

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO  
LINHA DE PESQUISA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO MOVIMENTO HUMANO

FELIPE WACHS

EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL:  
UMA PRÁTICA DE CUIDADO EMERGENTE EM CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL (CAPS)

PORTO ALEGRE

2008

FELIPE WACHS

EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL:  
UMA PRÁTICA DE CUIDADO EMERGENTE EM CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL (CAPS)

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

Orientador: Prof. Dr. Alex Branco Fraga

PORTO ALEGRE

2008

## CATALOGAÇÃO NA FONTE

W115e Wachs, Felipe. .  
Educação física e mental: uma prática de cuidado emergente em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). / Felipe Wachs. - Porto Alegre: Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.  
145 f.: tab.; il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Educação Física. Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Porto Alegre, BR-RS, 2008.

1. Educação Física. 2. Saúde mental. 3. Serviços de saúde mental. 4. Desinstitucionalização. 5. Terapia por exercício. Atividade Física. I. Título. II. Fraga, Alex Branco, orientador.

CDU: 615.8

FELIPE WACHS

EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL:  
UMA PRÁTICA DE CUIDADO EMERGENTE EM CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL (CAPS)

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

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Alex Branco Fraga (Orientador – PPGCMH/UFRGS)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vera Maria da Rocha (UFRGS)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Simone Mainieri Paulon (UFRGS)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Madel Therezinha Luz (UERJ)

Dedico esta dissertação a todos  
que acreditam em um mundo melhor  
e lutam com amor para defender a vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a meu pai Manfredo, a minha mãe Klothilde e a minha irmã Priscila. Vocês são meu porto seguro onde sempre encontro amor e apoio.

Agradeço a Ana Lua por todo seu amor e compreensão.

Agradeço meu tio, minhas tias e meus primos pela alegria da convivência em família.

Agradeço meu orientador Alex Branco Fraga por acolher este projeto, pelas intensas horas de orientação, por compartilhar sua experiência e seus saberes e por dar continência às angústias que surgiram no decorrer do mestrado.

Agradeço aos usuários, aos professores de educação física e aos demais profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial que acolheram este projeto e contribuíram para sua realização.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de estudos.

Agradeço aos colegas da Coletividade com os quais tanto aprendi sobre saúde mental.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da UFRGS pela formação de qualidade. Agradeço também aos Programas de Pós-Graduação em Educação, em Antropologia Social e em Psicologia Social nos quais cursei de disciplinas que muito enriqueceram meu olhar durante o processo de pesquisa.

Agradeço aos amigos e aos colegas de tantas lutas que em espaços acadêmicos ou extra-acadêmicos compartilharam idéias e ideais de vida.

## RESUMO

Esta dissertação trata da relação entre educação física e saúde mental e tem como principal objetivo discutir os sentidos que circulam em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre a presença de professores de educação física e sobre as práticas desenvolvidas por eles no interior desse serviço. Sustenta-se no aporte teórico da Reforma Psiquiátrica e inspira-se metodologicamente na cartografia. Através da análise documental da legislação pertinente, de relatórios das conferências nacionais de saúde mental, da produção científica encontrada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) e posterior “garimpagem” manual de outros textos acadêmicos; foram traçados movimentos de aproximação entre as políticas públicas em saúde mental e a educação física. O trabalho de campo foi realizado em três CAPS (do tipo II) da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, os quais possuíam professores de educação física na composição de suas equipes. As observações variaram entre dois meses e um ano, e foram registradas em diários de campo. Do material produzido em campo foram selecionadas seis vinhetas que permitem visualizar pontos de tensão entre educação física e saúde mental no CAPS. Ao final da investigação foi possível perceber que a presença dos professores no CAPS exige destes a incorporação de códigos e funções sociais da instituição que não se resumem à simples implantação de programas de atividade física no interior do serviço, o que permite vislumbrar a constituição de uma “educação física que emerge do CAPS”, em contraposição a uma “educação física imposta no CAPS”. Ao mesmo tempo, a presença de professores e de suas práticas mobiliza códigos e funções na busca por *outras* formas de organizar o cuidado em saúde mental, identificadas com a reinserção social, a desinstitucionalização e a humanização.

**Descritores:** Educação física. Saúde mental. Serviços de saúde mental. Desinstitucionalização. Terapia por exercício. Atividade física.

## ABSTRACT

This Master's dissertation deals with the relationship between mental health and physical education. Its main objective is to discuss the issues about physical education teachers and the practices they develop in the Centers for Psychosocial Care (CAPS). This dissertation is based on the theoretical contribution of the Psychiatric Reform and is inspired methodologically on cartography. Through the examination of the relevant legislation; reports of national conferences on mental health; scientific production found in databases of the Virtual Health Library (BIREME) and; other academic manuscripts, approaching movements between mental health public policy and physical education were outlined. Field work was conducted on three CAPS (type II) of the 1<sup>st</sup> Regional Health Coordination of the Rio Grande do Sul state, which had physical education teachers in their teams. The observations ranged from two months to one year, and were recorded in a field log. From the material produced during the field work, six vignettes that demonstrate tension points between mental health and physical education in CAPS were selected. At the end of the investigation it was possible to comprehend that the presence of teachers in the CAPS requires them to incorporate codes and social functions of the institution which is not restricted to the simple implementation of physical activity programmes within the service. This allows the formation of the idea of "physical education that emerges from CAPS", as opposed to a "physical education imposed in CAPS". At the same time, the presence of teachers and their practices mobilizes codes and functions in the search for *other* ways to organize the mental health care identified with social reintegration, deinstitutionalization and humanization.

**Subject Headings** - Physical education. Mental health. Mental health services. Deinstitutionalization. Therapy exercise. Physical activity.



## RESUMEN

Esta disertación trata de la relación entre educación física y salud mental y tiene como principal objetivo discutir los sentidos que circulan en Centros de Atención Psicosocial (CAPS) sobre la presencia de profesores de educación física y sobre las prácticas desarrolladas por ellos en el interior de ese servicio. Se sustenta en el aporte teórico de la Reforma Psiquiátrica y se inspira metodológicamente en la cartografía. A través del análisis documental de la legislación pertinente, de relatórios de las conferencias nacionales de salud mental, de la producción científica encontrada en las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud (BIREME) y posterior “exploración” manual de otros textos académicos; fueron trazados movimientos de aproximación entre las políticas públicas en salud mental y la educación física. El trabajo de campo fue realizado en 3 CAPS (do tipo II) de la 1ª Coordinación Regional de Salud del estado de Rio Grande do Sul, los cuales poseían profesores de educación física en la composición de sus equipos. Las observaciones variaron entre 2 meses y 1 año, y fueron registradas en diarios de campo. Del material producido en campo fueron seleccionadas seis viñetas que permiten visualizar puntos de tensión entre educación física y salud mental en el CAPS. Al final de la investigación fue posible percibir que la presencia de los profesores en los CAPS exige de estos la incorporación de códigos y funciones sociales de la institución que no se resume a una simple implantación de programas de actividad física en el interior del servicio, lo que permite vislumbrar la constitución de una “educación física que emerge del CAPS” en contraposición a una “educación física impuesta en el CAPS”. Al mismo tiempo, la presencia de profesores y de sus prácticas moviliza códigos y funciones en la búsqueda por *otras* formas de organizar el cuidado en salud mental identificados con la reinserción social, la desinstitucionalización y la humanización.

**Descriptores** - Educación Física. Salud mental. Servicios de salud mental.

Desinstitucionalización. Terapia por ejercicio. Actividad física.

## **LISTA DE FIGURAS**

Fig. 1: Mapa do Rio Grande do Sul com destaque para 1ª Coordenadoria Regional de Saúde, p.20

Fig. 2: Rede de Atenção em Saúde Mental (BRASIL, 2004a), p.40

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
- ACSM - *American College of Sports Medicine*
- BIREME – Biblioteca Virtual em Saúde
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial que atende casos de dependência de álcool e outras drogas
- CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de crianças e adolescentes
- CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CFM – Conselho Federal de Medicina
- CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
- CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
- COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
- CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
- CONFED – Conselho Federal de Educação Física
- CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
- DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
- ESP – Escola de Saúde Pública
- GM – Gabinete Ministerial
- HPSP – Hospital Psiquiátrico São Pedro
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- MS – Ministério da Saúde
- NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PSF – Programa de Saúde da Família
- RS – Rio Grande do Sul
- SIMERS - Sindicato Médico do Rio Grande do Sul
- SRT – Serviço Residencial Terapêutico
- SUS – Sistema Único de Saúde
- WHO – *World Health Organization*

## SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO .....	11
2. PERCURSO METODOLÓGICO .....	15
2.1. Preparando a caixa de ferramentas .....	15
2.2. Configuração das estratégias .....	18
3. APROXIMAÇÕES AO CAMPO DA SAÚDE MENTAL E ÀS SUAS POLÍTICAS.....	26
3.1. Das voltas e revoltas que levaram à Reforma Psiquiátrica .....	27
3.2. Algumas palavras sobre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ...	41
4. DAS ESQUINAS ENTRE EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL .....	47
4.1. Educação física e as Conferências Nacionais de Saúde Mental .....	49
4.1.1. I Conferência Nacional de Saúde Mental .....	49
4.1.2. II Conferência Nacional de Saúde Mental .....	51
4.1.3. III Conferência Nacional de Saúde Mental .....	55
4.2. Educação Física e Centro de Atenção Psicossocial: aproximações ....	58
4.3. Literatura acadêmica e seus descritores .....	62
4.3.1. Medicalização do processo investigativo .....	64
4.3.2. Escritos acadêmicos sobre educação física e saúde mental ..	68
5. EDUCAÇÃO FÍSICA E CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	78
5.1. Aproximações aos CAPS acompanhados .....	78
5.2. Educação física do CAPS .....	92
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	118
7. REFERÊNCIAS .....	121
8. APÊNDICES .....	132
9. ANEXOS .....	142

## 1. APRESENTAÇÃO

Não sou a areia  
onde se desenha um par de asas  
ou grades diante de uma janela.  
Não sou apenas a pedra que rola  
nas marés do mundo,  
em cada praia renascendo outra.  
Sou a orelha encostada na concha  
da vida, sou construção e desmoronamento,  
servo e senhor, e sou  
mistério  
(LUFT, 2004, p.12).

O título da dissertação revela a intenção de relacionar dois campos de saberes: a educação física e a saúde mental. Apesar de não ser o assunto mais comum nas discussões acadêmicas, é uma relação que abre um leque bem amplo e necessita delimitações. Utilizando o mesmo título (sem o subtítulo), a dissertação poderia discutir inclusão em aulas de educação física escolar, estresse de atletas em vésperas de competição, bem-estar proporcionado por aulas de yoga ou reflexo na qualidade de vida que o futebol semanal com os amigos proporciona. Se trabalharmos com um conceito de saúde<sup>1</sup> que vai além de questões clínico-orgânicas, podemos, facilmente, visualizar a presença de aspectos relacionados à saúde mental em qualquer uma das situações citadas. Todos estamos sujeitos ao sofrimento, à ansiedade, à euforia, à alegria, à indiferença, ou seja, a saúde mental (e suas inconstâncias) faz parte da condição humana e, conseqüentemente, permeia as práticas corporais<sup>2</sup>, objeto da educação física.

Todos podemos vivenciar a desrazão ou sofrer prejuízos à nossa saúde mental, mas, evidentemente, algumas vezes o sofrimento tem um grau acentuado e demanda uma atenção especial. Existem diferentes profissionais e serviços de atenção em saúde que procuram dar

---

<sup>1</sup> Entre as discussões conceituais de saúde, sobre as quais não vou me deter, opto por operar com o que costuma se chamar de conceito ampliado. Adoto o conceito elaborado na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) que entende que “em seu sentido mais abrangente, saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p.4).

<sup>2</sup> “Consideramos essa expressão [práticas corporais] mais adequada, tanto etimologicamente quanto conceitualmente, para identificar os fenômenos da cultura corporal que são tematizados pela Educação Física, diferentemente da expressão Atividade Física, claramente reducionista em sua concepção de ser humano e corporeidade [...]. É preciso salientar ainda, que a expressão ‘prática’ deve ser considerada em sua acepção de ‘levar a efeito’ ou ‘exprimir’ uma dada intenção ou sentido, eliminando o que aparentaria ser uma redundância com o termo corporal, possibilidade esta, plenamente permitida na Língua portuguesa” (SILVA, 2006, p.75). Contribuem na discussão do conceito também Luz (2003) e Silva e Damiani (2005).

conta especificamente da saúde mental. As pessoas que recebem cuidados nesses serviços costumam ser chamadas de pacientes psiquiátricos ou usuários<sup>3</sup> de saúde mental. Aqui ocorre o primeiro grande recorte da minha pesquisa: investigar a educação física em **serviços específicos de atenção em saúde mental** que trabalham com uma **população em intenso sofrimento psíquico**<sup>4</sup>.

Meu encontro “profissional” com o sofrimento psíquico aconteceu durante a graduação, quando participei de um projeto de extensão universitária chamado Convivência Saúde. Ele oportunizava aos graduandos da área da saúde um período de convivência de três semanas junto a unidades básicas de saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Essa experiência me impulsionou a, junto com colegas do Programa Especial de Treinamento<sup>5</sup> (PET), organizar uma proposta de extensão sistematizada e de maior longevidade. Durante um ano, em parceria com outra colega, desenvolvi atividades na Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora Aparecida. Em determinado momento, foi-nos proposto desenvolver atividades com um adolescente com diagnóstico de esquizofrenia. O relato que nos foi apresentado era de que o garoto não saía de casa, por vezes ocupava o espaço do cachorro no pátio e comia em uma tigela no chão. Ele justificava sua reclusão afirmando que estava gordo e que não queria que as pessoas o vissem assim. Propusemos à equipe um programa de caminhadas com acompanhamento nutricional. Mesmo tendo tido pouco efeito na balança, a proposta de acompanhamento serviu para impulsionar a circulação e convivência social do garoto.

Atribuo a esse desafio minha captura pela temática. Alguns anos mais tarde, já formado, descobri a possibilidade de cursar o Programa de Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP). A experiência vivida na unidade básica de saúde, somada a conversas com amigos que militavam pela Luta Antimanicomial<sup>6</sup> e a meu interesse em trabalhar com populações marginalizadas, acabou me levando a cursar um período de dois anos de Residência<sup>7</sup>.

---

<sup>3</sup> O termo usuários costuma ser utilizado para denominar pessoas atendidas pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004a).

<sup>4</sup> Sofrimento psíquico é definido por Sampaio (1999) como “conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados oriundos do antagonismo subjetividade e objetividade. Caracteriza-se por dificuldade de operar planos e definir sentido de vida, aliada ao sentido de impotência e vazio, o eu experimentado como coisa alheia”.

<sup>5</sup> Programa financiado pela SESu/MEC que hoje é denominado Programa de Educação Tutorial. A experiência tornou-se pesquisa que foi apresentada em dois trabalhos no XIV Salão de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2002, sob os títulos “A intervenção do Profissional de Educação Física no Sistema Público de Saúde: a experiência do Grupo PET” e “Mudando Pesos e Formas”.

<sup>6</sup> Tal movimento será melhor descrito no capítulo que trata da Reforma Psiquiática.

<sup>7</sup> A Residência é uma modalidade de formação que costumamos ver associada à Medicina. No entanto, já existem Programas de Residências Multiprofissionais regulamentados, hoje, pela Lei 11.129 de 30 de julho de

Durante a Residência, que tem sua ênfase em Saúde Mental Coletiva vinculada ao Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), minha afinidade com a Luta Antimanicomial se deparou com a dura realidade de que a esmagadora maioria dos campos de estágio é diretamente associada ao referido manicômio. O incômodo torna-se óbvio, quando se percebe que o aprender-fazendo, característico da formação em serviço, ocorreria dentro do estabelecimento que a Reforma Psiquiátrica busca desmontar. Aprender uma educação física voltada para institucionalização dos pacientes? Permeada por discursos manicomial e biomédico? Certamente minha formação ficou marcada pela presença dessas características, mas também pela consolidação da vontade de pensar/pesquisar/propor formas de cuidado que rompessem com o modelo<sup>8</sup> manicomial; uma educação física que estivesse orientada pelos princípios da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica e que ocorresse não mais em uma instituição total<sup>9</sup>, mas em espaços ligados a serviços de saúde substitutivos ao manicômio.

Minha pesquisa de mestrado está ligada às inquietações que vivenciei durante a Residência. Parece-me pertinente pontuar como motivações para seu desenvolvimento os seguintes aspectos:

- A procura por sentido nas práticas que vivenciei, enquanto professor de educação física, cuidando de pessoas em sofrimento psíquico;
- A busca de campos de intervenção (serviços de saúde) ligados à Reforma Psiquiátrica, já que tive meus campos de estágio durante a Residência predominantemente ligados ao Hospital Psiquiátrico.

Tais motivações levaram-me a escolher os Centros de Atenção Psicossocial - um tipo de serviço de saúde especializado em saúde mental e considerado a principal estratégia nas políticas públicas relacionadas à Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004a) – para investigar as potenciais relações estabelecidas entre as práticas corporais, aqui tomadas como o objeto de saber da educação física, e as políticas públicas em saúde mental.

---

2005. A característica que se destaca nessa modalidade de especialização profissional é a “formação em serviço”.

<sup>8</sup> Para Campos (1997) “modelo de atenção” é entendido como “um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica [...]. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só tecnologia”.

<sup>9</sup> Erving Goffman (1987) trabalha com o conceito de instituição total para classificar instituições como manicômios, prisões, conventos.

A proposta de reformulação do modelo de cuidado e estruturação de uma rede de atenção integral em saúde mental passa pela criação de novos serviços de saúde, mas também pela reformulação de suas práticas e saberes. Ela está diretamente associada a uma reivindicação apontada nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental: que o cuidado seja prestado por uma equipe multiprofissional e não apenas pelos profissionais que costumam ser chamados de “psi” (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros psiquiátricos). A educação física, por exemplo, não é uma área imediatamente associada ao cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, mas pode ocupar espaço nesse cuidado multiprofissional. Também a inserção de professores<sup>10</sup> de educação física atuando em tal campo ainda é pequena, como pude comprovar durante minha pesquisa, mas eles existem.

O objetivo/interesse da dissertação não está voltado para a investigação dos benefícios proporcionados por determinada prática corporal ou programa de atividades físicas. Inserido na linha de pesquisa “representações sociais do movimento humano” do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, busco estabelecer um diálogo entre a educação física e as políticas em saúde mental, mais especificamente os CAPS. Para tanto, adoto a seguinte questão norteadora para pesquisa: **“que sentidos circulam nos CAPS sobre a presença dos professores de educação física e sobre as práticas desenvolvidas por eles?”**. Ela age como eixo estruturante em torno do qual a pesquisa se organiza, mas cobra também a desestruturação de saberes instituídos para que novos territórios se desenhem a partir do vivido, em especial, no trabalho de campo. Sobre este processo Lourau (2004, p.255) diz: “Há perda de conhecimento no ato do conhecimento, porque referências fogem para dar lugar a outras [...]”.

---

<sup>10</sup> Durante algum tempo me debati com o termo que adotaria para denominar aqueles que se formaram em Educação Física. Cheguei a utilizar “graduados em”, “formados em”, “profissionais de”, “professores de”. Tal dificuldade não é somente minha, visto que recentemente a própria reformulação curricular do ensino superior implementou formações distintas: licenciatura e bacharelado. A adoção do termo **professor** está mais ajustada com as perspectivas teóricas delineadas neste trabalho, além de ser o termo adotado no Manual sobre os CAPS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a).



## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

[...] no âmbito acadêmico (e em qualquer outro âmbito), pensamos, falamos e escrevemos a partir de determinados 'lugares', [...] móveis e instáveis, uma vez que se delineiam pela tessitura entre referenciais teóricos e interesses políticos, exigências acadêmicas e emoções (MEYER; SOARES, 2005).

### 2.1. Preparando a caixa de ferramentas

A elaboração metodológica do processo de investigação é determinante para justificar seu caráter/rigor científico. Este capítulo trata das escolhas feitas, mas também de inquietações e acontecimentos que foram se apresentando no decorrer desse processo.

A própria utilização da palavra “processo” não se deve apenas ao fato de a pesquisa encadear diferentes momentos/tarefas, mas por entender que ela é mutante (*mutatis mutandis*), que em estudos qualitativos a trajetória não é pré-determinada e que é preciso deixar-se conduzir pelo que o objeto estudado vai apresentando. Tomei como prerrogativa que as escolhas metodológicas estariam a serviço do objeto de estudo e de suas demandas; não o contrário.

A discussão metodológica foi se avolumando durante o período da pesquisa. Uma caminhada, um percurso, um processo de pesquisa que se alonga por dois anos de mestrado, pontos, paradas, esquinas, retornos, bifurcações, escolhas, retas, curvas e um produto: uma dissertação. A lógica de que a pesquisa é um processo me levou a intitular, assim como outros pesquisadores já o fizeram, o capítulo de percurso metodológico. Durante um bom tempo, eu quis dissolvê-lo entre os outros capítulos, mas acabei optando por deixá-lo em destaque. Considerei que escrever sobre opções mais participantes/implicadas de pesquisa pudesse ser uma ousadia enriquecedora do trabalho.

Apresentar um percurso metodológico é narrar o processo que deu condições à elaboração da dissertação, demonstrar a busca de fatos, acontecimentos, documentos e/ou outros recursos que potencializaram as reflexões da pesquisa. Onde começa esse percurso? Não vejo como precisar uma resposta. Seria no momento em que eu-pesquisador realizei determinada observação? Ou seria antes: no momento que defini a questão norteadora da pesquisa? Ou meu tema? Ou seria antes ainda: quando determinada temática passou a fazer

parte de alguma instância da minha vida? Talvez meu processo de pesquisa tenha iniciado com o garoto obeso na Vila Aparecida, talvez na Residência, talvez em alguma conversa com colegas, talvez na escrita do ante-projeto para seleção do mestrado. Não se trata de estabelecer uma ordem cronológica no modo como fui afetado por um tema, transformando-o em objeto de estudo, e sim de visualizar pontos de intensidade que se destacam, quando analisamos em retrospectiva a estruturação da dissertação.

Para tratar deste percurso, é importante apontar algumas bases sobre as quais ele se organiza. Um primeiro ponto é o de que a **neutralidade** esperada, cobrada e metodologizada por determinadas correntes teóricas é incompatível com a presente pesquisa. Seu produto é único. Os encontros e desencontros que vivenciei durante a pesquisa teriam acontecido de forma diferente com outra pessoa.

É importante destacar que o percurso da pesquisa não é composto apenas pelo meu caminho/história de vida e opções que fiz durante minhas leituras, observações e escritas. Ele é composto também pela história das pessoas pelas quais o projeto de pesquisa passou, cruzou ou até tropeçou, pelos discursos que circulam relacionados às práticas corporais e também por políticas públicas que afetam diretamente o serviço de saúde sobre o qual me detive: o Centro de Atenção Psicossocial. O fato de CAPS serem criados como estratégia para substituir o modelo manicomial de cuidado convoca à análise de linhas de força presentes no interior no serviço. Para tanto me preocupei, no decorrer da pesquisa, com estar abordando constantemente as tensões presentes na gestão em saúde mental.

Na carona da crítica à neutralidade estava a idéia de que minha dissertação não seria uma “coleta” de algo pronto, esperando para ser traduzido para textos acadêmicos. Minha presença em campo afetaria aquilo que procurava objetificar. A dissertação é fruto, então, de negociações constantes promovidas durante minha circulação pelos três CAPS acompanhados e dos acontecimentos produzidos durante tal circulação.

Virgínia Kastrup (no prelo) afirma que “o problema dos efeitos de intervenção de uma pesquisa tem sido bastante discutido na atualidade. O ponto central nestas discussões é que o processo de produção do conhecimento não se separa de uma transformação do objeto que é investigado”. Para Paulon (2005, p.18), a

posição que o pesquisador assume em seu campo de pesquisa, as relações que estabelece com os sujeitos de sua investigação, os efeitos que estas relações produzem em suas observações, a possibilidade de que a análise dos dados seja enriquecida ou deturpada por tais efeitos não são questões pouco controversas para o debate científico.

Para desconstruir a lógica da neutralidade na pesquisa, o ‘movimento da análise institucional’ desenvolveu o conceito **implicação** que aborda o envolvimento do pesquisador com seu trabalho. Um dos principais autores desse movimento é René Lourau. Ele afirma que, quando o conceito de implicação foi introduzido na análise institucional, buscava-se incorporar os conceitos freudianos de transferência e contra-transferência às situações coletivas. Os institucionalistas “estavam interessados nas perturbações muito fortes entre o interventor-pesquisador e o grupo-cliente” (LOURAU, 2004, p.248).

Para Lourau, o conceito de implicação operacionaliza a quebra estrutural da polarização dicotômica entre sujeito e objeto na pesquisa. Afirma que a prática de pesquisar, de produção do conhecimento, consubstanciada pelo conceito de implicação, é impelida em direção a outra postura em que o saber “será obrigado a se conhecer” (LOURAU, 2004, p.254). “Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar; fenômenos, acontecimentos, grupos, idéias, etc.” (LOURAU, 2004, p.147-148).

Lourau chama atenção, no entanto, para deturpações do conceito e critica o uso da palavra implicação para constituir “julgamentos de valor acerca de si mesmo ou dos demais, destinados a medir o nível de ativismo, o grau de identificação a uma tarefa ou a uma instituição, a quantidade de orçamento-tempo que lhes é consagrada (estar lá, estar presente), bem como a carga afetiva investida na cooperação” (LOURAU, 2004, p.246). Associa tal uso de implicação a influências cristãs, existencialistas e psicologistas. Kastrup (no prelo) comenta que “Lourau é claro quando adverte que o que o conceito de implicação traz de mais importante é apontar que não há pólos estáveis sujeito-objeto, mas que a pesquisa se faz num espaço do meio, desestabilizando tais pólos e respondendo por sua transformação”.

Tendo por base o conceito de implicação, a prática de pesquisa deve ter uma “intervenção voltada para produção de acontecimentos” (PAULON, 2005, p.21). Marisa Lopes da Rocha e Kátia Faria Aguiar (2003, p.71) defendem que,

como prática desnaturalizadora, o que inclui a própria instituição da análise e da pesquisa, as estratégias de intervenção terão como alvo a rede de poder e o jogo de interesses que se fazem presentes no campo da investigação, colocando em análise os efeitos das práticas no cotidiano institucional, desconstruindo territórios e facultando a criação de novas práticas.

O conceito “implicação” dá suporte ao entendimento de que profissionais, usuários de saúde mental, e os acontecimentos que acompanhei foram afetados pela minha presença. Sob este preceito organizei, ao longo do percurso, as estratégias metodológicas da pesquisa.

## 2.2. Configuração das estratégias

O foco da investigação foi se modificando com o andamento da pesquisa, apesar de a relação entre educação física e saúde mental ser a temática escolhida desde a estruturação do anteprojeto de pesquisa para seleção de mestrado. Em um primeiro momento, meu trabalho esteve mais voltado para “função desinstitucionalizante” do CAPS. Acredito que minha convivência nos espaços de saúde mental e distância do meio acadêmico da educação física tenham influenciado tal enfoque inicialmente. De forma semelhante, o retorno à convivência acadêmica entre pares determinou que o foco se voltasse para as significações elaboradas para presença de professores de educação física e para as atividades desenvolvidas por eles nesses serviços de saúde mental.

Entendi que minha motivação maior para pesquisa provinha de inquietações enquanto professor de educação física que intervém na saúde mental. Contudo, meu maior receio de focar o trabalho nos professores de educação física era produzir uma dissertação que escorregasse para questões corporativistas. Eu não queria dar vazão ao discurso de defesa de mercado de trabalho que é promovido por Conselhos Profissionais como CFM, CONFEF e COFITTO<sup>11</sup>. Não tenho intuito de que esse trabalho sirva para atestar que dança, capoeira, futebol, recreação ou outra prática seja desenvolvida apenas por professores de educação física em CAPS, pelo contrário, minha intenção sempre foi entender as interfaces que possibilitaram sua presença ali e o que se faz ali dentro em nome da educação física.

Na busca pela elaboração de uma estratégia metodológica, tive o impulso inicial, motivado por experiências desenvolvidas durante a Residência da ESP, de propor um projeto de pesquisa-intervenção (PASSOS; BARROS, 2000; ROCHA; AGUIAR, 2003) em que eu coordenaria alguma oficina terapêutica em um CAPS.

Na concepção de Rocha e Aguiar (2003, p.72), a pesquisa-intervenção é “ação, construção, transformação coletiva, análise das forças sócio-históricas e políticas que atuam nas situações e das próprias implicações, inclusive dos referenciais de análise”. Pesquisa e intervenção se articulam na análise produtiva de conflitos e tensões. Estes, por sua vez, “são a

---

<sup>11</sup> O COFFITO, por exemplo, criou a Resolução nº 324/2007 que em seu artigo primeiro diz: “É exclusiva competência do Terapeuta Ocupacional, devidamente registrado no CREFITO da jurisdição de sua atuação profissional, desenvolver atividade de brincar e utilizar o brinquedo como recursos terapêutico-ocupacionais na assistência ao ser humano em suas capacidades motoras, mentais, emocionais, percepto-cognitivas, cinético-ocupacionais e sensoriais, em todos os níveis de atenção à saúde”. Outros Conselhos Profissionais agem da mesma forma tendo sua razão principal de existir estruturada em torno da defesa de mercados de trabalho. O CONFEF tem, como uma de suas principais bandeiras, a afirmação de que ginástica laboral deve ser promovida apenas pela educação física. Determinou 2007 como “ano da ginástica laboral” e elaborou material gráfico sobre o assunto (CONFEF, 2007).

possibilidade de mudança, pois evidenciam que algo não se ajusta, está fora da ordem, transborda os modelos” (Idem). A pesquisa-intervenção propõe uma nova forma de produção do conhecimento comprometida com a transformação de instituições e de seus saberes.

Logo percebi que a criação de uma oficina não seria necessária por práticas corporais já serem desenvolvidas em alguns CAPS; por já haver, inclusive, professores de educação física contratados para compor a equipe de trabalhadores em alguns destes serviços de saúde. Por que criar mais um espaço dentro dos CAPS para um professor de educação física (no caso eu) atuar, se estes espaços já existem?

A idéia de observar/acompanhar atividades que já estavam sendo desenvolvidas me levou a questionar a pesquisa-intervenção enquanto estratégia metodológica mais adequada para a proposta de pesquisa traçada. Pareceu-me que aconteceria um desequilíbrio no binômio pesquisa-intervenção, e que meu papel nas atividades estaria muito mais voltado para o de pesquisador do que de interventor. Muito influenciado por disciplinas que cursei no Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, vinculadas à área de concentração “movimento humano, cultura e educação”, passei a investir em estratégias de inspiração etnográfica<sup>12</sup> para tentar restabelecer as ligações teórico-metodológicas entre o projeto de dissertação e o campo da pesquisa.

