

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA**

ALVARO ROGÉRIO DA COSTA ALVES

**EDUCAÇÃO FÍSICA, SAÚDE MENTAL E O RESIDENCIAL TERAPÊUTICO:
UM ESTUDO AUTONARRATIVO**

PORTO ALEGRE

2018

ALVARO ROGÉRIO DA COSTA ALVES

**EDUCAÇÃO FÍSICA, SAÚDE MENTAL E O RESIDENCIAL TERAPÊUTICO:
UM ESTUDO AUTONARRATIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Educação
Física da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, como requisito
para obtenção do Grau de Bacharel
em Educação Física

Orientador: José Geraldo Damico Gonçalves

PORTO ALEGRE
2018

RESUMO

O objetivo desse Trabalho é compreender como ocorre o trabalho de um profissional de Educação Física em um residencial terapêutico, a relação com os moradores, com a equipe multiprofissional, a produção do cuidado e seus desafios. Metodologicamente consta de pesquisa qualitativa de natureza descritivo-interpretativa a partir de uma autonarrativa. Os procedimentos para a obtenção da informação foram: a análise dos documentos, a observação participante e os diários de campo. Como revisão de literatura abordou-se O Histórico e a Compreensão sobre o que é um Residencial Terapêutico; A Educação Física e a Saúde Mental; o Itinerário Terapêutico como conceito e como último enfoque da revisão, a Produção Subjetiva do Cuidado. As categorias de análises estão assim elencadas para a reflexão: Práticas Corporais e o Itinerário Terapêutico; O Profissional de Educação Física e a Produção do Cuidado e Equipe Multiprofissional e a Educação Física. Como resultados o estudo apontou a) que considerar os aspectos subjetivos e singulares de um morador do Residencial Terapêutico a partir da perspectiva teórico-metodológica do itinerário terapêutico pode ajudar o profissional de Educação Física, juntamente com a equipe multiprofissional a elaborar estratégias terapêuticas mais eficazes em saúde; b) a importância dos saberes e afazeres comuns em uma equipe multiprofissional da saúde, onde cada profissão busca apoio em outra para cumprir suas tarefas teóricas e práticas em um Residencial Terapêutico; c) e o entendimento do relevante significado da produção do cuidado com integralidade em um campo de trabalho em saúde, especialmente na lógica desinstitucionalizante do Residencial Terapêutico.

Palavras-chave: Educação Física; Saúde Mental; Residencial Terapêutico.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es comprender cómo ocurre el trabajo de un profesional de Educación Física en un Residencial Terapéutico, la relación con los habitantes, con el equipo multiprofesional, la producción del cuidado y sus desafíos. Metodológicamente consta de investigación cualitativa de naturaleza descriptiva-interpretativa a partir de una autonarrativa. Los procedimientos para la obtención de la información fueron: el análisis de los documentos, la observación participante y los diarios de campo. Como revisión de literatura se abordó El Histórico y la Comprensión sobre lo que es un Residencial Terapéutico; La Educación Física y la Salud Mental; el Itinerario Terapéutico como concepto y como último enfoque de la revisión, la Producción Subjetiva del Cuidado. Las categorías de análisis están así enumeradas para la reflexión: Prácticas Corporales y el Itinerario Terapéutico; El Profesional de Educación Física y la Producción del Cuidado y Equipo Multiprofesional y la Educación Física. Como resultados el estudio apuntó a) que considerar los aspectos subjetivos y singulares de un residente del Residencial Terapéutico a partir de la perspectiva teórico-metodológica del itinerario terapéutico puede ayudar al profesional de Educación Física, junto con el equipo multiprofesional a elaborar estrategias terapéuticas más eficaces en salud; b) la importancia de los saberes y tareas comunes en un equipo multiprofesional de la salud, donde cada profesión busca apoyo en otra para cumplir sus tareas teóricas y prácticas en un Residencial Terapéutico; c) y el entendimiento del relevante significado de la producción del cuidado con integralidad en un campo de trabajo en salud, especialmente en la lógica desinstitucionalizante del Residencial Terapéutico.

Palabras clave: Educación Física; Salud mental; Residencial Terapéutico.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
1 APROXIMAÇÃO AO PROBLEMA.....	8
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA.....	9
1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA.....	9
1.2.1 Objetivo Geral.....	9
1.2.2 Objetivos Específicos.....	9
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1 HISTÓRICO DO REFERENCIAL TERAPÊUTICO.....	10
2.2 COMPREENDENDO O RESIDENCIAL TERAPÊUTICO.....	12
2.3 EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL.....	15
2.4 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO.....	16
2.5 A PRODUÇÃO SUBJETIVA DO CUIDADO.....	18
3 METODOLOGIA.....	21
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	21
3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	22
4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	24
4.1 O LOCAL, AMBIÊNCIA, A ROTINA E O PERFIL DOS MORADORES.....	24
4.2 PRÁTICAS CORPORAIS E O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO.....	27
4.3 A EDUCAÇÃO FÍSICA E A PRODUÇÃO DO CUIDADO.....	30
4.4 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE E A EDUCAÇÃO FÍSICA.....	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	39

INTRODUÇÃO

No decorrer do curso de graduação somos apresentados a uma variedade considerável de conteúdos e disciplinas de natureza esportiva, enfoques no treinamento geral e específico com abordagens notadamente biofisiológicas, temáticas com direcionamento profissional para atuação em academias, assuntos pedagógicos visando à formação e a inserção do acadêmico na escola, entre outros conhecimentos, porém a relação da Educação Física com a saúde, sobretudo o modelo preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, principalmente, a relação da Educação Física com a saúde mental são assuntos muito menos estudados no currículo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o que dificulta a aproximação e o interesse do acadêmico para esta área de estudo desde o início da formação. As iniciativas de aproximar o curso dessas temáticas ocorrem especialmente no final da graduação com as cadeiras obrigatórias Bases das Práticas Corporais e Saúde, Práticas Corporais na Rede de Atenção Básica e a disciplina eletiva Práticas Integradas em Saúde.

O meu interesse em abordar este tema da Educação Física com a saúde e em especial com a saúde mental para este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) começa a ocorrer neste período de contato com estas disciplinas que problematizam a saúde pública brasileira e a saúde coletiva, os modelos técnico-assistenciais e em extensão à atenção básica. Nas aprendizagens decorrentes das disciplinas destaco como relevantes os fóruns de debates, o contato inicial com textos acadêmicos analisando conceitos de saúde, a organização e o planejamento em saúde, tópicos teóricos importantes como noções de prevenção e promoção de saúde, questões sobre a saúde mental antes e depois da reforma psiquiátrica. A visita de equipes multiprofissionais à Escola de Educação Física para municiar os acadêmicos de informações gerais sobre as unidades de saúde da família (atividade de aprendizagem de uma disciplina), foi outro fator significativo de conhecimento, além do reconhecimento do território de abrangência de uma unidade básica, percorrendo os equipamentos sociais, conhecendo o trabalho dos profissionais de saúde integrados e observando e participando, em dois encontros, do

trabalho no CAPS (Centro de Apoio Psicossocial). Estas experiências teóricas e práticas somadas, consolidaram-se como tema e reforçaram a ideia, a motivação pessoal e a curiosidade acadêmica para estudar, pesquisar e escrever este Trabalho de Conclusão de Curso.

Este Trabalho está organizado em quatro capítulos. No primeiro apresento a aproximação ao problema, os objetivos do trabalho e o problema da pesquisa. No segundo capítulo disserto sobre a revisão de literatura. Na sequência, discorro sobre a metodologia e os instrumentos de pesquisa. No quarto capítulo aprofundo a discussão e o processo reflexivo. E por fim, as considerações finais e as referências.

1 APROXIMAÇÃO AO PROBLEMA

Dando seguimento a reflexão apresentada na introdução, a próxima etapa na caminhada do bacharelado em Educação Física é a busca pela aproximação com as práticas em saúde mental de forma efetiva, sendo assim inscrevo-me no estágio obrigatório curricular para a experiência no serviço de Educação Física da Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre onde tive a oportunidade de conhecer as práticas corporais implantadas pela equipe de educadores físicos, como yoga, ginástica funcional e sessões de alongamentos, além das oficinas terapêuticas com jogos e tarefas manuais como desenho, pintura e costura. Pensando em aprofundar os conhecimentos da relação entre Educação Física e saúde mental, sobretudo para melhor conhecer as transformações nesta área propiciadas pela reforma psiquiátrica, sou incentivado pelo meu orientador a participar de um Programa de Familiarização (um tipo de “estágio” que não é curricular e sem remuneração, em que o acadêmico vive o dia a dia e acompanha as tarefas em uma unidade da instituição psiquiátrica como observador por pelo menos trinta dias) ocorrido no Residencial Terapêutico de um hospital psiquiátrico de Porto Alegre. Neste universo, sou apresentado a um conhecimento teórico e metodológico novo, o que se concretiza como algo desafiador e instigante, ou seja, o Residencial Terapêutico na sua globalidade: o espaço físico e ambiental, a interlocução e convívio inevitável com os moradores, as equipes de saúde e de apoio (entendendo como equipe de apoio os profissionais da limpeza e cozinha), a produção do cuidado e suas relações, além de, inseridos neste ambiente desinstitucionalizante de atendimento em saúde mental, e na condição de estudante de Educação Física e observador, favorecendo, portanto, a tarefa de analisar e produzir conhecimento sobre o trabalho e os desafios da atuação da Educação Física como área profissional em um Residencial Terapêutico.

