

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA

**Educação Física na Saúde Mental: relato de experiência no
Residencial Terapêutico Morada São Pedro**

Cláudia Maria Dutra e Silva

Porto Alegre, 2012

Cláudia Maria Dutra e Silva

Educação Física na Saúde Mental: relato de experiência no Residencial Terapêutico Morada São Pedro

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na
Escola de Educação Física da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para
a graduação em educação Física.

Orientador: Alex Branco Fraga

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Geraldo Soares Damico

Porto Alegre, 2012

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	5
2.	SAÚDE MENTAL	8
2.1.	No Brasil.....	10
2.2.	A Reforma Psiquiátrica Brasileira	14
3.	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	16
3.1.	Saúde Mental no SUS	18
3.2.	Educação Física no SUS	19
4.	RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS.....	22
4.1.	Residencial Terapêutico Morada São Pedro	24
4.1.1.	Mapeamento	24
4.1.2	O serviço.....	26
4.1.3	Os profissionais	27
4.1.4	As Moradias	28
4.1.5.	Os Moradores	29
5.	RELATO DAS ATIVIDADES DO ESTÁGIO.....	30
6.	CONCLUSÃO	35
7.	REFERÊNCIAS.....	39

RESUMO

Este trabalho é um relato do estágio realizado no Residencial Terapêutico Morada São Pedro, com o objetivo de registrar como foi essa experiência para enriquecer as discussões sobre a inserção do trabalho da educação física no campo da saúde mental e ampliar a gama de informações para os próximos estagiários ou profissionais da educação física que vierem a trabalhar no Morada São Pedro ou em algum serviço semelhante. Esse registro é importante porque a educação física é recente no campo da saúde mental e ainda não tem base firme para se consolidar nesse serviço. As atividades do estágio foram realizadas com moradores, homens e mulheres, com faixa etária entre 45 e 90 anos, egressos do Hospital Psiquiátrico São Pedro desde 2002. Esse é um grupo heterogêneo, com características que necessitam um trabalho individualizado a cada um. A maioria desses indivíduos permaneceu muito tempo internada no Hospital e possui cicatrizes dessa institucionalização, como a dificuldade na fala, o sedentarismo e alguns hábitos. Para construir as análises presentes nesse trabalho, criei um Diário de Campo, com a descrição das atividades realizadas durante o período do Estágio e busquei organizar uma revisão teórica, com a trajetória da saúde mental até os dias de hoje (para entender em que cenário a Educação Física se insere nos cuidados aos doentes mentais) e com as características dos Residenciais Terapêuticos, com foco no Residencial Morada São Pedro. Conclui que as possibilidades de atuação de um educador físico são muitas, mas similares à atuação em condomínios, como pessoais trainers ou como recreacionistas. Não havendo uma discrepância na forma de tratar ou no que trabalhar com os usuários do serviço do Residencial Terapêutico. Além disso, ainda surgiu a dúvida da importância de ser um profissional da Educação Física a atuar com esses usuários, comparado ao trabalho de um terapeuta ocupacional ou qualquer funcionário do Residencial. A importância de ser um profissional da EFI está em identificar a necessidade das atividades físicas de cada morador e organizar uma periodização, e não tanto na execução dessa periodização, dependendo do que for planejado. É preciso mais da parte dos profissionais da educação física para buscar o reconhecimento da sua importância na área da saúde, já que ainda não há muitas referências a esse profissional nos registros do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Educação Física, Saúde Mental, Residencial Terapêutico, Morada São Pedro

1. INTRODUÇÃO

Em 2002 houve a aprovação de um conjunto de leis a respeito da saúde mental. Desde então o Ministério da Saúde vem dando atenção especial para a reinserção de doentes mentais graves à sociedade, de acordo com o próprio Ministério. Isso porque a Reforma sanitária prevê o fechamento progressivo dos manicômios e a substituição da internação por uma rede de atenção integral à saúde dos portadores de sofrimento psíquico. Para tal foram criados os programas De Volta Para Casa, Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos e o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Essa perspectiva traz o trabalho de profissionais, que não só os psiquiatras e enfermeiros, numa tentativa de tratar o doente numa *integralidade* e com *multidisciplinaridade*. Estes, aliás, são dois termos cada vez mais presentes nos discursos da saúde pública no Brasil.

O SUS prevê um cuidado multidisciplinar aos seus usuários, incluindo a atuação dos profissionais de Educação Física nos projetos implementados. Sabemos que os educadores físicos também se inserem nos projetos relacionados à Saúde Mental. Os registros sobre a atuação desses profissionais, no entanto, ainda são escassos e isso implica na dificuldade que os educadores físicos encontram ao iniciar seu trabalho nessa área; Na rara criação de oportunidade de discutir sobre o tema durante a formação de novos profissionais e na dúvida sobre a importância da educação física no tratamento dos usuários desses projetos, pois, se nem os educadores físicos dominam as possibilidades da própria atuação, por que seria importante mantê-los no serviço? Possivelmente essa dúvida ainda será alimentada pela falta de referências da presença da educação física nos registros oficiais do Ministério da Saúde. Ao ler a Legislação em Saúde Mental, 2002, digitalizada, pus no campo “Localizar” os termos: *Educador Físico, Corpo, Educação Física, Atividade Física e Exercício*. A única referência encontrada a esses termos foi na página 61, das 166:

O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços próprios de um hospital geral, ser destinadas salas para trabalho em grupo (terapias, grupo operativo, dentre outros). Os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades socioterápicas. [grifo da autora]

Ao conversar com um professor e dois estagiários que trabalham em alguns serviços públicos de saúde (especificamente de saúde mental) pude observar a falta de convicção e propriedade deles ao falar sobre o próprio trabalho e as intervenções possíveis. Nessa conversa em sala de aula, senti falta de publicações que pudessem embasar nosso diálogo, mesmo tendo alguma (pouca) experiência com o trabalho da educação física na área da saúde mental, já que estava estagiando em um Residencial Terapêutico. Estágio, aliás, que se apresentou como um desafio, justamente por eu ter uma ideia muito vaga de como poderia ser esse trabalho, afinal, ao preparar-me para realizar o estágio, eu lera bastante sobre a loucura e sobre as leis da reforma psiquiátrica, mas sobre a experiência do trabalho de alguém da educação física no SRT não havia lido nada. Como pioneiras da UFRGS neste estágio minha colega e eu tivemos grande dificuldade de identificar a importância da educação física naquele ambiente em relação às outras áreas e, principalmente, quais ações que poderíamos propor e executar ali. Está claro que a educação física ainda é muito recente na saúde pública brasileira e, no que diz respeito à saúde mental, é menos experiente ainda. Essa área ainda carece muito mais exploração e registro da parte dos educadores físicos para que a educação física, enfim, sedimente-se.

Este trabalho é um relato da minha experiência como estagiária de educação física no Residencial Terapêutico Morada São Pedro. Estágio realizado durante o período de 11 de abril a 12 de Julho. Pretendo, aqui, deixar registrado como foi essa experiência no estágio com o objetivo de enriquecer as discussões sobre o tema e ampliar a gama de informações para os próximos que vierem a trabalhar no Morada São Pedro ou em algum serviço semelhante. Neste sentido, cabe compartilhar a problematização que emergiu durante o percurso de minha formação no estágio: Quais são as possibilidades de intervenção de um profissional de educação física no tratamento das pessoas com distúrbios mentais graves? Qual trabalho do educador físico é realmente eficaz e importante no tratamento dessas pessoas?

Luz (APUD Fortes 2010) assinala que para grandes camadas sociais, sobretudo as classes médias e baixas da população, obter saúde significa em grande parte ser cuidado. Para ela, ser saudável também é ter alegria, disposição para a vida, recuperar o prazer de fazer as coisas cotidianas e poder estar com os outros (família, amigos). Nesse aspecto, talvez, esteja a maior parte da atuação dos professores de educação física.

No intuito de contextualizar melhor a problematização, pretendo explicar nos capítulos anteriores ao relato de estágio propriamente dito, a visão da sociedade em relação à loucura e à saúde através dos tempos e sobre a integralidade e multidisciplinaridade as quais o SUS (Sistema Único de Saúde) se refere, esses fatores influenciam no porquê da educação física estar se inserindo nesse espaço no momento atual da história.

2. SAÚDE MENTAL

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde mental abarca uma ampla gama de atividades direta ou indiretamente relacionadas com o componente de bem-estar mental incluso na definição de saúde da própria OMS: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades”. Está relacionada com a promoção do bem-estar, a prevenção de transtornos mentais e o tratamento e reabilitação das pessoas afetadas por tais transtornos.

Define-se como um estado de bem-estar no qual o indivíduo consciente de suas próprias capacidades, pode afrontar as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir com a sua comunidade.

Entretanto é sob a ótica da saúde mental como um campo de ação profissional e prestadora de assistência à população, no contexto da saúde pública brasileira, que irei ater a explanação sobre esse tema no presente trabalho. Referindo-me então à “área de atuação profissional” como Psiquiatria (a princípio) e à “população” como Loucura.

Para entender as relações entre psiquiatria e loucura presentes na atualidade do nosso país é importante conhecer o desenrolar histórico que as trouxeram até aqui.