Frente à decisão de observar/acompanhar atividades que já aconteciam nos CAPS e a opção pela etnografia como estratégia metodológica, deparei-me com uma importante escolha:

- procurar CAPS onde existiam professores de educação física atuando e acompanhar as atividades que desenvolviam; ou
- identificar em alguns CAPS selecionados a promoção de práticas corporais independentemente dos profissionais que as coordenavam.

Eu já sabia que alguns CAPS tinham atividades de dança, caminhada e outras práticas corporais coordenadas por profissionais que não são professores de educação física. Após alguma reflexão, decidi acompanhar os professores de educação física por compreender que

---

<sup>12</sup> Para Molina Neto a opção por pesquisas qualitativas, entre elas a etnografia, não pode ser confundida com falta de rigor científico. Para ele “é o caráter reflexivo que oferece riqueza e dificuldade para a etnografia, uma vez que etapas como definição do problema, trabalho de campo, análise, interpretação de dados e outras, perfeitamente definidas em determinados modelos de investigação, são frequentemente simultâneos. Às vezes, alternados e, em algumas ocasiões, extremamente flexíveis e interpenetrados, requerendo, por isso, atenção vigilante e sensibilidade do ato investigador” (MOLINA NETO, 2004, p.113).

minha pesquisa não procurava os benefícios terapêuticos de determinadas práticas em si, mas sim os sentidos atribuídos às práticas promovidas em nome da educação física.

O passo seguinte foi determinar quais seriam os CAPS que eu acompanharia. O Brasil, segundo dados recentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), ultrapassou a marca de 1000 CAPS cadastrados. Para delimitar a abrangência da pesquisa, utilizei três critérios: localização, tipo de CAPS (população que atende) e presença de professores de educação física no quadro de trabalhadores do serviço.

No primeiro critério levei em consideração a divisão estadual dos municípios em Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). O Rio Grande do Sul é dividido pela Secretaria Estadual de Saúde em 19 CRS (RIO GRANDE DO SUL, 2002). Por residir em Porto Alegre, restrinji a investigação à 1ª CRS, que é composta por 24 municípios, dos quais possuem CAPS, segundo informação coletadas junto à Secretaria Estadual de Saúde em meados de 2006, os seguintes: Alvorada (2), Cachoeirinha (1), Campo Bom (1), Canoas (1), Estância Velha (1), Esteio (1), Gravataí (1), Novo Hamburgo (3), Porto Alegre (6), São Leopoldo (1), Sapiranga (1) e Viamão (3); totalizando 22 centros.

Em termos de tipos de CAPS, a 1ª CRS conta com quatro CAPSi (Alvorada, Novo Hamburgo, Porto Alegre(2)), quatro CAPSad (Gravataí, Novo Hamburgo, Porto Alegre e Viamão) e 14 CAPS I ou II. O quadro que descreve os municípios que compõem a 1ª CRS (que pode ser visualizada na figura abaixo), o número de CAPS e de serviços que possuem professores de educação física pode ser visualizado no “Apêndice A”.

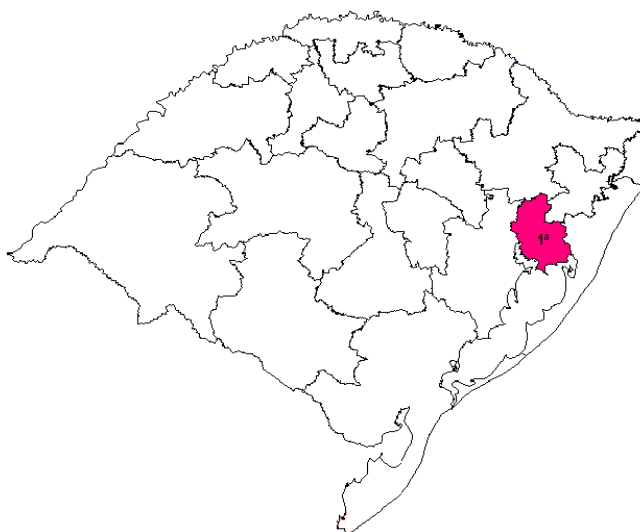


Fig. 1: Mapa do Rio Grande do Sul com destaque para 1ª Coordenadoria Regional de Saúde.

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

Identifiquei os municípios que possuíam CAPSad (álcool e outras drogas) e CAPSi (infância e adolescência), porém esses tipos de CAPS não foram incluídos, por constituírem uma especificidade de público e atendimento que minha pesquisa não se propõe a investigar. Não há nenhum CAPS III na 1ª CRS e nenhum CAPS I com professor de educação física em sua equipe de trabalhadores. Foram acompanhados, desta forma, apenas os CAPS II dos municípios da 1ª CRS. Faço constar que na 1ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, há CAPSi e CAPSad que possuem professores de educação física trabalhando em sua equipe de profissionais.

Todos os CAPS I e II que compõem a 1ª CRS foram contatados por telefone para identificar quais possuíam professores de educação física entre seus trabalhadores. Dos 14 CAPS I ou II contatados<sup>13</sup>, três possuíam professores de educação física em seu quadro de trabalhadores. O CAPS de Sapiranga possui professor de educação física atuando como voluntário, contudo sua participação é muito esporádica e inconstante segundo a coordenação do serviço; de forma que optei por não incluí-lo.

Professores de educação física que estão atuando em CAPS da região e cursando algum Programa de Residência Multiprofissional não foram incluídos na pesquisa. O corte foi feito por esses professores estarem em momento de formação, por permanecerem curtos períodos em cada campo de estágio e por falta de continuidade nas atividades desenvolvidas.

A abrangência da pesquisa está delimitada, portanto, aos três CAPS II da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul que possuíam professores de educação física em seu quadro de trabalhadores quando foi feito o recorte em meados de 2006. Utilizarei CAPS A, CAPS B e CAPS C para me referir e diferenciar os três CAPS acompanhados<sup>14</sup>.

Como já manifestado, minha intenção foi buscar sentidos circulantes nos CAPS sobre a presença de professores de educação física e as práticas desenvolvidas por eles. Isso demanda, necessariamente, abordar linhas de força que configuravam o cenário onde esse profissional, não imediatamente associado à saúde mental, atua. Tal configuração é

---

<sup>13</sup> Tanto o número de CAPS cadastrados quanto o número de CAPS que contam com professores de educação física referem-se a meados do ano de 2006 e sofreram alterações posteriores, contudo não foram incluídos na pesquisa devido a falta de tempo útil para novos encaminhamentos a comitês de ética.

<sup>14</sup> O projeto de pesquisa - para envio ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – foi elaborado de forma a respeitar a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de 1996. Foi encaminhado ao CEP da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovado em 11 de janeiro de 2007, constando na ata nº81 (ANEXO A). O parecer do CEP da UFRGS foi aceito pelo CAPS A, mas os CAPS B e C exigiram que o projeto fosse encaminhado a outros Comitês. As aprovações para o CAPS B e CAPS C aconteceram, respectivamente, em 19 de junho de 2007 (ANEXO B) e em 15 de outubro de 2007 (ANEXO C). Como as observações de campo estão condicionadas a liberação dos respectivos CEPs, o período de observação em campo variou bastante entre os três CAPS.

determinada num constante relacional entre macro-políticas, usuários, professores de educação física, outros profissionais do serviço, eu-pesquisador...

E que procedimentos fui adotando na composição da pesquisa? Compreendendo que as políticas públicas que permeiam o campo da saúde mental interferem diretamente em minha investigação, preocupei-me em estruturar um capítulo que elabora uma contextualização histórico-política dela. Utilizei para sua elaboração a análise de leis, portarias, outros documentos e textos da, já vasta, literatura acadêmica sobre a Reforma Psiquiátrica. Tal revisão é fundamental para visualizar potenciais atravessamentos macro-políticos que permeiam meu objeto de estudo. O próprio Centro de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde mental adotado como política pública tendo por base conceitos do movimento antimanicomial.

O capítulo seguinte busca identificar na legislação da saúde mental, nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental e no documento elaborado pelo Ministério da Saúde sobre os CAPS (que chamarei de Manual dos CAPS), entrecruzamentos com a educação física e com aquilo que se faz em nome dela. Complementam esse capítulo uma revisão sobre a literatura acadêmica acerca da educação física no campo da saúde mental e uma análise crítica acerca da medicalização do processo investigativo visualizada na definição de descritores que condicionam pesquisas em bases de dados.

O trabalho de campo envolveu a convivência em três Centros de Atenção Psicossocial e foi registrado em diários de campo que subsidiaram a produção do quinto capítulo. Minha ida a campo tinha como prerrogativa observar atividades coordenadas pelos professores de educação física junto a usuários pela riqueza do que se produz no seu decorrer. Adotei como estratégia acompanhar, com maior frequência, uma das oficinas terapêuticas coordenadas pelo professor de educação física e participar, esporadicamente, de outras atividades realizadas por ele<sup>15</sup>. No CAPS A acompanhei com maior frequência a oficina de expressão; no CAPS B, caminhadas e oficina de tênis e; no CAPS C, oficina de futebol. Evidentemente, registrei em diário de campo, também, conversas que aconteceram com professores, profissionais e usuários em momentos fora das atividades. Outros acontecimentos enriquecem este momento da dissertação, como a realização do “Seminário de Educação Física e Saúde Mental” que contou com a participação de, em torno, 50 profissionais e estudantes de educação física que atuam no campo.

---

<sup>15</sup> As datas e atividades acompanhadas podem ser visualizadas no apêndice B.



Até o momento da qualificação do projeto de pesquisa cogitei utilizar, além do diário de campo, entrevistas como ferramentas para investigação. A banca recomendou que eu me apropriasse do instrumento do diário de campo, o que me deixou seguro em não adotar como recurso complementar as entrevistas semi-estruturadas. Também pude visualizar na dissertação de Gonçalves (1997) que tal recurso obtinha respostas bem menos enriquecedoras do que os registros em diários de campo de diálogos promovidos durante o acompanhar das atividades. Seja pelo efeito inibidor que o momento formal entrevista proporciona ou pelas restrições da população acompanhada ou pela composição de ambas, as entrevistas que Gonçalves obteve limitavam-se a: sim, não, bom... Fiz perguntas no decorrer das observações e fui anotando em diário de campo. O acompanhamento longitudinal mostrou-se rico por dar substrato para definir o que e como perguntar, além de diminuir o fator inibição. Dessa forma, vínculo e confiança foram fundamentais para criar ambiente favorável para perguntas.

A banca de qualificação do projeto de pesquisa foi marcante também por incentivar o investimento em uma estratégia metodológica identificada com o conceito de implicação. A freqüente utilização da **cartografia** na literatura recente do campo da saúde mental e sua identificação com a trama investigativa que se desenhava, levaram-me a adotá-la como inspiração metodológica para condução da pesquisa. Fundamental nessa aproximação foi a valorização dada pela cartografia à produção de acontecimentos, para as intensidades que despontam nas relações entre os envolvidos.

Mairesse e Fonseca (2002, p.111) apresentam a cartografia como alternativa metodológica elaborada em um paradigma ético-estético-político que “confronta o saber instituído de uma lógica cartesiana na qual o objeto de estudo está dissociado do sujeito que o investiga”. A estruturação da cartografia como recurso metodológico para pesquisa é atribuída a Gilles Deleuze e Félix Guatarri (KASTRUP, 2007). Ela tem sido utilizada como

um método para o estudo da dimensão processual da subjetividade e de seu processo de produção. O método cartográfico não equivale a um conjunto de regras prontas para serem aplicadas, mas exige uma construção *ad hoc*, que requer a habitação de um território investigado e a implicação do pesquisador no campo de trabalho (KASTRUP, no prelo).

O termo cartografia é emprestado da geografia e contrapõe a idéia estática de mapa. Busca o cunho dinâmico em “que procura capturar intensidades, ou seja, disponível ao registro do acompanhamento das transformações decorridas no terreno percorrido e à implicação do sujeito percebedor no mundo cartografado” (KIRST et al, 2003, p.92).

Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua

perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. (ROLNIK, 2006, p.23).

A cartografia evoca a multiplicidade e a diferenciação na produção investigativa. “Impulsiona a produção não em direção a uma linha reta estendida ao horizonte relativo a cada um de seus habitantes, horizonte no qual se situaria um alvo – final, plausível, pensável, finito” (FONSECA, 2007, p.21). A presente pesquisa lida com a multiplicidade entre os três CAPS acompanhados, mas também com a multiplicidade dentro de cada um deles. Não busca uma generalização dos contextos dos três CAPS, mas procura estabelecer uma redação única sobre acontecimentos enunciativos sobre os entrelaçamentos da educação física e do CAPS. Ter a multiplicidade como prerrogativa não é simples:

A viagem que se inicia com o ‘método cartográfico’ é muito mais árdua e cheia de encruzilhadas; nesta não há o melhor caminho, nem o mais correto, não existe o verdadeiro, nem o falso, mas se encontra sim, o mais belo, o mais intenso, o que insiste em se presentificar, o que causa estranheza, temor..., o que se equivoca, se atrapalha..., o que falha (MAIRESSE, 2003, p. 271).

Previamente à redação do texto para qualificação, fiz algumas observações experimentais no CAPS A. Já no decorrer dos primeiros dias, debati-me com uma questão: qual o grau de participação que terei no desenvolvimento das atividades dos grupos? Faço duas pontuações sobre o acompanhar as atividades das oficinas:

- Ocupar um canto da sala e deitar um olhar sobre as atividades da oficina poderia prejudicar minha vinculação com os usuários e a própria ação terapêutica da oficina. Alguém parado olhando e anotando incomoda a grande maioria; imagina quem sofre com delírios de perseguição.
- Apesar de não ocupar um canto da sala, estabeleci durante as negociações com os professores dos CAPS que eu não estaria ocupando uma posição de co-terapeuta, que não estaria ajudando a organizar as atividades a serem desenvolvidas. Realizei boa parte das atividades propostas junto com os usuários (alongamentos, vôlei...). Como eu me apresentava como um professor de educação física especialista em saúde mental e explicava a pesquisa, não ocupava um lugar nem de usuário nem de terapeuta nos grupos. No início relutei em intervir (com fins mais terapêuticos nos grupos), mas como os participantes acionavam minha participação muitas vezes nesse sentido, não me esquivei de fazer intervenções quando achei pertinente. Eventualmente,

durante os grupos, provoquei com alguma pergunta algum usuário que tocava em algum assunto mais próximo da pesquisa. As negociações para minha participação e os papéis que fui ocupando nas oficinas serão melhor abordados nos capítulos que seguem.

Queria investigar/observar as atividades quando elas acontecem e não apenas pedir que elas fossem descritas para mim. Para escrita/construção da dissertação, visitei e revisei, flertei e refleti sobre as construções/percepções/narrativas dos diários de campo. Queria observar as coisas acontecendo, o que acontece na relação entre o professor de educação física e os usuários do CAPS. Tive por prerrogativa que as práticas e seus sentidos são elaborados e reinventados constantemente em um jogo relacional que tem entre seus personagens o próprio professor, os usuários de saúde mental, os colegas de equipe do serviço, os gestores, as políticas públicas. Se não estivesse ali no momento em que esse jogo relacional aconteceu, perderia importantes elementos para a análise. Foi, então, o que fiz. Pedi permissão e passei a observar e a participar, ao vivo e a cores, do jogo.

### 3. APROXIMAÇÕES AO CAMPO DA SAÚDE MENTAL E ÀS SUAS POLÍTICAS

“O que se encontra no começo histórico das coisas não é a identidade ainda preservada da origem – é a discórdia das coisas, é o disparate” (FOUCAULT, 2002, p.18).

As políticas públicas em saúde mental, até pouco tempo, favoreciam que a assistência fosse prestada, hegemonicamente, em hospitais psiquiátricos. Nas últimas décadas, estruturou-se, no Brasil, um movimento contrário a essa forma hospitalocêntrica de cuidado. Aos poucos foram sendo promovidas mudanças nas políticas relacionadas à saúde mental, e uma rede de serviços de atenção em saúde mental substitutiva aos hospitais psiquiátricos foi sendo implementada pelo país. O Rio Grande do Sul, quando falamos de legislação, foi um estado federativo pioneiro ao aprovar em 1992 a Lei Estadual 9.716 que determina a “substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico” (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, 2000; BRASIL, 2004b). Em nível nacional é aprovada, em 2001, a Lei 10.216 que “reorienta o cuidado em saúde mental” (BRASIL, 2004b). As mudanças legislativas, as mudanças nas políticas públicas, a presença de novas orientações teóricas e de novos recursos terapêuticos no cuidado em saúde mental constituem um conjunto que costuma ser denominado de Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica em implementação no Brasil prevê o fim dos hospitais psiquiátricos e sua gradual substituição por uma rede de cuidado integral em saúde mental. A constituição dessa rede envolve uma série de reestruturações em serviços já existentes, bem como a criação de novos e a articulação entre eles. Fazem parte dela centros de atenção psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, capacitação e matriciamento de unidades básicas de saúde, oficinas terapêuticas, hospitais-dia, entre outros.

Para contextualização de minha pesquisa, sobretudo para análise macro-política que atravessa minha investigação, mas também no intuito de aproximar a educação física de uma discussão da qual ainda se encontra distante, abordarei no presente capítulo uma reconstituição histórica das políticas em saúde mental no país e, em especial, no estado do Rio Grande do Sul. Procuo também explorar a adoção/criação dos Centros de Atenção Psicossocial como principal estratégia da Reforma Psiquiátrica e de brechas que foram se constituindo para potenciais ingressos de professores de educação física nas equipes desses serviços de saúde. Utilizarei documentos oficiais como leis, portarias, cartilhas elaboradas

pelo Ministério da Saúde, e textos da já vasta literatura produzida sobre a Reforma Psiquiátrica para elaboração do capítulo.

### **3.1. Das voltas e revoltas que levaram à Reforma Psiquiátrica**

A Reforma Psiquiátrica abrange um processo de mudanças de legislações, teorias, políticas e práticas de assistência. Essas mudanças não aconteceram de maneira revolucionária ampla de uma hora para outra. O cuidado em saúde mental, assim como qualquer prática social, está sujeito a constantes reformulações, seja pelo surgimento de novas tecnologias ou por mudanças paradigmáticas que norteiam o olhar sobre o mundo.

O enclausuramento da loucura em hospitais psiquiátricos possibilitou que esta se tornasse objeto de estudo, de saber e de poder (FOUCAULT, 2004). “O hospital constituía uma espécie de aparelhagem complexa que devia ao mesmo tempo fazer aparecer e produzir realmente a doença” (FOUCAULT, 2002, p.119).

Na prática psiquiátrica, características são agrupadas para determinar um diagnóstico patológico que distingue entre o “normal” e o “anormal”; entre o “sadio” e o “doentio”. O poder-saber<sup>16</sup> que emerge através da objetificação da loucura age de forma a estruturar determinados processos de subjetivação; saber, esse que também não é estático e passa por reformulações, retroalimentado pelas práticas sociais. Classificações diagnósticas são revistas<sup>17</sup>, e comportamentos e sintomas que ora eram considerados doentis, deixam de sê-lo. Obviamente, o contrário também se aplica.

As práticas de assistência em saúde mental no Brasil estiveram marcadas, até pouco tempo atrás, pela hegemonia do modelo manicomial, onde imperava a reclusão dos pacientes psiquiátricos em hospitais por longos períodos. Esses não deveriam deixar suas internações antes que a doença fosse erradicada (PAULIN; TURATO, 2004, p.244).

---

<sup>16</sup> Foucault (2002, p.12) afirma que “a verdade não existe fora do poder ou sem poder [...]. A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua ‘política geral’ de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro”.

<sup>17</sup> Duas classificações diagnósticas psiquiátricas merecem destaque: o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) publicado pela Associação Psiquiátrica Americana que está na sua quarta edição (DSM IV); e a CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) publicada pela Organização Mundial da Saúde que está na sua décima edição (CID 10).

A doença mental, objeto construído há duzentos anos, implicava o pressuposto de erro da Razão. Assim, o alienado não tinha possibilidade de gozar da Razão plena e, portanto, da liberdade de escolha. Liberdade de escolha era pré-requisito para cidadania. E se não era livre, não poderia ser cidadão. [...] No contexto da Revolução Francesa, com o lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, [...] o asilo tornou-se o espaço da cura da Razão e da Liberdade, da condição precípua do alienado tornar-se sujeito de direito (AMARANTE, 1995, p.491).

O primeiro hospital psiquiátrico no Brasil é o Hospício Pedro II, criado em 1852 no Rio de Janeiro, quando mudanças sociais e econômicas exigem um reordenamento do espaço urbano. No Rio Grande do Sul, o desgaste da imagem da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, que recolhia doentes mentais desde 1826, sem dar conta de prestar um cuidado adequado, culmina na criação do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) em 1884 (WADI, 2002). O HPSP torna-se a referência para assistência no estado; “único hospital psiquiátrico público do estado, que por mais de um século centralizou o atendimento em saúde mental” (DIAS, 2007, p.19). Boa parte das reestruturações na assistência estadual estiveram, durante muito tempo, associadas a ele.

Os primeiros anos dos citados hospitais psiquiátricos foram marcados pela gerência de pessoas e instituições religiosas (AMARANTE, 1992; WADI, 2002). Com a chegada da República, reforçou-se uma tendência de medicalização de tais espaços. A influência do modelo de assistência, que até o início do século XX era marcadamente francesa, passa a ser psiquiatria biologicista e higienista alemã (AMARANTE, 1992, p.77). “Deste modo, houve a aproximação histórica entre a eugenia e o higienismo na conformação da saúde pública brasileira, influenciando sua expressão na saúde mental de modo hegemônico, representado pela Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923” (DIAS, 2007, p.27).

A psiquiatrização da assistência ganha ainda mais força na década de 1930, quando práticas como choque insulínico, lobotomia e eletroconvulsoterapia começam a ser utilizadas com frequência. Ela consolida-se, enfim, na década de 1950, quando os neurolépticos apresentam significativos resultados nos tratamentos (AMARANTE, 1992).

Foucault (2002, p.127) utiliza a hipotética fala de um médico para ilustrar a medicalização da loucura, o exercício de poder:

Sabemos sobre a sua doença e sua singularidade coisas suficientes, das quais você nem sequer desconfia, para reconhecer que se trata de uma doença; mas desta doença conhecemos o bastante para saber que a chamemos doença e daí em diante, nós médicos estamos qualificados para intervir e diagnosticar uma loucura que lhe impede de ser um doente como os outros: você será então um doente mental.

O Hospital Psiquiátrico São Pedro também passa por um processo de medicalização. A coordenação religiosa orientada pelo princípio da caridade é substituída pela coordenação

médica baseada nos princípios científicos (WADI, 2002). O ano de 1937 é marcante na profissionalização/especialização do cuidado. Nesse ano tem início o segundo período de direção do Dr. Godoy, que instala serviços ambulatoriais e cria a carreira de médico psiquiatra, a Escola de Enfermagem e o Serviço de Assistência Social; medidas estas que resultam numa influência significativa na política de saúde mental no estado (DIAS, 2007, p.65).

Em 1941 é realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde e, no mesmo ano, o Ministério da Educação e Saúde criou o Serviço Nacional de Doenças Mentais que, sob a administração de Adauto Botelho até o ano de 1954, caracterizou-se pela expansão dos hospitais psiquiátricos públicos sob influência dos Estados Unidos e de seu modelo de assistência sanitária (PAULIN; TURATO, 2004; DIAS, 2007).

O período pós segunda guerra mundial é marcado também pela estruturação das primeiras críticas aos hospitais psiquiátricos através da Psiquiatria e Psicoterapia Institucional na França e do movimento antipsiquiatria na Inglaterra que vão “defender o louco diante da sociedade, e não mais optar pela sociedade em detrimento do louco” (DIAS, 2007, p.38).

No Brasil o período das décadas de 50 e 60

foi um marco na proliferação de novos referenciais teóricos no âmbito terapêutico, com vários psiquiatras realizando intercâmbios internacionais e se inspirando na psicanálise, ambientoterapia e formação multiprofissional na forma de residência. A possibilidade terapêutica através do trabalho e da expressão artística também foi desenvolvida neste período, constituindo-se, desde então, como dispositivos terapêuticos relevantes (DIAS, 2007, p.70).

O ano de 1954 marca o início de atividades laborativas e de recreação no HPSP, por iniciativa da Assistente Social Gelsa Correa e apoio do Dr. Mário Martins. Esse trabalho deu origem ao Serviço de Praxiterapia<sup>18</sup> (DIAS, 2007, p.68). Contudo a lógica de reclusão ao hospital psiquiátrico permanece.

Paulin e Turato (2004) relatam que, até início da década de 1960, a maior parte da assistência em saúde mental era promovida pelos grandes hospitais psiquiátricos públicos. Contudo, ainda na década de 1950, com a incorporação da assistência psiquiátrica aos institutos de aposentadoria e pensão, inicia-se um processo de convênios e compra de assistência em instituições privadas. Esta tendência é acentuada com assunção do poder pelos militares em 1964 e com a criação do INPS em 1966. “O Movimento Militar rompe com o modelo desenvolvimentista-populista e introduz a concepção capitalista-monopolista. [...] A assistência psiquiátrica deixa de ser apenas para indigentes, é estendida à massa operária”

---

<sup>18</sup> Em 1975 é criado o Serviço de Recreação segundo documento que traça o histórico do serviço (HPSP, 2004).

(PAULIN; TURATO, 2004, p.245). Os leitos psiquiátricos que em 1961 eram 75,1% em hospitais públicos e 24,9% em hospitais privados, em 1981 são 29,4% e 70,6% respectivamente. Com a terceirização da assistência, a saúde mental torna-se um ótimo negócio por não demandar equipamentos tecnológicos de custos elevados (Idem, p.247) e o número de internações acaba aumentando. Contudo a realidade dos hospitais era de alarmantes índices de leitos-chão, mortalidade e tempo de permanência (Idem, p.249).

Entre as décadas de 60 e 70, foram feitos alguns esforços para descentralização da assistência em saúde mental no Rio Grande do Sul. Em 1964 foi aprovado um Decreto para criação de Ambulatórios em 18 municípios do estado como um modo de atendimento associado ao tratamento hospitalar. Investiu-se também na formação de médicos generalistas do interior do estado. O número de pacientes do HPSP reduziu de 4.237 em 1965 para 1.915 ao final da ditadura militar (DIAS, 2007).

A década de 1970 é marcada pela influência do modelo preventivista americano. Em 1970 é realizado o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Nele é elaborada uma Declaração de Princípios de Saúde Mental. Em 1973, uma comissão do INPS lança o “Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica” que ressalta necessidades de reformulação da assistência valorizando o modelo preventivo comunitário. Ele prega que a assistência deve ser, sempre que possível, na comunidade e as internações, quando necessárias, devem ser rápidas e próximas da localidade do indivíduo. Contudo, o Manual é boicotado e não chega a ser posto em prática (PAULIN; TURATO, 2004, p.250; TENÓRIO, 2002).

A década de 1970 poderia ser caracterizada pelos inúmeros planos, manuais e ordens de serviço propostos no intuito de viabilizar uma prática psiquiátrica comunitária, preventivista, extra-hospitalar e terapêutica. Todavia, o que predominou foi a política de privilegiamento do setor privado, por meio da contratação, pela Previdência Social, de serviços de terceiros, expandindo significativamente o modelo hospitalar no Brasil (PAULIN; TURATO, 2004, p.256).

Em 1977, segundo Amarante (1995), 96% dos recursos do Estado para assistência em saúde mental iam para internações psiquiátricas e somente 4% para assistência extra-hospitalar.

Tenório (2002, p.27) aponta a segunda metade da década de 70 como início do processo da atual Reforma Psiquiátrica, que é predominantemente estruturada pelo reclame em favor da cidadania do ‘louco’ e de seus direitos sociais. Se, apesar dos esforços, a psiquiatria comunitária e preventivista fracassou em superar a lógica asilar, as experiências de



comunidades terapêuticas trouxeram ganhos como o deslocamento do foco de importância do sintoma para o indivíduo social (Idem, p.29).

Em 1978, ocorre o que Amarante (1995) considera o marco inicial da chamada Reforma Psiquiátrica no Brasil. Naquele ano, a crise na Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM – desencadeia discussões intensas sobre assistência em hospitais psiquiátricos e leva à criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Franco Basaglia, psiquiatra italiano, participa em 1979 de um evento em Minas Gerais, o que desencadeou uma importante influência do movimento italiano da Psiquiatria Democrática sobre o movimento brasileiro de luta antimanicomial (DIAS, 2007, p.58). Um dos importantes conceitos que norteia o movimento italiano é o de desinstitucionalização:

é um trabalho prático de transformação que, a começar do manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente, se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. O que é, portanto, nesse sentido “a instituição” nessa nova acepção? É o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos de códigos de referência e de relação de poder que se estruturam em torno da “doença”. Mas se o objeto, ao invés de ser a “doença”, torna-se “a existência-sofrimento do paciente” e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para reorientação de todos os elementos construtivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior (ROTELLI, 1990, p.29).

Em agosto de 1982 é criado o plano para a assistência psiquiátrica do CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária) que, segundo Amarante (1995), foi o primeiro mecanismo oficial de impacto sobre a assistência psiquiátrica manicomial e privatista, colocando ênfase no ambulatório como elemento central de atendimento.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde acontece em 1986, sob a efervescência dos debates promovidos pelo movimento de Reforma Sanitária, e representa um grande marco para a reestruturação da assistência em saúde no Brasil. Nela é veementemente criticado o modelo centralizador, privatista, autoritário, hospitalocêntrico e meritocrático. Suas discussões refletiram na elaboração da Constituição de 1988<sup>19</sup> - que determinou saúde como dever do Estado e direito do cidadão - e na elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS).

---

<sup>19</sup> O artigo 196 da Constituição Federal determina: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O ano de 1987 é marco fundamental na mobilização política pela reestruturação da assistência em saúde mental:

Em dezembro de 1987 ocorre, em Bauru/SP, o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Este evento, precedido pela I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em junho de 1987, acontece num clima acalorado de debates e propõe a radicalização do movimento, adotando o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” (AMARANTE, 1995, p.86).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental fora marcada pela tentativa, por parte do DINSAM aliado à Associação Brasileira de Psiquiatria, de atribuir caráter científico e congressual ao evento, proporcionando esvaziamento de seu caráter comunitário ou de participação social. “Ficou marcado pela resistência passiva ou ativa da iniciativa privada, da estrutura manicomial, da burocracia estatal e do conservadorismo psiquiátrico” (TENÓRIO, 2002, p.34-35).

O II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental convoca a participação de usuários e familiares e agrega um teor político ao adotar o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (Idem, p.35). Para Amarante (1992, p. 81), em 1987, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental assume-se enquanto movimento social, e não apenas de técnicos e administradores. O lema, estrategicamente, remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. No movimento ganha força a influência da experiência italiana de Reforma Psiquiátrica.

