

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

Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva

Thayná Cristina Parsaneze Iasi

**A EDUCAÇÃO FÍSICA E O CUIDADO À SAÚDE MENTAL DE
ADOLESCENTES**

Porto Alegre

2020

Thayná Cristina Parsaneze Iasi

**A EDUCAÇÃO FÍSICA E O CUIDADO À SAÚDE MENTAL DE
ADOLESCENTES**

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, como requisito parcial para obtenção de grau de especialização em Saúde Mental Coletiva.

Orientadora: Julia Lângaro Becker

Co-Orientadora: Cristina Lima da Rocha Cannas

Porto Alegre

2020

Aos meus pais Izildinha e Claudio, por estarem sempre comigo me apoiando e me dando força para seguir. As minhas pequenas sobrinhas Carol e Maria Antonia, por inspirarem, colorirem e alegrarem a minha existência. E a minha irmã Thais, com amor, dedico.

AGRADECIMENTOS

Durantes as andanças da residência nunca estive só. Para que tudo isso fosse possível, tive muitos encontros importantes e essenciais. Para cada um deles, e para todos aqueles que fizeram parte disso... Muito Obrigada !

Gratidão Capsij “Aquarela” por ter me inspirado, motivado e ter me feito aprender!!! Levo vocês no coração. Sempre!!! Muito sucesso e vida longa.

Alpheu, agradeço por se dedicar tanto a Educação Física e a nós residentes. Foi muito importante poder contar com você nesse percurso. E é muito bom saber que os próximos residentes poderão contar com você, sua experiência e vontade na saúde mental.

Cris e Júlia, muito obrigada pela orientação. Sei que para vocês também foi um desafio, mas vocês foram incríveis. Obrigada por abraçarem a ideia desse trabalho comigo, por terem contribuído tanto. Obrigada por estarem sempre disponíveis! Cris, você foi mais um presente que o Capsij me deu. Durante 2018 aprendi muito trabalhando com você, e durante essa orientação, aprendi ainda mais. Obrigada por tudo!

A equipe da EESCA, Dani, Graice, Ana Paula, Rô e especialmente Samantha que abraçou comigo diversos grupos, que me ensinou muito em todos eles, que me orientou em leituras, que sentou comigo diversas vezes para falar sobre o meu tcr ou para falar sobre tudo o que estava vivendo. Obrigada!!!

A Casa dos Cata Ventos e equipe por me acolherem e principalmente acolherem minhas ideias e ações. Foi com certeza uma experiência que terminou cedo, mas que deixou marcas permanentes. Muito obrigada!

Juliany, obrigada por ter me abraçado como me abraçou assim que cheguei em Porto Alegre. Obrigada por ter feito eu me sentir em casa, mesmo estando tão longe de tudo o que, até então, era confortável. Obrigada por tantas conversas e risadas.

Roger, Luna, Wesley, Mari, Nina, Marlise, LuisaS, Fer ... que incrível foi encontrar vocês. Cada um da sua maneira, na sua intensidade deixou sua marca e fez esse percurso ser ainda mais especial. Levo vocês no coração.

Karolyyyneeee ... unespiano se encontra em qualquer canto e como foi bom ter uma unespiana paulista para compartilhar tantas emoções. Você esteve ao meu lado durante esses dois anos, para rir, chorar, me dar bronca ou me sacudir. Juntas dividimos muitas coisas e até uma casa. Foi incrível tudo o que passamos!!! Obrigada ... e obrigada especialmente por ter me dado a oportunidade de ser madrinha do ser mais incrível do planeta, que me faz passar por dificuldades quando

suas mordidas são confundidas com automutilação, mas que me dá energia a cada miado... Aiiii Tarsilaaaa, já sofro de saudades!!!

Eduarda Maria, que apareceu no meio do caminho e chegou para movimentar tudoooo o que estava parado. Que fez cada dia parecer semanas, tamanha a intensidade. E fez tudo parecer calma a cada sorriso. Obrigada por ter segurado minha mão nessa finaleira!! Obrigada por estar comigo nessa jornada! Amo você!

Aos que mesmo de longe foram essenciais nessa jornada e que são essenciais para a minha vida! Agradeço todos os dias por ter vocês. Cris, Paula, Gabi, Naras, Erika, Carola e Milena, não importa que cada uma more em um canto desse mundo, o que importa é que estamos sempre juntas e levo vocês no camarote do meu coração! Obrigada!!!

À minha família que não importa se está sol ou tempestade me mostra que sempre estaremos juntos. Que me deram a base para que eu pudesse voar e que estão sempre de braços abertos para me receber. Mãe, Pai, Thais vocês foram essenciais para eu chegar até aqui. Obrigada! Carol e Maria Antonia, vocês são presentes da vida. Vocês me apresentaram uma nova forma de amar. Vocês colorem as paredes do meu quarto, estampam o meu celular, ocupam minhas conversas e alegram o meu viver. Amo vocês!

RESUMO

As residências multiprofissionais em saúde têm como objetivo a formação qualificada dos profissionais voltados para as diretrizes do SUS. Diversos núcleos profissionais são aptos para tal formação. Entretanto, particularmente na área da Saúde Mental, o núcleo da Educação Física ainda busca um lugar e possui pouco espaço nos programas de residências vigentes. A atividade física tem seus benefícios comprovados na literatura, tanto em aspectos físicos, emocionais e sociais quanto para diferentes populações. A adolescência que compreende um período de mudanças também se beneficia com a prática. Ao ingressar, enquanto profissional de Educação Física, na Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, me deparei com diversos serviços que tinham os adolescentes como seu principal usuário. Durante minha prática, pude perceber o quanto as ferramentas da Educação Física podem ser importantes para o cuidado em saúde mental dessa população. Este trabalho traz alguns recortes de experiências vividas e uma reflexão teórica acerca do mesmo, para assim poder compreender o papel do profissional de Educação Física na área da saúde mental coletiva.

Palavras-chave: Saúde Mental Coletiva; Adolescência; Educação Física.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 ATIVIDADE FÍSICA COMO DISPOSITIVO DE SAÚDE (MENTAL)	3
2.1 A EDUCAÇÃO FÍSICA NA HISTÓRIA	3
2.2 A EDUCAÇÃO FÍSICA EM ESTUDO	7
2.3 ASPECTOS EMOCIONAIS DA ATIVIDADE FÍSICA	8
3 ADOLESCÊNCIA: UM IMPORTANTE PERÍODO DO DESENVOLVIMENTO	11
3.1 CUIDADO COM A SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA	13
3.2. A ADOLESCÊNCIA EM VULNERABILIDADE	14
4 VIVÊNCIAS, EXPERIÊNCIAS E OBSERVAÇÕES: O OLHAR DA EDUCAÇÃO FÍSICA	16
4.1 HELENA	16
4.2 TÁBATA	19
4.3 MIGUEL EM ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO	21
4.4 OS ADOLESCENTES E O FUTEBOL	24
5 DISCUSSÃO	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA	33

1 INTRODUÇÃO

As residências multiprofissionais na área da saúde foram instituídas por meio da Lei Federal 11.129/05. Efetivam-se através da articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, tendo por objetivo a formação e a qualificação dos profissionais voltadas para as diretrizes do SUS. Trata-se, assim, de uma modalidade de formação *lato sensu* com ênfase na prática profissional, a qual busca a consolidação da formação de qualidade, o exercício crítico da profissão e a qualificação dos serviços prestados aos usuários do SUS.