Heitor Resende (2000) afirma que durante todo o período da Antiguidade e da Idade Média a loucura circulava livre, fazia parte do cenário comum. A doença mental era determinada basicamente pelos costumes e o poder público só intervinha em assuntos de direito (anulação ou validação de casamentos em que um dos cônjuges enlouquecia ou se curava, por exemplo). Resende ainda explica que na América Colonial os governos municipais costumavam remunerar as famílias de lavradores que se dispunham a receber os loucos pobres não totalmente desprovidos de capacidade para o trabalho. Entretanto não posso causar a impressão errônea de que os loucos eram queridos pela população. Não são raros os relatos, inclusive no Velho Testamento, de loucos errantes, pobres, alvo de chacotas e de violência de transeuntes nas ruas, mas a sociedade pré-capitalista tinha um nível alto de tolerância aos doentes mentais, comparado com a sociedade atual, apesar desses relatos.

Com a industrialização e a urbanização maciça, os governos impunham medidas de limpeza nas ruas para recolher os mendigos e ociosos e acabavam por recolherem também os doentes mentais. Essas medidas de repreensão se legitimaram com a construção de instituições, casas de correção e de trabalho, chamados Hospitais Gerais, mas que, embora o nome sugerisse, não tinham função curativa. É nesse momento que a loucura é varrida da cena social e passa a partilhar das torturas e punições severas com outros desafortunados sociais nas Santas Casas e Hospitais Gerais.

Ao final do séc. XVIII, com as ideias do Iluminismo e a Declaração dos Direitos Humanos nos Estados Unidos, cresceram as denúncias contra as “internações” e maus-tratos aos doentes mentais e seu confinamento em promiscuidade com todo tipo de marginal. O que gerou a fagulha de uma nova forma de pensar o tratamento dos loucos e o princípio do movimento de reforma, protagonizado por Pinel na França que aplicava o que ficou conhecido como *Tratamento Moral*.

Julia Pagliozza Alvares escreveu em seu artigo *Philippe Pinel (1765-1826) "Uma nova concepção de loucura"* um pouco sobre a biografia desse importante médico, que nos ajuda a entender como ele deu início a uma nova forma de pensar a loucura:

Philippe Pinel (...) formou-se em medicina em Toulouse no ano de 1773. Mudou-se para Paris em 1778.

(...) Nessa época, Pinel visitava doentes mentais confinados e escrevia artigos sobre suas observações. Em 1792, tornou-se médico chefe do asilo, para homens, Bicêtre, em Paris, onde realizou sua primeira grande reforma, ao tirar as correntes dos pacientes.

(...) Costuma-se falar de Philippe Pinel como um homem dotado de generosidade incomum à sua época. Homem bondoso, cheio de atos caridosos para com os sofredores. O libertador dos alienados, aquele que lhes quebrou as correntes e lhes deu dignidade, que os retirou das celas às quais estavam confinados há anos, deixando a sociedade e a classe médica estarecidas frente a seus atos.

(...) Pinel elevou a categoria dos doentes, antes tratados como criminosos ou endemoniados, à condição de "homo sapiens" e a doença mental, como o resultado de uma exposição excessiva à estresses sociais e psicológicos, e, em certa medida, a danos hereditários, sendo que tais enfermidades decorreriam de alterações patológicas no cérebro. Com isso, banuiu tratamentos antigos tais como sangrias, vômitos, purgações e ventosas, preferindo terapias que incluíssem a aproximação e o contato amigável com o paciente, proporcionando-lhes, ainda, um programa de atividades ocupacionais, onde o tratamento digno e respeitoso foi a tônica.

(...) Pinel foi o primeiro a elaborar uma classificação para as doenças mentais, fato este que constituiu extraordinário avanço da psiquiatria. Utilizou como principal método a observação e a análise de seus pacientes.

(...) O moderno movimento de humanização dos manicômios, a que estão engajados os organismos de ponta da evolução social, não podem esquecer, na sua trajetória de luta, que o seu representante primeiro, foi, sem sombra de dúvida, Philippe Pinel.

2.1. No Brasil

Assim como na Europa, aos loucos, no Brasil, era permitida a livre circulação pelas ruas até que suas presenças foram consideradas desordem, perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico. Segundo Jorgina Tomaceli de Sousa Lima, em seu artigo: “O início da assistência à loucura no Brasil”, em 1830 uma comissão da recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico da situação da loucura na cidade. Os médicos criticavam o fato dos loucos vagarem pelas ruas, ou ficarem isolados em suas casas, ou ainda sob o “cuidado” em forma de cárcere do Hospital da Santa Casa de Misericórdia. Foi José Clemente Pereira, provedor da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, que articulou a criação do hospício e viabilizou recursos para a construção do hospital para alienados da Corte no Rio de Janeiro, em 1841. Em dezembro de 1852 o Hospício de Pedro II foi inaugurado como uma tentativa de cuidar dos loucos de forma diferenciada, seguindo os parâmetros da medicina europeia da época.

Nesta época, só havia um médico no Hospício de Pedro II, que era o próprio diretor, enfermeiros, irmãs de caridade e órfãs domiciliadas no hospício para ajudar as irmãs na enfermaria de mulheres. Isso foi possível porque a Santa Casa da Misericórdia administrava, também, o Recolhimento das órfãs. Vale ressaltar que o hospício fora construído no terreno da Chácara de propriedade da Santa Casa da Misericórdia, na Praia Vermelha, por isso também a intervenção tão presente dos funcionários dessa instituição, o que provocou, no hospício, um tratamento sob o discurso religioso praticado na Santa Casa.

Em 1890, com a Proclamação da República, o Hospício de Pedro II é desvinculado da Santa Casa e seu nome mudado para Hospício Nacional de Alienados. Assim, a loucura foi retirada do discurso religioso cabendo ao médico a definição do estatuto de louco, como doente e como incapaz, ou seja, como alguém a ser tratado e protegido (MACHADO, 1978). No mês seguinte é criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados (Decreto nº 206ª, de 15 de fevereiro de 1890).

O primeiro diretor do Hospício Nacional de Alienados e da Assistência Médico-Legal aos Alienados foi João Carlos Teixeira Brandão, que traz enfermeiras contratadas na Europa para trabalharem no lugar das irmãs de caridade, afastadas do hospício. Em 1903 Teixeira Brandão é eleito deputado, conseguindo nesse mesmo ano a aprovação da lei federal de assistência a alienados. Esta lei faz da psiquiatria a maior autoridade sobre a loucura no país, e do hospício, o único lugar para receber os considerados loucos, subordinando sua internação ao parecer médico.

Juliano Moreira assume como diretor do Hospício Nacional de Alienados e diretor geral da Assistência Médico-Legal aos Alienados, trocando seu nome para Assistência aos Psicopatas do Distrito Federal, em 1903. (Esse médico, negro, tem um currículo admirável e uma grande história desde seu nascimento, em 1873. Aos treze anos, por exemplo, matriculou-se como interno da cadeira de dermatologia na Faculdade de Medicina da Bahia, antes mesmo da abolição da escravatura).

Moreira permanece no cargo até 1930 e teve um papel importante, pois adotou um sistema mais uniforme de classificar as doenças mentais, graças às influências da escola psiquiátrica alemã que ele trouxe consigo de estudos pela Europa. Foi sob a coordenação de Juliano Moreira que se extinguiu os coletes e camisas de força, retirou-se as grades das janelas e foram trazidos médicos de outras especialidades (ginecologia, pediatria, oftalmologia, odontologia), além de haver o grande cuidado com os registros estatísticos, clínicos, administrativos, entre outros.

Juliano Moreira ainda tentou diferenciar as modalidades de assistência de acordo com as diferentes doenças do cérebro. Assim a sociedade é vista em uma divisão entre normais e anormais e esses anormais ainda são subdivididos em diferentes tipos. Esse médico ficou na direção da Assistência aos psicopatas até 1930, quando foi destituído pelo Governo Provisório de Vargas.

Em 1937 foi incorporada pelo governo de Vargas as Caixas de Aposentadoria e Pensões e transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). As IAPs não contemplavam a assistência psiquiátrica até fins dos anos 50. Para atender aos pacientes psiquiátricos então, foi criado, em 1941, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), assumido por Adauto Botelho, que era, por sinal, discípulo de Juliano Moreira. Segundo PAULIN e TURATO (2004), a administração de Botelho caracterizou-se pela expansão dos hospitais públicos, certamente

facilitado pelo decreto-lei 8.550, que autorizava o SNDM a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos. O aumento do número de hospitais não amenizava a situação caótica vigente. Os hospitais públicos ficaram superlotados e os hospitais psiquiátricos privados começaram a despontar. Embora com mais conforto e menos índice de mortalidade, os hospitais psiquiátricos privados possuíam a mesma função social de isolar o paciente da comunidade, resguardando-a do perigo que esse paciente, supostamente representava.

O modelo de assistência oferecido pelos IAPs foi discutido em 1963 na III Conferência Nacional de Saúde, onde se pretendeu substituí-lo por uma rede municipalizada de saúde, mas o Golpe Militar de 1964 confiscou os poderes locais, deixando os municípios sem autonomia de gestão. Entretanto, em 1967 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, algum tempo depois, praticamente todos os hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, estavam conveniados.

A situação deteriorada dos hospitais públicos levou ao 'discurso da competência', exposto pelos empresários privados. Valeria a pena investir em grandes hospitais públicos superlotados, inadequados, pouco terapêuticos e ineficazes para a cura dos doentes. Ou o caminho mais correto seria o pequeno hospital, com internação de curta duração, atendimento personalizado e possibilidade de reinserção social? Certamente, a opção pelo hospital privado era inerente à população previdenciária (Paulin,1998). Foi assim que tanto o campo da saúde em geral quanto o da assistência psiquiátrica se encaminharam para o movimento da privatização.