O movimento determina o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial na busca de potencializar manifestações e aglutinações em torno da causa (TENÓRIO, 2002, p.35).

Na mesma época, o Rio Grande do Sul, sob gestão de Pedro Simon, investe na descentralização e, entre 1987 e 1990, o número de municípios que prestam atenção ao portador de transtorno mental sobe de 27 para 101 (DIAS, 2007, p.83).

A mobilização política alcança importantes conquistas em 1989 com dois importantes fatos. O primeiro acontece em Santos/SP, quando a prefeitura fecha a Casa de Saúde Anchieta, hospício privado com mais de 500 leitos, e cria Centros de Atenção Psicossocial com funcionamento 24h por dia (ANDREOLI et al, 2004; LUZIO; L’ABBATE, 2006; TENÓRIO, 2002). O segundo é “o encaminhamento do projeto de lei 3657/89 que, ao propor a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades e práticas assistenciais, desencadeia um amplo debate nacional, realmente inédito, quando jamais a psiquiatria esteve tão permanentemente e conseqüentemente discutida por amplos setores sociais” (AMARANTE, 1992, p.81). O Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado é

aprovado pela Câmara Federal e é enviado ao Senado. Sofre uma série de emendas e substitutivos e tramita até 06 de abril de 2001, quando é aprovada a Lei 10.216.

A aprovação da lei no congresso e sua sanção pelo presidente da República foi o desdobramento de uma tensão entre as diferentes forças sociais implicadas no processo: o movimento da luta antimanicomial e demais forças sociais que defendem o mesmo projeto, os proprietários dos hospitais psiquiátricos e os segmentos que lutam pela manutenção da ordem estabelecida de que lugar de louco é no hospício. O governo que, ao longo de várias gestões, adotou um conjunto de medidas na direção da reforma psiquiátrica, resistia em assumir esta posição frente à sociedade. O acontecimento que desencadeou a tomada de decisão para a aprovação da Lei foi o fato da OMS-OPAS ter escolhido como tema do Dia Mundial da Saúde (07 de abril) do ano de 2001 com o lema Saúde Mental: Cuidar Sim, Excluir Não (DIAS, 2007, p.120-121).

Apesar de o projeto de lei ter tramitado durante 12 anos até sua aprovação, ele potencializou fortes discussões, nos mais diversos espaços sociais, acerca da 'loucura', do manicômio e de outras formas de cuidado. Tenório (2002, p.28) considera que o movimento desdobrou-se em amplo e diversificado escopo de práticas e saberes, justamente por não caracterizar-se pela instituição de uma proposta hegemônica. Para ele o eixo estruturante do Movimento pela Reforma Psiquiátrica é a reivindicação da cidadania dos 'loucos'; sendo que a Reforma "abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de autores muito diferentes em si".

Nesse período, papel fundamental na reformulação das políticas de saúde mental no Brasil teve a Declaração de Caracas de 1990<sup>20</sup> que solicitou a reestruturação da assistência psiquiátrica, de forma a privilegiar modelos centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais. Em seu conteúdo afirma, sobre o modelo centrado no hospital psiquiátrico:

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;
2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao:
  - a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;

---

<sup>20</sup> A Conferência de Caracas recebe destaque na apresentação do relatório final da II Conferência de Saúde Mental da seguinte forma: "transformou-se em referência fundamental para o processo de transformação do modelo de atenção à saúde mental que se desenvolve no país" (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994, p.7).

- b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;
- c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e
- d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores. (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990).

Míriam Dias (2007) correlaciona a importância da intervenção na Casa Anchieta em Santos para o país, com a criação de dois serviços de saúde mental e sua importância para o Rio Grande do Sul. O primeiro é o serviço de saúde mental Nossa Casa em São Lourenço do Sul, criado em 16 de agosto de 1988, primeiro serviço substitutivo do estado; e o segundo é a Pensão Pública Protegida Nova Vida, criada em Porto Alegre no ano de 1990.

No ano de 1992 acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental. Essa edição conta com uma intensa participação dos segmentos sociais, sendo que 20% dos delegados eram usuários e familiares.

O relatório final da conferência foi publicado pelo Ministério da Saúde e adotado como diretriz oficial para a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. São estabelecidos ali dois marcos conceituais: atenção integral e cidadania. Segundo essa referência, são desenvolvidos o tema dos direitos e da legislação e a questão do modelo e da rede de atenção na perspectiva da municipalização (TENÓRIO, 2002, p45-46).

Uma série de Leis Estaduais de reformulação da assistência em saúde mental passa a ser formulada e aprovada a partir de 1992, contudo a Lei Federal só é aprovada em 2001, como referido anteriormente. Destaque para Lei Estadual nº 9.716, do Rio Grande do Sul<sup>21</sup>, que determina a “substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental” (BRASIL, 2004b; CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, 2000). “O período de apresentação e debate do projeto de Lei na Assembléia Legislativa foi marcado por grandes mobilizações sociais, que extrapolaram a discussão restrita dos grupos sociais interessados, alcançando a esfera da sociedade gaúcha” (DIAS, 2007, p.120).

Míriam Dias chama atenção para a significativa mudança de termos:

---

<sup>21</sup> O relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental destaca a lei gaúcha e exige sua ampla divulgação (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994, p.21).

a denominação de pessoa com sofrimento psíquico em substituição ao termo prevalente de doente mental. Muito além de uma questão meramente semântica, esta denominação significa dizer que a pessoa que sofre com um adoecimento não se reduz em sua condição de sujeito à patologia de que é portadora (DIAS, 2007, p.120).

O jogo que há entre os termos hospital psiquiátrico (que é 'psiquiátrico') e rede integral (que é de 'saúde mental') é muito significativo:

O lugar estratégico que a expressão saúde mental ocupa hoje no discurso da reforma está relacionado a dois aspectos: servir para denotar um afastamento da figura médica da doença, que não leva em consideração os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do sujeito assistido; e servir para demarcar um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais (TENÓRIO, 2002, p.31).

Da mesma forma que tal passagem desloca a atenção da doença mental para saúde mental, ela propõe o tratamento em nível comunitário proporcionado através de uma rede integral. É necessário, para coerência da Reforma, no entanto, que o tratamento comunitário não tome ares de normalização e/ou psiquiatrização do social. “Ao se propor, hoje, um tratamento que mantenha o paciente na comunidade e faça disso um recurso terapêutico, ao contrário de normalizar o social, propõe-se que é possível ao louco, tal como ele é, habitar o social (e não o asilo de reclusão)” (TENÓRIO, 2002, p.31).

Podemos destacar, ainda, como fundamentais no processo de reformas, as portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde que abriram possibilidade para que o Sistema Único de Saúde (SUS) financiasse outros procedimentos assistenciais que não o simples leito/dia ou consulta ambulatorial.

Apesar das reformulações nas legislações, podemos verificar que a implementação prática dos serviços substitutivos, em termos de financiamento, é recente. Em dados divulgados no Atlas de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005, p.104), o percentual gasto com a assistência em saúde mental do total investido em saúde pelo Estado é de 2,5%. Deste valor, 2% vão para hospitais gerais, 80% para hospitais psiquiátricos, 15% para ambulatórios e 3% para assistência comunitária. Os dados oficiais do Ministério da Saúde são mais favoráveis à Reforma Psiquiátrica; divulgam que, em 2002, do total gasto em saúde mental, 75,18% eram gastos em cuidados hospitalares e 24,18% extra-hospitalares. Os últimos anos marcaram mudanças significativas nos percentuais de financiamento: em 2003 foram 67,33% e 32,67% respectivamente para cuidados hospitalares e extra-hospitalares; em 2004 foram 63,23% e 36,77%; em 2005 foram 55,47% e 44,53%; e a estimativa do Ministério para 2006 fora de 48,67% para cuidados hospitalares e 51,33% para extra-hospitalares (BRASIL, 2006).

Outros números que dão mostras das significativas reformulações na assistência em saúde mental são o aumento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) cadastrados junto ao Ministério da Saúde.

CAPS cadastrados junto ao MS:

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
208 CAPS	295 CAPS	424 CAPS	500 CAPS	605 CAPS	738 CAPS	1000 CAPS

Fonte: Saúde Mental em dados 3 – (BRASIL, 2006).

SRT cadastrados junto ao MS:

2002	2003	2004	2005	2006
85 SRT	141 SRT	265 SRT	393 SRT	475 SRT

Fonte: Saúde Mental em dados 3 – (BRASIL, 2006).

Esses números podem ser utilizados para: justificar a palavra “progressiva”, quando se fala em “substituição progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede integral de assistência em saúde mental”; e para visualizar a inversão de um modelo essencialmente hospitalar por um modelo comunitário de assistência.

Como minha pesquisa desenvolveu-se no Rio Grande do Sul, quero destacar ainda alguns pontos de seu contexto político. Um primeiro destaque para organização, em 1991, do Fórum Gaúcho de Saúde Mental durante um encontro estadual realizado em Bagé:

quando os vários grupos que defendem uma sociedade sem manicômios existentes no estado se articularam e se fortaleceram como um movimento social, marcado pela informalidade, mas orgânico na defesa do projeto da luta antimanicomial (DIAS, 2007, p.149).

Um segundo destaque para realização de um Seminário em 1993 que deu origem à Carta Constituinte São Pedro Cidadão (DIAS et al, 2002, P.112). Ela previa a ação articulada entre diversos setores na busca de efetivas transformações do Hospital Psiquiátrico São Pedro. “A homologação desta proposta não foi realizada na gestão estadual daquele período, somente em 1999 quando o programa São Pedro Cidadão foi alçado a uma das prioridades do governo” (DIAS, 2007, p.150). O então Projeto São Pedro Cidadão contemplava áreas como educação, geração de renda e serviços residenciais terapêuticos. O Projeto não contou com o mesmo empenho na gestão seguinte para sua continuidade. O número de residenciais terapêuticos, por exemplo, previsto inicialmente como sendo de 36 casas, restringiu-se a 27.

Um terceiro destaque, e certamente o mais delicado, é para existência de movimentos para que se revogue integralmente ou parcialmente a Lei de Reforma Psiquiátrica no estado. Fica marcado na reconstrução histórica deste capítulo, no que tange ao estado do Rio Grande do Sul, o papel de referência exercido pelo Hospital Psiquiátrico São Pedro; desde sua hegemonia na atenção aos portadores de sofrimento psíquico, mas também tendo parte nos acontecimentos, no correr dos anos, relacionados às mudanças na assistência em saúde mental. Ainda hoje ele é espaço de formação para muitos profissionais e ainda recebe muitos usuários que necessitam de internação. Algumas pessoas e algumas entidades consideram que o hospital psiquiátrico é um lugar adequado de cuidado, que a Lei da Reforma Psiquiátrica deve ser revista e que deveriam, inclusive, ser abertos mais leitos em hospitais psiquiátricos.

Em 2004, é apresentado na Assembléia Legislativa do estado o Projeto de Lei 40 (PL40) para revogar a Lei da Reforma Psiquiátrica. Os setores ligados à Luta Antimanicomial se articularam e o projeto foi arquivado. Desde então, diversas vezes o assunto já foi retomado em sessão da comissão de saúde da Assembléia, o que deixa evidente a tensão política na gestão em saúde mental.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) é uma das entidades que critica o “andamento da reforma do modelo de assistência em saúde mental brasileiro” (ABP, 2007) e defende que “o governo invista em hospitais de psiquiatria com especializações e tratamentos adequados” (AGGEGE, 2007b). A ABP contribuiu para a elaboração de duas tendenciosas reportagens de Soraya Aggege veiculadas no Jornal O Globo em 09 de dezembro de 2007 sob o título “Sem hospícios, morrem mais doentes” e “O governo não quer saber de quem ouve vozes”. A reportagem afirma que o fechamento de hospitais psiquiátricos fez com que “doentes ficassem na rua”. Uma foto de um portador de sofrimento psíquico atrás de grades é utilizada sobre a legenda: “paciente do Centro de Atenção Psicossocial de Perdizes (SP): rede atende de forma restrita, com horários determinados e raros locais de internação” (AGGEGE, 2007). A foto é usada de forma a associar os CAPS justamente com o que ele procura desmontar, que é a clausura da loucura.

O mesmo jornal publicou, dois dias depois, na sessão de Cartas dos Leitores, o comentário da vice-presidente do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS), Maria Rita de Assis Brasil:

[...] O Sindicato Médico do Rio Grande do Sul foi um dos pioneiros ao levantar a voz contra a adoção da Lei Antimanicomial, antevendo a realidade que se transformaria a saúde mental no Brasil, a reboque de uma saúde pública injusta e ineficaz, apesar dos imensos esforços dos trabalhadores que atuam no SUS, incluindo os médicos. A matéria é uma contribuição inestimável a luta que travamos aqui e no Brasil inteiro

pela revisão urgente da reforma psiquiátrica (ASSIS BRASIL, Carta dos leitores, Jornal O GLOBO, p.6, em 11/12/2007).

O SIMERS, em sua página na internet, veicula a posição de seu presidente que questiona: “Podemos ter um hospital de cardiologia. Por que portadores de doença mental não têm direito a receber tratamento em instituições psiquiátricas?” (SIMERS, 2007a). Depois afirma que, a pedido do Sindicato, “o Ministério Público da capital [Porto Alegre] entrou com ação civil pública para que sejam abertos leitos no Hospital Psiquiátrico São Pedro” (SIMERS, 2007a). Em agosto de 2007, o Sindicato lançou a campanha “Loucura é a falta de leitos psiquiátricos”. Diversos *outdoors* foram espalhados pelo estado e, sistematicamente, foram utilizados programas de rádio e televisão para veicular mensagens contra a reforma psiquiátrica e em defesa de hospitais psiquiátricos. A defesa de entidades como SIMERS e ABP se estrutura na afirmação de que hospital psiquiátrico não é a mesma coisa que manicômio (SIMERS, 2007b).

Miriam Dias (2007, p.147), em sua tese de doutorado, elabora um quadro ilustrativo dos principais acontecimentos relacionados às políticas em saúde mental no Rio Grande do Sul desde 1990:

ANO	ACONTECIMENTO
1990	Criação da Pensão Pública Protegida Nova Vida em Porto Alegre, através de um convênio entre a SSMA e a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, em agosto.
1991	Divisão do HPSP em duas áreas: a de moradia e a hospitalar, com 130 leitos. Organização do Fórum Gaúcho de Saúde Mental.
1992	III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, na UFRGS, Porto Alegre. Realização do Curso Saúde Mental nos Municípios. Apresentação de relatos das várias experiências gaúchas em saúde mental. 1ª Conferência Estadual de Saúde Mental, de 03 a 06 de junho, em Tramandaí. Lei de Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, 07 de agosto.
1993	Cursos de Aperfeiçoamento em Saúde Mental Coletiva, em Rio Grande e Alegrete. Cursos de Especialização em Saúde Mental Coletiva em Ijuí e Bagé. Carta Instituinte São Pedro Cidadão – Conselho Estadual de Saúde. Encontro Estadual de Saúde Mental, com o tema “Louca Vida”, promovido pelo FGSM, em Porto Alegre.
1994	Lei nº. 10.097 que cria o Conselho Estadual de Saúde no RS.
1995	5º Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva, em Bagé. V Encontro Estadual de Saúde Mental Coletiva e o <i>I Encuentro de Salud Mental del Cono Sur</i> , em Bagé, com a participação de 500 pessoas do Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai. Lei municipal de saúde mental em Canoas.
1996	Lei municipal de saúde mental em Alegrete.
1998	Lei municipal de saúde mental em Bagé.
1999	Encontro Estadual de Saúde Mental, em Porto Alegre, comemorando o Dia 18 de maio, dia nacional da luta antimanicomial.



2004	Comissão de Saúde e Meio Ambiente cria Grupo de Trabalho para propor mudanças no HPSP.
	Apresentação do projeto de Lei 40 na Assembléia Legislativa, revogando a lei de Reforma Psiquiátrica. O autor arquivou o projeto, após não ter obtido apoio dos líderes das bancadas para votação em plenário.
2005	Reapresentação do projeto de Lei 40 na Assembléia Legislativa, revogando a lei de Reforma Psiquiátrica. A Comissão de Saúde rejeitou, através de parecer, o teor da proposta, em 2006.
	Mental Tchê – Encontro Estadual do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, São Lourenço do Sul, comemorando o Dia 18 de maio, dia nacional da luta antimanicomial
2006	2º Mental Tchê, São Lourenço do Sul.
	1º Encontro Estadual de CAPS, Caxias do Sul.

Acrescento alguns acontecimentos posteriores à tese de Miriam Dias: a realização em 2007 da 3ª edição do Mental Tchê em São Lourenço do Sul e o 1º Encontro Estadual de Serviços Residenciais Terapêuticos em Porto Alegre.

Destaco, por fim, que, apesar dos movimentos de algumas entidades pela revogação da Lei da Reforma Psiquiátrica, o estado do Rio Grande do Sul avança na implementação de uma rede substitutiva e capacitada. O estado conta com o terceiro melhor índice<sup>22</sup> de CAPS por 100.000 habitantes (0,74) e realizou, nos últimos dois anos, eventos específicos de serviços substitutivos em saúde mental (1º encontro de CAPS e 1º encontro de SRT). De seus 105 CAPS, 7 já receberam incentivo para supervisão clínico-institucional prevista através da Portaria GM 1174/05 para qualificação de pessoal (BRASIL, 2007).

Procurei destacar marcos e conceitos caros às políticas e às práticas relacionadas à saúde mental que conduziram ao atual momento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em seu artigo, Luzio e L'Abbate (2006, p.296) concluem que: “com o compromisso político dos gestores, a implicação das equipes dos serviços e organização dos usuários, é possível produzir a mudança do modelo de atenção em saúde mental”.

Conforme a proposta da Reforma Psiquiátrica, para que essa mudança de modelo possa acontecer, é necessária a constituição de uma rede integral de cuidado que substitua a totalização do cuidado promovida pelo hospital psiquiátrico. Essa rede é composta por diferentes espaços de cuidado em saúde mental: CAPS, SRT, cuidados em saúde mental pelos serviços de atenção básica, Hospitais-Dia, Hospitais-Noite, leitos em Hospitais Gerais... Nas estratégias de constituição dessa rede, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm especial destaque nas intenções da Reforma Psiquiátrica (ver figura 2). O segmento seguinte deste capítulo procura destacar o porquê dessa importância, esclarecendo a escolha destes serviços como *locus* para investigação de minha pesquisa.

<sup>22</sup> Fonte – Saúde mental em dados 4 (BRASIL, 2007).



Fig. 2: Rede de Atenção em Saúde Mental (BRASIL, 2004a).

### 3.2. Algumas palavras sobre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

O Centro de Atenção Psicossocial é a principal estratégia das políticas que reestruturaram a atenção em saúde mental. A ele são atribuídas as funções de prestar assistência direta de casos considerados graves e de articular as redes de saúde e de promoção da vida comunitária e autonomia dos usuários (BRASIL, 2004a).

Adotei como campo de observação os Centros de Atenção Psicossocial, por esses se constituírem como peças-chave do processo de Reforma Psiquiátrica em andamento no Brasil. O modelo de funcionamento do CAPS não nasce em propostas legislativas, mas de algumas experiências isoladas que inspiraram sua regulamentação e financiamento pelo SUS.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1987, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (BRASIL, 2004a; TENÓRIO, 2002; LUZIO; L'ABBATE, 2006). A criação desse CAPS, juntamente com os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), inaugurados a partir de 1989, em Santos, irão se constituir em referência para a implantação de serviços substitutivos ao manicômio em nosso país (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006; ANDREOLI et al, 2004); representam a efetiva implementação de um novo modelo de atenção em saúde mental para expressiva fração dos doentes mentais (psicóticos e neuróticos graves) atendidos na rede pública, sendo seu ideário constituído de propostas dirigidas à superação das limitações evidenciadas pelo binômio ambulatório-hospital psiquiátrico no tratamento e reabilitação de sua clientela (FURTADO, 2001).

Nesse contexto, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2004a, p.12).

A Portaria GM 224/92 abre espaço para o financiamento dos CAPS pelo SUS. O modelo de funcionamento do CAPS é, atualmente, orientado pelas Portarias nº189/02 e nº336/02. Essa última:

[...] reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico,

evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004a, p.12).

Esses últimos trechos citados foram retirados do Manual do Ministério da Saúde, que orienta a constituição e funcionamento dos CAPS. Ambos ajudam a compreender um pouco do que são esses serviços especializados de atenção em saúde mental e dos objetivos propostos para eles. Contudo, considero necessário um aprofundamento maior de tais pontos para depois começar a relacionar os CAPS com a possível presença de professores de educação física.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que os impossibilita viver e realizar seus projetos de vida (BRASIL, 2004a, p.15).

Existem 5 diferentes tipos de CAPS que variam conforme o tamanho da população atendida e especificidade da demanda. Esses dois pontos acabarão influenciando no tamanho da estrutura física, na quantidade de profissionais e na diversidade das atividades terapêuticas. De acordo com a Portaria GM 336/2002:

- CAPS I – implantado em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 8 às 18 horas. Destina-se ao atendimento de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, mas atende também a crianças e usuários de álcool e outras drogas;
- CAPS II - implantado em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 8 às 18 horas, podendo ter um terceiro período até as 21 horas. Destina-se ao atendimento de adultos com transtornos mentais severos e persistentes;
- CAPS III - implantado em municípios com população acima de 200.000 habitantes; funciona diariamente, 24 horas, incluindo feriados e fins-de-semana. Destina-se ao atendimento diário e noturno de adultos com transtornos mentais severos e persistentes;
- CAPSi - implantado em municípios com população acima de 200.000 habitantes; funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 8 às 18 horas, podendo ter um terceiro

período até as 21 horas. Destina-se ao atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

- CAPSad - implantado em municípios com população acima de 100.000 habitantes; funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 8 às 18 horas, podendo ter um terceiro período até as 21 horas. Destina-se ao atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

O Rio Grande do Sul, apesar de contar com um número elevado de CAPS, não possui nenhum do tipo CAPS III.

Realizei a opção metodológica de não incluir CAPSi e CAPSad como campos de observação, por se destinarem a populações específicas, ou seja, ao atendimento de crianças e adolescentes e de dependentes químicos respectivamente. Decidi acompanhar, nesta pesquisa, os CAPS I e II, ou seja, os que atendem, prioritariamente, casos de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, mas que, muitas vezes, também atendem casos de crianças e adolescentes, e de usuários de álcool e outras drogas. Esta escolha fora reforçada pela observação de que no Manual sobre os CAPS, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) consta citado como possíveis profissionais de CAPS II os professores de educação física, enquanto que nos CAPSi e CAPSad não aparecem diretamente citados.

De uma maneira geral, independentemente da especificidade de cada um dos 5 tipos,

o objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004a, p.13).

Território<sup>23</sup> e rede são dois conceitos fundamentais para o entendimento do papel estratégico dos CAPS. Por território, neste caso, entenda-se não, apenas, uma área geográfica, mas a constituição de um espaço pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). Cada CAPS atende a um determinado território, o que deveria favorecer, teoricamente, a inclusão dos seus usuários nestas realidades territoriais.

---

<sup>23</sup> Território é utilizado aqui no sentido de regionalização da assistência. Contudo não é apenas o bairro de domicílio do sujeito, mas o “conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo. A noção de território aponta, assim, para a idéia de territórios subjetivos” (TENÓRIO, 2002, p.32).

A responsabilidade de articular o atendimento dos usuários com uma rede de saúde e de vida está diretamente ligada, também, a esse favorecimento territorial. O CAPS não deve se restringir a uma articulação com a rede de saúde, mas levar em consideração a complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais.

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004a, p.11).

Nas palavras de Onocko-Campos & Furtado (2006, p.1055), os CAPS

configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados nos quais os pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço, de maneira mais ou menos intensiva e articuladas em torno de um projeto terapêutico individualizado, voltado para o *tratamento e reabilitação psicossocial*, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários.

Quando falam em “maneira mais ou menos intensiva”, os autores referem-se aos modelos de atendimentos em que os usuários são enquadrados e que estão divididos em: intensivo, semi-intensivo e não-intensivo; definidos de acordo com a frequência com que são atendidos pelo CAPS.

Fernando Tenório (2002, p.39-40) afirma que o CAPS se ocupa também daquilo que tradicionalmente era considerado extra-clínico, constituindo práticas que, dentro da Reforma Psiquiátrica, costumam se chamar de ‘Clínica Ampliada’. Para ele “o cuidado, em saúde mental, amplia-se no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da lida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais. Os CAPS, portanto, consistem em uma ampliação tanto da intensidade dos cuidados (todos os dias, o dia inteiro) quanto de sua diversidade (atividades e pessoas diversas etc.)”.

Contemplando os objetivos e atividades terapêuticas que se propõem serem desenvolvidas nos CAPS, destaca-se um importante ponto: a Reforma Psiquiátrica não procura propiciar mudanças apenas dos espaços físicos onde pessoas com sofrimento psíquico são assistidas, mas procura potencializar outras formas de cuidado que facilitem a inserção social e a integralidade dos indivíduos.

Rotelli (1990, p.90), importante pensador da Reforma Psiquiátrica na Itália, afirma que “desconstruir o manicômio significa bem mais que o simples desmantelamento de sua

estrutura física; significa o desmantelamento de toda a trama de saberes e práticas construída em torno do objeto doença mental”.

Recordo de um evento de que participei na cidade de São Lourenço do Sul, chamado MentalTchê, em que uma das rodas de discussão chamava-se “CAPS: novos serviços, velhos erros”. O conteúdo que foi abordado me tocou profundamente: as práticas promovidas nos CAPS podiam reproduzir aquelas do manicômio; os CAPS podiam se tornar pequenos manicômios. Palavras fortes que, em tal evento, sinalizavam movimentos políticos pela reestruturação das práticas para além de estruturas físicas.

Podemos internar alguém durante algum tempo sem, no entanto, “internar” o seu sofrimento psíquico. Por outro lado, podemos tratar pessoas em ambulatórios ou consultórios e “interná-las” em relações autoritárias onde os terapeutas/analistas, valendo-se de sua suposta superioridade, autorizam-se a fazer coisas não muito diferentes das atitudes encontradas nos próprios manicômios (CORBISIER, 1992, p.10-11).

Para Amarante e Torres (2001), é necessário um rompimento fundamental com ao menos quatro referenciais: o método epistêmico da psiquiatria; o conceito de doença mental enquanto erro, desrazão e periculosidade; o princípio *pineliano* de isolamento terapêutico e, finalmente, os princípios do tratamento moral que embasam as terapêuticas normalizadoras – “aos quais acrescentaríamos a inserção de uma clínica ampliada, centrada no sujeito e inseparável tanto das formas de organização dos processos de trabalho, quanto das maneiras de habitar a *polis*, isto é, a política” (AMARANTE; TORRES, 2001, p.26).

Fagundes (1992, p.66) aponta que o cuidado em saúde mental deve procurar ampliar a rede de alternativas sociais, políticas e culturais dos indivíduos, pois “a diversificação e a complexificação são os processos contrários à cronificação, à simplificação, ao empobrecimento identificatório gerados pela vinculação e pelo poder únicos de uma instituição”.

Os CAPS, como qualquer outro serviço de saúde, mas especialmente por procurar mudanças no modelo de atenção, devem ser sujeitados a avaliações rigorosas e sistemáticas de suas possibilidades e limitações (FURTADO, 2001). Pois não basta saber aonde se quer chegar; é importante saber por onde se está caminhando. Para tal contribuem espaços de discussão de profissionais e usuários, de conselhos de saúde e avaliações institucionais. Destaco um grande projeto de avaliação em andamento chamado CAPSUL, coordenado pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Informações disponíveis no site <<http://www.ufpel.edu.br/feo/capsul/index.php>>.

Preocupo-me em esclarecer que falo da importância propositiva de avaliações, não dessas como uma ferramenta normalizadora dos CAPS, apesar de alguns aspectos nesse sentido também serem necessários em termos operacionais. O Manual elaborado pelo próprio Ministério da Saúde pontua a elaboração de projetos terapêuticos que respeitem as singularidades de cada CAPS. Em termos de proposta política, afirma Passos (2003, p.231):

À diferença de outros processos históricos reformistas, ocorridos anteriormente no Brasil, este tem se caracterizado, explicitamente, como um campo de luta entre o modelo tradicional hospitalocêntrico, centrado na hospitalização e no poder/saber psiquiátricos, e propostas críticas a esse modelo. Não se trata, portanto, de um processo hegemônico. Muito ao contrário, é um processo de quebra da hegemonia de poder, o que tem implicado no enfrentamento de muitas contradições.

O capítulo seguinte avançará na discussão sobre a participação de professores de educação física no CAPS. Antes, contudo, descrevo algumas das atividades terapêuticas propostas para este serviço especializado de atenção em saúde mental, o Manual elaborado pelo Ministério da Saúde. São oferecidas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares. Destaco, entre estas, as oficinas terapêuticas às quais é destinado um capítulo em separado e que são caracterizadas como atividades desenvolvidas em grupos coordenadas por algum profissional do serviço. O Manual do CAPS cita como possíveis oficinas: geração de renda, alfabetização, expressão corporal, expressão musical. Elas permitem visualizar a lógica de “clínica ampliada”, pois são atividades que extrapolam um atendimento convencional de consultório e se adequam ao conceito de integralidade do indivíduo.



#### 4. DAS ESQUINAS ENTRE EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL

Após discorrer de forma generalizada sobre lutas e conquistas de profissionais, usuários e familiares em relação ao cuidado prestado em saúde mental e sobre políticas voltadas para saúde mental, busco identificar algumas convergências, acessos e/ou entrelaçamentos com a educação física. Apesar de, no senso comum, estabelecer-se uma associação praticamente direta das práticas desenvolvidas pela educação física com a saúde, sua presença em serviços de saúde pública é bastante escassa e constitui-se como uma discussão bastante recente. Algumas produções científicas e eventos acadêmicos têm sido promovidos neste sentido. Entre eles está um evento, realizado em Porto Alegre em meados de 2006, chamado “Seminário de Educação Física e Saúde Coletiva: a inserção no SUS”. O seminário teve como produto a elaboração da “Carta de Porto Alegre” (FRAGA; WACHS, 2007, p.127) que, entre suas considerações, pontuava:

- A necessidade de aproximar a educação física das grandes questões sobre a organização da atenção em saúde, enfrentando, por exemplo, o rompimento com o paradigma *hospitalocêntrico* na saúde;
- Que a educação física é um campo de conhecimento e prática apta a atuar em toda a linha do cuidado à saúde: dimensões primária, secundária e terciária da atenção.