As profissões consideradas para tal modalidade formativa são aquelas apontadas na resolução do CNS (287/1998): Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. A Educação Física, entretanto, apesar de estar contemplada na resolução citada, não integra grande parte dos programas de Residência Multiprofissional. Em breve levantamento feito sobre os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental observou-se que, dentre os 16 programas atualmente vigentes, somente 4 oferecem vagas para o profissional de Educação Física.¹

Tais números evidenciam a pouca inserção da área nas formações do campo da saúde mental, apesar de diversos estudos apontarem para a importância da atividade física em diferentes parâmetros influentes na Saúde Mental dos indivíduos. Nesse sentido, torna-se de extrema importância o desenvolvimento de

¹ Os dados são referentes a uma pesquisa realizada com base em todos os editais das residências que foram publicados no ano de 2019 para ingresso em 2020.

mais estudos que abordem a Educação Física como importante ferramenta para a saúde mental.

Ao ingressar no Programa de Residência em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS tive a oportunidade de estar em diversos campos da Saúde Mental (CAPS, UBS, Equipes especializadas), em sua maioria serviços que atendiam crianças e adolescentes. A partir disso, pude perceber que muitas vezes as ferramentas tradicionais utilizadas - atendimentos psicossociais individuais e em grupo - poderiam ter sua eficiência ampliada quando somadas aos saberes da Educação Física. Por vezes foi possível perceber que, diante da proposta da atividade física, crianças e adolescentes conseguiam expressar mais livremente questões importantes para seu atendimento.

Ao deparar-me com estudos sobre adolescência e sua complexidade encontrei elementos que indicam que a oferta de atividades corporais mostra-se como uma ferramenta atrativa e motivadora para seus praticantes. Desta forma, buscarei, no decorrer deste trabalho, compreender melhor sobre esse período complexo do desenvolvimento - a adolescência -, o espaço a ela destinado no sistema de saúde e os impactos da vulnerabilidade social para tal população. Finalizo este escrito com a discussão, a partir de experiências vivenciadas no percurso formativo da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, sobre o impacto da atividade física na saúde mental de adolescentes.

2 ATIVIDADE FÍSICA COMO DISPOSITIVO DE SAÚDE (MENTAL)

2.1 A EDUCAÇÃO FÍSICA NA HISTÓRIA

Os primeiros relatos sobre atividades físicas realizadas no Brasil deram-se em 1500, quando Pero Vaz registrou as atividades de salto e danças realizadas pelos indígenas, na chegada dos portugueses ao Brasil (RAMOS, 1982). Gutierrez (1972) apresenta que as atividades realizadas pelos povos originários eram de cunho natural (brincadeiras, nados e outras formas de locomoção) e/ou utilitários (prática de arco e flecha e atividades de caça), além das danças e encenações com objetivo recreativo e religioso.

Ainda no Brasil Colônia (1500-1832) surgiu a capoeira, atividade de luta e dança criada pelos povos vindos da África. Tanto as práticas indígenas, quanto a capoeira, são consideradas por historiadores como os primeiros elementos da Educação Física ocorridos no Brasil (RAMOS, 1982). Posteriormente, no Brasil Império (1822-1889), surgiram os primeiros estudos sobre o tema, como o “Tratado de Educação Física e moral dos meninos”, elaborado em 1823, por Joaquim Antônio Serpa. Tal documento apontava que a Educação Física deveria cuidar da saúde do corpo e do espírito, investindo na educação moral de seus praticantes (GUTIERREZ, 1972).

Foi somente no ano de 1851, por meio da reforma Couto Ferraz, que a Educação Física, através da ginástica, passou a ser tratada como um conteúdo escolar, vindo a integrar os currículos. Tal medida, entretanto, causou desconfortos aos pais, que não compreendem esta como uma prática de caráter intelectual. Rui Barbosa (1882), assim, passou a defender a ginástica como

necessária para a manutenção de um corpo saudável, considerando-a como um importante pilar de sustentação para as atividades intelectuais (RAMOS, 1982) .

Entre os séculos XIX e XX surgiu o movimento higienista, quando os médicos sanitaristas tomaram como questão as sucessivas ocorrências de surtos epidêmicos de algumas doenças, como febre amarela e tuberculose, as quais aumentavam as estatísticas de morte entre as populações urbanas. O emergente crescimento do comércio, da indústria e do trabalho assalariado nos grandes centros foram alguns dos motivos que geraram uma evasão de pessoas do interior para a cidade, em busca de novas oportunidades. Esta migração ocasionou um crescimento urbano desordenado, com péssimas condições sanitárias, observando-se assim a necessidade de uma intervenção para orientar, higienizar e educar a população.

A classe médica encabeçou a ideia de que a higiene e a educação, juntas, poderiam mudar a face do país. Neste sentido as instituições médicas, através de publicações e conferências, trouxeram pensamentos que auxiliaram na compreensão da necessidade de uma educação física escolar que incidisse na saúde física da população. O exercício físico passou a aparecer, então, como antídoto para todos os males, além de potencialmente capaz de prevenir e curar doenças, investindo na construção de corpos robustos e saudáveis e colocando-se como um valioso canal para o controle da sociedade. Sendo assim, o movimento higienista, buscou educar física, higienista e moralmente o indivíduo para a formação de uma sociedade que fosse capaz de corresponder aos seus ideais de um novo momento histórico (RAMOS, 1982). Este movimento deixou

marcas na compreensão da Educação Física, as quais se perpetuam até os dias atuais.

Em busca de uma população com homens fortes e viris a atividade física passou a se disseminar pela sociedade, obedecendo às diferenciações dos grupos sociais. Assim, a elite praticava predominantemente o remo, enquanto criticava a capoeira, comum entre as demais camadas sociais. Foi no início do século XX que as práticas esportivas passaram a relacionar-se com o lazer e o tempo livre, sem deixar de integrar o currículo escolar.

Os esportes eram associados ao espetáculo e às vezes definidos como manifestação cultural. Assim, as modalidades passaram a ganhar mais adeptos, como o futebol, o ciclismo, o remo e a esgrima. As corridas de bicicleta ocorriam em estruturas físicas próprias, onde também eram realizadas as partidas de futebol. A prática de tais atividades em meio aberto proporcionaram o contato com a natureza e assim passaram a ter relação com hábitos saudáveis e, conseqüentemente, com saúde. Os esportes, nesse momento, eram praticados exclusivamente por homens, cabendo às mulheres o papel de espectadoras. Mais tarde elas conquistaram espaço em alguns esportes como natação e ginástica (COSTA et al, 2003).

Após a revolução de 30, Getúlio Vargas assumiu a reforma provisória e criou o Ministério de Negócios da Educação e Saúde Pública. Neste momento, partindo da ideologia de uma identidade nacional, inseriu a Educação Física como uma importante disciplina na escola, visando, através de sua prática, à constituição de homens fortes e sadios para a guerra. A Educação Física escolar, nesse sentido, era tida como uma disciplina capaz de formar este cidadão. Com o

advento do Estado Novo, o apelo patriotista se colocou como diretriz fundamental e a Educação Física foi tomada como ferramenta para a preparação física de jovens do sexo masculino, para que atuassem como defensores da pátria. Já às mulheres era destinada a função de mãe, e, com a missão de gerar filhos fortes e saudáveis, eram submetidas a uma educação distinta do homem, tendo sua participação restrita na área da Educação Física (RAMOS, 1982).

A partir de então o esporte evoluiu enquanto espetáculo e, a partir da Segunda Guerra Mundial, adquiriu uma conotação mercadológica. O esporte, enquanto promotor de saúde, sempre influenciou o estilo de vida da sociedade, mudando seus hábitos, costumes e culturas e mostrando-se capaz de construir sonhos e ideais.

Analisando esse histórico percebe-se que a evolução da Educação Física sempre se deu muito ligada a questões médicas e militares. A educação física surge com o ideal de corpos saudáveis, fortes, dóceis, preocupados com a estética e nacionalismo. Porém esse determinante se altera por meio das mudanças históricas.

