos, como cozinhar, lavar louça, arrumar a casa e cuidar dos filhos. Havia ainda os que não realizavam essas atividades por dificuldades de locomoção devido a estarem acamados, com dores ou em cadeiras de rodas. A rotina típica dessas pessoas era acordar, tomar café, almoçar, andar um pouco no quintal, esperar a vinda da enfermeira, companheiro e/ou cuidador para fazer curativos e administrar medicação.

O lazer não fazia parte da vida das famílias e, quando mencionavam essa prática era associada a práticas religiosas e visitas a amigos. Houve uma família que citou cozinhar comidas típicas da região de origem como um tipo de lazer, pois não se resumia ao ato de cozinhar, mas a ir com os vizinhos e amigos ao centro da cidade comprar ingredientes em um estabelecimento típico do Norte, por exemplo.

Os prazeres e os hobbies descritos foram bem diversos, como uma entrevistada que referiu gostar de andar na rodovia e ir ao cemitério; outros, assistir televisão, escutar música e ainda brincar com os netos.

Em relação às queixas do dia a dia da vida e do cotidiano, nos relatos surgiram as seguintes: convívio com filhos e maridos etilistas; dificuldades nas relações pessoais, como o convívio de sogras e noras; restrição ao leito; falta de sexo, devido à recuperação cirúrgica; tosse crônica que gera dores físicas; dor nas pernas; desânimo para fazer quaisquer coisas; sem perspectivas de transformar o cotidiano.

No contato inicial, afirmaram ser difícil qualquer modificação em seu dia a dia. A solidão foi um sentimento relatado pelos participantes mesmo os que moravam com várias pessoas na mesma casa. Diziam não terem motivação para realizar atividades diferentes da rotina diária, por não verem sentido e por falta de companhia.

Relatos de situações exemplares das relações estabelecidas com a presença dos palhaços e do seu potencial dialógico e de realização de transformações

A ideia dos “médicos palhaços”⁵ realizarem visitas domiciliares vinculadas a equipes de saúde da família gerou algumas transformações nas pessoas visitadas que serão relatadas brevemente.

Conforme as intervenções aconteciam, as pessoas que eram visitadas se aproximavam, vinculando-se aos palhaços. Todas as famílias expressaram-se com liberdade para contar experiências, dificuldades, alegrias, fazer planos e reclamações. Estabeleceram um relacionamento de acolhimento dos palhaços como alguém íntimo, ao qual demonstravam carinho e afeto, conforme os relatos e as situações descritas.

- A acolhida de boas vindas: num dos encontros ocorreu uma recepção gentil com chá de gengelim e biscoitos do Nordeste. O contexto da intervenção foi bem íntimo, como uma visita de bons amigos que sentavam à mesa para conversar e rir juntos. Um dos palhaços solicitou água, e imediatamente foi dito: “Você é de casa, pegue na geladeira...”.

- Brincadeiras para relaxamento e desinibição: o palhaço, como ser livre, dava liberdade ao outro de brincar, de entrar em cena com ele e sentir prazer e alegria. Em uma das visitas, os palhaços entraram na casa, viram uma cinta em cima da mesa, um deles perguntou para o que servia aquela cinta. A senhora respondeu que era para bater nos cachorros quando não obedeciam, e continuou a dizer com risos: “Serve também para bater em palhaços desobedientes”. Um palhaço logo disse que era o caso da doutora Lucrécia (palhaça), e nesse momento a cena ocorreu naturalmente com a senhora fingindo bater na doutora Lucrécia. Todos os outros palhaços encorajaram a senhora que tinha dificuldade de locomoção a continuar realizando a cena. Os palhaços falavam com seriedade, e a senhora ria muito de tudo e demonstrava prazer no encontro.

