

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO

LUIZ ALBERTO DOS SANTOS FERREIRA

**O TRABALHO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA COMPOSIÇÃO DE EQUIPE DE
SAÚDE MENTAL ESPECIALIZADA EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Porto Alegre
2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO

LUIZ ALBERTO DOS SANTOS FERREIRA

**O TRABALHO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA COMPOSIÇÃO DE EQUIPE DE
SAÚDE MENTAL ESPECIALIZADA EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Alex Branco Fraga

Porto Alegre
2013

CIP - Catalogação na Publicação

dos Santos Ferreira, Luiz Alberto

O TRABALHO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA COMPOSIÇÃO DE EQUIPE DE SAÚDE MENTAL ESPECIALIZADA EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS / Luiz Alberto dos Santos Ferreira. -- 2013.

108 f.

Orientador: Alex Branco Fraga.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Educação Física, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Educação Física. 2. Saúde Mental. 3. Saúde Coletiva. 4. Composição de equipe. 5. Multiprofissionalidade. I. Branco Fraga, Alex, orient. II. Título.

LUIZ ALBERTO DOS SANTOS FERREIRA

**O TRABALHO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA COMPOSIÇÃO DE EQUIPE DE
SAÚDE MENTAL ESPECIALIZADA EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de mestre.

Aprovada em ____ de _____ de 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Rosilda Mendes (UNIFESP)

Prof. Dr. Marco Paulo Stigger (UFRGS)

Prof. Dr. José Geraldo Soares Damico (UFRGS)

Prof. Dr. Alex Branco Fraga (Orientador-UFRGS)

*A vida é uma peça de teatro que
não permite ensaios.
Cante, chore, dance, ria
antes que a cortina se feche
e tudo termine sem aplausos.*
Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

A minha família por sempre acreditar em mim! Minha mãe Marta, meu pai João Carlos que não pode estar aqui comigo comemorando mais essa vitória! Minha vó Maria! Minhas tias Sueli, Rosa, Tereza! Meu irmão Pablo, minhas sobrinhas Rayssa e Rhiana! Minha cunhada Mary! Meus tios e primos, Adriano, Juarez, Vera, Sidney, Arlem, Dani apesar de não estarem presentes, deram suporte por um bom tempo na minha vida.

A família que a vida nos apresenta! Paulo, Diego, Michele e Isabel, Fernando (Pai Diabo), Sayene (ex-sogra, amiga, incentivadora), que se estivesse aqui sem dúvida estaria comemorando comigo! Meus compadres Flávia e Marcelo que me deram a afilhadinha linda Sofia que tem me dado muita força e alegria! Ao Iago e a Ana, Isa que sem dúvida são uma extensão da minha família! Agradeço pela confiança e o carinho!!

A quem me ajudou no início dessa caminhada, turma da Apabb, Turma da Didi recreações, Ipi Ópi (Tio Magrão), Turma do Palhaço Babinho (Fábio Brabinho), Turma da Recreação do Solar da Barra (Tia Sandra), Fazenda Verde do Rosa (Tio Cróvis e Comandanta Tia Rosa), Recreação Terapêutica do Clínicas, vocês foram um pouco da semente disto tudo.

Aos companheiros da Saúde Mental, Cássio, Vanessa, Moacir, Cleni, Mateus, Rogerinho, Carlos Jardim, Michael, Douglas, Marcelo, Panho, Gabriel, Karen, Jaque Chefa, José Bernardinho, Leo Cunha, foram fundamentais no início de tudo!

Aos camaradas de luta da ESEF, Ulbra, Movimento Estudantil, Residência e agora da vida! São muitos (sem dúvida esquecerei algum(a))! Kunsler, Cristiano, Abib, Shin, Gil, Alemão, Berna, Dessa, Duran, Vico, Frizzo, Geovanni, Isa, Gica, Mateus, Maurício, Vareja, Fred, Eugênio, Nina, Vivi, Dudu, Renata, Gabriel, Paula, Gustavo, Tânea, Fernando, Alpheu, Djennifer, Carol, entre outros muitos, estão tod@s no meu coração!

Aos novos camaradas de luta que a vida me apresentou nessa trajetória! Tzusy, Dani, João, Chris, Ruphental, Vivi, Alcino, Joel, Dinara!

Por fim e não menos importante a Professora Lu Kessler, pela leitura cuidadosa e seus comentários, ao Professor Alex Branco Fraga por acreditar, ao

Professor José Damico pela parceria e confiança desde os tempos da graduação, valeu mestre!

As parcerias de grupo de pesquisa POLIFES que muito contribuíram na trajetória Felipe Wachs, Marcelo, Edwin, Eduardo, Cibele, Gili, Ana Paula, Tiago, Alessandra Machado, Alessandra Bueno, Rogério, Humberto, Rafael!

A tod@s @s trabalhadoras/es da ESEF/UFRGS, principalmente do PPGCMH pela dedicação e disposição!

*A equipe que me abriu as portas para que pudesse ser realizada a pesquisa!
Os meus sinceros agradecimentos.*

A Capes pela bolsa em parte desta trajetória.

Muito obrigado a tod@s e seguimos em luta!!

RESUMO

Esta dissertação trata de analisar, de um modo geral, os processos de trabalho dos trabalhadores em Saúde Mental e, de modo específico, como os trabalhadores de Educação Física se incorporam (ou são incorporados) no cotidiano de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). A temática é tratada nesta dissertação com base nas formulações teóricas produzidas a partir do movimento antimanicomial e da Reforma Sanitária Brasileira. A metodologia adotada foi o estudo de caso qualitativo em um Caps especializado na atenção a usuários de álcool e outras drogas, localizado na região metropolitana de Porto Alegre. Por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, principal instrumento de produção dos dados empíricos, oito trabalhadores de diversos núcleos profissionais da equipe colaboraram com a pesquisa. Do material levantado, três categorias de análise emergiram: 1) a tensão entre público e privado na organização dos processos coletivos de trabalho para a produção do cuidado em serviços de Saúde Mental; 2) as expectativas e demandas da equipe relativa ao trabalho da Educação Física em um Caps AD; e 3) a produção de saberes sem fronteiras disciplinares/profissionais em meio aos afazeres que se misturam na composição do trabalho em Saúde Mental. A análise resultante desta categorização levou às seguintes considerações: a terceirização dos serviços e a precarização dos vínculos empregatícios interfere na organização de processos coletivos de trabalho e na efetiva integração das equipes em Saúde Mental; o trabalho da Educação Física em um Caps Ad transita tanto entre as expectativas de tarefas clássicas do núcleo quanto à composição do trabalho coletivo voltado para as demandas do campo; as equipes multiprofissionais de Saúde Mental que funcionam de forma efetivamente integrada rasuram as fronteiras dos saberes dos núcleos e convocam os trabalhadores a desenvolverem projetos terapêuticos pautados, sobretudo, na produção de vida.

Palavras-chaves: Educação Física, Saúde Mental, Equipe Multiprofissional, Estudo de Caso.

ABSTRACT

This dissertation is to examine, in general, the working processes of professionals involved in Mental Health and, specifically, how the professionals of Physical Education incorporate (or are embedded) in the daily work at the Centers for Psychosocial Care (CAPS). The topic is treated in this dissertation based on theoretical formulations produced from anti-asylum movement and from Brazilian Sanitary Reform. The adopted methodology was a qualitative case study based on CAPS, who is specialized in caring for users of alcohol and other drugs, located in the metropolitan area of Porto Alegre. Through a guide of semi-structured interviews, the main instrument of production of empirical data, eight professionals from the multidisciplinary core team collaborated with the research. From the collected material, three categories of analysis emerged: 1) the tension between public and private in the organization of the collective bargaining process for the production of care in mental health services, 2) the expectations and demands of the team concerned the Physical Education in a Caps, and 3) the production of knowledge without borders disciplinary/professionals during their duties that mixtures in the composition of the work in Mental Health. The resulting analysis of this categorization led to the following considerations: the outsourcing of services and the casualization of employment relationships interfere in the organization of collective bargaining processes and the effective integration of the Mental Health teams, the duty of Physical Education in a Caps transitions even between expectations from classical tasks of the core team about the composition of the collective work facing the demands on the field, than the multidisciplinary teams of Mental Health that works effectively integrated erasure the frontiers of knowledge of the core teams and summon professionals to develop therapeutic projects guided mainly in the production of life.

Keywords: Physical Education, Mental Health, Multidisciplinary Team, Case Study

RESUMEN

Esta tesis intenta analizar, de modo general, los procesos de trabajo de los trabajadores en Salud Mental y, de modo puntual, como los trabajadores de Educación Física se adhieren (o son adheridos) en el cotidiano laboral de los Centros de Atención Psicosocial (Caps). La temática es abordada en esta tesis con base las diferentes formulaciones teóricas generadas a partir del movimiento Antimanicomial y la Reforma Sanitaria Brasileña. La metodología empleada fue el estudio de caso cualitativo en un Caps especializado en la atención a los usuarios de alcohol e drogas, ubicado en la región metropolitana de la ciudad de Porto Alegre. A partir de una entrevista semi-estructurada, principal instrumento de producción de datos empíricos, ocho trabajadores de diferentes equipos profesionales colaboraron con la investigación. En el material recogido surgieron tres categorías de análisis: 1) la tensión entre lo público y privado en la organización de procesos colectivos de trabajo para la atención en los servicios de Salud Mental. 2) las expectativas y exigencias del trabajo de la Educación Física en un Caps Ad, y 3) la producción de conocimiento sin barreras disciplinarias/profesionales en medio a los quehaceres que se mezclan en la configuración del trabajo en Salud Mental. El análisis resultante de esta clasificación llevó a las siguientes consideraciones: la tercerización de los servicios y la precarización de los vínculos laborales interfieren en la organización de los procesos de trabajo colectivo y en la integración efectiva de los equipos de trabajadores en Salud Mental; el trabajo de la Educación Física en un Caps Ad transita tanto en la expectativas de las tareas clásicas del núcleo como en la composición del trabajo colectivo dirigido a las demandas del campo; los equipos multiprofesionales de Salud Mental que funcionan de forma efectivamente integrada, rasuran las fronteras de los saberes de los núcleos y convocan a los trabajadores a desarrollar proyectos terapéuticos pautados, sobre todo en la producción de la vida. El análisis resultante de esta clasificación llevó a las siguientes consideraciones: el trabajo de Educación Física en un CAPS Ad ambas transiciones entre expectativas de las tareas clásicas del núcleo y la composición de la obra colectiva frente a las demandas del campo, los equipos multidisciplinares de Salud Mental que trabajan rasuram efectivamente integrada de las fronteras del conocimiento de los núcleos y convocan a los trabajadores a desarrollar proyectos terapéuticos guiados principalmente en la producción de la vida.

Palabras claves: Educación Física, Salud Mental, Equipo Multidisciplinario, Estudio de Caso.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Rede de atenção a saúde mental	29
Figura 2 - Mapa do Rio Grande do Sul com destaque a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde.....	55

LISTA DE ABREVEATURAS

- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CRS** – Coordenadoria Regional de Saúde
- ESP** – Escola de Saúde Pública
- HCPA** – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- HPSP** – Hospital Psiquiátrico São Pedro
- MTSM** – Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
- NAPS** – Núcleo de Atenção Psicossocial
- NASF** – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- ONG** – Organização Não Governamental
- OPAS** – Organização Panamericana de Saúde
- OSCIP** – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
- PET-SAÚDE** – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
- PPGCMH** – Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano
- PRÓ-SAÚDE** - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
- PTS**– Plano Terapêutico Singular
- RIS** – Residência Integrada em Saúde
- RPA** – Recibo de Pagamento Autônomo
- RS** – Rio Grande do Sul
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UFRGS** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- VD** – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 UM CASO; UMA EQUIPE	12
1.2 UM TRABALHADOR EM FORMAÇÃO; UM TRABALHO EM COMPOSIÇÃO ...	14
1.3 UM PROBLEMA DE PESQUISA; UM EXERCÍCIO DE ESTRUTURAÇÃO	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL	23
2.1 ASPECTOS DA HISTÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	23
2.2 SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS EM SAÚDE MENTAL	28
2.3 SALIÊNCIA DA TEMÁTICA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NAS POLÍTICAS CONTEMPORÂNEAS	32
3 REPERTÓRIO CONCEITUAL E POLÍTICAS DE FORMAÇÃO EM SAÚDE	36
3.1 UM MARCO TEÓRICO FORJADO NA LUTA	36
3.2 EXPERIMENTOS NA FORMAÇÃO DO TRABALHADOR EM SAÚDE.....	41
4 A EDUCAÇÃO FÍSICA EM INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL	45
4.1 O QUE SE FAZ EM NOME DA EDUCAÇÃO FÍSICA EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.....	45
4.2 O QUE JÁ SE ESCREVEU SOBRE EDUCAÇÃO FÍSICA EM INTERFACE COM SAÚDE MENTAL	49
5 PERCURSOS E PERCALÇOS METODOLÓGICOS	55
5.1 CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO DE CASO	57
5.2 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....	60
6 MODOS DE INCORPORAR A EDUCAÇÃO FÍSICA NUMA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL: A SALIÊNCIA DA COMPOSIÇÃO	64
6.1 CENÁRIOS DA PRÁTICA DE CUIDADO: TENSÕES ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO	65
6.2 PARA ALÉM DAS OFICINAS: ENTRE EXPECTATIVAS E DEMANDAS PARA EDUCAÇÃO FÍSICA	71
6.3 OS SABERES RASURADOS E OS AFAZERES QUE SE MISTURAM.....	76
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	87
ANEXO A – PARECER CEP	98
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE ESCLARECIDO	101
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA	102
APÊNDICE C - ENTREVISTA	103

1 INTRODUÇÃO

1.1 UM CASO; UMA EQUIPE

Em uma manhã, chego ao Centro de Atenção Psicossocial CAPS para cumprir mais um dia de trabalho. Era uma quarta-feira, eu ficaria nas acolhidas e reacolhidas recebendo os novos usuários no serviço e os que já haviam recebido atendimento, mas que por algum motivo ficaram algum tempo afastados do CAPS. Fui chamado à sala da equipe pela coordenadora de Saúde Mental do município para discutir o caso de Fabiana¹, 22 anos, usuária pesada de múltiplas drogas, especialmente crack, gestante de seis meses.

Fabiana havia mobilizado a equipe durante algumas semanas, foram feitas diversas tentativas de vínculo com ela: visitas domiciliares, contatos telefônicos, e não havia forma de a sensibilizarmos para o acompanhamento no CAPS.

A família, por sua vez, estava muito preocupada com a situação de Fabiana, pois ela vinha fazendo uso pesado de crack, alimentando-se mal, e ficava muito tempo fora de casa, por vezes vagando pela rua a noite toda. Outra preocupação importante da família era que Fabiana não tinha renda, mas seguia gerando dívidas para sustentar o consumo de crack, chegando a ser agredida por seus “credores”. Tal situação se tornou ainda mais grave pelo fato de Fabiana estar grávida.

Em função da gravidade do caso, a coordenação de Saúde Mental do município mobilizou a maior parte da equipe que se encontrava no CAPS naquela manhã para discutir o caso e para encaminharmos uma ação mais efetiva, visto as inúmeras tentativas infrutíferas até então implementadas.

A conversa entre os trabalhadores da equipe iniciou com a opinião de cada um sobre o caso. A minha era de que por mais grave que fosse o caso de Fabiana, sua vontade deveria prevalecer, e não deveríamos tomar nenhuma atitude que ela não estivesse de acordo. A maioria da equipe não concordou comigo, e mobilizada pelo fato de se tratar de uma gestante, uma providência mais drástica deveria ser tomada, como o encaminhamento a uma internação em hospital materno infantil

¹ Utilizarei o nome fictício para o relato de um caso real que presenciei no trabalho em Saúde Mental, e em relação aos colaboradores entrevistados mencionarei apenas as respectivas profissões.

para que Fabiana tivesse os cuidados necessários à gestação e em relação ao seu consumo prejudicial² de crack.

Depois de uma rodada de discussões, ficou definido que a ação mais prudente era levar a Fabiana ao hospital de qualquer forma, mesmo contra sua vontade. Discordei da decisão naquele momento, mas compus com a equipe, uma vez que a decisão foi coletiva. Eu e mais dois colegas fomos escalados para ir com o pessoal do transporte do CAPS até a casa de Fabiana. Ao chegarmos em sua casa, tentamos mais uma vez persuadi-la, mas ela seguia muito resistente ao nosso cuidado. Foi então que partimos para a imobilização, um dos colegas e eu, para que nossa outra colega a medicasse com tranquilizantes. A família nos informou que já havia acionado o serviço de urgência e emergência, mas que até aquele instante não havia chegado. Foram momentos muito tensos, pois Fabiana seguia muito agitada e se negando, como já era de se esperar, a aceitar nossa abordagem.

Seguimos na casa, e quando os colegas do serviço de urgência e emergência chegaram, informamos que nós mesmos a levaríamos com nosso transporte, depois que conseguíssemos dialogar com ela. Aos poucos ela foi se acalmando e conseguimos levá-la até o CAPS. De lá seguimos para o hospital materno infantil. Depois de passar por esse momento de tensão, evidentemente fiquei aliviado, pois imaginava que a nossa ação seria um fracasso, uma vez que estava baseada em um princípio que para mim parecia violento. Quando retomamos a discussão deste caso na equipe, coloquei a necessidade de acompanharmos atentamente a internação de Fabiana, inclusive com a realização de visitas.

Mantivemos contatos periódicos com a família, mas fizemos apenas uma visita à Fabiana durante o período em que estava internada. Durante esta visita, Fabiana nos recebeu muito emocionada e feliz por não termos desistido dela, mesmo a contragosto, naquele momento muito delicado de sua vida. Enfatizou que se não tivéssemos agido daquela forma naquele momento, não estaria viva. Essa fala de Fabiana selou o que para mim foi um dos momentos mais delicados que enfrentei no trabalho em saúde mental, pois vivi uma forte contradição entre por em prática uma ação contrária ao aparente desejo da usuária, sobre a qual eu não tinha

² No campo da saúde mental recentemente começou a se discutir a relação entre o uso prejudicial e o uso organizado de drogas. Apesar de impactarem diferentemente sobre a saúde individual e coletiva, ambas dizem respeito ao direito dos usuários de drogas, mesmo ilícitas, de terem autonomia para decidir da forma mais consciente possível sobre o uso eventual ou sistemático. Disponível em: <<http://www.psicotropicus.org/cartao-usuario.pdf>> Acesso em: 23 out. 2012.

convicção, mas que havia sido decidida coletivamente pela equipe da qual participava, ou então bancar a autonomia da usuária em sua decisão de usar drogas.

Hoje Fabiana é mãe de uma menina, que apesar de tudo nasceu saudável, e segue vinculada ao Caps tentando tocar a vida em frente, como qualquer um de nós.

Este é um caso verídico e foi vivenciado por mim como trabalhador de um Centro de Atenção Psicossocial especializado em usuários de álcool e outras drogas (Caps Ad). À primeira vista, o relato expressa uma intervenção de sucesso, porém há elementos não tão visíveis no desenrolar de todo o processo, que poderiam desencadear debates/análises sobre as contradições expressas nesta e em outras intervenções no trabalho cotidiano em Saúde Mental.

O caso Fabiana expõe uma situação de extrema tensão vivida coletivamente por diferentes profissionais da saúde, que me fez reavaliar a trajetória construída junto a esta equipe e repensar o que acreditava sobre o trabalho de atenção à crise de usuários em sofrimento psíquico que estão sob nossos cuidados. Acontecimentos desta magnitude expõem o quanto é delicado tomar decisões em relação à vida de outras pessoas e o quanto isso é decisivo para a construção do trabalho em equipes de saúde mental.

Em que pese o impacto da cena de uma ação em prol da internação compulsória, intervenção que tomou conta das discussões em Saúde Mental com a apresentação do projeto de lei 7663 de 2010³, de autoria do Deputado Osmar Terra, a escolha do relato deste caso em particular se deve à ênfase no trabalho coletivo das equipes multiprofissionais e, de modo mais específico, o envolvimento dos trabalhadores em Educação Física nas tomadas de decisões e nas ações daí decorrentes.

1.2 UM TRABALHADOR EM FORMAÇÃO; UM TRABALHO EM COMPOSIÇÃO

³ O Projeto de Lei do Deputado Osmar Terra/RS prevê a criação de novas regras para a internação compulsória prevista na lei da Reforma Psiquiátrica, que tramita no Congresso Nacional Brasileiro. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=483808>> Acesso em: 23 ago. 2013.

Muito do que se encontra nesta dissertação está intimamente ligado a minha trajetória de formação e trabalho. O caso de Fabiana, sem dúvida, foi um dos mais emblemáticos, e o que a meu ver melhor ilustra o processo que me fez pensar no trabalho coletivo em saúde, na composição de saberes dos serviços de saúde e de como poderia me agregar em uma equipe sem me sentir um mero executor de tarefas supostamente específicas à formação em Educação Física. Para chegar a propor um projeto de dissertação de mestrado nesta linha, foi preciso me construir como trabalhador aprendiz de Educação Física na Saúde Mental.

Minha relação com esta temática inicia nos tempos da graduação, em função das oportunidades que tive em estágios extracurriculares, pois na universidade em que fiz o curso de Educação Física os currículos não estavam voltados para o campo da Saúde Coletiva, e tampouco para a Saúde Mental.

As disciplinas que cursei a época se centravam em questões relacionadas à resposta fisiológica ao exercício, ao desenvolvimento da aptidão física, ao aprimoramento da qualidade de vida a partir de marcadores como gasto calórico, massa corporal, consumo de oxigênio, pressão arterial, níveis de lactato, enfim, um conjunto de conteúdos que compunham um currículo voltado para uma formação inicial de caráter acentuadamente biológico. Em função de tal ênfase, a formação lá ofertada tratava de modo superficial os temas de ordem sociocultural no campo da Educação Física e da Saúde, que hoje vejo como fundamentais para lidar com as demandas oriundas das relações de trabalho no dia-a-dia do Sistema Único de Saúde (SUS).

Meu primeiro estágio extracurricular no campo da saúde foi realizado em 2005 no Serviço de Recreação Terapêutica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), um grande hospital universitário, referência em diversas especialidades em âmbito nacional. Lá me deparei com uma questão marcante para os trabalhadores de equipes multiprofissionais: o médico como figura central na responsabilidade pelo cuidado em saúde e as demais profissões ("não médicos") como seus auxiliares de luxo. Uma relação hierárquica velada entre médicos e "não-médicos" que dificulta os processos de trabalho e a composição de saberes em equipe.

Foi nessa experiência que tive o meu primeiro contato com a temática da Saúde Mental. Apesar de estar bem no início dos estudos nesse campo específico, já neste momento foi possível perceber no HCPA a existência de dois modelos de cuidado em saúde mental: um pautado na lógica do serviço substitutivo à internação

(CAPS) e outro centrado na internação psiquiátrica em unidades fechadas. Conforme trato mais adiante, é no mínimo curioso que duas lógicas de cuidado em Saúde Mental tão distintas coexistam em um mesmo local, pois o princípio do atendimento da saúde mental em liberdade na cidade, próprios dos CAPS, não é compatível com uma estrutura hospitalar, inclusive contradiz o que predispõe as diretrizes de organização⁴ de funcionamento de serviços substitutivos neste campo.

Em 2007, logo após esta minha primeira experiência, iniciei meu estágio em Saúde Mental no Serviço de Educação Física do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), um dos maiores do Brasil, onde ainda impera o modelo clássico de atenção à Saúde Mental, instituído há mais de dois séculos, pautado na privação da liberdade, no uso abusivo de psicotrópicos e na despotencialização dos sujeitos com a consequente cronificação do sofrimento psíquico. Como geralmente ocorre com os estagiários que aceitam o desafio de trabalhar lá, o choque com a realidade foi inevitável, especialmente para quem atua (ou pretende atuar) no campo da saúde mental no Rio Grande do Sul, estado brasileiro pioneiro na Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a lei 9.716/92, que prega a desconstrução gradual desses hospitais.

No HPSP vivenciei o cotidiano das unidades de moradia asilares, nas quais estão abrigados sujeitos que perderam seus laços familiares e eram (e alguns ainda são) mantidos sob tutela do Estado. Esse contato despertou em mim o interesse de aprofundar o entendimento sobre a temática da Saúde Mental, o que me levou a realizar estudos e a participar de eventos deste campo, especialmente aqueles que faziam interface com o lazer como forma de ocupar espaços públicos por parte desta população.

Disposto a estudar de forma mais sistematizada o tema da Saúde Mental, ingressei na Residência Integral em Saúde (RIS)⁵ com ênfase em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, que é um curso de formação em serviço na modalidade de pós-

⁴ A Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 determina como deve ser a implementação dos CAPS e no seu artigo 3º diz que: “Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.” (BRASIL, 2002).

⁵ As residências integradas em saúde ou residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 1998).

graduação lato senso de caráter multiprofissional. Na RIS tive contato com a temática da Saúde Coletiva; li muitos autores dessa vertente teórica e pude aprofundar meus conhecimentos sobre o processo histórico que levou à criação e à estruturação do SUS. Lá pude entender a íntima relação entre o campo da saúde coletiva e da Saúde Mental, bem como os conceitos que fundamentam a prática profissional e os dispositivos de cuidado hoje disponíveis na rede de serviços voltados à saúde mental.

No ano de 2012, já formado em Educação Física e já tendo concluído a RIS, passei a compor a equipe de um Caps Ad de um município da região metropolitana de Porto Alegre. Lá trabalhei com a população usuária de álcool e drogas, organizando oficinas de práticas corporais, passeios, atendimentos à população de rua, acompanhamento terapêutico, visitas domiciliares entre outras atividades demandadas por este serviço. Tais experiências inspiraram a formatação de um projeto de mestrado com a intenção de tratar questões relativas ao cotidiano dos serviços substitutivos de Saúde Mental, em especial aos afazeres dos trabalhadores de Educação Física em Caps.