Diversas correntes começam a surgir a fim de modificar os paradigmas existentes sobre as práticas esportivas. Pouco a pouco estudiosos da área passaram a implementar diferentes conceitos sobre a Educação Física, ressaltando que a mesma poderia ser muito mais importante para a população do que vinha sendo considerada. Assim, a Educação Física passou a ser valorizada para além de questões físicas, tendo sua importância defendida no campo social e emocional.

2.2 A EDUCAÇÃO FÍSICA EM ESTUDO

A Educação Física no Brasil passou a ter uma relação mais aproximada com a saúde quando seus profissionais foram reconhecidos na área, por meio da Resolução CNS - N° 218, de 6 de março de 1997. Isso se deu principalmente com a mudança do perfil de morbidades e mortalidade, que passou a ter a predominância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), estando a inatividade física situada entre os quatro fatores de risco para tal grupo (OMS, 2009). Paralelamente, estudos epidemiológicos foram realizados e demonstraram que a prática de atividade física também está associada ao aumento da expectativa e à qualidade de vida (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2009; OLIVEIRA et al. 2010).

A educação física compreende, em sua prática, o cuidado integral do indivíduo, e busca trabalhar de forma integral com o corpo e com a mente (COLETIVO DE AUTORES, 1992). Diversos estudos na área buscam apontar para os benefícios biológicos e fisiológicos da prática de atividade física.

Morgan (1985) e Ransford (1982) demonstraram que a atividade física é capaz de aumentar a transmissão sináptica de monoaminas, da mesma forma que os antidepressivos. Além disso, observaram que a atividade física provoca a liberação de opióides endógenos (endorfinas - morfina "endógena"), basicamente as beta-endorfinas. Tais substâncias possuem um efeito inibitório no sistema nervoso central, gerando uma sensação de ânimo e calma (MORGAN, 1985; ANSFORD, 1982; NICOLOFF, SCHWENK, 1995).

Diversos estudos apontam uma diminuição das alucinações visuais, aumento na autoestima e melhora na qualidade do sono de pacientes com transtornos psiquiátricos após a participação em programas de atividade física

(CHAMOVE, 1986; FAULKNER & SPARKES, 1999; DALEY, 2002; CHALLAGAN, 2004).

2.3 ASPECTOS EMOCIONAIS DA ATIVIDADE FÍSICA

Para além dos aspectos biológicos acima ressaltados, podemos afirmar que o esporte também é capaz de criar e fortalecer vínculos entre aqueles que o praticam, abrindo a possibilidade de constituição de novas redes de cuidado por meio da sustentação de espaços coletivos. Diversas atividades esportivas contemplam, ainda, características importantes e que são fundamentais para trabalhar diferentes questões com a população jovem, tais como a ética, o jogo justo, o respeito por si próprio e pelos outros, respeito às regras, resolução de problemas, tolerância, trabalho em equipe, entre outros. Durante uma partida de futebol, por exemplo, o jogador deverá exercitar muito mais que habilidades físicas, mas também habilidades emocionais e cognitivas. Ou seja, na decepção da derrota, na frustração de um pênalti perdido, na emoção de uma conquista, na raiva de uma falta, o jogador deve ser capaz de encontrar mecanismos para lidar da melhor forma possível com tudo isso. Esta experimentação, entendo, torna o esporte uma ferramenta eficaz para exercitar tais “capacidades” que poderão ser transferidas para as situações da vida diária.

Em 2003, a ONU (Organização das Nações Unidas) publicou um relatório a fim de analisar em detalhes o papel do esporte para a realização das Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas (MDMs). Tal documento contou com a participação de agências internacionais, sendo denominado de ‘Força Tarefa entre as Agências das Nações Unidas sobre o Esporte para o Desenvolvimento e a Paz’. Segundo eles:

(...) o esporte oferece um fórum para o aprendizado de habilidades tais como a disciplina, a confiança e a liderança e ensina princípios fundamentais, tais como a tolerância, a cooperação e o respeito. O esporte ensina o valor do esforço e como lidar com a vitória e com a derrota. Quando estes aspectos positivos do esporte são enfatizados, o esporte se torna um poderoso veículo através do qual as Nações Unidas podem trabalhar para a realização de suas metas (...) (ONU, 2003)

A partir disso é possível afirmar que a prática de atividade física é fundamental para um desenvolvimento global do indivíduo, ao considerar seus aspectos físicos, emocionais e favorecer as relações sociais. Nesse sentido, pode também ser considerada uma possibilidade potente de intervenção junto a jovens em situações de vulnerabilidade, por constituir-se como uma alternativa saudável, bem como uma oportunidade de lazer e de auto expressão:

(...) o esporte pode atravessar as barreiras que dividem as sociedades, tornando-o assim uma poderosa ferramenta para apoiar esforços de prevenção de conflitos e de construção da paz, tanto simbolicamente no nível global, quanto de maneira bastante prática dentro das comunidades. Quando aplicados eficazmente, os programas de esportes promovem a integração social e fomentam a tolerância, ajudando reduzir a tensão e gerar o diálogo. O poder de organização e reunião do esporte o torna uma ferramenta ainda mais eficaz para a comunicação e a conscientização (...) (ONU, 2003)

Bonhauser *et al.* (2005) realizaram um estudo com 198 adolescentes de 15 anos, estudantes de uma escola localizada em um bairro de baixo poder aquisitivo da cidade de Santiago, no Chile. Tinham como objetivo avaliar os efeitos de um programa de atividade física na escola sobre a aptidão física e estado de saúde mental dos adolescentes. O programa foi realizado durante todo o ano letivo e buscou desenvolver atividades físicas de acordo com a preferência dos alunos. Os pesquisadores concluíram que, além de mudanças fisiológicas importantes, como o nível de oxigenação (aumento de 8,5%), alterações na ansiedade e auto estima também foram revelados nos questionários validados para tal estudo. Para o

grupo participante houve uma diminuição de 13,7% da ansiedade e melhora de 2,3% na auto estima.

3 ADOLESCÊNCIA: UM IMPORTANTE PERÍODO DO DESENVOLVIMENTO

A palavra “adolescência” vem do latim *adolescere*: fazer-se grande.

(...) período do desenvolvimento humano, entre a puberdade e a idade adulta, durante o qual ocorrem mudanças físicas, como o crescimento acelerado e a maturidade sexual e alterações psicológicas e sociais (...)
(Michaelis online)

Diversos autores buscam conceituar o período da adolescência. Entretanto por se tratar de um período de muitas mudanças, sejam elas biológicas, emocionais, sociais, defini-lo torna-se uma tarefa árdua.

Segundo Zagury (1996):

(...) adolescência é uma fase de transição entre a infância e a juventude. É uma etapa importante do desenvolvimento, com características próprias, onde a criança irá tornar-se adulta com capacidade de reprodução. As mudanças corporais desta fase são universais e as psicológicas e sociais variam de cultura, de grupo para grupo e até em pessoas do mesmo grupo (...)

De acordo com a OMS (1965), Ministério da Saúde (2007) e IBGE (2007), a adolescência pode ser definida como um período biopsicossocial que compreende a faixa etária entre 10 e 20 anos. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, esse período vai dos 12 aos 18 anos (Brasil, 2007).

Tourrete e Guidetti (2009) ressaltam a importância de que se diferencie adolescência e puberdade, porque apesar de acontecerem quase no mesmo período, são fenômenos que acarretam em diferentes modificações. Os autores sustentam que puberdade refere-se a modificações biológicas que transformam o corpo infantil em o corpo adulto, capacitando-o para a reprodução. Já a adolescência acarreta alterações psicossociais que acompanham as modificações da puberdade. Desta forma, a puberdade varia de acordo com cada sujeito,

podendo acontecer de forma mais rápida ou tardia de acordo com as características biológicas individuais, enquanto a adolescência também perpassa atravessamentos culturais e ambientais.