A partir do exposto, até o momento, apresento na sequência o problema de pesquisa e os objetivos do Trabalho.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Compreender como ocorre o trabalho de um profissional de Educação Física em um Residencial Terapêutico, seus desafios, a relação com os moradores, com a equipe multiprofissional e a produção do cuidado?

1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

A seguir discorro sobre o objetivo geral do Trabalho e os objetivos específicos.

1.2.1 Objetivo Geral

Compreender o trabalho de um profissional de Educação Física em um Residencial Terapêutico, seus desafios, a relação com os moradores, com a equipe multiprofissional e a produção do cuidado.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Analisar a relação da Educação Física com os moradores do Residencial Terapêutico na lógica do Itinerário Terapêutico
- b) Refletir sobre a Educação Física, seus desafios e a produção do cuidado em um Residencial Terapêutico.
- c) Compreender as relações do profissional da Educação Física com a equipe de saúde multiprofissional em um Residencial Terapêutico.

No próximo capítulo, apresento a revisão de literatura realizada para a construção deste Trabalho.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Gaya (2016) sustenta que a Revisão de Literatura, denomina pelo autor de Estado da Arte, é uma parte importante do trabalho científico, afirmando que a intenção é procurar descrever o que já se tem registrado sobre o conhecimento pesquisado. Procura-se, preferencialmente, nomes, subsídios, dados, informações para a sua própria pesquisa, ao descobrir a produção bibliográfica de uma determinada área do conhecimento.

2.1 HISTÓRICO DO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

Os residenciais terapêuticos no seu delineamento atual tiveram ao longo das lutas psiquiátricas no Brasil outras denominações (embora as diferentes nomenclaturas indicassem o mesmo propósito) e outras configurações em termos de procedimentos e serviços prestados. Ao longo desse capítulo será apresentado um recorte evolutivo desse processo histórico.

Lares Abrigados foi o nome dado a uma das primeiras iniciativas desencadeadas pelo movimento de reforma psiquiátrica (defesa em favor de mudanças nos modelos de atenção e gestão na saúde mental) com o intuito de inserir o usuário em sofrimento psíquico na sociedade, com vínculos afetivos, participação na comunidade e autonomia para gerenciar ações.

Em 1984 foi instituída uma das pioneiras tentativas de instalar um Lar Abrigado, ocorreu em São Paulo no Hospital Juqueri (Franco da Rocha). Esses Lares tinham como objetivo principal a transformação da vida dos internados e das práticas de institucionalização. Este serviço envolveu a participação prioritariamente de 48 pacientes cronicamente hospitalizados. Neste trabalho visava-se ensinar que os próprios pacientes pudessem escolher caminhos, especialmente distanciados das propostas institucionalizantes e de longos períodos de internação, almejando, em especial, a cooperação e o autogoverno. Lar Abrigado pode ser definido da seguinte forma:

(...) uma unidade pequena, descaracterizada em seus aspectos hospitalares, onde se processa, através da convivência, formas dignas de existência com recuperação da autonomia, das relações sociais, participação nas decisões, da cooperação no trabalho, do estímulo para perceber e pensar a própria condição. (PALLADINI, 1986-1987, p. 64).

Outro hospital que adotou a mesma experiência dos Lares Abrigados foi à instituição Cândido Ferreira em Campinas. A proposta, evidentemente, visava modificar o cuidado dispensado aos usuários. A intenção baseava-se em substituir a atenção coletiva hospitalocêntrica pela individualização humanizada no tratamento aos internos. As modificações introduzidas no hospital foram a Unidade de Reabilitação dos Crônicos, a Unidade de Internação dos Agudos e as Oficinas de Trabalho.

A República, assim também foi chamado o que contemporaneamente tornou-se o serviço de Residencial Terapêutico, funcionava a exemplo de uma república de estudantes, que serviria de morada temporária para, principalmente, o usuário interno sem o suporte familiar. O objetivo era estimular o sujeito a cuidar da sua própria vida, com apoio de uma equipe de profissionais da saúde e almejando a recuperação psicossocial.

Para Rolim e col. (2000) a República atingia especialmente a organização do dia a dia de cada morador. Exibir os procedimentos da República é permitir a reflexão sobre uma terapêutica forte com um cotidiano de comportamentos e atitudes singulares. Importante ressaltar o senso crítico do grupo de moradores e acompanhantes terapêuticos sobre o papel de cada sujeito nesse coletivo.

Em 1983 criou-se no hospital Santa Tereza em Ribeirão Preto São Paulo o que se convencionou chamar de Pensões Assistidas. A ideia original era criar dentro do hospital um núcleo de convívio. Em 1987 projetou-se, ampliando a ideia, uma Vila Terapêutica constituída de um conjunto de cinco casas, com até quatro moradores por casa. E em 1998 as Pensões Assistidas se consolidam com três casas com quatro moradores por vários bairros da cidade de Ribeirão Preto.

O município de São Paulo através da sua Secretaria da Saúde implanta em 1998 no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) o projeto intitulado Moradia Assistida. A finalidade era atender os usuários do CAPS destituídos de morada. Possuía a particularidade de permanência passageira (contratos de um ano, que poderiam ser ampliados). Os moradores recebiam apoio financeiro, equipe de saúde para as tarefas, organização e elaboração das normas e das rotinas

das casas. Fernandes, (2001) que estudou o projeto, definiu-o com as seguintes palavras:

[...] tem como objetivo avaliar e atender as demandas dos usuários do serviço referentes à habitação de um modo geral e, especificamente, criar estratégias de encaminhamentos de necessidades que surgem nos Núcleos de Assistência e Sociabilidade. Assim, visa o desenvolvimento de intervenções que possam operar tanto no sentido da sociabilidade, compreendida desde a convivência cotidiana, quanto na interação com a comunidade do bairro e região, como também oferecer-se como mais um recurso para a intervenção terapêutica no campo extra-institucional (FERNANDES, 2001, p.103-104).

O autor interpreta o projeto sob a perspectiva da clínica ampliada. Ou seja, compreendendo esses moradores duplamente. Na condição de pessoa com cidadania, que possuem direitos, e a partir do sofrimento psíquico, com subjetividades e singularidades.

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, sobretudo a partir dos anos 1980, começa a surgir à convicção de mudança no modelo de saúde mental, abandonando o sistema asilar, de confinamento e internação, centrada no hospital para um cuidado humanizado, propiciando independência e cidadania aos usuários. Os Serviços dos Residenciais Terapêuticos (SRT) objetivam cumprir esta transformação no modelo em saúde mental. E Lar Abrigado, República, Pensões Assistidas, Morada Assistida foram alguns nomes atribuídos a estes serviços no transcurso das últimas décadas.

2.2 COMPREENDENDO O RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

Alguns aspectos serão analisados sobre o Residencial Terapêutico, para entendê-lo com maior clareza, entre eles: o conceito, tipos, suas diretrizes, qual o público destinatário, qual a natureza da equipe que acompanha os moradores e a rotina das atividades diárias. (BRASIL, 2004).

O SRT é constituído de um conjunto de casas implantadas na cidade, visando atender a carência de moradia de pessoas com transtornos psíquicos graves, institucionalizadas ou não. Foi instituído pela Portaria nº 106 de 11 de Fevereiro de 2000, e constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada e que hoje se inserem na Rede Atenção

Psicossocial em Saúde (RAPS) do Sistema Único de Saúde, o SUS. A cada moradia instalada poderá contar com um até oito moradores, sendo atendidos por profissionais da saúde de natureza multiprofissional e interdisciplinar com preferencialmente um CAPS de referência. É importante que no acompanhamento dos moradores sejam destacadas e privilegiadas as questões singulares e subjetivas da pessoa com transtorno e esta logística deve ocorrer mesmo que o morador seja hospitalizado ou troque de localidade. O objetivo central do SRT é a recuperação psicossocial e a inserção da pessoa em sofrimento psíquico na vida da comunidade e suas relações.

São dois os tipos de SRTs. O do tipo 1 é o mais comum, a atenção é dispensada buscando a inclusão do morador na vida social, seja voltada ao trabalho, educação (com o processo de alfabetização, pelo considerável número de analfabetos) e de lazer. Cada residência possui um cuidador, um profissional da saúde de referência e cada morador possui um Programa Terapêutico Singular com a supervisão da equipe.

O tipo 2 de SRT é constituído dos mais carentes, com maior dependência física, os cuidados são por tempo integral, 24h por dia. As casas substituem a ausência da participação das famílias desses moradores, entre outros motivos por estarem institucionalizados por longo período.