Em 1970 foi criada a Divisão Nacional de Saúde Mental e no mesmo ano ocorreu o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Durante o Congresso foi lançada a Declaração de Princípios de Saúde Mental, onde se pôde observar o predomínio do pensamento preventista.

Na Declaração, dez itens:

01 - Direito e Responsabilidade: A saúde mental é um direito do povo. A assistência ao doente mental é responsabilidade da sociedade.

02 - Integração: A doença mental, fazendo parte do ciclo vital da saúde e doença, impõe que os serviços de assistência psiquiátrica modelados às necessidades do indivíduo, se insiram e se integrem na rede de recursos de saúde da comunidade.

03 - Reorganização: A integração dos fatores físicos, psicológicos e sociais na gênese e na eclosão das doenças mentais, na terapêutica e na recuperação dos doentes mentais, é elemento importante na caracterização das necessidades regionais, na mobilização de recursos e na implantação de serviços.

04 - Recursos de todos para todos: Os recursos técnicos, administrativos e financeiros da saúde mental da comunidade devem ser integrados e estruturados de modo a oferecer o uso racional e global a todos os indivíduos e grupos.

05 - Prevenção: Os serviços de saúde mental devem promover a proteção e a assistência ao homem, desde o nascimento, e serem orientados no sentido preventivo.

06 - Conscientização: A educação do público, seja através da escola, seja através dos veículos de comunicação, deve ser efetivada no sentido de seu esclarecimento a respeito das doenças mentais e de sua assistência.

07 - Formação de Pessoal: Programas de recrutamento, formação e treinamento de pessoal técnico devem ser mantidos para a formação de equipes terapêuticas multiprofissionais.

08 - Hospital Comunitário: Os hospitais devem ser reestruturados no sentido de promover a pronta reintegração social do indivíduo, oferecendo-lhe serviços diversificados e um ambiente terapêutico dinamicamente comunitário, como medida eficaz contra a institucionalização.

09 - Serviços extra-hospitalares: As técnicas e recursos terapêuticos de orientação comunitária devem ser enfatizadas para que se evite o uso abusivo do leito hospitalar.

10 - Pesquisa: As pesquisas básicas e, sobretudo as aplicadas fundamentalmente para o contínuo aperfeiçoamento da técnica, devem ser estimuladas por todos os meios." (Giordano Jr., 1989, pp. 141-2).

Esses itens já indicam que um forte movimento da reforma psiquiátrica estava chegando.

Está sendo considerado reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (Amarante, 1995, p. 91).

2.2. A Reforma Psiquiátrica Brasileira

Em 1989 deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no País. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo, movimento esse que vinha ganhando força desde as décadas de 1970 e 1980.

Somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Federal 10.216 é sancionada no País. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a **Lei Federal 10.216** redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Para a criação e aprovação dessa lei, um grande caminho foi percorrido pela psiquiatria brasileira.

Em 1968 foi criada a Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos, cujo objetivo maior era estudar as dificuldades de assistência psiquiátrica no Estado da Guanabara. O relatório do grupo de trabalho, apresentado em 1970 e publicado em 1971 apresentou um retrato fiel da situação em que se encontrava a assistência psiquiátrica local e o hospital foi consagrado como o grande e único agente terapêutico eficaz. Além de retratar a situação, a comissão sugeriu melhorias na assistência. Este trabalho repercutiu de tal forma que essa mesma comissão foi solicitada pela Secretaria de Assistência Médica do INPS para estudar, em âmbito nacional as bases para uma reformulação da assistência psiquiátrica.

Dois anos depois, em 1973, foi aprovado o Manual de Serviço da Assistência Psiquiátrica, pela Secretaria de Assistência Médica do INPS. Esse manual privilegiava a assistência psiquiátrica oferecida na comunidade, com uso de recursos extra-hospitalares. Nos casos em que fosse necessária a internação, esta deveria ser feita próxima à residência do indivíduo, com uma ampla e diversificada rede de serviços. Na alta, o paciente seria encaminhado para o atendimento ambulatorial. Os princípios seguidos para o atendimento eram os de integração, regionalização, coordenação, descentralização e aperfeiçoamento de pessoal e visava não apenas a prevenção da doença mental, mas a promoção da saúde mental. O conteúdo

essencial desse manual é o que se espera do serviço em saúde mental nos dias atuais. Mas naquela época, segundo **Cerqueira (verificar o ano)**: o manual não saiu das intenções. Isso se deu por motivos diversos: as dificuldades no quesito recursos humanos e financeiros e as dúvidas sobre a adaptabilidade dos pacientes à vida em comunidade. Além disso os empresários do setor psiquiátrico colocavam bastantes entraves, já que o serviço ambulatorial seria um filtro para os hospitais psiquiátricos, gerando diminuição do faturamento. (PAULIN e TURATO 2004).

Muitas outras medidas foram tomadas na tentativa de valorizar o trabalho em saúde mental, como o Plano Integrado de Saúde Mental – Pisam-, em 1977. Entretanto, essas medidas sofriam muitas críticas do setor privado, que permanecia sendo privilegiado. Mais de uma vez a situação foi denunciada pelos assessores da saúde mental, nos encontros anuais de psiquiatria do Inamps eles demonstraram em seus relatórios que nada do que fora proposto se aplicara. No último encontro, realizado em 1978, os assessores novamente lamentavam a falta de verbas para executar os serviços extra-hospitalares, já que elas se destinavam às hospitalizações e, nesse mesmo ano, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que alcançou grande repercussão, liderando assim, nos anos seguintes, os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial.

Em 1987 houve a I Conferência Nacional de Saúde Mental, nessa conferência foi decidida realização do II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, pois foi constatado que as propostas reformistas não eram incorporadas nas políticas oficiais por conta da resistência da iniciativa privada. A Conferência marca o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização. (TENÓRIO 2002). No encontro surge o lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Agora o então chamado Movimento da Luta Antimanicomial convida a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com a loucura e o louco, portanto essa discussão não envolve mais apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades.

A grande tarefa da Reforma Psiquiátrica é Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária.

3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

De acordo com a Secretaria de Educação Fundamental do Ministério da Educação e Cultura, o conceito de saúde como sendo “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” vem sendo utilizado pela Organização Mundial da Saúde desde 1948 e está longe de ser uma realidade, pois remete a uma ideia de saúde perfeita, fora do alcance das pessoas. Não sentir-se em *completo* bem-estar físico, mental e social não significa que o indivíduo não tenha saúde. Entretanto, sendo o ideal ou não, é este o conceito que vem permeando os pensamentos atuais na sociedade ocidental. A saúde não pela ausência de doença, mas pela ideia de integralidade onde vários fatores influenciam na obtenção ou manutenção dessa saúde. Para Scliar (2007), um conceito útil para analisar os fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve, por sua vez, intervir, é o formulado em 1974 por Marc Lalonde, titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá. De acordo com esse conceito, o campo da saúde abrange:

- 1- A biologia humana que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
- 2- O meio ambiente, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;
- 3- O estilo de vida, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
- 4- A organização da assistência à saúde.

A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde. No entanto, esse é apenas um componente do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante; às vezes, é mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos. É claro que essas coisas não são excludentes, mas a escassez de recursos na área da saúde obriga, muitas vezes, a selecionar prioridades.

Para criar uma política de saúde pública sem critérios sociais, ou juízos de valor, que abrangesse os quatro fatores citados acima, a Constituição Federal de 1988, artigo 196, evitou discutir o conceito de saúde, mas disse que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e

econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Este é o princípio que norteia o SUS, Sistema Único de Saúde, criado a partir dessa Constituição.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), “o Sistema Único de Saúde, o SUS, é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. À iniciativa privada é permitido participar desse Sistema de maneira complementar.” Um marco importante na história para a criação do SUS é a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, onde foram apresentadas as reivindicações do Movimento Sanitarista, que geraram parâmetros inscritos, mais tarde, na Constituição de 1988. A consagração do SUS trouxe a previsão da necessidade de novas leis para sua regulamentação. As leis 8.080 e 8.142 foram editadas em 1990 e formam, juntas, a “Lei Orgânica da Saúde”.

De acordo ainda com o Ministério da Saúde (2010), alguns princípios dão base ao Sistema Único de Saúde (SUS), são eles: O princípio da Universalidade, o da Integralidade, o da Equidade e o da Descentralização. Esses princípios norteiam o SUS para atender a todos, sem distinção, numa *universalidade* garantida por oferta dos serviços de saúde a todos que necessitam, enfatizando as ações preventivas e numa *equidade* assegurada, teoricamente, pela igualdade no tratamento indiferente da classe social, raça, sexualidade, etc., com tratamento semelhante às outras pessoas tratadas com a mesma enfermidade. Esses princípios ainda oferecem a preocupação com a humanização do atendimento, verificando as causas, não apenas os sintomas, e tudo o que envolve o indivíduo para que ele seja saudável. Essa *integralidade* aborda os preceitos de Marc Lalonde, onde o meio-ambiente e o estilo de vida também devem ser cuidados. É essa integralidade que dá subsídios ao trabalho do educador físico, é nessa integralidade que está a resposta da importância do educador físico na área da saúde pública.

