

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

ALTERAÇÕES NA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE RECREAÇÃO
TERAPÊUTICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE AO
LONGO DE SUA HISTÓRIA

KELLI CRISTINA CARDOSO DE SIQUEIRA

PORTO ALEGRE

2012

ALTERAÇÕES NA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE RECREAÇÃO
TERAPÊUTICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE AO
LONGO DE SUA HISTÓRIA

KELLI CRISTINA CARDOSO DE SIQUEIRA

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

Orientadores: Prof. Alex Branco Fraga

PORTO ALEGRE

2012

KCCS

**ALTERAÇÕES NA ROTINA DO SERVIÇO DE RECREAÇÃO
TERAPÊUTICA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO
ALEGRE AO LONGO DE SUA HISTÓRIA**

Conceito Final

Aprovado em.....de.....de.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Orientador – Prof. Dr. – Instituição

Sumário

1 Considerações iniciais.....	7
2 Referencial teórico.....	10
2.1 Contexto histórico da educação física entre as décadas de 60 e 80.....	10
2.2 Contexto histórico da assistência em saúde a partir da década de 40.....	11
2.3 A educação física e a saúde pública.....	15
2.4 O brincar e a educação física.....	17
2.4.1 O brincar no hospital.....	18
2.5 O Serviço de Recreação Terapêutica do HCPA.....	22
2.6 A Residência Multiprofissional.....	27
3 Procedimentos metodológicos.....	31
3.1. Tipo de Pesquisa.....	31
3.2. Sujeitos.....	31
3.3. Procedimentos.....	31
3.3.1 Pressupostos éticos.....	32
3.4. Análise de Dados.....	35
4 Análise de Dados.....	33
4.1. Mudanças Organizacionais.....	33
4.1.1 Surgimento do concurso público.....	34
4.1.2 Exigência de nível superior.....	34
4.1.3 Reconhecimento das formações específicas.....	37
4.2. Estruturação do SRT.....	39
4.2.1 Inserção em novos núcleos.....	41
4.3. Atividades de Ensino e Pesquisa.....	44
4.3.1 Sobre os estágios.....	44
4.3.2 PICCAP.....	47
4.3.3 RIMS.....	49

5 Considerações Finais.....	56
6 Referências.....	!

Apêndice A- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	23
--	-----------

Apêndice B- Roteiro de entrevista semi-estruturada.....	24
--	-----------

Lista de Siglas

HCPA- Hospital de Clínicas de Porto Alegre

UTIP- Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico

SRT- Serviço de Recreação Terapêutica

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

RIMS- Residência integrada multiprofissional em saúde

PICCAP- Programa Institucional de Curso e Capacitação e
Aperfeiçoamento para profissionais

SGTES- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Quando pensamos em educação física, as primeiras imagens que saltam à nossa mente são pessoas em movimento, quadras, piscinas, atividades ao ar livre entre outros. Partindo deste princípio, fica um pouco difícil entender como a educação física pode estar presente em um hospital, onde os indivíduos encontram-se tão limitados fisicamente, muitas vezes acamados e conectados aos mais variados aparelhos. Como o professor de educação física, habituado às mais diversas formas de expressão corporal pode interagir com um aluno que não consegue sentar-se?

Em 2006, comecei um estágio extracurricular no setor de recreação terapêutica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Eu realizava minhas atividades de estágio na sala de recreação da unidade pediátrica e atendia pacientes em isolamento e os da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica (UTIP). Segundo Miltre e Gomes (2007) no brincar, a criança têm ao seu dispor uma série de recursos para expressar-se, vivenciar e elaborar a experiência da hospitalização. Entretanto, em uma equipe de recreação composta por profissionais de muitas áreas, tais como: educação física, terapia ocupacional, pedagogia, artes visuais, entre outras; delimitar as diferenças de formação de cada área na atuação cotidiana e potencializar essas diferenças para um atendimento mais detalhado de cada sujeito é algo difícil.

O serviço de recreação terapêutico pediátrico, fundado em 1979, foi pioneiro no Rio Grande do Sul e único no estado durante alguns anos. E desde sua inauguração, muitas mudanças na rotina do serviço ocorreram; algumas atribuições foram se somando e foi surgindo a necessidade de atender especificidades tais como faixa etária e doenças que deu origem aos demais setores existentes hoje.

Em 33 anos de história do HCPA, muitas coisas foram alteradas. Quando a recreação terapêutica surgiu como uma possibilidade de tratamento

para os pacientes desse hospital, o curso superior não era tido como pré-requisito para efetivação no cargo de recreacionista. A atuação desses profissionais pioneiros era baseada em planos de aula e havia apenas o setor de recreação pediátrica. Com o passar do tempo, o curso superior não só se tornou obrigatório, como o cargo criado em um primeiro momento, o de “recreacionista”, caiu em desuso. Antes, o processo seletivo ocorria, e qualquer profissional de qualquer área de atuação poderia assumir o cargo. Atualmente, o setor pede um profissional de determinada área (como a educação física, por exemplo), de acordo com sua demanda e ocorre um processo seletivo somente para os profissionais da área em questão. Os planos de aula caíram em desuso, assim como surgiu a necessidade de atendimento a outros nichos de pacientes, além de pediatria; a partir dessa demanda, surgem os outros setores de recreação: adulto, oncológico infantil e a presença no CAPS adulto e infantil. Com o decorrer da história do SRT, os profissionais que lá atuam foram agregando funções; além das ações diárias com os pacientes, a criação da RIMS e do PICCAP incumbiu ao SRT atividades de ensino e pesquisa para a formação de novos profissionais

O objetivo central dessa pesquisa é verificar as mudanças ocorridas no Serviço de Recreação Terapêutica Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre desde sua fundação até os dias de hoje, oportunizando uma análise dos porquês das mudanças, de como elas estão sendo vivenciadas pelos profissionais que lá atuam.

Para atingir tal objetivo, foram elencadas algumas mudanças significativas a serem analisadas, tais como:

- a) Porque passou a ser exigido curso superior;
- b) Sobre os planos de aula: porque foram adotados e caíram em desuso após um tempo?
- c) O que gerou a necessidade de criar os outros setores de recreação (adulto, oncologia e a presença no CAPS)?
- d) Porque foi fundado o PICCAP (Programa Institucional de Curso e Capacitação e Aperfeiçoamento para profissionais);

- e) Como se estruturou a RIMS (Residência integrada multiprofissional em saúde), ministrada por profissionais do SRT?
- f) Sobre a mudança no processo seletivo.

As alterações feitas na rotina de trabalho desse setor refletem também o percurso de pensamento da educação física em si, utilizando essa pesquisa como meio de reflexão acerca dessas mudanças de ordem teórica/prática da educação física. Sendo assim, essa pesquisa tem grande relevância, já que irá contribuir para a formação acadêmica dos futuros profissionais de saúde, atendendo melhor às demandas desse campo de atuação.

REFERENCIAL TEÓRICO

Esse capítulo irá tratar de informações pertinentes à análise posterior. O HCPA, enquanto instituição pública tem sua estrutura amplamente influenciada pelas correntes teóricas que estão em voga acerca da saúde pública, do caminhar histórico da educação física e do contexto histórico brasileiro da época em que foi criado. O SRT, que foi criado por uma professora do corpo docente da ESEF-UFRGS, também foi moldado pelo caminho que a educação física trilhava à época, bem como a evolução na concepção do brincar e das formas que ele foi tomando desde a década de 80 também deixaram marcas no SRT como o conhecemos hoje. Além disso, nesse capítulo consta um panorama geral do SRT atualmente, a fim de possibilitar melhor análise no decorrer desse estudo.

2.1 Contexto histórico da educação física entre as décadas de 60 e 80

Conforme dito anteriormente, o caminho que estava sendo trilhado pela educação física na década de 80 deu base para a fundação do SRT, além de imprimir no serviço marcas que constam até os dias de hoje.

Segundo Bratch (1992) a educação física nasce junto com a escola. Além disso, a influência militar em seu nascimento e desenvolvimento foi muito forte.

A ação pedagógica se legitimava a partir de sua presumível contribuição para a saúde, ou seja, com função higiênica (inicialmente com um conceito anatômico, e posteriormente anátomo-fisiológico), e formação de caráter (BRATCH, 1992, p.10).

No período pós-Segunda Guerra, a educação física era capaz de promover o desenvolvimento do homem necessário ao capitalismo emergente (GALLARDO, 2000). A estrutura do esporte e seu ensino refletiam a organização da sociedade (autoritária e em plena época de Ditadura Militar) na

qual estávamos inseridos. As pesquisas realizadas eram na área de treinamento físico objetivando melhoria do rendimento desportivo. A aptidão física sempre como referência para o planejamento, controle e avaliação. (GALLARDO, 2000).

Levando em consideração que, nesse período, a Ditadura Militar era presente e forte no Brasil, é bastante comum que o ensino da educação física estivesse atrelado à estrutura militar. Segundo Bratch (1992) nas décadas de 60 e 70 os professores e alunos são os que menos detinham importância no processo ensino-aprendizagem, e mais o planejamento. Nesse contexto da educação física é que surge o SRT, em 1979.

Já nos anos 80 chegam ao Brasil correntes teóricas como a Psicomotricidade, que é baseada na interdependência entre o desenvolvimento motor e o cognitivo. A chegada desse novo pensamento afasta gradativamente o pensamento higienista do corpo forte e saudável e traz consigo novas concepções de saúde, de corpo e também de educação física.

2.2 Contexto Histórico da Assistência em Saúde a partir da década de 40

O modelo de assistência em saúde voltado para a doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital e baseado nas diferentes especialidades médicas e no uso intensivo da tecnologia surge na década de 40. Cabe ressaltar que antes disso, a rede estadual de saúde cuidava daqueles com menor poder aquisitivo, e os mais abastados procuravam os cuidados em saúde em consultórios médicos privados e nas famosas consultas domiciliares (JÚNIOR, ALVES, 2007). A ditadura militar deixou a critério dos estados as políticas públicas em saúde, além de manter o modelo biomédico de atendimento por meio da compra/financiamento de serviços dos hospitais privados.

Em 1975 definiu-se um Sistema Nacional de Saúde em que as atividades de saúde pública continuavam desarticuladas da assistência médica individual. Esta década foi marcada por evidências dos limites da biomedicina. Uma dessas evidências foi

quanto a pouca efetividade da ação da biomedicina no enfrentamento dos problemas de saúde gerados pelo processo acelerado de urbanização. Esse foi um processo que ocorreu em vários países desenvolvidos concomitantemente. Doenças psicossomáticas, neoplasias, violência, doenças crônico-degenerativas e novas doenças infecciosas desafiavam a abordagem centrada em características individuais e biológicas do adoecer (JÚNIOR, ALVES, 2007, P. 28)

Sikilero (2010) nos mostra que as guerras trouxeram a necessidade de unidades emergenciais de atenção à saúde na Europa, e impulsionaram a organização dos hospitais militares. Em virtude disso, a ordem e a disciplina (características fortes das corporações militares) foram absorvidas pelas instituições assistenciais, influenciando o hospital como vemos atualmente.

Como exemplo desta aproximação transformadora destacamos identificação numérica dos indivíduos/pacientes conforme o leito ocupado, a organização e o alinhamento dos leitos, o estabelecimento de horários rígidos para a realização das rotinas, a hierarquização de tarefas/funções e a separação das enfermarias por doenças com necessidades terapêuticas especiais (SIKILERO, 2010, p.22)

Nesse contexto, tem-se o predomínio do uso de tecnologias duras (equipamentos, etc.) em detrimento da tecnologia leve (relação médico-paciente) prima-se pelos exames diagnósticos, tratamento medicamentoso e não necessariamente dá-se a atenção necessária ao paciente e seu sofrimento. No fim da década de 70 e meados dos anos 80, houve uma preocupação por parte dos grupos de resistência á ditadura para levar os cuidados de saúde à população em geral. Em vários municípios se organizaram unidades de saúde, destinadas à atenção primária em saúde, contando com o auxílio de algumas universidades.

Essa reorganização da saúde tomou forma na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde (8.080 de 1990), onde se reorganizou o Sistema Único de Saúde, pautado nos seguintes princípios:

- a) Todo cidadão tem direito à atenção em saúde e é dever do estado promovê-la;
- b) Atenção integral em saúde: o cidadão tem o direito de ser compreendido em suas esferas biológica, psicológica e social;

- c) Equidade: Os “benefícios da política precisam ser distribuídos de forma a diminuir as desigualdades”, promovendo a saúde daqueles que apresentam mais necessidades

A profunda crise do paradigma que estruturou o modo atual de o médico trabalhar é marcada, dentre outras coisas, pelo distanciamento que ele teve dos interesses dos usuários; pelo isolamento que produziu na sua relação com os outros trabalhadores de Saúde; pelo desconhecimento da importância das práticas de Saúde dos outros profissionais; e pelo predomínio das modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, a partir de um saber estruturado reduzido à produção de procedimentos (Merhy, 1998, p. 5).

De acordo com Júnior e Alves (2007), as redes assistenciais em saúde são organizadas na forma de pirâmides, sendo o hospital o topo e a rede básica como porta de entrada no Sistema de Saúde. Essa pirâmide organiza a assistência em graus crescentes de complexidade e tem a população fluindo de forma organizada entre esses níveis. Essa postura remete ao pensamento industrial, onde cada um é responsável por uma pequena parcela da confecção do produto, mas ninguém olha o produto final como um todo; Segundo Merhy (2006) é a chamada “cegueira institucional” onde vários ângulos de um caso seguem desconhecidos uma vez que cada profissional capta somente partes de uma mesma realidade. “A atenção organizada por especialidades leva à fragmentação do cuidado e à desresponsabilização, já que cada qual cuida da sua parte e ninguém se responsabiliza pelo todo.” (JÚNIOR, ALVES, 2007, p.31)

Esse sistema não leva em conta as necessidades reais de cada indivíduo e como os serviços funcionam sob lógicas diferentes e não se articulam, os usuários não entram somente pela porta prevista, mas sim por qualquer espaço possível. O sistema é verticalizado, o topo é previsto para a alta densidade tecnológica (concentração de aparelhos e recursos técnicos) (JÚNIOR, ALVES, 2007). Isso torna a atenção terciária em saúde mais “resolutiva”, pois atenderia mais situações consideradas de risco para a vida. Ainda sob esse prisma, o conhecimento “verdadeiramente científico” é aquele que permite o enfrentamento biológico da doença, o que exclui a atenção dada às famílias, grupos sociais, diversidade cultural e problemas sociais como a violência urbana e doméstica, gravidez na adolescência, entre tantos outros.