- Resgate de memórias afetivas: o palhaço é capaz de resgatar com fluidez histórias de vida e práticas culturais que a pessoa realizava como, por exemplo, tocar um instrumento. Na casa onde havia um deficiente visual, as intervenções com sons de objetos eram sempre priorizadas. Um dia entrou-se na casa desse deficiente visual tocando violino e outros instrumentos. Essa ação gerou uma empatia do senhor e lembranças do tempo em que tocava sanfona. Ele narrou parte de sua história antes de perder a visão e falou

da morte da companheira. Os palhaços escutam com atenção, não é momento de risos, mas de acolher a história. Retomam a música na despedida, incluindo o senhor como músico. Encorajaram-no a buscar a sanfona guardada, mesmo velha e sem muitas condições de uso. O improviso ocorreu, e todos tocaram juntos.

- Leveza nas rotinas: mudança de rotina com leveza e bom humor também foi estimulada pelos palhaços. Um casal relatou que não fazia sexo havia quase um ano, devido a uma cirurgia abdominal que a mulher havia realizado. Essa condição que estavam vivendo distanciava o casal. Doutora Tatá (palhaça) disse que os palhaços tinham um manual para resolver o assunto. Doutora Rosinha (palhaça) acrescentou que o manual era prático, e a cada encontro haveria uma lição. A primeira foi cheirinho no cangote, a segunda um baile dançante com mãozinha boba, a terceira arrumação do ambiente com velas e cheiros. Com humor, a cada encontro o casal estava mais próximo, esperando as instruções do manual. Relataram que o carinho, mesmo sem o sexo, começou a fazer parte da rotina.

- Amplitude temática: os temas que surgiam durante as intervenções eram diversos. O palhaço gerava intimidade, liberdade para que as pessoas falassem e agissem de maneira espontânea e natural. O palhaço busca estabelecer diálogos e ações com a cena presente, não julga, não recria, simplesmente vive o momento intensamente e aproveita o que o outro traz. Sabe aceitar a proposição do outro, joga e improvisa. Podemos associar isso às ideias da educação popular que diz da prática do educador não ser ingênua, não pretender ser o detentor do saber, deve se colocar em uma posição de quem não sabe tudo¹¹. Não cabe aqui entrar no mérito se o palhaço é um educador, mas ele busca a essência humana, busca sua própria essência para dialogar com a do outro, por isso está aberto a tudo que acontece, diverte-se com tudo e respeita a todos.

- Improviso e surpresa em situações inusitadas: Também foram capazes de criar em situações de risco e ousar a proposição de novas soluções, como, por exemplo: uma mulher narrou que sentia muita saudade do pai e como era angustiante ele ter morrido. Na dificuldade de aceitar a perda, ela se colocava em risco: saía de madrugada rumo ao cemitério que ficava em uma rodovia movimentada e com pouca iluminação. Imediatamente um dos palhaços tirou do bolso um coração de EVA e disse apontando para o coração de EVA: “Aqui está o seu pai, você pode ficar com ele toda hora, todo dia, é só deixar no bolso e pegar quando precisar”. Na outra semana essa participante

disse que não havia ido ao cemitério, tinha seguido o conselho do palhaço e ficou mais calma, até dormiu melhor. A força do palhaço está na verdade, na crença do palhaço de que é possível o pai dela estar ali representado e, ao tocar o objeto, este lhe trazer conforto. Com essa ação do palhaço, a transformação da pessoa foi instantânea. A partir dessa vivência o cuidado com o outro ficou ainda mais intenso, pois o grupo observou que algo muito importante ocorria nessa relação palhaço-pessoa. O vínculo estabelecido via a arte da palhaçaria era imediato.