O princípio da integralidade traz para o atendimento do SUS uma multidisciplinaridade ainda maior. Se saúde era a ausência de doença, tratar a doença bastava para ser saudável, mas se saúde é a manutenção de um conjunto de fatores que englobam a vida do indivíduo para proporcionar uma qualidade de

vida maior para ele, o trabalho não está restrito aos cuidados de médicos e enfermeiros.

O SUS implementou alguns projetos para o cuidado da saúde da população, um deles é o NASF (Núcleo de Atendimento à Saúde da Família). Esse projeto prevê o trabalho, inclusive, de um veterinário, pois os animais que convivem com a população, se não forem bem tratados, podem transmitir doenças. Por isso, quase todos os projetos do Ministério da Saúde, incluindo os voltados para pessoas com transtornos mentais, possibilitam o desenvolvimento do trabalho de profissionais de áreas diferentes. As pessoas egressas do manicômio, além de terem os projetos voltados para si próprias, ainda são alvo de outros projetos como o NASF que são para a população em geral, já que não tem mais suas vidas pertencentes a uma instituição, fazendo parte da sociedade em geral.

3.1. Saúde Mental no SUS

Hoje o Sistema Único de Saúde conta com os programas:

1- *De Volta Para Casa* - de reintegração social de pessoas com transtornos mentais, egressas de longas internações, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial, no valor de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais) ao beneficiário ou seu representante legal. Esse pagamento é feito durante um ano e poderá ser renovado após a avaliação de uma equipe municipal e do parecer da Comissão de Acompanhamento do Programa De Volta Para Casa.

2- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – Possibilita o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, realiza o acompanhamento clínico dos usuários, oferecem atendimento diário à população e sua criação possibilita a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico.

3- Centros de Convivência e Cultura – Lugares onde a convivência, troca de experiência e novos conhecimentos são facilitados para as pessoas com transtorno mental. Na equipe, oficinairos, artista plásticos, músicos, atores, artesãos, auxiliares administrativos e de limpeza.

4- Residenciais Terapêuticos – Alternativa de moradia, inserida na comunidade, para quem já esteve internado anos em uma instituição, não possui laços familiares ou suporte social e precisa ser reinserido na sociedade. Conta com

uma equipe multidisciplinar para ajudar até 8 moradores por casa em suas tarefas diárias e a adquirir autonomia para uma vida fora das grades do hospital.

Somente em 2008, houve a inclusão de profissionais da saúde mental nas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), possibilitando ações da saúde mental na Atenção Básica. Isso é mais um sinal do lento avanço da saúde mental no País. O Relatório de Gestão 2007-2010 do Ministério da Saúde (2011) mostrou uma redução de 6.832 leitos em hospitais. A julgar que esse dado é de todo o Brasil, país continental, é observável que os programas e planos do governo não estão sendo trabalhados com a energia necessária. No próprio Relatório há a justificativa: “Este ritmo, nem sempre ditado pelo planejamento, mas muitas vezes por iniciativas unilaterais de prestadores, corresponde, em nossa avaliação, ao ritmo cuidadoso que o processo exige, de modo a assegurar a continuidade da atenção na rede extra-hospitalar.” Acredite quem quiser.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011), os gastos com a saúde mental representaram, na gestão 2007-2010, 2,5% do total do orçamento do Ministério e, desse índice, mais da metade (67,71%) foi em recursos extra-hospitalares. Comparando com os 55,92% dos gastos extra-hospitalares de 2006, podemos verificar o empenho em aumentar os recursos da rede substitutiva.

3.2. Educação Física no SUS

As publicações que relacionam educação física com saúde, em sua maioria, são focadas nos fatores biológicos, na reabilitação e avaliam as pessoas de forma fragmentada, sem essa integralidade a qual me referi anteriormente. Grande parte das pesquisas avaliam os indivíduos em grupos por faixa etária (idosos, crianças, adultos), ou por gênero, ou por nível de atividade física que realiza (sedentários, ativos, atletas...). Essa é uma forma de pensar os sujeitos da pesquisa sem envolver os tantos fatores que podem influenciar em sua saúde, sem a tal humanização que tanto o SUS (afirma que) busca em suas formas de diagnosticar ou pensar os cidadãos. As possibilidades de inserção da educação física, sob essa perspectiva, estão mais na atuação em hospitais, funcionando quase como a fisioterapia, ou ainda servindo de simples complemento ao tratamento médico.

De acordo com Santos (2001), “os profissionais reconhecidos pelo SUS são médicos, dentistas, enfermeiros, nutricionista, fisioterapeutas, assistentes sociais,

psicólogos e etc. O Professor de Educação Física (PEF) não é reconhecido já que este ainda não conseguiu apresentar sua utilidade profissional dentro dos ambientes hospitalares, apesar de inúmeras tentativas de incorporação deste no SUS. Isto acontece porque este Sistema considera as atividades desenvolvidas pelos professores de educação física como Atividade Avançada, as quais ultrapassam as etapas de tratamento das injúrias. O papel do PEF é substituído por fisioterapeutas. Os fisioterapeutas tradicionais utilizam movimentação passiva nos tratamentos de reabilitação, através de massagens e recuperações com aparelhos tecnológicos. O fisioterapeuta moderno utiliza movimentação ativa na realização dos seus trabalhos através da RPG - Reeducação Postural Global, hidroterapia, atividade física, além dos métodos anteriormente citados. O PEF pode atuar em conjunto com o fisioterapeuta desde que seja definido suas verdadeiras identidades dentro dos hospitais.

Atualmente já existe um programa com base na educação física, é chamado Academia da Cidade e pressupõe a promoção da saúde através de atividades físicas oferecidas por profissionais da área em uma estrutura física estabelecida especificamente para isso. Esse programa foi criado em 2011, este fato mostra o quão recente é essa inserção da educação física na área da saúde e a necessidade de ocupação desses espaços por esses profissionais. O estabelecimento da área no campo da saúde carece a ocupação imediata dos profissionais e o registro dessa atuação.

Podemos pensar a educação física sob duas perspectivas, a biológica e a recreativa. A primeira pensando a educação física como descrevi nos parágrafos imediatamente anteriores a este e a segunda é a ideia de que ter saúde é ter alegria, disposição para a vida e convívio com amigos e familiares. A educação física, nesse caso, pode promover a integração entre as pessoas e proporcionar mais disposição para a vida à medida que os sujeitos se sentem mais dispostos quando não são mais sedentários ou acham alguma atividade que os motivem a movimentarem-se. O cuidado maior nesse modo de trabalhar é o limite entre a atuação do educador físico e do Terapeuta Ocupacional. O que garante a diferença dos dois profissionais?

No campo da saúde mental essa é a maior das possibilidades de intervenção do profissional de educação física, pelo que observei, já que a preocupação maior é a terapia dos indivíduos e a, atualmente, reinserção à sociedade e não os

desempenhos físicos. A preocupação com o biológico com certeza é importante, os sujeitos podem ser, além de doentes mentais, diabéticos, obesos, sedentários, fumantes, etc. e assim como cuidamos de pessoas com essas características sem a doença mental, devemos cuidar de pessoas com essas características doentes mentais. Entretanto, num residencial terapêutico, por exemplo, onde o profissional vai à casa do sujeito, a educação física pode ser extremamente importante na oferta de uma caminhada, no formato de um passeio pela vizinhança. Muito também pelo fato dos usuários desse serviço serem idosos e a caminhada ser fundamental para a manutenção da marcha, porém mais importante ainda é a caminhada pela oportunidade de conhecer melhor o local onde essa pessoas está se inserindo, de interagir com outras pessoas ou situações distintas. Mas essa caminhada não poderia ser feita com alguém de qualquer outra formação? No que o professor de educação física se diferencia, principalmente nesse ambiente dos residenciais terapêuticos?

Por fim o Conselho Federal de Educação Física publicou em sua Resolução nº046 (2002), que “o Profissional de Educação Física é especialista em atividades físicas, nas suas diversas manifestações - ginásticas, exercícios físicos, desportos, jogos, lutas, capoeira, artes marciais, danças, atividades rítmicas, expressivas e acrobáticas, musculação, lazer, recreação, reabilitação, ergonomia, relaxamento corporal, ioga, exercícios compensatórios à atividade laboral e do cotidiano e outras práticas corporais - tendo como propósito prestar serviços que favoreçam o **desenvolvimento da educação e da saúde**, contribuindo para a capacitação e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e condicionamento fisiocorporal dos seus beneficiários, visando à consecução do bem-estar e da qualidade de vida, da consciência, da expressão e estética do movimento, da **prevenção de doenças**, de acidentes, de problemas posturais, da compensação de distúrbios funcionais, contribuindo ainda, para consecução **da autonomia, da auto-estima**, da cooperação, da solidariedade, **da integração, da cidadania**, das relações sociais e a preservação do meio ambiente, observados os preceitos de responsabilidade, segurança, qualidade técnica e ética no atendimento individual e coletivo.” **[grifo da autora]**

O trabalho de um profissional da educação física em um residencial terapêutico está pautado pelos fatores grifados por mim, nessa resolução.

4. RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

O Residencial Terapêutico, de acordo com o Ministério da Saúde (2004), é composto de moradias localizadas no espaço urbano, para atender às necessidades de portadores de transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade. Em geral, os moradores não possuem vínculos familiares. Estas residências não são serviços de saúde, mas espaços de habitação, que devem possibilitar à pessoa em sofrimento mental o retorno à vida social.