Essa complexidade do usuário só pode ser atingida com a articulação dos conhecimentos biológicos aos outros de ordem psicológica, antropológica e sociológica.

Com a medicalização o hospital passa a ser percebido como um instrumento de promoção de saúde/cura com funções terapêuticas, espaço de experimentação e formação médica e onde a clínica aparece como sua dimensão essencial. A figura do médico ganha, neste contexto, um lugar de destaque sendo reconhecido como principal responsável pela re-organização hospitalar (SIKILERO, 2010, p. 24)

Está em construção o modelo usuário-centrado, desde 2003, por parte do Ministério da Saúde, com a Política Nacional de Humanização. Esse projeto defende uma nova relação entre o profissional da saúde e o usuário, assim como um acolhimento diferenciado, humanizado. Defende ainda a multidisciplinaridade, o acompanhamento dos usuários pela rede de serviços, a qualidade na atenção (acesso, continuidade e satisfação). A estrutura hospitalar é bastante rígida, as mudanças caminham de forma lenta e os profissionais da saúde, gradativamente, estão se adequando à essa nova política pública.

Conforme Sikilero (2010) o ponto crucial na saúde contemporânea é como garantir que a relação daqueles que detém o conhecimento científico em saúde e aqueles que vivem a enfermidade, para que esse seja um momento de respeito e autonomia. Para tanto, é necessário tratar de um tema não-específico da área da saúde, que se refere à todos os campos de atuação humana: a humanização das relações. Segundo Gomes e Fraga (2001) os profissionais de saúde com sua formação e saber técnico acreditam estar habilitados a exercerem certo poder sobre os indivíduos, esquecendo que quando um usuário procura ajuda em um serviço de saúde não está simplesmente atrás de conhecimento, exames e tecnologias: o indivíduo busca, soluções para os seus problemas por meio de relações de confiança que garantam que suas queixas serão escutadas de forma única e pessoal, que seu sofrimento não será “coisificado” e que ele não seja simplesmente um conjunto de sintomas ambulante.

Para ser um profissional de saúde há necessidade do conhecimento científico e tecnológico, mas também de conhecimento de natureza

humanística e social relativo ao processo de cuidar, de desenvolver projetos terapêuticos singulares, de formular e avaliar políticas e de coordenar e conduzir sistemas e serviços de saúde. O diploma em qualquer área da saúde não é suficiente para garantir a qualificação necessária, já que o conhecimento e a informação estão em permanente mudança e exigem atualização por parte do profissional. Assim como não é possível aprender a cuidar em uma aula, duas ou vinte, o desenvolvimento do cuidar deve envolver o contato com o outro e as relações entre as pessoas. Essas aprendizagens são dinâmicas e imprevisíveis. A responsabilidade de cuidar do outro exige uma reavaliação constante por parte do profissional para que ele tenha condições de atender às necessidades do outro e às suas também, como pessoa e como profissional, à medida que as dificuldades, os impasses e as soluções apareçam no dia-a-dia do trabalho (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 21 versão online)

2.3 A educação física e a saúde pública

Em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) é proposto pelo Governo Federal, objetivando a melhora na atenção primária à saúde. De acordo com Oliveira ET AL, (2011), o PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços em saúde, além de reorientar as práticas profissionais acerca de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação.

O Programa de Saúde da Família tem como objetivo geral contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde - atender a todos; atuar de maneira integral; ser descentralizado; ser racional (oferecer ações e serviços de acordo com as necessidades da população); ser eficaz e eficiente; ser democrático (participação de todos) , imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997, p 10)

Para a efetivação dessas estratégias em saúde, o PSF traz grupos de apoio como o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), tendo como pilares a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família. A educação física é uma das áreas de intervenção do NASF. O professor de educação física inserido nesse campo é capaz de desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, compatíveis com as metas dessa estratégia.

O incentivo às práticas corporais, por exemplo, deve privilegiar estratégias que garantam a existência de espaços prazerosos e

adequados (pistas de caminhadas, ciclovias, praças públicas, espaços para a prática de esporte e lazer, por exemplo), segurança, arborização e transporte público, e outras. Trata-se de investir no debate sobre o planejamento urbano, a mobilidade urbana e as desigualdades e iniquidades no acesso a espaços públicos saudáveis (MALTA et al., 2009, p 82)

De acordo com Oliveira et al. (2011) não há como pensar em uma boa atuação se não for planejada uma boa inserção para esse profissional. De acordo com esses autores, o papel do professor de educação física é colocar à disposição da comunidade as informações, conhecimentos e meios necessários para que a atividade física possa se inserir no cotidiano da população em geral, fornecendo uma educação para a saúde.

Na prevenção primária a Educação Física pode atuar desenvolvendo ações que apresentem regras sadias de vida, tanto fisiológica quanto psicológica, como atividades prazerosas. Ela deve intervir antes que surja algum problema, visando uma educação para a saúde. Na secundária, ela pode atuar no prolongamento da prevenção primária, se esta não alcançar os objetivos pretendidos; e na prevenção terciária, já atuaria no encaminhamento aos especialistas para o tratamento e ou reabilitação das doenças (STEIN, 2009, p 10186)

Segundo Dias et al. (2007) o profissional de Educação Física, neste sentido, é fundamental, pois compete a ele coordenar, planejar, programar, supervisionar, dirigir, organizar, avaliar e executar todos os trabalhos e programas, realizar treinamentos especializados, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares e elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos na área da prática de atividade física regular e do desporto. No entanto, conforme Oliveira et al. é um campo pouco conhecido pelos profissionais, ou em outras situações, as equipes não contemplam a educação física como deveriam.

Pode-se dizer que é um círculo vicioso: ao mesmo tempo em que muitas equipes das Unidades Básicas não incluem o professor de educação física enquanto contribuinte nessa atuação, esse profissional também não busca se inserir. Não há a cultura de perceber as unidades básicas e a saúde pública como um todo enquanto campo de atuação; isso se dá seja pela formação não abordar esse aspecto com a mesma ênfase que aborda a educação física escolar, o treinamento, etc., ou pelos estudantes também não perceberem esse campo como permeável á nossa atuação, não ter a visão do quanto temos e

devemos contribuir. Se tivermos uma função a exercer e não a exercemos, outro profissional a fará. Nesse caso, por exemplo, podemos incluir certa cultura da medicina: muitos médicos prescrevem exercícios nos mais variados níveis de atenção em saúde. Muitos de nós culpamos esses médicos, acusamos de tomar nosso espaço, etc., no entanto, não refletimos o porquê desses profissionais contribuírem com elementos que poderiam ser acrescentados por nós com mais propriedade. Na verdade, nós contribuimos para essa posição médica no momento em que não percebemos as nossas possibilidades de atuação, quando não percebemos essa área como passível de nossa intervenção.

2.4 O brincar e a educação física

Brincar faz parte da condição humana, e quando se é criança, é vital para a constituição do sujeito infantil. No decorrer da vida, esse brincar vai se modificando, se construindo sempre de forma a dar conta de tudo aquilo que o sujeito sente e pensa. Os brinquedos acumulam significados dados não só pelo indivíduo que está brincando, mas também pelas várias gerações e povos que brincaram ao longo da história. Nesse sentido, o brincar tem uma carga sócio-histórica fortíssima, por meio da qual é passado, de geração em geração, valores e percepções.

O brincar aparece como ação sobre o próprio corpo , promovendo o próprio equilíbrio psicossomático, regulando tensões e estresse, tendo ação direta no sistema imunológico, fazendo com que a criança tenha a possibilidade de retomar o equilíbrio (MILTRE; GOMES, 2004, p 152)

Existe também a associação entre o brincar e o crescimento. Tanto no sentido de estimulação do desenvolvimento motor, cognitivo, afetivo, da aprendizagem; como crescimento no sentido de possibilidade de viver, manter-se vivo como ser ativo (MILTRE, GOMES, 2004, p 152)

O brincar é garantido pela Declaração Universal dos Direitos da Criança que afirma que a criança tem direito a recreação e o mais importante para ela é o brincar, isto é, tão necessário ao seu desenvolvimento quanto o alimento e o descanso (CASARA; GENEROSI, SGARBI, 2007, versão online).

A fronteira que os jogos e brincadeiras dividem com a ginástica, danças, lutas e esportes coletivos são muito tênues, tanto que, elas, ao se

perpassarem, formam os pilares da educação física; pois fazemos uso de brincadeiras na escola, nos clubes, hotéis, centros de recreação e lazer, condomínios, creches, asilos, circo, centros de treinamento desportivo, centro de treinamento de artes marciais, praças, parques, etc. Esse uso em larga escala se deve ao fato de que no jogo são estabelecidas as mais diversas possibilidades no incentivo ao desenvolvimento humano, potencializando o desenvolvimento da linguagem (ajudando a pessoa a expressar seus anseios e expectativas referentes ao jogo em si e o que espera dos seus companheiros), desenvolvimento cognitivo (na aquisição de novas habilidades ou mesmo de habilidades já consolidadas frente a situações novas), desenvolvimento afetivo (oportunidade de expressar suas emoções e demonstrar aquilo que agrada ou desagrada além de conviver com as vontades de seus parceiros, aprendendo a respeitá-las), desenvolvimento físico-motor (por meio da exploração do próprio corpo e do espaço) e o desenvolvimento moral (por meio de suas regras, desenvolvimento de autonomia, etc.).

O movimento corporal, que é tema da educação física, não é qualquer movimento, é o movimento humano carregado de significados e sentidos, conferidos por um contexto histórico e social, apresentando-se na forma de ginástica, lutas e esporte (CAVALARI, 1999, p.191).

A partir disso, podemos dizer que a educação física vai além da atuação sobre o corpo biológico; mexe no corpo social, nas emoções, nas lembranças, no indivíduo como um todo. Se planejarmos um jogo no qual o foco é a abordagem da força, certamente outras habilidades sociais, morais, psíquicas serão trabalhadas; esse é o grande trunfo dos jogos e brincadeiras: sabemos de onde saímos, mas as peculiaridades do processo são imprevisíveis.

2.4.1 O brincar no hospital

O hospital é organizado de forma hierárquica, herança de suas raízes militares, conforme afirmou Sikilero (2010); a autora ainda nos traz que dentro dessa estrutura, os pacientes não são vistos como pessoas, e sim, como um caso, como uma doença. O ponto de convergência entre todos os profissionais

é a doença, os sintomas. O atendimento é impessoal, padronizado e fragmentado. Cada profissional olha o paciente sob seu prisma, sem articular com a visão que o profissional de outra área tem do mesmo paciente. As equipes são multidisciplinares: elas se articulam, no intuito de construir um plano de tratamento global. No entanto, por inúmeros fatores, o que ocorre muitas vezes é a “divisão” do paciente por blocos de tratamento. Nesse contexto, o lúdico, que perpassa diversas áreas de saber, possibilita novas formas de atendimento, podendo se configurar como uma ameaça aos domínios que cada profissional traça acerca de seu território (MILTRE; GOMES, 2007).

A hospitalização, na maioria dos casos, é uma experiência traumatizante para todos os envolvidos em qualquer faixa etária. Isso ocorre em virtude dos seguintes fatores:

- a) Hiperestimulação negativa (dor, ruído e desconforto físico) do ambiente, pessoas e rotinas desconhecidas;
- b) Mudam-se horários, podem ocorrer distúrbios de sono;
- c) A alimentação pode ser restrita em virtude do quadro clínico ou de procedimentos a serem feitos;
- d) O banho muitas vezes tem que ser dado no leito ou com auxílio de um familiar ou enfermeira e às vezes são necessárias comadres, sondas ou fraldas para as necessidades fisiológicas. Isso gera bastante desconforto e constrangimentos, principalmente em crianças maiores, adolescentes e adultos;
- e) Ocasional ausência de janelas ou pouca iluminação natural;
- f) Inúmeros aparelhos desconhecidos e barulhentos;
- g) Confinamento e limitações físicas, tendo que ficar sem se movimentar;
- h) Ansiedade dos familiares, que se sentem impotentes e com pena, gerando culpa no paciente, por estar provocando esses sentimentos;
- i) Sensação de falta de carinho, atenção, liberdade, conhecimento, saúde e vida.

A pessoa ao adoecer não se reconhece; se sente incapaz, socialmente desvalorizada, excluída e impotente. Não apenas diferente dos outros, mas diferente de si própria. Durante a brincadeira, são criadas ligações entre pacientes, acompanhantes e profissionais e o nascimento de uma nova rede social; isso diminui substancialmente a sensação de isolamento e solidão (MILTRE, 2006, p. 288).

Na hospitalização são comuns algumas manifestações da criança através de regressões, diminuição no ritmo do desenvolvimento, desordens de sono e alimentação, dependência, apatia, negativismo e uma variedade de transtornos e disfunções (CARVALHO, BEGNIS, 2006, p.109)

Em algumas situações, a hospitalização é vista como prazerosa pelas crianças. Dependendo do seu contexto familiar, as condições de vida tais como: local onde vive e dorme, alimentação, brinquedos que possui, tratamento que lhes é dado por seus familiares são inferiores àqueles encontrados dentro do hospital. Nesse local, muitas vezes, a criança se sente protegida, acolhida e feliz. Nessas situações ocorre a resistência à alta hospitalar, que é vivida como perda (FORTUNA, 2004).

Segundo Morsh e Aragão (2006), o sujeito é mais que uma pessoa doente ou uma doença: é alguém que faz parte de um enredo familiar no qual ela possui um lugar, que apresenta necessidades e desejos e que oferece um funcionamento particular. Nesses momentos, aquilo que é considerado corriqueiro para a equipe, é único e impactante para o paciente e sua família. É necessário o uso de estratégias para lidar com a pessoa, que possam contemplar toda a sua complexidade, enxergando além do corpo que precisa de cuidados. Dentre as estratégias, a recreação encaixa perfeitamente. “O brincar deve ser visto não apenas na perspectiva da recreação, mas como recurso terapêutico” (MILTRE, p. 283).