Passei a desenvolver o projeto dentro do Grupo de Estudos e Pesquisas Políticas de Formação em Educação Física e Saúde (Polifes), vinculado à Escola de Educação Física da UFRGS e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano. O Polifes se dedica a investigar questões referentes às políticas de formação no campo da Educação Física em interface com as áreas da Educação e da Saúde Coletiva. As pesquisas desenvolvidas examinam, dentro de uma perspectiva preferentemente biopolítica, a implicação dos preceitos da vida ativa/vida saudável na cultura corporal de movimento, na educação dos corpos e na regulação da saúde.

De modo mais específico, minha dissertação de mestrado se vincula ao projeto “Políticas de formação em educação física e saúde coletiva: atividade física/práticas corporais no SUS”, uma pesquisa interinstitucional que envolve a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); a Universidade de São Paulo (USP) e a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), vinculada ao Programa de Apoio ao Ensino e à Pesquisa Científica e Tecnológica em Ensino na Saúde (Pró-

Ensino na Saúde)⁶, que tem por objetivo “acompanhar e analisar os processos de composição e articulação entre ensino, serviço e comunidade com vistas a constituir uma rede de saberes e práticas que responda aos desafios da formação em saúde comprometida com a defesa e consolidação do Sistema Único de Saúde” (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012, p. 367).

1.3 UM PROBLEMA DE PESQUISA; UM EXERCÍCIO DE ESTRUTURAÇÃO

Estamos vivendo, desde o final do século XX, um processo de acirramento do controle sobre alguns determinantes da saúde da população. A natalidade, a longevidade, a mortalidade, as enfermidades entre outros fenômenos próprios de uma população passaram a integrar tanto os objetos de estudo de investigações no campo como se tornaram alvos das políticas públicas de saúde em boa parte do mundo e em especial no Brasil.

Nas atuais políticas públicas que envolvem a Educação Física no campo da saúde não é diferente. A frequente associação que tem sido feita entre doença e os chamados "medicamentos do estilo de vida"⁷ que invocam a necessidade da inserção de uma atividade física regular no cotidiano das pessoas, a invenção do sedentário (o “doente da Educação Física”), nos leva a refletir como tal medida tem sido entendida de forma prescritiva/medicalizante. Trata-se, além disso, de um tipo de vigilância que está diretamente focada nas prováveis ocorrências de patologias, de comportamentos reprováveis a serem minimizados e de comportamentos saudáveis a serem cada vez mais maximizados. Práticas sociais como as atividades de lazer e de otimização do tempo, o exercício físico e a meditação, por exemplo, estão cada vez mais absorvidas por um vocabulário biomédico nas quais são classificadas e avaliadas de acordo com os seus efeitos sobre o corpo e a saúde.

É nessa medida que a área da Educação Física, em sua perspectiva hegemônica, foi/é capturada pelos conteúdos e componentes das áreas biomédicas

⁶ O Pró-ensino na Saúde é uma ação cooperada entre as instituições de ensino superior, em resposta ao Edital nº 24/2010, lançado conjuntamente pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde (MS), tendo sido concebido no âmbito do PRONAP (Programa Nacional de Apoio ao Ensino e à Pesquisa em Áreas Estratégicas).

⁷ Discussão realizada no VI Congresso Sul Brasileiro de Ciências do Esporte realizado em Rio Grande de 13 a 15 de setembro de 2012 no GTT de Atividade Física e Saúde na apresentação de Leonardo Trápaga Abib do seu trabalho com título de “Educação física, saúde coletiva e formação em saúde: constituindo marcas e enfrentando novos perigos” (ABIB; FERREIRA, 2010).

e que procura formar seus profissionais para ocuparem o lugar de arautos do estilo de vida ativo por uma dada expertise (FRAGA, 2006). Tal lógica tem permeado o dia-a-dia nas grandes cidades brasileiras através da massificação dos grupos de corridas, das academias e equipamentos públicos de ginásticas, nas campanhas e programas midiáticos que difundem os benefícios da adoção de determinadas práticas saudáveis, levando a uma busca por um ideário de saúde estandardizado, muitas vezes desprazeroso, e aposta na “prescrição” de comportamentos.

No entanto, em espaços menos visíveis e glamorosos como os serviços de saúde que atendem a população mais necessitada, onde poderíamos supor que essa lógica se arrefeceria, têm ocorrido o contrário. Nesses espaços, o núcleo da Educação Física também tem sido convocado a fazer parte das equipes das unidades básicas, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos serviços de Saúde Mental como Caps, que têm demandado do trabalhador da Educação Física uma forma de operar que não se resuma à execução de tarefas relacionadas à prescrição/condução de sessões de exercícios físicos para determinados grupos terapêuticos.

Os atuais serviços de Saúde Mental são substitutivos dos antigos manicômios, que povoavam o imaginário dos que viviam do lado de fora como lugar de contenção da loucura. Estes serviços estão cada vez mais próximos da comunidade, exigem uma nova forma de organização do cuidado, pois contam com vários trabalhadores que compõem as equipes multiprofissionais como: médicos psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos etc. Estes mesmos profissionais, além de atuarem diretamente com os usuários dos serviços, também recebem estudantes de graduação e das diferentes modalidades de formação em serviço como as residências multiprofissionais.

Todos estes trabalhadores em saúde acima listados passam a conviver, juntamente com os usuários dos serviços⁸, com toda uma nova gramática: linha de cuidado, projetos terapêuticos singulares, apoio matricial, referência e contrareferência, medicamentos de última geração e oficinas terapêuticas oriundas das produções do campo da Saúde Coletiva.

⁸ Antes da implementação do SUS os usuários do sistema eram chamados de *pacientes*, termo que remete a um sujeito que é passivo à intervenção. O termo *usuário* a remete a sujeito agente do seu processo de cuidado emerge dos debates da Reforma Sanitária e se afirma na 8ª Conferência Nacional de Saúde. (BRASIL, 1986).

Esta nova gramática acaba gerando uma nova posição dos usuários de saúde mental na sociedade contemporânea. Conforme Peter Pál Pélbart (1989), a loucura historicamente foi vista como o lugar da desrazão, demarcado por imagens de homens e mulheres fumando sozinhos, caminhando a esmo, catatônicos, abandonados à própria sorte. Mais recentemente, a forma de lidar com os usuários de Saúde Mental vem passando por um processo de transformação, no qual o sujeito é posicionado como um indivíduo alvo do investimento de tecnologias de cuidado voltadas para a ativação da subjetividade, o envolvimento da família, a geração de renda, circulação pela cidade e acesso aos bens públicos disponíveis.

Não se trata, no caso desta pesquisa, de valorar como melhor ou pior os diferentes momentos históricos da Saúde Mental, mas de tentar entender as novas formas de construção coletiva de trabalho em Saúde Mental, como vem acontecendo a composição de saberes no dia a dia dos serviços, e como o trabalhador de Educação Física na Saúde Mental tem dado conta das demandas de produção do cuidado em Saúde Mental no CAPS.

Diante deste quadro mais geral em relação ao que se vem produzido no trabalho das equipes de Saúde Mental, interessa-me nessa investigação compreender como a Educação Física vem compondo o trabalho nas equipes multiprofissionais de Saúde Mental. Assim, apresento minha questão central de pesquisa: **como a equipe de Saúde Mental incorpora o trabalhador de Educação Física nos CAPS numa perspectiva de composição de equipe multiprofissional em Saúde Mental?**

Nesta dissertação, portanto, proponho-me a analisar, de um modo geral, os processos de trabalho dos trabalhadores em saúde mental e, de modo específico, como os trabalhadores de Educação Física⁹ se incorporam (ou são incorporados) no cotidiano de trabalho nos serviços de Saúde Mental.

Trato dessa temática nesta dissertação inspirado nas novas formulações e nas transformações ocorridas no trabalho em saúde a partir das proposições do campo da Saúde Coletiva. Procuro destacar os percursos efetivamente trilhados e compartilhar as incertezas encontradas no caminho, pois são algumas das tarefas

⁹ Utilizarei na dissertação do termo “trabalhador de Educação Física na Saúde Mental” por uma escolha política, uma vez que discordo da perspectiva dualista e fragmentada embutida no termo “Educador Físico”. Também não me valerei do termo “profissional de Educação Física” por acreditar que esse termo na sua formulação histórica, acentuadamente corporativista, não está próximo ao campo da Saúde Coletiva.

que se impõem a todos que estão implicados com a invenção de outras possibilidades no trabalho em Saúde Mental. É no dia-a-dia dos serviços de Saúde Mental que os trabalhadores são constantemente convidados a ir ao encontro do inusitado, do desconhecido, a se deixar afetar pelos saberes construídos no cotidiano do ato do cuidado em saúde, a se reinventar cotidianamente, são incitados a investir na experimentação na vida, a trocar com o usuário, ir além das amarras da formação inicial especializada, construir novas possibilidades de trabalho pautadas nas demandas e negociações com o território, a se deixar compor com os demais trabalhadores em saúde na construção do cuidado em saúde.

A partir deste contexto, planejei a investigação interessado em saber como o trabalhador da Educação Física na saúde compõe (e se deixa compor em) equipes multiprofissionais e constrói o trabalho coletivo em saúde. Instigou-me investigar se as intervenções estavam pautadas na produção de cuidado, se eram elaboradas com os usuários do serviço e comunidade do território, instituinte de novas práticas e saberes que vão além do acúmulo histórico originário da sua formação, ou se sua prática está somente centrada no desenvolvimento de tarefas motoras desconectadas com projetos terapêuticos singulares. A pesquisa e as análises, tal como já expus anteriormente, têm muito do meu olhar e da minha avaliação da vivência como trabalhador de um serviço de Saúde Mental.

O texto do relatório final da presente pesquisa de mestrado é composto por sete capítulos. O capítulo introdutório está dividido em três seções, nas quais apresento as principais motivações e o problema de pesquisa. O segundo capítulo, intitulado “A Reforma Psiquiátrica e as Políticas de Saúde Mental”, desdobra-se em três seções nas quais situo a história da Reforma Psiquiátrica brasileira, os Serviços Substitutivos em Saúde Mental e a saliência da temática de álcool e drogas na contemporaneidade. O terceiro, intitulado “Repertório conceitual e políticas de formação em saúde”, é composto por duas seções nas quais apresento o marco conceitual e algumas questões relativas à formação do trabalhador em saúde. O quarto capítulo, “Educação Física em interface com a Saúde Mental”, tem duas seções que tratam do que se faz e do que já se escreveu em relação à Educação Física em serviços de Saúde Mental. O quinto é composto de duas seções que tratam dos “Percurso e percalços metodológicos”, enfatizando as características de um estudo de caso qualitativo e o processo de construção do roteiro de entrevistas. O sexto capítulo é dedicado à análise das categorias que emergiram das falas dos

colaboradores: as tensões entre o público e o privado nos cenários de produção de cuidado; as expectativas e demandas para Educação Física nos serviços de saúde; e os saberes dos núcleos rasurados pelos afazeres que se misturam na prática de cuidado. O último capítulo é dedicado às considerações finais.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

2.1 ASPECTOS DA HISTÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A recorrência do debate em Saúde Mental remonta, no mínimo, dois séculos. Com a Revolução Industrial e o surgimento do capitalismo passou a não ser mais admissível que houvesse sujeitos que não contribuíssem para a economia e trabalhasse nas fábricas. Então, a partir do século XVIII criam-se os grandes manicômios, numa perspectiva de habilitar os sujeitos para que tenham alguma atividade econômica e o tratamento terapêutico indicado era a internação e consequente institucionalização. Com isso ocorre uma mudança de dominação, a loucura deixa de ter um caráter exclusivamente moral, e passa a ter também um caráter científico. É a época, a partir do século XVIII, da criação dos grandes hospitais e início de uma ciência médica para a loucura (FOUCAULT, 1978).

Pinto e Ferreira (2010), inspirados na obra “História da Loucura” de Michel Foucault, traçam um histórico da loucura ao longo dos tempos, do Renascimento aos dias de hoje, apontam que a separação entre razão e loucura abrangia um universo de comportamentos muito amplo, no qual prevalecia diagnósticos de acordo com a moralidade vigente em nome de um conhecimento designado como científico. “Eram considerados loucos: prostitutas, magos, desregrados, feiticeiros, alquimistas, suicidas, blasfemadores” (PINTO; FERREIRA, 2010, p. 28).

Neste período não haviam as classificações de doenças para a loucura, tal como hoje conhecemos, pautada na psiquiatrização do comportamento humano, com as atuais normas para a Saúde Mental humana. Naquele período o que acontecia era o enclausuramento dos indivíduos ditos “anormais”, ação que por si só já transformava os enclausurados em loucos e doentes, para assim serem tratados, privando-os de direitos civis, políticos, econômicos, culturais e sociais, representando a exclusão e a retirada de circulação dos indivíduos inaptos à sociedade (WACHS, 2007, 2008).

Na obra de Wadi (2002), “O palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul”, conta como se deu o processo histórico de atenção à loucura no Rio Grande do Sul nos últimos dois séculos, onde “os loucos” inicialmente habitavam os porões da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, juntamente aos criminosos da cadeia

municipal, até a construção do primeiro hospício/manicômio do Rio Grande do Sul, o Hospício São Pedro que aconteceu em 1884, com a intenção de construir um local afastado para tratamento dos loucos do hospital geral, havia a necessidade de um espaço onde fosse possível estabelecer padrões de normalidade a anormalidade.

Dentro desta perspectiva, a criação de um hospício representava o que havia de mais avançado no século XIX para a atenção a loucura. Assim, surge o Hospício São Pedro, que passa a ser o local onde historicamente se consolida o saber médico sobre a loucura no RS, onde a psiquiatria ganha força e se perpetua como prática hegemônica (WADI, 2002).

Entretanto, contrapondo o modelo clássico do hospício/manicômio, nas últimas décadas, tem se produzido significativos movimentos pela transformação no modo de assistência e atendimento aos usuários de Saúde Mental. Tem-se construído alternativas e avanços como a psiquiatria social e o projeto de Reforma Psiquiátrica, chamando a atenção de diversos segmentos da sociedade para a Saúde Mental não só no Brasil, mas também em outros países (AMARANTE, 1994). Assim o usuário de saúde mental passou a vislumbrar outra perspectiva no sentido social e político, passando a contar com políticas públicas voltadas para transformações importantes na atenção à Saúde Mental, como afirmam Torre e Amarante (2001):

É possível perceber hoje no campo da saúde mental no Brasil um expressivo processo de transformação do lugar do louco como ator social, como sujeito político. Uma das faces desse processo refere-se à ampliação do conceito de “reforma psiquiátrica”. O objetivo é não reduzi-lo a um processo exclusivamente restrito a mudanças administrativas ou técnicas dos serviços. Ou seja, procura-se construir um conceito de reforma psiquiátrica que não seja sinônimo de reforma da assistência psiquiátrica, a exemplo dos processos que ocorreram nos anos 60 e 70 (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 79).

De acordo como o Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental no documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas¹⁰ de 2005, o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil se inicia nos anos 70, e

¹⁰ Conferência de Caracas foi uma conferência realizada na Venezuela no ano de 1990, onde se reuniram organizações, associações, trabalhadores, legisladores, juristas e autoridades da área da Saúde Mental e consensuaram que atenção a Saúde Mental deve ser comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva (BRASIL, 2005).

reivindica mudanças na gestão e práticas de saúde, defende “a Saúde Coletiva, equidade e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado” (BRASIL, 2005, p.6).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem seus primeiros passos no final dos anos 1970, concomitantemente ao movimento da Reforma Sanitária¹¹, porém seu processo se dá de forma independente, é um movimento singular, que também pautou transformações na atenção à saúde porque ganhou força num momento histórico de grande efervescência e mobilização política.

Inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação do modelo asilar/manicomial, e na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico/manicômio, o movimento da Reforma Psiquiátrica se fez por meio de reivindicações de mudanças no cenário. A luta por uma legislação que privilegiasse os direitos dos usuários de Saúde Mental era um dos pilares do movimento, mas para além da mudança legal, fundamentalmente o movimento projetava no horizonte a afirmação de outra forma de existência: o louco como sujeito social.

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, portanto, é historicamente composto por diversos movimentos e forças políticas. Instituições de diferentes origens, apoiadas por uma multiplicidade social e política, buscaram transformações na gestão pública, na qualificação de trabalhadores, na formação em âmbito universitário, nas associações de usuários de Saúde Mental e de seus familiares, nos movimentos sociais e no imaginário social. O movimento também reivindica um conjunto de transformações e práticas, de saberes, de valores culturais e sociais, não só no dia a dia dos serviços de Saúde Mental, mas também nas relações no cotidiano das cidades, com a ocupação dos espaços públicos pelos antigos moradores dos manicômios. Fato que ainda gera tensões, conflitos e desafios, e que exigem constantes mobilizações para a manutenção e afirmação dessas conquistas históricas.

Em 1978 teve início o movimento social pelos direitos dos usuários de Saúde Mental no Brasil, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM),

¹¹ A partir da década de 1970, emerge o Movimento da Reforma Sanitária, inicialmente com fortes influências marxistas, e posteriormente, com a contribuição de teóricas de pensadores como Nietzsche, Foucault, Deleuze, Guatarri, onde os processos de formação e produção do conhecimento em saúde tiveram um gigantesco salto qualitativo, passa-se a vislumbrar os determinantes sociais das doenças e agravos de saúde e a organização social dos serviços de saúde (NUNES, 1994), culminando em formulações que deram origem aos princípios da Saúde Coletiva, o embrião de ideias para criação do SUS.

movimento amplo formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de trabalhadores e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. É este movimento, com sua luta, que assume a responsabilidade pelas denúncias dos abusos nos manicômios, dos interesses comerciais na atenção à loucura, e passa a formular a crítica ao modelo manicomial de atenção em Saúde Mental.

Com a luta do MTSM e com as movimentações da Reforma Psiquiátrica, surge em 1987 na cidade de São Paulo o primeiro CAPS do Brasil. Já o segundo CAPS, o CAPS NOSSA CASA, foi criado em 1988 na cidade de São Lourenço do Sul em 1988, município do interior gaúcho pioneiro na implementação de políticas para Saúde Mental¹².

Logo depois, em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos/São Paulo faz a primeira ação de desconstrução de em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, um marco para a luta antimanicomial no Brasil. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que funcionam 24 horas, e também são criadas cooperativas, residenciais terapêuticos para os egressos do hospital psiquiátrico e associações de usuários e familiares. A experiência do município de Santos passa a ser um exemplo no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005).

Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos de usuários de saúde mental e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Fato que incentiva os movimentos sociais pelos direitos dos usuários de saúde mental de vários estados brasileiros a conseguirem aprovar leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à Saúde Mental, sendo o Rio Grande do Sul o primeiro desses estados com a Lei 9.716/92.

Após esse período, e com forte pressão dos movimentos sociais, que as políticas para Saúde Mental começam a se pautar nas formulações da Reforma

¹² E foi por isso que São Lourenço do Sul se torna a “Meca” da saúde mental no Rio grande do Sul, onde muitos atores sociais da saúde mental voltam seus olhares para a cidade. Desde o ano de 2005 acontece um evento chamado “Mental Tchê” (um dos mais importantes eventos da saúde mental no RS), que reúne usuários, trabalhadores, estudantes e gestores em torno da temática.

Psiquiátrica. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil por meio da assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1994, a partir da qual foram criadas normas federais de regulamentação e implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia no Brasil.

Somente após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, no ano de 2001, a Lei Paulo Delgado (Lei Federal 10216) é sancionada no país. Ela redireciona a assistência em saúde mental, privilegia o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos dos usuários de saúde mental, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos.

No impulso da aprovação da lei Paulo Delgado acontece em Brasília a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001, na qual são afirmadas as reivindicações da Reforma Psiquiátrica e ganham maior visibilidade e força para sua consolidação. Toda essa mobilização pressiona o governo federal a criar os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico/manicômio. Novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. Também se amplia a rede de atenção diária à saúde mental, passando a nacionalizar as ações, fazendo chegar a assistência comunitária em Saúde Mental onde era praticamente inexistente e o processo de desinstitucionalização de pessoas internadas em manicômios por longos períodos com a criação de financiamento público além da criação de políticas de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001a).

Em 2003 o Ministério da Saúde brasileiro lança a “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral de Usuários de Álcool e Outras Drogas” (BRASIL, 2003), fortalecendo o cuidado em Saúde Mental a usuários de álcool e outras drogas, e tem como principal diretriz a estratégia de redução de danos. O processo de institucionalização da redução de danos no Brasil começa de modo mais efetivo no final da década de 1980 no município de Santos/SP, priorizando o atendimento da população usuária de drogas injetáveis com o objetivo de prevenir HIV/AIDS pela troca de seringas.

Em julho de 2010, por ocasião do Congresso Internacional do Crack e Outras Drogas em Porto Alegre, Domiciano Siqueira e Rose Teresinha da Rocha Mayer

produziram uma interessante explicação que sintetiza bem o entendimento de redução de danos para aqueles que procuram trabalhar nesta perspectiva:

Redução de Danos é uma das diretrizes de trabalho do SUS. Não estabelece a diminuição do consumo como condição de acesso ou exige abstinência a priori, mas o protagonismo da pessoa que usa drogas. Fundamenta-se nos Direitos Humanos e considera o exercício da liberdade, os modos de viver e trabalhar, a saúde como produção e determinação social, convergindo com a posição ética e compreensiva da Saúde Coletiva. Implica num repertório de cuidado integral e intersetorial, na perspectiva de rede, inclui um conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas às pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas e sua rede social e afetiva. Dirige-se à identificação e minimização de fatores de riscos sociais, econômicos e de saúde, bem como à potencialização dos fatores de pertença, cidadania e defesa da vida (SIQUEIRA; MAYER, 2010).

A estratégia de redução de danos tem sido implementada em serviços de Saúde Mental que atendem a população usuária de álcool e outras drogas, e tem produzido efeitos muito interessantes na estruturação do trabalho coletivo das equipes e tem potencializado a transversalização do cuidado na rede de atenção.

2.2 SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS EM SAÚDE MENTAL

Os serviços substitutivos em Saúde Mental emergem com a Reforma Psiquiátrica com intuito de substituir o cuidado manicomial, constituindo redes de cuidado em saúde mental com a vida da comunidade, no território, lá onde a vida acontece. Abaixo uma figura que representa essa rede:

Figura 1 - Rede de atenção a Saúde Mental

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



Fonte: Brasil, 2004b.

O cuidado em Saúde Mental tem os CAPS e os NAPS como principais articuladores dessa rede que acontece próximo à moradia do usuário, no seu território, pois nessa perspectiva é preciso levar em consideração a cultura local, os laços familiares e os vínculos sociais. Nesses serviços acontecem oficinas e grupos terapêuticos, espaços de convivência, geração de renda e trabalho, ou seja, são locais de encontros que produzem materialidades e subjetividades em defesa da vida e de todas as formas de existência.

Os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (hospícios/manicômios) são garantidos pela portaria 336/02 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), que estabelece a nova sistemática de classificação dos Centros de Atenção

Psicossocial: CAPS I, CAPS II, CAPS AD (Álcool e Drogas), CAPS i (Infância e Adolescência) e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional:

- CAPS I municípios com população de 20.000 a 70.000 habitantes, com equipe mínima de um médico, um enfermeiro, três trabalhadores de nível superior, quatro de nível médio, atendimento em dois turnos: 8h às 18h cinco dias da semana.

- CAPS II município com população 70.000 a 200.000 habitantes, com equipe mínima de um psiquiatra, um enfermeiro, quatro trabalhadores de nível superior, seis de nível médio, com atendimento das 8h às 18h cinco dias da semana, terceiro turno até 21h.

- CAPS AD municípios acima de 70.000 habitantes com equipe mínima de um psiquiatra, um enfermeiro, um clínico, quatro trabalhadores de nível superior, seis de nível médio, e atendimento das 8h às 18h cinco dias da semana, terceiro turno até 21h.

- CAPS i municípios com população a cerca de 200.00 habitantes, com equipe mínima de um psiquiatra ou neurologista ou pediatra, um enfermeiro, quatro trabalhadores de nível superior e cinco de nível médio, com atendimento das 8h às 18h cinco dias da semana, terceiro turno até 21h.

- CAPS III município acima de 200.000 habitantes, com equipe de dois psiquiatras, um enfermeiro, cinco trabalhadores de nível superior, oito de nível médio, e atendimento 24h. E também existe a modalidade de CAPS III AD, com as mesmas características, porém com atendimento a população usuária de álcool e drogas.

Residenciais Terapêuticos – São serviços de assistência em saúde mental, de caráter provisório, que buscam reinserção social e familiar a egressões de manicômios, repetidas internações psiquiátricas e pessoas com vulnerabilidades sociais. E contam com equipe mínima de um trabalhador de nível superior e dois de nível médio com experiência, formação ou com especialização em saúde mental.

Consultório de Rua/Consultório na Rua – esse é mais recente equipamento criado para atenção a saúde mental, funciona com um veículo equipado e leva a equipe até as pessoas em situação de rua, principalmente usuários de álcool e outras drogas, a primeira experiência acontece em Salvador/BA no final da década de 90, inspirado na ONG francesa Médicos do Mundo. Inicialmente ligado aos serviços de Saúde Mental, em 2011 sofre alterações em seu formato e nomenclatura

passando também a estar interligado à Atenção Básica em Saúde, passando a se chamar Consultório na Rua com as seguintes modalidades:

Modalidade I – 4 trabalhadores em saúde – 2 de nível superior (enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional) e 2 de nível técnico (agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal).

Modalidade II – 6 trabalhadores em saúde – 3 de nível superior (enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional) e 3 de nível técnico agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal).

Modalidade III – acrescenta o médico (Brasil, 2013).

Ainda compõem essa rede de cuidados outros dispositivos como centros de convivência, Atenção Básica em Saúde Mental, ambulatórios com equipe de saúde mental, ambulatórios especializados em Saúde Mental, hospital dia, serviços de urgência e emergência em Saúde Mental, leitos ou unidades psiquiátricas em hospital geral.