São três as principais diretrizes (BRASIL, 2002b) que norteiam esses serviços que, entre outros objetivos, substituem o confinamento psiquiátrico duradouro: a) respeitar os direitos do morador em sofrimento psíquico como cidadão e capaz de integrar-se à comunidade e poder desfrutar de qualidade de vida; b) desenvolver e estimular o protagonismo do morador, objetivando sua autonomia no cotidiano do residencial e por extensão a inclusão social; c) “ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.” (BRASIL, 2002b, p.85).

O público beneficiado com moradias no Residencial Terapêutico inclui:

- a) os egressos do confinamento psiquiátrico em hospitais cadastrados pelo

SUS que estejam internadas por não ter suporte familiar e/ou ausência de possibilidades para a inserção social; b) os egressos dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico; c) usuários sendo acompanhados pelo CAPS onde a falta de moradia é uma dificuldade diagnosticada; d) moradores de rua com doença mental grave e que estejam acompanhados pelo CAPS em projetos terapêuticos especiais.

Nos SRTs é indispensável que os moradores tenham o acompanhamento terapêutico do CAPS da área de abrangência ou ambulatório especializado em saúde mental, ou, ainda, a equipe de saúde da família. A equipe de saúde é de natureza multiprofissional e necessariamente devem atender as demandas dos usuários da morada. Como estratégia de cuidado na grande maioria dos residenciais há um cuidador de referência e um supervisor. Eles passam a atuar em uma residência e isso pode ocasionar choques significativos. Os profissionais da saúde que acompanham os moradores do SRT devem encontrar o ponto de equilíbrio favorável entre o zelo, o cuidado, a atenção criteriosa no dia a dia e o estímulo imprescindível à autonomia, as iniciativas individuais e a independência.

Para concluir os assuntos descritos neste capítulo, no intuito de melhor compreender o funcionamento de um Residencial Terapêutico, destaca-se o cotidiano, as tarefas do ambiente, a rotina do lugar.

Sobre a casa propriamente dita, torna-se fundamental que seja individualizada, ou seja, com características particulares, na decoração, nos horários, hábitos, nas tarefas diárias, atendendo, principalmente, a singularidade e subjetividade de cada morador.

Ponto nevrálgico para o viver coletivamente nessa perspectiva terapêutica, para muitos moradores, é a adaptação inicial da transposição de um universo seguro, cômodo, conhecido, que significava a internação hospitalar para uma relação de convívio, emocional, físico e solidário com outros moradores e com a comunidade em geral. Neste caso, procedimentos eficientes e resolutivos devem ser adotados pelas equipes, principalmente, para que a população moradora possa se sentir acolhida, com qualidade de vida,

podendo em consequência estabelecer vínculos afetivos, identitários e de pertencimento.

2.3 EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL

Problematizar a Educação Física no núcleo da saúde mental representa abordar duas principais linhas de pesquisa. De um lado, a tendência biofisiológica médica com caráter tecnicista, e por outro, a visão de que a partir da cultura corporal do movimento humano é que se promove a integração do sujeito com o meio, visando assim à reinserção social.

São inúmeros os estudos que relacionam a atividade física/exercício físico e os benefícios à saúde mental. Evidências científicas apontam melhoras nos quadros depressivos, de ansiedade, diminuição da agressividade, regulação e estabilização do humor, desenvolvimento da autoestima, ganhos no engajamento e envolvimento afetivo-social, além do incremento de funções cognitivas, entre outros benefícios decorrentes das práticas corporais.

Porém, com a reforma psiquiátrica brasileira e as novas demandas e desafios que necessariamente ensejou, propiciando a Educação Física novas configurações e papéis que transcendem a corrente de estudos biomédicos. Neste sentido, ocorrem as aproximações com os trabalhos em saúde mental e na saúde coletiva, na perspectiva ampliada de saúde tanto prática como teórica. Registra-se que, nessa abordagem de estudos o enfoque central refere-se não com a doença e seus mecanismos patológicos, e sim, principalmente, sobre os sujeitos das práticas na sua integralidade do cuidado.

Em termos de serviço público prestados na atenção à saúde mental, o CAPS (BRASIL, 2004a) - lugar de referência para tratamento e assistência de pessoas com sofrimento mental - por apresentar um serviço multiprofissional: médicos, enfermeiros, psicólogos e outras profissões, entre elas a Educação Física, que inseridas profissionalmente nesse serviço, possa além de fazer parte do cotidiano de uma equipe de saúde, ampliar o leque de alternativas a serem ofertadas ao usuário buscando a reabilitação psicossocial.

As possibilidades de atuação da Educação Física na saúde pública, sobretudo no SUS, tiveram um incremento nos últimos anos na comparação a

outros períodos, de acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006). As intervenções planejadas pelos educadores físicos favoreceram no desenvolvimento e estratégias para as práticas corporais, funcionando como importante incentivo para que novos comportamentos, hábitos e atitudes pudessem ser incorporados no cotidiano pelos usuários. Ademais, não só os conhecimentos especializados das práticas corporais como tarefas específicas desse núcleo de competências são produtivos no trabalho em saúde mental, ou melhor, outras habilidades inerentes a uma produção multidisciplinar e multiprofissional podem potencializar as atividades do profissional de Educação Física como a escuta qualificada, o acolhimento e o cuidado integral, favorecendo a qualidade do atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico.

Wachs e Fraga (2009) enfatizam que seja no CAPS, no residencial terapêutico ou em outros setores de atendimento da saúde pública brasileira, o educador físico nesse ponto deve discutir a relevância de elaborar práticas que afluam no próprio setor e não aquelas ditadas verticalmente pela Educação Física. A especificidade da Educação Física e a legitimidade como núcleo produtor de conhecimento presente nos setores públicos de saúde mental se daria na perspectiva de atender as necessidades reais dos usuários, catalisando o trabalho interdisciplinar. Outra questão importante conjectura sobre a forma como a presença da Educação Física beneficia o modelo de desinstitucionalização, na proporção das eventuais demandas de estratégias pedagógicas de orientação para as práticas da cultura corporal do movimento com objetivo de desenvolver ações de participação social e autonomia para os usuários dos serviços de saúde mental.

2.4 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Neste Capítulo pretende-se conceituar itinerário terapêutico (IT) com auxílio de teóricos da área de estudo e compreender a relação existente entre IT e o sistema de saúde vigente.

Atualmente, o itinerário terapêutico (IT) em termos conceituais e na perspectiva social e antropológica, pode ser compreendido como um processo onde os sujeitos ou grupos sociais tomam a decisão, avaliam e participam, se incorporando ou não a eventuais tipos de tratamento. Esse questionamento

apoia-se no pensamento de que as pessoas ao perceberem a saúde debilitada, buscam, necessariamente, equacionar a problemática instalada. (ALVES, SOUZA; 1999). Ou seja, ao perceber a saúde com problemas, o sujeito procura criticamente entender o que está ocorrendo e a partir dessa compreensão escolhe qual alternativa se ajusta melhor na resolutividade da questão. Este caminho implica a possibilidade de adotar estratégias de cuidado que possam envolver a família, os amigos e com conhecimentos e métodos que não obrigatoriamente envolvam abordagens científicas e serviços de saúde tradicionais. (BURILLE, 2012).

O IT apresenta na literatura científica nacional e internacional diferentes denominações, entre elas pode-se ilustrar: “processos terapêuticos”, “trajetórias percorridas”, “caminhos biográficos”, “itinerários burocráticos”, “busca por cuidados em saúde” entre outras nomenclaturas atribuídas. Não obstante, para este Trabalho a compreensão que se estabelece para o IT diz respeito a subjetividade e singularidade nas maneiras de viver eleitas pelos sujeitos, tendo em vista os acometimentos de adoecimento, sejam físicos, orgânicos ou emocionais, psicológicos. Baseando-se teoricamente nos ensinamentos que veiculam o seguinte pensamento:

[...] as diferentes práticas em saúde e caminhos percorridos em busca de cuidado, nos quais se destacam múltiplas trajetórias (assistenciais ou não, incluindo diferentes sistemas de cuidado), em função das necessidades de saúde, das disponibilidades dos recursos existentes – sob a forma de redes sociais, formais e informais – e da resolutividade obtida. (GERHARDT et al. 2009, p. 291).

Para refletir e ampliar o conhecimento sobre o IT é fundamental discutir sobre os modos de vida da pessoa que procura o cuidado em saúde e as interações entre esses sujeitos, além de entender como os serviços de saúde disponibilizam suas práticas.

A demanda pelos serviços de saúde instiga e desafia permanentemente as pessoas contribuindo para pensar sobre as práticas e os modelos de atenção à saúde, em consequência os sujeitos quando tomam consciência do processo de adoecimento decidem procurar apoio, tendo acesso, via de regra, a inúmeras alternativas dos procedimentos no cuidado em saúde. Sobre essas

alternativas no cuidado Gerhardt (2009) defende que, as escolhas, o juízo e a participação a específicos métodos de cuidado não são simples de serem entendidos se não for considerado o meio social e as circunstâncias de vida da pessoa envolvida, principalmente a julgar as inúmeras alternativas disponíveis. Nessa conjuntura, o sujeito apresenta autonomia para expressar as escolhas pessoais visando o cuidado em saúde.