Segundo Miltre, (2006) a promoção do brincar dentro do hospital é percebida como algo prazeroso à criança, trazendo alegria e resgatando a condição de “ser criança”. “O brincar é efetivo na redução de tensão, raiva, frustração, conflito e ansiedade” (CARVALHO; BEGNIS, 2006).

A presença de atividades lúdicas no hospital tem repercussão nos pacientes, acompanhantes e na própria equipe, ligando o brincar à normalidade e saúde. Nesse ponto, as atividades lúdicas e a própria postura lúdica do

profissional tem um impacto profundo na equipe, tão acostumada com a seriedade e o constante estresse ao qual estão submetidos. O efeito indireto quando se atende um paciente é perceber que a equipe também entra no clima de brincadeira e consegue relaxar, tornando o ambiente de trabalho mais descontraído (o que não significa menos sério). A rotina diária do hospital e a pressão de suas tarefas deixam pouco tempo e espaço para uma abordagem lúdica. Na brincadeira, a um primeiro olhar, parece que o profissional está dando prioridade a coisas que não são tão urgentes assim.

O brincar é um direito da criança conforme o art. 7º da Declaração dos Direitos da Criança promulgada pela ONU em 1959, inclusive no hospital, como prevê o princípio 6 da Carta da Criança Hospitalizada - Carta de Leiden, estabelecida em 1988, sob inspiração da Carta Européia da Criança Hospitalizada aprovada pelo parlamento Europeu em 1986. (FORTUNA, 2004, p.190)

Em relação aos espaços, foi aprovada em março de 2005 a Lei 11.104 (Brasil, 2005), que dispõe que todo hospital que ofereça atendimento pediátrico em regime de internação deve ter uma brinquedoteca. Por brinquedoteca, a lei considera o espaço provido de brinquedos e jogos educativos destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar (MILTRE, 2006, p. 217).

Nesse contexto, é necessário manter a individualidade do paciente e permitir as manifestações de sua subjetividade e a brincadeira aparece como garantia de seu equilíbrio físico, emocional e intelectual (FORTUNA, 2004). Por meio das atividades lúdicas, os pacientes mostram o que sentem e quem são, aparecendo como sujeitos com vontades e não meros objetos de cuidados. A recreação hospitalar não deve ter caráter diversionista, com intuito de distanciar o paciente da realidade, e sim, auxiliá-lo a viver essa realidade.

Alguns profissionais enxergam o brincar como ferramenta para tornar o paciente mais dócil e passivo para as intervenções. Em outros casos, recreação hospitalar é vista com ansiedade e culpa pelos familiares e profissionais, pois é como se o sofrimento fosse desvalorizado e não combinasse com um lugar tão sério.

O desenvolvimento da abordagem lúdica no hospital esbarra em várias dificuldades, entre elas a relação entre o status rebaixado do brincar em nossa cultura e o status daqueles que se ocupam disto no hospital. Como o ato de brincar tem fama de ornamento, de algo sem importância, que só se faz quando todas as tarefas ditas sérias já foram cumpridas, aqueles que trabalham brincando

são, igualmente, vistos como tão desqualificados quanto a brincadeira que estimulam (FORTUNA, 2004, p. 195)

Em pesquisa feita por Miltre e Gomes (2007), que realizaram um apanhado da recreação hospitalar em três instituições brasileiras, e encontraram algumas dificuldades, comuns às três instituições: pouco reconhecimento e desvalorização por parte dos outros profissionais, antagonismo entre a espontaneidade do brincar e o cuidado específico decorrente de certos quadros clínicos. Essas resistências por parte da equipe foram atribuídas à dificuldade em aceitar novas propostas de trabalho. Isso ocorre tanto pelo medo de alguns de perder seu espaço de trabalho e poder, quanto pelo fato das novas iniciativas provocarem uma reflexão e uma reestrutura de sua prática. E mesmo que os demais profissionais reconheçam a importância desse trabalho, os recreacionistas são os que menos detêm poder na hierarquia hospitalar, sendo vistos como adorno, e não como parte efetiva do tratamento (MILTRE, GOMES, 2007).

O Lúdico é percebido por alguns como instrumento para garantir a própria adesão ao tratamento. É visto como veículo de comunicação no sentido de levar a informação, relativa ao adoecimento e tratamento, numa linguagem acessível à criança e sua família (MILTRE; GOMES, 2004, p 152)

A recreação terapêutica é percebida também como instrumento educativo, podendo abranger aspectos como hábitos inadequados, agressividade, ansiedade, sexualidade, morte, participação e interações familiares (CASARA, GENEROSI, SGARBI, 2007, versão online)

2.5 O Serviço de Recreação Terapêutica (SRT) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

O SRT, fundado em 1979, é uma das grandes referências nacionais na área da recreação hospitalar. A maioria dos hospitais possui atendimentos pontuais, feitos por voluntários; ou seja, em épocas com poucos voluntários, os atendimentos tornam-se precários. Outros hospitais dispõem de salas de recreação, com jogos e brinquedos à disposição dos pacientes e acompanhantes, sem um mediador. Nesse caso, os pacientes restritos ao leito ficam sem essa possibilidade positiva. O HCPA disponibiliza três salas de recreação equipadas com jogos, brinquedos, revista, livros e equipamentos eletrônicos.

A primeira sala a ser fundada foi a da pediatria. Essa sala atende a unidade de internação pediátrica, bem como aquelas restritas ao leito ou que estão na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). A unidade comporta 87 leitos, que são destinados a crianças até 11 anos e 11 meses. No entanto, pacientes reincidentes tais como: portadores de fibrose cística, diabéticos dentre outras doenças, que são acompanhados desde o início pela pediatria, internam nessa unidade mesmo após completar 12 anos.

Os pacientes autorizados a frequentar a sala de recreação podem fazê-lo nos horários em que ela está aberta (das 9h às 11h30min e das 14h às 17h15min). Fica a critério de cada um o tempo que quiser permanecer, podendo ficar por lá o turno todo, apenas alguns momentos, ou passar o dia inteiro no quarto. Lembrando que o ato de escolher ir ou não à sala é extremamente importante, já que a criança nessa situação tem poucas escolhas, pois sempre tem alguém da equipe para fazer exame, verificar a situação clínica, dar medicação entre outros cuidados. A criança também pode escolher um brinquedo do armário de empréstimo, podendo levar para o quarto e brincar o tempo que quiser. De acordo com o relatório da instituição de 2010, foram realizados, em média, 37 atendimentos/mês na UTIP, 116 atendimentos/mês aos pacientes restritos ao leito, e 719 atendimentos/mês na sala de recreação. Há também o projeto de assistência aos pais, que são reuniões semanais com equipe multiprofissional (incluindo a recreação) tendo por objetivo esclarecer dúvidas, orientar quanto a patologias e amenizar a ansiedade dos pais. Importante salientar que, embora a reunião de pais ocorra semanalmente, a equipe dá suporte a esse pai ao máximo. A equipe da recreação realiza oficinas para os pais e enquanto as crianças estão brincando, muitos pais aproveitam para conversar com os mediadores da recreação, o que se torna muito benéfico para os pais, para o paciente e para o tratamento como um todo.

Aquele paciente que, por algum motivo não é liberado para frequentar a sala, recebe um atendimento sistematizado no quarto. Um mediador vai todos os dias onde está o paciente (quarto ou UTIP) oferecendo atividades manuais, contação de histórias e jogos de mesa e de tabuleiro. Ao término do

atendimento, sempre deixamos um brinquedo, para que a criança tenha com o que se ocupar. Os brinquedos levados ao quarto são específicos, todos plastificados, de forma que possam ser devidamente higienizados após o uso. Eles são guardados em um armário, fora do contato das outras crianças, pois normalmente, no quarto se encontram crianças imunodeprimidas ou com doença infecto-contagiosa.

O relatório da instituição de 2010 fala sobre o projeto “Momento do bebê” que atende, na sala de recreação em horários e dias pré-estabelecidos, somente crianças até 36 meses; esse projeto tem por objetivo proporcionar um ambiente estimulador e favorecer o vínculo mãe-bebê. No momento do projeto, as crianças acima de 36 meses não entram na sala de recreação. Embora esse horário seja específico dos bebês, eles podem visitar a recreação em quaisquer horários fora do projeto também. No ano de 2010 foram realizados 266 atendimentos no momento do bebê (HCPA, 2010).

Ainda de acordo com o relatório da instituição, temos o projeto “Pintando o sete na emergência”: um mediador vai até a emergência pediátrica e oferece materiais de pintura, para que as crianças ocupem de forma lúdica o tempo estressante na emergência. Esse atendimento é feito de forma sistemática, e em 2010, foram realizados 131 atendimentos.

A sala de recreação da Oncopediatria atende crianças em tratamento oncológico de 0 a 18 anos. Em termos de estrutura, dinâmica de atendimento é muito semelhante à sala de internação pediátrica. Esse setor faz o atendimento ao ambulatório de quimioterapia pediátrica, em que as crianças fazem quimioterapia, por vezes, durante horas a fio. Assim como os demais atendimentos fora das salas de recreação, esse é realizado de forma sistemática.

A sala de recreação para adultos e idosos, possibilita “o alívio de tensões de paciente e familiares, o desenvolvimento e adaptação de habilidades não-afetadas e a elevação da autoestima” (HCPA, 2010). De acordo com o relatório da instituição, foram realizados 10.825 atendimentos em 2010. Assim como as demais salas anteriormente citadas, são atendidos

pacientes e familiares. Essa unidade realiza também o atendimento à unidade de transplante de medula óssea e hematologia. Como são pacientes imunodeprimidos, e por isso, ficam restritos ao leito e bastante limitados. Por isso, são oferecidas de forma sistemática, atividades adaptadas aos seus gostos e limitações. De acordo com o relatório da instituição, no ano de 2010 foram realizados 3.782 atendimentos a essa unidade.

E, por fim, temos o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade ou sua persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004).

O SRT oferece ao CAPS adulto oficinas de dança, capoeira, tênis, atividades manuais de forma a estimular a integração sociocultural bem como iniciativas em busca da autonomia dos pacientes. Em 2010, foram realizados 8.897 atendimentos (HCPA, 2010).

Ainda no CAPS adulto é oferecida a oficina de saúde e trabalho, que visa construir possibilidades de inserção social por meio do trabalho e caracteriza outro momento do processo terapêutico. Temos também o projeto Esporte Cidadão, com o objetivo que os pacientes tivessem acesso aos espaços públicos de esporte e lazer. Nesses momentos, os usuários participavam de oficinas de futebol, tênis, vôlei, ping-pong dentre outras.

O CAPSi que está destinado a atender crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, portadores de autismo, psicoses, neuroses graves, transtornos alimentares e de humor e todos que, por sua condição psíquica estão impossibilitados de manter laços sociais (BRASIL, 2004). O SRT oferece para o CAPSi atividades que visam a reinserção social tais como passeios, atividades físicas, oficinas manuais. Em 2010, foram realizados 5.984 atendimentos (HCPA, 2010).

O SRT promove também o atendimento à Unidade Básica de Saúde, onde se realizam atividades recreativas e práticas corporais com o grupo de

idosos, grupo de controle do tabagismo e grupo aberto de caminhadas. (HCPA, 2010).

Além desses atendimentos realizados por setores, o SRT possui parceiros que atendem várias unidades (de acordo com o relatório de 2010 da instituição) tais como:

- a) Projeto Biblioteca Viva: esse projeto tem por objetivo a inclusão da leitura como recurso humanizador da assistência. Atualmente, pacientes e familiares da Unidade de Pediatria do 10° andar, Unidade de Oncologia Pediátrica, Unidade Básica de Saúde, Emergência, Ambulatório de Quimioterapia e Centro de Atenção Psicossocial I (adolescentes e adultos) são beneficiados com esta ação.
- b) Projeto Espaço de Leitura Tabajara Ruas: disponibiliza aos pacientes adultos e familiares o acesso á leitura.
- c) Sarau no hospital: parceria com o departamento de música da UFRGS, que semanalmente promove recitais nas unidades pediátrica e oncopediátrica visando desenvolver a cultura musical.
- d) Crescendo com a gente: parceria com a escola de enfermagem da UFRGS, onde os estudantes dos primeiros semestres têm a possibilidade de entrar em contato com a instituição e seus usuários de forma lúdica.

Na área do ensino, o SRT promove as seguintes atividades:

- a) PICCAP: Programa Institucional de Curso e Capacitação e Aperfeiçoamento para profissionais. Esse curso promove a atualização dos conhecimentos na área de recreação terapêutica. O curso tem duração de 980 horas, distribuídos ao longo de um ano, possibilitando a inserção em equipes nas quatro unidades do SRT. O programa fornece apostilas com referencial teórico utilizado pelos profissionais do SRT em seus atendimentos cotidianos.
- b) RIMS (Residência integrada multiprofissional em saúde) é um processo de formação constituído por atividades de reflexão teórico-práticas e de

formação em serviço. Os módulos teórico-práticos são desenvolvidos ao longo da Residência, de modo que corresponda a 20 % da carga horária do programa, sendo desenvolvidos na forma de aulas expositivo-dialogadas, atividades de pesquisa, estudos de caso, oficinas, seminários e reuniões de equipe, intercalados com a formação em serviço propriamente dita que corresponde a 80% da carga horária da Residência. É responsabilidade dos residentes organizar aulas expositivas para os estagiários, atualizar a equipe do SRT (incluindo profissionais e estagiários) sobre prontuário do paciente, participar das reuniões interdisciplinares que ocorrem com médicos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas. E cabe aos residentes também, o Projeto Terapêutico Singular. É escolhido um paciente vulnerável - seja por sua condição social ou por internar muito em um tempo curto-e o SRT (representado pelo residente) assistente social, psicólogo, apoio pedagógico e demais áreas articulam com a escola, a comunidade do paciente, a fim de possibilitar o melhor retorno ao lar possível, a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente pós-internação e evitar que ele reinterne, ou que o faça com a mínima frequência possível.

- c) Recreação convida Atividade realizada em parceria com a Coordenadoria de Gestão de Pessoas, onde profissionais do HCPA ou de outras instituições são convidados a contribuir com suas experiências através de seminários, palestras ou oficinas dirigidas para funcionários e estagiários. Em 2010 foram realizados eventos acerca do controle de infecção hospitalar, manejo do paciente psiquiátrico e sexualidade na internação.
- d) Programas de estágio curricular: parceria com UFRGS, Unilasalle e IPA, disponibilizando 15 vagas para formação em saúde com foco na terapia lúdica.
- e) Programa de estágio extracurricular: são aceitos estudantes de educação física, pedagogia e terapia ocupacional. O HCPA disponibiliza 22 bolsas para estágio remunerado. Quando essas bolsas são preenchidas, temos a possibilidade de estágio extracurricular não-remunerado, que ocorre com a mesma certificação e supervisão.