- Liberdade de linguagem: a linguagem do palhaço é móvel, adaptável às situações. Nas visitas a um senhor deficiente visual, que não podia ver o nariz do palhaço com os olhos, o nariz se mostrou em outros objetos sonoros, textuais e em formatos diversos. O nariz do palhaço é o seu guia, é a máscara que revela a pessoa, o seu avesso, traz à tona a profundidade ainda não acessada¹². O nariz já confere ao palhaço a subversão da ordem, mas para quem não o vê fisicamente, como comunicar sua existência e a permissividade de ser e brincar que ele se apropria? O exercício se deu com brincadeiras sonoras e táteis, as quais permitiram uma construção conjunta de cenas vivas. A entonação de voz indicava o caminho possível a percorrer, toques no corpo e nos objetos delimitavam e ampliavam a intervenção. Aos poucos a intimidade começou a fazer parte do vínculo, e a história de vida reconstruída e ressignificada a cada encontro. A pessoa visitada compartilhou com o palhaço as suas alegrias e amarguras antes e depois de adquirir a deficiência. O cuidado com os palhaços foi uma marca nesta relação, o senhor percebia se algum palhaço estivesse resfriado, se determinado palhaço faltava, quando isso ocorria, no próximo encontro ao ouvir a voz do faltante, era expressa a saudade. A cumplicidade com os palhaços foi a tônica deste encontro.

- Presença em ausências: outra ação comum dos palhaços em visitas domiciliares era quando não havia ninguém na residência. Os palhaços sempre deixavam algum objeto no portão da casa, como uma bexiga, uma flor, objetos de EVA com recado direcionado para a pessoa e/ou família, assim, as pessoas sabiam que os palhaços haviam passado por lá. Esse gesto de deixar algo no portão das casas gerava significados para as pessoas, que em outros encontros mencionavam o fato e até direcionavam o mote da intervenção com brincadeiras a partir dos objetos deixados. Uma mulher, na segunda entrevista após oito meses, relatou que os recados deixados lhes fo-

ram importantes, porque a fazia sentir que havia pessoas que se importavam com ela. Segundo ela, os palhaços aceitavam o seu jeito de ser, mais reservado, e sentia-se acolhida pelos objetos deixados, mesmo sem a presença física dos palhaços. Essa mulher efetivamente recebeu poucas visitas dos palhaços, pois nunca estava, e estas ocorreram por meio desses gestos e do diálogo bem-humorado estabelecido por artefatos e bilhetes.

- Cuidado e delicadeza com a dor humana: há delicadeza e humor para lidar com a dor do outro. Quando os palhaços chegaram à casa de uma mulher, esta narrou sua noite de delírios e alucinações, após ter tomado dois dias anteriores 40 comprimidos para morrer. Relatou que dormiu até o momento da chegada dos palhaços. Diante de situação tão tensa e trágica, com delicadeza o palhaço foi capaz de trazer o humor, convidando-a para dançar um “fórrózinho” porque ela estava, com certeza, mais relaxada após a ingestão dos 40 comprimidos. A mulher, com risadas, aceitou a proposta do palhaço. Nessa dança pôde abraçar fortemente o palhaço e sentir aconchego em momento tão difícil. Essa forma de agir possibilitou a continuidade de um diálogo corporal, afetivo e com relatos sobre o ocorrido. Não houve censura nem qualquer tipo de sentimento de compaixão e nenhuma orientação, apenas buscou-se o encontro com o outro via a leveza. De forma simples, ela narrou parte de sua história de vida até chegar à tentativa de suicídio. Depois desse fato, que envolveu a situação extrema de tentativa de suicídio e o acolhimento dos palhaços, em outros encontros a mulher apresentou novos desejos de vida. Aflorou-se o desejo de mudar a forma de se vestir, por exemplo, que expressasse suas formas femininas, que a libertassem de padrões religiosos no qual seu filho exigia como comportamento de mãe. Havia o anseio de ser mulher e não apenas mãe. Iniciou novas possibilidades de diálogo com os “médicos-palhaços”⁵ e compartilhou o desejo de sair da solidão e de ter um companheiro em sua vida. O palhaço apropriou-se dessa ideia de ter um novo companheiro, com o desejo de mudança na forma de se vestir, para explorar essa nova imagem em gestação. Nos encontros todos se arrumaram com humor, riso e sensualidade. O prazer de ser mulher foi retomado e, passados alguns dias, ela iniciou um namoro com o vizinho.