Alameda (2012) acrescenta que as modificações físicas advindas da puberdade alteram a representação psíquica que a criança tinha de seu próprio corpo e salienta, também, que é preciso considerar as peculiaridades desse processo. Assim, a forma como estão organizados os arranjos de determinada sociedade tem influência decisiva sobre a compreensão acerca desta faixa etária.

Em nosso contexto atual, pode-se afirmar que a adolescência constitui-se como uma fase complexa em que não se deve parecer mais com uma criança, tampouco faz-se ideia de como ser um adulto. O adolescente está em uma constante busca da construção de sua identidade por meio de novas experiências e novas redes, ao mesmo tempo em que é alvo de exigências sociais idealizando seu amadurecimento e suas perspectivas para o futuro.

Kalina e Laufer (1974), Lewis e Volkmar (1993) também optam por dissociar a puberdade da adolescência, pois acreditam que a primeira estaria muito mais relacionada a questões fisiológicas, compreendendo mudanças corporais e hormonais, enquanto a adolescência estaria mais relacionada aos componentes psicossociais desse mesmo processo. Formigli, Costa & Porto (2000) afirmam que a adolescência tem início com as mudanças corporais no período da puberdade e encerra-se com a inserção social, profissional e econômica na sociedade.

Estudos apontam para a importância dos marcos biológicos desta fase e compreendem também as alterações cognitivas e sociais inerentes a essa etapa. (MARTINS, TRINDADE, & ALMEIDA, 2003; SANTOS, 2005) De acordo com Turrete e Guidetti (2009), as modificações hormonais que ocorrem nesse período

ocasionam transformações físicas como o ritmo do crescimento e o desenvolvimento dos órgãos genitais e afetam áreas cerebrais como o hipotálamo, responsável pela expressão do comportamento emocional. Tais modificações são refletidas diretamente na imagem corporal e conseqüentemente ocasionam uma repercussão social diante da nova imagem.

Com tantas transformações, o período da adolescência acaba por repercutir não só no indivíduo, mas na família e na comunidade, sofrendo influências dessas interações. Tais modificações, tão peculiares, trazem a necessidade de que os cuidados com a saúde também se coloquem como questão no acompanhamento a esse importante estágio do desenvolvimento.

3.1 CUIDADO COM A SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA

O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) reconhece que crianças e adolescentes estão em desenvolvimento. Assim, torna-se importante que, nesse processo, tenham acesso ao convívio com adultos acolhedores, preferencialmente familiares e ao sentimento de pertença a um grupo social, bem como à educação formal, às ações de promoção, proteção e recuperação da sua saúde; ao desenvolvimento e à qualificação profissional. A possibilidade de realização de projetos de vida, reconhecendo os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais que influenciam sua efetividade, também se coloca como um importante ponto a ser observado.

Além disso, o ECA atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a função de promover o direito à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, por

meio do acesso universal às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, voltados para o público de gestantes, parturientes, nutrizes, recém nascidos, crianças e adolescentes até os 18 anos (artigos 7º e 11 do ECA, 1990). Com isso, o SUS – por meio de suas Leis Orgânicas nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 e de suas diversas políticas – assumiu responsabilidades sanitárias para com crianças, adolescentes e suas famílias.

Neste sentido, o SUS preconiza o acesso a outras políticas intersetoriais para a promoção de bem-estar físico, mental e social. Neste âmbito, destacam-se estratégias destinadas à promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, da saúde sexual e reprodutiva, da saúde mental e aquelas estratégias voltadas para a prevenção contra o álcool e outras drogas e à redução da mortalidade por violências e acidentes.

O mesmo se dá com as populações de crianças e adolescentes em situação de rua, em acolhimento institucional, em situações de violência e exploração, entre outras. A produção de saúde será sempre a produção de sujeitos, que devem ser responsáveis por seus atos (e por sua demanda, seu sofrimento), mas que – e justamente para o que – também detêm direitos de acesso a todos os cuidados essenciais que devem ser providos pelo Estado e pela sociedade (saúde, educação, moradia, cultura, convivência familiar e comunitária etc.) (BRASIL, 2014).

3.2. A ADOLESCÊNCIA EM VULNERABILIDADE

Segundo levantamento realizado pela Fundação Abrinq, em 2018, a população de crianças e adolescentes no Brasil com idade entre 0 e 19 anos é de 68 milhões, ou seja, 33% da população. Tal faixa etária é mais expressiva na Região

Norte, onde concentram-se 41,6%, seguidos pela Região Nordeste (36,3%), Região Sudeste (29,9%), Região Sul (30,4%) e Região Centro-Oeste (33,5%).

Verificando os dados referentes à situação de pobreza (renda domiciliar per capita mensal inferior ou igual a meio salário mínimo) e de extrema pobreza (renda domiciliar per capita mensal inferior ou igual a um quarto de salário mínimo) observamos que 40,2% das crianças e adolescentes brasileiros encontram-se em situação de pobreza e que 13,5% estão na faixa da extrema pobreza. Aprofundando ainda mais os dados referentes a tal faixa etária verificamos que 3,3% da população entre 6 e 14 anos e 16,7% entre 15 e 17 anos não está na escola. Quando falamos de trabalho infantil estima-se que 5,0% das crianças e adolescentes na faixa de 5 e 17 anos estão nesta condição, número esse que cresce ainda mais nas zonas rurais, onde 85% das crianças entre 5 e 9 anos, 52,4% entre 10 e 14 anos e 24,4% entre 15 e 17 anos estão em alguma situação de trabalho infantil.

Tais dados ilustram um pouco da realidade vivida por crianças e adolescentes do Brasil, onde grande parte da população nessa faixa etária encontra-se em situação de vulnerabilidade, exposta aos mais diferentes tipos de trabalho e a diversos riscos. No município de Porto Alegre a situação não é diferente, e, segundo dados da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), os trabalhos mais comuns envolvendo crianças e adolescentes são a mendicância, geralmente em torno dos grandes comércios, a catação de lixo, a venda de produtos diversos, a exploração sexual comercial e o tráfico de drogas.

4 VIVÊNCIAS, EXPERIÊNCIAS E OBSERVAÇÕES: O OLHAR DA EDUCAÇÃO FÍSICA

Durante o percurso da residência, percorri diversos serviços e em sua maioria tive a oportunidade de desenvolver um trabalho com crianças e adolescentes. Durante um ano estive no Centro de Atenção Psicossocial - CAPSij de São Leopoldo e entre as diversas atividades desenvolvidas tive o apoio da equipe para desenvolver o projeto “PROMOVA” (Programa de Movimento, Orientação, Vivência e Acolhimento).

O projeto foi desenvolvido em parceria com a Secretaria de Esportes, que nos cedeu o espaço do Ginásio Municipal, e com uma colega, também residente, assistente social. Com o apoio e incentivo por parte de toda equipe do CAPSij conseguimos reunir adolescentes, uma vez por semana, por uma hora, para desenvolvermos atividades físicas. Nosso objetivo era principalmente proporcionar espaço para que esses adolescentes pudessem explorar diversas práticas em um ambiente acolhedor e integrativo, para que assim também fossem abertas novas possibilidades de vínculos e de interesses. Durante o ano de 2018 o PROMOVA contou com a participação de muitos adolescentes e assim foi possível perceber que, para além das práticas, o espaço também foi utilizado, por eles, como um momento de escuta e de colocar em ato o que sentiam.

4.1 HELENA

Certa vez Helena², 14 anos, foi convidada a participar do projeto. Ela já frequentava o serviço e havia passado por uma internação. Entre idas e vindas,

² Todos os nomes dos usuários aqui citados, foram alterados a fim de manter em sigilo a identidade dos mesmos.

sempre trazia seu desejo de morte. Helena tinha dificuldade de falar sobre os fatores que contribuíam para esse desejo incessante, já havia transitado por muitos técnicos do CAPSij, tinha medo de ser internada mais uma vez.