Todos estes serviços têm financiamento público (federal, estadual e municipal), ficando aos municípios a responsabilidade pela gestão dos serviços e a contratação de trabalhadores. Porém, os municípios encontram barreiras de várias ordens para contratar trabalhadores nos moldes de serviço público (quer seja em regime estatutário ou celetista), e muitas vezes acabam repassando esta responsabilidade para instituições filantrópicas, associações e organizações sociais, o que significa a terceirização da contratação dos trabalhadores das equipes de cuidado em Saúde Mental. Um exemplo são os grandes hospitais de Porto Alegre, que fazem parcerias com a prefeitura para a criação de Centros de Atenção Psicossociais na modalidade Ad. Na maioria dos casos, estes hospitais pertencem a instituições religiosas, que pelo fato de terem fundações próprias, estabelecem contratos de prestação de serviço para o atendimento da demanda em um determinado território.

Se por um lado o município aparentemente consegue “fazer mais com menos”, por outro as relações de trabalho ficam comprometidas, pois os servidores são contratados por estas instituições sem estabilidade no emprego e suscetíveis às variáveis da relação custo-benefício pautadas pelo mercado. Outro complicador é o fato de que as instituições profissionais acabam aliando o cuidado a uma perspectiva “evangelizadora”, o que acaba produzindo conflitos com as diretrizes e os princípios do SUS, especialmente na universalidade, equidade, integralidade.

Estas terceirizações acabam por precarizar o trabalho e reduzir as equipes, diminuindo a possibilidade da contratação de trabalhador de Educação Física para compô-las, uma vez que nenhuma dessas políticas tem este trabalhador como figura obrigatória na composição das equipes em Saúde Mental, tanto no âmbito público quanto nas parcerias público-privada. Apesar de constantemente convocado para o trabalho em serviços de Saúde Mental, e de ser quase sempre citado nos textos das Conferências de Saúde Mental como uma figura a ser considerada na composição das equipes, não consta em nenhuma política específica previsão de contratação do trabalhador de Educação Física.

Wachs (2008, p. 55) coloca que ficamos “neste jogo mal resolvido entre uns e outros”, que demarca um lugar de invisibilidade laboral, que leva (ou é decorrente) de uma invisibilidade dos saberes constituintes deste núcleo dentro do campo da saúde. Trata-se, evidentemente, de uma disputa de poder-saber no campo da saúde que faz oscilar entre uma proposta centrada em algumas profissões (medicina, psicologia e enfermagem) e outra de caráter multiprofissional, onde o protagonismo do cuidado circula entre determinadas profissões do campo da saúde, mesmo que o trabalho em equipe tenha sido reafirmado no cotidiano do trabalho e nas Conferências de Saúde Mental, ainda existem áreas hegemônicas e outras secundárias nas propostas de cuidado em Saúde Mental.

2.3 SALIÊNCIA DA TEMÁTICA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NAS POLÍTICAS CONTEMPORÂNEAS

Passados mais de 20 anos da primeira lei de Reforma Psiquiátrica no Brasil (RS, 1992), a discussão sobre a atenção a usuários de álcool e drogas ganhou uma força extraordinária nos debates contemporâneos de Saúde Mental. Mesmo correndo o risco de fazer uma discussão deslocada do eixo central do trabalho, seria um erro não abordar a temática, uma vez que o estudo foi realizado em um Caps Ad.

A relação da humanidade com as drogas, ou se preferirmos as substâncias que alteram a consciência, vem de muito tempo. As ervas e raízes utilizadas para rituais e curas fazem parte da cultura dos povos desde as primeiras formas de organização social até os dias de hoje. As grandes navegações dos séculos XVI e XVII, por exemplo, iam à busca de pimenta, canela, noz moscada e açúcar,

especiarias eram consideradas as drogas daquela época. De acordo com Carneiro (2005), a “palavra ‘droga’ deriva do Holandês *droog*, que nos séculos XVI e XVII significava um conjunto de produtos secos de origem natural, utilizado na alimentação e na medicina” (CARNEIRO, 2005, p. 11). Portanto, droga tem significados muito diferentes em cada época e em cada lugar.

As drogas estão presentes no cotidiano da população, sendo lícitas ou ilícitas, na saúde e no tratamento de patologias, no esporte com os constantes casos de doping que potencializam performances, no lazer, álcool/tabaco e as sintéticas estimulantes muito utilizadas em encontros e festas. Por mais que tentemos negar a utilização de drogas, elas fazem parte do cotidiano das pessoas, sejam elas prejudiciais ou não. Por isso, a temática de álcool e drogas transita por campos distintos que geram debates de caráter moral, sanitário, religioso, com as mais diversas formulações. Aqui vou me ater a fazer um debate pautado nas formulações do campo teórico da Saúde Coletiva, que se pautam na autonomia, informação e direito de escolha do usuário.

Atualmente existem as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003), e entre elas temos a política de Redução de Danos, que vem como uma nova proposta de olhar a temática, inicialmente vinculada à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis com distribuição de seringas a usuários de drogas injetáveis e após abrangendo outras modalidades de uso e abuso de drogas. A proposta leva em consideração o desejo e autonomia do sujeito em relação à gestão do seu uso, buscando estratégias para que o uso de drogas seja o menos prejudicial possível.

Na realidade do Caps Ad, onde fui trabalhador, percebia que a grande parte dos usuários acolhidos no serviço estava envolvida com drogas lícitas, como álcool e tabaco. Mesmo assim, os usuários de crack, droga que tem grande apelo midiático, são alvos da maioria dos investimentos públicos e privados, na formulação de políticas e tecnologias de cuidado das mais diversas. Talvez porque muitos usuários de crack habitam os centros das grandes cidades, estão visíveis à grande maioria da população, muitas vezes em locais de grande especulação imobiliária. Assim se configurando em uma população carente de políticas públicas efetivas e não só um problema de saúde.

Se por um lado as drogas podem funcionar como válvula de escape para os usuários, elas também são vistas como um problema de saúde a ser enfrentado pelo

poder público. A forma de enfrentamento varia de acordo com as concepções de saúde que circulam. Muitos estados brasileiros estão discutindo a aplicação da internação compulsória, para estes usuários que perambulam pelos grandes centros, já prevista na lei da Reforma Psiquiátrica (10216/2001), especificamente em seu artigo 4º “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001b). A internação pode ser aplicada em três situações: *internação voluntária*, aquela que se dá com o consentimento do usuário; *internação involuntária*, aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e *internação compulsória*, aquela determinada pela Justiça, todos com laudo médico e avaliação da equipe de Saúde Mental.

Mesmo assim, projetos em sentido contrário têm tido muita visibilidade midiática, como o projeto de autoria do Deputado Federal Osmar Terra, do PMDB, que foi aprovado no plenário da Câmara de Deputados em 23 de maio de 2013. Na Assembléia Legislativa do estado do Rio Grande do Sul também tramita um projeto muito semelhante ao do deputado Osmar Terra, só que de autoria da deputada Miriam Marroni, do PT. Em Porto Alegre há outro projeto com as mesmas características tramitando na Câmara de Vereadores, de autoria de Thiago Duarte, do PDT. Todos eles, propostos por legisladores de diferentes esferas públicas e de diferentes partidos políticos, desconsideram a Lei da Reforma Psiquiátrica, pois propõem a internação para usuários de drogas como o primeiro recurso, como a “porta de entrada” do processo de cuidado do usuário de drogas, desconsiderando todas as iniciativas históricas conquistadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e o SUS.

Essas ações acabam tendo um caráter muito mais "estético-policialesco", pois apenas se preocupa em "limpar" as cidades dos sujeitos indesejáveis, muito mais para "inglês ver" durante a Copa do Mundo de 2014 e Olimpíadas do Rio 2016, do que para promover saúde ou reduzir danos. Além de fortalecer a compra de serviços privados de Saúde Mental pelo SUS, uma vez que a maioria dos usuários dessa modalidade de cuidado tem sido conduzida a locais privados de atenção a usuários de Saúde Mental, esta estratégia fragiliza a rede pública, que por sua vez é mais efetiva e ajustada ao princípio constitucional da saúde como direito do cidadão e dever do estado, e não como um "negócio da doença" (BRASIL, 2006, p.18).

Os usuários de drogas contemporâneos fazem parte de um grupo considerado como novos anormais, ou "anormais do desejo", como bem coloca Emerson Merhy (2012), tal como outrora os anormais foram os leprosos, posteriormente os loucos (FOUCAULT, 1978), agora temos os sujeitos desejantes de drogas (especialmente crack), desejantes de comida (obesos/gordos), desejantes de "preguiça" (vulgo sedentário), posicionados na condição de malditos do discurso sanitário contemporâneo.

3 REPERTÓRIO CONCEITUAL E POLÍTICAS DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

3.1 UM MARCO TEÓRICO FORJADO NA LUTA

O marco histórico dos conceitos que tratarei aqui emerge do Movimento da Reforma Sanitária que inicia na década de 70, e que com sua luta mobilizou a construção da 8ª Conferência Nacional de Saúde¹³ em 1986, marco fundamental para as formulações contemporâneas em saúde, pois produziu e sistematizou uma nova forma de compreender o processo de saúde/doença, os indicadores de saúde, a forma de organização dos serviços, a formação de trabalhadores em saúde e a participação popular. Rompendo com a histórica tendência biologicista nas ações em saúde, centrada na lógica das especializações médicas (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004), que vislumbram de modo mais intenso os marcadores biológicos e menos o cuidado integral pautado nos aspectos sociais, culturais e subjetivos.

O Movimento da Reforma Sanitária brasileira é inspirado em diversas experiências internacionais em países como Espanha, Portugal e principalmente Itália, é um fenômeno dinâmico e inacabado (COHN, 1989). Traz em suas concepções, além das transformações sanitárias, concepções ideológicas nas transformações do “estado e da sociedade, buscando mudanças nas relações entre saúde, economia, trabalho, educação, salário, habitação, saneamento, transporte, terra, meio ambiente, lazer, liberdade e paz” (PEREIRA; LIMA, 2008, p.17).

Com isso, o processo do trabalho em Educação Física no SUS ainda gera muitas reflexões e formulações sobre quais são os saberes e práticas contribuem para o cotidiano dos serviços de saúde. Para esboçar algumas possíveis pistas para questões tão densas, é preciso primeiro mapear o campo conceitual sobre o qual estrutura a investigação e a análise. Início com os conceitos de autores que vem acumulando produções importantes no campo da Saúde Coletiva.

¹³ A 8ª CNS foi o grande marco nas histórias das Conferências de Saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação.

Começo com os conceitos de campo e núcleo formulados por Gastão Wagner de Souza Campos (2000) no qual campo é um espaço de atuação mais abrangente, sem limites precisos, e núcleo demarca um determinado saber ou prática profissional dentro deste campo. Ambos os conceitos ajudam a posicionar os afazeres profissionais na produção do cuidado em saúde em duas dimensões articuladas entre si, mas não fechadas em dois pólos estanques. Neste texto vou tratar como campo a Saúde Mental e núcleo a Educação Física, pois pretendo estabelecer uma maior aproximação entre um e outro para tentar dialogar com a realidade concreta do trabalhador de Educação Física na Saúde Mental.

No que se refere à Educação Física, tomo como núcleo seu acúmulo histórico, especialmente os elementos da cultura corporal e as diversas possibilidades que emergem do conhecimento da área. E tomo como campo os saberes e práticas em Saúde Mental como as oficinas e grupos terapêuticos, escutas, acolhimento, gestão, relações multiprofissionais, entre outros encontros que o campo possibilita. Os conceitos de campo e núcleo formam uma primeira camada de entendimento sobre a complexidade que envolve o processo de composição dos saberes em equipes multiprofissionais, portanto, fundamentais para uma primeira movimentação analítica neste trabalho.

Outro conceito fundamental para a operacionalização da análise da pesquisa é o de cuidado em saúde, que se opõe a uma forma anterior de manejo de procedimentos e técnicas a que costumava ver o trabalho em saúde como cura da doença, purgação de um mal já instalado. Cuidado se trabalha em outra lógica, mais ampla, que demanda investimento coletivo em saúde, trabalho em equipe sustentado pela noção de integração de saberes, que emerge da medicina preventiva na década de 50, se fortalece com a medicina comunitária na década de 60, se expande com a atenção à saúde na década de 70, o que leva a ampliação da atenção à saúde, inovação dos processos de trabalho, no desenvolvimento de novas tecnologias e não apenas o cumprimento de tarefas e protocolos. Trata-se de um movimento que afeta as propostas de produção de cuidado e inspiram alguns projetos inovadores de formação dos trabalhadores em saúde, nos quais não basta apenas reproduzir técnicas, é preciso vivenciar o ato de construir o cuidado no território. Como afirmam Capozzolo *et al* (2013), quando trazem a experiência de formação na Universidade Federal de São Paulo-Campus Baixada Santista

As intervenções de cuidado não se restringem à aplicação de técnicas em um 'corpo adoecido', mas envolvem compreender o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver do usuário, e abrir possibilidades e desejos, reconhecendo-o como produtor da sua própria saúde (CAPOZZOLO *et. al.*, 2013, p.358).

No campo da saúde há uma mudança na forma de se referir a equipamentos e maquinarias, também necessárias quando pensamos o quão complexas são algumas formas de produzir o cuidado, tais como cirurgias, transplantes etc. Porém outras formas de cuidado em saúde, tais como escutas, oficinas terapêuticas ou outras ações de um plano terapêutico singular também vêm sendo compreendidas como tecnologia de cuidado, que dizem respeito a ações materiais e imateriais dos processos de trabalho em saúde não centradas em equipamentos (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2008).

Emerson Merhy (2007) propõe uma formulação que de certa forma produz um desdobramento bastante interessante para os propósitos deste trabalho: a noção de "tecnologias de cuidado". Nesta noção se inserem não apenas os sofisticados equipamentos que compõem o cenário da assistência em saúde, mas também as "tecnologias leves", que são práticas de cuidado como as escutas durante o atendimento, o acolhimento no serviço, o estabelecimento de vínculos, ou seja, técnicas pouco visíveis, que têm sua materialidade na singularidade, na interação e na produção de encontros, que se configuram na grande potência do trabalho em saúde e especialmente em Saúde Mental. Merhy também subdivide as tecnologias de cuidado em "tecnologias leves-duras", associadas às rotinas terapêuticas e aos protocolos clínicos, e "tecnologias duras", associadas aos equipamentos e maquinários destinados a procedimentos de alta complexidade e produtores de diagnósticos precisos.

Para Carvalho (2007), seguindo na mesma linha, aponta que o cuidado em saúde vai além de um conjunto de ações e procedimentos, pois há implicações éticas mais complexas. Nas palavras da autora,

cuidado representa o compromisso e a responsabilidade de cada um e de todos com a construção de atitudes e estratégias que visam à transformação de situações degradantes à vida. [...] assim, implica produção, circulação e acesso aos saberes e práticas no campo da saúde (CARVALHO, 2007, p. 64).

Pinheiro (2008, p. 110), por sua vez, afirma que cuidado “é um modo de fazer na vida cotidiana, que se caracteriza pela atenção, responsabilidade, zelo e desvelo, com pessoas e coisas, em lugares e tempos distintos de sua realização”. A autora também coloca que o cuidado em saúde não é apenas a atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico em saúde, mas sim uma ação integral que remete à compreensão da saúde como “direito de ser”, pois cuidar em saúde é o respeito à diferença, à singularidade do sujeito, é torná-lo agente do seu próprio cuidado, a ponto de ele mesmo ter condições de escolher qual a tecnologia que quer acessar, uma forma de conceber autonomia próxima da que utilizo nesta dissertação.

Kinoshita (1996), por sua vez, afirma que autonomia emerge na confluência das diversas redes de dependência que o sujeito estabelece no território, isto significa dizer que nos tornamos autônomos na medida em que conseguimos estabelecer um número maior de relações sociais. O autor aponta que muitos usuários dos serviços de saúde têm redes muito restritas de dependência, muitas vezes em função do rompimento de vínculos ou da dificuldade no estabelecimento novas relações, o que leva à diminuição da autonomia. Para Kinoshita (1996), um usuário que tem amigos, família, serviços públicos de saúde, cultura, educação, assistência social, lazer é porque estabeleceu uma ampla rede de dependência, portanto, tende a ser mais autônomo e a transitar com maior liberdade em seu território.

Para dar sequência no debate sobre conceitos que se articulam ao movimento investigativo nesta dissertação, cabe destacar o de integralidade, que consta na lei 8080/90 como um de seus princípios e é entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

A integralidade vai além de um princípio doutrinário do SUS, é elemento central na produção de cuidado, conceito que tem sido debatido desde a década de 70, que pauta as práticas de cuidado em saúde, os processos de trabalho das equipes, a organização dos serviços e as políticas em saúde. Pinheiro (2008) afirma que a integralidade é o eixo central nas políticas em Saúde, e para funcionar tal como foi projetado precisa ser posta em prática pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em Saúde, com a superação de desafios à implantação de

inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações da gestão do sistema na sua relação com a sociedade.

Na medida em que as experiências no SUS avançavam, o conceito de integralidade passa a abranger outras dimensões (CARVALHO, 2007), o que leva à ampliação das responsabilidades em relação à produção do cuidado, e o refinamento da sensibilidade com relação às demandas socioculturais de trabalhadores, famílias e usuários. Assim sendo esta produção do cuidado e a integralidade são processos dinâmicos e contínuos, sendo necessária a compreensão dos modos de viver no território para operacionalizar estes conceitos aqui apresentados. Para Mendes e Donato (2003), o território é o espaço social de construção de saúde e constituição de cidadania, é onde as pessoas vivem, amam, celebram seus encontros, e por isso mesmo é elemento fundamental para se pensar a integralidade e o cuidado.

Assim, os conceitos de cuidado e integralidade em relação às demandas dos serviços de saúde são tomados como centrais ao campo, e passa a ser necessário que o trabalhador em Educação Física para a Saúde se aproprie destas questões para que possa ir além do acúmulo de sua profissão. Outra importante contribuição, que de certa forma articula os conceitos de integralidade e cuidado no campo da Saúde Mental é o conceito de Clínica Peripatética de Antônio Lancetti (2011), uma metáfora criada pelo autor para indicar uma forma de fazer clínica alternativa aos protocolos e normas de cuidado. Lancetti traz que a clínica se dá através do encontro, em “conversações e pensamentos que ocorrem durante um passeio, caminhada – *peripatetismo* – é uma ferramenta para entender uma série de experiências fora do consultório, em movimento” (LANCETTI, 2011, p.19).

Inspirado em Aristóteles, que ensinava passeando pelos jardins, Lancetti propõe a construção do cuidado em movimento, do trabalho coletivo de construção de saberes, da quebra das normatizações, da criação inventiva de novos protocolos de trabalho sempre prontos a dar conta do ir e vir, da surpresa, da quebra de procedimentos hegemônicos e burocráticos, propondo que tudo isto seja experimentado na formação das equipes multiprofissionais em saúde. Com isso, a construção do cuidado em Saúde Mental pode se dar em movimento, pensando as relações com a vida cotidiana das cidades e do território onde o sujeito vive e afirma suas singularidades.

Um dos conceitos que de certo modo articula as formulações acima é o de “trabalho vivo em ato”, outro também produzido por Emerson Merhy (2007). De acordo com o autor, é o momento marcado pela total possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima, usando em seu favor a dimensão humana e criativa característicos do trabalho em saúde. Contrapondo o trabalho “morto” das ferramentas, maquinários e protocolos que preconizam a eliminação de qualquer resquício de criação. E com isso, pensar sobre os novos arranjos tecnológicos e atos produtivos em saúde, implicados na disputa de um espaço que é produção de cuidado em saúde e ações que sejam localizadas como componente orgânico e instituinte, em que a escuta qualificada, a criação de espaços de acolhimento e estabelecimento de vínculo dão o contorno e a forma para a afirmação de processos de trabalho distintos e com potência de desestabilizar o alto grau de normatização das práticas em saúde (ABRAHÃO, 2007).

Por fim, em função da similaridade com a temática desenvolvida nesta dissertação, cabe destacar o estudo de Peduzzi (1998, 2001), que trata de analisar o trabalho de equipes multiprofissionais, a partir da perspectiva habermasiana que distingue o “agir-instrumental” e do “agir-comunicativo”, destacando a comunicação interna entre os trabalhadores, o projeto assistencial comum, a divisão do trabalho e a autonomia das equipes.

Peduzzi (1998, 2001) classifica a dinâmica da ação profissional em dois grandes grupos: “equipe integração” e “equipe agrupamento”. Ambas são equipes que se caracterizam pela multiprofissionalidade, mas a primeira “se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a intervenção de diversos agentes de diferentes áreas profissionais” (PEDUZZI, 2001, p. 108). Na equipe integração são realizados projetos assistenciais comuns e trabalho coletivo pautado na composição de saberes num mesmo horizonte ético. Já a equipe agrupamento funciona numa perspectiva técnica individual, na qual cada membro do coletivo desenvolve sua tarefa com pouca comunicação interna no processo de trabalho, caracterizando um emaranhado de saberes com pouca relação entre si.

Esta classificação de Peduzzi (1998, 2001) me ajuda a enlaçar a ideia do trabalhador de Educação Física compositor (equipe integração) em relação ao tarefeiro (equipe agrupamento) no âmbito da Saúde Mental.

3.2 EXPERIMENTOS NA FORMAÇÃO DO TRABALHADOR EM SAÚDE

Campo, núcleo, cuidado em saúde, tecnologias de cuidado, integralidade, Clínica Peripatética, trabalho vivo em ato são conceitos fundamentais à formação de um trabalhador na perspectiva do compositor, mas como já afirmei anteriormente na introdução desta dissertação (seção 1.2 Um trabalhador em formação; um trabalho em composição), dado o caráter acentuadamente biológico da formação inicial em Educação Física (assim como também ocorre em outras profissões da saúde), são raros os trabalhadores compositores "formados" na graduação. Dito de outro modo, não é fácil encontrar neste nível de ensino estudantes que tenham desenvolvido conhecimentos teórico-práticos acerca destes conceitos, o que resulta na formação de profissionais muito mais preparados (ou que se sentem mais preparados) para lidar com situações de trabalho na linha do "tarefeiro" mais do que na linha do "compositor".

A formação inicial em Educação Física é um nó importante para aqueles que voltam sua trajetória no mundo do trabalho para a saúde pública, por isso alguns grupos têm se dedicado a estudar e desenvolvido projetos sobre o tema do currículo deste núcleo em interface com a Saúde Coletiva, como é o caso do já citado projeto interinstitucional "Políticas de formação em educação física e saúde coletiva: atividade física/práticas corporais no SUS" (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012, p. 367), ao qual esta dissertação se vincula.

Além do desenvolvimento de pesquisas na área do ensino na saúde, algumas instituições de ensino superior têm processado consideráveis reformulações nos currículos dos cursos de Educação Física tentando dar conta das demandas de formação que vêm emergindo das práticas cotidianas e no mundo do trabalho em Educação Física no SUS. A própria ESEF/UFRGS é exemplo deste processo, tendo implantado em 2012 um currículo que passou a incluir uma série de disciplinas relacionadas ao SUS. Outro exemplo muito interessante de reformulação curricular, mais alinhado à ideia de "equipe integração" proposta por Peduzzi (1998, 2001), pode ser encontrado na Universidade Federal de São Paulo (Campus Baixada Santista). Em 2006 esta instituição conseguiu produzir um projeto político pedagógico integrado para implantação de cinco cursos da área da saúde: Nutrição, Fisioterapia, Educação Física Terapia Ocupacional e Psicologia. Neste projeto, o eixo central é a educação interprofissional em saúde e o desenvolvimento de

competências para o trabalho em equipe e para a integralidade do cuidado (CAPOZZOLO *et. al.*, 2013).

Estes e outros projetos pedagógicos relativos à formação em Educação Física no ensino superior foram levados adiante em função da visibilidade deste núcleo nas políticas públicas em saúde e, especialmente, pela indução à reformulação dos cursos de formação superior da área provocada pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)¹⁴, implantado no país em 2005. O Pró-Saúde aponta para a necessidade de a formação em saúde estar pautada nos princípios do SUS e marcada pela aproximação ensino-serviço. Para incentivar ainda mais esta aproximação, surge em 2010 o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde), na prática um desdobramento do Pró-Saúde, que tem por objetivo buscar uma efetiva integração ensino-serviço-comunidade. Para tanto, disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde para desenvolverem projetos no âmbito do ensino, pesquisa e extensão. O Pet-Saúde oportuniza que estudantes da graduação tenham contato com as mais diversas realidades dos serviços do SUS, inserindo-se nas equipes e vivenciando o trabalho na ponta, lá onde o cuidado acontece, percebendo as potencialidades e as carências de uma formação voltada para o SUS. É um passo importante aos que querem direcionar sua trajetória profissional para o campo da saúde.

Dos esforços empreendidos para a formação de profissionais da saúde dentro do “espírito” do SUS, as Residências Integradas em Saúde (RIS) e as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), tal como eu mesmo pude testemunhar, são os que têm oportunizado de modo mais efetivo o acesso ao conjunto de conhecimentos forjados na luta pela Reforma Sanitária.

As RIS/RMS foram lançadas em 2005 pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação. Esta modalidade visa possibilitar a formação em serviço no nível de pós-graduação, privilegiando a imersão prática e teórica no SUS. As residências integradas e multiprofissionais surgiram inspiradas nas residências médicas, mas com a finalidade de atender as demandas emergentes do trabalho das demais profissões da saúde. E pelo efeito que causaram em curto prazo na

¹⁴ Disponível em: <<http://www.prosaude.org/>> Acesso em: 25 ago. 2013.

formação dos trabalhadores em saúde das diversas áreas acabaram se multiplicando.