Desse modo, para o entendimento da configuração IT, destaca-se que sentidos na área da saúde se digladiam sistematicamente. O sentido do serviço de saúde de um lado e o das pessoas e suas famílias de outro. Os sentidos dos serviços de saúde podem ser identificados no exercício profissional que de algum jeito e modos atende as demandas dos indivíduos assistidos. E os sentidos das pessoas e suas famílias que procuram cuidados baseando-se em caminhos percorridos contemplados em princípios singulares. (BELLATO, ARAÚJO, CASTRO; 2011).

Para os autores supracitados é na correlação de forças desses dois sentidos que os ITs são configurados, não como somatório dos sentidos ou oposição dos mesmos, porém, pela resultante produzida da relação estabelecida desses dois sentidos. Ou melhor, entre as possibilidades que a pessoa procura e as realidades que o serviço de saúde proporciona, uma resultante é produzida, que na situação abordada diz respeito à trajetória empreendida pela pessoa.

2.5 A PRODUÇÃO SUBJETIVA DO CUIDADO

Em saúde postula-se haver uma produção subjetiva do cuidado. O ponto de partida para esta compreensão apoia-se nas singularidades e diversas formas de atuação dos profissionais de uma equipe de saúde, mesmo estando sob um direcionamento de normas e Programas comuns a toda a equipe, é no contato sistemático com o usuário, no percurso cotidiano do trabalho, na lida diuturna desse exercício profissional que esta subjetividade do cuidado evidencia-se. Para compreender conceitualmente esta produção subjetiva do cuidado o texto desse capítulo fundamenta-se em três enfoques norteadores: 1) a tese do Rizoma na condição de fluxos de intensidades, conexões e por

extensão a realidade social; 2) o Desejo significando força de ação dos sujeitos refletindo na produção subjetiva; 3) a teoria do Trabalho Vivo em Ato.

O primeiro conceito apoia-se nos estudos de Deleuze e Guattari (1995), onde os autores problematizam o rizoma como instrumento de produção da realidade social, tendo por referência a ação das pessoas em conexões mútuas e com mundo por fluxos de intensidades. O Rizoma, nessa perspectiva atua tendo os Platôs (que pode ser entendido como o lugar do trabalho em saúde, onde inevitavelmente há encontros de intensidades dos sujeitos) como meio de produção subjetiva que se conecta e interage com o meio social.

Este lugar do trabalho em saúde é polissêmico, multifacetado favorecendo as intensidades promovidas entre os sujeitos no processo de cuidado e permitindo a influência dos mais variados saberes oriundos da realidade social. No convívio entre trabalhador da saúde e usuário e entre os próprios trabalhadores, através das intensidades dos fluxos circulantes, as relações de reciprocidade, de trocas, dos encontros entre pessoas se efetivam, gerando nesse universo um ambiente de energia que poderá desencadear no processo de cuidado em saúde ações como alteridade, empatia, acolhimento, vínculo, autonomia, ou por outro lado, manifestações de frustração, de insatisfação.

O conceito de desejo como abordagem da produção subjetiva do cuidado é entendido como força propulsora das ações no exercício profissional em saúde. Deleuze & Guattari (1972) afirmam que as pessoas carregam no inconsciente a energia produtiva e catalizadora para configurar ou construir realidades sociais. Os autores argumentam o seguinte:

[...] o que salta logo à vista é que o objeto do desejo não são pessoas nem coisas, mas meios inteiros que ele percorre, vibrações e fluxos de qualquer tipo a que ele se une. Em suma, tanto os meios sociais como os biológicos, são objetos de investimentos do inconsciente, necessariamente desejantes ou libidinais, que se opõem aos investimentos pré-conscientes de necessidades e interesse. (Deleuze & Guattari 1972, p. 305).

Conforme os autores o desejo pode criar realidades sociais, representa a força propulsora da construção da sociedade, que se apresenta no estágio

inconsciente e constitui-se de subjetividades, envolvendo diretamente os sujeitos como personagens principais nos processos de transformação da vida, da existência, e na produção de um novo mundo.

Trabalho Vivo em Ato apresenta-se como terceiro enfoque que sustenta conceitualmente a produção subjetiva do cuidado. Para o exercício profissional em saúde esta teoria reforça a ideia das muitas viabilidades e alternativas que os trabalhadores em saúde dispõem de atuar com grande liberdade, expectativas para criar, inventar, exercendo uma suficiente autonomia no que diz respeito a sua prática produtiva. Nas palavras de Merhy (2002) a compreensão acerca deste conceito:

Na micropolítica do processo do trabalho não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser “atravessado” por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Exemplo disso é a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser “explorada” para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras dimensões não pensadas (MERHY, 2002, p. 61).

Para o autor o procedimento do trabalho em saúde é sempre na inter-relação direta entre as pessoas. Este mecanismo é promovido pela liberdade intrínseca ao Trabalho Vivo em Ato, que vai operacionalizando as inter-relações de fluxos intensos, ou seja, entre pessoas, trabalhadores, usuários, coisas, se posicionando na dinâmica inerente a produção do cuidado.

No produção subjetiva do cuidado como argumentou-se nesse capítulo, três são os enfoques que destacadamente consolidam a teoria, a saber: o Rizoma, como meio de produção subjetiva interagindo com o social; o Desejo, como força representativa na construção da sociedade e o Trabalho Vivo em Ato que é de natureza relacional estabelecendo produtividade no campo do cuidado.

A metodologia será apresentada na sequência.

3 METODOLOGIA

A metodologia escolhida para este Trabalho é de abordagem qualitativa, de natureza descritivo-interpretativa, a partir de uma autonarrativa.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Escrever sobre si, sob o ponto de vista histórico, não é assunto novo, pelo contrário, é uma tradição bastante antiga. Conforme Ricouer (1997), se origina com os primeiros gregos na poética de Aristóteles. Contemporaneamente, a autonarrativa de natureza qualitativa, segundo Molina e Molina Neto (2010), é consideravelmente utilizada nas Ciências Sociais, porém, na área da Educação Física ainda apresenta menor adesão e pouco reconhecimento.

Conceitualmente, esta estratégia de investigação, ainda de acordo com Molina e Molina Neto (2010), coloca o pesquisador como sujeito e objeto do estudo para produzir a narrativa e construir o conhecimento, tanto na organização pedagógica, quanto na docência em geral, e em particular, no estudo da Educação Física em um Residencial Terapêutico.

A autonarrativa em questão representa uma forma de contar histórias, sejam elas manifestadas pela oralidade ou expressas pela palavra redigida.

Para Oliveira (2006 p. 182): “A narrativa de si nos faz adentrar em territórios existenciais, em representações, em significados construídos e sobre as aprendizagens elaboradas a partir da experiência. Ela insere o sujeito num processo de investigação/reflexão sobre seus registros”.

Entendo a autonarrativa caracterizada pelo exercício profundo do pesquisador refletir sobre sua prática no contexto social, cultural e de saúde em que encontra-se imerso, com valores enraizados, sejam do ambiente, sejam pessoais. E, nesta perspectiva, considerando sua condição subjetiva, ele faz escolhas, elabora suas histórias, elege prioridades e interpreta os fenômenos inerentes aos processos de aprendizagens. Tendo em vista esta conjuntura concebo que a autonarrativa se constituiu em uma metodologia de pesquisa de abordagem qualitativa que me ajudou a compreender os objetivos deste Trabalho e a produzir conhecimento sobre o problema de pesquisa.