Mantínhamos uma rotina para a realização do PROMOVA. Assim, esperávamos os adolescentes no CAPSij e seguíamos com eles até o ginásio. O trajeto de cerca de 1,5 km durava aproximadamente 15 minutos e, além de proporcionar um aquecimento para as práticas a serem desenvolvidas, também era um espaço de aproximação entre os adolescentes e com aqueles que os acompanhavam. Assim, ao longo do projeto, esse deslocamento foi se mostrando um momento em que diversas e importantes escutas se davam. No dia em que Helena iniciou no grupo, não foi diferente. No início do percurso ela optou por seguir em silêncio, observando a movimentação dos demais. Não demorou muito para que uma música que tocava em uma das lojas servisse de gatilho para iniciarmos um diálogo. Era a primeira vez que o encontro entre residente e adolescente se dava, mas foi na caminhada entre um espaço e outro que a conversa rapidamente caminhou para seus medos, suas inseguranças.

Foi nesse percurso também que Helena conseguiu relatar que sua última internação se deu após uma conversa com um dos técnicos do serviço. E que isso teria contribuído para que criasse uma resistência com o espaço e uma desconfiança na equipe, ela entendia a importância de estar ali, mas tinha medo de ser internada novamente.

Chegando no ginásio iniciamos a atividade. Helena não estava muito animada para a prática, mas mesmo assim, e provavelmente pelo recente vínculo criado, aceitou participar. A atividade do dia tinha começado com a brincadeira “Nunca

três” que consistia em um pega pega dinâmico, onde a atenção é a principal ferramenta para saber a hora de uma participação mais efetiva na atividade. Helena conseguiu estar ali e se dedicar ao que havia sido proposto. Interagiu com os demais, correu, sorriu, pegou e fugiu. Seu corpo e suas feições estavam diferentes de quando chegou. Ao final da atividade ela, cansada, pediu para sentar. Na arquibancada, observando os demais, ao mesmo tempo que o suor cedia, retornava sua feição fechada e triste. Aproximei-me e retornamos a conversa que havíamos começado no trajeto. Helena seguiu relatando o que a deixava triste, confusa e sugeriu importantes mudanças para que seu vínculo com o serviço fosse possível.

A melhora do humor observada corrobora com os estudos que demonstram que exercícios de intensidade moderada e de curta duração (10 - 40 minutos) são capazes de produzir benefícios psicológicos como melhora do humor aos que praticam (HANSSEN *et al.* 2001). A repetição dessas sessões traria os efeitos permanentes a longo prazo, como foi observado no estudo de Steinberg e cols. (1998).

Para além disso, a possibilidade de fala tinha sido apresentada em um lugar fora do CAPSij e sendo fora desse espaço não se dava mais a necessidade de falar. Notamos que quando o adolescente entra em uma sala com o terapeuta a fala toma o lugar principal daquele momento. O silêncio que poderá acontecer nesse espaço pode ser de difícil manejo para o terapeuta mas também pode ser angustiante para o adolescente. Quando esse espaço de cuidado se expande, a possibilidade de uma fala implicada pode ser maior. Helena, durante todo o percurso até o ginásio tinha a opção de se manter calada, sem ser ela

responsável pelo silêncio. Entretanto quando inicia seus relatos ainda na rua coloca nisso o seu desejo.

4.2 TÁBATA

Tabata, 15 anos, também participou do Promova. Assim como Helena, tinha dificuldade de criar laços com os terapeutas tornando o cuidado um pouco complicado. Entretanto, sua maior paixão era o futebol. Quando chegou no Capsij, Tabata passou pelo acolhimento e seguindo o fluxo habitual do serviço, aquele técnico com quem ela havia feito a primeira conversa seria responsável por, em conjunto com a menina, construir o Plano Terapêutico Singular mais adequado. Tabata não compareceu nos atendimentos seguintes e nesse momento seu técnico de referência teve de se ausentar do serviço por motivo de saúde. Quando retornou ao Capsij, Tabata não sabia ao certo com quem conversar. Naquela tarde todos os demais servidores estavam em atendimento e fui designada a fazer esse novo acolhimento. Em nossa conversa logo o futebol e o esporte já apareceram como algo comum entre nós, e juntamente com a equipe, avaliamos que o PROMOVA poderia ser um importante dispositivo para o cuidado da adolescente.

Tabata tinha muita dificuldade na relação familiar. Já havia acionado o conselho tutelar relatando maus-tratos diversas vezes. Algumas conversas para uma reconciliação foram feitas com a mãe, mas a situação sempre retornava. Esse conflito, somado a tantos outros inerentes à adolescência, faziam com que a dor de Tabata fosse colocada em ato, na pele, com cortes que segundo ela, serviam para amenizar as dores internas.

Quando inserimos em seu plano singular terapêutico o espaço do PROMOVA, Tabata relutou. Apesar de sua adoração pelo esporte ela havia se afastado dele

fazia algum tempo. Mas não demorou muito para que ela aceitasse participar uma vez para conhecer. Já no primeiro dia, em que ela só “observaria”, chegou ao Capsij vestindo um uniforme de futebol e com as chuteiras na mochila. Tabata seguiu no projeto até o final do mesmo. Ela era assídua, só faltava quando a situação na vida ficava mais complicada, seja por um abrigo temporário ou por uma briga mais acirrada em casa. Ao longo de sua permanência no projeto, Tabata criou um grande vínculo com o serviço. Passou por muitas modificações, muitos conflitos. Mas o vínculo com a atividade física foi muito importante para que ela conseguisse encontrar os melhores caminhos para seguir sua jornada. Quando encerramos o projeto em dezembro de 2018, Tabata não se cortava mais, falava em planos, tinha sonhos, apesar dos conflitos em casa ainda estarem borbulhando. Nossa última atividade juntas foi uma seletiva de futebol para o ingresso em uma escola particular. Acompanhei Tabata em todas as etapas e em nossas conversas percebi que o vínculo criado e o retorno para as atividades esportivas eram mais importantes que a aprovação naquela “peneira”.

O vínculo com Tabata foi de extrema importância para o seu acompanhamento no CAPS, entretanto com a finalização do meu período de inserção no serviço, fomos tomados pela angústia de como se daria a continuidade do acompanhamento. Durante o período que antecedeu minha saída pude conversar com Tabata diversas vezes sobre isso para que juntas pudessemos construir novas pontes para ela dar continuidade ao atendimento. Após minha saída definitiva, recebi relatos de que a adolescente teria voltado poucas vezes ao serviço, mas que em uma delas pode dizer que estava bem, que havia conseguido um emprego e que não estava mais com a demanda de atendimento no CAPSij.

Assim foi possível perceber a importância de conseguir desenvolver um trabalho com adolescentes em que eles mesmos encontrem as ferramentas necessárias para ultrapassar as dificuldades que estão sendo apresentadas. Nesse sentido, Winnicott (1968/2012) esclarece:

Tudo que fazemos numa análise bem-sucedida é desatar os nós do desenvolvimento e liberar os processos evolutivos e as tendências hereditárias do paciente. Na verdade, podemos, de uma forma muito curiosa, alterar o passado do paciente, de tal forma que um paciente, cujo ambiente materno não tenha sido suficientemente bom, pode transformar-se em uma pessoa que tenha tido um ambiente de facilitação suficientemente bom, e cujo desenvolvimento pessoal possa, portanto, ter ocorrido, ainda que tardiamente. (p.91)

4.3 MIGUEL EM ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Miguel, 13 anos morava em uma vila da cidade de Porto Alegre. Um triângulo em meio a prédios e shoppings bem próximos a ricas Universidades delimitavam o território onde o adolescente vivia. O lugar era tomado pelo tráfico, as ruas não eram pavimentadas e a mistura de terra, animais doentes e lixo davam a ideia da vulnerabilidade daquele território. Nenhuma equipe de saúde entrava ali, e ninguém passava despercebido pelo olhar atento do tráfico.