As primeiras iniciativas visando algo similar a esta modalidade de formação surgiram na década de 1970, com o início das movimentações político-sociais em torno da Reforma Sanitária e que levou à reorientação no modo de pensar a atenção à saúde. A primeira experiência, tida como o embrião das RIS/RMS, aconteceu em Porto Alegre no ano de 1978, ligada a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES), na Unidade Sanitária de Saúde São José do Murialdo, hoje Centro de Saúde Escola Murialdo. Atualmente chama-se Residência Integrada em Saúde Coletiva e está vinculada à ESP/RS, com ênfases de formação em Medicina (Saúde da Família, Dermatologia e Pneumologia), multiprofissionais em Atenção Básica, Dermatologia Sanitária, Pneumologia Sanitária e Saúde Mental (MARTINS *et al*, 2010).

As RIS/RMS tem muito peso na formação de trabalhadores em saúde, pois possibilitam conjugar formação profissional especializada com inserção no SUS. Oportunizam experiências em composição de equipe, trabalho multiprofissional, vivências de trabalho no campo, experiências de escrita acadêmica (Trabalho de Conclusão de Residência), articulando diretamente teoria e prática. As RIS/RMS recebem um importante investimento público para projetar uma formação que propicie aos trabalhadores em saúde suprir parte da lacuna existente no âmbito da graduação no que diz respeito ao debate sobre os conceitos que sustentam um saber-fazer condizente com os princípios do SUS.

Não há dúvidas de que todas as iniciativas institucionais que vêm sendo lançadas são importantes para o processo de formação dos trabalhadores na perspectiva multiprofissional, mas para alguém se formar um trabalhador compositor em saúde é preciso estar disposto a se deixar afetar pelos encontros produzidos no campo, pelo fazer diário das equipes, pelo contato com os usuários em seu território. É preciso estar disposto a se deparar com o inusitado, a se fascinar com o desafiador e inventivo dia a dia da produção do cuidado em saúde.

4 A EDUCAÇÃO FÍSICA EM INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL

4.1 O QUE SE FAZ EM NOME DA EDUCAÇÃO FÍSICA EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Na Educação Física a interface processos de formação/demandas do campo é um nó importante para aqueles que voltam sua trajetória para o mundo do trabalho em saúde. Em muitos contextos nos quais a Educação Física está presente no campo da saúde, trabalha-se basicamente a partir de uma perspectiva preventiva, biomédica, prescritiva, pautada pelos efeitos fisiológicos, das práticas de exercícios regulares e sistemáticas (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO; PALMA, 2006).

Não se trata de valorar qual é a melhor ou a pior forma de trabalhar a Educação Física nos serviços de saúde, porém a atenção às questões que permeiam os serviços públicos de saúde é necessária, para não cairmos numa lógica pautada na doença, em noções de saúde apenas voltadas para aspectos orgânicos. Não levando em consideração questões sociais e culturais, privilegiando a medicalização (ROCHA; CENTURIÃO, 2007).

Para quem não vive o cotidiano de um Caps, talvez possa soar estranho que o caso de Fabiana, exposto no início do trabalho, tenha sido vivenciado e narrado por um trabalhador de Educação Física na Saúde Mental, é mais comum imaginar que um trabalhador desta área, quando há um no Caps, esteja mais envolvido com tarefas específicas da sua área, tais como uma sessão de ginástica, de alongamento, orientação de caminhada, etc.. Deixando as demais demandas para outras “especialidades”.

O envolvimento ou não de um trabalhador de Educação Física em um caso de internação compulsória está intimamente ligado ao modo como este trabalhador e a equipe lidam com as demandas de Saúde Mental em serviços como os Caps. Dentro de uma política antimanicomial, pautada pela lógica da desinstitucionalização, de superação do modelo manicomial de atenção a Saúde Mental, a expectativa é que o trabalhador de Educação Física, assim como os demais, “componha” com a equipe em todas as dimensões do trabalho no Caps e não apenas se atenha às tarefas que são consideradas específicas a sua formação profissional. Espera-se, portanto, um trabalhador “compositor” que se aproprie das tarefas e demandas do cotidiano do serviço, e não apenas um “tarefeiro” que dá

conta de uma atividade pontual, no caso da Educação Física apenas realize práticas que se imagina voltadas a sua formação, tais como ginástica, alongamento, caminhadas, entre outras comumente demandadas para a área nos serviços de saúde, sem ampliar seu leque de possibilidades como trabalhador em Saúde Mental.

Exemplos de trabalho pautado na lógica "tarefeira" são muitos. Em meu percurso de trabalho e pesquisa conheci uma trabalhadora de Educação Física contratada por um Caps Ad de uma cidade da região metropolitana. Ela não fazia parte da equipe, pois havia sido cedida por outra secretaria do município para desenvolver uma oficina no Caps Ad e ocupar parte de sua carga horária, acumulando com as funções de sua secretaria original que era a de esporte e lazer.

Em função do pouco tempo que dispunha para atuar na equipe, ela não tinha acesso a maiores informações sobre os casos com os quais lidava, mantinha contato apenas com uma interlocutora do serviço, com quem conversava periodicamente, mas não havia regularidade nestes encontros. A trabalhadora me relatou que era angustiante não obter informações sobre os usuários que participariam da oficina, e também reclamava da falta de suporte de equipe para discussões mais amplas e diversificadas na perspectiva de cuidado e atenção aos usuários.

Existem muitos casos em que o trabalhador de Educação Física não se importa em manter uma relação laboral baseada no cumprimento de tarefas, mas neste especificamente a posição de tarefeiro estava intimamente ligada às condições de trabalho ofertadas e construídas no serviço. A trabalhadora em questão, mesmo sendo concursada pública em regime estatutário, não dispunha de carga horária suficiente para se envolver no processo de trabalho dentro do Caps de acordo com o preconizado pelas políticas de Saúde Mental. E mesmo ciente de tais condições, acabava tendo de desenvolver uma dinâmica de trabalho deslocada do contexto e isolada do restante da equipe do serviço.

Outros tantos casos de tarefeiro devem existir em serviços de Saúde Mental Brasil afora, que se constituem como tal tanto em decorrência das condições de trabalho, como no exemplo acima, quanto por dificuldade em trabalhar para além das fronteiras do núcleo profissional. Contudo, interessa particularmente a este estudo dar visibilidade aos afazeres da Educação Física nos Caps que se alinham a perspectiva do compositor, na idéia de compor com a equipe, na composição de saberes. Assim, passa a ser importante apresentar alguns exemplos do cotidiano

deste serviço. Para tanto, retomo em mais detalhe algumas situações que vivi no período em que compus em uma equipe de Caps Ad na região metropolitana de Porto Alegre, serviço que tem uma dinâmica de trabalho muito intensa em função das demandas da população em questão.

Realizava 30 horas de trabalho semanais, mas especificamente sete turnos, onde tinha dois turnos diretamente ligados ao núcleo (Práticas tradicionalmente vinculadas à formação em Educação Física), a Oficina de Futebol e Oficina de Cultura Corporal. Nos outros cinco turnos me ocupava com a realização de outras atividades relacionadas ao campo (Saúde Mental) e as demandas do serviço, que são acolhidas a usuários (dois turnos), visitas domiciliares, reunião de equipe (um turno), além de um turno para receber usuários que ficava de referência para atendimentos individuais.

As oficinas e grupos relacionados à cultura corporal são as principais encomendas ao trabalhador da Educação Física na Saúde Mental. Quando cheguei ao Caps Ad já existia a Oficina de Futebol, só tive a preocupação de mantê-la. Ela era realizada por um técnico de Enfermagem e um residente da Educação Física que tinha o serviço como campo para Residência em Saúde Mental Coletiva. Como a Oficina de Futebol já vinha em uma dinâmica que considerava interessante, somente tive a preocupação de trabalhar o futebol como acontece no dia-a-dia, numa via de produção de vida, sem muita interferência dos coordenadores do espaço, sendo necessárias apenas duas combinações, as quais todos que estavam dispostos a jogar deveriam seguir, e cuidando a integridade física dos participantes.

A Oficina de Cultura Corporal era uma atividade que me acompanhava como proposta em todos os espaços onde trabalhei: HPSP, Caps II em Porto Alegre (campo da RIS) e Caps Ad. A proposta consistia no resgate histórico da cultura corporal dos usuários, trabalhados a partir de um ou mais elementos que fizeram parte das suas histórias, obtidos por meio de eleição entre os temas elencados por eles. O objetivo central era instigá-los à auto-organização e corresponsabilidade, que acabava estabelecendo uma outra posição para quem viesse a se envolver com este tipo de proposta e também a fazer parte da gestão do espaço.

No Caps Ad os usuários elegeram a caminhada como principal elemento a ser desenvolvido na oficina, associadas a periódicas atividades de confraternização, como comemoração de datas específicas: dia do amigo, aniversariantes do mês, churrascos entre outras atividades de lazer na cidade. A oficina tinha a pretensão de

funcionar como produtora de vida, além do seu propósito inicial que era de vivenciar elementos da cultura corporal. Cada serviço representa uma complexidade única, portanto não há uma receita sobre como deve ser a composição do trabalho em serviços de Saúde Mental.

Nos meus processos de trabalho realizava outras tantas atividades além das já relatadas, por exemplo, a acolhida aos usuários que chegam ao serviço. É o primeiro momento do usuário no Caps, fundamental para sua vinculação ao serviço, necessitando que o trabalhador acolhedor tenha pleno conhecimento de todo o cotidiano do serviço, além de uma escuta sensível e atenta, pois é um espaço singular de inserção/permanência do usuário no serviço, momento no qual será negociado seu plano terapêutico singular (PTS) e possivelmente o trabalhador que recebe esse usuário no serviço será seu técnico de referência¹⁵. Portanto, para um trabalhador tarefeiro esta tarefa será muito mais difícil, e a vinculação menos provável.

As visitas domiciliares são outro exemplo, que representam ações no território. A equipe vai até a casa do usuário com a intenção de compreender melhor sua realidade, o modo como vive, os condicionantes que o levam este modo de vida, e para também usar este momento para fortalecer o vínculo do usuário com o serviço. As visitas domiciliares também funcionam como uma espécie de busca ativa, e também podem ser a primeira aproximação do Caps com os usuários que ainda não foram ao serviço. Em caso de abandono do tratamento no Caps, é a possibilidade de convidar o usuário a retomar seus atendimentos e saber quais foram os motivos que o levaram a não comparecer mais ao serviço, de colocar a equipe à disposição para resolução de possíveis questões relacionadas à sua saúde.

Outra atividade importante é a reunião de equipe, que acontecem sistematicamente. Cada serviço estabelece sua própria sistemática, mas elas podem ser diárias no início do expediente para organizar os processos de trabalho do dia,

¹⁵ Todos os usuários atendidos no Caps tinham um trabalhador como de referência, uma espécie de gestor do cuidado (CECCIM, 2004), que vai ser aquele que vai se apropriar diretamente do seu plano terapêutico singular e ser corresponsável pelas interlocuções do usuário com os demais membros da equipe do serviço. A escolha do técnico de referência acontece por vínculo estabelecido e/ou no momento da acolhida do usuário no serviço, trabalhando na prática terapêutica usuário-centrada, de acordo com Ceccim (2004), seja atuando em práticas terapêuticas compartilhadas, ou com práticas profissionais bem definidas, mantendo a independência das decisões, negociadas e construídas com o usuário.

semanais para tratar questões gerais do serviço (organizativas e discussões mais amplas de casos) e mensais onde se reúnem todos os serviços de Saúde Mental do município. Além de as reuniões serem importantes para organização do trabalho, também contribuem para o fortalecimento do caráter multiprofissional das equipas.

Em um trabalho que produzi em coautoria com Leonardo Abib (ABIB; FERREIRA, 2010), no qual analisamos experiências de trabalhadores de Educação Física na Saúde Mental, salientamos que:

O trabalho do professor e da professora de Educação Física não deve se limitar às oficinas terapêuticas que estejam envolvidas com a cultura corporal. Devemos atuar de acordo com as demandas dos serviços de Saúde Mental do SUS, trabalhando de forma multi e interdisciplinar com os demais trabalhadores. Acolhimentos, escutas, visitas domiciliares, espaço de convivência, atividades de geração de renda, de cultura e circulação pela cidade, enfim, são várias as atividades desenvolvidas pelas equipas e que os professores e professoras de Educação Física devem também compartilhar dessas tarefas com os demais trabalhadores (ABIB; FERREIRA, 2010, p. 21).

O relato feito nos parágrafos acima tem a intenção de ilustrar o cotidiano de um trabalhador de Educação Física em um serviço substitutivo em Saúde Mental. Na medida em que a rotina singular de um trabalhador de Educação Física em um Caps não é tão visível, a produção sobre esta temática na literatura, por conseguinte, não é muito extensa. Contudo, já há trabalhos interessantes e conectados com o tema deste estudo disponíveis em dissertações, teses e artigos de revistas científicas.

4.2 O QUE JÁ SE ESCREVEU SOBRE EDUCAÇÃO FÍSICA EM INTERFACE COM SAÚDE MENTAL

Para dar conta de encontrar na literatura o que já foi produzido sobre a temática Educação Física em interface na Saúde Mental, com ênfase no trabalho em equipas multiprofissionais, realizei buscas em periódicos e bases de dados. Inicialmente me ative a teses e dissertações disponíveis no Sabi-catálogos do portal da UFRGS, usando como critério a palavra-chave Educação Física em associação com saúde mental, e daí vieram 16 trabalhos. Depois, para ampliar a quantidade de textos, usei como segundo critério de busca a expressão “serviços de saúde

mental/CAPS”, e vieram 55 trabalhos. Por último, usei como critério de busca a expressão “formação de equipe e trabalhadores em saúde”, para tentar encontrar estudos que tratassem do trabalho coletivo em saúde, e daí vieram sete trabalhos.

Para realizar as buscas nas bases de dados consultei os descritores na Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME (OPAS/OMS)-DeCS. Lá encontrei o descritor “Equipe de Assistência ao Paciente”, com sinônimos em português: Equipe de Cuidados de Saúde; Equipe de Assistência Médica; Equipe Interdisciplinar de Saúde. A definição do descritor era: cuidados prestados a pacientes por uma equipe multidisciplinar comumente organizada sob a direção de um médico; cada membro da equipe tem responsabilidades específicas e toda a equipe contribui para a assistência ao paciente.

Na busca de teses e dissertações cheguei aos trabalhos de Felipe Wachs (2008), de Dagoberto Machado (2011) e de Luiz Fernando Bilibio (2009), os três se propondo a discutir as questões da Educação Física em interface com a saúde mental, além dos trabalhos de Daniela Dallegrave (2008), que se propôs debater sobre Residência Multiprofissional em Saúde, e me levou a produções como a de Ana Carolina Simoni (2007) e a de Teresa Armani (2006).

Na dissertação de Wachs (2008), um dos primeiros trabalhos a aprofundar a temática da saúde mental em interface com a Educação Física, há um minucioso resgate histórico da luta antimanicomial e da construção do dispositivo Caps na atenção a saúde mental. Wachs realizou sua pesquisa através de observações nos Caps de Porto Alegre onde havia trabalhadores de Educação Física na equipe, e nos provoca a refletir sobre uma Educação Física que emerge desses espaços, com característica própria, não cabendo a simples transposição dos saberes e práticas da Educação Física que acontece em outros espaços. Foi um importante documento de pesquisa para a elaboração do projeto, e forte inspiração para o trabalho realizado nesta dissertação, não só pela proximidade temática, mas também pelo referencial teórico. De certo modo, e também pelo fato de compor o mesmo grupo de pesquisa, acredito que meu trabalho acaba sendo uma espécie de sequência do de Wachs.

Na produção de Machado (2011), uma dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação em Educação, o autor analisa sua experiência em um Caps em Aracaju/SE como trabalhador de Educação Física. O estudo traz as discussões de Educação Física em Saúde, problematizando a temática do corpo no

cuidado em Saúde Mental. O autor chama seus encontros com os usuários de “movimento-acontecimento” no jogo das práticas cotidianas, e sua pesquisa está centrada na perspectiva cartográfica, tendo realizado registros da experiência de uma Oficina de Capoeira em sete cadernos de formação durante os anos de 2007 a 2009. Machado (2011) relata que houve, por parte dele e dos usuários, a descoberta de uma Educação Física que não se reduz a explicações biológicas, mas que produz o que ele chamou de “reexistências dos corpos”, que se afasta de uma proposição baseada em imposições de modos de conduta socialmente aceitos sobre os corpos a partir da dualidade gordo/magro, para a construção do cuidado em saúde mental voltada para as possibilidades conectadas com a produção de práticas de cuidado que deem passagem a um corpo que surge "indistinto" em meio ao movimento.

Já a tese de doutorado de Bilibio (2009) é dedicada à análise de suas experimentações coletivas em meio aos processos de gestão e trabalho com os projetos de Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), realizados no Rio Grande do Sul em 2002 e em todo o Brasil em 2003 e 2005. Bilibio fez uma genealogia do campo da Saúde Coletiva brasileira, principalmente dos valores representados pelo Movimento em defesa da vida. No resgate do seu percurso junto ao VER-SUS, Bilibio constrói sua escrita e suas análises, que foram sustentadas na filosofia de Friedrich Nietzsche e Gilles Deleuze, e apresentadas com criatividade em forma irreverente de abordagem e escrita. Este processo levou Bilibio a formular uma proposta de micropolítica para trabalho em saúde, para a produção de encontros que vão além do bem e o do mal, encontros intercessores e potentes, que podem trazer significados também à formação em saúde.

A pesquisa da dissertação de mestrado de Dallegrave (2008) traz a discussão sobre as Residências Integradas em Saúde/Residências Multiprofissionais em Saúde (RIS/RMS), sobre o contexto da criação destas modalidades de formação para trabalhadores em saúde, como foi o processo histórico, e suas inquietações sobre a forma e os discursos que perpassam essa modalidade de formação para o SUS. Dallegrave apresenta materiais produzidos pelos atores sociais das RIS/RMS, os discursos e as disputas de poder existentes nesse campo. Propõe uma leitura atenta e coloca o leitor a par de questões dificilmente tratadas abertamente nos espaços de discussões das RIS/RMS.

No texto da dissertação de Simoni (2007), que trata dos processos de trabalho das equipes de saúde, é apontada a possibilidade de criação de modos de trabalhar que acolham a existência, a formação multiprofissional em saúde e a necessidade de reinventar saberes e afazeres. Em um primeiro momento, Simoni faz um apanhado histórico das mudanças de paradigmas da atenção à saúde centrando no período da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, apontando as novas formas de construção de cuidado com a participação da família e da comunidade, como também a desinstitucionalização das pessoas com sofrimento psíquico. Após faz uma análise sobre os processos de formação dos trabalhadores neste contexto, com os atravessamentos dos discursos sanitários vigentes e os modos de vida contemporâneos. Por fim, analisa os percursos singulares e vivências de residentes na construção de novas possibilidades no modo de trabalhar em saúde, e assim como Bilibio (2009), escreve de uma forma bastante criativa, criando personagens e colocando o leitor no cenário da sua pesquisa.

A tese de doutorado de Armani (2006) é um estudo sobre a formação de sanitaristas da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS). O pano de fundo do texto é a pedagogia da Educação em Saúde Coletiva desenvolvida pela ESP/RS durante 30 anos, analisada a partir dos documentos relativos a 26 Cursos de Especialização em Saúde Pública promovidos pela instituição. O material empírico de Armani foi constituído de textos literários, filmes, poesias, textos das políticas de saúde, documentos relativos ao controle social, projetos políticos pedagógicos, monografias e registro de acontecimentos históricos ao longo dos 30 anos dos Cursos de Especialização em Saúde Pública para estruturar a sua tese.

Armani afirma que a potência do Curso de Especialização de Saúde Pública está no fato de ser realizado em diversos cenários de práticas, e por ter sido atravessado por diversos períodos históricos e momentos políticos, que direcionaram o fortalecimento e as possibilidades desta formação, que segue instrumentalizando trabalhadores para o SUS e orientando-os para a defesa da vida e pelo máximo direito à saúde.

Depois da garimpagem de teses e dissertações disponíveis no Sabi-catálogos UFRGS, iniciei a busca em outras bases de dados, tais como: Google acadêmico e Scielo; Revista Movimento, Revista Brasileira de Ciências do Esporte (RBCE), Revista Motriz, Revista Pensar a Prática, Revista de Educação Física da UEM e Revista Brasileira de Educação Física e Esporte (RBEFE).

Com a pesquisa cheguei a 51 artigos, muitos destes estavam centrados na questão do núcleo, porém destaquei apenas aqueles que abordavam o trabalho em equipe de saúde mental ou traziam questões relativas aos processos de trabalho em equipes multiprofissionais em Caps, portanto, discuto aqui os textos que efetivamente dialogam com o tema da minha pesquisa, entre eles: Abuhab (2005), Schneider *et al.* (2009), Mororó *et al.* (2011), Zgiet (2013) e Fiorati e Saeki (2013).

Abuhab (2005, p. 379) destacam a problemática do trabalho em equipe em pesquisa realizada em um Caps III, e escrevem sobre as dificuldades e potencialidades na construção do trabalho multiprofissional e ações coletivas. Entre as dificuldades encontradas estão a crença na atenção em Saúde Mental centrada no hospital e a atenção e decisões baseadas no aval do profissional médico, mesmo sendo ele um “ator equivalente aos demais no cenário institucional”. Concluem que é necessário que se invista nas potencialidades do encontro diário entre trabalhadores do serviço para debate das questões de casos e administrativas e na construção coletiva de ações em saúde.

Shneider *et al* (2009) em trazem em seu artigo que o trabalho em equipe interdisciplinar no Caps se coloca como um agrupamento de saberes e fazeres específicos em um conjunto de formações diferentes, que se configuram como espaço de negociação, conflito e apoio entre profissionais. Os autores colocam também que este tipo de disposição de equipe exige dos trabalhadores em saúde uma nova de lidar com os saberes, e com isso, a necessidade em rede com os saberes envolvidos no sistema de saúde. Além da possibilidade do trabalho de diferentes profissões na riqueza de possibilidades no atendimento ao usuário na multiplicidade de saberes e fazeres (SHNEIDER *et al*, 2009, p. 404).

Mororó *et al* (2010), em pesquisa também realizada em um Caps III, faz o debate sobre a dificuldade de comunicação e construir integralidade entre a equipe e a deficiência na elaboração de projetos terapêuticos. Após análises dos processos de trabalho das equipes sugerem a construção de espaços coletivos de diálogo para a formulação de projetos terapêuticos que favoreçam a singularidade e a criatividade no cuidado mediante situações de crise e diante das vulnerabilidades.

Fiorati e Saeki (2013) realizaram uma avaliação de dois serviços de atenção em Saúde Mental extra-hospitalares, um ambulatório regional de Saúde Mental e um Caps II a partir de entrevistas semiestruturadas e grupos focais com trabalhadores destes serviços. Apoiados no referencial hermenêutico crítico, Fiorati e Saeki (2013)

perceberam uma forte tendência à “tecnificação” centrada no saber médico-clínico nas ações terapêuticas, em detrimento à composição multiprofissional nestes espaços. Além disso, também destacaram que a atenção à Saúde Mental naqueles espaços se dá numa perspectiva biologicista, curativista e medicamentosa. Uma perspectiva, segundo estes autores, que nega de maneira explícita as construções da Reforma Psiquiátrica referentes à resignificação existencial do adoecimento mental, à possibilidade de novas formas de vida, à inclusão social e à promoção da saúde. Apontam a necessidade de investimento em pesquisas de avaliação e monitoramento dos serviços de saúde mental, bem como a criação de mecanismos que melhorem a assistência com referência na atenção psicossocial.

Por fim cito o estudo de Zgiet (2013), que se valeu de grupos focais com trabalhadores de Saúde Mental de um hospital psiquiátrico e com os de um Caps com o objetivo de analisar, por meio da análise de conteúdo, até que ponto a Reforma Psiquiátrica conseguiu garantir melhoria na atenção aos usuários e nas condições de trabalho das equipes. Zgiet (2013) destaca que os trabalhadores de hospitais psiquiátricos afirmam que neste tipo de instituição opera um modelo “adoecedor”, pois lá impera o saber psiquiátrico em detrimento dos saberes que emergiram no processo de Reforma Psiquiátrica. Já na parte do artigo que trata do Caps, o autor aponta que a dificuldade está no fato de os trabalhadores se sentirem de certo modo desautorizados diante desse novo modelo, onde há poucas referências para um trabalho em equipe multiprofissional e não focado no médico, além dos constantes enfrentamentos com a soberania do saber psiquiátrico na Saúde Mental. Zgiet (2013) finaliza o estudo apontando a necessidade da constante avaliação sobre o processo da Reforma Psiquiátrica e reflexão sobre as condições de trabalho dos atores envolvidos no movimento, principalmente os trabalhadores que suportam uma pesada carga de responsabilidade na lida com as demandas e na defesa dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

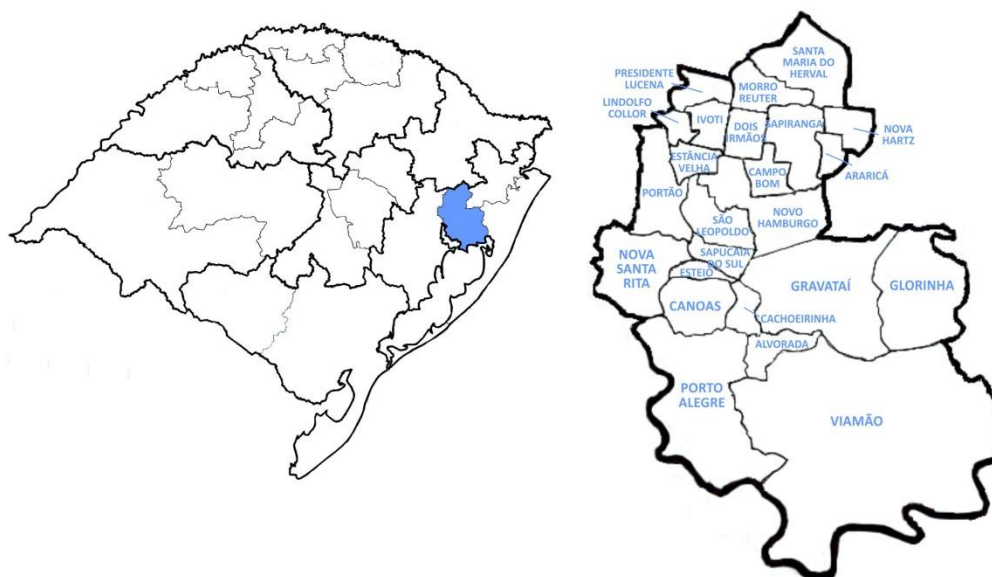
De um modo geral, os estudos aqui apresentados procuram de algum modo contribuir com a mudança de paradigma na atenção à saúde propostos pelos movimentos da Reforma Psiquiátrica, da Reforma Sanitária e pelo campo da Saúde Coletiva, referência teórica que inspirou o processo de investigação desta dissertação de mestrado.