2.6 A Residência Multiprofissional do HCPA

O Artigo 200 da Constituição Federal de 1988 aponta que é responsabilidade do SUS a formação de recursos humanos em saúde. De acordo com Brasil (2006), Em 1993, com o Programa Saúde da Família, as contradições entre a realidade do SUS e a formação em saúde se tornam evidentes. Em 1999 ocorre um movimento por parte do Ministério da Saúde em que a residência multiprofissional começa a ser pensada; esse projeto inclui a preservação das diferentes especialidades e a criação de um campo comum entre elas, tendo a integralidade, a atenção ao usuário, o acolhimento e a promoção da saúde como pilares. De acordo com Malta et al. (2009) a importância das estratégias de promoção em saúde reside na diversidade de ações possíveis, a fim de aumentar o potencial individual e social de escolha de hábitos saudáveis.

A RMS faz parte da política nacional de educação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e constitui-se em uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada aos profissionais da área da Saúde, voltada para educação em serviço, na lógica da interdisciplinaridade, com a inclusão de diferentes categorias profissionais da área da Saúde, visando à formação coletiva, em serviço e em equipe, o que se espera que contribua na integralidade do cuidado ao usuário (MARTINS ET AL, 2010, p. 77)

Ferreira e Olschowsky (2010) definem a residência multiprofissional como uma modalidade de ensino pós-graduada. Esses autores afirmam que as primeiras modalidades de residência foram implantadas em hospitais com regime de internato, em que os alunos deveriam estar à disposição do hospital durante o tempo todo.

Em 2001 o Conselho Nacional de Saúde elaborou e publicou as diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área da saúde. Em 2002, 19 residências multidisciplinares foram criadas dentro da perspectiva da atuação integrada; desde então, o Ministério da Saúde vem apoiando as residências por meio do ReforSUS. De acordo com Brasil (2006), “investimento na sua potencialidade pedagógica e política, tem por objetivo possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho technoassistencial do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Em 2005 é promulgada a Lei 11.129, que cria a RIMS e inicia sua regulamentação. Ainda em 2005, são realizados debates com base nas residências que já estavam sendo financiadas pelo ministério. Esses debates forneceram subsídios para a construção de estratégias para a construção da multidisciplinaridade a fim de atender a integralidade, enquanto dever constitucional. De acordo com Malta et al. (2009), os desafios eleitos pelo Ministério da Saúde para o biênio 2006-2007, encontram-se o “estímulo a atividades físicas-práticas corporais, reconhecido fator de proteção contra riscos que ameaçam a saúde” (P. 81). Dado a complexidade desse tema, ele foi considerado prioritário até 2011.

O desafio dos gestores do SUS está no aperfeiçoamento dos recursos humanos e também na articulação entre as especialidades. Frente a essa necessidade, a residência surge enquanto estratégia para que esse impasse possa ser resolvido, e o usuário só tenha a ganhar.

Enquanto a Residência Médica tem sua certificação assegurada pela CNRM, as demais profissões que integram a Residência Multiprofissional, quando vinculadas a uma universidade, têm sua certificação como especialização, mas não na modalidade residência, com as especificidades que a caracterizam. A SGTES atualmente apoia cerca de 22 programas, tendo já financiado 1.558 bolsas, com um investimento da ordem de quase 50 milhões de reais. Embora os trabalhadores formados nesses programas de residência recebam certificação de curso de especialização, a carga horária cumprida, bem como o custo da modalidade residência são bem maiores. Como pode o Governo justificar o alto investimento em uma modalidade de pós-graduação que ele próprio não reconhece e não certifica? (BRASIL, 2006, p. 7)

Este modo de operar a formação 'inter-categorias' visa à formação coletiva inserida no mesmo 'campo' de trabalho sem deixar de priorizar e respeitar os 'núcleos' específicos de saberes de cada profissão (BRASIL, 2006, p. 13)

A residência multiprofissional vem se fortalecendo, já que a necessidade de capacitação em larga escala é bastante grande. Também há um movimento em prol do fortalecimento e qualificação na gestão do SUS que está tomando forma por meio da parceria entre o Governo e instituições de ensino superior, escolas de saúde pública.

Torna-se urgente ampliar a formação de profissionais, tendo em vista a melhoria de ações específicas no que diz respeito à atenção profissional junto à clientela, tanto na esfera individual como coletiva,

visando a resolutividade dos problemas de saúde da coletividade (SANTOS, MEIRA, SANTANA, 2006, p. 307).

O HCPA enquanto pertencente à rede de hospitais do ministério da educação, vinculado academicamente à UFRGS e na qualidade de hospital público pertencente ao SUS tem grande responsabilidade social na oferta da assistência integral em saúde bem como na formação e qualificação de profissionais. Conforme Brasil (2006), os programas de residência de uma forma geral defendem “a utilização de metodologias ativas e participativas e a educação permanente como eixo pedagógico” (p. 14). De acordo com Santos, Meira, Santana (2006), os programas de residência incluem a interdisciplinaridade enquanto eixo norteador, além da mudança de cenários educativos, ações em locais que representem a realidade sanitária e social, a integração entre ensino-serviço-pesquisa.

O processo de formação será constituído por atividades de reflexão teórico-práticas e de formação em serviço. Os módulos teórico-práticos serão desenvolvidos ao longo da Residência, de modo que corresponda a 20 % da carga horária do programa, sendo desenvolvidos na forma de aulas expositivo-dialogadas, atividades de pesquisa, estudos de caso, oficinas, seminários e reuniões de equipe, intercalados com a formação em serviço propriamente dita que corresponderá a 80% da carga horária da Residência (HCPA, 2012, site da instituição)

Martins et al. (2010) trazem que a RIMS do HCPA é dividida nas seguintes áreas de concentração: Adulto Crítico, Controle de Infecção Hospitalar, Oncologia, Hematologia, Saúde da Criança e Saúde Mental. O presente estudo irá abordar apenas os núcleos de saúde da criança e saúde mental, pois são esses que têm suas preceptoras amparadas pelo SRT. Os autores trazem ainda que o HCPA foi um dos últimos hospitais a implantarem a RIMS, em 2011. O Hospital Conceição já estava com o programa em atividade desde 2004, a Pontifícia Universidade Católica desde 2006 e a Escola de Saúde Pública desde 2007.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. Tipo de pesquisa

O presente estudo caracteriza-se como de cunho descritivo, de caráter exploratório sobre o serviço de recreação terapêutica e de natureza qualitativa. O problema de pesquisa escolhido é subjetivo e será analisado conforme a opinião dos diferentes profissionais entrevistados. Para acolher as informações fornecidas de forma a respeitar a riqueza dos relatos e possibilitar uma análise mais profunda das informações colhidas esse design foi considerado o mais eficiente.

Um aspecto que merece consideração inicial diz respeito ao pressuposto fundamental da pesquisa de corte qualitativo. Uma das linhas mestras que norteia esse paradigma se sustenta na crença de que as generalizações não são possíveis. Isso significa que as inferências que se produzem a partir do processo investigatório se traduzem em uma hipótese de trabalho, que se refere a um contexto particular e restrito. Nesse sentido, o paradigma qualitativo e/ou interpretativo está direcionado a desenvolver conhecimento ideográfico, com a finalidade de buscar significado entre os objetos estudados (NEGRINE, 2010, P. 61)

Segundo Negrine (2010) a pesquisa qualitativa “manipula as informações recolhidas, descrevendo e analisando-as para num segundo momento interpretar e discutir à luz da teoria” (p.62). A pesquisa é a eleição de um recorte de uma realidade concreta para investigação, atendo-se aos *comos* e *porquês* (MOLINA, 2010).

3.2. Sujeitos

Para a realização dessa pesquisa, serão convidados quatro profissionais do SRT da pediatria, graduadas em educação física. O critério de inclusão é estar vinculado ao SRT por, no mínimo, dez anos. A amostragem será do tipo não-probabilística e voluntária.

3.3. Procedimentos

A fim de responder as questões de pesquisa, foi escolhido o método da entrevista semi-estruturada, para abranger a subjetividade do tema e valorizar a riqueza dos relatos fornecidos.

Serão realizadas entrevistas com os profissionais do SRT pediátrico e aplicadas no próprio hospital, em local e horário a combinar com cada profissional. Serão anotados alguns tópicos pontuais durante a entrevista para definir categorias ou subcategorias de análise (NEGRINE, 2010) e será gravada na íntegra com a ciência do profissional entrevistado. A entrevista terá caráter “menos formal” (NEGRINE, 2010) em que o entrevistador tem liberdade para modificar a seqüência de perguntas, explicá-las ou ampliá-las de acordo com o relato do entrevistado. As questões a serem utilizadas na entrevista encontram-se no apêndice desse estudo.

Quando fazemos uso de uma entrevista semiestruturada, por um lado, visamos garantir um determinado rol de informações importantes ao estudo e, por outro, dar maior flexibilidade à entrevista, proporcionando mais liberdade para o entrevistado aportar aspectos, que, segundo sua ótica, sejam relevantes em se tratando de determinada temática (NEGRINE, 2010, P.77)

3.3.1. Pressupostos éticos

A pesquisa será encaminhada ao Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre E AO CEP-UFRGS para aprovação da investigação. Após devida aprovação, será solicitada uma autorização do profissional a ser entrevistado, por meio do termo de consentimento, para que possa ser iniciada a coleta de dados. O ingresso do participante será voluntário, e se desejar abandonar a pesquisa por quaisquer motivos, será permitido. Os nomes serão preservados em respeito às questões éticas.

3.4. Análise de dados

Após a coleta de dados, partirei para a fase de discussão dos resultados através da análise de conteúdo. Ao longo da análise, buscarei construir categorias de análise de forma a construir argumentos e interpretações que permitam responder o problema e as questões de pesquisa. O conteúdo será analisado tendo em vista o referencial teórico exposto anteriormente nesse estudo.

4. ANÁLISE DOS DADOS

As informações obtidas por meio da coleta de dados foram divididas em três categorias, a serem apresentadas nesse capítulo: mudanças organizacionais, alterações na estruturação do serviço, e eixo ensino-pesquisa.

Na categoria das mudanças organizacionais serão abordados os seguintes eventos: a adoção do concurso público enquanto forma de ingresso no HCPA, a exigência de curso superior para a atuação no SRT e o reconhecimento da formação específica dos profissionais atuantes nesse setor.

Sobre a estruturação do serviço, será discutido acerca da criação do SRT e sua inserção na Unidade de Internação Pediátrica e a posterior inserção em novos núcleos, como a Oncologia Pediátrica, o CAPS e o Núcleo de Atenção ao adolescente e ao adulto.

A respeito do ensino e pesquisa, será discorrido sobre os estágios curricular e extra, o Programa de Capacitação (PICCAP) e por fim, a Residência Multiprofissional.

4.1. Mudanças Organizacionais

Atualmente no HCPA, são realizados processos seletivos para o preenchimento das vagas disponíveis, o que antes era feito mediante contrato; também hoje, sabe-se qual área vai preencher a vaga para a qual foi feito o processo seletivo, o que previamente era uma incógnita. Os processos seletivos ocorridos antes de 2011 eram elaborados para o cargo de recreacionista, onde qualquer profissional do nível superior poderia se candidatar e assumir essa vaga. Atualmente, o SRT recebe a vaga do Hospital e decide, de acordo com sua demanda, qual profissional poderá preencher melhor essa necessidade, efetivando processo seletivo para cumprir essa lacuna.

4.1.1. Surgimento dos processos seletivos

De acordo com a Constituição Federal Brasileira (1988), um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil é a construção de uma sociedade livre, justa e solidária. Tal orientação tem por finalidade minimizar as desigualdades entre os cidadãos brasileiros, oferecendo a estes as mesmas oportunidades e condições para exercerem seus direitos e cumprirem seus deveres. Dessa forma, o processo seletivo se insere como um dispositivo constitucional, segundo o artigo 37, inciso II: “A investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em processo seletivo de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração” (Constituição Federal, 1988).

Conforme a entrevistada A, na década de 80 os processos seletivos não eram comuns como o são nos dias de hoje. A partir da Constituição Federal é que esse fator foi sendo modificado com a implementação tanto do processo seletivo como forma de ingresso como pela adoção do plano de carreira, que tornou, então, obrigatório o certificado de nível superior para ingresso.

Antes, éramos profissionais de nível médio e não havia concurso público, como hoje tem. Os funcionários do hospital, em geral, eram contratados. Lá pelos anos 80 é que passamos a ser profissionais de nível superior e aí, também passou a ter a exigência do concurso e aí que tudo mudou. Na verdade, tudo melhora quando se tem mais formação. Na época, quem estava na condução do serviço era a Tereza Galvão, uma professora da UFRGS. Ela, enquanto professora da universidade, se preocupava com o aperfeiçoamento e aí, as coisas se somaram: uma necessidade do hospital de estabelecer carreiras e da professora de aperfeiçoar os recursos humanos (entrevistada A)

4.1.2: Exigência de nível superior

Assim como o hospital se adequou às normas da Constituição Brasileira, e criou o plano de carreira para os seus funcionários, bem como implementou o

concurso público como forma de ingresso, a Prof.^a Tereza Galvão, à época chefe do SRT e também professora de recreação da UFRGS trouxe a esse novo nicho de atuação o que estava sendo discutido pela academia. O fim da ditadura militar trouxe consigo uma onda de renovação e incitou “a produção teórica de críticas sociais, políticas e econômicas que, por sua vez, abrangeram a educação e a educação física” (MARTINELLI, AZEVEDO, 2010). Segundo essas autoras, esse movimento de renovação gerou a produção e edição de periódicos na área da educação física; Os congressos e seminários também ganharam força.

Todos esses fatores citados contribuíram para que a produção científica se ampliasse e gradativamente se materializasse em forma de livros, artigos, etc. Essa onda de renovação teórica que estava ocorrendo na Universidade foi trazida ao SRT pela professora Tereza Galvão, que defendeu a necessidade da formação superior a qual já estava sendo pensada pelo Hospital como um todo, já que a exigência primária partiu do Governo Federal.