Uma importante constatação pode ser ressaltada aqui: apesar de a educação física estar enquadrada entre os cursos da área da saúde, suas diretrizes curriculares<sup>25</sup> não têm entre seus documentos de referência a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Ela “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Está disposto no artigo 200º da Constituição Federal - e reforçado na Lei 8080 em seu artigo 6º - que “estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS: [parágrafo III] a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde”. Enquanto que as diretrizes de outros cursos da área destacam a importância de uma formação comprometida com o SUS, nas diretrizes da educação física ele fica marginalizado. Talvez isso aconteça pela pouca presença de seus profissionais nos serviços da rede de saúde pública, talvez pela tendência de inclusão no mercado privado de trabalho ou, talvez, pelo próprio perfil de formação acadêmica.

---

<sup>25</sup> Parecer CNE/CNS nº58 de 18 de fevereiro de 2004. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/pces058\\_04.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/pces058_04.pdf)>. Acesso em 20/12/2007.

A parca presença de profissionais de educação física pode ser atribuída à condução das políticas públicas na área da saúde. É muito rara a realização de concursos públicos que contemplem professores de educação física para atuar em serviços públicos de saúde<sup>26</sup>. Dificilmente esse cargo/função existe no quadro profissional de municípios e estados. Dos professores dos CAPS A, CAPS B e CAPS C, os quais acompanhei, a forma de contratação dava-se, respectivamente: via Associação de Usuários e Familiares; por concurso como recreacionista; e por cedência de outra secretaria do município.

As contratações dos professores, que acontecem por vias outras que não concursos públicos, talvez possam ser aproximadas da marginal presença da educação física nas produções científicas em saúde mental. A produção sobre Reforma Psiquiátrica é vasta, mas sua associação com práticas promovidas por professores de educação física não. O material científico que encontrei, na maioria das vezes, tratava de benefícios que atividades físicas ou determinadas práticas corporais tinham sobre o quadro clínico de usuários. A produção não se organiza a partir de uma especificidade da educação física e, muitas vezes, educação física nem aparece entre os termos utilizados. Isso sugere até que muitas dessas produções tenham sido feitas por profissionais outros ou que os professores de educação física tenham tido a necessidade de buscar inspiração em outros campos profissionais.

Esta pesquisa procurou certa inversão de olhar; não busca a identificação de benefícios de uma determinada prática – com potencial de apropriação pela educação física –, mas aquilo que potencialmente se faz em nome dela no CAPS. Dividi o presente capítulo em três momentos que procuram fazer a discussão circular por âmbitos políticos e científicos. O primeiro momento procura algumas aproximações da educação física com reivindicações/intenções da Reforma Psiquiátrica. Elegi, para realizar tal tarefa, os relatórios finais das três primeiras Conferências Nacionais de Saúde Mental por tais espaços constituírem-se em ricos fóruns de debate que, apesar de não serem normativos, contribuem significativamente na orientação das políticas públicas do setor. No segundo momento deste capítulo, busco enlaces no contexto específico do CAPS através da análise do Manual elaborado pelos Ministério da Saúde sobre ele. Este caráter de “manual” ou de orientação para o funcionamento dos CAPS demarca sua importância para o tema desta pesquisa.

---

<sup>26</sup> Aos poucos começam a figurar acessos para educação física na condução das políticas públicas. Entre as ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde difundidas em anexo à Portaria nº687/2006, estão as práticas corporais/atividades físicas (BRASIL, 2006b). Muito recentemente, a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), em que as práticas corporais/atividades físicas são destacadas como recurso terapêutico e promotor de saúde, e professores de educação física aparecem entre os profissionais que podem compor as equipes.

O terceiro momento deste capítulo já não se desenvolve a partir das políticas públicas em saúde mental. Ele procura elaborar aproximações entre a educação física e o campo da saúde mental a partir da revisão feita da literatura acadêmica. Foi adotada, inicialmente, a Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) e depois a procura manual por artigos, dissertações e teses para a realização da revisão. Curiosamente, a produção acadêmica acessada, que aproxima educação física e saúde mental, está distante dos debates da Reforma Psiquiátrica. Estar distante de alguma coisa geralmente significa estar próximo de outra.

#### **4.1. Educação Física e as Conferências Nacionais de Saúde Mental**

A presença da educação física e de suas práticas em Centros de Atenção Psicossocial faz parte de um contexto mais amplo de rediscussão do cuidado e das políticas em saúde mental. Dentro desse processo, merecem destaque as Conferências Nacionais de Saúde Mental. Trabalhei os Relatórios Finais das três Conferências Nacionais de Saúde Mental, procurando identificar alguns potenciais acessos para educação física, pontos que de alguma forma pudessem estar entrelaçados com sua presença nos CAPS.

##### **4.1.1. I Conferência Nacional de Saúde Mental**

A I Conferência acontece na cidade do Rio de Janeiro entre 25 e 28 de junho de 1987. Seu relatório é modesto, se comparado aos produzidos nas duas conferências seguintes; conta com apenas 17 páginas frente às 63 da segunda e às 213 da terceira. Volto a destacar que, conforme Tenório (2002), essa primeira edição ficou marcada pelo esforço de alguns segmentos em atribuir-lhe um caráter científico e de pouca participação de usuários e familiares<sup>27</sup>; e pela “resistência passiva ou ativa da iniciativa privada, da estrutura manicomial, da burocracia estatal e do conservadorismo” (Idem, p.34-35).

O relatório contém muitas discussões mais amplas referentes à saúde, à Reforma Sanitária e a questões trabalhistas. Em termos políticos relacionados à saúde mental: cobra uma legislação específica para o campo e faz sugestões nesse sentido; reivindica a cidadania e

---

<sup>27</sup> Apesar do destaque de Tenório (2002) para pouca participação popular na Conferência, o princípio do controle social é enfatizado em diversos itens do relatório. São reivindicadas a estruturação dos Conselhos de Saúde e a participação de usuários em comissões e decisões dos serviços e políticas de saúde.

os direitos dos ‘doentes mentais’<sup>28</sup>; critica a relação entre governo e iniciativa privada; convoca a reversão da tendência hospitalocêntrica e psiquiatricocêntrica (frente a uma equipe multi-profissional); determina como princípio a participação de usuário nas decisões; e traça reformulações, ainda muito incipientes, do modelo de atenção.

Esperava encontrar no item relacionado à “política de recursos humanos” correlações entre saúde mental e educação física. Contudo, o conteúdo está mais voltado para reivindicações dos trabalhadores do campo relacionados a salário, plano de carreira, espaço para supervisão e pesquisa e critérios para os cargos de chefia. Chamou-me atenção, no entanto, o levantamento do seguinte princípio: “será garantida à comunidade de usuários o acesso à informação sobre preenchimento de vagas nos cargos públicos de saúde, com participação nas decisões de necessidades dessas contratações” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1987, p.9).

A reivindicação de que o cuidado seja prestado por uma equipe multiprofissional, somada à citada passagem que agrega a participação dos usuários na escolha dos profissionais dessa equipe, abre uma primeira margem para que profissões não hegemônicas ocupem espaço nos serviços de saúde mental de acordo com as demandas. A contratação do professor de educação física do CAPS A, por exemplo, deu-se, segundo relato da coordenação do serviço, a partir da reivindicação de seus usuários, como veremos mais adiante.

O relatório da Conferência fala sobre recursos assistenciais alternativos aos asilares e cita alguns tipos de serviço. Não se preocupa, no entanto, com apontar diferentes recursos terapêuticos, nem profissionais que os desenvolveriam, mas destaca a importância de uma equipe multiprofissional ao convocar a:

reversão da tendência hospitalocêntrica e psiquiatricocêntrica priorizando o sistema extra-hospitalar e multi-profissional como referência assistencial ao paciente [...] (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1987, p.7).

E mais adiante:

implantação e privilegiamento das equipes multi-profissionais em unidades da rede básica, hospitais gerais e psiquiátricos, de forma a reverter o modelo orgânico e medicalizante, proficiando visão integral do sujeito usuário do setor, respeitando a especificidade de cada categoria (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1987, p.8).

Correlacionei uma única passagem do Relatório com as práticas mais específicas da educação física. Ela está presente na parte que trata da legislação específica para crianças e

---

<sup>28</sup> Não posso deixar passar que, apesar da conferência ser de **saúde mental**, e muitas vezes aparecer o termo usuários no relatório, em algumas passagens aparece o termo doente mental para referenciar-se a mesma população.

adolescentes: “garantia aos menores hospitalizados, educação formal ou especializada, habilitação profissional e o brincar” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1987, p.15). O brincar pode ser considerado uma das práticas sobre as quais a educação física se detém; quer seja pela sua importância na infância ou pela relação da recreação e do lazer com saúde em adultos. Identifiquei aqui um dos acessos que procurava.

#### **4.1.2. II Conferência Nacional de Saúde Mental**

A II Conferência é realizada em Brasília no período de 01 a 04 de dezembro de 1992. Seu relatório final foca-se melhor na saúde mental do que o da edição anterior e está estruturado em três partes. São elas: marcos conceituais; atenção à saúde mental e municipalização; direitos e legislação. O impacto político do evento de 1992 foi muito maior e seus produtos mais valorizados. Tenório (2002, p.45-46) conta que “o relatório final da conferência foi publicado pelo Ministério da Saúde e adotado como diretriz oficial para a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil”.

A segunda edição da conferência esteve preocupada em incentivar e garantir a ampliação do debate junto à população. Ela foi estruturada de forma a privilegiar a participação de usuários e de entidades da sociedade civil. De acordo com dados do relatório final do evento (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994, p.7-8), foram organizadas, antes do evento nacional, 24 conferências estaduais e, aproximadamente, 150 conferências municipais. As conferências estaduais foram responsáveis por eleger 500 delegados de forma paritária entre:

- usuários e sociedade civil; e
- governo e prestadores de serviços.

Três grandes temas são destacados como concentradores das deliberações dos delegados da conferência: rede de atenção em saúde mental, transformação e cumprimento de leis, e direito à atenção e direito à cidadania. Novamente, como na I Conferência, as reivindicações por reformulações legislativas têm especial destaque e atenção. O relatório cita a lei estadual do Rio Grande do Sul, que recém havia sido aprovada, e cobra sua ampla divulgação como mobilizadora de outras reformulações estaduais e nacional. Outro ponto relacionado à edição anterior que me parece importante destacar, é a utilização do termo “pessoa com transtornos mentais” e, não mais, o termo “doentes mentais”. Cobra-se também a substituição da terminologia “Legislação Psiquiátrica” por “Legislação em Saúde Mental”.

Aparece freqüentemente a idéia de um “novo enfoque em saúde mental”. Essas mudanças vêm permeadas por importantes reformulações:

- mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico;
- diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994, p.11).

O evento preocupou-se em firmar dois marcos conceituais para reforma psiquiátrica: integralidade e cidadania. É a partir da estruturação do conceito de integralidade que me parecem surgir importantes entrelaçamentos entre a educação física e a saúde mental.

A atenção integral em saúde mental deverá propor um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação) (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994, p.13).

O capítulo sobre a integralidade discute a constituição de uma rede de atenção que garanta a desinstitucionalização. Procurando entrecruzamentos com a educação física, destaco os seguintes trechos:

As ações de saúde mental devem integrar-se às outras políticas sociais, como **educação, cultura, esporte e lazer**<sup>29</sup>, seguridade social e habitação, tendo definido seu alcance preventivo e intersetorial (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994, p.14).

E também que:

Os centros de convivência não devem favorecer a formação de guetos, e devem ter por princípio básico de funcionamento a convivência dos diferentes (portadores de deficiência, de transtornos mentais e a população em geral), através de oficinas culturais e terapêuticas que promovam o exercício da cidadania de seus usuários. Dessa forma, estará possibilitada a criação de uma nova cultura de investimento que viabilize programas de saúde mental, tais como projetos de trabalho, **de lazer, culturais**, associações de usuários, familiares e outros (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994, p.14-15).

Por que me preocupei em acrescentar citações longas aqui, que parecem muito próximas entre si? Primeiro, na discussão acerca de integralidade, podem-se ver valorizadas atividades relacionadas à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer. Essas atividades, de uma forma ou de outra, são objetos da educação física. Elas são apontadas como componentes da constituição multidimensional do indivíduo, mas não são apresentadas como ações em saúde mental e sim como *outras políticas* sociais importantes de serem agregadas. Participar de um

---

<sup>29</sup> Os negritos que aparecem nas citações das Conferências e do Manual do CAPS são grifos meus.

grupo de capoeira fora de um serviço de atenção especializada em saúde mental, por exemplo, enquadra-se muito bem ao princípio destacado de não formar guetos, ou seja, procurar a desinstitucionalização. Nessa linha, aquilo que é feito em nome da educação física encontra vazão em espaços fora do estabelecimento CAPS. Ao mesmo tempo, todas as práticas terapêuticas desenvolvidas no CAPS devem estar orientadas para o “fora”, independentemente do profissional que a promove. Será, então, que há sentido para educação física no CAPS? Será que o professor, no interior do serviço especializado em saúde mental, pode contribuir na mediação entre dentro e fora?

O relatório volta a sugerir, mais adiante, a existência de profissões às quais cabe o cuidado em saúde mental e *outras*, que contribuem em diferentes dimensões da integralidade dos indivíduos. Nele, ao tratar da constituição das equipes dos serviços de saúde mental, é dito que elas devem ser “necessariamente multiprofissionais” e “integradas por profissionais de **outros campos do conhecimento** como, por exemplo, trabalhadores das áreas artística, cultural e educacional” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994, p.16). Ao usar a terminologia “outros campos do conhecimento”, supõe-se que haja um conjunto de saberes que não pertence ao campo da saúde mental, campo esse que desenvolveria um papel protagonista no cuidado, enquanto que *outras* encenam como figurantes.

Neste jogo mal resolvido de *uns* e *outras*, no item sobre os direitos dos usuários no relatório, são abordados dois pontos bastante conflituosos: diagnóstico e responsabilidade sobre o tratamento. É citado como direito do usuário “assegurar que a decisão sobre o diagnóstico, tratamento e regime de tratamento seja de responsabilidade da equipe multiprofissional” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994, p.56). São dois pontos nevrálgicos no jogo de poder e no conflito entre uma proposta médico-centrada e uma multiprofissional.

Ainda na linha dos direitos e agora assumindo uma enfática necessidade de outros recursos não médicos nem psicológicos, é feita a seguinte reivindicação:

Propiciar ao paciente internado por períodos prolongados, já desospitalizado, a oportunidade de desenvolver suas **potencialidades manuais, artísticas, esportivas, entre outras**, com a criação e funcionamento constante de oficinas, com profissionais capacitados para o seu atendimento e de seus familiares, **propiciando sua reinserção familiar e social** (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994, p.56).

Quero destacar a relação feita entre o investimento em potencialidades dos indivíduos, através de práticas esportivas e outras, e a idéia de reinserção social. Se tomarmos o princípio da “desinstitucionalização” como norteador da Reforma Psiquiátrica, essas práticas ditas

*outras* começam a deslocar-se do papel de figurantes para protagonizar o papel de reinserção. Para tanto, quero chamar atenção de que há uma preocupação com a formação e a contratação desses *outros* trabalhadores (presente na segunda parte do capítulo 7 do relatório) para atuarem em um novo modelo de atenção em saúde mental através da seguinte reivindicação:

Formar e contratar agentes comunitários em saúde, inclusive conselheiros em dependência química – com formação específica ou integrantes de grupos de ajuda mútua – e demais profissionais necessários à operacionalização do novo modelo assistencial – artífices, artesãos, artistas plásticos, **professores de ioga e educação física, monitores de dança**, de música e outros (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994, p.39).

A convocação que foi feita por ocasião da I Conferência para que *outros* profissionais participassem no cuidado em saúde mental através da composição de equipes multiprofissionais, na II Conferência é reafirmada, e mais, é reforçada pela lógica de que o cuidado não deve se limitar aos serviços específicos de saúde mental. O cuidado deve ser prestado, buscando articulações intersetoriais. Os objetivos almejados pelos serviços de saúde mental deixam de ser apenas o cuidado prestado no interior de suas paredes e passam a ser objetivos *outros*; fundem-se e confundem-se com objetivos de vida de usuários, familiares, comunidades, igreja, time de futebol... A reinserção social exige uma desconstrução do imaginário social de que o lugar de louco é o da reclusão. Exige sensibilização, desterritorialização de saberes.

A presença da educação física como um recurso fora do serviço de saúde mental, intersetorial, exige a sensibilização do profissional, como de todos os demais cidadãos. Apesar de compreender como sendo um dos objetivos da Reforma Psiquiátrica a desinstitucionalização - a potencial vinculação de usuários a diversos espaços que não de serviços especializados em saúde mental -, para minha dissertação interessa não a idéia de *outros* serviços que se articulam, mas *outras* atividades terapêuticas e *outros* profissionais convocados para realização do cuidado nos CAPS. A passagem antes citada do Relatório associa atividades de dança, música, artes, educação física, com a operacionalização do “novo” modelo assistencial. Temos um novo modelo de cuidado, um modelo *outro*, que convoca profissionais, olhares e práticas *outras*. Nessa inversão do olhar, parecem ganhar espaço práticas corporais e, mais timidamente, a educação física enquanto categoria profissional.

Para reforçar o raciocínio, remeto a discussão sobre o Manual do CAPS (Brasil, 2004a, p.20-22) que será promovida na seção “4.2” deste capítulo. No Manual as oficinas terapêuticas são deslocadas para uma função protagonista. A elas é concedido um capítulo



inteiro, enquanto que as *outras* atividades promovidas no CAPS estão aglutinadas em um único capítulo. Este último é apresentado da seguinte forma: “quais **outras** atividades o CAPS pode realizar?”. Entre essas *outras* estão citados os tratamentos medicamentosos e psicoterápicos, centrais e hegemônicos no modelo anterior de cuidado. Evidentemente que tais atividades também são importantes no funcionamento do CAPS.

#### **4.1.3. III Conferência Nacional de Saúde Mental**

A III Conferência ocorre na cidade de Brasília entre os dias 11 e 15 de dezembro de 2001. O lema da edição foi “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Esse ano esteve marcado também pela escolha da saúde mental como tema para o Dia Mundial da Saúde promovido pela OMS<sup>30</sup> (sob o lema “*Mental Health: Stop Exclusion, Dare to Care*”). Curiosamente a aprovação da lei que norteia a Reforma Psiquiátrica em nível federal (Lei 10.216/2001), após 12 anos tramitando pelos corredores do senado e do congresso, aconteceu no dia 06 de abril de 2001, um dia antes do evento da OMS.

A III Conferência Nacional foi precedida por 163 Conferências Municipais e 173 Micro-regionais e Regionais. O relatório final da edição nacional (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2002), em sua apresentação, menciona suas duas edições anteriores. Ressalta que as indicações do primeiro evento, apesar de hoje serem consideradas incompletas, foram importantes para marcar posição contrária ao modelo hospitalocêntrico e médico-centrado. Já a II Conferência é bastante elogiada em relação à mobilização de participantes e aos seus produtos. A estruturação da terceira edição acontece baseada na constatação de que o modelo asilar de atenção em saúde mental ainda permanece hegemônico. A mobilização, então, ocorre no sentido de efetivar a Reforma Psiquiátrica. Os subtemas que mobilizaram as discussões e que compõem os capítulos do relatório são: reorientação do modelo assistencial em saúde mental, recursos humanos, financiamento, acessibilidade, direitos e cidadania, e controle social.

Não me estenderei discutindo o extenso e rico relatório; volto ao foco das possíveis correlações específicas com a educação física. A edição de 2001 reafirma a necessidade de

---

<sup>30</sup> Outro importante marco é o lançamento do “Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança” pela Organização Mundial da Saúde, cujas recomendações são mencionadas no Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

uma rede integral de atenção em saúde mental, e dá especial destaque aos seguintes princípios do SUS: atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social. O princípio da integralidade é frequentemente convocado nos pontos do relatório que tratam de estratégias de reinserção dos usuários de saúde mental na comunidade. Dois pontos me parecem muito recorrentes no conjunto das recomendações elaboradas na conferência: inserção social e composição de rede de atenção.

As políticas de saúde mental devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença. É de fundamental importância a integração desta política com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte, habitação e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2002, p.23).

É novamente no princípio da integralidade<sup>31</sup> e na articulação intersetorial que percebo maiores enlances diretos entre educação física e saúde mental no Relatório. Ele não cita diretamente a necessidade de profissionais de educação física no quadro funcional das equipes de saúde mental, como faz, por exemplo, com a musicoterapia (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2002, p.71). Mas traz alguns indicativos nesse sentido e frequentemente destaca o lazer e o esporte como estratégias de inserção social (Idem, p.78; p.107) e/ou como direitos dos usuários (Idem, p.107; p.115; p.124; p.128). Chega a recomendar “a articulação com as instituições de ensino superior visando atrair estagiários de **educação física**, artes, música, terapia ocupacional e outras formações afins para atuação nos serviços substitutivos” (Idem, p.79). Reivindica também que:

Os espaços de promoção de saúde mental devem ser garantidos, estimulando a criação de grupos de convivência e oficinas terapêuticas na comunidade, [...] criando oportunidade de trabalho para atores sociais e profissionais de diversas áreas de conhecimento, tais como músicos, dançarinos, professores de diversos esportes, investindo em atividades musicais, pintura, escultura, teatro, plantas ornamentais e medicinais (saúde mental comunitária) (Idem, p.113-114).

Esta inserção de novas áreas é possibilitada a partir do que foi chamado, no relatório da II Conferência, de “novo enfoque na atenção em saúde mental” e do entendimento que “a reorientação do modelo assistencial deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde” (Idem, p.23). Desta forma, a Conferência recomenda que se garanta “o desenvolvimento de estratégias diversas de ofertas de serviços de saúde mental pautadas nas possibilidades dos indivíduos, das famílias e

---

<sup>31</sup> “As ações em saúde mental devem ser compreendidas como manutenção do bem-estar físico, mental e social do cidadão” (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2002, p.108).

dos serviços, para prestar cuidados e não apenas na identificação de “patologias”” (Idem, p.28).

Durante o corpo do texto, como nos outros relatórios, é frisada a necessidade de equipes multiprofissionais que atuem de forma interdisciplinar. De forma mais objetiva, é recomendada a revisão dos “parâmetros de recursos humanos propostos na Portaria/SNAS nº 224/92 em uma perspectiva de ampliação” (Idem, p.70).

As políticas de saúde mental devem promover ainda a ampliação das equipes multiprofissionais, com a inclusão e capacitação de profissionais dos campos de cultura, educação, habitação, trabalho e lazer, viabilizando o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais que busquem a melhoria da qualidade de vida, inclusão social e cidadania da população em geral e em particular da clientela dos serviços de saúde mental (Idem, p.78).

Como na Conferência anterior, essa também cobra políticas de formação em saúde mental que contemplem uma gama maior de profissionais “prevendo a realização de projetos de pesquisa e extensão, internato rural, especialização, residência, para todos os profissionais de áreas afins, a partir do eixo preconizado pela Reforma Psiquiátrica, possibilitando intervenções no campo da saúde, cultura, lazer etc.” (Idem, p.79).

\*

Os relatórios, de forma crescente da I Conferência para III Conferência, incluem atividades de lazer, esportes, cultura, práticas corporais em geral. Elas são apresentadas freqüentemente como políticas paralelas (intersetoriais) a serem articuladas com a saúde mental, mas também a formação específica em saúde mental de profissionais que trabalham com elas e sua presença nos próprios serviços de saúde mental vão ganhando força. Sua presença nesses serviços, no entanto, não deve estar voltada para institucionalização dos usuários, mas sim para sua reinserção social<sup>32</sup>.

A III Conferência cobra o reconhecimento da “importância das oficinas terapêuticas na reorientação do modelo assistencial, garantindo o investimento de recursos materiais e humanos e apoiando ativamente sua implantação e desenvolvimento” (Idem, p.43).

A importância dada às atividades promovidas por professores de educação física me parece ganhar destaque mais explícito, quando a III Conferência recomenda que através das

---

<sup>32</sup> “Promover a prevenção em saúde mental por meio da oferta de atividades para este fim (por exemplo: esportes comunitários, grupos de mães, oficinas de arte e de ofícios, grupos de apoio, lazer e outros), desenvolvidas preferencialmente por recursos comunitários, Saúde, PACS, PSF e comunidade” (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2002, p.50).

“três esferas de governo devem ser apoiadas práticas desportivas, atividades recreativas, culturais e de lazer, nos bairros, parques e ambulatórios de Saúde Mental, para que as pessoas possam usar e desenvolver seu potencial” (Idem, p.124). Apesar da valorização, parece que essas práticas e atividades referidas têm o mesmo sentido, independentemente de onde sejam realizadas. Isso está em desacordo com os achados desta pesquisa que busca justamente o que se faz em nome da educação física no contexto específico do CAPS.

#### 4.2. Educação Física e Centro de Atenção Psicossocial: aproximações

De forma semelhante ao promovido na análise das reivindicações pautadas nos Relatórios das Conferências Nacionais em Saúde Mental, procuro identificar enlances da educação física em portarias que regulamentam os CAPS e no “manual<sup>33</sup>” elaborado sobre os mesmos pelo Ministério da Saúde.

O texto de abertura do Manual - assinado pelo então Ministro da Saúde, Humberto Costa - apresenta-se um tanto restritivo, ao afirmar que “os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento **médico e psicológico**” (BRASIL, 2004a, p.9). Texto que poderia, inicialmente, remeter somente a essas duas profissões a função maior do CAPS que descreve na seqüência: “integrar pacientes a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares”.

Contudo, quando o Manual (Idem, p.26) trata da equipe que compõe o quadro de trabalhadores, fala-se de uma equipe multiprofissional, composta de técnicos de nível superior que podem ser “enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, **professores de educação física** ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS”; e profissionais de nível médio que podem ser “técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos”. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha.

A Portaria nº224 de 29 de janeiro de 1992 - que veio regulamentar serviços de saúde mental e incorporar novos procedimentos à tabela do SUS - em convergência com os destaques que fiz dos relatórios das conferências, pontua como diretrizes para assistência a

---

<sup>33</sup> Chamo de manual dos CAPS o documento “Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial” (BRASIL, 2004a).

“diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial”; e a “multiprofissionalidade na prestação de serviços”. Quando trata dos recursos humanos para os NAPS/CAPS, determina sua composição da seguinte forma:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

A Portaria nº224/1992 é atualizada pela Portaria nº336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Ela também regulamenta a quantidade de profissionais; quantidade que varia de acordo com o tipo de CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Como minha pesquisa acabou abordando apenas CAPS do tipo II, citarei apenas as determinações referentes a ele.

A Portaria prevê para o CAPS II um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

O Manual do CAPS toma por base a Portaria nº336 para tratar da composição das equipes dos serviços. Existe, no entanto, uma pequena variação, intencional ou não, no quadro proposto para o CAPS II pela Portaria, mas muito significativa para minha pesquisa. No Manual é citado “professor de educação física” e não “enfermeiro” entre os quatro profissionais que podem compor a equipe junto ao psiquiatra e ao enfermeiro com formação em saúde mental obrigatórios.

Citado ou não, parece que o professor de educação física passa a compor a equipe de um CAPS quando seu objeto, as práticas corporais, figura entre as atividades que compõem o projeto terapêutico do CAPS.

Passo, então, a ilustrar, com algumas sugestões e recomendações do Manual do CAPS elaborado pelo MS, possibilidades das práticas corporais comporem o projeto terapêutico de um CAPS. Destaco as recomendações destinadas ao espaço físico (BRASIL, 2004a, p.14) que prevêem consultórios para atividades individuais, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários e **área externa para oficinas, recreação e**

**esportes.** A mera previsão de espaços que contemplem a realização de atividades recreativas e esportivas já indica que estas são consideradas benéficas para o tratamento e acompanhamento do usuário do CAPS.

Quando são abordados os recursos terapêuticos do CAPS, as oficinas terapêuticas recebem destaque entre elas, merecendo um capítulo diferenciado das demais atividades no Manual.

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. [...] Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, **o desenvolvimento de habilidades corporais**, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania (BRASIL, 2004a, p.20).

Além de oficinas de geração de renda e de alfabetização, são citadas **oficinas expressivas** que, a meu ver, enquadram-se muito bem ao objeto com o qual trabalham os professores de educação física. Tais oficinas estão classificadas em: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro.

No capítulo do Manual (Idem, p.21-22) que trata das *outras* atividades comuns nos CAPS, estão descritos:

- tratamento medicamentoso;
- atendimento a grupo de familiares;
- atendimento individualizado a famílias;
- orientação sobre algum tema específico, por exemplo, o uso de drogas;
- atendimento psicoterápico individual ou em grupo;
- visitas domiciliares;
- desintoxicação ambulatorial;
- atividades comunitárias como, por exemplo, festa junina do bairro, feiras, quermesses, **campeonatos esportivos**, passeios a parques e cinema;
- atividades de suporte social: projetos de inserção no trabalho, articulação com os serviços residenciais terapêuticos, **atividades de lazer**, encaminhamentos para a entrada na rede de ensino, para obtenção de documentos e apoio para o exercício de direitos civis através da formação de associações de usuários e/ou familiares;

- oficinas culturais: **atividades constantes que procuram despertar no usuário um maior interesse pelos espaços de cultura** (monumentos, prédios históricos, saraus musicais, festas anuais etc.) de seu bairro ou cidade, promovendo maior integração de usuários e familiares com seu lugar de moradia.

Uma vez que atividades esportivas, culturais e de lazer (como as destacadas acima) fazem parte do projeto terapêutico de um determinado CAPS, a presença de um professor de educação física pode tornar-se interessante, por estas se constituírem como objeto da sua profissão.

Semelhante ao disposto na discussão sobre as Conferências Nacionais de Saúde Mental, também no Manual são destacados enlaces intersetoriais em que competências da educação física aparecem como recursos na composição da rede de cuidado/promoção de saúde.

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004a, p.11).

Novamente aponto que a intersectorialidade, apesar de fundamental no funcionamento do CAPS e de aparecer traçando uma aproximação a práticas corporais, não é foco de meu trabalho. Acompanhei três professores de educação física que atuam em CAPS. Importante nesse momento da dissertação é identificar que a presença desses professores não é obrigatória nas equipes, mas acontece pela identificação de seu projeto terapêutico<sup>34</sup> com práticas desenvolvidas por eles. Esta aproximação é facilitada pela histórica reivindicação por equipes compostas multidisciplinarmente e pela necessidade de estabelecer novos recursos terapêuticos identificados com a proposta da Reforma Psiquiátrica. A pretensão de instituir um novo modelo de atenção em saúde mental convoca ao protagonismo atividades *outras*, o que acaba sendo determinante enquanto acesso para educação física, quando atividades de lazer e práticas corporais - por exemplo, esporte, dança, ginástica - são apresentadas como importantes no tratamento.

---

<sup>34</sup> Essa idéia de identificação com o projeto terapêutico me levou a analisar os projetos dos CAPS A, CAPS B e CAPS C no quinto capítulo.