3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos para obtenção de informações deste estudo, pretendendo dar conta dos objetivos, após serem analisados e interpretados foram:

- 1) **Análise de Documentos:** os prontuários ou pastas de alguns moradores do Residencial Terapêutico, planos terapêuticos singulares selecionados para este estudo e a história resumida da instituição psiquiátrica e do Residencial Terapêutico em questão, os documentos foram lidos, estudados e analisados para a produção deste TCC.
- 2) **Observação Participante:** a observação participante é definida assim por Negrine (2010, p. 68): “Essa tarefa requer que se utilizem processos mentais superiores, como: a atenção, a percepção, a memória, e o pensamento, para observar fatos e realidade sociais presentes”. Neste exercício de observação participante na prática do Programa de Familiarização vivenciado no Residencial Terapêutico, procurei subsídios, dados, notícias, dicas, fatos, acontecimentos para produção desta pesquisa, considerando minha curiosidade de investigação na temática investigada. O exercício da observação ocorreu em várias esferas do âmbito das moradas, ou seja, nos eventuais passeios e deslocamentos para práticas corporais com os moradores pela cidade; nas reuniões com os demais colegas profissionais de saúde, referências e supervisores dos moradores, e na interação indispensável com a equipe multiprofissional na prática diária do trabalho; individualmente no contato direto e afetivo com os moradores no residencial; no esforço sistemático e diuturno de escutar, objetivando a escuta qualificada; o olhar atento e analítico acerca da ambiência e das peculiaridades do lugar, além da observação da relação dos moradores com os outros moradores do Residencial Terapêutico e dos moradores com a comunidade vizinha.
- 3) **Diários de Campo:** Silva (2007) argumenta que os diários de campo significam a representação escrita de forma organizada e sistematizada das experiências de campo, sendo fruto

invariavelmente, da sensibilidade, das percepções, dos sentimentos vividos pelo pesquisador. Os diários de campo simbolizam, para este Trabalho, um documento de relevo, pois foi através desse registro escrito, ao longo da trajetória percorrida no Residencial Terapêutico, que fui escrevendo as minhas primeiras impressões, elaborando internamente minhas conjecturas e sentimentos, discutindo e rediscutindo conceitos, formulando ideias e me desfazendo de outras. Escrevendo e reescrevendo falas, ruídos, pensamentos, situações reais, e ao reler, pude aprender que os diários de campo se configuraram como valiosos e fundamentais procedimentos para a construção deste TCC.

No próximo capítulo discorro, discuto e analiso atendendo os objetivos deste estudo.

4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Este capítulo será dividido em quatro categorias de análises, Práticas Corporais e o Itinerário Terapêutico; O Profissional de Educação Física e a Produção do Cuidado e a Equipe Multiprofissional e a Educação Física, a ideia é refletir, ampliando e aprofundando a discussão conforme a apresentação dos objetivos deste estudo. Antes, porém, descrevo o local, a ambiência do Residencial Terapêutico, peculiaridades, a minha rotina e o perfil dos moradores.

4.1 O LOCAL, AMBIÊNCIA, A ROTINA E O PERFIL DOS MORADORES

A minha rotina no Residencial Terapêutico em que realizei o Programa de Familiarização em todos os dias da semana do mês de junho de 2018, consistia em chegar no horário na casa sede (local central da administração, planejamento e organização da equipe de saúde), estudar prontuários, planos terapêuticos, dialogar com a equipe de saúde, formada por técnicos de enfermagem, enfermeiro, psicólogo e educadores físicos, buscando subsídios para o meu Trabalho, caminhar pelo Residencial e comunidade, interagindo com os moradores e os visitando em suas moradas, além de algumas saídas de lazer e para prática corporal fora do Residencial Terapêutico.

Para descrever o local vou utilizar o conceito de ambiência, que como diretriz do Programa Nacional de Humanização do SUS sustenta existirem elementos que agem alterando e qualificando o espaço, quando dispostos de forma harmônica e equilibrada podem favorecer positivamente uma ambiente agradável na produção de saúde. Estudos da percepção ambiental mencionam a possibilidade da pessoa fazer a leitura do ambiente pelos estímulos sensoriais e que essa compreensão interfere na conduta e nas trocas afetivas dos sujeitos com o território que habitam. Entre esses elementos podemos citar a morfologia, a luz, a cor, o cheiro, a sinestesia, o som e a arte. (PESSATI, 2008).

O Residencial Terapêutico encontra-se geograficamente em um bairro centralizado da cidade de Porto Alegre em área contígua ao hospital psiquiátrico de referência. O terreno é baixo, de muita umidade e que outrora

foi uma várzea, apresenta uma praça, um campo de futebol sete e uma escolinha para os moradores como espaços de lazer, entretenimento, além do aprendizado. Contém, ademais, três ruas calçadas e paralelas de aproximadamente quarenta metros de extensão com nove casas de moradia em cada rua. As moradas são de alvenaria, morfologicamente padronizadas, com dois quartos, sala, cozinha e área de serviço, com mobília e decoração básicas, porém suficientes, abrigando moradores individuais ou formando duplas.

A luminosidade do local caracteriza-se pela incidência de luz natural de forma abundante o ano todo, tendo em vista a ausência de árvores no interior do residencial, resultando, sobretudo no verão, em calor excessivo. No interior das moradas, a luz, tanto a do sol como artificial são adequadas no que diz respeito ao bom andamento das atividades da equipe de saúde e do conforto e aconchego para o dia a dia dos moradores.

A coloração do ambiente salienta-se pelo contraste das pinturas de várias tonalidades das paredes e fachadas das moradas do residencial com o predomínio ocre-castanho-cinza das outras habitações. Destaca-se que o Residencial Terapêutico em questão foi construído em um território com uma comunidade já previamente instalada, com seus valores, hábitos e códigos de vida desenvolvidos, condicionando o convívio e as relações dos moradores do residencial em sofrimento psíquico com a comunidade local já estabelecida. Por isso, para este estudo, a designação morador refere-se aos sujeitos em sofrimento psíquico e comunidade aos demais sujeitos que vivem no território.

Os cheiros eram múltiplos. Bons e ruins. Os desagradáveis exalavam inadvertidamente do descuido com a higiene dos cães, e principalmente do lixo acumulado em uma das ruas do residencial. Os cheiros bons procediam invariavelmente das cozinhas das moradas nos horários de refeição fruto do trabalho cuidadoso da equipe de apoio.

Quanto aos sons dominantes do Residencial Terapêutico, ressalta-se: os solilóquios dos moradores caminhando de uma rua a outra, o alarido dos profissionais de saúde e apoio na interlocução indispensável no exercício da

faina diária, o volume alto dos televisores e rádios, o choro das crianças, o latido dos cães, o barulho da chuva, entre outros.

A arte observou-se, notadamente, nas manifestações produzidas pelos moradores, entre elas, desenhos, pinturas, fotografias expostas na morada-escola (uma das moradias selecionada para funcionar como ponto de aprendizagens e lazer).

Sinestesia entende-se para este Trabalho como a percepção do espaço dos moradores pelo movimento na dinâmica das inter-relações, das trocas, das falas, do convívio, dos conflitos, encontros, desencontros com os outros moradores, com as equipes de apoio, de saúde e com a comunidade.

O número de moradores era aproximadamente de trinta e cinco sendo homens a maioria, com idades entre quarenta e setenta e oito anos. Apresentavam diversidade do ponto de vista étnico, integrando a morada, negros, brancos e dois casos de descendência indígena. Nos aspectos físicos percebia-se o sobrepeso dos moradores, possivelmente pelo sedentarismo. E sobre os hábitos dentro do residencial registram-se dois grupos: moradores que preferiam uma vida mais caseira e um grupo mais social que realizavam caminhadas pela comunidade e incursões de lazer pela cidade, com acompanhamento da equipe de saúde. Reforça-se, além disso, o tabagismo, outro estilo de vida, característico e presente no cotidiano dos moradores. No campo terapêutico cito dois casos para retratar o perfil médio do morador do residencial pesquisado. O caso 1 que retirei do PST (Plano Terapêutico Singular) da pasta individual, que mencionava o seguinte:

A moradora foi internada diversas vezes no hospital, por vezes avaliada e internada por riscos de suicídio. Em sua história clínica apresentou diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno de personalidade borderline, deficiência mental leve e histórico de convulsões. Tem apresentado situações de agressividade verbal quando sai em companhia de seu esposo, motivados por ciúmes. Participa, também, do grupo de teatro Nau da Liberdade possibilitando a produção de vida no seu cotidiano. Tem facilidade em firmar vínculos, conquistando amizades. Ela reconhece algumas letras do alfabeto e manifesta o desejo de aprender a ler. (PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR, 08/06/2014).

O caso 2 identifica um morador de origem indígena que foi encontrado perambulando sem identificação no norte do Estado. Registro uma passagem de seu PTS com um breve histórico.

O sujeito sem familiares, desorientado e na rua é deixado no pátio do hospital psiquiátrico. A partir da primeira internação constam no prontuário diversos registros de admissões e altas. Em 2001 passa a integrar a “Casa de Passagem” demonstrando boa integração. Hoje é moradora do Residencial Terapêutico e vive com o benefício do LOAS. Algumas estratégias: estimular o autocuidado, incentivar a envolver-se em atividades, proporcionar atividades de lazer além do residencial, desenvolver a administração responsável do dinheiro... (PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR, 16/10/2012).

Os moradores como regra apontam longo período de internação até chegarem ao residencial, decorrentes de transtornos psíquicos graves associados a deficiências cognitivas, vivem com um benefício do Estado, o que favorece nas ações, conquistas e estratégias nas suas singularidades e subjetividades terapêuticas.

Analiso na próxima categoria as práticas corporais na lógica do itinerário terapêutico como objetivo específico desse Trabalho.