No início da década de 80 surge a psicomotricidade enquanto corrente teórica, alterando a percepção de corpo e saúde vigente (educação física higienista, e o corpo forte e saudável enquanto ideal). A psicomotricidade contaminou o SRT, já que percebe o indivíduo enquanto a união de suas interações cognitivas, sensoriomotoras e psíquicas e o movimento humano enquanto psicossocial, ultrapassando a dimensão biológica (COSTA, 2002). Essa concepção é mais complexa da que se tinha anteriormente, que limitava o movimento à sua dimensão biológica e enquadrava nossa atuação junto ao corpo do indivíduo, não tendo a preocupação de abordar também o corpo mental, emocional e social desse mesmo indivíduo.

Pra nós, só veio a contribuir, pois qualificou nossa assistência. Afinal, a fala de um profissional de nível superior em uma área hegemônica como é a assistência. Em um round onde a fala do médico é a mais forte, o profissional de nível médio não tem tanta credibilidade quanto a de um profissional de nível superior. Que bom que temos esse respaldo acadêmico, pois com isso, conquistamos o direito de realizar registros nos prontuário, conquistamos o direito de ser parte da equipe (entrevistada A)

Como essa pessoa que vem pra trabalhar com o brincar se insere no hospital de uma maneira diferente, se coloca de outra maneira. A universidade dá muito pouco, mas facilita uma apropriação para que o profissional possa chegar num round e expor sua opinião. (entrevistada B)

Na década de 80 os profissionais do SRT bem como psicólogos, assistentes sociais, etc., eram chamados de “serviços não-médicos”, de acordo com a Entrevistada A. Não eram reconhecidos de acordo com sua formação específica: todos esses profissionais se encaixavam como atendentes de enfermagem. Com a chegada da Constituição Federal, trazendo consigo a necessidade de realização de um processo seletivo e a exigência de um curso superior trouxe a inevitabilidade de reconhecer cada área de acordo com sua especificidade e não todos no campo da enfermagem, conforme ocorria anteriormente. Vale lembrar também que esses “serviços não-médicos” eram chefiados por um médico, que definia a atuação desses profissionais; com o reconhecimento das áreas específicas, cada área ganha um setor, chefiado por um dos seus que vai definir como será essa atuação.

Até final dos anos 80, éramos chefiados por um médico, ele coordenava o grupo de apoio assistencial, que atendiam os chamados serviços não-médicos, onde estava a recreação. A hegemonia médica continuava camuflada. Não estávamos ligados aos serviços médicos, mas nós éramos chefiados por médicos (Entrevistada A)

Esse reconhecimento de categoria profissional, separando o SRT dos profissionais da enfermagem trouxe mudanças de ordem organizacional tais como a ampliação da carga horária, salários compatíveis com nível superior, ingresso mediante processo seletivo etc.

Nesse momento, é reconhecido pelo hospital (e por conseguinte, pela equipe), que esses profissionais possuem respaldo teórico para sua atuação é que os componentes dos “serviços não-médicos” começam a ser vistos como iguais, como contribuintes para a saúde dos usuários do SUS e como parte integrante do tratamento, assim como as demais áreas presentes. Antes desse evento, os demais profissionais não sabiam exatamente como era a atuação do SRT, ou então, não percebiam esses profissionais enquanto pares.

Com isso, mudou nossa carga horária. Nossas vagas anteriores eram de atendentes de enfermagem, que era a situação mais básica da enfermagem. Quando passamos a ser profissionais de nível superior, tivemos que cumprir as obrigações legais. Antes, trabalhávamos seis horas, e com isso, passamos a cumprir oito horas e isso alterou nossa rotina. Com esse aumento, tivemos condições de fazer mais coisas, de ampliar as nossas ações. Foi possível atender fora da sala, criar programas de atendimento na emergência, UTI, ambulatório, por exemplo, que antes não tinham. (entrevistada A)

4.1.3. Reconhecimento das formações específicas

Queríamos que reconhecessem nossa formação como diferenciada, até para que entendessem melhor o que a gente faz. Não era possível, até que o hospital se envolveu com a construção de um plano de carreira, o que nos reconheceu como professores de educação física no ano passado (2011). A vontade era nossa, mas a organização foi institucional. Em 2006 havíamos feito esse pedido, mas como o hospital não tinha plano de carreira, ai foi negado (entrevistada A)

Conforme o relato transcrito acima, o reconhecimento das formações específicas de cada profissional componente do SRT veio com a construção do Plano de Carreira do HCPA. Esses profissionais, antes encaixados na categoria de recreacionistas, independente de sua formação específica. Durante a construção desse plano, foi analisado o piso salarial de cada área presente no HCPA; nesse momento é que foi constatado que não existia a regulamentação (enquanto piso salarial, carga horária, etc.) para os recreacionistas.

E se foi procurar no mercado para fazer a equiparação de salários, e não se achou recreacionista, não é uma profissão, e daí acabou desencadeando que tivéssemos nossa formação contemplada. Ai, mesmo sendo um pedido nosso, veio a calhar essa mudança institucional (entrevistada C)

No momento em que as especificidades na formação dos profissionais passaram a ser contempladas, ocorreu uma grande mudança no processo seletivo. Anteriormente, esse ocorria para o cargo de recreacionista, que, por não ser regulamentado, poderia ser exercido por inúmeras áreas de formação. Com o reconhecimento, o setor passa a analisar qual área o novo profissional será inserido, e que tipo de saberes serão requisitados. A partir dessa análise é que escolhe qual perfil profissional será escolhido para a atuação e, então, o processo seletivo ocorre conforme essa demanda primária. Exemplo disso é a

Unidade Álvaro Alvim, destinada a usuários de álcool e drogas. Segundo a entrevistada D, é conhecido o benefício dos exercícios físicos para dependentes químicos e, por isso, um profissional de educação física seria o mais indicado, conforme a necessidade dos pacientes desse local. A partir dessa necessidade, foi feito o processo seletivo específico aos professores de educação física. Da mesma forma ocorreu no CAPS, que desde o princípio requisitou um professor de educação física assumir essa atuação, conforme as demandas que foram idealizadas.

Agora, percebemos nossas necessidades: por exemplo, no Álvaro Alvim, precisávamos dar conta dos usuários de álcool e drogas, lá precisávamos de oficinas ocupacionais. Aí se faz concurso específico para terapeuta ocupacional. Isso permite que a gente module conforme a necessidade e até abre possibilidades para outras áreas, que hoje não tem (entrevistada A)

A questão da educação física era mais forte no CAPS, já acontecia. Lá a prioridade de vagas é pra educação física. Na pediatria, quem assumiu essa questão da atividade física foram os residentes. Começamos a trabalhar com os pacientes da fibrose, que ainda está em processo de implantação. Ainda estamos engatinhando na inserção da prescrição e execução de atividades físicas (entrevistada C)

Por meio dos relatos podemos perceber que, em alguns setores, esse evento trouxe mudanças, mas para outros, não houve alterações significativas. Conforme a entrevistada D, por exemplo: “Não foi o crachá que estabeleceu a minha prática. Os outros membros da equipe me veem conforme eu estruturo o meu trabalho”. Ela atua no CAPS, onde a cultura da prática de atividade física é mais enraizada. Já nos setores internos do hospital, tal como a Internação Pediátrica, as mudanças decorreram mais da implantação da residência multiprofissional (a ser discutida posteriormente) do que pelo reconhecimento da formação específica.

A atuação de educação física, propriamente dita, está bem pontual: pacientes da fibrose cística, obesos. Até porque, com a residência, ficou mais fácil. Não reconhecem os profissionais contratados como da educação física, mas se sabe que os residentes são professores de educação física (entrevistada C).

A característica do trabalho depende da formação do profissional, o hospital tem uma diretriz,. Por exemplo, eu sempre me identifiquei e atuei como professora de educação física. Ser recreacionista era distante pra mim. A gente jogava futebol, dançar, bem a questão física. E nos outros setores, não era assim...se tem a cultura dos

jogos de mesa, da pintura, mais da motricidade fina, e isso dá outra característica pro trabalho (entrevistada D)

Em setores não afetados pela residência (Oncopediatria e Núcleo de atenção ao adulto e adolescente), por exemplo, não houve diferenças no cotidiano dos profissionais. Embora reconhecidos conforme suas formações específicas, na prática continuam atuando como recreacionistas e desempenhando suas funções indistintamente.

Como é que um serviço que, até pouco tempo atrás, era composto só por professores de educação física, do jeito que é a formação fora daqui, deixou tão pra trás essas coisas da nossa formação. Sempre foi muito voltado pro lúdico. Foi bom, é claro, mas perdemos muita coisa. Espaços que estamos conquistando agora poderiam ter sido conquistados há 30 anos. Tanto que, quando comecei a me apresentar como professora de educação física, pessoas que trabalham comigo há anos e não sabiam que eu era professora de educação física (entrevistada B).

4.2 A estruturação do SRT

O SRT foi fundado em 1909 pela Professora da UFRGS Tereza Galvão. Ela montou o serviço de acordo com a literatura e vivências da época, elementos esses que marcaram profundamente a história do SRT, sendo que alguns desses constituintes primordiais estão presentes na rotina do serviço até os dias atuais.

De acordo com Sikilero (2010), os estudos e experiências feitos nos hospitais da Europa serviram de inspiração à professora Tereza Galvão, permitindo o planejamento e implantação do SRT em 1979, enquanto proposta lúdico-terapêutica voltada às necessidades das crianças enfermas da Unidade de Internação Pediátrica. A autora afirma ainda que os referenciais teóricos disponíveis na época de fundação do SRT priorizavam o oferecimento de atividades físicas (jogos e desportos), trabalhos manuais e ocupacionais voltadas para inclusão no mundo do trabalho e treinamento de tarefas da vida diária (p. 45).

Essa autora traz ainda que a orientação acadêmica nessa época era “desconectada da realidade assistencial, visto que esta privilegiava a obtenção e/ou manutenção de uma plenitude orgânica e emocional através da aplicação

de técnicas corporais que incluíam o uso de movimentos amplos, realizados, quase sempre, em ambientes ao ar livre”. (p. 15). Tendo em vista esse contexto, a atuação dessas profissionais no SRT primariamente, priorizava o planejamento e a estruturação das ações a serem realizadas, pois essa era a corrente teórica em voga, isso era ensinado no meio acadêmico. Segundo Daniel (2009) a universidade em meados de 60-70 preconizava o saber técnico e as capacidades físicas. A formação teórica dos alunos era reduzida a livros técnicos e o conjunto de regras dos esportes formais, originalmente proposto para a atuação em escolas e clubes, sem focar de modo mais direto a saúde no sentido amplo da palavra. Discute-se nestes materiais a ênfase na saúde biológica do indivíduo, com pouca discussão acerca das políticas públicas em saúde.

Como sinais desta carência citamos o desconhecimento sobre as principais patologias da infância, técnicas de controle de infecção, ética e abordagem de familiares/pacientes/equipes, bem como a escolha e a organização das atividades que deveriam compor a programação lúdico-terapêutica dos pacientes internados. Uma fragilidade técnica para lidar com a realidade, e os contextos adjacentes ao adoecimento e a hospitalização, que elegeu a mesma estrutura (planos de aula) utilizada nas escolas como modelo de organização das atividades recreativas dentro das unidades assistenciais do HCPA (SIKILERO, 2010, P. 46)

Sob essa visão teórica que era ensinada na Universidade, não ter um plano de aula era inaceitável.

Entendo que o uso dos planos de aula foi parte do processo. Nosso setor nasceu da Professora Tereza, que era parte da academia, e lá os planos de aula eram necessários para o desenvolvimento de uma ação. O plano de aula era necessário para que qualquer ação se concretizasse. Como nós surgimos desse núcleo, não existiam referências de outros serviços, não tinha bibliografia para se basear, por isso, nos baseamos no que tínhamos. Os planos foram importantes, porque permitiram que a gente partisse de algum lugar, para uma estruturação inicial e nos deram questões norteadoras (Entrevistada A)

Na década de 80, diferentes práticas corporais começam a surgir, e o campo de atuação da educação física se amplia rapidamente. Bratch (2003) afirma que esse processo condiz com a mercadorização da cultura e a reordenação das funções do Estado nas áreas da educação e da saúde. Essa situação gera grande impacto na formação acadêmica devido à grande dificuldade em contemplar a repentina variedade de locais de atuação da

educação física. Segundo Daniel (2009), a inserção de disciplinas pedagógicas no currículo da ESEF-UFRGS é feita no final dos anos 80, início dos anos 90. Já a formação voltada para a saúde ainda engatinha, já que os estudantes chegam despreparados para a atuação no SUS e desconhecedores das políticas públicas em saúde.

A psicomotricidade, que tomou força no início dos anos 80, influenciou profundamente a decisão de não pautar as ações lúdicas nos planos de aula. Foi um momento extremamente importante para o SRT, pois representou uma evolução na assistência ao paciente, uma possibilidade de escuta integral ao usuário.

A atividade era formatada, e as crianças e suas necessidades é que iam se adequar a esse plano. Nosso público é muito heterogêneo, temos bebês e adolescentes no mesmo espaço e, além disso, cada criança tem uma necessidade emocional, orgânica e psíquica completamente diferentes umas das outras. Não tem como colocar todos no mesmo quadrado. Abandonamos os planos de aula por pensar no usuário, no paciente e não mais em uma regra, que na verdade foi feita para uma sala de aula. Quando a Tereza sai, leva com ela o rigor acadêmico e nos permite o vínculo com a rotina do hospital. O que temos hoje é uma inversão, pois é usuário-centrado, nós definimos nossas ações conforme as necessidades do paciente (Entrevistada A)

4.2.1 A inserção em novos núcleos

O primeiro nicho extra-pediatria que o SRT se inseriu foi o Núcleo de Atenção ao adulto e adolescente e essa inserção foi pensada a partir das necessidades assistenciais. A criança com 11 anos, por exemplo, tinha na unidade de internação pediátrica uma dada estrutura de atendimento, e quando ela completava 11 anos e 11 meses, suas necessidades continuavam as mesmas. Olhando sobre esse prisma, a intervenção junto a essa criança-adolescente continuava de extrema importância.