Este é um dos principais equipamentos para a efetivação de processos de desinstitucionalização - processo de reinserção social - de pessoas com um histórico de longa internação em hospital psiquiátrico. Os moradores das residências terapêuticas são acompanhados na rede extra-hospitalar (Centros de Apoio Psicossocial, ambulatórios, atenção básica, entre outros).

O número de usuários pode variar desde um indivíduo até um pequeno grupo de oito pessoas, que deverão contar sempre com suporte dos Centros de Atenção Psicossocial. O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade, fazendo parte de um longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. Para isso, o suporte dado aos usuários é de caráter multidisciplinar e deve considerar a singularidade de cada morador e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo dos moradores e o acompanhamento do morador deve prosseguir mesmo que ele mude de endereço ou, eventualmente, seja hospitalizado. Essa reinserção é o resultado da harmonia entre gestor, comunidade, usuários, profissionais de saúde, vizinhança e rede social de apoio.

A regulamentação desse serviço é feita por uma série de medidas, são elas:

- * Lei Federal n.º 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais;

- * Lei n.º 10.708/2003, que institui o auxílio do Programa De Volta Para Casa;

- * Diretrizes de redução de leitos constantes nas Portarias GM n.º 52 e 53/2004, do Ministério da Saúde, que estabelecem a redução progressiva de leitos psiquiátricos no País;

- * Portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz os Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS para egressos de longas internações;

* Portaria n.º 1.220/2000, que regulamenta a portaria 106/2000, para fins de cadastro e financiamento no SIA/SUS.

Cada paciente que parte do hospital psiquiátrico para morar num residencial terapêutico deixa um leito vago, que não será mais ocupado, graças às diretrizes da Lei 10.216. Portanto, diminui o número de leitos hospitalares na mesma proporção que aumenta o número de usuários (moradores) do SRT. Os recursos financeiros que financiavam os leitos, agora desativados, deverão ser realocados para os tetos orçamentários do estado ou município responsável pela assistência ao paciente.

Esse serviço é de natureza pública, mas pode ser complementado através de parcerias com ONGs, associações e entidades filantrópicas.

Há muito o que resgatar no tratamento dos moradores de residenciais como esses, histórias, vínculos afetivos, projetos. É importante que os funcionários estabeleçam uma relação afetiva com o morador e que haja pelo menos um funcionário que seja referência para cada morador (aquele funcionário que é mais próximo das questões cotidianas da casa onde ele é referência). Deve-se considerar eventuais inseguranças, da parte dos moradores, em deixar o hospital, que representava, via de regra, segurança para eles e os profissionais tem de evitar anseios próprios em relação ao que deveria ser uma casa ideal na opinião deles e, ao contrário, permitirem que afluam hábitos e formas de ocupar o espaço próprios dos habitantes de um dado SRT.

Outros fatores merecem atenção dos profissionais: no residencial terapêutico são tratadas questões ligadas ao morar, outros tratamentos devem ser feitos nos ambientes próprios para cada um deles (CAPs, ambulatórios, etc). Na casa haverá muitas outras necessidades de debate e tratamento (discórdia, disputa de espaço, namoros, barulhos, festas...). Este novo lugar de trabalho também vai requerer dos profissionais a realização de atividades que vão muito além de sua formação inicial, tais como: auxiliar em tarefas domésticas, ajudar no pagamento de contas, na administração do próprio dinheiro etc., requerendo dos trabalhadores o desenvolvimento de novas formas de cuidar.

O Residencial Terapêutico Morada São Pedro, em Porto Alegre é composto por 27 desses residenciais, já que cada casa é considerada um residencial terapêutico.

4.1. Residencial Terapêutico Morada São Pedro

Inaugurado em 30/12/2002, o Morada São Pedro integra o Projeto São Pedro Cidadão e cumpre as Leis Estadual e Federal de Reforma Psiquiátrica. É o resultado de um trabalho conjunto da Secretaria da Saúde, da Secretaria Especial da Habitação e da Secretaria de Trabalho, Cidadania e Assistência Social. A primeira comprometida em construir 36 Serviços Residenciais Terapêuticos para 144 moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), na Vila São Pedro, vizinha ao Hospital; A segunda comprometida com a regularização fundiária, a posse de terra e a infraestrutura de luz, água e esgoto tratado para os moradores da Vila; Por fim, a terceira, comprometida com o “Coletivos de Trabalho”, projeto de geração de renda que contemplava 150 moradores da Vila São Pedro e do HPSP.

4.1.1. Mapeamento

Nas figuras 1 e 2 observa-se a localização do Residencial Terapêutico Morada São Pedro. Nas 3, 4 e 5 a organização das moradias.

Figura 1

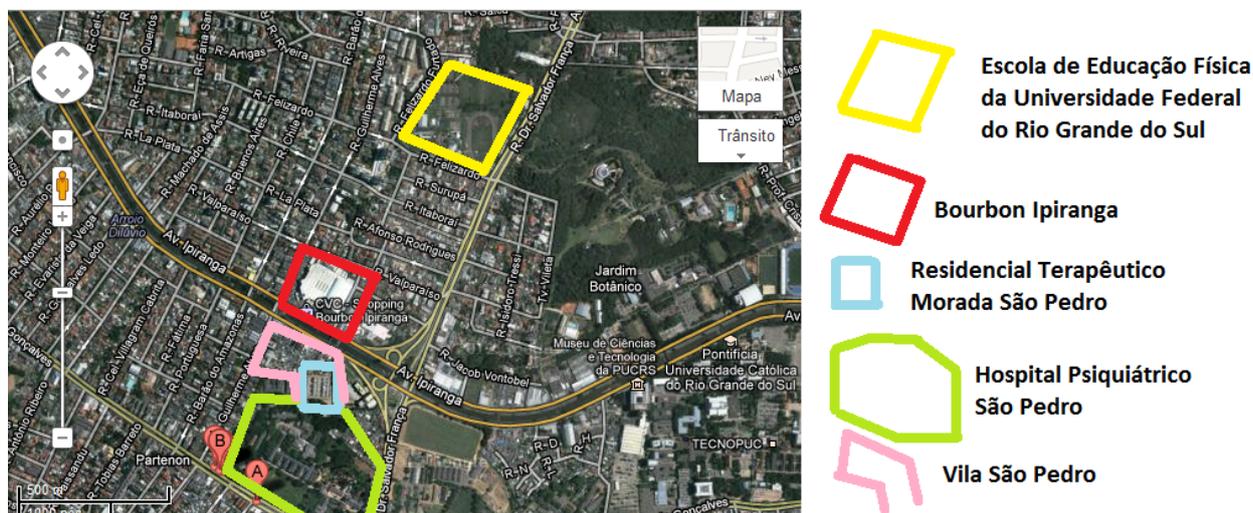


Figura 2



Vila São Pedro
(em amarelo)

Morada São Pedro
(em vermelho)

Figura 3



Figura 4



O Residencial é dividido em três ruas: I, J e L. De um lado da rua (em amarelo) ficam as casas dos usuários, do outro lado da rua (em verde) são as casas das pessoas que já moravam na Vila e foram deslocados para essa parte, por conta do projeto.

Ao todo são 27 casas dos moradores do Residencial Terapêutico (nove em cada rua), abrigando 46 moradores.

Dando uma volta em 180° nas imagens, observamos que perto dos muros que dividem o Residencial do Hospital Psiquiátrico São Pedro, há um campinho de areia (ao lado esquerdo, em formato triangular) e uma pracinha (ao lado direito, com um pouco mais de verde na foto, no mesmo formato).

Figura 5



4.1.2 O serviço

O serviço no Residencial Terapêutico (RT) extrapola os limites da especificidade de cada profissional, ou seja, um educador físico está longe de ser apenas um educador físico no RT, ele será um pouco de psicólogo, administrador, professor e o que for necessário no momento em que ele estiver trabalhando. As enfermeiras que trabalham no RT não vão se limitar a medir pressão arterial, medicar, etc. Muitas delas terão de marcar consultas médicas, fazer compras no supermercado com algum morador e assim por diante. Já os psicólogos, esses sim... Fazem como todos os outros. Trocam roupa de algum morador que precise de ajuda, promovem integrações entre os moradores, proporcionam encontro com os familiares. Todos os trabalhadores do RT realizam todas essas atividades, entre tantas outras. Como educar um filho, ensinando os moradores a viverem independentes de qualquer instituição, contando com a ajuda deles para o que precisarem. Esse serviço se baseia na formação que o profissional recebeu e em todos os valores morais que o profissional tem.

A maioria da equipe está lá de manhã e tudo o que é importante, ocorrido a cada dia, fica registrado em um livro grande na casa seis da rua I, para que os outros trabalhadores acompanhem o trabalho durante o turno da tarde e da noite.

Toda terça-feira a equipe se encontra às 9 horas da manhã para uma reunião entre os residentes, estagiários e referências para a discussão de muitas pautas que são solicitadas no início da reunião. Eventualmente há uma reunião de condomínio com os moradores, para tratar de assuntos que sejam pertinentes à época da reunião.

No mais, o serviço é muito individualizado e nada rotineiro, cada pessoa que chega vê a demanda do dia para si, ou cumpre combinados feitos anteriormente com os moradores, como um passeio marcado previamente, etc. As referências de cada casa observam se os moradores já tomaram os remédios do turno ou dão os remédios àqueles que ainda não tomam sozinhos. Tudo para o bom andamento daquele dia.