4.2 PRÁTICAS CORPORAIS E O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Com o propósito de compreender o trabalho da Educação Física em um Residencial Terapêutico selecionei como uma das categorias de análises a ferramenta teórica itinerário terapêutico, pois este conceito que tem origem na antropologia da saúde ajuda a conhecer os caminhos e as estratégias escolhidas por sujeitos em adoecimento mental crônico. Como sustenta Gerhart (2006), os Its possibilitam o entendimento em enfrentar as questões de saúde e doença, que se ajustam tendo em vista o contexto em que os indivíduos vivem. É nessa lógica que as pessoas estabelecem convívio social, conexões, configuram redes de trocas e compartilhamento direcionadas ao enfrentamento das condições adversas de saúde.

Nesta perspectiva de analisar como os moradores do Residencial Terapêutico fazem a suas opções terapêuticas, decidem por seus cuidados e tratamentos, centrando o olhar sobre o morador e sua autonomia, no processo saúde e doença, que acompanhei durante este período de experiências no

residencial, entre outras tarefas, a trajetória, a participação, o envolvimento emocional de um morador com as prática corporais.

Foram quatro momentos de deslocamento do residencial até o centro natatório da Escola de Educação Física da UFRGS, observando a relação do morador com as práticas corporais e sua construção terapêutica independente. Na sequência vou caracterizar este morador, e em dois cenários, com a visão do pesquisador, descrever e interpretar, episódios e flagrantes dessa caminhada.

O morador nasceu em Pelotas, tem 66 anos, ingressou no Hospital Psiquiátrico aos 21 anos e permaneceu internado até ser transferido para o Residencial Terapêutico. Não apresenta nenhum quadro clássico de transtorno mental grave, sendo avaliado com ansiedade generalizada e déficit cognitivo moderado, o que dificultou as aprendizagens formais ao longo da vida. Clinicamente destaca-se a inserção de uma prótese no quadril, morbidade esta que ensejou a indicação das práticas corporais. É afável, tem amigos e reconhecimento afetivo no território.

Cena 1. É um dia da semana, bonito de sol, convidativo para as práticas corporais. Vou ao encontro do morador, que está a minha espera, devidamente paramentado e peculiar (com alguns cacoetes e trejeitos repetitivos). Saímos pela rua principal em silêncio, certamente causado pelos estranhamentos da nova parceria. Chegamos ao ponto de táxi, no caminho noto uma maior dependência na escolha do trajeto, ao atravessar a avenida e na indecisão para ajustar o cinto de segurança, embora a preferência em sentar ao lado do motorista. Já no vestiário do centro natatório o morador se prepara e troca de roupa com a minha ajuda, permanece discreto no quesito iniciativa pessoal, desenvoltura e na tomada de decisão, condição esta, que transforma-se consideravelmente quando chegamos próximo ao horário da aula. Observo, agora, um sujeito ansioso, uma ansiedade contida, mas boa. Noto uma expectativa positiva pelas atividades, uma disposição e alegria antecipada na espera pelas práticas, sobretudo no ambiente aquático. Quando o morador ingressa na piscina, sendo monitorado de perto pelo professor, faço o seguinte relato em meu diário de campo:

A descida pela escadinha até a água é feita devagar, com cuidado. O morador demonstra menos insegurança, está mais a vontade, sem pormenores. Está integrado ao ambiente, aos outros alunos e com o professor. Repara seus movimentos na água. Caminha de um lado a outro, estende e afasta as pernas, abaixa os ombros até mergulhar. Trabalha com halteres para o peito e cotovelo com várias repetições, simula chutes e exercita-se com uma bola em um basquete imaginário. Encerra a aula relaxando sobre um inflável. Demonstrou aprendizagens nas tarefas, animicamente satisfação no que fazia, afetividade favorável e até boa coordenação motora. (DIÁRIO DE CAMPO, 05/06/2018).

Considero que a partir do olhar aproximado e atento, conseguir identificar esta mudança significativa de comportamento de uma posição passiva, dependente no trajeto objetivando a aula propriamente dita, para um estado de contentamento, motivação real e maior autonomia nas atitudes, percebido, principalmente, nos movimentos na piscina, pode subsidiar o profissional da saúde e em especial o educador físico na elaboração de propostas terapêuticas que venham eventualmente a amenizar o sofrimento psíquico. Entendo que o morador em questão ao sair do residencial visando à reinserção social, o lazer e até mesmo a reabilitação com as práticas corporais está narrando a sua história. Conforme Souza (2014), na medida em que nos narra sua história, cada pessoa discorre sobre si, expõe sua identidade, sua situação social, sua perspectiva na saúde-doença, seus modos de ver o mundo, sua interpretação sobre sua condição, sua posição frente os valores sociais, bem como a aproximação e seus distanciamentos a eles, além de suas decisões, revelando por assim dizer sua biografia.

Cena 2. Realizamos uma caminhada a três nas ruas da cidade, fora do residencial. Eu, a psicóloga (acompanhante terapêutica) e o morador. Sem protocolos orientadores ou regras para um melhor desempenho físico, caminhamos sem pressa e desligados. Destaco em seguida um trecho do diário de campo da narrativa de vida que o morador propiciou:

O deslocamento é previsível, porém interessante. O sujeito é um homem que vem em recuperação de cirurgia por isso caminha com dificuldades. Percebo novamente a mudança de atitude. Quietos, ensimesmados, de poucas palavras no residencial, contrariamente com outras pessoas, ao ar livre, em movimento e na relação direta com a cidade mostra-se interativo, aberto ao diálogo e de bom humor. Falamos de muitas coisas: vida pregressa, hábitos de vida, namoradas. O morador responde as perguntas, tem opinião e está a vontade. (DIÁRIO DE CAMPO, 12/06/2018).

Nessa narrativa descrita o cenário modifica-se com outro ambiente e outra prática corporal, porém o estado anímico, emocional e de autogoverno do morador permaneceu o mesmo. A circunstância tímida e sem iniciativas vivida no residencial antes da caminhada, contrastando com a desenvoltura, a maior comunicação e interatividade durante e após a prática corporal.

Penso que histórias de vida observadas, narradas, compartilhadas, revelando idiossincrasias, peculiaridades, minúcias quotidianas da maneira de ser e estar e se relacionar com os outros e com a vida são fatores de relevo no entendimento de como o sujeito vivencia seus métodos de tratamento, seus itinerários na saúde e na doença, adere ou não a determinada estratégia e como este processo pode ser útil para as escolhas de tratamentos que apontem o melhor para o sujeito.

Assim sendo, neste exercício de acompanhar e observar o morador e sua relação com as práticas corporais na perspectiva do itinerário terapêutico, pensando em compreender o trabalho da Educação Física, algumas aprendizagens oportunamente precisam ser enfatizadas, ou seja: a importância do morador com a sua subjetividade e com as suas escolhas, as estratégias e o tratamento devem ser centrados, notadamente, no morador e no seu contexto; histórias de vida observadas e narradas podem ajudar na busca por tratamentos melhores e mais eficazes.

E por último, a importância do cuidado apresentado fundamentalmente com suas tecnologias no trabalho em saúde. Conceito, este, que vou analisar na sequência.

4.3 O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA E A PRODUÇÃO DO CUIDADO

Discutir a produção do cuidado torna-se fundamental, sobretudo em um serviço na lógica desinstitucionalizante como a proposta do Residencial Terapêutico. Pretendo para esta categoria de análise estabelecer uma analogia entre as teorias preconizadas por alguns teóricos de referência e a experiência compartilhada no residencial.

O cuidado em saúde depreende a participação do sujeito, no caso o morador, no seu tratamento, quer no que se refere ao atendimento, quer na resolução sobre o que eventualmente será feito em relação à sua saúde. Segundo Mehy (2013) o cuidado em saúde produz um espaço mediado entre o trabalhador da saúde e o usuário, equivalente a construção de um espaço comum. Um encontro entre agentes, “produtor e consumidor” onde são incorporadas as intencionalidades, o conhecimento, as representações e as expressões de sentimentos e necessidades em saúde. E acrescenta que a produção do cuidado é a finalidade principal que governa o campo do trabalho em saúde.

Pensar o cuidado dentro da estrutura e da organização do trabalho na saúde e por consequência em um Serviço de Residencial Terapêutico corresponde declarar um sistema de saúde cuidador. Conforme Pinheiro (2009), o cuidado em saúde não implica um modo de fazer técnico, mas a ênfase no dinamismo voltado para a integralidade da atenção, ou melhor, abrange significados e sentidos centrados no acolhimento do “direito de ser”. Por exemplo, cuidar da diversidade de ser, como etnia, gênero, raça; cuidar das deficiências ou patologias como necessidades específicas; cuidar da participação dos usuários na construção de seu projeto terapêutico singular e do acesso às diferentes práticas terapêuticas; cuidar para que a sensação e percepção de ser bem cuidado seja verdadeira.