As crianças circulavam livres por ali, muitas vezes via-se crianças cuidando de outras ainda menores. Os adolescentes já não se viam tanto, os que não estavam no “corre” do tráfico tinham outras atividades fora da vila. Um único projeto, em parceria com a Universidade, havia conseguido realizar um trabalho no território, por oito anos. Este projeto, um dos meus cenários de prática durante a residência, tinha como prioridade proporcionar às crianças e adolescentes um local para o livre brincar, onde, através do corpo, da fala e das brincadeiras,

pudessem “dizer” o que sentiam. Três vezes por semana, as crianças tinham um espaço para de fato serem crianças, e uma vez por semana, era a vez dos adolescentes terem um espaço protegido para poderem ser adolescentes.

Miguel frequentava o turno das crianças desde pequeno, sua família morava em uma casa próximo ao projeto dentro da vila e a proximidade geográfica facilitava o contato com a sua família. Assim foi possível perceber que além do espaço que o projeto dava para as crianças e adolescentes a família de Miguel também precisava de um cuidado a mais. Assim foram designados estagiários da psicologia para fazerem o acompanhamento terapêutico (AT) de Miguel. Durante os anos que seguiram, com os términos e inícios de períodos de estágio, Miguel teve diferentes ATs, todos estudantes de psicologia e do sexo masculino. Tal fato era de extrema relevância para o garoto, já que na vila o machismo imperava e a voz feminina era frequentemente calada.

Conheci Miguel no turno dos adolescentes. Nos aproximamos desde os primeiro encontro já que eu era “a sora que jogava bola” *sic*. Ao término de mais um período de estágio a equipe viu a necessidade de encontrar um novo AT para Miguel no grupo. Fizeram-me o convite para realizar esse trabalho com o menino. Apesar de não ser do núcleo da psicologia e nem do sexo masculino, a equipe apostou no vínculo que tinha se dado. Iniciei o trabalho com ele com receio de uma não aceitação, mas logo percebi que eu também tinha sido uma escolha para ele.

Em poucos encontros Miguel já conseguia conversar muitas coisas para além do esporte. Nosso encontro para o AT acontecia uma vez por semana era

rápido, e nossas conversas aconteciam no caminho de ida e vinda para o atendimento psicológico que ele frequentava em um serviço próximo à vila.

Certo dia, combinamos que a avó de Miguel, responsável por eles desde o falecimento de sua mãe, iria no atendimento com a psicóloga. Quando chegamos ao atendimento, fiquei na sala de espera, como de costume, enquanto Miguel e sua avó eram chamados pela psicóloga. Entretanto, naquele dia, Miguel pediu para que eu pudesse entrar junto. E insistiu na ideia até que o pedido fosse aceito. Na sala do atendimento, sua avó começou a narrar tudo o que estava acontecendo com Miguel. Por diversos instantes questioneimei-me sobre o meu papel no AT, já que não estava ciente de nada do que estava sendo dito. Posteriormente entendemos que Miguel encontrou naquela situação a melhor maneira de me contar tudo aquilo que ele tinha dificuldade de dizer.

A partir desse dia nossa aproximação foi-se ampliando ainda mais. Miguel conseguia me contar tudo o que estava acontecendo, sem precisar do intermédio de outras pessoas. O vínculo que havia se iniciado a partir do esporte pode ultrapassá-lo, tornando-se um importante fator no cuidado com Miguel.

Lancetti (2006) relata que após o fechamento do hospital psiquiátrico em que realizava uma intervenção, percebeu que os pacientes mudavam ao transpor a porta daquele local. Com isso, acrescenta que novos encontros, assim como as andanças pela cidade são extremamente importantes para a produção de subjetividade e cidadania. Como elucida o autor “ O trabalho de desconstrução manicomial mostrou que o cenário do hospício, a organização dos espaços - tempos são promotores de identidade cronificadas. (LANCETTI, 2006, p. 21)

Acredito que, para Miguel, transpor a barreira arquitetônica da vila e caminhar, mesmo que por um pequeno trajeto, tornou possível que ele contasse sua história de outra maneira. Da forma como desejava e sentia, e não da forma como a ele era imposto no local em que vivia.

O acompanhamento terapêutico que realizei com Miguel fez com que nossa aproximação fosse possível, tornando, assim, essa ferramenta de cuidado eficaz. Lancetti (2006, p.30) acrescenta “é fundamental lembrar que nos primórdios os praticantes chamavam-se *amigos qualificados*”.

4.4 OS ADOLESCENTES E O FUTEBOL

Ainda no Projeto em questão, certo dia fizemos com um grupo de adolescentes a combinação de que tentaríamos uma quadra, fora da vila, para realizarmos um jogo amistoso com um time de fora. Os meninos se animaram e no mesmo dia já iniciaram uma escalação, fizeram até mesmo o esquema tático do time.

O grupo dos adolescentes acontecia no período da manhã e por isso era muito comum que tivéssemos que chamá-los para que pudessem acordar para a atividade. Somente Lucas, vizinho da Casa dos Cataventos, estava sempre acordado. Nas semanas que se seguiram à combinação do jogo o número de participantes do turno não mudou muito. Aos que conseguiam vencer o sono e apareciam eram ofertados exercícios relacionados com o futebol e atividades preparatórias para o jogo, a pedido dos mesmos.

No dia agendado, um sábado, marcamos com os meninos para estarem na Casa cerca de uma hora antes do horário da reserva da quadra e do combinado

com o time adversário. Isso porque tínhamos a certeza de que, assim como acontecia nos turnos, teríamos que ir de casa em casa acordar nossos atletas. Para nossa surpresa, ao chegarmos próximos à vila avistamos todos os adolescentes com os uniformes - que eles mesmo tinham conseguido emprestado - e autorização na mão, prontos para o jogo. Ansiosos, queriam logo saber quem seria o outro time, quem seria escalado, como jogariam. Mesmo sob seus protestos, entramos novamente na vila e nos reunimos na casa para conversar sobre o que seria o jogo. Nessa conversa combinamos que todos jogariam e que eu me colocaria como técnica para poder ajudar nas alterações dos jogadores. Tínhamos cerca de 14 adolescentes reunidos no pátio de uma casa ouvindo as instruções de uma mulher para iniciarem um esporte culturalmente praticado e apreciado por homens. Seguimos para a quadra na hora combinada e ali encontramos o outro time, e, por uma manhã realizamos diversas partidas.

As crianças menores, que não puderam nos acompanhar na atividade, acharam uma estratégia para acompanhar o “campeonato”. Como a quadra que conseguimos era vizinha da vila, eles subiram no muro e de lá torceram, receberam doces e refrigerante dos adolescentes que estavam participando. Tínhamos realizado a 1ª Copa Cataventos! E todas as barreiras que haviam sido ultrapassadas em prol do esporte tornaram aquela manhã ainda mais emblemática.

A questão de gênero atravessa também esse relato. Durante o trabalho do projeto na vila em diversos momentos nos demos conta de que ser mulher naquele contexto social tornava as dificuldades ainda maiores. Era possível notar que, principalmente nas situações de violência, em brigas ou em momentos com

mais tensão, era muito difícil fazer com que os meninos escutassem o que nós, mulheres do projeto, estávamos falando. Diante de muitas discussões sobre o tema percebemos que essa atitude era reflexo do que era vivido no dia a dia da vila.