### 4.3. Literatura acadêmica e seus descritores

A discussão nos pontos anteriores deste capítulo procurou aproximação com as políticas em saúde mental e potenciais pontos de acesso da educação física. A proposta desta seção é buscar a correlação estabelecida entre educação física e saúde mental no âmbito da produção científica, mais especificadamente em práticas voltadas para pessoas que vivem um momento de intenso sofrimento psíquico, característica da população usuária de CAPS. Um tanto angustiante tal tarefa, pois durante minha trajetória de formação acadêmica, participação em congressos científicos e afins, praticamente não tive contato com trabalhos científicos que relacionassem educação física e saúde mental. Evidentemente isso não significava que eles não existiam.

Em uma primeira busca por referências, sem maiores sistematizações, encontrei pouco material relacionando educação física ao cuidado com portadores de sofrimento psíquico. Encontrei bastante material, nesse primeiro momento, relacionando educação física a aulas inclusivas para deficientes mentais, ou abordando esportes adaptados para portadores de deficiência física, ou relacionando atividade física à terceira idade, ou relacionando atividade física com qualidade de vida de forma bem ampla.

Adotei como estratégia, então, a busca em bases de dados por artigos que pudessem contribuir para a discussão que me propus. Comecei lançando na base de dados SciELO - *Scientific Electronic Library Online* – os termos “saúde mental” e “educação física” de forma conjunta. O resultado foi que não havia nenhum artigo disponível com ambos os descritores associados. Procurei ampliar a busca consultando a Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), através da qual são acessadas diversas bases de dados simultaneamente (LILACS, MEDLINE, SciELO, Biblioteca Virtual Cochrane, ADOLEC, BBO, BDENF, MEDCARIB, DESASTRES, HOMEINDEX, LEYES, REPIDISCA, PAHO, WHOLIS).

Para realizar a busca, era fundamental determinar quais seriam os descritores<sup>35</sup> que melhor se aplicariam ao objetivo proposto na pesquisa. Utilizar termos como, por exemplo, “qualidade de vida” ou “bem estar” resultaria em grande quantidade de materiais que acabariam dispersando o foco. Busquei, através do site da BIREME, alguns descritores e suas definições que potencializassem a consulta às bases de dados, e adotei os seguintes:

---

<sup>35</sup> De acordo com a própria BIREME, descritores são “termos ou expressões que provêm os meios principais de acesso por assunto para a unidade bibliográfica”. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>. Acesso em 20/02/2008. Os “descritores em ciências da saúde” podem ser consultados em <<http://decs.bvs.br/>>.



- **EDUCAÇÃO FÍSICA E TREINAMENTO** – A definição encontrada no site da BIREME é “Programa de instruções para o cuidado e desenvolvimento do corpo, freqüentemente em escolas”. Há um alerta de que “O conceito não inclui exercícios prescritos que são **terapia por exercício**<sup>36</sup>”. É destacado o caráter “educativo” e sua ocorrência “freqüentemente nas escolas”;
- **ATIVIDADE FÍSICA** – “A atividade física de um organismo como um fenômeno comportamental”;
- **TERAPIA POR EXERCÍCIO** – “Movimentação do corpo ou suas partes para alívio de sintomas, ou para melhorar função, levando à **aptidão física**, mas não **educação física e treinamento**”;
- **SAÚDE MENTAL** – “É o estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as próprias habilidades, pode lidar com os estresses normais da vida, é capaz de trabalhar produtivamente e está apto a contribuir com sua comunidade. É mais do que ausência de doença mental (WHO)”. O descritor adota a mesma formulação que a Organização Mundial da Saúde;
- **SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL** – “Serviços de saúde mental para prevenção, diagnóstico, tratamento prestado a indivíduos com o objetivo de reintegrá-los à comunidade”.

Utilizei os descritores “saúde mental” ou “serviços de saúde mental” de forma associada com algum dos outros três descritores. Os resultados foram os seguintes:

- “Serviços de saúde mental” + “Terapia por exercício” = três artigos
- “Serviços de saúde mental” + “Educação física e treinamento” = três artigos
- “Serviços de saúde mental” + “Atividade física” = um artigo
- “Saúde mental” + “Terapia por exercício” = 44 artigos
- “Saúde mental” + “Educação física e treinamento” = cinco artigos
- “Saúde mental” + “Atividade física” = 58 artigos

Os descritores têm a função de facilitar o acesso às temáticas preteridas, mas os resultados de sua utilização nas buscas, muitas vezes, apresentam artigos que não interessam ao foco de análise.

---

<sup>36</sup> Utilizo negrito, neste momento, para destacar descritores.

Foram utilizados os seguintes critérios de aproveitamento:

- Artigos relacionados ao cuidado de portadores de sofrimento psíquico;
- Artigos relacionados às práticas corporais;
- Estar disponível na íntegra (não apenas resumo);
- Estar disponível gratuitamente (sem custos pelo acesso).

Os critérios deveriam ser atendidos simultaneamente. Após cruzar os resultados das buscas com os critérios citados, dos 114 iniciais restaram seis artigos. Resolvi mudar de estratégia, digitei apenas “saúde mental” no SciELO e passei artigo por artigo. Encontrei apenas um artigo que relacionava atividade física e saúde mental. A partir daí, acabei adotando uma estratégia de “garimpagem”, uma busca manual por referências mais próximas ao tema e ao foco deste projeto de dissertação. Procurei ter acesso a alguns artigos através de *sites* de revistas na internet ou via Portal de Periódicos da CAPES. Acessei também alguns *sites* de Universidades, onde encontrei dissertações e teses. Apesar de não encontrar nada que tratasse de educação física em Centros de Atenção Psicossocial, encontrei dissertações relacionando a educação física com outros serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico como Hospital-Dia e Residenciais Terapêuticos.

Frente à dificuldade em acessar, nas bases de dados, textos que contribuíssem com os objetivos da investigação, procurei entender melhor os critérios adotados pelo BIREME para a constituição dos descritores em ciências da saúde, o que resultou na reflexão promovida na seção a seguir.

#### **4.3.1. Medicalização do processo investigativo**

Quando produzimos algum material científico, espera-se que, dentro do processo de pesquisa, esteja contemplada uma revisão sobre o que já foi escrito acerca da temática. Com o advento da *internet* e a conseqüente facilitação de acesso a produções de diversas partes do mundo, as bases de dados<sup>37</sup> ganharam muita importância nesse processo. Evidentemente elas

---

<sup>37</sup> A valorização dessas bases parece estar muito associada com o desprestígio de livros e a valorização de artigos como veículo de difusão e circulação hegemônico da produção científica. Madel Luz (2005, p. 632) realiza um ensaio sobre a desvalorização da cultura do livro e comenta que o “**artigo**, ou mais simplesmente o *paper* impresso, designando a publicação de um momento particular da investigação científica, ou sua conclusão,

não possuem todas a mesma relevância e, muitas vezes, estão direcionadas a um determinado campo de saber.

Por um lado, é importante ter critérios de avaliação para as produções científicas e, evidentemente, veículos que as façam circular. Mas é preciso estar atento também ao fato de que pesquisas, revistas, jornais, bases de dados estão inseridos em um contexto de relações de poder acadêmicas permeadas pela produtividade. Publicar um artigo em uma revista referendada como A pelo Qualis garante *status* e, muitas vezes, até permanência de um professor/pesquisador no meio acadêmico ou em suas instâncias. A lógica da produtividade pode gerar conseqüências negativas para funções atribuídas à ciência e às universidades. Destaco dois pontos, para os quais Madel Luz (2005a; 2005b) chama a atenção:

1. Círculo vicioso das produções científicas.

[...] ratificadas academicamente as hierarquias de veículos, os autores desencadearão um processo competitivo desenfreado para publicarem seus trabalhos nesses mesmos veículos, buscando neles estabelecer-se permanentemente como autores de referência. Como conseqüência, uma tendência à circularidade nas citações de autores tende a se formar, originando um círculo vicioso já conhecido academicamente (os mesmos autores citando sempre os mesmos trabalhos/autores) (LUZ, 2005a, p.633).

2. Prejuízo na formação acadêmica.

A lamentar, nesse formato institucional, por falta de espaço e função, o desaparecimento do mestre – isto é, do criador de outros mestres, o incentivador dos novos pesquisadores, dos inventores, dos inovadores. Evidentemente, estamos falando aqui também do formador de outros professores, com características semelhantes às de seu mestre, constatada a desvalorização da função *ensino* no binômio dicotômico *ensino/pesquisa* (LUZ, 2005b, p.50).

Este contexto de produtividade, permeado por relações de poder que acontecem intra e inter campos de saber, atravessou o meu processo investigativo quando me deparei com os descritores adotados nas bases de dados. Os descritores são a forma de acesso aos artigos. Existe um número restrito de descritores que são utilizados. Não é possível escolher qualquer palavra para achar aquilo que se busca. A utilização de um termo como descritor e não de outro constitui uma forma de controle ao acesso de informações. E mais do que isso, os descritores possuem definições que devem ser utilizadas para classificar e justificar sua associação com determinado artigo/tese/dissertação/produção científica.

A primeira dificuldade foi definir quais seriam os descritores a serem utilizados, visto que as definições atribuídas a eles proporcionavam certa incompatibilidade com os referenciais adotados na investigação. O tema da dissertação é a relação entre educação física

---

tomaram, desde o fim do século XIX, cada vez mais o espaço de difusor da ciência, e depois da arte, tendo gerado hierarquias de valor na difusão do conhecimento”.

e saúde mental. No entanto, ao buscar educação física encontra-se o descritor “educação física e treinamento” que determina uma composição de dois termos não necessariamente fixos um ao outro. E mais, a definição do descritor apresenta-o ligado predominantemente a atividades escolares. Bem, nem sempre a educação física está associada a práticas escolares, tampouco a programa de instruções de cuidado e desenvolvimento do corpo; nem as práticas escolares são sempre treinamentos. Existe na base de dados uma apropriação e aplicação de um determinado sentido para educação física que a fixa ao treinamento e a associa à escola. Talvez este tenha sido um fator determinante para o baixo número de artigos encontrados por ocasião de sua utilização.

Investi, então, na recomendação feita na própria definição do descritor “educação física e treinamento” para utilização de “terapia por exercício”, descritor que provavelmente provém de outros campos de saber. Mesmo que este último trouxesse o termo “aptidão física” em sua definição (que também entra em conflito com as pretensões da pesquisa), pareceu ser o que melhor se enquadrava na pesquisa por seu tom terapêutico. Relutei em utilizar o descritor “atividade física” por causa dos controversos sentidos atribuídos ao termo. A definição da BIREME, por exemplo, afirma que é “a atividade física de um organismo como um fenômeno comportamental”, enquanto a definição com a qual trabalham entidades como o *American College of Sports Medicine* e os *Centers for Disease Control* é “qualquer atividade que resulte em gasto calórico acima do basal”. Não bastasse a controvérsia em relação à definição, o termo tem sido utilizado por correntes teóricas dentro da educação física mais identificadas com as ciências biomédicas. Como já referido, “prática corporal” tem sido o termo utilizado por correntes teóricas mais preocupadas com as perspectivas culturais do movimento humano. Contudo “prática corporal” não é um descritor em saúde. Encontrar uma quantidade maior de textos utilizando o descritor “atividade física” constitui um dado significativo para o processo de investigação.

Resolvi então buscar a própria definição de “descritor” feita pela BIREME: “Termos ou expressões que provêm os meios principais de acesso por assunto para a unidade bibliográfica”. Junto a essa definição existe uma recomendação para busca do descritor “vocabulário controlado”. Esse, por sua vez, tem a seguinte definição<sup>38</sup>:

Uma lista definida de termos com um significado fixo e inalterável, e da qual uma seleção é feita durante a **catalogação**<sup>39</sup>, **indexação** e elaboração de resumos, ou na busca de **livros**; **publicações periódicas** e outros documentos. O controle pretende

---

<sup>38</sup> Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>. Acesso em 20/11/07.

<sup>39</sup> Em negrito, outros descritores.

evitar a dispersão de assuntos relacionados sob **descritores** diferentes. A lista pode ser alterada ou estendida apenas pelo editor ou agência distribuidora.

Ao mesmo tempo em que os descritores viabilizam uma seleção de publicações que potencialmente interessam a um pesquisador, eles também fixam termos de forma inalterável. Extremamente significativa é a associação do termo “descritores” com “vocabulário controlado”. Falar em controle na pesquisa remete a um exercício de poder. Fui buscar então quem fixava os significados, como eram regidos os descritores da BIREME. Descobri então que o vocabulário BIREME

foi desenvolvido a partir do [MeSH - Medical Subject Headings](#) da U.S. *National Library of Medicine* com o objetivo de permitir o uso de terminologia comum para pesquisa em três idiomas, proporcionando um meio consistente e único para a recuperação da informação independentemente do idioma.<sup>40</sup>

A pretensão da BIREME não é pequena. Ela

tem como finalidade principal servir como uma linguagem única para indexação e recuperação da informação entre os componentes do Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde, coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) através da BIREME, e que abrange 37 países na América Latina e no Caribe, permitindo um diálogo uniforme entre cerca de 600 bibliotecas.

Aí me debato com duas questões: educação física é compreendida de forma *única* em 37 países? Elaborar o vocabulário BIREME a partir de uma instituição vinculada à medicina não condiciona outros campos de saber a ela?

A medicalização da sociedade não é um tema recente. Foi abordada de forma consistente por Illich em seu livro *Nêmesis Médica* (1976) há mais de 30 anos e tem sido tema recorrente nas discussões acadêmicas<sup>41</sup>. Illich (2006, p.567) dizia que “em cada sociedade, a medicina, como a lei e a religião, define o que é normal, próprio ou desejável”. Ele critica a expropriação da saúde que deixa a população impotente. Afirma que ela pode sofrer, adoecer, mas que necessita elaborar sentidos para o sofrimento e para os processos de cura/cuidado; estes não podem simplesmente ser impostos (Id., 1990). Foucault (2002; 2004), de forma semelhante, trata da medicalização/psiquiatrização da loucura.

A base de dados determina os descritores a serem utilizados e estabelece filtros para quem realiza buscas nela, e desta forma exerce poder sobre o processo de investigação. Mas o

---

<sup>40</sup> Disponível em <<http://decs.bvs.br/P/decswebp2007.htm>>. Acesso em 20/11/07. Os idiomas são inglês, espanhol e português.

<sup>41</sup> A discussão é antiga, mas se renova constantemente em nosso cotidiano. O denominado “Ato Médico” atçou recentemente a discussão política sobre o tema. No contexto acadêmico, ricas produções podem ser acessadas nos números 324 e 325 do *British Medical Journal* (BMJ, 2002).

poder é ainda mais amplo. A definição dos descritores é uma forma de controle e de produção de verdades e afeta, provavelmente, a produção de novos artigos. No meu caso, por exemplo, uma indução a utilizar o termo “terapia por exercício”.

Chamo de “medicalização do processo de pesquisa” essa apropriação de sentidos, esse exercício de poder-saber que determina os filtros de investigação de outros campos de saber a partir da instituição medicina; que, através de descritores fixos induz, influencia ou até encarcera os sentidos de novas produções. Não se trata de eliminar as bases de dados ou os descritores, mas de pluralizá-los.

#### **4.3.2 Escritos acadêmicos sobre educação física e saúde mental**

O artigo mais antigo que encontrei foi de Barreto Sobrinho (1984). Ele trata de atividades promovidas por professores de educação física em um hospital psiquiátrico, o que me faz retomar o dado de que a presença de professores trabalhando em serviços especializados em saúde mental não é uma novidade que nasce com a proposta comunitária da Reforma Psiquiátrica. No Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), em Porto Alegre, há mais de 30 anos existe um departamento ao qual professores de educação física estão vinculados. Inicialmente chamava-se Serviço de Recreação, depois Serviço de Recreação e Educação Física e, hoje, chama-se Serviço de Educação Física (HPSP, 2004). Considero que as mudanças de nome do departamento ajudam a compreender o próprio significado atribuído às atividades promovidas pelos profissionais vinculados.

Em material que traz pequeno histórico do Serviço de Educação Física do HPSP (HPSP, 2004), é apresentado assim o contexto de sua criação: “o hospital havia se tornado um depósito de órfãos, indigentes, deficientes físicos e mentais, pessoas portadoras de doenças neurológicas e outros indivíduos considerados indesejáveis para a sociedade” sendo que “no início da década de 70 chegou a abrigar 5.000 pacientes” (Idem). Esse quadro de terror é pintado e o professor de educação física é introduzido da seguinte forma no documento: “em 18 de dezembro de 1975, foi contratado um profissional de educação física para estudar e implantar um trabalho na tentativa de qualificar e dignificar a vida dos internos, sendo chamado de Serviço de Recreação” (Idem).

O artigo de Barreto Sobrinho (1984) relata atividades promovidas pelo Departamento de Esportes de uma Comunidade Terapêutica Psiquiátrica no Estado de São Paulo, criado na

mesma época<sup>42</sup> em que surgiu o Serviço de Recreação do HPSP. Os objetivos das atividades descritos pelo autor ajudam a compreender a função esperada da educação física naquele momento. Destaco os seguintes objetivos: “melhorar o relacionamento interpessoal”; “despertar o interesse por um corpo mais sadio, capaz e eficiente”; e “contribuir para o equilíbrio dinâmico da vida comunitária da Clínica, através da drenagem de tensões e agressividade dos pacientes” (BARRETO SOBRINHO, 1984, p.13). O autor ainda conclui dizendo que “é evidente por si mesma a indiscutível atmosfera agradável que reina no ambiente intra-hospitalar” (Idem, p.13).

Acredito que as alterações no nome do Serviço do HPSP, no qual estão alocados os professores de educação física, anunciam mudanças nos objetivos e significados atribuídos às suas atividades. Lembro que, no período em que cursei a Residência Multiprofissional da ESP/RS no HPSP, quando os outros residentes queriam brincar com os da educação física ou provocá-los, utilizavam o termo “recreacionistas” para se referir a eles. Da mesma forma, dizia-se “telefonista” para assistente social, “desenhista” para artistas plásticos. Essa brincadeira não fora criada pela turma de residentes da qual fiz parte, mas já tinha ares institucionais. Por que o termo “recreação” passou a ser utilizado de forma pejorativa? No histórico do Serviço de Educação Física do HPSP, as justificativas para as mudanças de nome são três:

- recreacionista é uma identidade que pode ser assumida por pessoas com cursos de menor exigência de carga horária e sem habilitação em nível superior;
- porque os professores consideram que fazem atividades que vão além da recreação e que englobam outros campos relacionados à educação física;
- pelo fato de recreação constar entre as atividades da educação física, o termo “recreação” no nome do departamento é considerado redundante.

As mudanças de nome parecem marcadas por uma luta por reconhecimento, por empoderamento e por profissionalismo. Afastar-se de alguma coisa, nesse caso, do termo “recreação”, significa aproximar-se de outra. Fraga (2005) em sua tese de doutorado, intitulada “*Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa*”, discute a emergência do estilo de vida ativo como um novo paradigma físico-sanitário. Aborda como a disseminação de informações sobre os benefícios de uma vida fisicamente ativa e os riscos

---

<sup>42</sup> Criado em 1974.

do sedentarismo foram se tornando centrais para a promoção da saúde contemporânea. Programas como o “Agita São Paulo” difundem as recomendações sistematizadas pelos *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* e pelo *American College of Sports Medicine (ACSM)*, de que a prática de 30 minutos diários de atividade física moderada contribui para prevenção de uma série de doenças crônico-degenerativas e obtenção de um bem-estar físico e mental (PATE et al, 1995). Nesse contexto, o sedentarismo torna-se um grande vilão a ser combatido, um fator de risco à saúde. Também aí, vê-se despontar como principal finalidade da realização de atividades físicas a prevenção de doenças, em direta associação com os benefícios fisiológicos obtidos pela prática.

Discutir a educação física no campo da saúde mental implica lidar com os próprios conflitos do campo. A maioria dos trabalhos científicos que encontrei aborda a relação a partir de uma linha biofisiológica psiquiátrica. Realizam pesquisas experimentais na busca por possíveis melhoras em determinados quadros diagnósticos. Têm, sobretudo, um caráter tecnicista, em que se procura elaborar um protocolo de atividades para a consecução de um determinado objetivo.

Peluso e Andrade (2005) dividem os possíveis efeitos benéficos da atividade física para saúde mental em hipóteses psicológicas e hipóteses fisiológicas. O primeiro grupo é composto pelos seguintes efeitos considerados benéficos: distração, auto-eficácia e interação social. Já o segundo é composto por melhoras relacionadas à monoaminas e endorfinas. Os autores, contudo, afirmam que não há consenso sobre as hipóteses que levantaram. Curiosamente seu texto acaba se referindo às recomendações dos *CDC* e *ACSM* (sobre os benefícios de realizar 30 minutos de atividade física diariamente) e afirmando que a realização de atividade física contribui para a prevenção e o tratamento de diversas doenças e que, provavelmente, isso também se aplica a transtornos psiquiátricos. Essa referência é feita em boa parte da literatura acessada.

Nabkasorn et al (2005) desenvolveram pesquisa com um grupo de 59 adolescentes do sexo feminino, estudantes de enfermagem da Tailândia, que apresentavam sintomas leves a moderados de depressão e que não praticavam atividades físicas regularmente. Dividiram as adolescentes em dois grupos. Com um deles foram desenvolvidas atividades de “jogging” por um período de oito semanas, cinco vezes por semana em sessões de 50 minutos<sup>43</sup>. A pesquisa concluiu que o exercício produziu melhoras significativas em relação aos sintomas associados à depressão; e verificou diminuição do volume de cortisol na urina e de excreção de

---

<sup>43</sup> Sendo 10 minutos iniciais para os alongamentos, 30 para a prática em si e 10 para alongamentos finais.



epinefrina (que costumam estar associadas à depressão). Os autores concluem que a atividade física pode ser importante componente preventivo da depressão em adolescentes.

Raglin (1990) elaborara sua discussão sobre a relação entre exercício e saúde mental, traçando comparações com tratamentos medicamentosos e de psicoterapia. Conclui que exercícios regulares podem promover uma prevenção primária na saúde psicológica individual e, ainda, ter uma ação terapêutica em casos clínicos de depressão e transtorno de ansiedade.

Brosse et al (2002) são bastante críticos, ao afirmarem que a maioria dos estudos feitos sobre os benefícios do exercício físico para pessoas com depressão maior foi mal elaborada. Dizem que benefícios comportamentais, sociais, psicológicos e fisiológicos são utilizados para justificar a utilização de exercícios como recurso terapêutico para redução de sintomas de depressão, mas que seus mecanismos não foram de fato examinados sistematicamente. São enfáticos em pontuar que é necessário ter mais cuidado antes de encaminhar pacientes para realização de exercícios como alternativa a tratamentos tradicionais como farmacologia e terapia comportamental.

Craft e Perna (2004), em conclusão de seu artigo de revisão, defendem que o exercício contribui para a diminuição dos sintomas de depressão independente do ganho de aptidão física. Para eles o benefício está mais associado à frequência da prática do que a sua duração. Entre os benefícios estão arrolados melhoras do sono e dos relacionamentos. Citam cinco hipóteses que relacionam exercícios e depressão: aumento da temperatura corporal; liberação de endorfinas; ação das monoaminas; atividades como distração; auto-eficácia.

Kuritz e Gonçalves (2003) realizaram um estudo de caso com um paciente em quadro depressivo (leve a moderado) em um hospital psiquiátrico. Durante um período de três meses, ele realizou atividades físicas orientadas. Ao término do período foram verificadas melhoras em sua locomoção, maior participação nas atividades do hospital e declínio dos sintomas depressivos.

Stella et al (2002) realizaram um ensaio sobre possíveis benefícios resultantes da relação entre atividade física e depressão em idosos. Sugerem que “a atividade física, quando regular e bem planejada, contribui para a minimização do sofrimento psíquico do idoso deprimido, além de oferecer oportunidade de envolvimento psicossocial, elevação da auto-estima, implementação das funções cognitivas, com saída do quadro depressivo e menores taxas de recaída” (STELLA et al, 2002, p.91).

Moraes et al (2007) buscaram, em bases de dados, literatura sobre a prática de exercícios no tratamento da depressão em idosos. Como conclusão, afirmam que a depressão

promove redução da prática de atividade física e que a atividade física pode ser um “coadjuvante” no tratamento da depressão no idoso. Moraes et al (2007) chegaram a utilizar como título para uma das seções do seu artigo “atividade física e depressão: relação de causa e efeito”.

Soares (1998) investigou, em sua dissertação de mestrado, a utilização de atividades físicas como recursos complementares no tratamento de 20 mulheres com diagnóstico de depressão moderada. Promoveu uma série de atividades, ao final das quais, constatou melhoras nos sintomas depressivos das pacientes. De forma um tanto paradoxal em suas considerações finais, Soares afirma que as atividades físicas têm a mesma eficácia que o tratamento com medicamentos e, ao mesmo tempo, afirma que são uma alternativa “coadjuvante”.

Sharma, Madaan e Petty (2006) afirmam, em seu artigo para o *Primare Care Companion Journal Clinical Psychiatry*, que o exercício físico em serviços de saúde mental tem se mostrado eficiente no tratamento de pessoas com sérios transtornos mentais. Afirmam ainda que o exercício promove redução de sintomas da ansiedade, depressão e de transtornos de humor e promove melhoras nas funções cognitivas, quando combinados com tratamentos tradicionais em saúde mental como psicofarmacologia e psicoterapia.

Vieira, Porcu e Rocha (2007) propuseram sessões de hidroginástica duas vezes por semana durante um período de 12 meses para mulheres com depressão tratadas no Hospital Universitário de Maringá que faziam uso de antidepressivos. Um grupo de nove mulheres realizava as atividades, enquanto outro grupo de nove mulheres não. Constataram diferença significativa nos sintomas de depressão entre os grupos, concluindo que a prática de exercícios contribui para a melhora quando associada ao tratamento convencional.

Em carta destinada ao editor da Revista Brasileira de Psiquiatria e publicada na mesma, Arida, Cavalheiro e Scorza (2007) fazem uma defesa declarada dos benefícios da atividade física para pessoas com transtornos mentais. Por sua riqueza apresento-a em uma citação longa em que se destaca o forte tom biomédico da justificativa:

Existem inúmeras evidências que indicam os efeitos benéficos do exercício físico sobre a saúde em geral. Nos últimos 20 anos, diversos trabalhos científicos têm avaliado o papel da prática de atividade física em pacientes com transtornos psiquiátricos, sugerindo um efeito positivo do exercício físico tanto no tratamento quanto na melhora da qualidade de vida e bem-estar desses indivíduos. Dessa forma, vários sistemas celulares e moleculares poderiam participar destes benefícios proporcionados pela prática de atividade física sobre o sistema nervoso central. Dentre as regiões encefálicas mais favorecidas neste processo, a formação hipocampal, relacionada aos processos de aprendizagem e memória, ocupa um lugar de destaque. Assim, o aumento dos níveis de fatores neurotróficos nesta região, como o *brain-derived neurotrophic factor (BDNF)* e da formação de novos neurônios e da síntese e

liberação de neurotransmissores (noradrenalina e/ou serotonina) têm sido apontados como moduladores da plasticidade neuronal induzidos pela prática de atividade física, tanto em indivíduos sadios quanto em pacientes com doenças neurológicas e psiquiátricas crônicas (ARIDA; CAVALHEIRO & SCORZA, 2007, p.95).

Roeder (2001) analisa, em sua dissertação de mestrado, o papel das atividades sensório-motoras no ambiente terapêutico em relação à qualidade de vida em pessoas com transtornos mentais. Observou que a prática de atividades sensório-motoras de intensidade moderada, realizadas de três a cinco vezes por semana, com duração de 40 a 60 minutos com clientes do Instituto de Psiquiatria de Florianópolis resultou em melhorias na sua qualidade de vida. Constatou melhoras no autoconceito, autocontrole e autoconfiança; contribuição para o equilíbrio emocional; relaxamento; redução dos sintomas de depressão e ansiedade; contribuição para independência dos indivíduos na realização de suas atividades cotidianas; e a promoção de sentimento de bem-estar. A dissertação está organizada em torno dos conceitos de qualidade de vida e bem-estar. Apesar de Roeder (2001, p.164) destacar que os benefícios das atividades sensório-motoras devem ser vistos para além da lógica da cura, algumas vezes pode ser visualizada a dificuldade em escapar do discurso biomédico. A preocupação com ressaltar frequência, intensidade e duração das atividades pode ser vista como um dos procedimentos de captura do discurso. A dissertação de Roeder (2001) traz como fruto a elaboração de um livro (ROEDER, 2003) que procura situar de forma introdutória a relação entre atividade física, qualidade de vida e saúde mental.

Godoy (2002) e Sloboda (2002) desenvolveram estudos que exploram de forma introdutória a relação entre atividade física e saúde mental. Godoy realiza um estudo de revisão de literatura sobre os benefícios do exercício físico na área emocional de pacientes com sintomas de depressão e ansiedade. Com fragilidade no processo de revisão conclui que exercícios e esporte têm a possibilidade de reduzir a ansiedade e a depressão; melhorar o autoconceito, a auto-imagem e a auto-estima; aumentar o vigor; melhorar a sensação de bem-estar; melhorar o humor; aumentar a capacidade de lidar com estressores psicossociais; e diminuir os estados de tensão. Sloboda investiga os benefícios da atividade física para esquizofrênicos através da percepção de seus pais ou responsáveis. Entrevistou 75 familiares e constatou que a grande maioria das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia não praticavam atividade física. Recomenda, então, a implantação de políticas públicas comprometidas com tal prática através da capacitação de profissionais para atuarem tanto em instituições de cuidado como em outros recursos da comunidade.

Taylor, Sallis e Needle (1985) realizam uma revisão de literatura sobre as relações entre atividade física e exercício e saúde mental. Concluem que a prática de atividade física

contribui para o alívio de sintomas associadas à depressão leve a moderada e está associada à redução de sintomas de ansiedade. Recomendam uma agenda de investigação voltada para a determinação da forma, da frequência, da duração e da intensidade para subgrupos da depressão e seus efeitos a longo prazo.