5 PERCURSOS E PERCALÇOS METODOLÓGICOS

Inicialmente tinha a pretensão de realizar um estudo com todos os trabalhadores de Educação Física em Saúde Mental da 1ª Coordenadoria de Saúde (CRS) do Estado do Rio Grande do Sul, que compreende grande parte da região metropolitana de Porto Alegre, realizando visitas aos seus locais de trabalho e entrevistas.

As CRS são responsáveis pelas ações em saúde de sua região, além de realizar interlocuções com os municípios e serviços que a compõem com todas as instâncias do SUS. Os municípios da 1ª CRS são: Alvorada, Araricá, Cachoeirinha, Campo Bom, Canoas, Dois Irmãos, Estancia Velha, Esteio, Glorinha, Gravataí, Ivoti, Lindolfo Collor, Moro Reuter, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Portão, Porto Alegre, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, São Leopoldo, Sapiranga, Sapucaia do Sul e Viamão.

Figura 2 - Mapa do Rio Grande do Sul com destaque a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde



Fonte: RIO GRANDE DO SUL, 2002, p.39.

Para dar conta deste esboço de dissertação no projeto de investigação, optei pela Análise de implicação como referência teórico-metodológica, pois tem sido bastante utilizada por aqueles que têm se dedicado às pesquisas no campo da Saúde Mental. Um dos trabalhos que me levou a pensar em usar a análise de

implicação em minha pesquisa de mestrado foi à dissertação de Felipe Wachs (2008). Neste trabalho ele usa tal ferramenta para pensar sua posição de pesquisador em relação aos colaboradores da pesquisa, buscando compreender como os trabalhadores da Educação Física, vinculados a três Caps da cidade de Porto Alegre, se posicionam diante das demandas nestes espaços e que tipo de trabalho emerge nesta confluência.

A Análise de Implicação, originalmente utilizada como ferramenta nas Análises Institucionais, tem como principais articuladores os sociólogos George Lapassade e René Lourau, e também é influenciada pelas formulações de filósofos como Nietzsche, Foucault e Deleuze (PAULON, 2005). Esse tipo de análise busca avançar para além da dicotomização teoria/prática e sujeito/objeto que geralmente leva à fragmentação da ação do pesquisador. A ideia que movimenta o trabalho investigativo neste tipo de pesquisa está centrada na diminuição da distância entre o pesquisador e os colaboradores da pesquisa, superando a pretensa neutralidade científica na busca de informações, na construção do saber, na compreensão da multiplicidade e complexidade das realidades sociais, históricas e políticas, não sendo possível encaixar os achados de pesquisa em categorias pré-formuladas (PAULON, 2005).

Para Lourau (1993), a Análise de Implicação é uma metodologia de pesquisa "socioanalítica", que permite trabalhar por meio das informações fornecidas pelos colaboradores da pesquisa questões e assuntos que geralmente são deixados à sombra, comumente silenciados pela institucionalidade ou tratados apenas em corredores e intimidades. Contudo, este autor também salienta a necessidade de operar e aprofundar a análise sem tender a um tom simplista e denunciatório, evitando fazer valer uma análise preconcebida ou preconceituosa.

Depois de esboçar o projeto de pesquisa com a intenção de entrevistar todos os trabalhadores de Educação Física na Saúde Mental da 1ª CRS do Estado do Rio Grande do Sul, apoiado nos princípios da Análise de implicação, tive meu primeiro revés. Conforme pude verificar em levantamento posterior, existiam poucos CAPS com trabalhadores de Educação Física nas equipes nesta CRS, o que se configurou num grande limitador para o tipo de investigação inicialmente traçado. Na medida em que não me era possível levar adiante o primeiro esboço, e já tendo passado pelo processo de qualificação do projeto, optei em seguir a sugestão dos membros da banca: realizar um estudo de caso de uma equipe de Saúde Mental que tivesse

em seus quadros trabalhadores de Educação Física, mas sem deixar de envolver toda a equipe. Outra importante sugestão da banca, também incorporada posteriormente ao projeto, foi a de centrar o estudo em um Caps Ad, muito em função da minha experiência profissional junto a esta modalidade de serviço.

Em função das minhas atividades anteriores sabia que havia um Caps Ad na 1ª CRS, e que contava com uma trabalhadora de Educação Física junto à equipe, que por sinal era a coordenadora do serviço naquele momento. Além de termos poucos trabalhadores desta área em Caps, o fato de esta também ocupar um cargo de prestígio tornava este local potente para o tipo de pesquisa que pretendia empreender.

Uma vez decidido o local, busquei contato telefônico visando marcar um horário para a apresentação do projeto à equipe e, conseqüentemente, o seu consentimento para a realização da pesquisa. Ao receber o "sinal verde", consegui participar de uma reunião de equipe para apresentação do projeto. O projeto foi apresentado e a autorização foi concedida, inclusive a equipe se colocou à disposição para colaborar com o trabalho, porém uma trabalhadora da equipe me informou que antes de qualquer contato eu precisaria da aprovação do Grupo de Trabalho em Educação Permanente em Saúde, uma espécie de Comitê de Ética do município, que também discute as questões de formação dos trabalhadores em saúde do município.

A cópia do projeto foi enviada o Grupo de Trabalho em Educação Permanente em Saúde para avaliação e o projeto foi aprovado nesta instância do município. A partir de então, tive a autorização da mantenedora do serviço para realizar as entrevistas e visitas ao serviço. Para formalização dos trâmites acadêmicos, ainda faltava à aprovação do Projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, que aconteceu em 27 de junho de 2013, conforme parecer nº 317.797 (ANEXO A), liberando-me para realizar as entrevistas com os trabalhadores em Saúde Mental.

5.1 CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO DE CASO

Em função de ter começado a organizar o trabalho de investigação apoiado na Análise de Implicação, e para manter coerência entre o marco teórico e a opção metodológica adotada, passei a localizar esta dissertação como um estudo de caso de caráter qualitativo, pois tal abordagem responde a questões muito particulares,

sob o ponto de vista das ciências sociais, sem necessidade de quantificá-la para estabelecer correlações estatísticas, já que prioriza análises sobre atitudes, crenças, aspirações e motivações de um determinado grupo social (MINAYO *et al.*, 2002).

De acordo com Molina (2004), a metodologia qualitativa traz agilidade e liberdade para a análise da investigação proposta, pois oferece uma ampla gama de possibilidades ao pesquisador para compreender e interpretar os significados dos grupos estudados. No que se refere à pesquisa qualitativa no contexto da saúde, Alves (2006, p. 157) afirma que “as pesquisas qualitativas buscam compreender os significados produzidos pelos atores sociais em relação às questões pertinentes ao cuidado com a saúde”.

Em relação à pesquisa qualitativa no campo da Saúde Coletiva, Silva Mendes e Nakamura afirmam que

A investigação exige mais que um saber técnico, uma verdade científica, uma verdade médica ou um risco conhecido – como se esses diversos “saberes” fossem suficientes para modificar condutas e estilo de vida das pessoas, daí o lugar privilegiado da pesquisa qualitativa nesse campo. É preciso saber dos homens, por eles mesmos, no momento e nas condições que se encontram; é preciso dar lugar as singularidades, às criações e inovações do humano e às subjetividades, que revelam a possibilidade de produção singular de significados e sentidos (SILVA, MENDES E NAKAMURA, 2012, p. 33-34).

Ao convidar os sujeitos colaboradores desta pesquisa a discorrer sobre suas trajetórias profissionais e sobre o processo coletivo de produção de cuidado em Saúde Mental a partir de um roteiro de entrevistas, procuro fazer emergir formas de representar/compreender os percursos já trilhados e as histórias compartilhadas na experiência do dia a dia de trabalho nos Caps.

E por se tratar de um Caps específico, o método estudo de caso me pareceu um dos mais ajustados à investigação. Para Severino (2007, p. 121), o estudo de caso “se concentra em um caso particular, considerado representativo para um conjunto de casos análogos, por ele ser significativamente representativo”. Na mesma linha, Rosane Molina (2004, p. 104) afirma que um estudo de caso bem-feito precisa ser “um mundo onde muitos casos se sintam representados”. E talvez aí resida a maior dificuldade na delimitação deste tipo de estudo, pois podem ser adotadas diferentes metodologias com diversas finalidades (análise de fenômenos individuais, de pequenos grupos, de uma determinada instituição, de um programa de governo, de um evento, etc.), sendo usada em áreas de conhecimento como a

Psicologia, a Psicanálise, a Sociologia, a Ciência Política, o Direito, a Administração, entre outras (ALVEZ-MAZZOTTI, 2006, YIN, 2010).

Triviños (2008) considera que entre os diferentes tipos de pesquisa qualitativa existentes, o estudo de caso é um dos mais relevantes, pois é “uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente” (TRIVIÑOS, 2008, p. 133). Este mesmo autor classifica os estudos de caso em diferentes tipos: estudos de casos histórico-organizacionais; estudos de casos observacionais; estudos de casos denominados história de vida; estudos de casos comparativos; estudos de casos de análise situacional e estudos de casos microetnográficos.

Para Alves-Mazzotti (2006, p. 650), o estudo de caso trata predominantemente de temas contemporâneos e emergentes, caracterizando-se como “uma investigação de uma unidade específica, situada em um contexto, selecionada segundo critérios pré-determinados e, utilizando múltiplas fontes de dados, que se propõe a oferecer uma visão holística do fenômeno estudado” Ela fundamenta tal noção a partir de uma análise comparativa das formulações de dois autores considerados clássicos neste tipo de método, mas que estão posicionados em campos teóricos distintos: Robert Stake e Robert Yin. Alvez-Mazzotti (2006, p. 640-641) afirma que estudos de casos também podem ser múltiplos, “nos quais vários estudos são conduzidos simultaneamente: vários indivíduos (como, por exemplo, professores alfabetizadores bem-sucedidos), várias instituições (diferentes escolas que estão desenvolvendo um mesmo projeto), por exemplo”.

Alves-Mazzoti (2006) alerta que alguns estudos de caso, não sendo bem delimitados, podem se tornar monólogos que não dialogam com a produção do campo de estudo escolhido, pois “não se inserem no fluxo de discussão anterior nem dão margem a que se dê continuidade à conversa, incorporando suas possíveis contribuições” (ALVES-MAZZOTI, 2006, p. 648).

Na busca de trabalhos de mestrado que se utilizaram da metodologia de estudo de caso em serviços de saúde, retornei ao Sabi-catálogos do portal da UFRGS, usando como critério a palavra-chave “estudo de caso e equipes de saúde”, e lá encontrei vinte trabalhos publicados entre os anos de 1991 a 2012. Grande parte destes trabalhos utilizaram entrevistas, observações e análises documentais, nas mais diversas perspectivas teóricas e analíticas. O que mais aproximava da minha dissertação foi o de Gonçalves (2010), que realizou sua dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas – Psiquiatria

UFRGS, que fez uma análise sobre a estrutura da rede de Caps nas 19 Coordenadorias de Saúde do Rio Grande do Sul, no qual constatou que 49% da população do estado não estão cobertas por Caps, que apenas 17% dos municípios têm Caps, sendo 50% deles na modalidade I, e tendo apenas 1,82% dos trabalhadores do SUS vinculados à rede de Caps.

Gonçalves (2010) também conclui a necessidade de haver melhor distribuição de trabalhadores nesses serviços para melhor estruturar a rede de Saúde Mental com base comunitária, adequação na formação, carreiras regulamentadas, melhor avaliação da satisfação do trabalho para qualificar e expandir a rede extra-hospitalar.

Além do Sabi-catálogos do portal UFRGS, também busquei trabalhos no portal Scielo pelo índice assunto, usando como palavra-chave “estudo de caso”, refinando com a expressão “álcool e outras drogas”. Assim cheguei ao artigo de Nasser Haibar Barbosa (2013), publicado na revista *Psicologia & Sociedade*, que faz uma análise sobre o uso do método estudo de caso como suporte clínico no Caps Ad no sentido de fortalecer e singularizar o cuidado em saúde. O autor discute a potencialidade do método por meio de revisão bibliográfica em articulação com a atenção psicossocial, tendo como principal matriz teórico-metodológica o materialismo histórico-dialético.

Barbosa (2013) faz um apanhado da atualidade das Políticas Públicas relacionadas à atenção de usuários de álcool e outras drogas e foca o estudo em um usuário do Caps Ad, utilizando a construção de um diagrama em formato de rede e linhas indicando as relações desta rede com o passado, o presente e o futuro, visando compreender os seus modos de vida e como esse usuário analisado se relaciona com o território. Barbosa (2013) afirma que esta forma de operar a metodologia possibilita a discussão de saúde de forma global, pois parte de um caso concreto e o contextualiza no espaço e tempo do cuidado. Portanto, o estudo de caso pode vir a ser uma importante ferramenta de articulação entre a pesquisa acadêmica e os serviços em favor da produção de cuidado em Saúde Mental.

5.2 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Para dar materialidade à produção empírica do estudo de caso, utilizei a entrevista semiestruturada como principal estratégia de produção da empiria. Como todo o procedimento qualitativo, este recurso tem vantagens e desvantagens. Por

um lado, permite que os colaboradores da pesquisa possam relatar suas impressões sobre o processo de trabalho e percurso profissional a partir de um roteiro prévio e de forma mais livre. Por outro, se as perguntas não forem formuladas de acordo com o problema investigado, as entrevistas podem não ajudar a desenvolver a análise (DUARTE, 2002, MANZINI, 2004). Para montar o roteiro básico das perguntas norteadoras das entrevistas de um modo mais ajustado ao problema de pesquisa, aproveitei o investimento que já havia feito na teoria da Análise de Implicação como fonte inspiradora.

Como já havia mencionado anteriormente, a análise de implicação é utilizada como ferramenta metodológica nas análises institucionais, especialmente em pesquisas que tomam os serviços de Saúde Mental como lócus privilegiado de investigação. Porém, dada à complexidade deste processo metodológico e das características do trabalho que vinha desenvolvendo, usei este referencial apenas para pensar as entrevistas e o encontro com os colaboradores, bem como minha postura na condução deste processo junto à equipe. Convém destacar mais uma vez que a investigação não está calcada nesta metodologia, mas não posso deixar de mencioná-la porque dela me vali para pensar boa parte do percurso e para tentar lidar com alguns percalços.

Além disso, ao buscar fundamentar a metodologia de acordo com o problema de pesquisa que movimenta esta pesquisa de mestrado, pude perceber que a análise de implicação dialoga fortemente com a maioria dos autores que utilizo no aporte teórico do trabalho, portanto, se articula em torno do referencial analítico, o que me leva a esboçar uma breve explanação sobre seus pressupostos para caracterizar o estudo de caso aqui empreendido.

Para Coimbra e Nascimento (2008), a pesquisa nesta perspectiva não se separa da intervenção, onde o pesquisador e o objeto de pesquisa se encontram juntos, uma forma de pensar o percurso, de analisar nossas implicações cotidianamente e de tentar compreender como vem se dando as mais diversas interações, as nossas práticas, e um momento privilegiado para por em dúvida nossas verdades mais absolutas. A análise de implicação permite trabalhar com os sentimentos, as ações, as percepções, os acontecimentos considerados negativos e os possíveis erros (e em qualquer pesquisa eles são muitos!) como elementos impulsionadores da análise e que levam a construção de argumentos inusitados.

De acordo com Sant'ana (2010), que destaca a implicação do pesquisador-pesquisado, baseada na teoria de René Barbier, é preciso trabalhar com a relevância das “pertencas socioculturais na produção do conhecimento” e tomar a biografia do pesquisador como elemento presente no processo analítico, motivado por um projeto sociopolítico no qual sua análise estará pautada nesses elementos. Portanto, há sintonia teórica e política entre os princípios que regem a análise de implicação e o referencial pelo qual pauto as análises nesta dissertação. Mesmo não tendo optado por esta metodologia, para mim foi importante ter me apoiado no modo de fazer pesquisa dos grupos identificados com esta proposta teórica para pensar, formatar, negociar o acesso e a realizar as entrevistas junto àquela equipe.

Depois de acessar a teorização da análise de implicação para pensar o encontro com os colaboradores da pesquisa, parti para a elaboração do roteiro de entrevista (Apêndice B) de uma forma que pudesse levantar elementos para de algum modo dar conta do meu problema de pesquisa. As primeiras perguntas demandavam dos colaboradores respostas pontuais acerca dos dados de formação e atuação, e foram importantes para ajudar a “quebrar o gelo” entre o entrevistador e o entrevistado. A partir das perguntas relativas aos processos de trabalho e as decisões no Caps já previa que as respostas seriam mais densas, e que permitiriam colher impressões mais consistentes sobre a composição do trabalho coletivo, e em especial da Educação Física.

Uma das perguntas foi elaborada e endereçada especialmente para a trabalhadora de Educação Física (Apêndice C), pois tratavam de questões específicas de quem pertence ao núcleo. As outras perguntas que envolvem a Educação Física feitas foram elaboradas para serem endereçadas a todos os trabalhadores, inclusive para a da Educação Física, apenas mudava a perspectiva e a ênfase.

Elaborado o roteiro de entrevista, procurei melhor estruturá-lo através de duas entrevistas piloto com trabalhadores de Educação Física em Saúde Mental, uma vez que a entrevista semiestruturada é indicada para estudar um fenômeno com populações específicas, e é indispensável à utilização de termos adequados aos trabalhadores em Saúde Mental. Com isso, tive a preocupação em experimentá-lo nestas entrevistas piloto, que possibilitaram a adequação ao nível de linguagem dos colaboradores. Outra função deste procedimento foi adequar o roteiro de entrevista aos itens e conceitos da pesquisa, indispensável ao processo analítico, uma vez que

a comparação das respostas na entrevista semiestruturada é fundamental nas análises da pesquisa (MANZINI, 2012).

Logo que obtive a aprovação do Comitê de Ética da UFRGS entrei em contato com a equipe para começar o trabalho de campo, porém a coordenadora me informou por telefone que era necessária mais uma reunião interna para organização prévia da agenda dos trabalhadores para que as entrevistas não viessem a atrapalhar a rotina de atendimentos. Mais adiante, também por telefone, fui informado pela coordenadora que as entrevistas seriam realizadas de acordo com a agenda de cada trabalhador, em um turno de trabalho considerado pouco prejudicial ao atendimento das demandas do serviço. As entrevistas foram realizadas em dias alternados ao longo de duas semanas, e ocorreram em local e turnos distintos, em salas reservadas, de acordo com a disponibilidade do serviço no momento. A equipe se colocou a disposição para apenas uma rodada de entrevista, algo que foi respeitado durante todo o processo.

Oito trabalhadores da equipe foram entrevistados: dois técnicos de Enfermagem (apenas estes profissionais foram entrevistados em dupla por indicação do serviço), dois Psicólogos, uma Terapeuta Ocupacional, uma Enfermeira, uma Médica Psiquiatra e a Trabalhadora de Educação Física. As entrevistas foram realizadas com base no roteiro, com questões abertas, permitindo ao entrevistado uma maior liberdade de expressão e maior flexibilidade para responder a proposta, característica das entrevistas semiestruturadas (MANZINI, 2012). Todos os colaboradores da pesquisa assinaram previamente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

O conteúdo das entrevistas foi gravado por meio digital (gravador/MP3 *Recorder*), e posteriormente o conteúdo foi transcrito sem nenhuma alteração, utilizando o programa Word for Windows. As entrevistas transcritas serão guardadas por cinco anos, com posterior destruição do material, conforme recomendação da Lei 9610/98 dos Direitos Autorais (BRASIL, 1998).

6 MODOS DE INCORPORAR A EDUCAÇÃO FÍSICA NUMA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL: A SALIÊNCIA DA COMPOSIÇÃO

A coleta e organização do material empírico da pesquisa foram feitas através de entrevistas e encontros com a equipe de Saúde Mental de um Caps Ad da região metropolitana de Porto Alegre. Esta equipe tem características muito singulares, e ao mesmo tempo complexas, o que se configurou um desafio a mais no processo analítico da pesquisa.

Dos oito trabalhadores entrevistados, os dois primeiros foram os técnicos de Enfermagem, trabalhadores de nível médio. Talvez pelo fato de terem sido entrevistados juntos, por indicação do serviço, inicialmente deram respostas muito curtas, com poucos elementos que me permitisse engatar uma conversa, mas ao longo da entrevista foram se soltando e acabaram trazendo elementos importantes para a análise. Os técnicos de Enfermagem já tinham uma trajetória longa de trabalho em diversos serviços de saúde, tanto no setor privado como no público, o que lhes permitiu estabelecer comparações sobre as formas de gestão em saúde em cada um destes locais.

Os outros seis colaboradores possuem curso de nível superior, e traço comum marcante entre eles é o fato de todos também terem formação em nível de pós-graduação, a maioria em RIS/RMS, o que me permitiu perceber um diferencial significativo em favor dos processos de trabalho coletivo da equipe. Das oito entrevistas, a da Trabalhadora de Educação Física acabou se destacando por ter trazido muitos elementos para a discussão, tanto pelo fato de a pesquisa tratar diretamente do seu núcleo, como também por ela ter sido, à época das entrevistas, a coordenadora da equipe, o que a possibilitou falar de muitas questões relativas à organização e gestão do trabalho. Na sua entrevista transpareceu mais fortemente a vontade de me trazer questões pertinentes ao campo, a tal ponto de no final da entrevista dizer: “nem falei de Educação Física”, fato que me levou a formular mais uma questão, abrindo mais uma rodada na entrevista para que ela pudesse falar de suas atividades no Caps na perspectiva do núcleo, acréscimo que se tornou extremamente significativo no conjunto das análises.

Como era de se esperar, quatro questões do roteiro trouxeram mais elementos para a discussão, exatamente aquelas que permitiam aos colaboradores falar mais sobre os processos de trabalho e as relações multiprofissionais. Outro fato

que também ocorreu conforme o estava previsto foi a abertura de questões além daqueles listadas no roteiro de entrevista, desdobradas de respostas durante a conversa com os colaboradores. Tal procedimento ajuda a abrir espaço para os colaboradores se soltarem mais diante do que eles mesmos colocaram sobre um determinado tema da pesquisa.

Após as transcrições e a impressão das entrevistas, realizei uma varredura para extrair pontos em comum nas informações concedidas pelos colaboradores da pesquisa. Primeiramente, realizei um levantamento geral dos pontos mais importantes de cada uma delas, destacando trechos que considerei significativos, para depois fazer uma análise transversal de cada questão. Para ter uma visão panorâmica das informações, busquei núcleos comuns de informações nas respostas, priorizando aquelas pertinentes ao meu problema de pesquisa. No momento seguinte, realizei cruzamentos destas informações para, então, organizar meu material empírico em categorias.

Assim, a partir dessa operação analítica, cheguei à organização de três grandes categorias: 1) “Cenários da prática de cuidado: tensões entre o público e o privado”; 2) “Para além das oficinas: entre expectativas e demandas para Educação Física”; 3) “Os saberes rasurados e os afazeres que se misturam”. A primeira diz respeito à característica do Caps e os tensionamentos atuais em relação às terceirizações dos serviços e dos vínculos de trabalho no SUS. A segunda traz a questão de como se dá a incorporação dos afazeres do trabalhador de Educação Física no Caps, as expectativas e a concretude do cotidiano de trabalho, bem como a problematização entre a composição e a tarefa. Já a terceira categoria tem a ver com as composições entre saberes que se realizam no Caps, nos quais as fronteiras dos núcleos profissionais se abrem para as questões de campo, e caracterizam a equipe como um coletivo de trabalho em Saúde Mental.

6.1 CENÁRIOS DA PRÁTICA DE CUIDADO: TENSÕES ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO

Vivemos em um tempo no qual se discute os investimentos nas políticas públicas em saúde, o caráter público dos serviços e o vínculo dos trabalhadores. Passados 25 anos desde a inclusão do sistema na Constituição Federal, o SUS segue em construção e em constantes disputas decorrentes de interesses dos mais

diversos, que vão desde o fortalecimento de seu caráter público e social a sua flexibilização baseada em concessões à iniciativa privada, na compra de serviços, e na transferência da gestão a fundações (estatais ou privadas), Organizações Não Governamentais (ONG) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado (OSCIP).

Um exemplo mais recente é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que tem gerado calorosos debates em relação a sua legitimidade e os perigos que representa ao bem público, aos hospitais universitários e aos serviços do SUS, pois esta empresa passaria a ser a gestora e também detentora de todo o patrimônio obtido a partir de sua implementação, tendo autonomia de gestão desse patrimônio e também da contratação de trabalhadores sem prestar contas aos conselhos de saúde, que fazem o controle social e democrático do SUS¹⁶.

Ao contrário disso, o serviço no qual a pesquisa foi realizada é um serviço 100% SUS, e conforme colocaram unanimemente os trabalhadores, isso faz uma diferença significativa na produção do cuidado, pois as necessidades humanas não são proporcionais às necessidades de lucro, não podendo ser quantificadas em planilhas de cálculos que estabelecem uma relação de custo-benefício dos serviços privados de saúde.