Entramos na pediatria em 1979, e em 1982 surge a possibilidade de expandir. Criou-se não, nós fomos atrás. Eles nem entendiam muito bem o que se fazia com a criança, muito menos o que a gente pretendia fazer com o adulto. Mas, nossas crianças e adolescentes que chegavam aos 11 anos e 11 meses, eles eram convidados a sair da pediatria e ir para andares de adultos. Teve isso, de ver que a nossa criança sai de um espaço protegido, onde tinha uma atenção diferenciada, eram contemplados em suas necessidades lúdicas, passam para outro andar e deixam de ter essa possibilidade (Entrevistada A).

Não veio do hospital, foi uma coisa pioneira do serviço. Há uma lei que fala da necessidade do espaço para a criança, mas não há o que diga o mesmo sobre o adulto, não existe obrigatoriedade. Temos um estatuto, que fala da necessidade da criança de ter espaços de aprendizado e recreação no hospital, e para o adulto não tem. Hoje, vendo a procura que tem na sala dos adultos e as vantagens que oferecemos a partir da atividade lúdica para a saúde desses adultos, idosos e adolescentes, vemos que isso foi sensacional (Entrevistada A).

O público beneficiado com essa atuação foi além do imaginado: a inserção foi pensada objetivando a criança entrando na adolescência e, de acordo com o relato acima, traz grandes e inúmeros benefícios aos demais públicos também. A atuação é diferenciada da que ocorria no andar pediátrico, os motivos que sustentam essa atuação também o são. Mas tendo em vista a procura e o alcance que essa intervenção tomou de sua inserção em 1982 aos dias de hoje, pode ser dito que o brincar tornou-se um componente terapêutico muito importante no HCPA.

A atuação dos profissionais do SRT, que antes eram mais pautadas no lúdico enquanto norteador, passam a tratar saberes específicos da educação física, tais como elementos da cultura corporal e a prática sistematizada de exercícios físicos. No entanto, essa mudança de elemento norteador foi vivenciada pelo CAPS, posteriormente na Unidade Álvaro Alvim, e com a chegada da residência multiprofissional, atinge de forma sutil a Unidade de Internação Pediátrica.

De acordo com Brasil (2004), o trabalho no CAPS visa “promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer” (p. 13). Logo, a inserção de equipe multidisciplinar no CAPS é extremamente importante, de forma a evitar que o tratamento se reduza ao aspecto biológico e farmacológico.

No CAPS, nós tivemos que nos preparar, nos adequar a um espaço, preparar as atividades frente às demandas do hospital. A portaria do CAPS prevê que tenham atividades ocupacionais e corporais e com isso, começamos a mudar nosso foco. Ele não é só as atividades lúdicas, mas também as atividades ocupacionais. Ai que entraram os terapeutas ocupacionais, né, pra questão do CAPS de atender as necessidades dá portaria (entrevistada A).

Agora é importante que se tenha a o professor de educação física, porque não é só o brincar pelo brincar. A inserção mais específica da

educação física começou com o Caps, em 2000. Lá nem se aceita estagiários que não sejam da educação física, pois o dia a dia delas precisa da educação física. Nem a equipe do Caps aceita diferente (entrevistada B).

No Álvaro Alvim, eles estruturaram todo o tratamento de acordo com a plasticidade neuronal, que leva muito em conta a participação da educação física, já que a atividade física faz parte da estrutura do tratamento (entrevistada D).

Com base nos relatos acima, podemos inferir que os locais de atuação do SRT que se localizam imersos fisicamente no hospital tem sua atuação mais pautada no lúdico.

Os locais extra-hospital, (CAPS e Unidade Álvaro Alvim) que enfocam a saúde mental veem o exercício físico como grande aliado. Conforme a Entrevistada A, quando o SRT foi criado em 1979, a base empírica que se tinha em recreação hospitalar era o Hospital Psiquiátrico São Pedro. Lá, a intervenção juntos aos indivíduos era feito por meio de atividades ocupacionais tais como limpar, arrumar, cozinhar, etc.; também eram feitas atividades profissionalizantes e abordagem de elementos da cultura corporal com oficinas de dança, esportes coletivos, caminhadas orientadas etc.

Percebe-se que esse engajamento ocupacional é prevalente até os dias atuais, dado que grande parte das oficinas desses setores é de ordem ocupacional. De acordo com Alves e Abib (2009), no CAPS são abordadas “atividades corporais que possam estimular atitudes consideradas saudáveis pelos usuários do CAPS e que venham a potencializar atitudes positivas diante da vida além de induzir a um maior conhecimento sobre si mesmo e a respeito dos seus direitos e possibilidades” (p. 3). Conforme esses autores, a educação física possibilita várias experiências a partir de elementos da cultura corporal aos pacientes. Essa visão permite que se extrapole a noção puramente biológica do processo saúde-doença. Além disso, como Wachs (2007) aponta, as práticas corporais são instrumentos que mantêm o vínculo entre o indivíduo e a sociedade, e dessa forma, tornam-se elementos terapêuticos de grande relevância.

A educação física, nesse âmbito, atua “no intuito de possibilitar às pessoas um processo de autoconhecimento, compreendendo a sua existência

para além das questões orgânicas, educando-as para serem críticas e poderem se relacionar nas esferas coletivas de modo reflexivo e ativo” (ALVES, ABIB, 2009, p. 4)

4.3. Atividades de ensino e pesquisa

A circulação dos alunos pelos corredores do HCPA sempre foi bastante natural, já que este é um hospital-escola, local de estágio obrigatório para cursos como medicina, enfermagem, farmácia, nutrição, psicologia, etc. Nesse contexto, a educação física acabou sendo uma das últimas a adotar o HCPA como campo de estágio curricular.

Até chegarmos à Residência Multiprofissional, que é dos eventos mais recentes ocorridos no SRT na área de ensino e pesquisa, tem-se um longo caminho percorrido.

Até meados dos anos 80, a circulação de alunos era informal e não-sistemática; na metade da década de 80 é que o estágio extra-curricular foi se estruturando enquanto atividade regular; Nos anos 2000, surge o PICCAP; em 2005 firma-se o estágio curricular e em 2011, ocorre a estreia da RIMS.

4.3.1. Sobre os estágios

Até a metade da década de 80, a circulação de alunos tinha caráter informal. Eles vinham visitar, conhecer o serviço, mas não tinham a aproximação sistematizada que é feita no estágio. Quando é reconhecida e exigida a formação superior dos profissionais atuantes no SRT, esse reconhecimento traz consigo compromissos mais formais na área de ensino, tal como o estágio extracurricular.

As primeiras atividades de ensino que surgem são os estágios. Como a dona Tereza era professora da universidade, o trânsito dos alunos foi facilitado. Ela convidava os alunos para participarem das atividades, para conhecer, então, essa entrada se deu naturalmente.

E como o hospital tem essa característica de ser um hospital-escola, era e continua sendo uma exigência que a gente use esse espaço para a formação (entrevistada A).

Antes nós éramos uma sessão, um setor de recreação e passamos a ser um serviço da área médica, assim como a cardiologia, a nefrologia, etc. Assim que passamos a ser um serviço, temos as mesmas obrigações da área médica, o compromisso com ensino, pesquisa e assistência. Então, foi um avanço. Os alunos já existiam aqui. Mas então, passamos a ter um estágio formatado com plano de ensino, um espaço de aprendizagem e formação e não mais só de visita. Passamos das visitas, pro estágio extracurricular e daí para o curricular (entrevistada A).

O estágio curricular demorou a tomar forma, aparecendo no SRT em meados dos anos 2000, sendo formalizado em 2005 pelo IPA e Unisinos. De acordo com a entrevistada A, entre 2002 e 2005 “o estágio só ocorria quando o aluno demonstrava interesse, os estágios eram bem pontuais”. Dessa afirmação, podemos inferir que a experimentação em torno da saúde pública na universidade, seja em função das disciplinas teóricas ou pela oferta desse campo de atuação enquanto experiência de estágio, ainda é mínima.

Alguns estagiários vêm pra cá como última opção, porque fecha o horário, é perto ou por qualquer outro motivo. Eles caem de paraquedas. Não tem aquele desejo de trabalhar com a saúde mental, até pelo estigma do louco. Na pediatria eles gostam, porque tem o apelo da criança, que acaba gerando uma comoção (entrevistada D)

Nesse decorrer histórico, de 1980 para cá, a inserção da saúde enquanto conteúdo a ser trabalhado no currículo é bastante atual. Em 2008, quando o estágio curricular da ESEF-UFRGS no HCPA foi implementado, não havia disciplinas que abordassem especificamente a saúde pública e suas políticas. Com as alterações curriculares é que vai se inserindo o debate acerca desse tema; primariamente com um caráter eletivo até o surgimento do novo currículo de bacharelado, que trouxe a obrigatoriedade e ampliação das disciplinas que discutem a saúde pública.

Os estagiários curriculares caem de paraquedas, sem saber o que vieram fazer ou como vão fazer. Os extracurriculares, normalmente vêm pela bolsa ou algum amigo indica... Eles têm alguma escolha. Mas todos vêm sem saber muito. A mudança na grade curricular é muito atual. O terapeuta ocupacional, da psicologia, da assistência, social, por exemplo, vem com a parte teórica toda pronta. Eles sabem sobre saúde coletiva conhecem a legislação (entrevistada D).

Urge fortalecer estas práticas, redirecionando metodologias e estratégias que associem conhecimentos e vivências em serviços de saúde, planejamento e gestão de políticas públicas, práticas de atenção em saúde integral, princípios sociais e éticos alinhados ao cotidiano da assistência e do cuidado, escuta terapêutica, participação em atividades de prevenção e produção de cuidados em saúde. Coresponsabilizando, assim, as instituições de ensino superior a oferecerem à sociedade profissionais críticos, criativos e capazes para atender as demandas dos indivíduos e dos coletivos (SIKILERO, 2010, p. 36).

Conforme os relatos das entrevistadas transcritos abaixo, a mudança curricular é muito atual, não teve reflexo significativo na postura dos estagiários. Eles chegam sem saber o que se faz na recreação terapêutica, e sem entender como funciona a saúde pública. Já na licenciatura, antes não se tinha nem a possibilidade do estágio curricular nessa área; a inserção de uma disciplina eletiva em saúde é bastante recente. A nova estruturação curricular traz a obrigatoriedade de uma disciplina na área da saúde e permite o estágio curricular em lazer e saúde, o que assim como no bacharelado anteriormente, traz a recreação hospitalar como uma das possibilidades e traz consigo o mesmo risco: os alunos chegarem nessa área ao acaso, sem ter contato prévio ou afinidade.

Sempre buscamos a aproximação com a universidade. Fizemos várias tentativas, pois aqui não era entendido como um espaço de formação. Mesmo com o avanço do estágio curricular, a universidade ainda não tem o entendimento do que se faz aqui, não se tem um estágio específico nem uma disciplina para a recreação terapêutica. Eles vêm parar aqui ao acaso (entrevistada A).

E veio a pergunta das Comgrads: “você dá estágio em recreação ou saúde?” Essa disciplina engloba bastante coisa, aqui é só mais uma possibilidade, mais uma área de atuação. Mesmo estando em parceria há algum tempo, ainda não está claro o que é e o que se faz. Não tem uma participação tão ativa dos professores da ESEF, por exemplo (entrevistada C).

Segundo Santos, Silva e Borges (2009), a educação física ainda está buscando sua inserção na saúde coletiva, já que as portarias ministeriais que dizem respeito ao SUS abrem essa possibilidade. Entretanto, esses autores afirmam que falta qualificação na formação para essa área, já que os currículos estão restritos a uma concepção de saúde biológica, onde a promoção da saúde do indivíduo se dá por meio das atividades físicas. De acordo com Luz (2007), os profissionais de educação física necessitam adaptar suas funções para atuarem no campo da assistência desenvolvendo uma percepção

diferenciada do corpo capaz de superar o modelo biomecânico, academicamente aceito e disseminado.

Não se trata de 'treinar' (caso do desporto) ou de 'adestrar' (caso da maioria das ginásticas) e talvez nem mesmo de habilitar (caso da educação escolar) o corpo dos praticantes para o desempenho de atividades físicas, mas, na maioria das vezes, simplesmente, colocar em contato com seu próprio corpo pessoas que jamais se detiveram em 'senti-lo' ou 'ouvi-lo' como algo seu pulsante, com capacidades e limites. Incluindo na concepção de corporeidade as categorias de saúde, vida e vitalidade (LUZ, 2007, p.15).

Na universidade, temos bastante contato com a educação física escolar, em clubes, academias etc. A atuação na saúde pública, nos hospitais e nas Unidades Básicas de Saúde são vistas minimamente, por aqueles que possuem alguma afinidade com a área, e não de forma sistematizada, assim como as áreas citadas anteriormente.

Segundo as entrevistadas, a presença dos estagiários permite que sejam feitas mais coisas. Por exemplo, não é possível o atendimento à emergência infantil, se não houver estagiário para tal. Além do atendimento a setores extra-sala, os estagiários permitem uma melhor inserção dos profissionais do SRT nas várias equipes do HCPA, permitindo a participação em reuniões de equipe e também acerca da gestão do ensino e dos respectivos setores o qual estão inseridos.

4.3.2 PICCAP

Essa capacitação, implantada desde 2001, promove a atualização dos conhecimentos na área de recreação terapêutica. O curso tem duração de 980 horas, distribuídos ao longo de um ano, possibilitando a inserção em equipes nas quatro unidades do SRT. O programa fornece apostilas com referencial teórico utilizado pelos profissionais do SRT em seus atendimentos cotidianos (HCPA, 2010). De acordo com a Entrevistada C, muitos profissionais já formados queriam ter a vivência na área da recreação hospitalar e também o contato teórico com a saúde pública. O HCPA, enquanto hospital-escola, já tinha as diretrizes deste programa de capacitação, dando a autonomia para que cada serviço ajustasse os detalhes conforme a demanda individual. Com

isso, o SRT busca, junto ao HCPA, a estruturação e implantação do PICCAP, a partir da procura externa.

Pessoas já formadas queriam ter conhecimento da recreação hospitalar, mas não podiam mais ser estagiárias, aí o PICCAP surgiu disso. O Hospital já tinha esse programa, aí fomos atrás por onde nós poderíamos absorver essa demanda de pessoas já formadas e fomos construindo o PICCAP do hospital conforme o que a recreação tinha a oferecer. O estágio curricular também é um programa do hospital, mas cada setor estrutura de um jeito (entrevistada C).