Mattos, Andrade e Luft (2004) promovem um estudo quantitativo através da aplicação de questionários a 16 psiquiatras e três professores de educação física que trabalham em clínicas de internação psiquiátrica sobre as contribuições da atividade física no tratamento da depressão. Obtiveram como resposta dos psiquiatras que os benefícios da atividade física regular são a “melhoria da estabilidade emocional, a imagem corporal positiva, o aumento da positividade e autocontrole psicológico, a melhora do humor, a interação social positiva, a diminuição da insônia e da tensão”. Os professores responderam que “há total efeito [da atividade física] sobre a imagem corporal, positividade psicológica, diminuição de tensão e interação social; e muito efeito sobre a melhora do humor e sentimento de auto-eficácia para realização de tarefas diárias”. A idéia de efeito *total* parece excessiva aqui, dando a entender que este é o único fator contribuinte, sem qualquer outro interveniente. Mattos, Andrade e Luft (2004) aproximam-se de uma visão biomédica ao recomendar, em sua conclusão, que mais estudos devem ser feitos para estabelecer uma “metodologia aos programas de atividade física (frequência, duração, intensidade) direcionada aos objetivos do tratamento da depressão”. Dessa forma, prevêem que a formação de professores de educação física será enriquecida. Mas questiono: a formação para trabalhar com pessoas em sofrimento psíquico é apreender e reproduzir um programa de atividade física com tal frequência, tal duração e tal intensidade?

Alberto Martins da Costa (2000) realizou um estudo com 18 pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico, que manifestavam sintomas de depressão e ansiedade. Elas participaram, durante seis meses, de um programa de atividade física regular com atividades na água, com cavalo e caminhadas. Encontrou melhoras em relação aos sintomas.

O estudo de Martins da Costa utiliza-se de outras práticas além da caminhada para analisar possíveis benefícios para a saúde mental e possibilita que se visualizem atividades que fogem à recomendação padrão de 30 minutos de atividade física, mas sobretudo que fogem do tom bio-fisiológico.

Algo similar acontece com outras produções científicas. Hernandez-Reif, Field e Thimas (2001) realizaram um estudo com 13 adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Elas participaram durante cinco semanas, duas vezes por semana, de aulas de Tai Chi. Ao final do período foram relatadas diminuição da ansiedade e de

emoções inapropriadas, melhoras no sono e na conduta. Keils e Friedberg (2000) defendem que a quiropraxia contribui como recurso natural, seguro e sensível para o problema do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Foram encontradas quatro produções científicas que traçam uma aproximação da educação física a serviços substitutivos de saúde mental. Uma realiza investigação em um Hospital-Dia e as outras três em Serviços Residenciais Terapêuticos.

Takeda (2005) acompanhou, em seu mestrado, um grupo de atividade física que contava com 10 usuários participando (nove deles com diagnóstico de esquizofrenia) e era desenvolvido em um Hospital-Dia. Acompanhou 37 sessões do grupo e constatou melhoras em aspectos como domínio motor, domínio afetivo-social e domínio cognitivo. Afirma que “o esporte pode ser considerado um canal para a expressão das tendências agressivas, como meio de superar as tendências anti-sociais, tornando seus praticantes mais sociáveis e amistosos” (TAKEDA, 2005, p.78).

Em seu mestrado, Gonçalves (1997) realizou uma pesquisa-ação com moradores esquizofrênicos de um Serviço Residencial Terapêutico. Para o autor, os professores de educação física não devem assumir o papel de promover atividades que simplesmente ocupem tempo-livre, sirvam de distração. Devem promover atividades geradoras de percepção corporal dos usuários. Na proposta que ele desenvolveu, “o importante foi a capacidade dos sujeitos entrarem em contato com suas próprias corporeidades, suas sensações e assim tomarem consciência de suas estruturas orgânicas e das implicações das mesmas nas suas subjetividades” (GONÇALVES, 1997, p.62).

Alves e Malavolta (2002) e, posteriormente, Alves e Seminotti (2006), debatem a promoção de uma oficina de capoeira como estratégia de aproximação entre futuros moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos e os moradores da comunidade em que passariam a habitar. Consideraram que a oficina obteve sucesso e contribuiu no processo de desinstitucionalização de moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro

A título de ilustração, apresento também casos em que atividade física possa estar relacionada com prejuízos à saúde mental. Talvez a associação mais comum entre psicologia e educação física seja a questão de como potencializar o rendimento esportivo, o que não está necessariamente associado a um cuidado em saúde mental, mas que leva à abordagem de questões como o *overtraining* ou o *burnout* de atletas (PELUSO, 2003; PELUSO; ANDRADE, 2005; RAGLIN, 1990). A atividade física, ao constituir-se como uma prática de excessos, pode acabar se apresentando como prejudicial à saúde mental e ser classificada como patológica. É o caso das implicações do treinamento excessivo em atletas, mas também

de uma compulsão por exercícios, que pode ser considerada como sintoma de bulimia nervosa, em que estes exercem função compensatória inadequada relacionada à ingestão de alimentos (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997, p. 653-656). Assunção, Cordás e Araújo (2007) realizaram estudo com 47 indivíduos com transtorno alimentar e verificaram que 42,6% desses realizavam exercícios físicos de forma excessiva.

Peluso (2003) ainda associa à atividade física outros transtornos como pioras no humor em atividades com alta intensidade, dismorfia muscular (imagem corporal de fisiculturistas), e abuso de esteróides-anabolizantes.

Coelho (2003) também encontrou, em sua pesquisa, prejuízos à saúde mental como resultado de práticas corporais. Verificou que sessões de 35 minutos de exercícios contra-resistência a 85% da carga máxima afetam negativamente o perfil dos estados de humor. O mesmo tempo de sessão, quando realizado a 50% da carga máxima, não apresentou diferença de estado de humor nos escores do instrumento utilizado.

De uma forma geral, as pesquisas que acessei não falavam de educação física, o que as distanciava do meu foco de análise. Muitas delas inclusive foram feitas por psiquiatras ou outros profissionais que não da educação física. Fiz a associação dos textos com a temática considerando práticas corporais como objeto da educação física, incluindo, assim, textos que relacionassem atividade física, exercícios, ou outra prática corporal com a saúde mental ou com algum diagnóstico psiquiátrico. Isto pode indicar o tom incipiente da profissão no campo da saúde mental, mas também permite que se visualizem algumas constituições acerca da identidade profissional nesse campo. O termo educação física dificilmente aparece nos artigos, dissertações e teses acessados. São utilizados, sim, os termos atividades físicas ou exercícios. E isso é bem significativo, ainda mais se verificarmos que geralmente as pesquisas são estruturadas a partir de populações agrupadas por diagnósticos psiquiátricos. Mesmo as que se valeram de práticas como Tai Chi e quiropraxia, apresentam-se muito atreladas ao modelo psiquiátrico, presas à doença e ao diagnóstico. A estruturação em torno de diagnósticos facilita que os objetivos das pesquisas se voltem para práticas tecnicistas de causa e efeito, em que o mais importante é determinar duração, intensidade e frequência. Boa parte das pesquisas acaba importando as recomendações e argumentos<sup>44</sup> do *ACSM* e dos *CDC*, com o propósito de adaptá-las ao contexto da saúde mental.

Em muitas dessas pesquisas, são traçadas comparações com recursos como psicoterapia e utilização de medicamentos, buscando uma equiparação. Contudo, a própria

---

<sup>44</sup> Muitas vezes são utilizados argumentos que extrapolam a especificidade da saúde mental para justificar a presença de atividades físicas nos tratamentos: combate a problemas cardíacos ou diabetes.

vinculação ao discurso biomédico acaba relegando, conseqüentemente, as práticas corporais a um plano secundário. Diversas vezes ocorrem nas pesquisas termos como “coadjuvante” ou “complementar” para posicionar as atividades físicas/exercícios no cuidado aos portadores de sofrimento psíquico (inclusive falam em equiparação de benefícios). Parece que a educação física pede passagem para adentrar ao campo da saúde mental, adotando práticas e procedimentos instituídos, reconhecidos, pela ordem médica.

Se quisermos ampliar a discussão acerca do foco na doença, constata-se que a própria Organização Mundial de Saúde não trabalha mais com a lógica de que saúde é a ausência de doença. Contudo, as pesquisas ainda utilizam a doença como dispositivo para estruturar suas investigações e acabam induzindo a organização do cuidado através de protocolos direcionados para diagnósticos em que não se leva em conta a singularidade dos indivíduos. Tais discussões em torno da saúde passam por um rompimento do seu conceito com uma simples visão biologicista e tecnicista. Nas pesquisas que foram desenvolvidas em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, podemos visualizar tentativas de operar com outros olhares. A questão é: o que se faz em nome da educação física no campo da saúde mental?

Yara Carvalho (2003, p.19) comenta a relação da área com o campo da saúde:

A Educação Física esteve historicamente voltada para a área da saúde, de um modo geral. Entretanto, para uma saúde que se fixa em dados estatísticos, que reduz o fenômeno a uma relação causal determinada biologicamente, que desconsidera a história da sociedade, e que tende a responsabilizar, única e exclusivamente, o indivíduo por sua condição de vida. Assim, a pesquisa e a intervenção dirigidas a pessoas e comunidades à margem do acesso ao trabalho, ao lazer, à educação e à saúde, por exemplo, têm sido pouco priorizadas, ainda que tais grupos sejam aqueles com maiores dificuldades de atingir patamares mínimos, recomendados por organizações internacionais, no que se refere à saúde.

Minha pesquisa está profundamente associada às mudanças de concepção de saúde e doença, bem como às políticas públicas a elas associadas que investem em um modelo de atenção comunitária não centrada na doença e sim no sofrimento dos indivíduos. As mudanças no cuidado propostas pela Reforma Psiquiátrica cobram um respeito pela integralidade dos indivíduos portadores de sofrimento psíquico e procuram desmontar a lógica de hegemonia biofisiológica. A questão desta pesquisa procura exatamente discutir a presença de professores de educação física nos serviços especializados em saúde mental que desempenham papel estratégico na Reforma Psiquiátrica; e os sentidos que circulam de tal presença.

## 5. EDUCAÇÃO FÍSICA E CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

“Cientista algum viu o além do além.”  
“Tua lucidez não me deixa ver.”<sup>45</sup>

O presente capítulo trata das incursões em campo e está dividido em dois momentos. O primeiro procura traçar uma aproximação aos e uma descrição mais ampla dos três CAPS acompanhados, incluindo relatos sobre as negociações estabelecidas com os professores de educação física, usuários e serviços para viabilizar minha presença nas atividades, e sobre as posições que fui ocupando nos grupos acompanhados. Para sua composição utilizei, principalmente, algumas passagens dos diários de campo e os projetos terapêuticos dos três serviços. Quando convocados ao texto, outros materiais serão referenciados. A fragmentação da escrita em três CAPS, no primeiro momento, procura ser diluída no segundo momento, em que a composição do texto, apesar de não procurar uma generalização de contexto, visa a uma redação única.

O segundo momento trata de sentidos circulantes nos CAPS sobre a presença de professores de educação física e sobre as práticas coordenadas por eles. Respira como fonte principal os diários de campo produzidos durante meu acompanhar. A intenção aqui não foi uniformizar a descrição dos três CAPS, já que cada um deles traz em si uma multiplicidade de sentidos irreduzíveis a um texto dissertativo. Também não pretendi fazer uma análise comparativa dos três, mas, sim, produzir uma reflexão que pudesse minimamente articular os “achados” em relação à presença da educação física no CAPS.

### 5.1. Aproximações aos CAPS acompanhados

Repeti insistentemente, ao longo da dissertação, que o CAPS desponta enquanto política pública como um serviço de saúde convergente com a Reforma Psiquiátrica, estratégico para as pretensões da mesma. Entre essas pretensões estão a constituição de equipes multiprofissionais e a instituição de novos recursos terapêuticos para prestação do cuidado.

---

<sup>45</sup> Falas da protagonista do documentário *Estamira* dirigido por Marcos Prado (2005, 115 minutos). O documentário recebeu diversas premiações nacionais e internacionais. Foi utilizado pelos CAPS acompanhados como dispositivo para refletir sobre o sofrimento psíquico e a luta antimanicomial.



No capítulo anterior, destaquei a composição do quadro de profissionais descritos na Portaria GM nº336/2002. O professor de educação física não é um profissional obrigatório, mas que pode ser contratado, caso suas atividades façam parte do projeto terapêutico do CAPS sendo que cada CAPS deve estruturar seu projeto de acordo com as demandas de seu território. Busquei, então, nos projetos terapêuticos, intersecções diretas ou indiretas com a educação física.

Cada CAPS, por sua vez, deve ter um projeto terapêutico do serviço, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais dos CAPS, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004, p.16).

Cada um dos CAPS acompanhados, apesar de todos serem regidos por uma legislação comum, está constituído em um diferente contexto, contando com profissionais diferentes, usuários diferentes, recursos diferenciados e sendo administrado por gestões diferentes... e é no seu contexto específico que cada um compõe seu projeto terapêutico. O professor de educação física de cada um deles desempenha funções diferentes e as oficinas que coordena são bastante variadas. Exploro um pouco dos contextos na seqüência.

\*

O CAPS A não se localiza em uma região central da cidade, mas o acesso através de ônibus é fácil, pois se encontra em rua paralela a uma importante avenida da cidade. Seu espaço físico é privilegiado. Ocupa uma estrutura que anteriormente fora uma residência. Conta com salas amplas para atendimento em grupos, individual, e para a realização de oficinas; possui espaço para convivência com televisão e biblioteca, sala para reuniões de equipe, além de contar com um pátio arborizado. O terreno é em aclave, tendo sido a parte inferior do prédio, por onde se dá o acesso dos usuários, antigamente uma garagem. Ali há cadeiras que costumam ser ocupadas por usuários e familiares que aguardam seu atendimento e a recepção da secretária, que tem uma escrivaninha no mesmo espaço. Uma pequena escada em curva dá acesso ao andar principal saindo no espaço destinado à convivência. Este dá acesso a três diferentes ambientes: cozinha, mezanino e corredor das salas de atendimento. Saindo pela porta da cozinha, alcança-se amplo pátio que segue desde o portão de entrada por uma das laterais da casa até os fundos. Nos fundos há, ainda, uma segunda construção de alvenaria que possui dois amplos espaços com grandes mesas.

As negociações para minha participação nas atividades do CAPS A foi facilitada por já conhecer o professor de educação física e o coordenador de saúde mental do município. O processo de negociação para meu ingresso no campo iniciou com contatos telefônicos com o professor de educação física e foi seguido de visita ao CAPS para apresentação de meu projeto de investigação. Com ele foram feitas combinações sobre os procedimentos a serem adotados durante o tempo em que eu estaria acompanhando suas atividades. Ele solicitou minha presença em uma reunião de equipe do serviço para apresentação do projeto para a equipe e para a coordenação de saúde mental do município. Apresentei o projeto à equipe e respondi aos seus questionamentos. Contratamos que eu acompanharia com maior frequência a Oficina de Expressão Corporal e que, eventualmente, participaria de outras atividades coordenadas pelo professor<sup>46</sup>. Acompanhei, assim, algumas vezes a Oficina de Dramatização e a Oficina Reconhecer a Rede. Ele exigiu, durante nossas negociações, que, após as atividades acompanhadas, eu sempre lhe dissesse o que percebi das (e nas) atividades que desenvolveu e que, ao final do processo, eu faria uma devolução em reunião da equipe.

Sobre minha participação nas oficinas, contratamos desde o início que eu não assumiria uma posição de co-terapeuta planejando e coordenando as atividades. Mas isso não significava que eu ficaria em um canto da sala observando e anotando. Busquei um papel de pesquisador que participa, mas esse papel algumas vezes (con)funde-se com outros. Utilizo duas situações para exemplificar tal situação. A primeira é o momento de conversa que tinha com o professor ao final de cada oficina, quando lhe dava retorno sobre as atividades. Algumas vezes a sensação era de estar ocupando um papel de supervisão das atividades. O segundo ponto é que, em determinados momentos, realizei intervenções que extrapolavam um questionar científico e aproximavam-se mais de uma intervenção terapêutica. Como quando uma usuária, rindo, fala em comprar uma arma e matar sua filha. Observando o grupo agitado, intervenho dizendo que não tem graça o que está dizendo (CAPS A, *Diário de campo*, em 19/04/07). Nessa situação, e em outras muito semelhantes, minha participação acabou se aproximando da de co-terapeuta renegada inicialmente. Pareceu-me convocada, algumas vezes, até mesmo pela minha formação em saúde mental.

Em relação ao cuidado ético com os usuários, no primeiro encontro de que participei em cada oficina, expus o porquê de minha presença ali, que estava fazendo mestrado e estudando as atividades de professores de educação física em CAPS. Perguntaram se eu faria atividade de esporte com eles (Usuário, CAPS A, *Diário de campo*, em 23/11/06). Digo que

---

<sup>46</sup> Os dias e as atividades acompanhadas nos CAPS podem ser visualizadas no Apêndice B.

apenas acompanharia as atividades programadas pelo professor do CAPS. Frequentemente retomava a contratação com os grupos, principalmente quando ingressavam novos participantes. Coloquei que sua participação não era obrigatória e que minha presença ali estava condicionada ao aceite deles. A resposta foi sempre bastante positiva e o aceite está documentado através dos termos de consentimento.

O professor de educação física que trabalha no CAPS A foi contratado em junho de 2006. Seu contrato, como o da grande maioria dos outros profissionais do serviço, ocorreu via associação de usuários e familiares. Inicialmente, o professor atuava em regime de 20 horas semanais e, em março de 2007, passou a trabalhar 30 horas semanais. Quando iniciei o acompanhamento, ele coordenava a Oficina de Dramatização e a Oficina de Expressão Corporal, além de realizar atendimentos individuais, fazer o acolhimento de usuários no serviço e participar das reuniões de equipe. Durante o período que acompanhei, iniciou uma nova oficina sob sua coordenação chamada Reconhecer a Rede. As oficinas acontecem com frequência semanal e têm uma participação média de 10 usuários. A seleção dos participantes não é feita por classificação diagnóstica psiquiátrica, mas pelas afinidades com as características de determinada oficina e/ou potenciais benefícios da participação na mesma. Portanto não é um agrupamento de pessoas com um mesmo diagnóstico psiquiátrico.

O CAPS A, iniciado em 2005, é o mais recente dos três acompanhados. Como já citado anteriormente, a presença do professor de educação física na composição da equipe foi solicitada por usuários.

Antes dividíamos uma casa com o CAPSad. Um professor de educação física fazia atividades em conjunto com os usuários do “ad” e com os nossos. Quando viemos para cá, o professor de educação física ficou no “ad”. Os usuários falaram que sentiam falta das atividades e pediram a contratação de um professor para cá também (Coordenadora do CAPS A, *Diário de Campo*, em 05/10/2006).

O projeto terapêutico do CAPS A é sucinto, seis páginas, e não detalha as atividades oferecidas pelo serviço no cuidado aos usuários. Ele se encontra em fase de revisão da parte referente ao serviço. Divide as modalidades de atenção prestada em “ações ambulatoriais”, “ações de inserção sócio-familiar” e “ações de pesquisa, estudos e formação”. Dentro das ações ambulatoriais cita: “atendimento de apoio psicológico, atendimento psiquiátrico, acompanhamento de enfermagem, atendimento de orientação e atendimento familiar”. Apesar de apontar como primeira entre suas diretrizes a interdisciplinaridade e de não descrever as profissões que compõem a equipe, aparecem, com certo destaque, medicina, psicologia e enfermagem.

O projeto do CAPS A trata, principalmente, da articulação com a rede de saúde e responsabilidades na mesma, da definição do público a ser atendido e suas formas de acesso ao tratamento. Quando fala em “dinâmica do trabalho em equipe” diz que “a prática cotidiana da atenção está embasada no trabalho interdisciplinar e multidisciplinar, na contextualização e construção progressiva da rede de cuidados em saúde mental”. As oficinas terapêuticas e socioterápicas figuram entre as “ações de inserção sócio-familiar”, mas não é descrito ou exemplificado quais seriam ou poderiam ser essas oficinas. O tom do projeto é de um texto amplo e não é possível identificar cruzamentos mais diretos com a educação física sem “forçar a barra”.

O projeto terapêutico não detalha as oficinas oferecidas e a própria contratação do professor de educação física ocorre após alguns meses de funcionamento do CAPS. Aproveito então outro material para enriquecer a atual discussão. Na parede do mezanino, local onde era realizada a oficina de expressão corporal, estava colado um cartaz que apresentava os objetivos da oficina de expressão corporal e da oficina de dramatização.

Objetivos da oficina de expressão corporal:

- consciência corporal;
- atenção a cada parte do corpo;
- percepção da imagem corporal;
- concentração;
- relaxamento.

Objetivos da oficina de dramatização:

- organização do pensamento;
- fluência verbal;
- elaboração de conflitos;
- expressão de sentimentos através da linguagem verbal, corporal e gestual;
- relacionamento interpessoal;
- espontaneidade e criatividade.

Destaco entre esses objetivos a relação de cada um com seu próprio corpo e o relacionamento com outras pessoas. Apesar de estarem afixados na parede, os objetivos eram

passíveis de negociação. Em uma dada oportunidade, ao final da oficina de expressão corporal, o professor lê o cartaz e diz:

O que acham dos objetivos? Alguém quer acrescentar algum? Eles não são fixos, podemos alterar eles se quisermos (Professor de educação física, CAPS A, *Diário de campo*, em 09/03/07).

Em outra oportunidade, quando apresentava o grupo para um usuário novo, o professor comentou:

A oficina serve para trabalhar um pouco a expressão corporal, formas de expressar sentimentos. Também para ter concentração no que está fazendo, sair do lugar de sentado ou deitado que muitas vezes alguns aqui ficam. Aqui o grupo nos dá dicas sobre nosso sofrimento e pode ter momentos de relaxamento, descontração (Professor de educação física, CAPS A, *Diário de campo*, em 10/05/07).

Será que a mesma coisa pode ser visualizada se retomarmos a discussão elaborada sobre as pesquisas acessadas na revisão de literatura? Podemos questionar: que flexibilidade nos objetivos acontece quando temos um protocolo traçado de um programa de exercícios?

\*

O CAPS B é uma construção anexa a um grande complexo hospitalar. A vinculação é grande. As refeições e lanches dos usuários, por exemplo, são preparadas e servidas no hospital. Para se ter acesso ao CAPS, é preciso cruzar os ambulatórios do hospital. É uma casa que conta com pátio e é dividida ao meio. Um dos lados é destinado ao CAPSi (que, como já dito anteriormente, não será foco da pesquisa) e o outro ao CAPS B. O professor de educação física que atua no CAPS B está vinculado ao Serviço de Recreação Terapêutica do Hospital e foi contratado por concurso para um período de 40 horas para a função de recreacionista. O CAPS B tem como característica ser um espaço destinado à formação acadêmica, de forma que o principal papel desempenhado pelo profissional presente é de supervisão de acadêmicos de graduação e residentes. As atividades desenvolvidas sob supervisão do professor de educação física são uma caminhada matinal que ocorre praticamente todos os dias, atividades com um grupo de idosos, caminhada com grupo de “poliqueixosas”, oficina de futebol, oficina de voleibol, atendimentos individuais e oficina de tênis. O profissional também participa como co-terapeuta em oficinas de tecelagem e de confecção de velas. As caminhadas são a primeira atividade da manhã e costumam partir do CAPS, atravessar os corredores do hospital, alcançar o estacionamento e chegar até a associação de funcionários do hospital. A associação é uma área arborizada que conta com uma pista atlética e um campo

de futebol, onde ocorre a oficina dessa modalidade esportiva que, segundo o professor, tem caráter recreativo e não de rendimento. A oficina de voleibol acontece em um ginásio próximo ao CAPS. A modalidade de tênis é realizada em uma praça da cidade. Nas atividades externas, a maioria dos usuários reúne-se no CAPS e se desloca em conjunto para o local. Os usuários do CAPS B contam também com atividades de dança desenvolvidas através de uma parceria com um grupo tradicionalista.

A negociação para meu acesso ao CAPS B foi mais complicada do que no CAPS A, provavelmente pela vinculação do serviço à estrutura hierárquica do complexo hospitalar. Meu contato iniciou via telefone com o professor de educação física do serviço. Já o conhecia de outra oportunidade e minha proposta de pesquisa foi acolhida pelo mesmo. No entanto, solicitou que eu entrasse em contato com sua chefia no Serviço de Recreação Terapêutica do hospital. Expliquei minha proposta para chefia e, lá também tive boa receptividade. A chefia solicitou, porém, que eu entrasse em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do hospital para validar o aceite do CEP da UFRGS. Tomei tal providência, mas lá cobraram que eu precisaria de um aceite do comitê do hospital para realizar pesquisa em um serviço vinculado ao mesmo. Encaminhei o projeto, mas o CEP do hospital exigiu, por causa da proposta de interagir com os usuários, além da assinatura da chefia do Serviço de Recreação, a assinatura da chefia da Psiquiatria. Levei o projeto para Psiquiatria e obtive resposta negativa à admissão do projeto. Negocio, então, um encontro com a chefia da Psiquiatria para obter uma justificativa. O encontro acontece em uma sala utilizada para aulas. O chefe da Psiquiatria senta-se atrás de uma mesa com o meu projeto na mão e diz:

Vou ser bem direto. Li o projeto com o cuidado que todo projeto merece ter, mas aqui não trabalhamos com a mesma perspectiva da reforma psiquiátrica do ministério da saúde. [Mostra uma passagem do projeto]. Aqui diz que loucura é socialmente construída, não concordo com isso. Aqui no hospital a loucura é vista como doença; não concordamos com o termo portador de sofrimento psíquico. Aqui no hospital trabalhamos com uma visão médica. Multiprofissional, sim; interdisciplinar e transdisciplinar, não – cada um fazendo o seu, cada profissão fazendo o que lhe cabe. A reforma psiquiátrica acabou virando muito política (Chefia da Psiquiatria, CAPS B, *Diário de campo*, em 18/06/07).

Não esperava esta argumentação. Digo que meu projeto não está lá para fazer uma avaliação do serviço, mas para discutir a educação física em CAPS, realizar uma pesquisa. Digo também que não estou propondo intervenção, mas acompanhar as atividades que já estão sendo realizadas. Após essa difícil negociação, obtenho sua assinatura e, posteriormente, a liberação do CEP do hospital para iniciar o acompanhamento das atividades.

Combinei com o professor do CAPS B que acompanharia, com maior frequência, o turno que inicia com caminhada e que depois tem atividades de tênis. Participei também da

oficina de voleibol e da atividade individual (para a qual usam o termo *personal trainer*). Estabelecemos também que eu não ocuparia o papel de co-terapeuta no planejamento e coordenação das atividades. O procedimento em relação à combinação de minha participação com os usuários foi muito semelhante ao já descrito no CAPS A.

Logo no início de meu acompanhamento, o professor de educação física sofreu uma lesão durante uma das atividades e ficou um bom tempo afastado. Optei por continuar acompanhando as atividades coordenadas pelo estagiário da educação física mesmo durante o afastamento do profissional.

O CAPS B funciona desde 2000, mas foi cadastrado apenas em 2002. O seu projeto terapêutico já é uma versão revisada e reformulada feita em 2006. Consta de oito páginas principais e um grande número de anexos que somam 49 páginas. Nele são descritos os recursos humanos, entre os quais há um recreacionista (que é o professor de educação física que acompanhei). Na introdução do projeto, é destacada a função do CAPS de reabilitação psicossocial, compreendida como “a possibilidade de reverter um processo desabilitador através do aumento da contratualidade social do indivíduo com o mundo”.

O atendimento no CAPS B está organizado em Plano I e Plano II. O Plano I é descrito assim: “o plano de atendimento nos primeiros 6 meses visa resgatar hábitos de socialização, auto-cuidado, conhecimento sobre a doença e desenvolvimento de habilidades cognitivas”. O Plano II busca o “treinamento profissionalizante, adaptado para cada usuário conforme capacitação específica”.

O Plano I está organizado em quatro núcleos: núcleo de psicoeducação, núcleo de treinamento cognitivo-comportamental, núcleo de autocuidado e núcleo terapêutico. No projeto, são descritas as atividades que compõem cada um desses núcleos, comentando objetivos e profissionais responsáveis por coordená-las. O professor de educação física aparece nos dois últimos núcleos como coordenador de algumas atividades. Ele é sempre citado no texto como recreacionista. O termo educação física nunca aparece. No núcleo do autocuidado, são citadas oito atividades, sendo que o recreacionista/professor é citado em uma: “alongamento”. O alongamento é descrito no projeto terapêutico assim:

É realizado todas as manhãs, sendo sempre a primeira atividade do dia. Além dos benefícios da relação do sujeito com o seu meio, oportuniza a manutenção e/ou recuperação do movimento normal de membros e articulações desenvolvendo melhor mobilidade articular, agilidade, assim como auxilia no processo de restabelecimento ou construção da corporeidade dos pacientes. Está sob coordenação do recreacionista terapêutico (CAPS B, *Projeto terapêutico*).

No núcleo terapêutico, são citadas 12 atividades, sendo que o recreacionista/professor aparece em uma: “Jornal CAPS”. Sua descrição é a seguinte:

É elaborado pelos usuários com matérias que descrevem suas atividades, passeios, notícias do mundo, eventos. Além disso, mantém o contato e a crítica das atualidades e coloca em circulação nossas produções. É impresso pela gráfica do Hospital e tem periodicidade trimestral. Está sob coordenação da terapeuta ocupacional e do recreacionista (CAPS B, *Projeto terapêutico*).

Chamo atenção para parceria entre o recreacionista/professor e a terapeuta ocupacional. Pude acompanhar essa parceria em alguns momentos e em outros o recreacionista/professor a relatou. Ela acontecia, por exemplo, na oficina de voleibol que acompanhei, mas também em oficinas de geração de renda como pintura e velas. A terapeuta ocupacional está locada no mesmo Serviço de Recreação do Hospital, mas seu concurso não foi para recreacionista, e sim para terapeuta ocupacional.

No Plano II, é acrescentado o “núcleo de preparação para o trabalho e convívio social”. Nele são descritas cinco atividades oferecidas aos usuários. O recreacionista/professor coordena duas delas; a primeira é a confecção de velas entre as oficinas de geração de renda, em parceria com a terapeuta ocupacional; e a segunda é o “esporte cidadão”. Sua descrição é a seguinte:

Esta atividade é realizada quinzenalmente sob a coordenação da recreacionista. É trabalhado sobre uma modalidade esportiva, de escolha do grupo, proporcionando conhecimento acerca dos esportes. São discutidas regras, personalidades, acessibilidades, locais, materiais e demais aspectos pertinentes. Além disso, é proposta a prática e/ou visitas (CAPS B, *Projeto terapêutico*).

Podemos pensar na fluidez que se dá nas oficinas terapêuticas que mudam de acordo com interesses de usuários, profissionais e estagiários. A primeira atividade do turno, que anteriormente era chamada de alongamento, estava sendo chamada de caminhada (alongamentos também eram realizados). A atividade de esportes, que antes acontecia quinzenalmente, parece que se multiplicou, pois, durante meu acompanhamento, aconteciam, com frequência semanal, a oficina de tênis, a oficina de voleibol e a oficina de futebol.