A dinâmica do serviço não seria a mesma se não fosse 100% SUS. Como colocam duas colaboradoras:

Ficamos eu e mais duas colegas em cima de um paciente umas duas horas, num serviço privado isso não teria acontecido, seria inviável, não teriam três profissionais em cima desse paciente. A gente chama de “Golden SUS”, “Diamond SUS”, as sete da noite três pessoas em cima de um paciente no serviço privado seria inviável, ia chegar o administrador e dizer vamos lá pessoal (PSIQUIATRA).

No privado tu visa o quantitativo, por exemplo, no privado eu não teria a disponibilidade de atender um paciente uma hora e meia com uma outra colega, até a psiquiatra, isso acontece, quando a gente avalia que ele precisa desse tempo, e a gente não trabalha em cima de tempo quantitativo, produção, mas de qualidade de atendimento, e é por isso que eu não escolhi vir pro privado e vir para o público, eu tenho um atendimento aqui, que eu me colocaria nesse espaço para me tratar (TERAPEUTA OCUPACIONAL)

¹⁶ FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃODA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br>> Acesso em: 28 ago. 2013.

Com a fala das colaboradoras podemos perceber que a lógica de cuidado produzida no serviço, onde a centralidade está nas necessidades do usuário e a organização do trabalho, está pautada nessas demandas e na perspectiva da integralidade, algo que parece não acontecer em serviços privados, apesar de ambos estarem regulados pelo mesmo sistema de saúde. Chega ao ponto de alguns colaboradores da pesquisa colocarem que se algum dia precisassem de atendimento em saúde mental gostariam de ser atendidos no serviço onde trabalham, como no exemplo a seguir:

Eu gostaria, se precisasse, de ser atendida num lugar como este (PSICÓLOGA)

Uma questão desabonadora para os serviços privados de saúde em comparação ao serviço do SUS que emergiu das narrativas dos colaboradores foi a questão da falta de recursos materiais para o trabalho cotidiano, como acomodações e materiais para as oficinas do CAPS, como afirmam a Terapeuta Ocupacional e a Psicóloga:

Só a questão dos recursos materiais é mais complicada, as vezes eu compro material do meu bolso, poderíamos ter ar-condicionado nas salas [...] mas é só essa a diferença (TERAPEUTA COUPACIONAL).

Talvez teríamos mais condições materiais no serviço privado (PSICÓLOGA).

Esta é uma questão recorrente nos serviços do SUS, a autonomia financeira relativa para compra de materiais para o cotidiano do trabalho. Os serviços acabam ficando reféns de processo licitatórios para aquisição de materiais que levam muitas vezes muito tempo para chegar, diferentemente dos serviços privados que têm autonomia e agilidade nesses processos, uma das poucas vantagens apontadas pelos colaboradores da pesquisa do serviço privado em relação ao público na produção do cuidado em saúde no Caps.

Se por um lado os serviços privados em saúde têm agilidade na aquisição de materiais e na gestão da estrutura dos serviços, por outro têm metas e princípios diferentes do SUS. Tem uma lógica de produtividade, na qual muitas vezes não são consideradas as singularidades, na maioria das vezes os protocolos engessam as ações das equipes. Já no SUS se leva em consideração as diferenças de

demandas, com o princípio da equidade, que trata de organizar as demandas de acordo com as diferenças individuais e coletivas visando uma igualdade no acesso (BRASIL, 1990), não padronizando o cuidado numa lógica protocolar e em rotinas pré-estabelecidas. A trabalhadora de Educação Física traz que no município onde se encontra o Caps não se deixa de analisar a produtividade do serviço público, pois este aspecto também precisa ser levando em consideração para analisar o tipo de retorno à sociedade, mas o diálogo com a gestão naquele serviço específico se dá sob outro patamar:

O entendimento de produtividade por parte da gestão do município contribui para a autonomia da equipe na gestão do cuidado e organização dos processos de trabalho. A produtividade é avaliada pela satisfação dos usuários em relação ao cuidado oferecido pela equipe, organização em relação à demanda, não só os números quantitativos (TRABALHADORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA).

Na realidade do serviço pesquisado existe o entendimento de que se faz necessário estabelecer metas e avaliar processos de trabalho nas negociações com a gestão do município, porém, os colaboradores colocam que isso se dá em parte por vontade política da gestão, que de um modo geral trabalha afinada com os princípios do SUS, mas prioritariamente pelo tipo de vínculo de trabalho que a maioria dos trabalhadores tem com o município, assim considero interessante discorrer um pouco mais sobre esta questão em função do impacto na organização do trabalho coletivo das equipes.

Muitos dos colaboradores da pesquisa tiveram experiências de trabalho na iniciativa privada e vivenciaram relações de trabalho pouco estáveis em relação ao vínculo empregatício, que gera uma cultura da insegurança quanto à permanência e com isso fomentando relações interpessoais individualistas, dando espaço para competitividade desnecessária entre trabalhadores, dificultando a formação de “equipes integração” Peduzzi (1998, 2001), desestabilizando o trabalho coletivo. Por isso, afirmam ser necessário o investimento em vínculos seguros e estáveis.

No que se referem aos vínculos, os trabalhadores colocam que no setor privado parece existir a necessidade de desqualificar e despontualizar o serviço público e, por consequência, o servidor público, jogando com o estigma social de que o serviço público não funciona e o que o servidor público não trabalha, fortalecendo o discurso de que os vínculos devem ser instáveis para facilitar a

dispensa e os serviços públicos devem ser privatizados para melhorar o “fluxo”. Como colocam os técnicos de Enfermagem entrevistados:

Tenho como comparar o setor privado e o setor público. É essa história que o setor público não trabalha; isso é história. Os caras falam muita bobagem, tem um ou outro que não trabalha, mas na empresa privada também tem (TÉCNICO DE ENFERMAGEM).

Eu acho que na iniciativa privada tem muita competitividade, para permanecer, e no serviço público não, ninguém vai querer te derrubar, até porque te serviço está garantido. Eu acho que tem um pouco de segurança a mais sim no privado. No serviço público tu trabalhas mais tranquilo, tu consegues deslanchar o que tu tá fazendo, se planejar a longo prazo (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

A instabilidade e a insegurança no vínculo empregatício interferem diretamente nos processos de trabalho e na produção de cuidado nos serviços de saúde. Nos serviços privados de saúde, e até mesmo no público com vínculos frágeis (não estatutários, por exemplo) os trabalhadores podem ser demitidos a qualquer momento, sendo reféns da vontade do gestor, campo fértil para formação de “equipes agrupamento” na perspectiva de Peduzzi (1998, 2001). Os colaboradores da pesquisa também colocam que é muito mais interessante para quem trabalha no serviço público são as possibilidades de progressão na carreira, fato que não ocorre na iniciativa privada.

O privado tem muita rotatividade, eu trabalhava em outro lugar, larguei lá, mas aqui se eu quiser crescer eu tenho como, coisa que não acontece na empresa privada, não tinha critério pra tu crescer, aqui se eu quiser ser enfermeiro eu tenho que fazer o curso, então o serviço público coopera para que tu cresças, reza por essa cartilha (TÉCNICO DE ENFERMAGEM).

Me sinto muito feliz de ter feito concurso na metade da minha formação e ter sido chamada agora, e optei por continuar no serviço público, e agora sim vou estudar, e vou ficar até o fim nessa linha, tu tem uma certa segurança, uma garantia, tu trabalha com mais tranquilidade, tu deslancha, teu sucesso é mais valorizado, teu serviço é mais valorizado (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

No Caps pesquisado o vínculo dos trabalhadores do serviço se dá de duas formas: a maioria dos trabalhadores é contratada em regime estatutário (via concurso público), portanto, mais seguro, e a outra parte dos trabalhadores têm

vínculo bastante instável, recebendo por Recibo de Pagamento a Autônomo (RPA), sem garantia de continuidade e menos amparado pelas leis trabalhistas, dependendo de relações políticas estabelecidas com a gestão. A partir desta correlação, dá para perceber o quanto é complicado para um trabalhador contratado por RPA investir no vínculo com os usuários em projetos terapêuticos de longo prazo, e o quanto este tipo de relação laboral acaba favorecendo a lógica “tarefeira” no serviço. Mesmo diante destas dificuldades, os trabalhadores afirmaram que a situação de alguns colegas não chega a interferir nos processos de trabalho diário, pois não se deixa de envolver todos os trabalhadores da equipe nas discussões dos casos e nas decisões do serviço. Somente quando há disputas relativas à organização do trabalho das equipes com a gestão municipal é que a situação se altera, pois os trabalhadores estatutários têm mais segurança para reivindicar suas questões quando há divergência com a gestão municipal. Como afirma a colaboradora:

O concurso garante um lugar onde a gente não se sinta ameaçado, para bancar o nosso trabalho, que a gente possa enfrentar a gestão porque a gente está aqui representando o município, não está representando uma política partidária, se eu não concordar com coisas que a gestão está colocando pra mim e não vou fazer, porque eu tenho outra forma de vínculo, eu vejo os meus colegas que não têm o mesmo vínculo que eu, não são concursados, são RPA com uma fragilidade em tudo, eles não têm férias, eles não podem adoecer [...] eu acho que evitam alguns confrontos que o pessoal que veio do concurso não tem papas na língua, digamos assim (TERAPEUTA OCUPACIONAL)

O fato narrado aponta uma contradição importante em um serviço do SUS, pois a estabilidade no vínculo de trabalho é considerada elemento fundamental para a produção do cuidado. Porém no modelo de estado que temos, no qual a grande parte das políticas públicas está muito mais associada ao governo e não ao estado, os colaboradores da pesquisa colocam a necessidade e a importância dos vínculos serem seguros, como a maioria dos trabalhadores têm, em regime estatutário, que além de ser uma reivindicação histórica dos trabalhadores, consta no Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão de 2006 (BRASIL, 2006), que aponta a necessidade de contratação por meio de vínculos estáveis e plano de carreira e salários dentro do sistema, garantindo condições aos trabalhadores de organização

do trabalho a longo prazo, planejamento da carreira e dedicação à formação pessoal e profissional.

As falas dos colaboradores relativas às tensões entre público e privado, bem como a emergência da lógica privada no processo de contratação de trabalhadores que atuam em serviços públicos de saúde, mostrou-se um elemento fundamental para entender a dificuldade estrutural para organização dos serviços a partir da lógica da composição e o quanto os trabalhadores se desdobram no cotidiano dos cenários de prática para consolidar uma “equipe integração” capaz de dar conta da produção coletiva do cuidado em Saúde Mental.

6.2 PARA ALÉM DAS OFICINAS: ENTRE EXPECTATIVAS E DEMANDAS PARA EDUCAÇÃO FÍSICA

Uma vez tendo apresentado o cenário de prática na seção anterior, e o modo como os trabalhadores ali se integram, passo agora a destacar o modo como os entrevistados veem o trabalhador de Educação Física na composição da equipe.

Tal como já mencionei no relato sobre minhas experiências em serviços de Saúde Mental, quando um trabalhador de Educação Física chega a um serviço de Saúde Mental geralmente suas tarefas já estão previamente estabelecidas: realizar oficinas de futebol, de ginástica, de alongamento, ou seja, está prevista a participação em grupos organizados para trabalhar práticas corporais/cultura corporal, mesmo que estas oficinas não sejam uma demanda ou não tenham sido negociadas com os usuários do serviço. Isto pode fazer com que o trabalhador de Educação Física seja logo de cara, e mesmo contra sua vontade, posicionado na função executor de tarefas, um tarefeiro, que pode desempenhar sua função isoladamente do restante da equipe, de forma desconectado à realidade do serviço e do território. Também como já mencionado anteriormente, muitos trabalhadores de Educação Física que se iniciam nos serviços de Saúde Mental têm dificuldades para vencer esta barreira à construção do trabalho vivo em ato (MERHY, 2007), que leva à diminuição de sua potência inventiva.

A trabalhadora de Educação Física deste Caps conta que ao chegar lá pela primeira vez foi informada que “herdaria” uma oficina conduzida pelo colega de núcleo antecessor da seguinte forma:

O grupo de adolescente é teu! (TRABALHADORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA)

Uma vez que esta oficina era realizada pelo trabalhador de Educação Física a quem ela substituiu, no entender da equipe se tratava de uma “passagem de bastão”, pois era uma tarefa realizada pelo núcleo da Educação Física. Mesmo em equipes bem estruturadas como a do Caps Ad em questão há sempre o risco de em algum momento existirem tarefas e demandas previamente estabelecidas, sem terem sido demandadas ou negociadas com os usuários, o que em si não é um problema, desde que sejam entendidas como um disparador de possibilidades ou, como foi o caso, para dar sequência a um trabalho definido coletivamente antes do ingresso de um trabalhador na equipe. A trabalhadora de Educação Física resolveu a questão de forma muito interessante, pois aceitou a tarefa como uma atribuição transitória e, paulatinamente, passou a criar outras possibilidades:

Aí a equipe foi mudando e a gente foi construindo uma nova forma de trabalhar (TRABALHADORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA).

As falas acima mostram que mesmo em equipes integração (PEDUZZI, 1998, 2001) pode haver caso onde um determinado núcleo, especialmente aqueles emergentes no campo, enfrente dificuldades como as relatadas acima. Apesar de a equipe ter experiência com o trabalho multiprofissional, o imaginário sobre as possibilidades de atuação de um trabalhador de Educação Física no Caps estavam num primeiro momento mais presos à lógica “tarefeira”. Como dá para perceber na fala da colaboradora Psicóloga, as expectativas em relação aos afazeres da Educação Física eram bastante limitados ao que se presume ser atribuição do núcleo:

O fazer específico da Educação Física mesmo, exercícios, bola. Eu tinha essa visão assim [...] achava que essa era a contribuição da Educação Física (PSICÓLOGA).

Já a técnica de Enfermagem comenta que suas expectativas em relação à Educação Física estavam centradas em um perfil de formação voltado para um campo de atuação que considerava mais bem delimitado:

Eu achava que o graduado em Educação Física era para a academia ou escola. Pra mim foi uma grande surpresa, chegar em um setor público e ver um serviço de saúde ser coordenado por uma Professora de Educação Física, difícil de assimilar [...] esses serviços sempre são coordenados por Médico e Enfermeiros, até minha Enfermeira está sobre supervisão dela, todo mundo está sobre supervisão dela (TÉCNICA DE ENFERMAGEM)

Esta fala mostra que mesmo dentro de equipes altamente organizadas e com um trabalho coletivo muito interessante, ainda persiste uma ideia entre os trabalhadores de outras áreas sobre a graduação em Educação Física, e conseqüentemente sobre os campos de atuação principais, que não condiz com as novas perspectivas de formação fomentadas neste nível de ensino, tampouco com o que se aprende em residências multiprofissionais, que como já mencionei na seção 3.2 “Experimentos na formação do trabalhador em saúde”, são cada vez mais voltadas para um trabalho integrado e nas quais é cada vez maior a presença de trabalhadores de Educação Física. Porém, entendo que o problema tem menos a ver com um conceito equivocado das demais profissões da saúde sobre a Educação Física e mais com a dificuldade do próprio núcleo em conseguir dar visibilidade à atuação profissional realizada fora da escola ou fora da academia de ginástica, problema que se acentuou com as disputas de ordem corporativa (inclusive judiciais), travadas a favor ou contra as posições do Conselho Federal de Educação Física¹⁷.

A potência destes debates acerca do que se imagina em relação à formação e à atuação em Educação Física gera expectativas sobre as encomendas e muitas vezes a elaboração de tarefas prévias, sem construção nenhuma com os usuários e o território, nas quais os principais interessados são apenas encaixados. Apesar de não ser o caso do Caps investigado, acredito que esta forma de incorporar o trabalho da educação física pode fazer com que os trabalhadores deste núcleo sejam alocados em diversos serviços dentro de um mesmo contrato de trabalho, por exemplo, em um turno conduzir uma determinada oficina de caminhada no Caps “X” e no outro turno uma oficina de futebol no Caps “Y”.

Tal situação, à primeira vista, pode parecer pouco problemática, afinal de contas as oficinas dizem respeito a sua formação inicial e os usuários são

¹⁷ Sobre esta questão consultar o Movimento Nacional Contra a Regulamentação do Profissional de Educação Física (MNCR) Disponível em: <http://mncref.blogspot.com.br/>

beneficiados com atividades de normalmente não têm acesso. Porém, estruturar o trabalho de Educação Física no Caps desta forma, em diversos lugares, acaba condenando o trabalhador da Educação Física a viver condição de tarefeiro em relação à equipe e, diferentemente do que ocorreu com a trabalhadora de Educação Física do Caps investigado, nem mesmo com toda a capacidade inventiva seria possível compor o trabalho coletivo e multiprofissional, pois não há possibilidade de encontro entre pares, e sem encontro entre pares dificilmente há conversa, e sem conversa dificilmente uma equipe integração se constitui.

A trabalhadora de Educação Física relata que suas experiências na equipe do Caps Ad pesquisado sempre estiveram ligadas a encomendas direcionadas para o coletivo, uma vez que todos se envolvem primeiramente com as questões do campo, e secundariamente com as questões do núcleo, o que reforça a ideia de um trabalho pautado na composição multiprofissional de saberes e fazeres em favor da prática de cuidado com os usuários:

Tu vais ver, não se espera do Terapeuta Ocupacional uma oficina, não se espera da Educação Física a prática corporal. Então a gente senta, consegue conversar (TRABALHADORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA).

As colaboradoras afirmam que os processos de construção da equipe devem ser constantes e permanentes, pois a linha que divide um trabalho baseado na lógica da composição (equipe integração) e tarefa (equipe agrupamento) é muito tênue, por isso, exigem dos trabalhadores muita atenção e diálogo no encaminhamento das demandas.

As trabalhadoras do Caps pesquisado que já haviam tido experiência anteriores com trabalhadores de Educação Física em equipes multiprofissionais, principalmente nas RIS/RMS, disseram ter expectativas de campo sobre o trabalho da colega deste núcleo:

Como minha formação estava bem ligada a trabalhar com profissionais de outras áreas, a gente via que não estava ligada ao núcleo, mas a gente espera um pouco mais, a gente espera mais que atividade física (ENFERMEIRA).

Eu sempre fiz minha formação em lugares públicos, que trabalhavam minimamente numa lógica da Saúde Coletiva. Eu tinha um colega professor de Educação Física que fazia a mesma coisa que eu [...]

mas as tarefas são de todo mundo, todo mundo pode fazer, todo mundo tem capacidade de avaliação (TERAPEUTA OCUPACIONAL).

No outro Caps, onde eu trabalhei tinha um pessoal da RIS lá, da Educação Física, e ali eu consegui entender melhor o trabalho [...] eles atendiam as crianças, e era fundamental para as crianças e o trabalho em equipe (PSIQUIATRA).

Estas falas permitem observar que para que se possa produzir o cuidado na lógica da composição de saberes e afazeres efetivamente multiprofissionais no Caps é preciso que a formação esteja direcionada para o ensino em serviço e esteja permeada pelas discussões do campo, pois assim se pode ampliar a capacidade de dialogar com os demais núcleos e reverter expectativas em relação ao que se faz em nome da Educação Física nos cenários de prática de cuidado em Saúde Mental.

Além disso, construir capacidade de diálogo como compositor, fazer parte do processo, oportuniza construir redes de acesso a outros serviços públicos que não só os diretamente ligados à saúde, o que permite aos trabalhadores de educação física na saúde também compor com serviços da cultura, de lazer, de assistência social, de trabalho entre outros. Uma forma de se articular ao que se chama de rede de seguridade social ou intersetorial, atualmente um dos principais desafios dos trabalhadores de saúde que procuram potencializar o cuidado com integralidade.

Apesar de discutir e tentar configurar um modo de o trabalhador de Educação Física se posicionar (ou ser posicionado) na equipe ora mais na linha do “compositor” ou ora mais na linha do “tarefeiro”, não acredito que estas posições sejam estanques e estáveis. A todo instante transitamos de lugares de composição para lugares de tarefa, e ambos podem estar em um mesmo serviço. E não há muito problema nisto, desde que seja acordado com os coletivos de trabalho e os atores envolvidos no processo consigam identificar a posição que estão ocupando.

Os elementos que levam a construir composições e arranjos diferenciados de trabalho em equipe não se dão por acaso, são fruto de trajetórias de formação que têm pontos em comum ao longo da história de cada trabalhador; fato que faz a diferença no encontro destas equipes.

6.3 OS SABERES RASURADOS E OS AFAZERES QUE SE MISTURAM

Além das expectativas específicas para a atuação da Educação Física no Caps Ad, os colaboradores da pesquisa enfatizaram a importância de uma rotina de encontros dos trabalhadores dos diferentes núcleos que lhes permitisse trocar experiências e, assim, dar conta das demandas do campo e da organização de um processo de trabalho pautado na negociação e na pactuação dos afazeres coletivos.

No serviço investigado acontecem duas reuniões de equipe por semana, uma para debater questões administrativas e outra para discussão de casos de usuários do Caps. Estas reuniões são fundamentais para uma decisão sobre os rumos do trabalho entre todos os membros da equipe. Tal como disse uma das colaboradoras:

A gente sentiu a necessidade de ter duas reuniões [...] Lógico que não dá para deixar para decidir tudo nesses dois espaços. A gente procura para decidir o mais coletivamente possível (TERAPEUTA OCUPACIONAL).

Dada à importância das reuniões de equipe, um espaço especial e bastante significativo foi reservado pelos trabalhadores daquele serviço em um prédio relativamente pequeno (uma casa de dois andares) exclusivamente para esta finalidade, pois como disse a trabalhadora da Educação Física:

A gente tem nossa sala de equipe [...] e é extremamente estratégico; a gente troca o tempo inteiro (TRABALHADORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA).

Os espaços coletivos de troca entre trabalhadores de diferentes núcleos são extremamente potentes para a composição da equipe, pois é ali que se processam as trocas, encaminha-se a resolução de problemas e a afirmação de processos efetivamente coletivos de trabalho. Na perspectiva do colaborador psicólogo,

os processos de trabalho de um psicólogo são bem parecidos com os demais membros da equipe, no campo da Saúde Mental os núcleos se desfazem muito fácil, a gente acaba se aproximando no mundo dos fazeres (PSICÓLOGO).

No campo da Saúde Mental muitas vezes as demandas fazem com que as fronteiras dos saberes dos núcleos sejam “rasuradas” pelos afazeres

multiprofissionais, e convoca os trabalhadores à construção de saberes relativos ao campo. Na mesma linha do colaborador psicólogo, para colaboradora Terapeuta Ocupacional os afazeres se “misturam” quando o processo de trabalho é coletivo:

O meu processo de trabalho não é só meu, digamos assim, a gente trabalha em equipe, então tem muita coisa que eu faço que meus colegas também fazem, é um processo coletivo, a gente tenta decidir todos juntos como é que vai se dar esse processo, na hora da tarefa prescrita e da tarefa real. E aí que eu entro, que minha forma de executar a tarefa, é da minha forma mesmo, aí eu conto com a minha subjetividade (TERAPEUTA OCUPACIONAL).

Corroborando com a fala da Terapeuta Ocupacional, a colaboradora Psiquiatra também afirma que os afazeres se misturam no processo coletivo de trabalho, mas acrescenta que se misturam a tal ponto que não depende mais de um núcleo específico para poder acontecer.

Não é um trabalho onde cada um faz seu trabalho separadamente, eu acho que a gente conseguiu uma boa combinação, não é demagogia. Não é para parecer bonitinho. Eu acho que a equipe pode prescindir de um profissional que o resto vai dar conta, não precisa de um médico para que a coisa funcione, não precisa ter a professora de Educação Física para que a coisa funcione, não precisa ter enfermeira. Tem um entrosamento nesse sentido. Além das políticas, dependem muito das pessoas que estão trabalhando, que estão interagindo (PSIQUIATRA).

Esta fala contribui muito ao debate feito nesta dissertação, e tem um impacto muito interessante, pois a fala parte de uma médica, e o que é mais significativo para o campo da saúde mental, uma médica psiquiatra. A crítica aos processos de trabalho centrados exclusivamente no médico é um ponto de convergência entre aqueles que militam no campo da Saúde Coletiva. No caso da Saúde Mental, a psiquiatrização da atenção é considerada pelos demais núcleos, e no caso do Caps analisado até mesmo pela psiquiatra, um limitador importante para a composição da equipe, pois geralmente acaba submetendo os processos de trabalho a uma lógica medicamentosa, que só pode ser posta em prática por quem detém o poder da prescrição, no caso, o médico psiquiatra (ZGIET, 2013, FIORATI; SAEKI 2013). Porém cabe destacar que há outras formas de centralização, não sendo esta uma atribuição exclusiva dos psiquiatras. Apesar de não ser muito comum, e de também

não ser o caso do Caps AD analisado, é possível encontrar a lógica da psiquitização da atenção em outros núcleos.

Na equipe do Caps Ad as relações de trabalho são vistas de modo horizontal, mas não apenas em função de uma presumida equidade entre os núcleos, mas também, como apareceu em outra passagem da entrevista da colaboradora Psiquiatra, numa dimensão subjetiva dos desempenhos da função em uma equipe:

Os processos de trabalho dependem muito das pessoas que estão trabalhando, não tem como tratar esse povo sozinha (PSIQUIATRA).

O fato de o processo de trabalho neste Caps Ad não ser vertical não deve ser confundido com momentos de protagonismo de um determinado núcleo em situações específicas. A hegemonia limita e é estanque, já a circulação do protagonismo entre os núcleos é estimulado e ocorre conforme a demanda. Por isso, como já afirmei no texto, as posições transitam, elas não são fixas e imutáveis, movimentam-se de acordo com a dinâmica dos processos e percursos do serviço.