4.1.3 Os profissionais

A equipe era composta inicialmente por 28 componentes, atualmente 14 trabalhadores desempenham a função de acompanhantes terapêuticos/cuidadores. Destes, três são de nível superior/acompanhantes técnicos das casas e os demais de nível médio/cuidadores. A proporção não é de 1x1, mas cada morador tem no mínimo um profissional de referência.

Essa equipe é formada por uma professora de educação física, uma psicóloga, uma auxiliar para serviços gerais e 11 técnicos em enfermagem. Desses técnicos, três são plantonistas noturnos. Até o final do período de estágio não havia um coordenador da equipe. Ao término do estágio soube que foi eleito um dos técnicos de enfermagem como coordenador e realizada uma contratação de emergência para 14 funcionários, que chegariam gradualmente para começar a trabalhar no SRT.

Há ainda um grupo de residentes da UFRGS, formado por psicólogos, educadores físicos, enfermeiros e assistentes sociais.

Por fim, ainda há três estagiárias, duas da educação física (me incluindo) e uma da psicologia.

Alguns dos funcionários estão desde a inauguração do serviço e são mais duradouros que os estagiários e residentes. Esses funcionários contratados, estando desde o início ou não, são referências de algumas casas. As referências cuidam de

todos os aspectos da casa. Todos ajudam no que for preciso, mas se algo extraordinário acontecer em alguma casa, o morador tem um funcionário de referência a quem recorrer. As referências ficam responsáveis por buscar o auxílio dele no HPSP e, para aqueles que não conseguem administrar sozinhos seu cartão da bolsa do projeto “De Volta pra Casa”, as referências ficam responsáveis pelo cartão também.

Os residentes também trabalham na transição dos pacientes do Hospital Psiquiátrico São Pedro para as moradias do Residencial Terapêutico. Eles fazem o mapeamento para determinarem quem já tem condições de morar no Residencial e também conversam com os pacientes para saberem se há o desejo de realizar essa transição.

4.1.4 As Moradias

Cada casa tem dois quartos, podendo morar até quatro pessoas. Entretanto os moradores podem reformar a casa como quiserem, por dentro e não é possível fazer um segundo piso, pintar a casa por fora, nada que modifique a fachada da casa. Do outro lado da rua, as residências de quem já morava na Vila posteriormente foi construída inicialmente com um único dormitório, mas havendo a possibilidade de construção do segundo piso. Cada morador/usuário do Serviço Residencial Terapêutico pode decorar sua casa como quiser e puder. Eles receberam as casas com mobília mínima e, à medida que vão adquirindo seus próprios bens, devolvem o patrimônio ao Estado.

As casas do residencial são numeradas de 1 a 9 em cada rua (I, J, L).

A casa número 6 da Rua I é destinada à equipe de profissionais, sendo exatamente igual às outras na sua constituição física. Nessa casa fica o dormitório do plantonista da noite, um escritório com uma pasta para cada morador contendo todas as informações importantes sobre os moradores, um telefone e uma cópia da chave de cada casa, para qualquer eventualidade.

Outra casa em evidência é a casa 1 da Rua L. esta casa está vazia, então, por enquanto, vem sendo utilizada como espaço de convivência, as reuniões da equipe frequentemente são lá e acaba funcionando como a “casa dos residentes”, pois eles deixam seus pertences pessoais nesse local, assim que chegam ao

Serviço. Muitas vezes os moradores vão a essas casas (a 6 e a 1) atrás dos funcionários da equipe.

4.1.5. Os Moradores

A princípio, se a equipe fosse completa, o Residencial poderia atender até 108 moradores. Até o final do meu período de estágio, cuidavam de 51 (27 mulheres e 24 homens, sendo cinco externos: três moram em casa própria e dois de aluguel em outros endereços). Não tive contato aprofundado com os cinco externos, mas está se formando uma equipe itinerante para cuidar desses moradores que não estão no SRT Morada São Pedro.

Como em qualquer condomínio comum da cidade, esse é formado por um grupo heterogêneo, com características que necessitam um trabalho individualizado a cada um. A maioria desses indivíduos permaneceu muito tempo internada no Hospital e possui cicatrizes dessa institucionalização, como a dificuldade na fala, o sedentarismo e alguns hábitos como o de fumar muito, acordar bem cedo, dormir bem cedo.

Em uma conversa informal com alguns trabalhadores, eles explicaram que os moradores se habituaram bem ao ambiente em que estão sendo inseridos/reinseridos. Por se tratar de uma vila, não vai de encontro à realidade do que muitos já viviam antes de serem internados. Além disso, os moradores se sentem mais confortáveis em não serem submetidos a tantos olhares preconceituosos, pois a renda deles é próxima à renda dos vizinhos e, por isso, se assemelham no modo de se vestirem, morarem, comerem, etc.

5. RELATO DAS ATIVIDADES DO ESTÁGIO

Não havia um profissional da educação física no Residencial com funções estabelecidas pela profissão (ao que me consta, ainda não há). Os residentes são de várias formações, mas seu trabalho extrapola a formação obtida, pois eles intervêm em muitos aspectos da vida do morador. Dois dos residentes são formados em educação física, mas eles trabalham a autonomia dos moradores em relação ao dinheiro, marcam consultas, acompanham a vida de cada morador, com suas peculiaridades, fazem as compras com os moradores que precisam de ajuda nesse quesito, etc. O trabalho exigido pelo Acompanhamento Terapêutico (AT). Uma das referências é formada em educação física, mas com tantas outras tarefas não há um plano de trabalho da educação física, especificamente.

Quando chegamos, minha colega do curso de educação física e eu, para conhecermos a equipe e sermos apresentadas, o pedido da responsável pelo nosso estágio foi que nos concentrássemos em conhecer os moradores, identificar os gostos deles e procurar atividades físicas oferecidas em locais que eles pudessem ir sozinhos no futuro. Novamente na busca por desenvolver a autonomia dos moradores, a proposta para o trabalho da educação física era incentivar a independência e liberdade de escolha em relação às atividades físicas. No entanto, a realidade encontrada apresentou algumas dificuldades, nos fazendo pensar de forma diferente e tentar moldar um plano de ação que se adequasse à realidade do Residencial.

O trabalho proposto inicialmente pressupunha conhecer os moradores: muitos dos moradores, nas terças e quintas pela manhã, não estavam em casa, pois trabalhavam nesse horário, ou estavam sempre passeando ou ainda estariam participando de atividades oferecidas no Hospital Psiquiátrico São Pedro, como caminhada orientada e oficina de artes.

O trabalho proposto inicialmente pressupunha conhecer os gostos para as atividades físicas dos moradores, mas há dificuldade de comunicação com alguns moradores que são surdos, ou apenas não falam, ou ainda não tem discernimento para um diálogo. Além do fato de muitos não saberem bem do que gostam simplesmente por não terem sido ofertadas a diversidade de práticas corporais para que eles saibam o que gostam ou não.

O trabalho proposto inicialmente pressupunha encontrar alguma atividade oferecida nas proximidades do Residencial ou em algum lugar que eles soubessem ir sozinhos no futuro, mas perto dali não há nenhuma atividade física acessível. A Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como uma das poucas oportunidades é mais distante e não tão acessível quanto o esperado. Sem contar as limitações físicas de alguns moradores. A exemplo da Alice*, sem um pé por conta de um caminhão de lixo tê-la atingido, da Sara*, que teve enfisema pulmonar e tem muita dificuldade de respirar, não podendo caminhar distâncias pequenas sem ter que fazer nebulização ou sem passar muito mal.

Aliás, foi a Sara que me fez pensar: “Como vou encontrar uma atividade lá fora para alguém que não pode nem ir até a saída da Vila São Pedro sem sentir-se mal?”. Foi então que voltei minhas atenções para tentar melhorar a qualidade de vida das pessoas em casa, antes de querer que elas saiam.

A ideia era então fazer um mapeamento das necessidades e possibilidades de intervenção no próprio residencial. Fiquei bem empolgada inicialmente com essa ideia e tentei realizar várias atividades, mas a frustração foi acompanhando o meu trabalho a partir de então. Não tínhamos tempo hábil para conhecer todos os moradores estabelecer uma relação de confiança com eles até poder entrar em sua casa, sentar, conversar e propor atividades, foquei, então, minha atenção na rua I, onde eu conhecia mais moradores. A princípio queria fazer alguma atividade com a Ana*, pelo fato dela ser diabética, mas o marido dela é muito controlador e eles nunca estavam em casa.

O plano ficou focado então nas velhinhas da casa 9 – na casa 9 moram 3 senhoras, mas uma delas não sai nunca, fica arrumando e limpando a casa o dia inteiro e não há o que a convença a sair ou fazer alguma outra coisa que não arrumar a casa e tomar chimarrão, então voltei minhas atenções para as outras duas, Elaine* e Olívia*; no Basquete do Luciano*; na raquete e bolinha adaptada da Alice; na dança da Mariana* e nas caminhadas da Sara.