Relacionando com o período em que estive no residencial, estudando, anotando e observando participadamente, condição esta que me permitiu testemunhar um episódio exemplar de empenho e esforço protagonizado por um profissional de Educação Física em buscar a integralidade na atenção (entendendo este conceito como atenção dispensada na procura por atendimento na rede de serviços). Transcrevo na sequência detalhes do episódio:

Quarta-feira, véspera da reinauguração da Oficina de Criatividade. Estou na casa sede acomodado na sala principal e presencio a gincana física e mental do educador físico da equipe de saúde em conseguir os atendimentos pertinentes à moradora de referência. Faz ligações insistentes. Primeiro para a UBS que atende o território de abrangência, agendando uma consulta para tratar o diabetes II. Depois concentra-se em outro telefonema para acertar horário de visita ao CAPS. O tempo todo o profissional da saúde e morador se comunicam, trocam ideias, visando o consenso. Pausa para a reunião

semanal e entre outros assuntos, o caso do morador e seu périplo visando o cuidado é o mais comentado, o educador físico é o que mais participa, comenta, explica, faz sugestões. (DIÁRIO DE CAMPO, 15/06/2018).

Este episódio expressa um dos exemplos das tarefas rotineiras do trabalho do profissional da saúde no residencial, em busca de produzir saúde com qualidade, sem tecnicismos e com leveza, manifestado, principalmente, pela interação verdadeira, afável e de acolhimento no encontro das partes, na circunstância apontada, em harmonia com os conceitos mencionados no início dessa categoria, que não há cuidado em saúde sem integralidade (MERHY, 2013).

Sobre cuidar com equidade, com respeito às diferenças, independente do estado físico privilegiado, ou com dificuldades motoras e morbidades associadas, ou da condição multirracial que o residencial estudado exibia, o cuidado dispensado pela equipe de saúde, na minha leitura subjetiva evidentemente, flagrantes que presenciei nesta experiência de estudo, apresentava invariavelmente comprometimento como acolhimento dedicado; a procura criteriosa em estabelecer vínculos, principalmente no acompanhamento presente e sistemático; o afincamento na construção do respeito recíproco, atendendo as fragilidades dos moradores, inclusive sociais e indispensavelmente à escuta com qualidade. A respeito desta estratégia, na circunstância de escutar um morador na elaboração conjunta do plano terapêutico singular, acompanhei o seguinte episódio:

Morador e educador físico estão sentados lado a lado. O morador conversa, dentro do possível, sobre suas ações e conquistas, principalmente sobre as idas ao clínico, o autocuidado, a lida com o dinheiro, o respeito com os outros moradores e a comunidade, as atividades de lazer, as possibilidades de trabalho e estudo... Enquanto o profissional anota, presta atenção, olha no olho e escuta, sem interromper. (DIÁRIO DE CAMPO, 18/06/2018).

Quando o profissional da saúde escuta o morador de forma atenciosa e corresponsável aproxima-se favoravelmente da elaboração do incentivo à autonomia e a protagonismo do morador (premissas fundamentais para a reinserção social desse sujeito), e com esta intencionalidade, está dignificando e enaltecendo sua função como profissional. Por isso, reforça-se, no sentido de entender ser o plano terapêutico singular juntamente com a escuta com

qualidade constituintes, por assim dizer, em duas estratégias indispensáveis na busca do trabalho eficaz em propor saúde.

Antes de concluir essa categoria de análise, considero importante citar as tecnologias como produção de saúde. De acordo com Merhy (2013) existem três tipos de tecnologias no cuidado em saúde, as duras, representadas pelos instrumentos de trabalho, aparelhos, conhecimentos técnicos e protocolos bem estruturados; as leves-duras, misto de instrumentos mais o saber pensando no sujeito e as leves, que ousou conjecturar como a tecnologia destacadamente de fazer preponderante no cotidiano de atuação da equipe profissional no Residencial Terapêutico estudado. A tecnologia leve defende que a aproximação assistencial do trabalhador da saúde conjuntamente com o morador produz-se por intermédio do trabalho vivo em ato, em um processo relacional, promovendo o encontro entre os sujeitos, operando um exercício de expectativas e produções, resultando nessas subjetividades recíprocas em acontecimentos de relevo, ou seja: os acontecimentos dialógicos, de escutas, de significações, acontecimentos de cumplicidade onde há neles a responsabilização do problema a ser desafiado, e por fim, acontecimentos de confiança e esperança, produzindo vínculos e adesão.

A seguir analiso a Educação Física e a equipe multiprofissional como última categoria no capítulo da discussão.

4.4 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE E A EDUCAÇÃO FÍSICA

Talvez o fator de maior enriquecimento pessoal, acadêmico e profissional tenha sido a convivência próxima, estreita e diuturna, com a equipe multiprofissional de saúde. Momentos estes, produtivos e de aprendizado permanente. Trocas afetivas, diálogos construtivos, encontros e aproximações. Alguns fatos e eventos compartilhados no residencial foram para mim de significativo relevo, que de algum modo já foram citados, mas que considero pertinente para esta análise reiterar, como: a captura de flagrantes, cenas, momentos inusitados, ou até mesmo corriqueiros para enriquecer o meu diário de campo, dos inúmeros casos abordados e conversações entre os profissionais da saúde e os moradores visando à terapêutica mais resolutiva; as saídas para a cidade objetivando reinserção social e entretenimento, em

especial uma festa junina em local público da cidade em que propiciou acompanhar epidermicamente o trabalho dos profissionais da saúde, e as estratégias e ações adotadas, ou seja, o estabelecimento de vínculos, o estímulo à autonomia, a responsabilização mútua; e por último, as reuniões da equipe, importante para entender o trabalho da Educação Física e o trabalho das outras profissões em um Residencial Terapêutico.

Neste enfoque da compreensão do multiprofissionalismo em saúde é fundamental enfatizar para esta pesquisa acerca dos conhecimentos e os saberes ditos de natureza “característica” da Educação Física, e os conhecimentos e saberes que envolvem todas as profissões de uma equipe de saúde. No enfoque teórico-metodológico referente a campo e núcleo, Campos (2000) sustenta que no processo de construção coletiva do cuidado entre equipes de saúde, profissionais de diversas especialidades associam seu saber, onde núcleo demarca a identidade de uma área do saber e da prática profissional, é específico, mas não indica rompimento absoluto com a dinâmica do campo; e o campo é um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. O campo é aberto onde as disciplinas encontram outras para realizarem suas demandas. Conforme o autor, na constituição de um cuidado colaborativo em que saberes nucleares distintos se encontram, se transformam e se constituem em campos transdisciplinares de saberes. O processo saúde-doença não é exclusivo de uma especialidade.

Os saberes nucleares do residencial pesquisado não implicavam necessariamente apresentar as práticas tradicionalmente constituídas e aprendidas da formação curricular e os conhecimentos inerentes, a exemplo dos esportes, lutas, dança, ginástica, jogos. De um modo geral, o morador participa muito pouco, quase nada, das práticas corporais mais identificadas com o conhecimento clássico da Educação Física. O que significa para o educador físico, notadamente, uma aproximação bastante categórica com os saberes e afazeres comuns e rotineiros da equipe multiprofissional. Conversando com um dos educadores físicos do residencial ficou evidente para mim que as tarefas mais corriqueiras cumpridas pela Educação Física junto aos moradores relacionavam-se as atividades de lazer e entretenimento

organizadas e planejadas para serem feitas fora do residencial, como passeios coletivos pela cidade e excursões. Transcrevo um trecho do diário de campo do conteúdo relatado pelo profissional em um dos nossos diálogos de ocasião:

Nosso trabalho aqui no residencial não é muito distante do que os outros profissionais realizam. Temos cada um, moradores que somos responsáveis, dando suporte afetivo, emocional, cuidamos do dinheiro, cuidamos de funções burocráticas e básicas, já que a maioria esmagadora é analfabeta, fazemos a intermediação com as equipe de limpeza e cozinha, estabelecemos um elo com as famílias, talvez a parte mais difícil. Se fossemos falar em algo mais específico, nuclear, diria que nós da educação física que pensamos nos eventos de lazer e entretenimento como festas, passeios pela cidade, excursões e também quando algum morador se interessa por alguma prática corporal bem definida, academia, natação, porém é bastante ocasional e sem aquele rigorismo estruturado e sistematizado do exercício físico.... (DIÁRIO DE CAMPO, 13/06/2018).

Percebe-se neste relato do profissional de educação física a pouca, ou nenhuma visibilidade das ditas específicas, nucleares ou identificadas práticas tradicionais da área, por outro lado, as suas funções ou papéis exercidos no residencial estão, principalmente, em convergência e em sintonia com os saberes e afazeres das outras profissões da equipe multiprofissional de saúde.

Mais do que os conhecimentos específicos de cada profissão, ou o conceito de núcleo já explicado, o que presenciei, fortemente, na minha experiência no Residencial Terapêutico foi o conceito, ou o enfoque teórico-metodológico de campo. Participei, em que pese, na condição de observador, dos encontros, trocas, aproximações, e foram algumas vezes, entre os saberes da enfermagem com a psicologia, da Educação Física com os técnicos de enfermagem. Da educação Física com a enfermagem e com a psicologia. Os saberes de medicar, cuidar, de natureza procedimental consagrados da enfermagem com a opinião balizada, o comentário teórico e as interpretações acerca da alma humana inerentes da psicologia. Os saberes predominantemente de conteúdo recreacionista, pensando no lazer e na diversão propostos pela Educação Física com os saberes básicos, significativamente operacionais das técnicas de enfermagem, entre outros cruzamentos de saberes.