- Abertura para todo tipo de problema dos mais simples aos mais complexos: o palhaço está aberto a qualquer problema, do mais simples ao mais complexo, não existe hierarquia. Um dia, outra mulher veio atender aos “médicos-palhaços”⁵ dizendo que sua casa estava muito desarru-

mada, não havia conseguido arrumar a cozinha antes da nossa chegada, e isso parecia perturbá-la. Um dos palhaços do grupo entrou na casa e foi direto arrumar a cozinha, os outros perceberam a proposta, pegaram vassoura, foram varrer a cozinha, enxugar as panelas e louças, e fizeram até um cafezinho, tudo muito rápido e com bom humor. A mulher sentou na cadeira e ficou rindo. Dizia que éramos mesmo malucos. Após todo o movimento, sentamos para tomar café juntos e foi dito: “Problema solucionado. Qual é o próximo?” Claro que o estranhamento, o riso e alegria foram a tônica do encontro, e a certeza de que naqueles 15 minutos ela podia de fato contar com os “médicos-palhaços”⁵

- O palhaço, em sua liberdade, agiu com espontaneidade, no improviso da própria vida cotidiana.

Transformações cotidianas

As pessoas visitadas relataram, após oito meses de intervenção, melhora em diversos indicadores: d.1 Rotinas: na rotina houve aquisição de maior capacidade de exercerem atividades domésticas, mesmo com limitações físicas. d.2 Solidão: a solidão relatada inicialmente foi transformada em alegria e confiança em si mesmos no dia a dia. Houve mudança de sentimentos, não sentiam solidão após as intervenções dos “médicos-palhaços”⁵. d.3 Lazer: houve ampliação do lazer para além da religião, já conseguiam passear em espaços públicos da cidade, como parques e praças, e constituir novas amizades nesses locais. Houve resgates de *hobbies* antigos e aquisição de novos como cuidar de plantas, tocar sanfona, ouvir música e o autocuidado, incluindo a busca de sensualidade, de cuidado com o corpo, e customização de roupas. d.4 Dinâmica Familiar: a dinâmica familiar ganhou novos contornos, não se sentiam mais sozinhos porque conseguiam dialogar melhor com os familiares, de forma mais clara e objetiva, falavam mais dos sentimentos e incômodos sem censura e com afeto. Disseram que aprenderam formas de se expressar com maior espontaneidade, verdade e simplicidade. d.5 Auto-Cuidado: os “médicos-palhaços”⁵ também foram capazes de potencializar o autocuidado dos cuidadores e a busca do prazer pelos mesmos.

A experiência da inserção do palhaço na ESF possibilitou a restituição da pessoa de seu lugar no mundo, a sua autonomia e autoestima, o reconhecimento de sua própria essência, seu ser social¹³. Os “médicos-palhaços”⁵ em visitas domi-

ciliares potencializaram a libertação dos papéis sociais e condições sociais historicamente construídas via soluções criativas, nas quais o humor e o riso estiveram presentes. Trouxeram a potência do trabalho vivo em ato¹⁴.

Discussão

A arte da palhaçaria foi um recurso capaz de levar as pessoas a reflexões, a associações imaginativas e inteligentes sobre as suas próprias condições de vida e, portanto, auxiliá-las para se tornarem mais resilientes do que vulneráveis, com a alegria, o humor e o riso como principais recursos. A ideia foi incorporar o palhaço e levá-lo aos domicílios para que, por meio da alegria e do humor, fossem criados espaços em uma dimensão humana importante para o enfrentamento de problemas cotidianos, a dimensão imaginativa.

O imaginário é capaz de revelar segredos, reabrir desejos e clarear a própria realidade humana. Proporcionar o riso para as pessoas em situação de risco, vulneráveis, com dificuldades, significa levá-las a realizar associações imaginativas e inteligentes. Como já discutido na literatura, para provocar o riso em situações de drama humano, temos que nos distanciar dele e realizar associação de ideias. Portanto, exige uma anestesia momentânea do coração, dirigir-se à inteligência¹⁵.