Seguem em anexo ao projeto terapêutico do CAPS uma série de subprojetos. Na grande maioria, eles estão elaborados como propostas de intervenção de um determinado profissional da equipe. O anexo 10 trata do serviço de recreação terapêutica e de seus objetivos gerais. O conceito de recreação é apresentado como “processo de atividades espontâneas, prazerosas e criadoras”. Os objetivos gerais da intervenção do Serviço de Recreação Terapêutica no CAPS (recreacionista + terapeuta ocupacional) são descritos em itens:



- Proporcionar a integração dos pacientes e equipe;
- Resgatar habilidades do usuário facilitando sua inserção na família e comunidade;
- Desenvolver atividades em que o usuário possa expressar-se de forma espontânea e criativa;
- Proporcionar um contínuo desenvolvimento neuro-psicomotor e social do usuário;
- Resgatar a auto-estima;
- Avaliar necessidades, experiências e interesses de cada usuário, traçando a partir disso, o seu programa terapêutico;
- Integrar o usuário em programas oferecidos pela comunidade, tais como: SESC, SENAC, SEJA, Centro Vida, etc.;
- Promover palestras educativas com recursos da comunidade;
- Oportunizar atividades profissionalizantes através de oficinas (jardinagem, informática, etc.).

Em termos gerais, o projeto terapêutico propõe que o CAPS seja um serviço de saúde que busque a maior autonomia possível dos usuários. Utiliza diversas vezes a palavra “treinamento” para abordar uma idéia de treinamento de habilidades que potencializem a (re)inserção social dos usuários. Entre os objetivos do Serviço de Recreação Terapêutica no CAPS, podem ser destacadas as relações interpessoais, a potencialização do convívio social.

A grande estrutura a que o CAPS está vinculado impõe um funcionamento hierarquizado. A própria organização dentro do serviço é hierarquizada. Algumas vezes pude observar usuários sendo retirados<sup>47</sup> das atividades coordenadas pela educação física para que fossem atendidos pelos médicos. Isso também pode ser observado na “triagem” feita pelo serviço em que médicos, enfermeiros e assistentes sociais “recebem” os usuários e os encaminham para as atividades que consideram adequadas no CAPS.

\*

---

<sup>47</sup> A retirada de usuários no meio das atividades que desenvolviam foi a principal queixa manifestada por profissionais e estudantes que participaram do Seminário de Educação Física e Saúde Mental realizado na Escola de Educação Física da UFRGS no final de 2007.

O CAPS C localiza-se em uma região central da cidade e tem o privilégio de situar-se defronte a um grande parque. A fachada encontra-se junto à calçada, sem pátio frontal. É uma casa de dois pisos. A porta de entrada dá acesso a um pequeno corredor onde fica um recepcionista. Nesse corredor, é possível ter acesso a uma sala ampla ou a escada que dá acesso ao segundo piso ou, ainda, à parte dos fundos da casa. Na parte inferior, estão localizadas algumas salas para atendimento, o espaço de convivência e a cozinha. Há um pátio na parte detrás da casa e uma estrutura construída em anexo à casa, onde são realizadas algumas oficinas. No andar superior há salas de atendimento individual e grupal e, na parte dos fundos, um espaço reservado para a equipe e a coordenação administrativa. O tratamento no serviço está organizado em regimes intensivo, semi-intensivo e ambulatorial.

O CAPS C também é campo de estágio para graduandos e residentes. O professor de educação física que lá atua foi deslocado de outra secretaria do município (40 horas) em 1999 e precisa, todo ano, enfrentar um processo de renovação da cedência. Relata que tinha interesse em ter formação psicanalítica e que isso motivou sua transferência. Hoje atua no CAPS C, realizando atendimentos nessa linha, mas promove semanalmente também uma Oficina de Futebol e uma Oficina de Corporeidade. As duas oficinas acontecem no parque. O futebol em uma quadra aberta de cimento e a oficina de corporeidade em uma sala cedida em uma estrutura da Secretaria Municipal de Esporte, Recreação e Lazer. Geralmente o encontro acontece no CAPS de onde partem para as atividades. Ao final da oficina, os que não estão no regime de tratamento intensivo dispersam-se, não retornam ao CAPS. O professor participa, ainda, de outras oficinas como a de pintura na posição de co-terapeuta.

Eu não conhecia o professor de educação física do CAPS C antes de realizar contato telefônico com ele. Marcamos um encontro, no qual lhe expliquei a proposta da pesquisa. Coloca-se à disposição para a realização da pesquisa e afirma que será muito bom ter outro professor de educação física com quem conversar sobre as atividades. Encarou minha participação como uma possibilidade de estabelecer trocas. Disse que estaria se informando sobre os procedimentos burocráticos para minha presença nas atividades. Em novo contato, informa que seria necessária uma liberação do setor de estágios da secretaria da saúde do município. Mais tarde, essa informação é corrigida. Seria necessário, aqui também, novo encaminhamento para outro Comitê de Ética em Pesquisa. Recolho as devidas assinaturas, inclusive a da chefia do CAPS C, para o CEP da prefeitura. A documentação e o procedimento exigidos por esse CEP foram maiores, demandando significativo tempo até que o projeto pudesse dar entrada no Protocolo Geral do município. Tudo feito, fico na pendência

da assinatura da coordenação de rede da secretaria de saúde. Faço diversos contatos telefônicos e, após 2 meses do projeto protocolado, acontece o seguinte:

Consegui falar com a coordenadora de rede da secretaria de saúde. E ela:

“Ainda não tive tempo de ver o projeto”.

Um tanto irritado digo que já faz dois meses que está com ela. Aí ela resolve contar o que realmente estava acontecendo:

“É que o secretário de saúde destituiu o comitê de ética”.

Digo: sendo assim, se não há mais CEP aí e se já tenho a aprovação do CEP da UFRGS, posso começar as observações?

“Não! Porque o serviço é da prefeitura”.

“Mas se não existe o órgão para autorizar; o que faço???”

“Vai ter que esperar até que outro CEP seja criado” (Diálogo com coordenadora de rede da secretaria municipal de saúde, *Diário de Campo*, em 31/07/07).

O entrave de ter que entrar com projeto em novo Comitê de Ética é semelhante ao que aconteceu no CAPS B, mas o desenrolar diferente. Apesar de o entrave no CAPS B não estar na ordem ética, mas sim de opção teórico-política, o processo foi relativamente ágil. No CAPS C, caí nas redes da burocracia. Precisava da aprovação de uma instância que não existia (e isso que já tinha a aprovação do CEP da UFRGS). Passaram-se cinco meses até que novo comitê estivesse instituído e eu obtivesse a carta de aceite.

Apesar de o prazo final do mestrado estar se aproximando, resolvi acompanhar, mesmo que poucas vezes, as atividades do professor de educação física do CAPS C. Combinei com ele que participaria da oficina de futebol, mas não na condição de co-terapeuta. Contudo acabo, quando convocado, realizando algumas intervenções durante as atividades. A contratação com o grupo de usuários do CAPS C foi um pouco diferenciada dos outros dois. Enquanto nos outros os usuários ressaltavam que se minha pesquisa pudesse contribuir para melhorar o cuidado com deles e com outros, estava bem que eu participasse; no CAPS C, após minha apresentação e da proposta de pesquisa, perguntaram-me se eu iria jogar futebol junto com eles e esse foi um fator determinante na negociação e vinculação com os usuários. De qualquer forma, o registro de aceite também está documentado através de termos de consentimento.

O CAPS C é o mais antigo dos três. Iniciou em janeiro de 1996. Seu projeto terapêutico consiste de sete páginas e também está em processo de revisão/atualização. Para complementar as informações do projeto terapêutico, recorro a uma revista publicada pelo serviço em 2006. No projeto terapêutico, é apresentado como objetivo do serviço “o tratamento por equipe interdisciplinar e a reinserção social de usuários em sofrimento psíquico grave [...]”. Cita algumas referências e diretrizes do serviço como plano terapêutico individualizado, busca por autonomia e garantia de direitos dos usuários. Afirma “que é tarefa

da modalidade CAPS criar, inventar e multiplicar modos de atenção que efetivamente superem o modelo manicomial, exercendo a crítica de seu próprio fazer”. Descreve o programa de atenção em um fluxograma detalhado, no qual aparecem, entre outras atividades, uma série de oficinas. Entre elas, oficina de pintura, oficina de jornal, oficina de escultura, oficina de culinária, oficina de terapia ocupacional, oficina de expressão corporal, oficina de beleza, e outras. Destaco ainda, entre as atividades, um horário semanal destinado a caminhadas no parque. Semelhante à fluidez das oficinas oferecidas já destacada no CAPS B, o projeto terapêutico do CAPS C comenta:

As atividades de oficinas e grupos são organizadas de acordo com as necessidades e interesses dos usuários. Constituem-se em espaços dinâmicos e que mudam de acordo com o grupo (CAPS C, *Projeto terapêutico*).

O projeto do CAPS C, apesar de citar uma série de oficinas promovidas, não descreve os profissionais que compõem a equipe e, em nenhum momento, é utiliza o termo educação física. A revista de 2006, editada pelo serviço, no entanto, cita a equipe e inclui o professor de educação física. Na revista<sup>48</sup>, as oficinas são destacadas diversas vezes como importante “dispositivo” no cuidado.

Desde o surgimento do CAPS, o dispositivo para o atendimento a grupo escolhido foi o das oficinas terapêuticas, utilizado no tratamento de usuários, não só no processo de reabilitação psicossocial, como também no atendimento de pacientes em “crise” (CAPS C, *Revista do CAPS C*).

As oficinas são encaradas como atividades que têm por objetivo “viabilizar que o sujeito encontre um espaço onde possa se reconhecer e ser reconhecido como participante e importante no social, aprendendo a lidar com suas limitações desejos e tolerâncias que a convivência com grupos exige; e, mais do que isto, que possa se identificar enquanto sujeito desejante”.

A revista destina um de seus artigos às oficinas. Nela, as oficinas foram organizadas em quatro grandes grupos de acordo com suas propostas: “oficinas expressivas, oficinas de atividades físicas, oficinas de produção e oficinas educativas”. Destaco as duas primeiras pelos potenciais cruzamentos com a educação física feitos no texto.

As oficinas expressivas são aquelas que buscam estimular os sujeitos a se manifestarem [...]. Compõe este grupo a oficina de escrita, oficina de expressão plástica, oficina de jornal, oficina de música, a oficina de jogos e outras... (CAPS C, *Revista do CAPS C*).

---

<sup>48</sup> As citações retiradas dos projetos terapêuticos dos três CAPS e de artigos da revista do CAPS C não estão referenciados para respeitar a não identificação dos CAPS prevista nos projetos enviados aos Comitês de Ética em Pesquisa.

O professor de educação física tem atuado no CAPS C com oficinas enquadradas nesse agrupamento. Destaco as oficinas de jogos, de expressão corporal e pintura citadas no projeto terapêutico e na revista, mas também a oficina de corporeidade não citada.

O segundo agrupamento provavelmente tenha se constituído pela própria presença do professor de educação física no serviço. São apresentadas da seguinte forma: “As atividades físicas exercitam o trabalho coletivo com ênfase nos jogos de quadra e caminhadas livres e orientadas”. O futebol e o voleibol “são adaptados às dificuldades e capacidade física de cada um, não sendo necessário pré-requisito. Quando chove estas atividades se transformam em jogos de mesa ou percursos imaginários” (CAPS C, *Revista do CAPS C*). O desenvolvimento das oficinas desse agrupamento aparece relacionado no artigo com a seguinte passagem:

É comum durante nossa permanência no ambiente protegido nos depararmos com a ociosidade de alguns, provocadas muitas vezes pela doença, sujeitos assentados sem vontade de fazer nada, ou cochilando pelos cantos. Nosso trabalho é tentar retirá-los desta posição, propor algo que lhes faça sentido, por isso insistimos em desacomodá-los, em provocá-los a sair do lugar (CAPS C, *Revista do CAPS C*).

É possível pontuar que os potenciais benefícios orgânicos das atividades físicas não aparecem no primeiro plano das motivações para sua realização. Elas são apresentadas como um dispositivo a mais para conquistar o objetivo de reinserção social que rege o CAPS. Esta idéia parece ter amadurecido com o tempo conforme a seguinte passagem da revista:

Durante alguns anos propusemos caminhadas diárias nos dois turnos do dia. Aos poucos percebemos o quanto a caminhada poderia se tornar uma oficina terapêutica, na medida em que trabalharia com um grupo independente de ser ou não possível o deslocamento (CAPS C, *Revista do CAPS C*).

As oficinas podem ser tomadas como um entremeio que potencializa práticas grupais a serem realizadas fora do ambiente de cuidado do CAPS. A oficina de futebol, por exemplo, pode ser encarada como um meio para (re)potencializar esta prática com grupos aos quais o usuário pertença ou possa vir a pertencer.

A construção/reconstrução de vínculos pode começar, de início, maciçamente referida aos terapeutas, oficinairos etc... Entretanto, se algo ali acontece, se em uma escuta se opera a tessitura, tal como uma colcha de retalhos, com corte e costura de novas significações e deslocamentos podem levar ao advento de novas tramas, redes de pertença e inscrição subjetiva (CAPS C, *Revista do CAPS C*).

Tanto no projeto terapêutico quanto na revista, é apresentado um subprojeto do CAPS que se preocupa com a ocupação do usuário de outros recursos da sociedade, principalmente em uma fase pós-tratamento (alta). Ele “visa consolidar parcerias com recursos da cidade nas

áreas de lazer, cultura, esporte e trabalho, viabilizando a efetiva circulação social a partir dos níveis de autonomia alcançados por cada um dos usuários” (CAPS C, *Projeto terapêutico*).

Aqui a educação física parece se entrelaçar com um dos preceitos do CAPS C: “pensávamos numa instituição que estivesse voltada para fora, em permanente pesquisa de seu fazer clínico e social” (CAPS C, *Revista do CAPS C*). O lazer e o esporte, objetos de saber da educação física, aparecem aqui como o próprio “fora”, como estatutos de saúde na convivência social. Tamanha importância talvez legitime oficinas sobre os mesmos que sirvam como veículos potencializadores.

Quando busquei os projetos terapêuticos suspeitava que lá já figurariam concretamente demandas relacionadas ao lazer, recreação, esporte, ou outras práticas que pudessem estar associadas à educação física pelo fato de a equipe já contar com um professor atuando. Talvez os projetos tenham sido elaborados muito em função do que os serviços podiam oferecer no momento de sua estruturação. Mas quando cruzo os projetos terapêuticos com outras fontes, como o diário de campo e a revista de 2006 do CAPS C, surge uma interessante hipótese: a demanda por estas atividades aparece no decorrer do funcionamento do serviço e aumenta com o passar do tempo.

## **5.2. Educação física do CAPS**

O período de trabalho em campo e o número de observações variaram bastante entre os três CAPS, devido aos entraves já relatados em obter a liberação para a pesquisa em dois deles. No CAPS A, foram acompanhadas atividades em 32 oportunidades entre 05 de outubro de 2006 e 06 de dezembro de 2007; no CAPS B, foram 21 oportunidades entre 02 de julho e 03 de dezembro de 2007; e no CAPS C, foram 07 oportunidades entre 23 de novembro de 2007 e 26 de janeiro de 2008. As observações foram registradas em diários de campo em um total de quatro cadernos.

As anotações foram revisadas na busca por acontecimentos que possibilitassem esboçar respostas para a questão que a pesquisa se propunha a investigar. A estratégia adotada não foi de identificar a quantidade de incidências de determinada unidade de significado, mas sim de rever acontecimentos marcantes que anunciam pontos de tensão na relação entre educação física e saúde mental no contexto do CAPS. Para tratar do rico material obtido em campo, mobilizar a discussão, foram utilizadas seis vinhetas retiradas dos diários de campo

em ressonância com os sentidos que circulam no CAPS sobre a presença de professores de educação física e sobre as práticas desenvolvidas por eles.

\*

## PRIMEIRA VINHETA

*Estava me despedindo da oficina de dramatização. Tinha a intenção de dar alguns retornos sobre as atividades que acompanhei, mas resolvo fazer uma última provocação; perguntei o que achavam de ter educação física no CAPS. A resposta surpreende a mim e ao professor que coordenava a oficina: “seria bom se tivesse educação física” (Usuária, CAPS A, Diário de campo, em 09/11/07).*

A resposta é dada inicialmente por uma usuária, mas é reforçada por pronunciamentos ou gestos afirmativos de outros usuários do grupo. A resposta causa estranhamento em mim e no professor por ele ser o único profissional da equipe do CAPS que acompanha a oficina. Ele frequentemente se apresentava nas oficinas como professor de educação física quando usuários novos ingressavam ou mesmo quando eu apresentava meu projeto de pesquisa para o grupo. Também, em nossa concepção, o trabalho com o corpo na oficina de dramatização se enquadrava bem como uma prática da educação física no CAPS. Será que eles não o identificavam como professor de educação física ou haviam se esquecido de sua profissão?

A afirmação “seria bom se tivéssemos” num primeiro momento pareceu desconhecimento da profissão do terapeuta, mas a seqüência das manifestações indicaram a não-associação das atividades de dramatização da oficina com o que os usuários concebiam por educação física. Os usuários comentaram sobre sua infância, sobre sua idade escolar, e estabeleceram uma associação direta entre o que compreendem por educação física com aquilo que acontece em atividades na escola. O que escapa a essas práticas que compreendem por educação física, escapa conseqüentemente ao próprio termo. Logo o que não se assemelha às práticas escolares acaba sendo nomeado de outra forma ou não nomeado. A fala faz emergir um tensionamento-chave para esta pesquisa: o que o professor de educação física faz no CAPS é educação física?

A associação entre o termo educação física e as práticas desenvolvidas em escolas é feita também nos meios acadêmicos, como é possível visualizar no já mencionado descritor adotado pela BIREME “educação física e treinamento”. O descritor é definido como

“Programa de instruções para o cuidado e desenvolvimento do corpo, frequentemente em escolas”.

Junto à definição do descritor “educação física e treinamento” está indicada a diferenciação com o descritor “terapia por exercício”, definido como “movimentação do corpo ou suas partes para alívio de sintomas, ou para melhorar função, levando à aptidão física, mas não educação física e treinamento”. Ambos os descritores tratam de práticas corporais, mas são diferenciados: o primeiro acontece frequentemente em escolas (foco no ensino) e o segundo tem por foco o alívio de sintomas. Contudo, a usuária que comentou “seria bom se tivéssemos educação física” tampouco parecia estar associando as atividades da oficina com “terapia por exercício”.

As atividades promovidas pelos professores dos três CAPS que acompanhei muitas vezes excediam práticas imediatamente associadas à educação física. No próprio CAPS A, o professor coordenava uma oficina chamada “Reconhecer a rede” que funcionava como uma oficina pré-alta e tinha por objetivo buscar com o usuário articulações com a rede social da comunidade na qual estava inserido. Tal oficina acontecia em uma sala, em torno de uma mesa e não utilizava práticas corporais como dispositivo. No CAPS B, o professor participava da coordenação de uma oficina de geração de renda para confecção de velas; e no CAPS C, o professor participava da coordenação de uma oficina de pintura. Ambas as oficinas não estabelecem uma ligação imediata com a educação física.

Ao final de minhas observações no CAPS A, combinei minha participação em uma reunião com toda equipe de profissionais para dar o retorno prometido. Conteí a cena descrita na vinheta para a equipe e a reação foi bem interessante. A coordenadora do CAPS toma a palavra e afirma que “antes de tudo somos profissionais de saúde mental” (Coordenadora, CAPS A, *Diário de campo*, em 06/12/07). A sensação que tive foi a de a equipe assumir uma posição de defesa do professor, e mais do que isso, de reafirmação de uma organização do cuidado prestado no serviço. Uma organização que desterritorializa práticas e identidades profissionais para afirmar um objetivo comum: cuidar de portadores de sofrimento psíquico. O professor de educação física no CAPS assumia, então, uma identidade profissional que se sobrepunha a sua formação de graduação.

Isto não significa dizer que todos façam as mesmas coisas ou que todos são iguais dentro do CAPS. A própria equipe do CAPS A preocupa-se em dizer “temos sim formações diferentes, profissões distintas que possibilitam olhares diferenciados entre si do usuário”, olhares diferenciados sobre seu sofrimento e sobre as possibilidades de tratamento. Existem



também expectativas diferentes de atuação elaboradas em torno das especificidades das profissões.

A expectativa dos usuários em relação à educação física não correspondia à dramatização, o que não significa que a oficina de dramatização não correspondesse à expectativa de cuidado. O que vem à tona é que o cuidado no CAPS muitas vezes excede a formação inicial dos profissionais. O professor de educação física não deixa de ser professor de educação física quando realiza tais atividades, mesmo que elas não estejam diretamente associadas às práticas da educação física.

Talvez a condição de ser um profissional *outro* dentro do CAPS (não obrigatório, sem longa tradição no campo, sem tantos protocolos a serem seguidos) é que ele possa flutuar mais facilmente entre diferentes frentes de intervenção, transcender sua formação de graduação. Talvez por isso ele possa encontrar pontos de fuga no discurso “cada um faz o seu” do chefe da psiquiatria do hospital, vinculado ao CAPS B. Não que ele fuja do seu fazer, de sua especificidade, mas ele agrega valores a esse fazer em prol das demandas de cuidado.

Essa discussão tangencia os debates acerca de especificidades, competências, interdisciplinaridades, transdisciplinaridades<sup>49</sup>... Passa também por uma discussão que não é recente, mas que é constantemente retomada nos meios acadêmicos: “Mas, afinal, o que é educação física?”<sup>50</sup>. A resposta sempre precisa ser refeita e sempre encontra novos pontos de fuga.

A oficina de geração de renda, que confecciona velas ou a oficina de pintura dificilmente são, ou poderão vir a ser, consideradas por alguém como algo próprio da educação física, algo contido na sua especificidade. O professor, ao realizar tais atividades dentro de um CAPS, está transitando investido de uma identidade “profissional de saúde mental” por territórios que excedem o que normalmente lhe é exigido na graduação para exercer seu ofício. Ingressa em uma discussão de competências e de organização do cuidado nos serviços. O professor de educação física não está no serviço para realizar apenas atividades de esportes, ginástica, dança ou outra imediatamente associada a sua

---

<sup>49</sup> No âmbito da saúde, circulam bastante os conceitos de “campo” e “núcleo”, utilizados por Gastão Wagner Campos (1997). Para ele, uma competência de núcleo estaria associada à formação de base – uma oficina de futebol no caso da educação física, por exemplo. Uma competência de campo seria uma atividade comum aos componentes da equipe de um serviço, indiferente de sua formação – o acolhimento, por exemplo. A oficina de geração de renda ou a oficina de pintura não se enquadrariam como uma competência de núcleo da educação física e transcenderia também uma competência de campo.

<sup>50</sup> Tal questionamento foi assunto da seção “Temas polêmicos” da Revista Movimento anos atrás, mas mobiliza discussões da área até hoje. Para detalhes ver Gaya (1994), Taffarel & Escobar (1994), Bracht (1995), Lovisolato (1995), Costa (1996).

especificidade. Está no serviço para compor uma equipe de saúde mental e dar conta das especificidades do cuidar em centros de atenção psicossocial.

Contudo, um navegador sem porto morre de sede. É preciso ancorar o “olhar profissional diferenciado” que a equipe do CAPS A comentou e beber das fontes da especificidade. A possibilidade de transitar por diferentes saberes/fazerem não convoca a educação física ao CAPS e também não basta para tratar do seu fazer ali.

Esta pesquisa, entre suas pretensões, busca especificidades da educação física nos CAPS, mas depara-se também com as especificidades do CAPS na educação física. Um conjunto de práticas identificadas como sendo próprias da educação física não deveria ser simplesmente transportada para o interior de um serviço de saúde mental. A lógica de elaborar um protocolo de como devem ser realizadas as atividades relacionadas à educação física no campo da saúde mental, e aplicá-lo, agride à singularidade dos indivíduos e o conceito de integralidade, tão caro à Reforma Sanitária e à Reforma Psiquiátrica.

Existe um contexto no qual as práticas corporais se constituem. Nem sempre, por exemplo, entre o conjunto de características que permite identificar uma prática como voleibol, está uma quadra de 9 x 18 metros. A calibragem da bola foge da estabelecida na regra oficial sem deixar de ser voleibol. A prática pode ser vista por alguém como uma possibilidade de tornar-se profissional e ascender socialmente ou apenas como uma forma de passar o tempo com amigos. Pode ser compreendida como uma forma de gastar calorias ou como uma forma de subjugar um time do outro bairro. Os significados/sentidos atribuídos à prática de voleibol mudam, os objetivos mudam. Enfim, uma prática social se constitui como tal a partir do contexto e das pessoas envolvidas.

A educação física não se resume (ou não deveria se resumir) a um repertório de atividades prontas que podem ser transportadas para o CAPS. Para trabalhar melhor a relação entre especificidade e serviço, valho-me de uma clássica discussão acadêmica sobre a educação física e sua inserção no sistema escolar. Na década de 80, uma série de autores procurou estabelecer um olhar crítico sobre a educação física como componente curricular nas escolas.

[...] pode-se sintetizar o movimento dos anos de 1980 na educação física como de “crítica” às perspectivas anteriores. Essa perspectiva “crítica” aparece, na maior parte das obras, tomando-se por base uma abordagem sociológica, questionando os fins sociais da disciplina e se referem à influência das instituições militar, médica e desportiva (CAPARROZ, 2005, p.82).

Entre as críticas/posições que motivaram tal discussão, e que lhe conferem um tom polêmico, está a idéia de que, no espaço da escola, o esporte é utilizado numa perspectiva de rendimento para seleção de novos atletas dentro da pirâmide do sistema esportivo. O esporte, então, estaria inserido em uma lógica mercantilista de uma sociedade capitalista, e quando transplantado para o interior da instituição escolar não realizaria sua função educacional de maneira satisfatória.

Bracht (2000, p. XVIII) afirma que “o esporte na escola, ou seja, o esporte enquanto atividade escolar, só tem sentido se integrado ao projeto pedagógico desta escola”. O esporte então precisa ser pedagogizado, escolarizado. Caparroz (2001, p. 33) chama a atenção para que “se quisermos discutir o esporte como conteúdo da educação física escolar, é necessário, antes de tudo, ter claro que estaremos discutindo também a educação física como componente curricular”.

“A educação física em se realizando na instituição educacional, presume-se, assume o estatuto de atividade pedagógica e, como tal, incorpora-se aos códigos e funções da própria escola” (BRACHT, 1992, p.17). Vago (1996) defende a escola como lugar de produção de cultura, ou seja, onde se pode produzir uma cultura escolar de esporte. Dessa forma, teríamos o **esporte da escola** e não apenas o **esporte na escola**.

Este debate, apesar de não ser recente, tem grande impacto no contexto acadêmico da educação física e ainda permeia as discussões contemporâneas, com se pode perceber, por exemplo, nos textos de Kunz (2000), Bracht (2000), Gaya (2000), Taffarel (2000), Stigger (2001), Lovisolo (2001) publicados na seção “Temas polêmicos” da Revista Movimento da Escola de Educação Física da UFRGS.

Chamo a atenção para os termos “esporte na escola” e “esporte da escola”, empregados com a intenção de diferenciar concepções pedagógicas, e aproveito a reflexão de Caparroz<sup>51</sup>, que amplia a discussão sobre esporte para um olhar sobre a educação física enquanto componente curricular, para lançar um olhar sobre a educação física que emerge do CAPS, que se contrapõe a uma educação física imposta no CAPS.

Quero aproveitar essa discussão para visualizar a presença da educação física no interior de outro estabelecimento, não mais a escola e, sim, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). De forma muito semelhante à apontada por Bracht – quando afirma que a educação física escolar incorpora as funções e códigos da escola –, no CAPS, a educação física também incorpora códigos e funções e precisa estar de acordo com um projeto terapêutico.

---

<sup>51</sup> Tal discussão é tema de seu livro “Entre a educação física na escola e a educação física da escola” (CAPARROZ, 2005).

De forma ampla, a função do CAPS é cuidar dos portadores de sofrimento psíquico e a educação física precisa se incorporar a este projeto terapêutico. Seguindo o traço paralelo, na escola, se pensarmos a educação/ensino como função, é preciso esclarecer que educação é essa. O projeto não é mais só pedagógico, mas também político. Então, de forma semelhante, podemos questionar: que cuidado é esse que se configura no CAPS?

O CAPS é implementado como uma estratégia de política pública que difunde a Reforma Psiquiátrica como orientação. Entre suas funções está atender aqueles que estão em intenso sofrimento psíquico, o que demanda ações terapêuticas. Ao mesmo tempo, o CAPS tem (ou deveria ter) suas atividades voltadas para o “fora”, para reinserção social de seus usuários. Isso cobra, de certa forma, uma mediação ou reformulação do entre-espaço CAPS-comunidade do qual faz parte o usuário. Aí a função terapêutica borra-se, contra sua concepção hegemônica, com concepções de promoção de saúde. O futebol pode se constituir como uma ferramenta da educação física usada com diferentes tons no interior do CAPS. Pode ser utilizado como um dispositivo terapêutico que oferece continência ao sofrimento. Pode ser também uma prática comum na comunidade do usuário, de forma que sua prática no CAPS pode potencializar novas redes de pertença a ele.

As formas com que a sociedade cuida do sofrimento, ou o próprio entendimento deste, também são estabelecidas culturalmente. Ao transitar pelo CAPS, a educação física incorpora a cultura de cuidado ali circulante, mas também afeta essa mesma cultura em uma “tensão constante”<sup>52</sup>. Pode-se dizer, pretensiosamente, que esta dissertação procura uma **educação física do CAPS**<sup>53</sup>. Por isso, torna-se extremamente produtivo buscar alguns pontos de tensão nesta relação.

\*

## SEGUNDA VINHETA

*Um novo usuário integra a oficina e o professor propõe que os usuários lhe expliquem como funciona a oficina. Uma usuária toma a voz e diz: “aqui parece brincadeira, mas não é” (Usuária, CAPS A, Diário de campo, em 27/09/07).*

---

<sup>52</sup> Vago (1996) fala em uma tensão constante entre o “esporte da escola” e o “esporte na escola” para tratar da interação constante que há entre o esporte que se configura na cultura escolar e o que é compreendido/praticado como esporte em espaços outros.

<sup>53</sup> Não no sentido de uma educação física única, não no sentido de eliminar sua multiplicidade, mas no sentido de uma educação física que incorpora códigos e funções deste serviço substitutivo.

“Com saúde não se brinca”, “o importante é ter saúde”, “saúde é o que interessa”, “saúde e paz, o resto a gente corre atrás”... Jargões e ditados populares muitas vezes apresentam a saúde como o bem maior que as pessoas podem ter. Tendo saúde, outras coisas importantes são conquistáveis<sup>54</sup>. Contudo não é apenas no senso comum que ela recebe destaque. O artigo 196 da Constituição Federal Brasileira, por exemplo, determina saúde como um direito de todos e dever do Estado. Gestores federais, estaduais e municipais têm a responsabilidade legal de organizar e promover políticas em prol da saúde da população. É dever do Estado, portanto, é coisa séria.