O PICCAP foi moldado, desde sua implementação, conforme as respostas dos cursistas. Inicialmente, os alunos passavam pelos quatro setores de atuação do SRT: pediatria, adulto, oncopediatria e CAPS. No entanto, cada um desses campos traz em si uma complexidade muito grande, pois além das demandas por parte dos pacientes serem muito diferentes, as equipes atuam de forma peculiar e o setor em si tem funcionamentos internos variados. Sendo assim, os aproximadamente dois meses que se passava em cada setor eram insuficientes para absorver toda a informação disponibilizada.

Com o passar do tempo, o PICCAP já se constituiu de várias formas: antes os cursistas passavam por todos os setores, só que era pouco tempo. Quando eles começavam a se sentir a vontade em uma área já tinham que sair e passar por outra área, num eterno recomeçar. Por isso, dividimos por áreas: pediátricas (oncopediatria e pediatria), adultos e psiquiatria. Com a residência isso mudou, só temos PICCAP onde não se tem residente. Já que a residência tem uma demanda bem grande, no caso, agora tem PICCAP na oncopediatria e adultos (entrevistada C)

Além das demandas intersetoriais serem diferentes, os desejos de aprendizado dos profissionais que buscavam a capacitação também o eram; muitos queriam a vivência na saúde mental, outros preferiam na pediatria. Como o curso era bastante abrangente, muitas vezes o aprendizado buscado não conseguia ser efetivado, em virtude da alta carga de informações e do pouco tempo (perante a complexidade dessa atuação). Por isso, as responsáveis pelo curso optaram por estruturá-lo de maneira diferente, fazendo o ingresso específico à atuação desejada. Com a vinda da residência, mais uma vez o PICCAP muda sua forma. A residência já é uma formação bastante completa em si, por isso, optaram que a capacitação só seria oferecida pelos setores que não eram contemplados pela residência.

De acordo com a entrevistada D, a entrada dos cursistas do PICCAP traz consigo novas reflexões a serem feitas. Antes, somente com os estágios, o ensino se resumia ao aprender a fazer; já com a entrada do PICCAP, os porquês dessa atuação e de determinadas posturas começam a ser questionados e não mais o fazer pelo fazer.

Uma coisa é a supervisão dos estagiários e outra é a capacitação. São outros objetivos, outras vivências, uma preocupação maior com o ensino. Com o estagiário é mais na execução, o diálogo é bem no dia a dia, bem próximo. Já na capacitação vem a necessidade, mais forte de contemplar as políticas públicas de saúde, a saúde mental, então a gente acabava passando a formação da capacitação pros estagiários de uma outra forma, mais informal (entrevistada D)

4.3.3 Residência Multiprofissional

A residência multiprofissional se efetivou em 2011, com a entrada dos residentes. Os profissionais do SRT discordavam sobre o momento da implementação da residência: alguns diziam que esse era o momento, bancar a residência juntamente a outras áreas; outros, diziam que os residentes trariam novas demandas, que estavam engatinhando ainda dentro do SRT. Por exemplo, a formação específica foi reconhecida no fim de 2011, e os residentes entraram no início de 2011; não estava claro à época o papel específico do professor de educação física na equipe. O recreacionista tinha seu papel bem delimitado; No entanto, quando se assume uma área específica, se assume também os conhecimentos daquela área, o que antes não era muito visível.

Até 31/12/11 a gente era recreacionista. Formadas em educação física, sim, mas exercendo um cargo de recreacionista. Então, foi muito questionado implementar uma residência em educação física sendo que exercíamos cargo de recreacionista, até porque é essa cultura que temos aqui no hospital. Não que a recreação não seja da educação física, mas nos afastamos muito de outras coisas da nossa formação. Acabamos abraçando muitas coisas da psicologia, sobre a vida e a morte, desenvolvimento da criança, famílias, patologia para dar conta dos pacientes. E, de repente, estávamos entrando numa residência em educação física. Não era isso que a gente exercia, propriamente dito (entrevistada C).

Nós poderíamos ter ficado de fora da questão da residência, mas era o momento de fazer, tínhamos que aproveitar o movimento para poder participar, se igualar, ter o mesmo reconhecimento e as mesmas oportunidades. Existem situações que não podemos nos isentar. Podíamos esperar a questão da residência se fortalecer, mas esse era o momento. Nós construímos esse projeto também, de

acordo com as nossas necessidades. Dá trabalho, claro que dá, mas o retorno vem (entrevistada A).

Os residentes são profissionais que vem buscar um determinado conhecimento, que a gente tem que ter para oferecer. A gente se desacostumou com a prescrição, nem sabíamos por onde começar. Ai as pessoas procuram respostas, que às vezes, tu também não tem para dar (entrevistada C).

Por meio dos relatos, é possível notar que a residência trouxe consigo profundas mudanças. O cotidiano foi ficando mais atarefado, já que surgiram questões de ordem institucional que devem ser atendidas pelos preceptores, além de dar conta do dia a dia dos residentes e seus conflitos emocionais, dos problemas estruturais que vão surgindo com a atuação desse residente. No entanto, as mudanças na carga horária e nos salários dos profissionais institucionalmente vinculados à residência não foram constatadas. O que ocorreu foi um remanejamento de funções dentro do SRT, de forma a atender às demandas assistenciais e institucionais com maior qualidade possível.

Não é só dar conta de conflitos diários. Tem também os conflitos constitucionais, dificuldades estruturais, sofrimento...a preceptora tem que dar conta de todo esse universo. Tem que pensar estratégias pra implementar teu trabalho. Na gestão nunca se vive o presente, sempre no futuro, com o processo seletivo pronto e tudo pronto pros próximos residentes, é outro planejamento (entrevistada D)

Além disso, aqueles que não estão diretamente ligados à residência são também afetados por ela, já que possuem convívio estreito com os residentes, tomam conhecimento da trajetória deles, mesmo não sendo organizacionalmente responsáveis. E como os preceptores precisam atender a uma série de demandas institucionais ligadas à residência, os demais integrantes do SRT acabam assumindo responsabilidades que antes eram dos atuais preceptores. Conforme a Entrevistada C, os demais membros do SRT que não estão vinculados formalmente à residência são encarregados de participar das reuniões multidisciplinares, formar o elo entre o SRT e as demais equipes do HCPA além da gestão do SRT enquanto setor. Já a execução da assistência, o cotidiano de atendimentos está sendo feito pelos estagiários. No entanto, conforme citado pelas entrevistadas anteriormente, os estagiários não chegam aptos para atuar na saúde pública. Nesse sentido, há de ser pensado como a assistência está sendo afetada pela residência multiprofissional, já que

quem está realizando esse papel são estagiários, que muitas vezes, não estão preparados para tal.

Agora, após a oficina, tem que ter uma conversa, tem que dar conta da rotina. Com a residência, eu to bem voltada pra questão da docência, da supervisão, preparar aulas e isso tudo correndo com a assistência. Pra eu estar em uma reunião planejando a residência, o residente tem que estar fazendo a oficina, ou o estagiário. Tem que trabalhar muito mais a supervisão e a formação (entrevistada D).

De alguma forma, a residência respinga em todos nós, mesmo não sendo preceptora. Porque a gente trabalha no mesmo local, aí o residente pergunta e tu não vai responder só porque não é preceptora? Não, o que tá ao nosso alcance a gente responde né. O preceptor fica mais responsável pelos residentes, mas a gente também fica um pouco responsável né (entrevistada C).

A formação até hoje não contempla isso. A pedagogia e a terapia ocupacional estão um pouco mais voltadas para isso, os estagiários chegam e saem crus, sem entender como é a atuação aqui. (entrevistada B).

Pode ser citado também que junto com a residência veio a busca por novas informações, o resgate por conhecimentos antes esquecidos e também a valorização do saber acadêmico específico da educação física, que antes era deixado em segundo plano.

Com a residência, buscamos ainda mais a nossa formação para dar conta de formar esses profissionais que estão chegando para serem formados. Os preceptores da residência precisam estar alinhados a questões que não eram comuns pra nós. O hospital passa a ser um foco do SUS. Antes da residência, era como se o hospital fosse um local não afetado pelos princípios do SUS, tinha seus próprios princípios. A residência é uma formação para o SUS, e por isso, tivemos que nos apropriar desses princípios para dar conta. Os princípios do SUS passam a ser vivenciados pela residência e também pelos setores, estamos permeáveis a essa nova postura. (entrevistada A)

Agora estou estudando coisas que vi há 19, 20 anos na faculdade. Eu não sabia prescrever um treino para um paciente, por exemplo. Coisas que eu sabia fazer na faculdade. Agora, sei questões familiares, Psicanálise e as coisas que eu deveria saber, acabaram se perdendo (entrevistada B)

Ai os residentes começaram a circular por nós. Porque no momento que eles chegam aqui, ele vem em busca de prescrição de atividade física, que é uma demanda que estávamos engatinhando ainda. No momento que o crachá trouxe “professor de educação física”, acrescentou um novo peso, afinal, no momento que eu carrego isso, os outros profissionais podem vir com uma demanda que não se estava acostumado (entrevistada C)

Por a residência multiprofissional ser uma questão bastante nova no HCPA, não se sabia muito bem o que seria abordado. Na verdade, se imaginava uma estruturação semelhante ao PICCAP, com uma demanda institucional maior. Nesse momento, começou a ser estudado como se estruturava e o que deveria abranger essa modalidade de formação. O PICCAP tem por objetivo a capacitação para a atuação na recreação hospitalar, de forma específica. A residência multiprofissional tem por objetivo geral a capacitação do profissional para trabalhar na saúde pública de forma interdisciplinar, juntamente com as demais áreas da saúde.

A gente tinha aquela coisa que a residência iria ficar na recreação. Aí começamos a estudar como era a residência, sobre a integralidade e a formação pra saúde. Aí percebemos que pouco conhecíamos as políticas públicas por exemplo. É preciso pensar alguma coisa pro profissional de educação física. (entrevistada B).

O residente tá mais no hospital do que no setor. Ele até fica nas salas de recreação, mas circulam bastante na pediatria. Não é uma residência da recreação em si, é da educação física. Antes a gente participava das reuniões de equipe uma vez por semana, até porque não dava tempo de fazer mais que isso. Hoje o residente participa dos rounds diários, faz os registros no prontuários, enfim, se insere mais na equipe (entrevistada B).

Mesmo o HCPA sendo um hospital vinculado ao SUS, muitos dos profissionais que lá se encontram não estão tão afinados assim com os princípios do SUS, seja pela atribulada rotina hospitalar, ou pela formação ainda deficitária nessa área. De acordo com os relatos, muitos profissionais não notam o HCPA enquanto pertencente da rede SUS e a responsabilidade que se tem com a saúde do indivíduo fora da internação hospitalar; além disso, muitos não conseguiam perceber a influência dos princípios do SUS em suas intervenções cotidianas. A residência multiprofissional está trazendo isso, já que não é uma formação objetivada para a atuação hospitalar, e sim, atuação na saúde pública, que é bem mais abrangente que fazer as intervenções com o indivíduo hospitalizado. Até porque nesse local se tem outra estrutura, um suporte que o indivíduo não tem em sua casa; Por exemplo, na internação, o paciente tem um profissional que oriente a sua prática de exercícios físicos; em sua casa, ele só terá a orientação se for à procura e se tiver condições financeiras também.

O incentivo às práticas corporais, por exemplo, deve privilegiar estratégias que garantam a existência de espaços prazerosos e adequados (pistas de caminhadas, ciclovias, praças públicas, espaços para a prática de esporte e lazer, por exemplo) segurança, arborização e transporte público, e outras. Trata-se de investir no debate sobre o planejamento urbano, a mobilidade urbana e as desigualdades e iniquidades no acesso a espaços públicos saudáveis (MALTA et al., 2009, p. 82).

Segundo Malta et al. (2009), as duas primeiras décadas de SUS foram pautadas na preocupação com o acesso universal dos usuários, no reconhecimento da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. A redução da vulnerabilidade da saúde pública está sendo cada vez mais pensada, e vista como consequência de um cuidado integral em saúde. Por isso, os autores afirmam que a produção de saúde no SUS está se reorganizando, de maneira estratégica, a fim de recompor a fragmentação dos espaços coletivos, buscando a equidade e ampliando a autonomia dos sujeitos e comunidades.

Com a residência, veio a necessidade de dar conta de questões particulares da educação física, tais como a prescrição e orientação de exercícios, os quais não eram comuns na rotina do SRT. Como a atuação se ampliou, novos materiais (antes dispensados) começaram a ser vistos como proveitosos na rotina e benéficos para os pacientes.

Não tínhamos nenhum colchonete, nem pra fazer um alongamento. E fomos pedindo materiais que não estávamos acostumados. Há dois anos atrás, se oferecessem uma bicicleta ergométrica, a gente não pegava. Mas agora, já aceitamos, porque é usado nos atendimentos. Até porque antes, tínhamos outro pensamento. Para atender a demanda, precisaríamos de cinco bolas suecas, por exemplo. Se colocarmos pra um atendimento, as crianças vão querer chutar. Se entra uma coisa nova, a gente dá um jeito de compartilhar com todos. Ai a recreação passou a ser usada fora do horário de funcionamento, para atender alguns pacientes, e começou a ficar mais corriqueiro. Antes, a gente não aceitava que o fulaninho ficasse sozinho na recreação para um atendimento. Aí deixávamos de fazer muita coisa, porque tudo tinha que ser pra todos. Mas isso não é equidade que o SUS coloca, já que cada um tem uma necessidade. Ainda não está do jeito que queríamos, mas está caminhando já (entrevistada B).

No entanto, cabe ressaltar que para o CAPS, desde sua criação em 2000, o papel do professor de educação física era bem delimitado. Por exemplo, os profissionais atuantes nesse local se identificavam como “professores de educação física”, mesmo antes do reconhecimento das

formações específicas. Dada a essa identificação, sua atuação já era pautada em saberes específicos da educação física. Conforme a entrevistada C, o CAPS trouxe, desde sua criação, o pedido que a atuação da educação física produzisse um determinado gasto energético. Sendo assim, a cultura da prática de atividade física é antiga em relação aos demais setores, que estavam mais pautados em questões de motricidade fina, jogos de mesa, etc.