Ser palhaço exige um esforço em direção ao autoconhecimento, à autoaceitação e à expressão corporal. Pretendeu-se voltar a arte do palhaço para as famílias e as suas aspirações. Essa prática está em consonância com a ESF e amplia a resolubilidade do cuidado a pessoas e a coletividade, com proximidade. Os “médicos-palhaços”¹⁵ foram capazes de se inserir no modo de viver das pessoas em uma relação na qual a constituição do vínculo foi fundamental para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações. Essas recentes propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde têm se configurado em poderosas e difundidas estratégias para enfrentar criativamente a crise e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil¹⁶. As ações de promoção de saúde devem fazer parte da estratégia das equipes locais, e são necessárias análises da realidade social e de saúde, uma vez que delas se esperam atuação no território, enfoque familiar e comunitário, bem como abordagem de problemas psicossociais¹⁷. O atendimento domiciliar leva em conta a possibilidade de se detectar as necessidades de suporte e ampliar as

redes de apoio social⁷. A ideia não é investigar a vida das pessoas em sua intimidade, mas dialogar com as famílias para que essas sejam autoras de sua própria história.

A proposição do palhaço na ESF por meio de visitas domiciliares foi intensa e os “médicos-palhaços”¹⁵ foram capazes de se abandonar permitindo o encontro com o outro¹⁸.

O palhaço no domicílio fala de situações reais que ocorrem com a pessoa, na família e na sociedade. Utiliza o recurso possível e real para falar do que ocorre a sua volta com liberdade. Por trás do nariz, existe um ser humano que está inserido na sociedade e percebe suas contradições, dificuldades e alegrias, age de forma espontânea e contestadora. Contesta a si mesmo, a coletividade, as situações de vida, age ao inverso do que um ser humano corriqueiro poderia agir, é livre para o encontro com o outro. O palhaço busca desacomodar as coisas ao extremo, quebra regras, incluindo as que ele mesmo constrói¹⁸. Não funciona como modelo de padrões socioculturais, mas é capaz de agenciar novas construções subjetivas¹², quer dizer, fomentar naturalmente novos modos de sentir, de pensar, de existir, de comunicar.

As visitas do palhaço, neste estudo, se tornaram uma potente prática de cuidado por estabelecer vínculos fortes e livres com as famílias. Os vínculos foram construídos com a presença, de fato, dos palhaços na casa, da sua capacidade de se movimentar com respeito e espontaneamente em qualquer situação. Todo o contexto foi utilizado como mote para a intervenção. O vínculo se constituiu como uma estratégia de cuidado e possibilitou práticas de liberdade¹⁹.

O palhaço foi capaz de polemizar e de entrar em contato com o sério a partir do riso, da leveza, da presença intensa do encontro com o outro. Dessa forma, questionou linguagens aceitas, cotidianos desumanizados, automatizados pela injustiça social, violência e opressão. O riso desmascarou essa linguagem cotidiana, retirou ideias cristalizadas⁸ e expôs de forma improvisada e criativa a potência do encontro humanizado como força capaz de transformar a vida.

A relação com o tempo foi compreendida pelos palhaços e usuários como uma ferramenta que tinham para estar intensamente ligados de forma qualificada. O tempo de 15 minutos trouxe resultados de cuidado e atenção ao encontro. A intensidade teve relação com a linguagem do palhaço e com o tempo da intervenção e, assim, podemos considerar uma tecnologia social do cuidado estabelecida na prática.

Esse trabalho do palhaço em visitas domiciliares assumiu uma dimensão localizada no mundo da vida, nas complexidades dos laços familiares, tendo como atores pessoas da família, amigos, vizinhos²⁰ e até animais. A simplicidade do palhaço para ver a vida foi capaz de encontrar novas lógicas de cuidado nas complexas relações cotidianas.