Elaine e Olívia são bem velhinhas, as duas têm, seguramente, mais de 70 anos, e elas gostam de caminhar pelo próprio Residencial. Essa caminhada é importantíssima para a manutenção da marcha e ainda promove a socialização delas com os vizinhos, pois não saem de casa quase nunca, a não ser para essa caminhada. O único porém é que elas só caminham acompanhadas de alguém. Como estagiária da educação física não sou tão importante nesse trabalho, pois

qualquer pessoa pode caminhar com elas, não é preciso grande conhecimento técnico para a caminhada das duas. Meu papel com essas velhinhas está em proporcionar essas caminhadas de uma forma ou outra. Eu avisei a equipe sobre a importância dessa caminhada e iniciei um trabalho de convencer outros moradores a irem a casa delas e convidá-las para caminhar, assim estimo outros moradores a caminharem, a socializarem e a terem responsabilidade, pois, se combinado como uma tarefa da pessoa, poderá trabalhar esse sentimento de responsável e sentir-se útil, importante, etc.

Luciano é um senhor alto, esguio e muito quieto. A quietude pode vir do fato dele não ouvir bem. Creio eu que por conta dessa barreira na comunicação com ele, ele seja um tanto sisudo. Uma trabalhadora da equipe comentou que as poucas vezes que viu Luciano sorrindo foram às vezes em que ele tinha a oportunidade de estar com uma bola de basquete. Pensamos ser bem possível que ele fosse jogador de basquete, inclusive pela maneira que ele segura a bola, a empunhadura na hora de arremessar a bola à cesta. Sabemos disso, porque levei o Luciano à ESEF para jogarmos com a bola que pegamos emprestada de outra moradora (A Ana, do marido controlador). No final da manhã, Luciano mostrou interesse em ter sua própria bola. Na outra semana fui junto com ele comprar a bola no Shopping que fica em frente à Vila e ele voltou bem satisfeito, acontece que Luciano vai todas as terças e quintas pela manhã ao HPSP para a caminhada de lá, então eu não tive mais contato com ele. Por último pesquisei na internet algum grupo de basquete para idosos, mas só encontrei grupos de competição, com nível que não acho interessante que ele entre agora. Até o final do estágio eu não conseguira este local para a prática do que acreditei ser o esporte preferido do Luciano.

Uma das residentes nos pediu para pensarmos em alguma atividade para Alice, pois ela havia perdido um pé, por conta de um acidente que sofrera, quando um caminhão de lixo passou por cima do seu pé no próprio residencial, afirmando que Alice estava ganhando peso e precisava se movimentar de alguma forma, pois ficava sentada durante todo o dia e ia apenas do quarto para a sala e vice-versa.

Pensei em jogarmos tênis com ela, pois ela poderia fazer sentada e ainda proporcionaríamos uma integração melhor com os outros moradores da casa ou com os vizinhos, caso ela quisesse jogar sozinha, poderia jogar a bolinha contra a parede, numa espécie de padel. Para não ficar difícil, visto que ela não tem experiência com os gestos motores necessários para o jogo, tentei encontrar

aquelas bolinhas que são adaptadas para a iniciação, um pouco mais lentas que as bolinhas comuns.

Confesso que despendi pouco do meu esforço para resolver o problema dessa moradora, pois foquei muito minha atenção na Sara e minha colega de estágio acabou assumindo o papel de trabalhar com ginástica laboral com a Alice.

Mariana é bem ativa, está sempre nas oficinas de artes do HPSP, isso inclusive dificulta o nosso encontro, porque ela nunca está em casa. A responsável pelo nosso estágio nos trouxe o fato de que essa moradora adorava sair com o grupo das caminhadas do Hospital. Mariana, de fato, é acima do peso, apesar de toda atividade. Perguntei a ela se gosta de dançar e ela disse que sim. Busquei, então, para ela as aulas de dança na ESEF, em um projeto voltado para idosos. Entretanto há uma mensalidade de R\$60,000 a ser paga por essas aulas, achei que poderia conseguir algo mais acessível. Encontrei lugares com valores semelhantes e ainda com acréscimo da passagem de ônibus, por conta da distância maior. Continuava minha busca, quando fui informada, na penúltima semana do estágio, que na faculdade (ESEF) que o projeto sobre o qual eu tinha me informado antes podia isentar algumas pessoas da mensalidade, dependendo do caso. Achei que esse seria o caso de uma isenção, o problema é que não consegui mais encontrar a Mariana em casa nos horários em que eu estava no Residencial.

A Sara foi a grande “menina dos olhos” do meu trabalho. Quando eu a conheci ela era extremamente preguiçosa. Todas as vezes que nos encontrávamos ela estava deitada na cama ou no sofá da sala, gemendo de dor ou cansaço. Essa moradora fumava quatro carteiras por dia e sofreu muito com a redução dos cigarros para apenas quatro (unidades) por dia. Então a equipe decidiu aumentar o número de cigarros ofertados a Sara, mas que fosse menor que as quatro carteiras anteriores. Sara ainda tivera na UTI, com enfisema pulmonar e tinha grande dificuldade de respirar sob qualquer esforço mínimo. Sair de casa era um sacrifício e raridade, a não ser que fosse para pedir cigarro aos vizinhos.

O objetivo do trabalho com Sara, a priori, era o de redução de danos, oferecendo uma atividade que ela se identificasse ela fumaria menos, pois voltaria sua atenção para outro hábito. Num dos dias se conversa para tentar descobrir alguma atividade que Sara gostasse descobri que ela havia caminhado até o Bourbon com uma residente e sentindo-se muito mal. Na volta para casa Sara precisou fazer nebulização. Conversei muito com ela nesse dia sobre a importância

dela ter um treino de caminhada, para ela conseguir respirar melhor, não precisar de nebulização só porque caminhou essa distância curta, etc. A convenci a caminhar e demos uma volta na quadra (da Rua I à Rua J e voltamos para a casa dela, que é a 7 da Rua I). Apesar da pequeníssima distância, ela ficou bem ofegante, cansada e indisposta, mas não precisou de nebulização. Eu mostrei a ela como ela consegue caminhar sem precisar da medicação.

A partir daí, todos os dias do meu estágio eram preenchidos com longos períodos de tempo (por vezes mais de uma hora) em convencer essa moradora a sair para caminhar. Até que fiz um quadro de incentivo, marcando com estrelas ou coração a distância que ela teria feito em determinado dia. Assim ela pôde acompanhar a própria evolução e foi se estimulando mais. Além disso, claro, a cada 10 estrelas ela teria direito a uma recompensa. Sara ama música e seu rádio havia estragado. Como eu tinha um rádio sobrando em casa, sem uso, a primeira recompensa de Sara foi o rádio de presente.

Na última semana do meu estágio, Sara estava muito mais disposta que quando eu a conheci, ela saiu para caminhar sozinha inclusive e contou-me com bastante empolgação sobre a aventura dela de ter caminhado sozinha. Fiquei bem emocionada ao saber que um dos dias finais do período do estágio, ela já havia perguntado por mim antes de eu chegar e quando eu a vi, ela estava de tênis e cabelo preso, pronta para caminhar comigo. E veja bem, nessa hora ela nem sabia que ia ganhar o rádio!

Ainda não tive o retorno de como anda a redução do cigarro de Sara, mas se ela já está disposta a caminhar, inclusive sozinha, o próximo passo é convencê-la de que reduzir o cigarro vai fazer bem a ela e que durante as caminhadas, um pouco antes e um pouco depois, ela não fume. Ainda tive o objetivo de estimulá-la a fazer crochê, sei que ela gosta e é uma forma de distraí-la. Ela me demonstrou a vontade de ir ao centro da Cidade, comer em alguma confeitaria boa. Eu esperava poder fazer isso com ela, mas o estágio acabou muito antes. A satisfação de ver a melhora que obtive com ela, o laço que criamos, a amizade, as risadas fez valer a pena. É bom ver a qualidade de vida da Sara melhorando pelo resultado do meu trabalho.

6. CONCLUSÃO

Parece pouco, em um universo de 46 moradores, ter conhecido 21, trabalhado com seis e obtido bom resultado com um, mas toda a grande realização em um Residencial Terapêutico é feita em longo prazo e o período de estágio é curto. O trabalho realizado em um local como esse não é adequado para estagiários, a menos que haja um professor de educação física responsável exclusivamente pelas atividades dessa área, que possa coordenar os estagiários para um trabalho conjunto e com “a mesma linguagem” e que seja também referência para os moradores nessa parte. Não referência como os outros funcionários (referência das casas), mas que os moradores saibam que aquela pessoa é o responsável pelos cuidados com o corpo. Isso seria de extrema importância, pois quanto mais estável for o trabalho, melhor para os moradores, que necessitam de estabilidade para sua própria organização mental, diga-se de passagem, eu não sofro de transtornos mentais e também necessito de estabilidade para minha organização mental, então não é nada de tão especial essa necessidade, como muitas outras que não estão assim tão relacionadas com a doença mental. Esse profissional da EFI trabalharia, supostamente, mais tempo que os estagiários e garantiria essa estabilidade.