Um bom exemplo é a coordenação do serviço, que circula de tempos em tempos entre trabalhadores dos diferentes núcleos. À época em que as entrevistas foram realizadas, a trabalhadora de Educação Física era a coordenadora do Caps Ad. Estabelecer como critério que a coordenação do serviço será ocupada por diferentes núcleos em rodízio é também uma forma de buscar a integração dos processos de trabalho por meio da compreensão da gestão do serviço e de priorizar as demandas do campo em vez das demandas dos núcleos. Desse modo os trabalhadores desenvolvem suas potencialidades de acordo com as demandas do serviço como um todo, não atrelado simplesmente aos afazeres do núcleo ao qual pertence. Como coloca a trabalhadora de Educação Física colaboradora na pesquisa:

Hoje eu estou trabalhando na gestão, mas eu tenho oficinas, que não necessariamente tem a ver com práticas corporais, atividade física. E o que eu fazia antes da gestão, acolhimento, as visitas domiciliares, eu tenho atendimento a usuários que eu sou referência, técnico de referência, atendimento a família, faço grupos, de artesanato, que a gente chama de tudo a ver, faço a oficina de música, supervisiono estagiários, participo de GT, com toda a questão de pensar a política, então tem representações aqui, a gente tem vários GTs que a gente tem representações. Mas não necessariamente eu faço a oficina de caminhada do Caps. Teve um tempo que a oficina de caminhada foi feita por um psicólogo, agora ela é feita pela T. O. e pela Enfermeira,

eu faço a oficina de artesanato, então, as práticas tem mais a ver com as afinidades, “ah, nesse momento eu estou afim de outra coisa”, isso muda, não tem aquela coisa da rotina, a gente vai rodando, para não ficar sempre igual (TRABALHADORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA).

A fala da colaboradora mostra que as demandas do serviço vão além da formação do núcleo e não estão engessadas nessa perspectiva. Atividades como gestão, supervisão, formação, acolhimentos, entre outras, fazem parte do cotidiano do trabalho de qualquer núcleo. Além da abertura para outras possibilidades de acordo com o interesse dos trabalhadores e dos usuários por eles atendidos.

Uma maior abertura ao trabalho de campo não significa negar os saberes específicos de uma determinada área de conhecimento, pois quando emergem demandas que são consideradas clássicas de um núcleo específico elas também são realizadas, desde que elas tenham emergido de uma construção junto aos usuários. Como coloca:

Na Educação Física no Caps acho que tu tens que poder pensar nas relações do fora. Os Caps não estão centrados neles, então o que a Educação Física ajuda essa pessoa que tu atendes a estabelecer a relações lá fora, e aí vai te dar, de acordo com as relações que ela estabelece, vai te dar, é academia por que vou ter amigos, ok, então nos vamos para o fitness, e grupo de convivência, é espaço de lazer, escolinhas de futebol, eu não vejo a Educadora Física num Caps como alguém que vai fazer atividade e se encerrar em si. Eu preciso fazer atividade física porque ele precisa emagrecer ok, podem ter pessoas que precisem em algum momento isso pode ser importante, mas eu vejo que é muito mais o papel de todos os profissionais do Caps pensar esse fora, como é que ele estabelece rede lá fora, vai ser nos espaços de lazer, vai ser pensar, eu trabalho muito isso, o que tu fazes lá fora de bom, pensando no usuário de drogas, o que tem de lazer, o uso da droga as vezes é o único lazer que eles tem, e em tão o que de bom, o que outras coisas eu posso fazer que também me dê prazer, se não tua vida fica vazia. Então eu vejo que tem práticas que têm um significado pessoal de vida para aquelas pessoas, que não seja, aí ele vai dizer se vai ser esporte, caminhada, grupo de convivência, aí vai ser o que cada um tem (TRABALHADORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA).

Ao usar a expressão “relações do fora” a colaboradora acaba por sintetizar muito bem um modo de incorporar os saberes do núcleo, no caso aqui da Educação Física, dentro de uma perspectiva de cuidado que procura conectar o usuário com o mundo da vida, com tudo que ocorre fora do Caps, procurando levar o usuário a percorrer novos caminhos e, assim, encontrar sentido neste trânsito pela cidade.

Pautar o trabalho nas “relações do fora” é uma forma de dar conta daquilo que Lancetti (2011) chama de Clínica Peripatética, é um modo de colocar a clínica em movimento e na direção ao lado de fora, rumo ao restabelecimento dos laços de convivência em espaço aberto.

Ao dizer em seguida que não consegue ver o trabalhador de Educação Física do Caps “como alguém que vai fazer atividade e se encerrar em si” a colaboradora ressalta a importância de se evitar introduzir práticas de núcleo que reforcem a ideia do Caps como um “manicômio”¹⁸. Certamente haverá a necessidade de se organizar boa parte do trabalho com os usuários dentro da estrutura do Caps, isso não há dúvida, mas é importante é sempre que possível pensar num plano terapêutico singular que esteja voltado para resignificação das relações no território, lá onde a vida acontece (MENDES; DONATO, 2003).

Esse é um dos aspectos mais importantes do trabalho em serviços substitutivos de Saúde Mental como os Caps, pois nos manicômios todas as atividades se centravam em um único território, muitas vezes restrito aos limites físicos do prédio do hospital. Por exemplo, em um Caps não é necessário se ter (ou se reivindicar) uma quadra de esporte para a realização do trabalho de uma oficina, pois certamente haverá outras tantas espalhadas na cidade “à espera” para serem utilizadas. E se não tiver quadra na região, passa a ser mais interessante proporcionar uma discussão com os usuários sobre os espaços públicos de lazer disponíveis para reivindicar, se possível junto com associações de moradores, a construção de um espaço para toda a comunidade, e não apenas uma quadra para atender a demanda específica de uma oficina dentro do Caps. Esta movimentação é forma de conectar os saberes do núcleo estejam alinhados com as relações do fora, e assim potencializar o projeto terapêutico singular.

Este é um exemplo bastante singelo do quanto o núcleo da Educação Física pode vir a se conectar, e por em prática, a Clínica Peripatética, uma forma de percorrer com o usuário os caminhos da cidade, potencializar seus encontros lá onde a vida acontece, significando e resignificando estes percursos. Além disso, é uma forma de a Educação Física incorporar e compor o trabalho no Caps um pouco mais livre das amarras corporativas, desconectadas da realidade do SUS, e dos

¹⁸ Metáfora usada entre os trabalhadores da Saúde Mental para se referirem aos processos de trabalho em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos que acabam reproduzindo em suas estruturas a lógica manicomial.

saberes hegemônico na área da saúde (DAMICO, 2007). A frase “pensar as relações do fora”, portanto, de certo modo sintetiza o principal objetivo de um projeto terapêutico singular em serviço como o Caps Ad: colocar as “relações do fora” para dentro do Caps, para potencializar a conexão dos usuários com a cultura local, retomar os laços familiares e restabelecer os vínculos sociais, principais objetivos dos serviços substitutivos. E nesse sentido, um trabalhador de Educação Física talvez tenha muito a contribuir.

Os colaboradores da pesquisa apontaram que um dos fatores que permitiu um modo de trabalhar naquele Caps AD alinhado à perspectiva da composição, em que pese cada um ter trilhado caminhos formativos diferentes na graduação, foi o fato de a maioria ter feito pós-graduação em RIS/RMS, o que na visão deles singulariza o trabalho desta equipe neste serviço, pois neste nível de formação os trabalhadores se deparam o tempo inteiro com a relação ensino-serviço, adquirindo conhecimento sobre o SUS e sobre as políticas públicas em saúde, além da disposição e vivência em trabalho multiprofissional. Como coloca a colaboradora trabalhadora de Educação Física:

É diferente tu trabalhar com uma equipe que sabe das políticas públicas, saber dessas políticas faz a diferença, tecnicamente também, não que tu faça tudo, mas ter uma formação técnica te ajuda a te empoderar, se não tu fica mais inseguro, tu chega aqui já tendo vivenciado dois anos. A nossa equipe aqui nós temos de nível superior uma única profissional que não teve residência, todos os profissionais tem residência, todas em Saúde Coletiva, a gente tem da Dermato, da Atenção Básica, gente da Saúde Mental, então isso faz uma relação de já ter vivido, de ter experiência de ter passado por outros Caps, outros serviços e que isso vai contribuindo para gente (TRABALHADORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA).

Assim temos o retorno das colaboradoras sobre o quanto é importante ter processos de formação voltados à realidade do campo de atuação, e o quanto essa formação diferenciada reflete nos processos de trabalho. Outro aspecto que chama a atenção é que esses conteúdos/competências foram acessados/desenvolvidas prioritariamente na formação de pós-graduação, o que indica ser ainda mais interessante acessá-los/desenvolvê-los também na formação inicial. Por isso, iniciativas de reformulação curricular, ou até mesmo a simples implantação de disciplinas compartilhadas na área da saúde nas grades já existentes, ajuda a fortalecer a relação de ensino-serviço também numa perspectiva da composição,

pois nem todos os trabalhadores podem ter acesso às RIS/RMS, por mais que ampliem as vagas. Tal dificuldade é apontada pela colaboradora Terapeuta Ocupacional:

Todo mundo que está aqui fez residência, não no mesmo lugar, mas em lugares diferentes, em épocas diferentes, também a gente tem uma equipe bem heterogênea, até se tratando de idade, linhas teóricas também, cada um é bem diferente, dos psicólogos, tem um que é psicanalista, outro é humanista, outro é mais esquizoanálise e a gente consegue trabalhar aonde está o ponto de encontro, assim, eu acho que tem um diferencial sim, a formação da residência, porque é difícil se abrir para um trabalho em conjunto, porque na faculdade a gente fica no que é o meu! O que eu posso fazer o que eu não posso, os nossos conselhos profissionais fazem muito isso para gente, quando sai da faculdade, tu vais por ti próprio trabalhar, eu tive a oportunidade de ver que não era bem assim (TERAPEUTA OCUPACIONAL).

A Terapeuta Ocupacional traz que a formação inicial está centrada nos afazeres da profissão, o que não é em si um problema, e sim quando esta formação se torna permeável/subordinada à ação dos conselhos profissionais, que se pautam na defesa corporativa da divisão do trabalho e é refratária à lógica da composição de saberes coletivo. Já a residência multiprofissional prepara para o “trabalho em conjunto” na composição e arranjo de diversos saberes, em um “ponto de encontro”, como bem coloca a colaboradora, lógica que vem sendo adotada em algumas experiências curriculares, como o é caso projeto político pedagógico integrado de cinco cursos da área da saúde na UNIFESP (Campus Baixada Santista), já mencionado acima na seção “3.2 Experimentos na formação do trabalhador em saúde”.

Por fim, cabe destacar que a organização de processos mais flexíveis e dinâmicos na produção do cuidado em Caps AD, descritos pelos colaboradores da pesquisa, é fruto de um longo processo de formação do que chamo aqui de “trabalhador compositor”, quem incorpora o marco teórico forjado na luta da Reforma Sanitária/Reforma Psiquiátrica, compartilha experiências na rotina das múltiplas intervenções do “lado de fora” e coloca os saberes específicos do seu núcleo em favor da “mistura” de afazeres em equipe.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciei este trabalho com o caso da Fabiana, uma internação compulsória realizada com o consentimento da família, opção amplamente debatida na equipe, com mandato judicial e prevista como último recurso terapêutico dentro da lei de Reforma Psiquiátrica. Apesar de pautada em todos os princípios do SUS, trata-se de uma intervenção delicada e muito arriscada, mesmo assim é possível cometer desumanidades se não for levada em consideração a singularidade de cada caso. O desfecho aparentemente bem-sucedido do caso da Fabiana pode levar ao equívoco de se preconizar em larga escala, como é intenção de projetos de lei que tramitam nas casas legislativas de diferentes esferas públicas, ações similares que desconsiderem a autonomia e a liberdade individual dos envolvidos, especialmente quando “questões coletivas são tomadas como individuais e problemas sociais e políticos são tornados biológicos”¹⁹.

Apesar do impacto que o episódio em si e dos desdobramentos para equipes e usuários, minha intenção era mostrar que uma situação deste porte também é atribuição dos trabalhadores de Educação Física, pelo simples fato de que se trata de uma atribuição coletiva, que não pode ficar a critério de um ou outro núcleo, e também para dar visibilidade a um conjunto de conceitos que pouco se vê na graduação: campo, núcleo, cuidado em saúde, tecnologias de cuidado, integralidade, Clínica Peripatética, trabalho vivo em ato e outros tantos.

Saliento mais adiante que estes conceitos emergiram das lutas empreendidas pelos movimentos sociais para por em marcha a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, que se fazem ainda mais importantes em função da saliência da temática álcool e outras drogas na contemporaneidade. Outro elemento que destaco como importante é a discussão sobre a formação dos trabalhadores da saúde, notadamente as Residências Integradas ou Multiprofissionais na Saúde (RIS/RMS)

¹⁹ Trecho do Manifesto de Lançamento do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, realizado de 11 a 13 de novembro de 2010, onde em torno de mil profissionais das áreas de Saúde e Educação, estudantes e representantes de entidades participaram do I Seminário Internacional "A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos", em São Paulo. Como ação política deste evento, foi lançado o Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, de atuação permanente, que tem por finalidade articular entidades, grupos e pessoas para o enfrentamento e a superação do fenômeno da medicalização, bem como mobilizar a sociedade para a crítica à medicalização da aprendizagem e do comportamento. Durante o lançamento do Fórum foi aprovado o “Manifesto” que, nesta ocasião obteve a adesão de 450 participantes e de 27 entidades. Este documento destaca os objetivos do Fórum, suas diretrizes e propostas de atuação. Disponível em: <<http://medicalizacao.org.br/ii-seminario-internacional/>>

no âmbito da pós-graduação, que permitem acesso aos conceitos relativos ao campo da Saúde Coletiva que pouco (ou nada) se vê na graduação.

Na medida em que a formação inicial em saúde raramente está voltada ao campo, é necessário buscar nas experiências em serviço as referências sobre o que se faz em nome da Educação Física na Saúde Mental. Para tanto, julguei importante partir do relato do meu trabalho vivo em ato para poder ilustrar um modo de compor as equipes que integrei. E para não ficar na mera “contação” de histórias, foi fundamental buscar nas bases de dados o que já se escreveu sobre a interface Educação Física e Saúde Mental para entender de que forma este tema tem sido tratado academicamente e que tipo de contribuição esta dissertação poderia trazer à área.

Para dar conta metodologicamente do trabalho investigativo, optei em realizar um estudo de caso qualitativo de uma equipe de Caps. Por meio de entrevista semiestruturada com oito colaboradores, procuro apresentar a realidade concreta do trabalho coletivo deste conjunto de trabalhadores, enfatizando o modo como a Educação Física é incorporada (ou se incorpora) na visão dos trabalhadores deste serviço específico que aceitaram colaborar com a pesquisa.

A produção empírica do trabalho se concentrou em 8 entrevistas, pois a própria equipe não autorizou um número maior. A justificativa para tal limitação foi a saturação de atividades deste tipo junto ao serviço, já que há muitas demandas ao serviço por parte de estagiários, residentes, pesquisadores, “videntes” do VER-SUS entre outros, o que torna inviável para equipe atender a todas estas demandas que batem a porta do serviço em busca de formação e pesquisa. Possivelmente novas conversas, observações e entrevistas poderiam trazer novos elementos, mas foi fundamental para esta pesquisa atender a exigência que me foi imposta.

Do material levantado a partir das falas transcritas foi possível chegar à organização de três categorias analíticas: 1) a tensão entre público e privado na organização dos processos coletivos de trabalho para a produção do cuidado em serviços de Saúde Mental; 2) as expectativas e demandas da equipe relativa ao trabalho da Educação Física em um Caps Ad; e 3) a produção de saberes sem fronteiras disciplinares/profissionais em meio aos afazeres que se misturam na composição do trabalho em Saúde Mental.

A análise resultante desta categorização levou às seguintes considerações: a terceirização dos serviços e a precarização dos vínculos empregatícios interfere na

organização de processos coletivos de trabalho e na efetiva integração das equipes em Saúde Mental; o trabalho da Educação Física em um Caps Ad transita tanto entre as expectativas de tarefas clássicas do núcleo quanto à composição do trabalho coletivo voltado para as demandas do campo; as equipes multiprofissionais de Saúde Mental que efetivamente funcionam de forma integrada “rasuram” as fronteiras dos saberes dos núcleos e convocam os trabalhadores a desenvolverem projetos terapêuticos pautados, sobretudo, na produção de vida fora do Caps.

As análises feitas por mim sobre a equipe de colaboradores trazem um olhar otimista do trabalho em equipe, que muitas vezes se aproxima do idealismo, algumas vezes deixando de destacar possíveis problemas, incoerências, contradições e outras questões pertinentes ao serviço tão complexo como o Caps Ad. Em que pese tais limitações do estudo, procurei dar mais ênfase à aproximação dos conceitos da Saúde Coletiva e da Saúde Mental aos da Educação Física, o que considero uma contribuição desta produção para o referido núcleo.

Tenho consciência que esta dissertação só se tornou possível por estar intimamente ligada a minha experiência profissional, e não vejo isto como um demérito, pois acredito que os processos de trabalho em Educação Física na Saúde Mental, antes de tudo, devem estar conectados às relações estabelecidas pelo produto de encontros entre trabalhadores, usuários, comunidades e a rede intersetorial (cultura, assistência social, educação entre outros) de cada território, que vai determinar a forma como vamos atuar nos serviços ou até mesmo, como no meu caso, como vamos lidar com estes temas na academia. Por isso que a decisão de investir ou não na especificidade da Educação Física nos serviços esteve intimamente ligada ao que emergia daquelas relações, e se por acaso algo que consideramos específico não chegou a ser demandado, foi porque a composição dos saberes no trabalho coletivo em saúde se dá muitas vezes à revelia de uma potencial “crise de identidade profissional” que possa surgir em um ou outro núcleo, pois o que me pautou foram as demandas do território e não à formação específica do núcleo da Educação Física.

Outro ponto que considero fundamental enfatizar é que para acontecer uma efetiva construção coletiva da produção de cuidado em equipes de Saúde Mental os serviços devem ser cem por cento públicos, os vínculos de trabalho devem ser estáveis, os planos de carreira bem definidos, a remuneração digna e terem as mínimas condições materiais para que os trabalhadores possam desenvolver seu

trabalho com segurança. Além disso, toda a estrutura deve estar pautada por políticas de estado e não do governo de plantão para que se preserve a construção histórica do SUS, sistema que tem mais de vinte anos de existência, e precisa ser defendido por meio de militância e mobilização social.

Cabe ainda destacar que me sinto intensamente afetado pelo referencial teórico apresentado e desenvolvido nesta dissertação, pois como diz meu orientador, “o tema está na minha corrente sanguínea”. Vejo-me não apenas como um pesquisador que lida com um objeto de estudo para sua investigação no mestrado, mas também como um militante que procura articular os conceitos forjados nas lutas sociais ao processo de trabalho cotidiano dos serviços onde atuo. Dadas estas características pessoais, considero que o meu maior desafio neste processo de construção do trabalho foi justamente o de colocar todo este afeto num texto dissertativo dentro das exigências deste nível de ensino. E não foram poucas as dificuldades enfrentadas nestes mais de dois anos de vivência no curso mestrado, especialmente conciliar meu jeito de misturar saberes/afazeres na prática multiprofissional em serviços de saúde num mestrado em Ciências do Movimento Humano e de algum modo tentar diminuir a distância entre dois mundos tão próximos, mas ao mesmo tempo tão distantes.

Considero importante encerrar dizendo que esta investigação é também um compromisso em defesa dos princípios de universalidade do acesso (como garantia incondicional), integralidade do cuidado e equidade da atenção presentes no SUS. É um modo de militar em favor de serviços de saúde totalmente públicos, contra as iniciativas de privatização, contra a precarização dos serviços e dos vínculos empregatícios, enfim, é uma escrita acadêmica que tem a pretensão de se posicionar francamente a favor do fortalecimento do SUS e da manutenção da sua maior conquista: a saúde como direito de todos e dever do estado.

REFERÊNCIAS

- ABIB, Leonardo Trapaga; FERREIRA, Luiz Alberto dos Santos. A cultura corporal no contexto da saúde mental. **Revista Didática Sistemica**, Rio Grande, Edição Especial, 2010.
- ABRAHÃO, Ana Lúcia. Atenção primária e processo de trabalho em saúde. **Informe-se em Produção de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007. Disponível em: <scholar.google.com.br/>. Acesso em: 4 set. 2012.
- ABUHAB, Deborah. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 369-380, dez. 2005. Disponível em: <<http://sabi.ufrgs.br/>> Acesso em: 4 set. 2012.
- AGUIAR, Larissa de Fátima Pontes *et al.* Compreendendo a comunidade: experiência da equipe interdisciplinar do Bom Jardim-Fortaleza (CE). **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 14, jul./set. 2008. Disponível em: <scholar.google.com.br/>. Acesso em: 4 set. 2012.
- ALVES, Paulo César. A fenomenologia e a abordagem sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1547-1554, ago. 2006.
- ALVEZ-MAZZOTTI, Alda. Usos e abusos do estudo de caso. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 129, p. 637-651, set./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-5742006000300007&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 17 set. 2013.
- AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- ARMANI, Teresa Borguet. **Formação de sanitaristas: cartografias de uma pedagogia da Educação em Saúde Coletiva**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/>>. Acesso em: 6 fev. 2012.
- AZAMBUJA, Fernanda Braga. **Implicação do residente com a construção do conhecimento no processo de formação**. Monografia (Conclusão de Curso) - Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://sabi.ufrgs.br/>>. Acesso em: 04 set. 2012.
- BAGRICHEVSKY, Marcos; ESTEVÃO, Adriana; PALMA, Alexandre. Saúde coletiva e Educação Física: aproximando campos, garimpando sentidos. *In:* BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana; DA ROS, Marco (Org.). **Saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Nova Letra, 2006. v. 2.
- BARBOSA, Nasser Haibar. Proposta metodológica na atenção psicossocial: análise dimensional de caso. **Revista Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2,

p. 469-475, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n2/24.pdf>>
Acesso em: 21 set. 2013.

BILIBIO, Luiz Fernando Silva. **Por uma alma dos serviços de saúde para além do bem e do mal**: implicações micropolíticas a formação em saúde. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/>>. Acesso em: 6 fev. 2012.

BRASIL. **Consultório na rua**. Disponível em:
<<http://www.brasil.gov.br/crackeopossivelvencer/programa/eixo-cuidado/consultorio-na-rua>>. Acesso em: 7 jun. 2013.

BRASIL. **Lei Federal nº 8080/90**. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

BRASIL. **Lei Federal nº 9610/98**. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306>. Acesso em: 24 mar. 2012.

BRASIL. **Lei Federal nº 10216/01**. 2001b. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 24 mar. 2012.

BRASIL. **Portaria nº 336/GM – 2002**. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossociais**. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2001a. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 16 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 16 set. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 287/1998**. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1998/Reso287.doc>>. Acesso em: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** 2.ed. rev. ampl. Brasília 2004a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_de_ad.pdf>. Acesso em: 13 mar 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf>. Acesso em: 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 3, n. 1-2, p. 51-74jan./dez. 2000.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FURTADO, Juarez Pereira. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 6, p. 1090-1096, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 jul. 2012.

CAPOZZOLO, Angela Aparecida *et al.* Experiência, produção de conhecimento e formação em saúde. **INTERFACE Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 17, n.45, p. 357-70, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 set. 2013.

CARNEIRO, Henrique. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. *In*: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO, Henrique (Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil.** São Paulo: Alameda, 2005.

CASTRO, Adriana Miranda *et al.* (Org.). **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde.** Brasília: CEAD/FUB, 2010.

CARVALHO, Yara Maria. Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B.Pessoa (Universidade de São Paulo). *In*: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (Org.). **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção.** Porto Alegre: UFRGS Editora, 2007.

CAVALCANTE FILHO, João Batista. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 31 out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 4 set. 2012.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 259-278.

CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando. Singularidades da Educação Física na Saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. *In*: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (Org.).

Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2007.

CECCIM, Ricardo Burg; CAPOZZOLO, Ângela Aparecida. **A educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação.** Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Huictec, 2004.

CLAUDININ, D. Jean; CONNELLY, F. Michael. **Pesquisa Narrativa: experiências e história em pesquisa qualitativa.** Tradução do Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores – ILEEL/UFU. Uberlândia: Ed. UFU, 2011.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 19, 1989. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 16 set. 2013.

COIMBRA, Cecília Coimbra, NASCIMENTO, Maria Lívia do. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber. *In*: GEISLER, A.R.R.; ABRAHÃO, A.L.; COIMBRA, C. (Org.). **Subjetividade, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos na formação em saúde. Subjetividade, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos na formação em saúde.** Niterói: EDUFF, 2008. p. 143-153. Disponível em: <<http://www.infancia-juventude.uerj.br/pdf/livia/analise.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2012.

COLETIVO DE AUTORES. **Metodologia do ensino de educação física.** São Paulo: Cortez, 1992.

CUNHA, João Paulo Pinto; CUNHA, Rosani Evangelista da. **Sistema Único de Saúde: princípios. gestão municipal de saúde: textos básicos.** 20. ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 2001.

DALLEGRAVE, Daniela. **No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da Residência Multiprofissional em Saúde.** Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/>>. Acesso em: 6 fev. 2012.

DAMICO, José Geraldo Soares. Das possibilidades as incertezas: instrumentos para intervenção do profissional de educação física nos posto de saúde. *In*: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (Org.). **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção.** Porto Alegre: UFRGS Editora, 2007.

DUARTE, Rosália. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Caderno Pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, mar. 2002.

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Processo de trabalho em saúde.** 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Disponível em: <scholar.google.com.br/>. Acesso em: 4 set. 2012.

FERREIRA, Sílvia Regina. **Residência integrada em saúde**: uma modalidade de ensino em serviço. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <<http://sabi.ufrgs.br/>>. Acesso em: 4 set. 2012.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FÓRUM SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. Disponível em: <<http://medicalizacao.org.br/>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

FRAGA, Alex Branco. **Exercício da Informação**: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Campinas: Autores Associados, 2006.

FRAGA, Alex Branco; CARVALHO, Yara Maria de; GOMES, Ivan Marcelo. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 367-386, 2012.