Nesse sentido Judith Butler (2003) aponta:

Em algumas explicações, a idéia de que o gênero é construído sugere um certo determinismo de significados do gênero, inscritos em corpos anatomicamente diferenciados, sendo esses corpos compreendidos como recipientes passivos de uma lei natural inexorável. Quando a 'cultura' relevante que 'constrói' o gênero é compreendida nos termos dessa lei ou conjunto de leis, tem-se a impressão de que o gênero é tão determinado e tão fixo quanto na formulação de que a biologia é o destino. Nesse caso, não a biologia, mas a cultura se torna o destino. (p.26)

Desta forma a sociedade passa a atribuir características de acordo com o gênero. À mulher estaria ligada ao estereótipo de fragilidade, dependência, sensibilidade, enquanto homens deveriam ser fortes, viris e com garra. Partindo de tais atributos também passam a ser determinados quais atividades seriam mais adequadas para cada gênero. (VENTURA & HIROTA 2007)

A partir disso compreende-se que a inserção da mulher no esporte é historicamente marcada por resistência. Revisitando a história da Educação Física nota-se que mesmo com a inserção da disciplina no currículo escolar, sua prática era vetada às meninas. Na época a ideia de estender a prática a elas não foi aceita pelas famílias e pela opinião pública (Knijnik, 2003; Souza Jr. e Darido, 2002).

É somente na década de vinte que a inserção da mulher nas práticas esportivas passa a ser aceitável. Entretanto sua prática deveria estar voltada a

questões “femininas”. Para tanto era necessário que a atividade estivesse condizente com a sutileza de movimentos, aos critérios de beleza das formas e que pudesse fazer a manutenção da saúde, visando à reprodução (MOURA, 2005).

O futebol não atendia a nenhuma dessas características e assim foi o esporte que apresentou a maior resistência quanto à inserção da mulher. (MOURÃO e MOUREL, 2005). Durante o período da Ditadura Militar o Conselho Nacional de Desportos (CND), através da resolução número 7/65 proibiu a sua prática e a de alguns outros esportes por não serem compatíveis com as condições naturais do gênero. (SOUZA JR. e DARIDO, 2002).

Hoje o futebol tem um importante papel na sociedade e na cultura brasileira. Trata-se de uma manifestação cultural constantemente atualizada e ressignificada e que reflete a dinâmica social, tanto em suas contradições quanto em suas riquezas (DAOLIO, 2005). Não à toa, é a atividade mais praticada por crianças e adolescentes, mas também onde apresenta-se a maior desigualdade de gênero em sua prática. Ainda hoje, a mulher busca espaço em um ambiente culturalmente masculino. Recolher essas impressões de como as diferenças de gênero vão sendo construídas socialmente se faz importante para que possamos analisar de forma mais sensível as situações vividas junto aos adolescentes.

5 DISCUSSÃO

A partir dos movimentos da Reforma Psiquiátrica o paradigma psiquiátrico centrado na doença começa a dar espaço para o atendimento psicossocial, centrado no sujeito e em suas várias dimensões e utilizando, assim, intervenções pautadas na necessidade do usuário, bem como na sua inclusão social. Desta forma, passa a ser considerado o território e a necessidade de extrapolar os limites dos serviços, deslocando o cuidado do indivíduo do espaço institucional para a comunidade em que ele está inserido. (LEÃO & BARROS, 2012)

Para o adolescente, o território é formado pelos âmbitos pessoais e institucionais que perpassam a vivência do sujeito adolescente, assim inclui sua casa, a escola, a praça, dispositivos de saúde entre outros, mas tendo como elemento central o próprio sujeito. O território passa a ser um lugar psicossocial (ELIA, 2005).

A experiência de poder vivenciar o território como os adolescentes aproximam os quatro casos relatados no decorrer deste trabalho. Vivenciando com eles seus territórios tornou-se possível uma maior vinculação com a profissional residente e, assim, uma maior possibilidade de cuidado.

Essa relação de vínculo só foi possível a partir da disponibilidade tanto dos adolescentes quanto da profissional. Retomando a fala de Winnicott relatada no caso de Tábata, é possível estabelecer uma relação com a ideia de “mãe suficientemente boa”, onde existe uma disponibilidade no corpo da mãe para o bebê. Assim, tanto a identificação do profissional com o adolescente, quanto a da mãe com o bebê é que serão responsáveis pelo sucesso ou não do processo

emocional. Em ambas as situações tal identificação não se dá por meio de técnicas e sim por disponibilidade.

Para além da disponibilidade, o vínculo também se dá por interesse comum. Ao longo da minha jornada na residência pude estabelecer diversos vínculos por minha proximidade com o esporte. E através de ferramentas do meu núcleo de formação foi possível promover o cuidado dos adolescentes.

A educação física traz em seu núcleo a possibilidade de contribuir para a formação global do indivíduo, considerando aspectos biológicos, culturais sociais e afetivos. Em sua prática é possível trabalhar as exclusões por conta de diferenças, os preconceitos e os estereótipos. É possível ter diferentes pessoas em uma única atividade proporcionando a todos a equidade. (GOMES, SILVA E QUEIRÓS, 2004).

O esporte pode ser uma ponte para o acesso de adolescentes e uma importante ferramenta de cuidado, desde que esteja acompanhado da disponibilidade de escutar e dá abertura para o encontro com os sujeitos da forma como se apresentam:

O esporte – desde a brincadeira e a atividade física até o esporte competitivo organizado - tem um papel importante em todas as sociedades. O esporte é fundamental para o desenvolvimento de uma criança. Ensina valores fundamentais, tais como a cooperação e o respeito. Traz melhorias para a saúde e reduz a probabilidade de doenças. É uma força econômica significativa que gera emprego e que contribui para o desenvolvimento local. Além disso, reúne indivíduos e comunidades, servindo de ponte entre as diferenças culturais e étnicas. As habilidades para a vida aprendidas por intermédio do esporte ajudam a empoderar os indivíduos e aumentam o bem-estar psico-social, tal como maior resistência, auto-estima e os relacionamentos com outras pessoas. Estas características do esporte são benéficas a pessoas de todas as idades, mas são especialmente vitais ao desenvolvimento saudável dos jovens. (ONU, 2003)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A residência multiprofissional tem como objetivo que diversas profissões possam trabalhar em conjunto, corroborando com os princípios do SUS. A Educação Física, apesar de estar contemplada dentro de alguns espaços de formação, assim como na Residência de Saúde Mental coletiva da UFRGS, não encontra espaço em muitos dispositivos de saúde mental.

No decorrer do trabalho, busquei demonstrar por meio de relatos de experiência e aportes teóricos a importância das ferramentas da Educação Física no cuidado de adolescentes, em especial daqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade. Embora, além de estarem comprovados na literatura, os benefícios fisiológicos, sociais e emocionais gerados pelas atividades físicas, ao longo dos dois anos do processo de residência pude perceber o quanto também é necessário reafirmar nos espaços a importância de tal núcleo para a saúde mental.

Considero que a lógica de um atendimento multiprofissional ainda encontre barreiras. Notei ser comum, tanto a usuários quanto a trabalhadores, a crença que somente o saber específicos de alguns núcleos profissionais (medicina, psicologia....) seriam suficientes para o cuidado e a promoção de saúde mental. Entretanto, a ética da atenção psicossocial consiste em compreender o indivíduo em suas várias dimensões e situar, no centro dos atendimentos, o sujeito e não a doença. Dessa forma, as demais áreas da saúde se fazem necessárias.

Considero que por vezes, até mesmo o profissional de Educação Física tenha dificuldade em encontrar o seu espaço na saúde mental. É preciso entender que não é necessário ficarmos fechados nos saberes do núcleo, tampouco deixá-

los de lado para assim assumirmos um papel que mais se aproxima de outros núcleos profissionais. Em nossa formação consideramos o sujeito em sua totalidade, não havendo uma separação dicotômica entre corpo e mente. Dessa forma, enquanto profissionais da Educação Física, também somos capazes de ter uma escuta qualificada e usar ferramentas de nossa formação para promovermos o cuidado. É necessário conseguir deslizar entre os dois extremos para encontrar o espaço no equilíbrio, ou seja, não abandonar as ferramentas que trazemos de nossa formação mas também não nos fecharmos nesse saber. Devemos apostar que as ferramentas que temos enquanto profissionais serão fundamentais nessa empreitada que é construir o cuidado em saúde mental na complexidade que esse trabalho exige.