A característica do trabalho depende da formação do profissional, o hospital tem uma diretriz. Por exemplo, eu sempre me identifiquei e atuei como professora de educação física. Ser recreacionista era distante pra mim. A gente jogava futebol, dançar, bem a questão física. E nos outros setores, não era assim... Se tem a cultura dos jogos de mesa, da pintura, mais da motricidade fina, e isso dá outra característica pro trabalho (entrevistada D).

Segundo a entrevistada B, o pedido que os professores de educação física prescrevessem exercícios aos pacientes era bastante antigo. No entanto, como a ação do SRT é baseada no contingente de estagiários, o cotidiano de ações e projetos acabava dificultando essa ação específica da educação física.

A equipe médica, no geral, abriu os braços e deu apoio total, eles estão interessados. Sempre nos cobraram a questão da atividade física. Só que trabalhamos com base nos estagiários. Hoje eu tenho dez da educação física, amanhã posso ter dois. Posso tentar, mas já complica. Agora estamos muito baseados no residente, é ele que está fazendo essa ponte. Ele que está mais inserido nas equipes: é ele que prepara atividades físicas nos pós-transplantados da gastrologia, na psiquiatria infantil visando os cuidados pós-alta, na equipe da fibrose cística e na UTIP (entrevistada B).

Conforme o relato transcrito acima, o residente trouxe a possibilidade de efetivar uma ação que já estava sendo questionada pela equipe médica como um todo. Ou seja, a questão da formação específica da educação física já estava sendo contemplada pela equipe, esse espaço foi cedido culturalmente, sem que tivesse recursos humanos suficientes para arcar com essa responsabilidade. Quando o residente chegou e pôde ocupar essa lacuna, foi bastante apreciado pelos médicos e nem tanto por quem de fato fazia esse papel, que era o fisioterapeuta.

A maioria dos pacientes requeria a prática de exercícios fora do hospital e precisava haver quem orientasse essa ação. O fisioterapeuta, que é o profissional que mais se aproxima do saber específico da educação física,

acabou por efetivar essa ação. Compreensível que, após tanto tempo realizando esse papel, que os fisioterapeutas tomassem a prescrição de exercícios sob sua tutela.

A atividade física está sendo tão importante quanto a fisioterapia. Foi bem difícil no início, se colocou um profissional onde não tinha, mas quem cuidava antes era o fisioterapeuta. Aí pensamos numa estratégia, porque chegar em uma equipe e pegar seu espaço, que já está ocupado não é bem assim. Ai a residência chegou, se apresentou e se colocou a disposição de cada equipe pra ocupar esse espaço que já é nosso por direito. Os médicos da equipe gostaram bastante, se colocaram a disposição para ajuda. Teve uma situação, por exemplo, que a residente fez uma prescrição de exercícios pós-alta no prontuário e a fisioterapeuta ignorou e fez outra prescrição. Então, depende do profissional que a gente tá lidando... alguns aceitaram de cara, outros estão aceitando só agora, após um ano de trabalho (entrevistada B)

No entanto, a prescrição de exercícios ainda está restrita aos residentes: a oncopediatria e o núcleo de atenção ao adolescente e adulto continuam tendo esse papel cumprido pelo médico ou pelo fisioterapeuta. Isso traz que, mesmo os profissionais atuantes do SRT tendo reconhecidas suas áreas específicas de atuação, o cotidiano não foi afetado pelo reconhecimento da formação específica de cada profissional e não foram tocados pela questão da residência.

. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as mudanças de ordem organizacional ocorridas no SRT do HCPA, podemos ver não só o percurso dessa instituição, mas também o trajeto que a educação física e a saúde pública percorreram nesses últimos 40 anos no campo da saúde. O quanto a instituição hospitalar, em suas rotinas e estruturas são modificadas ao longo dos anos pelas concepções de corpo e saúde vigentes a cada época.

A saúde, que antes se limitava à dimensão biológica do indivíduo, atualmente passa por uma transformação no modo de olhar e no modo de escuta esse indivíduo, contemplando o corpo físico e o corpo social num conjunto multifacetado de fatores que interferem no processo saúde-doença de uma determinada pessoa. O tratamento passa a levar em consideração os medos, desejos, contexto social do paciente, portanto, sem reduzi-lo a uma doença específica e uma prescrição medicamentosa correlata.

A percepção do conceito “corpo” também vai tomando novas formas. A visão abordada na formação em educação física à luz da criação do SRT era a higienista; Assim como a saúde era percebida enquanto um fenômeno puramente fisiológico. Atualmente entende-se saúde enquanto um estado mais complexo, sendo biopsicossocial e o corpo indo além da dimensão biológica, enquanto dotado de significados culturais e emocionais que o indivíduo constrói conforme suas experiências.

Podemos perceber que o campo da educação física também se ampliou ao longo desses 40 anos, já que no início da década de 80 muito pouco se abordava áreas extra-escola, o que atualmente é mais comum. O HCPA teve sua fundação em meio à ditadura militar e à educação física higienista. Com o declínio da ditadura militar surgem novas teorias, entre elas a Psicomotricidade, que pautou a fundação do SRT. Ainda na década de 80 podemos perceber a ascensão das áreas não-médicas, que passam não mais a ser regidas por médicos, e sim, cada área reconhecida enquanto diferentes entre si e regida por um de seus pares. No momento em que se reconhece a

formação superior desses profissionais, essa atuação ganha força e credibilidade perante o saber médico.

O reconhecimento da formação superior específica, no entanto, não trouxe tanto impacto real quanto foi organizacional. Efetivou-se a compatibilidade salarial com o piso de cada área, no entanto, a divisão de tarefas e o modo de executá-las permanecem inalterados.

O engajamento teórico da educação física na saúde pública é bastante recente se comparado a outras áreas de atuação da educação física, mas já fez muitos progressos, seja pelas percepções de corpo e saúde ou pela sua contemplação nos currículos e estudos da universidade. Caminhamos a passos firmes, na direção de vivenciar os princípios do SUS em nossa formação e levar esse avanço aos grandes protagonistas, os usuários dessa grande rede de saúde.

6 REFERÊNCIAS

ALVES, Cleni Terezinha de Paula; ABIB, Leonardo Trápaga. Educação física e saúde mental: refletindo sobre o papel das práticas corporais. In: **Anais do XVI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e III Congresso Internacional de Ciências do Esporte**. Salvador – Bahia – 2009. Disponível em: <http://www.rbceonline.org.br/congressos/index.php/CONBRACE/XVI/paper/view/File/1030/644>. Acessado em 01/12/12

ARAGAO, Priscila Menezes; MORSH, Denise Streit. A criança, sua família e o hospital: pensando processos de humanização. In: Deslandes, Suely Ferreira (org) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. 1° ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.235-260.

BALDINI, Sonia Maria; KREBS, Vera Lúcia jornada. A criança hospitalizada. In: **Pediatria** (São Paulo) vol. 21(3), 1999. Disponível em <http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/index.php?p=browse&id=43>. Acessado em 20/06/2011

BRATCH, Valter. Educação física e aprendizagem social. Porto Alegre: Magister, 1992.

BRACHT, Valter. Identidade e Crise da Educação Física: um enfoque epistemológico. In: BRACHT, V.; CRISÓRIO, R. (orgs.) **A Educação Física no Brasil e na Argentina: identidade, desafios e perspectivas**. Campinas, SP: Autores Associados; Rio de Janeiro: PROSUL, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**, Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf em Acessado em 16/11/12.

CARVALHO, Alysson Massote; BEGNIS, Juliana Giosa. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. In: **Psicol. estud.** vol 11 nº1 Maringá, Jan./Apr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100013&lng=en&nrm=iso. Acessado em 20/06/11

CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos, Gastão Wagner de Souza; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond, Júnior, marcos; Carvalho, Yara Maria de. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. P 149-182. Disponível em:

<https://www.ucs.br/prosaude/servicos/capacitacao/oficina-de-integracao-ensino-servico/acervo/textos/CECCIM%20e%20CARVALHO.pdf>. Acessado em 12/10/12.

CASARA, Andressa; GENEROSI, Rafael Abeche; SGARBI, Sandra. A recreação terapêutica como forma de intervenção no âmbito hospitalar. In: **Revista digital - Buenos Aires** - Ano 12- Nº 110- Julho de 2007. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd110/a-recreacao-terapeutica-no-ambito-hospitalar.htm>. Acessado em 20/06/11

CAVALARI, Thais Adriana. Lazer e educação física nas propostas curriculares de Ensino Fundamental e Médio do estado de São Paulo. In: Marcellino, Nelson Carvalho (Org): **Lúdico, educação e educação física**. Ed. Unijuí, 1999. p.191-198

COSTA, Auredite Cardoso. Psicopedagogia e Psicomotricidade: Pontos de inserção nas dificuldades de aprendizagem. 2 Ed. Petrópolis: Vozes , 2002

DANIEL, Jonas Vasconcelos. **O curso em licenciatura da educação física na UFRGS: a voz discente**. UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18860/000732081.pdf?sequence=1>. Acessado em 12/11/12

DIAS, J.A. ; PEREIRA, T.R.M. ; LINCOLN, P. B. ; SILVA SOBRINHO, A importância da execução de atividade física orientada: uma alternativa para o controle de doença crônica na atenção primária. In: **EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires**, ano 12, Nº 114, novembro de 2007. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd114/a-importancia-da-execucao-de-atividade-fisica-orientada.htm>. Acessado em 14/11/12

FERREIRA, Silvia Regina; OLSCHOWSKY, Agnes. Residência: Uma modalidade de ensino. In: In: Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Farmer; PASINI, Vera Lúcia (orgs.) **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**; Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 23-35.

FORTUNA, Tânia Ramos. Brincar, viver e aprender: educação e ludicidade no hospital. In: **Ciênc. Let.** Porto Alegre, nº 35, p.185-201. Mar/jul 2004.

GALLARDO, Jorge Sérgio Pérez (ORG.). **Educação física: contribuições à formação profissional**. 3º Ed, Ijuí. Ed. Unijuí, 2000.

GOMES, I.; FRAGA, M. *Direitos do cidadão hospitalizado*. Fortaleza: Ban Gráfica, 2001.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Relatório do Serviço de Recreação Terapêutica referente ao ano de 2010**. Porto Alegre: HCPA, 2010 (mimeo.)

JÚNIOR, Aluísio Gomes da Silva; ALVES, Carla Almeida. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini, Márcia Valéria; Corbo, Anamaria (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. P. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26> Acessado em 14/09/12

LUZ, M. T. A 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, A. B.; WACHS, F. (Org.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Ed. Da Universidade, 2007.

MALTA, Deborah Carvalho ET AL. A Política Nacional de Promoção á Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. In: **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, vol 18 n° 1 p. 79-86, jan-mar 2009. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000100008&lng=pt&nrm=iss&tlng=pt. Acessado em 23/11/12

MARTINELLI, Telma Adriana Pacífico; AZEVEDO, Mário Luiz Neves. A cultura e a constituição histórica da educação física no Brasil. **IX Seminário de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Educação- Universidade estadual de Maringá**. Maringá, 2010. Disponível em: http://www.ppe.uem.br/publicacoes/seminario_ppe_2009_2010/pdf/2010/022.pdf. Acessado em 14/09/12

MARTINS, Anisia Reginatti ET Al. Residência Multiprofissional em Saúde: O que há de novo naquilo que já está posto. In: Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Farmer; PASINI, Vera Lúcia (orgs.) **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**; Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 75-91

MERHY, Emerson Elias. Perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Merhy, Emerson Elias. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**; Ed. Xamã; São Paulo, 1998. Disponível em: https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/10722/mod_resource/content/1/artigo%20emerson%20merhy.pdf. Acessado em 12/11/12

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, I. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 3. ed. São Paulo:Hucitec, 2006.

MILTRE, Rosa Maria de Araújo. O brincar no processo de humanização de produção de cuidados pediátricos. In: Deslandes, Suely Ferreira (org) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. 1° ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 1° ed. 2006. p. 283-300.

MILTRE, Rosa Maria de Araújo; GOMES, Romeu. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. In: **Ciência. Saúde coletiva** vol.9 nº1, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232004000100015&script=sci_arttext&tlng=pt. Acessado em 05/05/11

MILTRE, Rosa Maria Araújo; GOMES, Romeu. A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. In: **Ciênc. Saúde coletiva** vol.12 nº5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500025&lng=en&nmr=iso. Acessado em 05/05/11.

MOLINA, Rosane Maria Kreuzburg. O enfoque teórico metodológico qualitativo e o estudo de caso: uma reflexão introdutória In: MOLINA NETO; Vicente; TRIVIÑOS, Augusto N. S. **A pesquisa qualitativa em educação física** (Organizadores) 3º ed. Porto Alegre: Sulina, 2010, p 95-105

NEGRINE, Airton. Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa. In: MOLINA NETO; Vicente; TRIVIÑOS, Augusto N. S. **A pesquisa qualitativa em educação física** (Organizadores) 3º ed. Porto Alegre: Sulina, 2010, p 61-93

OLIVEIRA, Clélia da Silva; OLIVEIRA, Emanuella Machado; POSTIGO, Johnny; BORRAGINE, Solange de Oliveira Freitas. O profissional de educação física e sua atuação na saúde pública. In: **EfDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires**, N° 153, 2011. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd153/o-profissional-de-educacao-fisica-na-saude-publica.htm>. Acessado em 14/11/12.

SANTOS, Josenaide Engrácia. MEIRA, Marluce de Oliveira Brito; SANTANA, Joana Angélica Teles. Residência multiprofissional em saúde: construção de uma estratégia de formação de recursos humanos. In: **Brasil. Ministério da Saúde**. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf. Acessado em 16/11/12.

SANTOS, Marcel Ivan; SILVA, Dirceu Santos; BOGES, Kleidiana Cássia Silva. Percepções da educação física no campo da saúde coletiva: limites e possibilidades In: **EfDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires**, N° 136, 2009. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd136/educacao-fisica-no-campo-da-saude-coletiva.htm>. Acessado em 14/11/12.

STEIN, C.K. Educação física e programa de saúde da família: mundos que se comunicam. **Anais: IX Congresso Nacional de Educação – EDUCARE**, III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. PUCPR. Paraná, outubro, 2009.

WACHS, Felipe. Educação física e saúde mental: uma reflexão introdutória. In: FRAGA, Alex Branco. WACHS, Felipe (orgs.). **Educação física e saúde**

coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p.87-98