FIORET, Célia Regina; SAEKI, Toyoko. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 305-312, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 24 set. 2013.

FREITAS, Fabiana Fernandes de; BRASIL, Fernanda Kundrát; SILVA, Cinthia Lopes da. Práticas corporais e saúde. **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 169-183, maio 2006.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/>>. Acesso em: 12 set. 2013.

GASTALDO, Édson Luis. Interações sociais no espaço público: um estudo etnográfico em praças e parques. *In*: FRAGA, Alex Branco *et al.* (Org.). **Políticas de lazer e saúde em espaços urbanos**. Porto Alegre: Gênese, 2009.

GLANZNER, Cecília Helena; OLSCHOWSKY, Agnes; KANTORSKI, Luciane Prado. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 4 set. 2012.

GONÇALVES, Veralice Maria. **O desafio da construção em saúde mental**: a questão dos recursos humanos nas nações em desenvolvimento o caso do Rio Grande do Sul, Brasil. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://sabi.ufrgs.br/>>. Acesso em: 17 setembro 2013.

KINCHELOE, Joe L.; McLAREN, Peter. Repensando a teoria crítica e a pesquisa qualitativa. *In*: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. 2. ed. Tradução de Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artimed, 2006.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In.: **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. In: PITTA, Ana. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

LOURAU, René. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993.

LUZ, Madel Therezinha. Educação Física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (Org.). **Educação Física e Saúde Coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2007.

MACHADO, Dagoberto de Oliveira. **Movimentos na Educação Física**: por uma ética dos corpos. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://sabi.ufrgs.br/>>. Acesso em: 2 fev. 2012.

MANZINI, Eduardo José. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2004, Bauru. **Anais...** Bauru: USC, 2004. v. 1. p. 1-10.

MANZINI, Eduardo José. Uso da entrevista em dissertação e teses produzidas em programa de pós-graduação em educação. **Revista Percurso**, Maringá, v. 4, n. 2, p.149-171, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/Percurso/article/view/18577/10219>>. Acesso em: 23 set. 2013.

MARTINS, Anísia Reginatti *et al.* Residência multiprofissional em saúde: o que há de novo naquilo que já está posto. In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia (Org.). **Residências em saúde**: saberes & fazeres na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

MENDES, Rosilda; DONATO, Ausônia Favorito. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, Ceará, v. 4, n. 1, jan./mar. 2003. Disponível em: <www.sanare.emnuvens.com.br>. Acesso em: 16 set. 2013.

MENEZES, Lenon Emiliano Cunha. **A inserção da educação física na equipe multiprofissional do CAPSI Casa Melodia em Porto Alegre**. Trabalho de conclusão (Graduação em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://sabi.ufrgs.br/>>. Acesso em: 4 set. 2012.

MERHY, Emerson Elias. **Anormais do desejo**: os novos não-humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. 2012. Disponível em: <www.circonteudo.com.br/>. Acesso em: 11 jun. 2012.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria C. de Souza *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 21. ed. São Paulo: Vozes, 2002.

MINELLI, Daniela Schwabe; SORIANO, Jeane Barcelos; FÁVARO, Paula Evelise. O profissional de Educação Física e a intervenção em equipes multiprofissionais. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 15, n. 4, 2009. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/5324/6938>>. Acesso em: 4 set. 2012.

MOLINA, Rosane Maria Kreuzburg. O enfoque teórico metodológico qualitativo e o estudo de caso: uma reflexão introdutória. *In: TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva et al. (Org.). A pesquisa qualitativa na educação física: alternativas metodológicas.* Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2004.

MORORÓ, Martha Emanuela Martins Lutti; COLVERO, Luciana de Almeida; MACHADO, Ana Lúcia. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. **Revista da Escola de Enfermagem/USP**, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 4 set. 2012.

MOVIMENTO NACIONAL CONTRA A REGULAMENTAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. Disponível em: <<http://mncref.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 29 set. 2013.

NEGRINE, Airton. **Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa.** *In: TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva et al. (Org.). A pesquisa qualitativa na educação física: alternativas metodológicas.* Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2004.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

OLIVEIRA, Cathana. Residência multiprofissional em saúde : brechas para novas formas de conhecimento? *In: PSICOLOGIA, Formação, política e produção em saúde.* Porto Alegre: EDPCRS, 2010. Disponível em: <<http://sabi.ufrgs.br/>>. Acesso em: 4 set. 2012.

PAULON, Simone Mainiere. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa intervenção. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 18-25, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 4 set. 2012.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2013. Disponível em: <<http://www.fsp.usp/rsp>>. Acesso em: 4 jul. 2013.

PEDUZZI, Marina. A articulação de enfoques quantitativos e qualitativos na avaliação em saúde: contemplando a complexidade dos objetos. **Interface-**

Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 4 set. 2012.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional em Saúde: conceitos e tipologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 4 set. 2012.

PEKELMAN, Renata. **A construção da interdisciplinaridade na atenção primária em saúde através da experiência**. Monografia (Conclusão de Curso) - Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://sabi.ufrgs.br/>> Acesso em: 4 set. 2012.

PÉLBART, Peter Pál. **Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. Trabalho, educação e saúde: referências e conceitos. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

PINTO, Alessandra Teixeira Marques; FERREIRA, Arthur Arruda Leal. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 2 mar. 2013.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

RIO GRANDE DO SUL. **Guia de saúde mental**. 2008. Disponível em: <www.sipergrs.org.br/guia.pdf>. Acesso em: 4 set. 2012.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei estadual nº 9716, de 07 de agosto de 1992**. Disponível em: <<http://www.esp.rs.gov.br/observatoriorh/default.asp?mostra=3&id=13&id2=5>>. Acesso em: 4 set. 2012.

ROCHA, Vera Maria da; CENTURIÃO, Carla Haas. Profissionais na Saúde: formação, competência e responsabilidade. *In*: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (Org.). **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2007.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sônia. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de

Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 324-335, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 24 set. 2013.

SANT'ANA, Ruth Bernardes de. A implicação do pesquisador na pesquisa interacionista na escola. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 370-387, ago. 2010.

SANTOS, Marcus Vinícius Deorristte dos *et al.* Análise do trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva dos usuários. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 94-100, 2011. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br/>>. Acesso em: 4 set. 2012.

SASSI, André Petraglia. **Acolhimento e processo de trabalho em uma unidade de saúde da família do município de Porto Alegre**. Monografia (Conclusão de Curso) - Curso de Especialização em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://sabi.ufrgs.br/>>. Acesso em: 4 set. 2012.

SCHNEIDER, Jacó Fernando *et al.* Concepções de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 397-405, set. 2009. Disponível em: <<http://sabi.ufrgs.br/>>. Acesso em: 4 set. 2012.

SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André; NOVAES, Hillegonda Maria Dutib. Tecnologias em saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SEVERO, Silvani Botlender; SEMINOTTI, Nedio. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 4 set. 2012.

SILVA, Carlos Roberto de Castro e; MENDES, Rosilda; NAKAMURA, Eunice. A dimensão ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 21, n.1, p. 33-41, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 set. 2013.

SIMONI, Ana Carolina Rios. **A formação de profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais: sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/>>. Acesso em: 6 fev. 2012.

SIQUEIRA, Domiciano; MAYER, Rose Teresinha da Rocha. Conceito de redução de danos. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DO CRACK E OUTRAS DROGAS, Porto Alegre, 2010.

TEIXEIRA, Ivana dos Santos. “**Falando de Sedentarismo...**”: um estudo sobre as narrativas de participantes de caminhadas orientadas em Porto Alegre. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://sabi.ufrgs.br/>> Acesso em: 17 jul. 2012.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2001.

TORRI, Danielle; VAZ, Alexandre Fernandez. Teoria crítica do esporte: apontamentos. **Revista Virtual EF**, Natal, v. 3, n. 15, dez. 2005.

TRENTIN, Vera Regina Mendes. **Práticas interdisciplinares nos processos de formação em serviços de saúde**. Monografia (Conclusão de Curso) - Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://sabi.ufrgs.br/>>. Acesso em: 4 set. 2012.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

WACHS, Felipe. Educação Física e o campo de saúde mental: uma reflexão introdutória. In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (Org.). **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2007.

WACHS, Felipe. **Educação Física e saúde mental: uma prática emergente em centros de atenção psicossocial (CAPS)**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://sabi.ufrgs.br/>>. Acesso em: 17 jul. 2012.

WADI, Yonissa Marmitt. **Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2002.

WERNECK, Vera Rugde. Sobre o processo de construção do conhecimento: O papel do ensino e da pesquisa. **Ensaio**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 51, p. 173-196, abr. 2006.

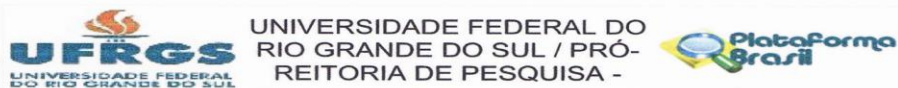
WIELEWICKI, Vera Helena Gomes. A pesquisa etnográfica como construção discursiva. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 23, n. 1, p. 27-32, 2001.

WIELEWICKI, Vera Helena Gomes; MOLINA NETO, Vicente; BOSSLE, Fabiano. Mudanças sociais e o trabalho docente de professores de Educação Física na escola: estudo a partir de história de vida. **Movimento**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 149-169, jan./mar. 012. Disponível em: <<http://sabi.ufrgs.br/>>. Acesso em: 7 jun. 2012.

YIN, Roberto K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução de Ana Thorell. 4. ed. Porto Alegre: Pokman, 2010.

ZGIET, Jamila. Reforma psiquiátrica e os trabalhadores em saúde mental – a quem interessa mudar? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 313-323, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 24 set. 2013.

ANEXO A – PARECER CEP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O TRABALHO EM EDUCAÇÃO FÍSICA NA COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Pesquisador: Alex Branco Fraga

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 14149613.8.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 317.797

Data da Relatoria: 27/06/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado, apresentado ao PPGCMH que retorna de diligência para reavaliação do CEP.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar as demandas de trabalho em Educação Física no campo da saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Os riscos de participar de uma entrevista deste tipo não são maiores do que aquelas encontradas em situações similares, tais como desconforto ou constrangimento com alguma pergunta específica. Caso o entrevistado se sinta de alguma forma incomodado em qualquer etapa da entrevista, poderá solicitar a exclusão da parte específica ou retirar o consentimento referente à participação neste projeto.

Benefícios:

Oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farrroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 317.797

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa que se propõe a analisar os processos de trabalho dos trabalhadores de Educação Física em pauta no cotidiano dos serviços de saúde mental. O projeto tem caráter descritivo qualitativo, procurando responder a questões particulares. O projeto tem a intenção de representar/compreender a experiência, percursos, histórias, experiências dos trabalhadores de educação física no cotidiano dos serviços de saúde mental. O tema da pesquisa é atual e meritório. O projeto, muito bem escrito, vem acompanhado de revisão de literatura pertinente e atualizada. Os objetivos estão claros e a metodologia adequada as pretensões do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto, ok
Projeto completo, ok
Parecer consubstanciado de instancia anterior, ok
Cronograma, ok
Aprovação institucional, ok
TCLE, OK
Ficha de roteiro de entrevistas, OK
Formulário do projeto, OK

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que todas as solicitações foram atendidas recomenda-se a aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Encaminhe-se.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 317.797

PORTO ALEGRE, 27 de Junho de 2013

Assinador por:
José Artur Bogo Chies
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida com o pesquisador pelo fone (51) 3377 6432 ou (51) 9948 2855.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título: O TRABALHO EM EDUCAÇÃO FÍSICA NA COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Alex Branco Fraga

Pesquisador participante: Prof. Esp. Luiz Alberto dos Santos Ferreira

Partindo de uma leitura da atualidade, dos tensionamentos existentes no cotidiano dos serviços do SUS, este projeto de pesquisa de mestrado acadêmico, tem como proposta identificar as demandas de trabalho em Educação Física no campo da saúde mental, principalmente nos CAPS. Fazendo um apanhado de como vem se construindo as redes e as linhas de cuidado em saúde mental, e como a Educação Física tem dialogado e vem compondo equipes multiprofissionais destes serviços.

Você poderá retirar seu consentimento se achar conveniente, e suas informações não mais serão utilizadas no trabalho de pesquisa. Também não haverá pagamento por participação na pesquisa.

Sua participação acontecerá na fase de produção de dados, assim que for aprovado o projeto pelo Comitê de Ética da UFRGS. Seu nome não será colocado no trabalho, apenas suas ideias, garantindo assim sigilo sobre sua participação.

Os riscos de participar de uma entrevista deste tipo não são maiores do que aqueles encontrados em situações similares, tais como desconforto ou constrangimento com alguma pergunta específica. Caso o entrevistado se sinta de alguma forma incomodado em qualquer etapa da entrevista, poderá solicitar a exclusão da parte específica ou retirar o consentimento referente à participação neste projeto.

Nome e assinatura do colaborador:

Data:

Nome e assinatura do pesquisador:

Luiz Alberto dos Santos Ferreira _____

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Código do colaborador:

Formação:

Local de trabalho:

Desde quando atua em um CAPS?

Quais são tuas atividades no CAPS?

Quando surgiu a oportunidade de trabalhares num CAPS já tinhas experiência na área da Saúde Mental?

Tu realizas atividades que não consideras específicas da Educação Física no CAPS?

De que modo tu organizas o teu trabalho diário no CAPS?

Como tu propões as atividades para os usuários e como elas geralmente são desenvolvidas?

Dê um exemplo sobre o que tu consideras um bom cronograma de trabalho?

Existe reunião de equipe para discussão de casos? Se existe como é o processo de discussão dos casos?

Como tu vêes a inserção da Educação Física no CAPS?

Como tu deparaste com o trabalho multiprofissional?

Tem diferença a trajetória de formação do trabalhador em saúde?

Tem diferença o vínculo de trabalho? Ser estatutário ou outras formas de contratação?

Como são as encomendas para a Educação Física nos serviços de saúde? É demanda do território, dos usuários, como é adesão?

Quais as principais dificuldades da Educação Física na saúde? E as potencialidades?

E o que tu consideras mais importante no trabalho em saúde?

APÊNDICE C - ENTREVISTA

Entrevista 7:

Luiz – Boa tarde. Estamos aqui para conversa com mais uma colaboradora da pesquisa a Maísa, professora de Educação Física do Caps AD Passarela

Luiz – Qual a tua trajetória de formação?

Maísa – Eu fiz ESEF/UFRGS, minha área de interesse da faculdade era totalmente biologicista, era treinamento, avaliação física, aí no último estágio do curso, e estava num estágio extra, nas piscinas do centro comunitários de Porto Alegre e aí que eu trabalhei com equipes multidisciplinares, e eu começo a pensar qe eu queria trabalhar com aquilo, aquilo era meu sonho, trabalhar num centro comunitário, assim nessas coisas. Aí eu me formo, faço concurso, vou trabalhar no município em Caxias do Sul, lá em eu vou parar em uma comunidade muito carente, era uma precariedade econômica, de afeto, de espaços, relações, e aí nisso, eu tinha alunos de oito anos que tomavam antipsicótico, alunos que surtavam e tínhamos que conter, aí aquilo me incomodava, como a maioria dos professores, aí um dia encontrei uma colega a Madona, que fazia residência, e me contou: “eu estou fazendo um curso muito legal, tu vai gostar”, nos tínhamos sido colegas na faculdade, aí ela me disse: “vai lá conhecer”, aí eu fui. E educação não era o que eu queria trabalhar, aí fui fazer estágio de familiarização no São Pedro. Aí eu caí na UD (unidade de desintoxicação), e nisso eu já fiz as atividades junto com os residentes, já tive supervisão com a Rita Lee, aí eu gostei muito. Foi que eu vi, é isso que eu quero. Aí fiz a seleção da residência, passei, aí entrei né. Depois disso terminei a residência, com a sensação de ter me achado, fui pra saúde mental. Depois especialização em gestão participativa em políticas públicas em saúde, e mais uma especialização em práticas pedagógicas em serviços de saúde. De formação é isso.

Luiz – E há quanto tempo tu atua em Caps?

Maísa – Eu trabalhei em 2003 até 2008, aí fiquei dois anos afastada, foi quando eu fiquei no ambulatório de infectologia, que eu trabalhei com aconselhamento, e aí em 2010 eu voltei, a trabalhar em Caps e estou até agora.

Luiz – E como são as tuas atividades no Caps?

Maísa – Hoje eu estou trabalhando na gestão, mas eu tenho oficinas, que não necessariamente tem a ver com práticas corporais, atividade física. E o que eu fazia

antes da gestão, acolhimento, as visitas domiciliares, eu tenho atendimento a usuários que eu sou referência, técnico de referência, atendimento a família, faço grupos, de artesanato, que agente chama de tudo a ver, faço a oficina de música, supervisiono estagiários, participo de GT, com toda a questão de pensar a política, então tem representações aqui, agente tem vários GTs que agente tem representações, Mas não necessariamente eu faço a oficina de caminhada do Caps, Teve um tempo que a oficina de caminhada foi feita por um psicólogo, agora ela é feita pela T. O. e pela Enfermeira, eu faço a oficina de artesanato, então, as práticas tem mais a ver com as afinidades, “a nesse momento eu estou afim de outra coisa”, isso mudo, não tem aquela coisa da rotina, agente vai rodando, para não ficar sempre igual.

Luiz – Mas qual é a expectativa das equipes quando chega um Professor de Educação Física?

Maísa – Assim, da equipe aqui eu sou uma das mais antigas, então tem essa diferença, mas agora chegou a estagiária de Educação Física, e aí eu lembrei disso, aí surgiu a labora, a tu vai poder fazer uma laboral, para nós, que legal, vamos poder fazer uma ginástica alongar, por que agente tá precisando, tem uma encomenda de cuidado ao cuidador, com a laboral, este Caps não tem tanto a característica de se esperar que agente faça algo da área, agente acaba tendo as práticas, está muito misturado. Tu vais ver, não se espera do T.O. oficina, não se espera do Educador Físico a prática, então a gente senta, consegue conversar, é uma história que está se construindo. Quando eu cheguei eu recebi uma demanda, o grupo de adolescentes é teu, que já era o Educador Físico que fazia, então tem uma oficina de atividade, nem nome ela tinha, que era que fazia atividade física com eles, então já recebi aquela oficina, só que aí a equipe foi mudando e agente foi construindo uma outra forma, eu não tenho uma coisa que não é muito o meu perfil trabalhar com adolescentes assim, eu curto e tal mas, outras coisas que eu gosto mais de fazer, e faço melhor, e aí então eles acabam também fazendo outras coisas, eu não sinto essa demanda da equipe.

Luiz – E como é que são essas relações multiprofissionais, as decisões da equipe em relação aos usuários, a gestão do trabalho, como elas acontecem?

Maísa – A gente tem reunião de equipe, a gente tem nossa sala de equipe, e isso é algo que é extremamente estratégico, que não tem sabe, existe a sala da equipe que é onde agente e troca o tempo inteiro, tu estavas lá tu viu que estava a Sandra

dizendo: “posso tirar folga?”. E assim, e quando chega na reunião está tudo meio resolvido inclusive, do que agente foi conversando previamente, óbvio que tem coisas que são maiores que a equipe não tem como decidir, mas agente tenta trocar, agente tem dois dias de reunião, agente tem uma reunião de casos antigos, que a discussão dos casos na segunda, e temos a reunião da quarta que agente discute todos os acolhimentos e as questões técnicas e administrativas. E dentro do possível agente tenta fazer coletivamente, não tem instituído aqui no Caps nem a questão do médico, a médica define, nem internação, temos uma relação com o Hospital eles vão internar independente do profissional que encaminha, então isso também muda, como agente tinha médico uma vez por semana só, agente teve que aprender a trabalhar sem o médico. Aí ela dava suporte por telefone, hoje nos temos médico todo o dia, só que agente já tem uma prática de ter muito autonomia, com isso. De entrar como alguém que faz a V.D., alguém que está nos GTs com a gente, de suporte, e acaba saindo daquela coisa que é o médico que define, e relação, a rede de Sapucaia banca isso, a gestão banca, junto com o hospital que banca isso, se a equipe daqui avaliou, eles vão aceitar, e acaba sendo mais coletivo assim, as decisões e discussões.

Luiz – E tu achas que a dinâmica e a característica da equipe tem a ver com a formação das pessoas da equipe?

Maísa – Sim, acho que tem a ver sim, é diferente tu trabalhar com uma equipe que sabe das políticas públicas, saber dessas políticas faz a diferença, outra coisa tu tecnicamente também, não que tu faço tudo, tu ter uma formação técnica te ajuda a te empoderar, se não tu fica mais inseguro, então isso já te dá, tu chega aqui já tendo vivenciado dois anos, a nossa equipe aqui nos temos de nível superior uma única profissional que não teve residência, todos os profissionais tem residência, todas em saúde coletiva, agente tem da dermatologia, da atenção básica, agente da saúde mental, então isso faz uma relação de já ter vivido, de ter experiência de ter passado por outros Caps, outros serviços e que isso vai contribuindo para gente.

Luiz – A maioria do vínculo dos trabalhadores aqui é estatutário, tu achas que isso tem uma diferença no trabalho?

Maísa – Assim faz diferença, mas não determina a nossa produção no Caps, a forma como agente trabalha, porque até janeiro nos todos éramos RPA, e agente já trabalhava dessa forma, a primeira posse foi em 16 de janeiro de 2012, então até aí todo mundo era RPA, e agente já conduzia, já bancava, já tinha essa relação antes,

óbvio que te dá estabilidade, te dá tranquilidade, te dá uma outra questão, ser concursado te dá outras coisas, mas acho que a formação, e o sentido de uma gestão que aposta nessa lógica é muito melhor. Agente tem uma gestão de apoio institucional que ela está próxima, que ela defende a lógica de cuidado da reforma psiquiátrica, das políticas do SUS, na defesa do SUS, isso nos dá mais carta branca para trabalhar. Eu já trabalhei em lugar onde eu fui concursada, e a lógica é o contrário, e o que acontecia, tu recebia advertência, tinham colegas com processo administrativo, com tentativa de exoneração, então o concursado não te garante que não te coloquem na geladeira, eu fui colocada para servir cafezinho, mesmo com especialização, com isso, acho que o concurso te dá a estabilidade de saber que não vão te tirar dali, mas ele não te garante o trabalho, inclusive uma forma de contratação pelo perfil seria mais fácil que pelo concurso.

Luiz – Essa questão das terceirizações, tu achas que há diferença em ser um serviço do SUS ou da iniciativa privada?

Maísa – Sim total, porque, quando tu terceiriza não tem essa questão de ser concursado, ser RPA é ruim por que tu não tem garantia de nada, mas ao mesmo tempo agente tinha uma gestão que defendia isso, quando tu terceiriza, acho que da gestão quer isso do perfil e da lógica de trabalho, acho que se perde um pouco com a relação comercial, aí é uma empresa que tá te contratando, assim é muito mais difícil tu bancar. Então eu acho que faz.

Luiz – Em relação às internações compulsórias, qual a tua opinião sobre essa temática?

Maísa – Eu vi só notícias, eu não parei para ler e me aprofundar, eu vejo que tá acontecendo nesse movimento. O que eu vejo, que como eles estivessem restituindo o que está na lei, e aí querendo bancar que está acontecendo, a lei 10.216 já diz que tem a compulsória, e ela tem critérios para isso, e sou totalmente contra a internação compulsória aleatório assim, para todo mundo, usar crack, compulsória! Não é isso, a questão é que existem casos que vão precisar, mas não dá para banalizar, tem, tivemos um acaso de um paciente psicótico, que usou crack uma vez na vida, que a família tinha muito medo, que agente precisava do judiciário, ele tinha sido atropelado, agente não sabia se estava machucado, ele estava com ameaça à família, inclusive o judiciário se negou aqui em Sapucaia, aqui o judiciário não banca isso o tempo inteiro, eu sei que acontece, mas isso não bate o tempo inteiro na nossa porta, eu sou contra a banalização da internação compulsória, eu

acho que elas são fundamentais e são recursos terapêuticos quando bem usadas. Não sou contra ECT, não contra internação, não sou contra contenção, desde que ela seja muito bem usada, não seja banalizada, não seja castigo, seja recurso terapêutico mesmo e quando ela tem indicação, que acho que o problema não é o que se faz e como e porque que tu estás fazendo aquilo.

Luiz – Acho que era isso.

Maísa – Bah nem falei da Educação Física!

Luiz – Bom podemos seguir então. O que tu achas que é um bom trabalho de Educação Física na saúde mental?

Maísa – Eu acho como agente trabalha com equipes que fazem tudo, a gente tem que fazer um pouco de tudo também. Acho que tu tens que poder pensar, nas relações do fora, os Caps não estão centrados neles, então o que a Educação Física ajuda essa pessoa que tu atendes a estabelecer a relações lá fora, e aí vai te dar, de acordo com as relações que ela estabelece, vai te dar, é academia por que vou ter amigos, ok, então nos vamos para o fitness, e grupo de convivência, é espaços de lazer, escolinhas de futebol, eu não vejo a Educadora Física num Caps como alguém que vai fazer atividade e se encerrar em si, a eu preciso fazer atividade física porque ele precisa emagrecer, ok, podem ter pessoas que precisem em algum momento isso pode ser importante, mas eu vejo que é muito mais o papel de todos os profissionais do Caps pensar esse fora, como é que ele estabelece rede lá fora, vai ser nos espaços de lazer, vai ser pensar, eu trabalho muito isso, o que que tu fazes lá fora de bom, pensando no usuário de drogas, o que tem de lazer, o uso da droga as vezes é o único lazer que eles tem, e em tão o que de bom, o que outras coisas eu posso fazer que também me de prazer, se não tua vida fica vazia. Então eu vejo que tem práticas que tem um significado pessoal de vida para aquelas pessoas, que não seja, aí ele vai dizer se vai ser esporte, caminhada, grupo de convivência, aí vai ser o que cada um tem.