Na forma de pensar a atuação da educação física naquele local, não me ative à doença mental. Essa frase pode causar estranheza ao leitor, mas convido-o a observar alguns fatores: eu não tive contato com a medicação deles, não tinha a preocupação em medicar, marcar consultas, desenvolver em algum morador a autonomia financeira, fazer contato com a família, nada dessas questões desinstitucionalizantes. Eu tinha o cuidado com a autonomia física, das atividades da vida diária, algumas doenças como diabetes, cuidado com o desenvolvimento do gosto pela atividade, proporcionar um momento de lazer ativo, questões relacionadas ao corpo dos moradores. Em quê esse trabalho se diferencia de um realizado num condomínio comum? E se pensarmos na individualidade que o serviço exige, cuidar de um morador por vez, o que distingue esse trabalho de um realizado por um personal trainer? Aliás esse estágio me proporcionou, também, a oportunidade como personal trainer de Sara. O serviço não prevê ainda um

profissional da educação física, com a função de ser o responsável pelo cuidado com corpo dos moradores, caso eu quisesse/pudesse continuar trabalhando ali, de forma remunerada, seria como personal. Cada morador que quisesse meu serviço arcaria com a despesa de ter um personal trainer (como qualquer pessoa, em toda a cidade). Difícil é um morador poder ter mais esse gasto, já que o auxílio é pequeno e eles já investem em utensílios para a casa, rancho mensal, diarista...

O trabalho de convencê-los da importância do exercício era quase igual ao que frequentemente tenho, ao conquistar um novo cliente/aluno. Com a diferença de algumas conversas não serem tão comuns durante as caminhadas, por exemplo. Entretanto, a maioria das conversas eram sobre o tempo, o que passara na televisão, o que acontecera no Residencial, questões relacionadas ao universo deles, como são as conversas com qualquer aluno, questões relacionadas ao universo de cada um. Por sinal, isso é tudo o que se quer no trabalho do Residencial Terapêutico: que os moradores sejam pensados como pessoas comuns na maioria das ocasiões, pois isso faz parte do processo de reinserção deles na sociedade. Muitas vezes escutei de algumas funcionárias da equipe *“não é pra fazer uma turma de dança dos louquinhos, é pra inserir esses moradores em aulas de dança fora daqui, pra acabar com essa imagem de louquinho que eles têm”*.

Não foram poucas as vezes que duvidei da importância de ser alguém da educação física para desenvolver o trabalho que estava sendo realizado por mim, mas a verdade é que se não fosse pelo pensamento de alguém da educação física, não haveria a realização desse trabalho corporal. Explico: qualquer pessoa poderia caminhar todos os dias com a Elaine ou com a Olívia (as velhinhas da casa 9), mas identificar a necessidade dessa atividade, estabelecer a rotina da caminhada, explicar para a equipe e envolver outros moradores, isso sim precisa ser feito por alguém da nossa área. Identificar qual é a melhor atividade para cada pessoa e explicar a ela o porquê da importância de realizar a atividade é função do professor de educação física e pronto!

Para a educação física no Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro seria ótimo um profissional contratado pelo município, com uma equipe de mais 3 pessoas, pelo menos (uma para cada rua), podendo ser estagiários da educação física, que trabalhassem nos turnos da manhã e tarde e que permanecessem trabalhando por no mínimo um ano. Assim estabeleceriam o trabalho no Residencial e os resultados seriam mais visíveis. O ideal é que fosse

construído um espaço para a realização de atividades físicas e que fossem ofertadas também aos outros moradores da vila. Uma vez que os moradores do Residencial, vendo os outros já participando de atividades nesse local, se estimulariam a participar também. Além de poder proporcionar um convívio maior entre eles e, para os outros moradores da Vila, possibilidade de emprego (auxiliando nos esportes, nas aulas que forem oferecidas, aprendendo uma profissão como professor de dança, auxiliando na limpeza desse local, trabalhando na administração desse local, etc.). Para pessoas que passaram tanto tempo em uma instituição o ideal seria buscar atividades fora dali, mas esse processo é mais difícil, e traumático eu diria, começando de dentro para fora seria mais natural e confortável toda essa mudança para os ex-internos do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Ainda há caminho a ser percorrido pelos educadores físicos no que diz respeito ao reconhecimento da sociedade e dos próprios profissionais da educação física sobre a importância da nossa profissão na área da saúde. Por mais que a mídia esteja trabalhando outra forma de enxergar essa profissão, a educação física ainda está muito atrelada ao esporte. Prova disso que há pouquíssimas referências do trabalho da educação física no site do Ministério da Saúde. Em uma apresentação bem didática feita por esse ministério para apresentar o SUS, intitulada *SUS: a Saúde do Brasil*, foi feita uma exposição que percorreu muitos estados brasileiros e foi exibida na sede da Organização Pan-Americana da Saúde, nos Estados Unidos. Essa apresentação fora constituída de 29 painéis que contam a história do SUS e no que ele consiste basicamente. Como na literatura infantil, os painéis são feitos bem coloridos, com personagens, onde crianças recebem a tarefa da professora de explicar o Sistema Único de Saúde brasileiro e relacionar com as disciplinas da aula deles. É o resumo básico que todos deveriam conhecer sobre o SUS. Eles relacionam as estatísticas do Sistema com a matemática, a implementação no Brasil através de mapas, relacionando com a geografia e, a única relação feita com a educação física é para mostrar o “time da saúde”, fazendo referência aos times esportivos. Mostram, então, os profissionais que atuam na saúde, na seguinte ordem: farmacêutico, socorrista habilitado, médico, enfermeiro, agente da vigilância sanitária, administrador hospitalar, agente comunitário, zootecnista, auxiliar de enfermagem, protético dentário, parteira, técnico de higiene ambiental, fonoaudiólogo, psicólogo, técnico de enfermagem, agente de controle de vetores, nutricionista, técnico de ortopedia, dentista, assistente social, fisioterapeuta,

auxiliar de laboratório, terapeuta ocupacional, físico sanitário, guarda de endemias, agente de zoonoses, auxiliar e outras profissões. E o professor de educação física? Nem no painel da disciplina da educação física aparece o professor de educação física!

Abaixo, a figura 6 mostra o painel da educação física nessa exposição de apresentação, em comemoração aos 20 anos do SUS.

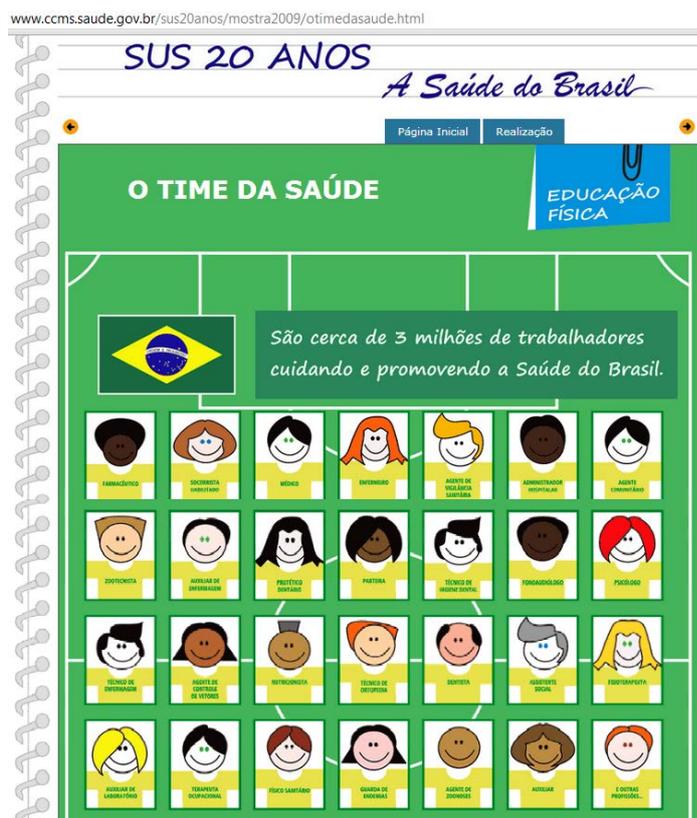


Figura 6

O caminho para estarmos nas páginas do Ministério da Saúde e nos próximos painéis de apresentação do SUS é a realização de um bom trabalho e o registro dele, de uma forma ou outra, para a divulgação a toda a população do quão “da saúde” nós somos!

7. REFERÊNCIAS

- ALVARES, Julia Pagliosa. Philippe Pinel (1765-1826) “uma nova concepção de loucura”. Disponível em: <http://www.psicologia.org.br/internacional/artigo4.htm>
- AMARANTE, Paulo. “Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil”. In: **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Organização: Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- Amarante, Paulo (org.) Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 1995 Rio de Janeiro, SDE/ENSP.
- Brasil. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília-DF, 2000. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 03 jul. 2012.
- CERQUEIRA, Luiz Psiquiatria social — problemas brasileiros de saúde mental. São Paulo, Livraria Atheneu.1984
- FORTES, Rogério da Costa. **Saúde, alegria e vitalidade: corporeidades desejantes como afirmação da vida de**. 2010 - Curso de Residência Integrada em Saúde e do Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva, Departamento de Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- FORTES, Rogério da Costa; RESENDE, Vera Lúcia Sobral. **Desinstitucionalização &Lazer: Produção de Subjetividades**
- **Lei nº 11.791, de 22 de maio de 2002.**
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde SUS**. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 02 jul. 2012.
- MINOIA, Natali Pimentel. **Relatório do Estágio Opcional**. Porto Alegre, 2006.
- PAULON, Simone Mainieri et al. **Das Múltiplas Formas de Habitar Uma Morada: A Produção do Cuidado em um Serviço Residencial Terapêutico**. Porto Alegre 2003.
- Residências terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004
- Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília. 2011.
- **Saúde**. Brasília-DF: Ministério da Educação e Cultura. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2012.

- SUS 20 Anos: a saúde do Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva– Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva– Brasília: Ministério da Saúde, 2000.