Durante o meu processo de residência, tive muitas dúvidas, mas busquei e tive ajuda de muitas equipes para encontrar o meu lugar enquanto profissional da Educação Física. Após a vivência de diversas situações, como as exemplificadas neste trabalho, consegui compreender melhor o que é a Educação Física para a saúde mental. Em algumas situações as ferramentas específicas da área foram as grandes “promotoras” de saúde, como por exemplo a prática esportiva para os adolescentes da Vila. Por vezes, era por meio dessas ferramentas que encontrava espaço e disponibilidade para ouvir e assim cuidar dos adolescentes, como exemplificado no caso de Tábata, onde ocorreu uma identificação por meio do esporte e através desse vínculo criado o cuidado foi possível. Quando falo em ferramentas da Educação Física acredito que tenhamos um grande leque de possibilidades e não só atividades esportivas como utilizei nos exemplo. Assim acredito ser necessário conseguir deslizar entre as ferramentas, as possibilidades de cuidado e o entendimento da singularidade de cada sujeito.

Acredito que mais trabalhos teóricos na área ajudariam os futuros residentes e profissionais a desenvolverem seu trabalho nos campos de atuação. Além disso, acredito que a formação teórica da residência, especificamente a da UFRGS, também pudesse contemplar mais as outras áreas de formação para além da psicologia.

A Educação Física tem muitas ferramentas para o cuidado em saúde mental. É preciso que o profissional acredite nisso e busque essas ferramentas. Considero que o empoderamento profissional a partir disso será o responsável por abrir espaço nos dispositivos de saúde.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

ALAMEDA, Antoine. **Comunique-se com seu filho adolescente**. Petrópolis: Vozes, 2012.

BRASIL. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. **ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente**.

BRASIL. IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**, 2007. IBGE, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público, Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BONHAUSER, M.; FERNANDEZ, G.; PÜSCHEL, K.; YAÑEZ, F.; MONTERO, J.; THOMPSON, B.; CORONADO, G. Improving physical fitness and emotional well-being in adolescents of low socioeconomic status in Chile: results of a school based controlled trial. **Health Promotion International**, Eynsham, v. 20, n. 2, p. 113-122, 2005.

BUTLER, Judith R, **Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade**. Tradução Renato Aguiar, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CHALLAGAN, P. Exercise: a neglected intervention in mental health care? **Journal of Psychiatric Mental Health Nursing**, n. 11, p. 476–483, 2004.

CHAMOVE, A.S. Positive short-term effects of activity on behaviour in chronic schizophrenic patients. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 25, n. 2, p.125–133, 1986.

DALEY, A. J. Exercise therapy and mental health in clinical populations: is exercise therapy a worthwhile intervention? **Advanced in Psychiatric Treatments**, n. 8, p. 262–270, 2002.

DAOLIO, Jocimar. **A EF escolar como prática cultural: tensões e riscos**. Pensar a prática. Goiânia: UFG, 2005.

FAULKNER, G.; SPARKES, A. Exercise as therapy for schizophrenia: an ethnographic study. **Journal of Sport & Exercise Psychology**, n.21,p. 52–69, 1999.

FORMIGLI, V. L. A.; COSTA, M. C. O. & PORTO, L. A. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 16, p. 831-841, 2000.

GOMES, Paula Botelho; SILVA, Paula; QUEIRÓS, Paula. Para uma Estrutura Pedagógica Renovada, Promotora Para uma Estrutura Pedagógica Renovada, Promotora da Co-Educação Educação no Desporto. In: SIMÕES, Antonio Carlos; KNIJNIK, Jorge Dorfman (Org). **O mundo psicossocial da mulher no esporte: Comportamento, Gênero e Desempenho**. São Paulo: Aleph, p. 173-190, 2004.

GUTIERREZ, Washington. **História da Educação Física**. Porto Alegre: IPA, 1972.

HANSEN, C. J., STEVENS, L. C., & COAST, J. R. . Exercise duration and mood state: how much is enough to feel better? **Health Psychology**, v. 20, n. 4, p. 267-275, 2001.

KALINA, E., & LAUFER, H. **Aos pais de adolescentes**. Rio de Janeiro: Cobra Morato, 1974.

KNIJNIK, Jorge Dorfman. **A mulher brasileira e o esporte: seu corpo, sua história**. São Paulo: Editora Mackenzie, 2003.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LEÃO, A.; BARROS, S. Território e Serviço Comunitário de Saúde Mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde**, n.21, p. 572-586, 2012.

MARTINS, P.O., TRINDADE, Z, A., & ALMEIDA, A.M.O. O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v.16, n.3, p. 555-568, 2003.

LEWIS, Melvin; VOLKMAR, Fred. **Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas (MDMs) 2003

MORGAN, W. P. Affective beneficence of vigorous physical activity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, 1985.

MOURA, Eriberto Lessa. **O futebol como área reservada masculina**. In: DAOLIO, Jocimar (Org). Futebol, cultura e sociedade. Campinas: Autores Associados, 2005.

MOURÃO, L.; MOREL, M. As narrativas sobre o futebol feminino: o discurso da mídia impressa em campo. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 26, p. 73-86, 2005.

NICOLOFF, G., SCHWENK, T.S. Using exercise to ward off depression. **Phys Sportsmed**, v. 23, n. 9, p. 44-58, 1995.

OLIVEIRA, K.P.C.; VIEIRA, E.D.L., OLIVEIRA, J.D.D.; OLIVEIRA, K.R.D.; LOPES F.J.G.; AZEVEDO, L.F. Exercício Aeróbio no Tratamento da Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos do Programa do Programa de Saúde de Ipatinga. **Revista Brasileira Hipertenso**, n. 17, p. 78-86, 2010.

OMS - Organização Mundial Da Saúde. **Riscos Globais de Saúde: Mortalidade e Carga de Doenças Atribuíveis aos Riscos mais Graves**. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde, 2009

PEREIRA, J.C.; BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M.D.A. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Rev Panam Salud Publica**, v. 25, p. 491-498, 2009.

RAMOS, J. J. **Os exercícios físicos na história e na arte**. São Paulo: Ibrasa. 1982.

RANSFORD CP. A role for amines in the antidepressant effect of exercise: a review. **Medicine Science Sports Exercise**; v. 4, n. 1, p. 1-10, 1982.

RASSIAL, J. J. **A Passagem adolescente: da família ao laço social**. Porto Alegre: Artes e Ofício, 1997.

Resolução CNS - N° 218, de 6 de março de 1997
(<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol97/res21897.htm/>).

SANTOS, L. M. M. O papel da família e dos pares na escolha profissional. **Psicologia em Estudo**, n.10, p. 57-66, 2005.

SOUZA JÚNIOR, O. M.; DARIDO, S. C. A prática do futebol feminino no Ensino Fundamental. **Motriz**, Rio Claro, v.8, n.1, p.1-8, abr. 2002.

TOURRETTE, Catherine; GUIDETTI, Michéle. **Introdução a Psicologia do Desenvolvimento do nascimento à adolescência**. Petrópolis: Vozes, 2009.

VENTURA, T. S.; HIROTA, V. B.. Futebol e salto alto: porque não? **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v. 6, n. 03, 2007.

WINNICOTT, D.W. **A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê**. In: D.W Winnicott. Os bebês e suas mães (J.L. Camargo, tradução.) São Paulo: Ed. WMF, 2012. (Trabalho original publicado em 1968)

ZAGURY, Tania. **O adolescente por ele mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1996.