Como referi nos parágrafos anteriores dessa categoria de análise, as reuniões de equipe serviram, consideravelmente, como modelo exemplar de entendimento e compreensão do trabalho de uma equipe multiprofissional, quer seja na dinâmica, quer seja nos procedimentos, quer seja nos conteúdos. Participei de algumas reuniões, que ensejaram comprovar à perspectiva transdisciplinar, ou melhor, o espaço impreciso, não delimitado, ou não fragmentado de cada profissão. Na reunião do dia 12/06 anotei algumas frases que ajudam a pensar sobre o multiprofissionalismo e seu método de trabalho, sobretudo em um modelo desinstitucionalizante de um Residencial Terapêutico:

A reunião da equipe foi devidamente registrada em ata. São selecionados alguns temas para o diálogo, os mais urgentes. Em um primeiro momento discutem-se os assuntos gerais, de interesse do coletivo dos moradores, depois os casos individuais. Todos da equipe têm liberdade para falar, independente do morador em discussão ser sua referência. Não notei hierarquias “tayloristas” entre os profissionais da saúde. Os tratamentos nas pautas de discussões são os mais horizontais possíveis. Percebi um respeito recíproco e uma corresponsabilização independente do caso analisado, buscando ações e estratégias para cada morador discutido, embora alguns picos emocionais de alguns membros da equipe. A ideia central é o consenso, não importando a profissão ou das especificidades da profissão. Como disse a psicóloga na reunião: “aqui todos fazem tudo” (DIÁRIO DE CAMPO, 13/06/2018).

“Aqui todos fazem tudo” o que o profissional está querendo dizer é que no residencial estudado o trabalho multiprofissional é um trabalho onde as profissões se comunicam, dialogam, interagem, articulam. Trabalha-se em equipe. Onde a divisão de responsabilidades e tomadas de decisões conjuntas são fundamentais visando, obviamente, a qualidade do atendimento em saúde.

Sendo assim, devo ratificar como os conceitos de núcleo e campo ajudam muito na intenção de compreender o trabalho de uma equipe multiprofissional em saúde. Foi a convicção que pactuei após esse período de leituras, observações e anotações. A ideia central que registro como aprendizado principal diz respeito à importância significativa do compartilhamento de saberes das distintas profissões pensando na saúde do morador, e esta condição não implica obrigatoriamente em desconsiderar ou descaracterizar os saberes individuais e peculiares de cada profissão que podem apresentar seu relevo e sua utilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante praticamente todo o percurso acadêmico, os estudantes participam das aulas teóricas, conteúdos práticos, apresentam oralmente trabalhos, estudam para as provas escritas, repetem e memorizam conhecimentos e vão aprovando nas disciplinas e avançando na formação inicial de modo a reproduzir os conhecimentos e as aprendizagens no curso de formação. Nesta etapa final do Curso de Bacharel em Educação Física, onde o aluno precisa escrever um Trabalho de Conclusão para encerrar um ciclo de seus estudos, embora já ter vivenciado a experiência de ter escrito um TCC para a graduação na Licenciatura em Educação Física, ele se sente ainda assim, por que não, desafiado a produzir conhecimento, a produzir um estudo original. Abordar um tema sobre a Educação Física e a saúde mental na perspectiva desinstitucionalizante de um Serviço de Residencial Terapêutico refletindo com um olhar acadêmico e singular, com método de observação participante e autonarrativo, acredito que, e neste sentido o Trabalho, mesmo que com limitações e dificuldades está produzindo conhecimento.

Sobre os objetivos deste estudo que se constituem, justamente, em compreender o trabalho da Educação Física em um Residencial Terapêutico, refletindo sobre os moradores e as práticas corporais na perspectiva do itinerário terapêutico, analisando a produção do cuidado e as relações com a equipe multiprofissional, penso que, inegavelmente, ter participado do Programa de Familiarização no residencial estudado, me ajudou a entender sobre o trabalho da Educação Física na lógica desinstitucionalizante, considerando, sobretudo, as três análises elencadas para a pesquisa, o itinerário terapêutico, a produção de cuidado e as relações com a equipe multiprofissional.

Entendo que observar os moradores, em especial um morador, a partir da sua história de vida, pessoal, singular, com sua maneira de ser, de estar no mundo, seus itinerários, suas conjecturas, pequenos projetos e desejos, e como essa subjetividade se relaciona com as práticas corporais, elaborando seu próprio método terapêutico, e como esse processo pode contribuir para a

Educação Física pensar em terapêuticas mais eficazes para a saúde do morador.

Depreendo que a Educação Física deve considerar a produção do cuidado como a finalidade principal que comanda as práticas e os saberes do trabalho em saúde, sendo o cuidado em saúde um espaço vivo, compartilhado, de construção recíproca, entre o profissional da saúde e o usuário. Entre a Educação Física e o morador.

Sobre o multiprofissionalismo na saúde aprendi fundamentalmente que o trabalho deve ser pensado em equipe, articulado, fortemente ligado ao diálogo, às convergências de interesses afins, onde cada profissão pode contribuir com seus conhecimentos e saberes.

Assim sendo, no encerramento deste Trabalho, considero oportuno registrar que a Educação Física como campo de atuação profissional não está circunscrita somente as áreas tradicionais de atuação como escolas, academias e clubes, embora com menos visibilidade (campo aberto para ser conquistado), está inserida, também, na saúde e em especial na saúde mental. O que este Trabalho revelou, modestamente, em decorrência do processo da pesquisa e dos eventuais achados do estudo, é que para atuarmos profissionalmente em uma perspectiva desinstitucionalizante de um Residencial Terapêutico, torna-se importante o cuidado com integralidade centrado no morador atentando para sua subjetividade e singularidade e trabalhando, ademais, na lógica articulada dos saberes multiprofissionais.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCUZ, 1999.

BELLATO, R.; ARAUJO, L. F.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In:_____. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental: 1990-2002**. Brasília, DF, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106 /MS**, de 11 de Fevereiro de 2000.

BURILLE, A. **Itinerário terapêutico de homens em situação de adoecimento crônico: (des) conexões com o cuidado e arranhaduras da masculinidade**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e prática. **Sociedade e Cultura**. 2000.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **O Anti-Édipo**. Lisboa: Assírio e Alvim, 1972.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**, vol. 1. Rio de Janeiro: ed. 34, 1995.

FERNANDES, M. A. H. **A Moradia Assistida: um projeto em busca do desenvolvimento humano e da cidadania na área de saúde mental**. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo 2001.

GAYA, A. C. A. **Projetos de Pesquisa Científica e Pedagógica: o desafio da iniciação científica**. Belo Horizonte: Casa da educação física, 2016.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 2449-2463, nov. 2006.

GERHARDT, T. E. Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde: pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural. In: PINHEIRO, R; MARTINS, P.H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO; 2009.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento não um ato. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOLINA, R. M. K.; MOLINA NETO, V. Pesquisar com narrativas docentes, In: MOLINA NETO, V.; TRIVIÑOS, A. N. S. (Org.). **A Pesquisa Qualitativa na Educação Física: alternativas metodológicas**. 3. ed., Porto Alegre: Sulina,

2010, p. 165-176.

NEGRINE, A. Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa. In: MOLINA NETO, V.; TRIVIÑOS, A. N. S. (Orgs.). **A Pesquisa Qualitativa na Educação Física**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

OLIVEIRA, V. F. Narrativas e saberes docentes. In: OLIVEIRA, V. F. (Org.). **Narrativas e Saberes Docentes**. Ijuí: Unijuí, 2006.

PALLADINI, P. C. Dois anos e meio de Lar Abrigado no Juqueri. **Arquivos de Saúde Mental do Estado de São Paulo**. São Paulo, n. 46. p. 62-66, 1986-1987.

PESSATI, M. P. **A Intercessão Arquitetura e Saúde**: quando o problema é falta de espaço na unidade de saúde, qual é o espaço que falta? 2008. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas. 2008.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

RICOUER, P. **Tempo e Narrativa**. São Paulo: Papyrus, 1997.

ROLIM, M. G. et al. República: projeto de moradia assistida para pessoas em processos de reabilitação social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 11, n. 1. p. 2327, jan./abr. 2000

SILVA, L. O. **Um estudo de caso com mulheres professoras sobre o processo de identificação docente em educação física na rede municipal de ensino em Porto Alegre**. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano), Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SOUZA, E. C. Diálogos cruzados sobre pesquisa (auto) biográfica: análise compreensiva-interpretativa e política de sentido. **Educação** (UFSM), v. 39, n. 1, p. 39-50, 2014.

WACHS, F., FRAGA, A. B. Educação física em centros de atenção psicossocial. In: **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. Campinas, v. 31, nº 1, p.93-107, set. 2009.