Essas novas lógicas de cuidado carregam consigo saberes que transformam a arte do palhaço em um trabalho vivo em ato¹⁴ e produz saúde. No espaço domiciliar, o trabalho vivo em ato do pa-

lhaço pode ser uma estratégia construída em diálogo com a equipe e potencializar fluxos relacionais de trabalhadores-palhaços com pessoas da família e as inúmeras possibilidades, inclusive no plano simbólico, um amplo espaço de realização do seu alto grau de liberdade. Essa inovadora forma de operação do trabalho da equipe em domicílio vai possibilitando aos profissionais o uso de tecnologias leves e a conexão com a capacidade inventiva para resolver problemas e inclusive interagir melhor com o saber-cuidar da família¹⁴.

Colaboradores

CMD Brito, R Silveira, DB Mendonça e RHVT Joaquim participaram igualmente no planejamento e execução do artigo.

Referências

1. Thebas C. O livro do palhaço. São Paulo: Schwarcz; 2005.
2. Mourão M. *Doutores da Alegria*. Vídeo Documentário Nacional; 2005.
3. Gaus A, Santos V. *Centro de Pesquisa Teatral e Afins: escola de mímica do Brasil - Teatro Ativo* [acessado 2012 fev 4] Disponível em: <http://www.solardamimica.com.br/>
4. Raviv A. The clown's carnival in the hospital: a semiotic analysis of the medical clown's performance. *Social Semiotics* 2014; 24(5):599-607.
5. Pekelman R, Ferrugem D, Minuzzo FAO, Melz G. A arte de acolher através da visita da alegria. *Rev APS* 2009; 12(4):510-516.
6. Zoboli ELCP, Hohl KG. Tecnologia clown na saúde da família: a transposição de uma tecnologia de humanização hospitalar para o território. In: *Anais do 21º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP*, 2013.
7. Backes DS, Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A, Marchiori MT, Koerich, MS. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. *Cien Saude Colet* 2012; 17(5):1151-1157.
8. Matraca MVC, Wimmer G, Araujo-Jorge TC. Dialogia do riso: um novo conceito que introduz alegria para a promoção da saúde apoiando-se no diálogo, no riso, na alegria e na arte da palhaçaria. *Cien Saude Colet* 2011; 16(10):4127-4138.
9. Cunhal A. *A Arte, o Artista e a Sociedade*. Lisboa: Editorial Caminho; 1996.
10. Brasil. Secretaria Municipal de Saúde. *Território, Comunidade e Atenção à Saúde no Bairro Cidade Aracy em São Carlos/SP: (Re)Conhecendo potencialidades e vulnerabilidades por intermédio da Estimativa Rápida Participativa*. Administração Regional de Saúde do Bairro Cidade Aracy. São Carlos: Prefeitura Municipal de São Carlos; 2009.
11. Gadotti M. *Convite à leitura de Paulo Freire*. São Paulo: Scipione; 1999.
12. Dorneles JL. *Clown, o avesso de si: uma análise do clownesco na pós-modernidade* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
13. Lazarte L. Sociología y terapia comunitária integrativa. *Revista Uruguaya de Enfermería* 2012; 7(1):67-76.
14. Franco TB, Merhy EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1511-1520.
15. Bergson H. *O riso: ensaio sobre a significação da comicidade*. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
16. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc* 2004; 13(3):16-29.
17. Tesser CD, Garcia AV, Vendruscolo C, Argenta CE. Estratégia Saúde da Família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4295-4306.
18. Sacchet POF. *Da discussão: "clown ou palhaço" às permeabilidades do Clownear-palhaçar* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
19. Bernardes AG, Pelliccioli EC, Marques CF. Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação. *Cien Saude Colet* 2013; 18(8):2339-2346.
20. Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)* 2011; 15(37):589-599.

Artigo apresentado em 10/10/2014

Aprovado em 16/06/2015

Versão final apresentada em 18/06/2015