A idéia de que “com saúde não se brinca” pode encontrar respaldo tanto como uma recomendação pessoal para a população de um modo geral (não faça coisas que possam deixá-lo doente) quanto como um indicativo de atuação profissional (respeite o sofrimento alheio). Será que essas afirmações podem obstaculizar a presença da brincadeira na atenção em saúde?

O entendimento de que saúde e doença são duas coisas opostas durante muito tempo orientou políticas de saúde que investiam apenas em tratamento e recuperação de pessoas que já padeciam de algum mal. As formas como pessoas e coletivos lidam com o sofrimento varia bastante conforme o seu contexto cultural. A procura por um profissional de saúde, geralmente um médico, por ocasião de algum sofrimento, envolve toda uma solenidade. Ocorre em nossa cultura predominantemente tendo por *setting* um consultório; um ambiente formal em que a seriedade está incorporada.

A compreensão de saúde-doença como um processo, a idéia de prevenir doenças e, mais, de promover saúde permitem que outros espaços sejam visualizados como espaços de saúde, entre os quais, escola, trabalho, parque, comunidade, mas também que outras práticas de saúde possam ser promovidas em ambientes tradicionais como hospitais.

Nos capítulos anteriores, aponte as práticas de recreação desenvolvidas no HPSP. Retomando, na década de 1950, é criado o Serviço de Praxiterapia neste hospital e, na década de 1970, o Serviço de Recreação Terapêutica. O hospital ao qual está vinculado o CAPS C também conta com Serviço de Recreação Terapêutica<sup>55</sup>. A recreação pode ser facilmente

---

<sup>54</sup> Muito próxima a essa linha de raciocínio está a de que a falta de saúde – a doença – inutiliza, despotencializa. A ela podemos associar a cultura da interdição dos considerados loucos e as justificativas assistencialistas de manutenção dos hospitais psiquiátricos. Pensar em um processo saúde-doença contribui para desconstrução do doente inútil.

<sup>55</sup> Os Serviços de Recreação Terapêutica não são foco desta pesquisa e merecem um estudo à parte. Contudo importa a relação que é estabelecida entre educação física e saúde mental através deles e seu potencial reflexo nas práticas dos CAPS.

associada ao brincar, à brincadeira. É possível relacionar os primeiros entrelaçamentos da educação física com a saúde mental no Rio Grande do Sul justamente pela introdução do recrear/brincar em ambientes hospitalares e pela apropriação desta enquanto competência profissional pela educação física. Provavelmente esta apropriação tenha contribuído para que professores de educação física fossem contratados para os CAPS que acompanhei e esteja presente nas práticas desenvolvidas por eles. Sendo assim, será então que o Serviços de Recreação Terapêutica desrespeitam a máxima “com saúde não se brinca”? Será então que o que faz o professor de educação física no CAPS não pode ser brincadeira?

Retomo a manifestação feita pela usuária sobre a oficina que o professor de educação física coordena no CAPS. A fala dela, aparentemente, coloca em conflito a prática que ali é desenvolvida com práticas mais antigas de professores de educação física no próprio campo da saúde mental. Em um primeiro momento, a fala da usuária remete ao entendimento de que ali não é lugar de brincadeira. O CAPS presta cuidado a pessoas em sofrimento e, portanto, deve ser um lugar sério. Ela parece alertar o usuário novo: não se engane, isso que você verá como brincadeira, não é brincadeira.

A cultura cristã do “martírio” e da “meritocracia” contribui para que a lógica instituída em tratamentos esteja associada a um merecimento da “cura”. O usuário, então, precisa se esforçar, penar, sofrer, encarar com seriedade seu sofrimento. Parece brincadeira, mas não é. Alegria é um desacato a esse modo de vivenciar o sofrer.

Por outro lado, ousando um pouco, talvez sua fala pudesse ser: achei que estava perdendo tempo com essas atividades, mas elas me trouxeram benefício. A seriedade, como contraponto à “brincadeira que não é”, acontece no respeito ao sofrimento e no compromisso do profissional em buscar melhoras na vida do usuário.

Então temos dois usos para brincadeira: brincadeira como atividade lúdica e brincadeira como prática que não leva em conta o sofrimento do usuário. E a brincadeira pode ser séria, nesse sentido, ao ter objetivos. Mesmo que não seja semelhante a práticas mais solenes de sentar e conversar ou tomar medicamentos, pode ter objetivos semelhantes.

Retomo então a provocação que era feita comigo e com outros colegas da educação física durante a residência multiprofissional da ESP/RS. Colegas de outras áreas, para provocar os professores de educação física, chamavam-nos de recreacionistas. Por que isso tomava ares pejorativos? Talvez pelo fato de a denominação recreacionista estar associada à formação profissional obtida por meio de cursos de curta duração e sem o nível de exigência da graduação. Talvez pela idéia de que a prática de recreação prescindia de objetivos definidos, não convoque à seriedade (aproveitando o termo trabalhado na discussão). Talvez

porque a recreação, o brincar, não sejam reconhecidos como importantes no processo saúde-doença de indivíduos (principalmente sob expectativas de imediatas respostas biofisiológicas). Essa última consideração seria inusitada se visualizarmos a importância dada a essa prática em teorias da psicologia influenciadas por autores como Winnicott ou, então, em disputas de interesses/competências promovida por entidades como o COFFITO através da já referida Resolução nº324/2007. Retomando a resolução, em seu artigo 1º, consta que “desenvolver atividade de brincar e utilizar o brinquedo como recursos terapêutico-ocupacionais na assistência é de exclusiva competência do terapeuta ocupacional”. Será que a recreação, sobre a qual há, inclusive, disputa sobre quem tem competência para exercê-la, é uma prática de pouco prestígio?

O termo recreacionista, no entanto, torna-se pejorativo no momento que se apresenta como reducionista das competências do professor de educação física. Afinal, educação física compreende um conjunto bem mais amplo de práticas. Aproveito o gancho para ressaltar que a educação física, em suas discussões acadêmicas, durante muito tempo, debateu (e ainda debate) o que a caracterizaria como campo de saberes, buscando delimitações e a instituição de uma ciência própria à mesma<sup>56</sup>. Foram propostos nomes como Ciências do Esporte, Ciências do Movimento Humano, Cineantropometria...

A multiplicidade dentro da educação física parece ser cada vez maior, apesar do estreitamento no campo de atuação provocado pela divisão entre licenciatura e bacharelado. Essa multiplicidade faz com que a educação física e suas práticas circulem por diferentes espaços, faz com que ela ao mesmo tempo seja associada à saúde e educação. A discussão é bastante atual e possui diferentes pontos de vista. Enquanto que o Conselho Federal da Educação Física defende uma separação entre licenciatura (educação) e bacharelado (saúde), outros ressaltam que é a multiplicidade que atribui valor à educação física. O Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte, principal entidade científica da educação física no país, através de seu Grupo de Trabalho Temático Formação Profissional e Mundo do Trabalho, emitiu um documento, quando estavam sendo discutidas as diretrizes curriculares, reafirmando

o ato educativo como princípio que confere especificidade à Educação Física, não a vinculando diretamente à área da saúde caracterizada pelo atendimento e cuidado, e indicando a necessidade de compreendê-la como uma área de conhecimento multidisciplinar e de intervenção acadêmico-profissional (CBCE, 19 de novembro de 2004).

---

<sup>56</sup> Para Valter Bracht (1989, p.28) o tema da educação física é o movimento corporal, mas “não é qualquer movimento, não é todo movimento. É o movimento humano com determinado significado/sentido, que por sua vez, lhe é conferido pelo contexto histórico-cultural”.

Adentremos um pouco mais as margens da saúde, em especial da saúde mental. Em capítulos anteriores, foi mencionado o *status* que a medicina possui no ambiente da saúde ou mesmo na conformação da nossa sociedade<sup>57</sup>. A discussão, por exemplo, do ato médico provocou grandes mobilizações de outras categorias profissionais. Dentro desse contexto de poder, minha pesquisa se deparou, em sua fase de revisão de literatura, com descritores fortemente vinculados com uma perspectiva médica. Mais significativo ainda talvez seja o fato de a maioria das publicações às quais tive acesso estarem muito próximas a um olhar biomédico. Será que o acesso da educação física à saúde mental se dá a partir de benefícios orgânicos promovidos pelas práticas corporais? Será que é se afastando do brincar, do lúdico, do sensível que a educação física se faz respeitar dentro dos CAPS? Será que é dessa forma que a educação física se faz “séria” dentro dos CAPS?

Provavelmente a provocação “recreacionista” acontece somente pela sua ressonância nos professores de educação física. Talvez seja insegurança frente às relações de poder instituídas que impulsionam professores a se aproximarem de práticas médicas, encontrando legitimidade apenas na base de resultados orgânicos obtidos em atividades físicas protocoladas. Frente às críticas traçadas, pode-se assumir como posição política que o fazer profissional não é brincadeira, mas que a brincadeira permeia o fazer profissional dos professores de educação física em saúde mental com objetivos (sérios) elaborados para tratar o sofrimento.

\*

### TERCEIRA VINHETA

*O professor costuma perguntar, na parte final da oficina, como cada usuário havia se sentido, o que havia achado da atividade. Independentemente da atividade que é realizada, o comentário de uma usuária é sempre muito próximo. Ela afirma que “fazer ginástica é bom”. Hoje a atividade foi fazer massagem em duplas com uma bolinha de borracha (Usuária, CAPS A, Diário de campo, em 04/10/07).*

Esta usuária costumeiramente se referia a qualquer atividade promovida na oficina de expressão corporal como sendo ginástica. Tanto esta atividade de massagear outra pessoa com

---

<sup>57</sup> Ver Illich (2004), Tesser (2006a, 2006b), os números 324 e 325 do *British Medical Journal* (2002).



uma bolinha de borracha, quanto aquelas que focavam a respiração e relaxamento, jogos grupais ou atividades que consistiam em copiar determinado movimento que era realizado por um dos usuários eram assim denominadas por esta usuária. Em oportunidades em que um novo usuário ingressava no grupo, e o professor solicitava que os mais antigos apresentassem a oficina, ela dizia que ali se fazia ginástica.

Talvez ao afirmar que “fazer ginástica é bom”, a usuária esteja vinculando a atividade coordenada pelo professor de educação física com a prática da ginástica<sup>58</sup>. Nesse caso, tudo que é promovido/coordenado pelo professor de educação física seria ginástica, deveria receber esse nome. Em alguns momentos, pareceu-me que ela associava ginástica com qualquer tipo de atividade coordenada por alguém que envolvesse movimento do corpo. Provavelmente ela teve, entre suas vivências prévias, atividades que eram concebidas como ginástica. Não era uma associação feita exclusivamente por ela. Diversas vezes pude registrar comentários semelhantes de outros usuários. Por exemplo:

Aqui a gente faz ginástica, exercícios [apresentando a oficina] (Usuária, CAPS A, *Diário de campo*, em 7/11/06);

Achei a atividade boa, ginástica é bom porque desenvolve [a atividade consistiu em uma pessoa com olho fechado ser conduzida por outra de olho aberto] (Usuário, CAPS A, *Diário de campo*, em 22/02/07);

Foi bom fazer ginástica, esquentou um pouco [a atividade foi realizar movimentos em roda onde um determinado usuário deveria dar a voz de comando] (passo para a direita, passo para a esquerda) (Usuário, CAPS A, *Diário de campo*, em 19/07/07).

Associar diferentes tipos de prática física à ginástica é bastante significativo, pois a educação física tem suas origens fortemente vinculadas a esse conceito. Historicamente os métodos ginásticos oriundos da Europa tiveram grande influência sobre a estruturação da educação física no Brasil (GOELLNER, 1993, 1996; SOARES, 1994, 1998). O termo “ginástico” no final do século XVIII início do XIX compreendia outras atividades além daquelas praticadas no interior de uma academia de ginástica do século XXI<sup>59</sup>. A influência desses métodos deixou legados importantes, não apenas nas práticas desenvolvidas em academias de ginástica (tão presentes no contexto atual), mas também pelas influências

---

<sup>58</sup> A BIREME define seu descritor “ginástica” como “exercício físico sistemático. Isto inclui calistenia, um sistema de ginástica leve para promover força e graça na postura”.

<sup>59</sup> De acordo com Carmen Lúcia Soares, “a Ginástica compreendia marchas, corridas, lançamentos, esgrima, natação, equitação, jogos e danças. Surgiu na sociedade ocidental moderna como um movimento de caráter popular e sem qualquer relação com a instituição escolar. Este movimento, bastante vigoroso em todo o século XIX, teve sua denominação definida a partir do país de origem e ficou também conhecido como “escolas” ou “métodos de ginástica”. Os mais conhecidos no Brasil foram os Métodos francês, alemão e sueco, sendo o mais divulgado e que serviu de modelo para um método nacional de ginástica em nosso país, o Método francês” (SOARES, 1996).

militaristas e higienistas que afetaram (e ainda afetam) a educação física amplamente. A disciplina, a correção da postura e dos costumes, a padronização de movimentos e a busca de um corpo útil para a sociedade são marcas que ainda permeiam o conjunto de práticas da educação física.

Temos um enlace muito curioso aqui, afinal se retomarmos a organização do cuidado prestado em saúde mental, abordado no terceiro capítulo, encontraremos influências dessas marcas militaristas e higienistas também na configuração manicomial de cuidado. Observemos na seguinte fala as ressonâncias de um discurso centrado na idéia do corpo útil ou corpo produtivo:

A gente faz exercício porque é bom para o corpo e para a mente. Aqui a gente não fica só olhando pros outros. Aqui a gente faz alguma coisa produtiva (Usuária, CAPS A, *Diário de campo*, em 11/01/2007).

Não significa, evidentemente, que a prática da ginástica dentro do CAPS se configure como uma prática manicomial. O que interessa, nesse sentido, aproveitando o raciocínio anterior, é como a ginástica incorporara o contexto cultural e o projeto político-terapêutico do CAPS. O CAPS aponta para um trabalho voltado à diferença (ao menos enquanto proposta política afinada com a desinstitucionalização da loucura), e não à padronização das condutas. Isso permite que outro questionamento seja feito: a realização de atividades em que é necessário imitar o movimento promovido por outra pessoa (como é comum em atividades de ginástica) respeita singularidades?

Um dos pontos que primeiro me chamou atenção na oficina de expressão corporal foi que, muitas vezes, as atividades consistiam em imitar ações promovidas pelo professor ou por outros usuários (*Diário de campo*, em 18/01/07). Isso me levou a refletir, inicialmente, sobre uma certa sincronização dos corpos. O primeiro impulso foi considerar conflituosa a proposta de “expressão corporal” com “imitar movimentos”. Conversando com o professor, refletimos sobre a questão. Ele passou a realizar, com maior frequência, atividades onde não demonstrava as ações. Algumas vezes, isso resultava em angustiante espera por iniciativa.

Este foi outro ponto que apresentei na reunião de equipe do CAPS A e o retorno que obtive foi fundamental para ressignificar a interpretação inicial. Quando o apresento na reunião, os profissionais argumentam sobre a importância do espelhamento para o processo terapêutico de alguns usuários (Profissionais da equipe, CAPS A, *Diário de campo*, em 06/12/07). A expressão, como um ato relacional, exige a elaboração de um outro. Incluir-se em um determinado contexto cultural, elaborar um sentimento de pertença, passa por imitar, experimentar, diferir entre o eu-outros-nós. Considerar que a imitação é importante não é o

mesmo que restringir as atividades a ela. Faz parte da função do terapeuta criar espaços para iniciativas e, muitas vezes, suportar a ansiedade de esperar por elas.

A associação feita pelos usuários entre as atividades desenvolvidas na oficina e ginástica talvez esteja diretamente ligada à imitação de movimentos (característica de muitas práticas desenvolvidas nas academias de ginástica). Talvez seja a forma que encontraram para significar a coordenação da oficina por um professor de educação física ou, ainda, uma forma de denominar todo e qualquer movimento corporal promovido sob a coordenação e sistematização de alguém. Aponto, contudo, que a oficina não estava organizada sob o prisma de um conjunto sistemático de exercícios físicos que caracterizariam uma prática de ginástica.

Outro ponto que é possível explorar quando tratamos de influências militaristas e higienistas é o exercício de poder que utiliza a “docilização”<sup>60</sup> como estratégia. O artigo já mencionado de Barreto Sobrinho (1984, p.13) fala em “drenar tensões” e em “corpos que devem ser eficientes e harmônicos com as demais pessoas que compõem a instituição”. Neste caso, entra em questão a autoridade desempenhada pelo professor de educação física na configuração grupal. Não se trata de ignorar a autoridade convocada pelo papel de terapeuta em um serviço de saúde mental, mas o uso que se faz dela em favor ou contra a disciplinarização dos corpos e das condutas dos demais participantes. Aproveito para destacar outro acontecimento que complementa a discussão nesta vinheta.

*Primeiro dia que estou participando da oficina de futebol. Apresentei-me como professor de educação física e expliquei meu projeto de pesquisa. Perguntei para os usuários se concordavam com minha participação e a resposta foi em forma de pergunta: “vai jogar junto com a gente?”. Minha resposta positiva agradou e potencializou uma vinculação produtiva. No entanto, como havia 10 usuários participando nesse dia, acabei permanecendo fora do jogo. Então um usuário pede que eu apite o jogo, outros reforçam o pedido. Eu hesito, chego a levantar-me. A professora e os usuários olhavam para mim e aguardavam. Eu digo que prefiro não exercer esse papel (CAPS C, Diário de campo, em 23/11/07).*

Meu impulso foi de assumir o papel de juiz em um primeiro momento. Quando já estava em pé pensei que um erro de arbitragem poderia prejudicar minha vinculação e, conseqüentemente, a pesquisa. Depois pensei no quão significativo era o papel de juiz naquele contexto, pois passaria a estar investido do poder de decidir sobre a verdade dos fatos de um jogo. O juiz é soberano, ele define as fronteiras entre o que está certo ou errado, sentencia. Em um contexto tutelar de cuidado em saúde mental a instituição ajuíza a vida dos portadores de

---

<sup>60</sup> Foucault (2003) discute a docilização dos corpos em seu livro “Vigiar e punir”.

sofrimento psíquico. Este jogo de poder potencializa uma complexa trama social que se estabelece através da disciplina institucional e da soberania do juiz.

Preocupo-me em retomar o acontecimento na roda de conversa após o jogo e justificar minha posição. Descobri então que a oficina acontecia, tradicionalmente, sem a presença de um juiz. Alguns defendiam a idéia de que a presença de um juiz seria positiva. Entendi isso como um desejo de aproximar-se do fenômeno futebol profissional idolatrado por muitos. Nesse dia, chegaram a acontecer alguns lances de divergência sobre possíveis faltas e afins. A discussão estende-se por diversos encontros, a professora manifesta sua posição de que não acha necessário. No encontro seguinte da oficina, um usuário queixa-se, durante a roda de conversa, que teria sofrido uma falta durante a partida, mas os adversários e mesmo os companheiros de equipe afirmam que não havia acontecido falta no lance. A combinação feita foi de que “quando alguém pede falta, o jogo pára”. Posteriormente ela se desdobra em “quando alguém pede, pára o jogo e discute-se se foi ou não falta, se a bola saiu ou não...”.

A decisão tomada indica que os próprios usuários estão resolvendo seus conflitos. A discussão sobre um juiz ou sobre o “quando pede, pára” é muito significativa para o contexto do CAPS, que tem como prerrogativa a participação dos usuários não apenas na composição de seus planos terapêuticos, mas também nas decisões acerca das políticas públicas garantindo-lhes assento, voz e voto nos conselhos de saúde etc. De certo modo, esse pequeno universo do futebol possibilita que os usuários, mesmo que brevemente, tornem-se protagonistas na gestão de suas próprias vidas.

\*

#### QUARTA VINHETA

*Estavam marcados os Jogos da Primavera que aconteceriam no Hospital Psiquiátrico São Pedro. Os usuários da oficina de futebol do CAPS foram convidados e, nesse dia, o assunto era evocado pelos usuários já no trânsito entre o CAPS e a quadra de futebol do parque. Alguns estavam ansiosos para participar e queriam fazer combinações sobre o time, quem jogaria, como deslocar-se... Quando o assunto é retomado na roda de conversa após a partida, o professor mostra-se resistente à idéia de participarem e relembra experiência anterior não positiva de participação na mesma competição. Alguns defendem a participação, outros não querem participar. [em relato posterior, alguns contam que foram e compuseram times com outros serviços]. O ponto de discussão é a competição como um*

*aspecto positivo ou negativo a acontecer durante o tratamento (CAPS C, Diário de campo, em 30/11/07).*

Dentro do meio acadêmico da educação física a competição também é alvo de amplos debates. É um ponto-chave na discussão, já tratada anteriormente, sobre esporte na escola e esporte da escola, sobre esporte de alto rendimento e esporte como componente curricular do ensino básico. As críticas mais radicais chegam a apontar a competição como um obstáculo à constituição de uma sociedade mais justa, como um modo de produzir subjetividades ajustadas ao sistema capitalista de organização social. Os partidários desse tipo de crítica defendem a cooperação e a ludicidade como eixos organizadores das atividades a serem desenvolvidas pela educação física. Certamente sobre esse ponto as discussões acadêmicas no interior deste campo específico já avançaram bastante.

Um primeiro avanço que pode ser apontado é o de perguntar se um grande número de adaptações não acabaria por descaracterizar uma determinada prática como sendo esporte. Outro, e talvez o mais significativo, seja o de não associar de forma imediata a competição no esporte como uma prática negativa e reprodutora do capitalismo. Mesmo as denominações “rendimento” ou “esporte competitivo” balançam, afinal as mais variadas práticas que compõe a educação física exigem determinado tipo de rendimento, de busca por objetivos. Apesar de não ser a única, a competição é vista como uma das principais características identificadoras de uma prática esportiva. São adotados, então, termos como “esporte de alto rendimento” ou “alta competição” para denominar práticas que envolvem certo profissionalismo e nos quais a vitória configura-se como o sentido maior.

Isso não significa dizer que o desejo de (e busca por) vitória não esteja presente fora do esporte de alto rendimento. Na cena acompanhada na oficina, é possível perceber de que modo a vitória ou a derrota em um jogo de futebol afetam as relações entre os usuários e abre brechas para uma intervenção terapêutica. O professor interroga determinado usuário sobre sua frustração em ter perdido a partida do dia (CAPS C, *Diário de campo*, em 26/01/08). Ele e outros afirmam que, quando vêm para oficina de futebol, querem ganhar a partida. Um usuário traça uma associação com jogadores profissionais que também perdem. Eu aproveito o ensejo para perguntar se, quando ele vem para a oficina no CAPS, o objetivo único seria a vitória. Uma série de respostas é dada: “exercício faz bem para saúde”; “aqui me divertir”; “venho para fazer jogadas bonitas”; “venho para gastar as tensões, ficar sóbrio”; “gosto de jogar bola, jogava com os andarilhos”; “aqui a gente conversa” (Usuários, CAPS C, *Diário de campo*, em 26/01/08). As manifestações fazem alusões ao caráter terapêutico do CAPS e à

mediação exercida pelo professor em situações de conflito. Alguns chegaram a sugerir que o intervalo da partida fosse utilizado para o momento de conversa semelhante à roda que acontece no final. Não me parece que seja esse o caso. É preciso encontrar uma medida que não relegue o futebol a um segundo plano em uma oficina de futebol. O importante é destacar que uma série de interesses está presente ali, muito além da vitória.

Mas será que o futebol pode incorporar funções terapêuticas do CAPS, se propicia o surgimento de conflitos e frustrações? Se a vontade de ganhar de um time entra em conflito necessariamente com a vontade de ganhar do outro? No caso de uma abordagem tutelar, de interdição, de reclusão, sob a lógica que busca afastar o portador de sofrimento psíquico de toda interferência social possível, parece que o futebol não teria vez. É possível novamente traçar uma aproximação com a escola. Se lidar com conflitos e com frustrações na escola recebe um olhar pedagógico, lidar com conflitos e frustrações no CAPS toma ares terapêuticos. O dia a dia em sociedade exige que lidemos com uma série de conflitos de interesses e com a frustração de um grande número de expectativas. O esporte pode constituir-se como um dispositivo terapêutico em que tais questões aparecem e podem ser abordadas.

Utilizei a oficina de futebol para levantar esse ponto, mas lidar com conflitos permeia todo contexto do cuidado em saúde mental. Relacionamentos interpessoais constituem um dos principais focos sobre os quais se detém atenção em CAPS, um conjunto que engloba percepções dos usuários, familiares e comunidade. É um dos focos que aparece no cartaz de objetivos da oficina de dramatização coordenada pelo professor de educação física do CAPS A. Cito dois dos objetivos: 1 – elaboração de conflitos; 2 – relacionamento interpessoal. A própria questão da imitação/espelhamento, antes discutida, aborda uma situação conflitual para elaboração de eu-outros-nós.

Parece-me que as atividades promovidas em nome da educação física, enriquecem a abordagem de questões de relacionamento interpessoal ao possibilitar que o interesse terapêutico se confunda com outros no decorrer da prática. Isso possibilita que determinados aspectos sejam acessados mais facilmente do que em dispositivos mais tradicionais de cuidado.

Em uma de nossas conversas, o professor comentou a respeito de sua preocupação em relação a prejuízos que a competição nos Jogos da Primavera poderia trazer para os usuários psicóticos que participam da oficina, especialmente sobre sua dificuldade em lidar com derrota, frustração e quão desorganizadora esta atividade poderia ser. Ele argumentava que uma coisa é o espaço controlado da oficina, onde todos se conhecem e é mais fácil realizar alguma continência necessária, outra é participar de espaços de competição com pessoas

estranhas. Outro aspecto pode ser levantado aqui: a distância (e a transição) entre o espaço do CAPS e as práticas fora do mesmo.

O esporte pode servir como um recurso de reinserção social? Certamente não é possível afirmar que, por participar de uma oficina de futebol no CAPS, o usuário passará a praticar a modalidade em outros espaços da comunidade e nela se encontrará plenamente reinserido. Não se trata de uma relação direta de causa e efeito. Questionei o professor do CAPS C sobre possíveis encaminhamentos para outros recursos sociais onde os usuários pudessem estar praticando futebol. Ele diz que havia tentado isso algumas vezes, mas que os usuários não tiveram boa acolhida e adaptação, e não permaneceram nesses diferentes recursos. Ainda assim, parece possível encarar a oficina como um veículo comunicativo com fenômenos culturais participados em comunidade, no caso o futebol. Se o CAPS adota entre seus princípios promover um cuidado voltado para o fora, para a reinserção social, é conveniente buscar aproximação com práticas sociais desenvolvidas pelas comunidades nas quais estão inseridos os usuários. E talvez a dificuldade esteja na outra ponta da relação portador de sofrimento psíquico – sociedade. Organizar um modelo de cuidado na perspectiva da Reforma Psiquiátrica vai exigir que a atenção não esteja apenas voltada para um dos pontos da relação portador de sofrimento psíquico – sociedade. Ainda são demandados grandes esforços para a desconstrução do estigma “louco” e para possibilitar o convívio social com a diferença. E esse talvez seja o maior dos conflitos sobre os quais a oficina pode se deter.

A abordagem de relações interpessoais parece ser facilitada por uma característica da oficina de futebol: ela envolve contatos físicos. Não é um privilégio apenas dessa atividade acompanhada. Na oficina de expressão corporal, diversas vezes o toque foi destacado como uma coisa importante e benéfica nas atividades da oficina, a saber, o reencontro com o corpo de outrem, o reencontro com o social e o acolhimento (acolhimento de seu sofrer), outro alguém promovendo o cuidado ao seu corpo-indivíduo. A elaboração de sentidos por parte dos usuários nessa oficina repetidamente esteve associada ao sentir-se bem durante e/ou após as atividades.

Com certa frequência os participantes da oficina de expressão corporal requisitam uma atividade de massagem. Ela é realizada em duplas onde um massageia as costas de outro utilizando bolinhas de borracha. A atividade procura, nas palavras do professor, explorar o relaxamento e a percepção corporal. Como de costume, ele pergunta ao final da atividade como haviam se sentido, o que haviam achado. Diversas foram as manifestações que ressaltaram a sensação de bem-estar de ser tocado (CAPS A, *Diário de campo*, em 18/10/07).

Outros aspectos podem ser visualizados como agregadores de função terapêutica para oficina. Muitas vezes é feito um resgate de hábitos desenvolvidos na infância, em momentos mais felizes ou de menor sofrimento, da vida dos usuários. “O futebol muitas vezes é um resgate de uma coisa boa que eles faziam” (Professor de educação física, CAPS C, *Diário de campo*, em 07/12/07). Outra característica da oficina é o reforço positivo promovido pelo professor, pelas estagiárias e até mesmo por colegas usuários: gols comemorados, jogadas e defesas elogiadas. A conquista de um ou mais gols costuma ser mencionada na roda final de conversa. Conquistas que parecem pequenas, mas que investem corpos de potência. O conflito migra então para um enfrentamento do discurso endereçado aos portadores de sofrimento psíquico que insiste em posicioná-los como incapazes. Em minhas observações escutei diversos relatos do tipo “minha família me chama de louca”, “dizem que não faço nada direito”, que despotencializam os usuários. As oficinas, pelo que pude observar durante a pesquisa de campo, parecem operar no caminho inverso.

\*

## QUINTA VINHETA

*A atividade de caminhada acontecia praticamente todas as manhãs da semana. A convocação acontecia na sala de convivência e a saída era pela porta da frente do CAPS. O pátio do CAPS não possibilitava o acesso diretamente para rua. Existia sim um portão, mas que permanecia sempre fechado. Era necessário, portanto, que se transitasse inicialmente por dentro do complexo hospitalar, cruzando corredores de ambulatórios lotados de usuários esperando atendimento. Foi uma das coisas que mais me chamou atenção, e tal aspecto foi reforçado por um suspiro de um usuário ao acessar o espaço dos estacionamentos. Pergunto a ele o que havia motivado o suspiro e ele diz que “era bom sair para rua”, que “era muito cansativo passar o dia entre as paredes do CAPS” e que “a presença de diversas pessoas esperando atendimento fazia dos corredores do hospital um ambiente pesado”. Quando o usuário saiu do prédio do hospital pareceu respirar outro ar. A caminhada prosseguia na maioria das vezes a um espaço arborizado, o que se mostrava como prazeroso para a maioria dos usuários (CAPS B, *Diário de campo*, em 08/10/07).*

Muitas das atividades que eram promovidas no CAPS B pelo professor ou pelo estagiário de educação física eram realizadas em ambientes externos ao CAPS, e algumas



vezes fora do complexo hospitalar ao qual ele estava vinculado. A oficina de tênis, por exemplo, acontecia em uma praça pública da cidade e a oficina de voleibol em um ginásio próximo. Investir em espaços fora do CAPS para prática de atividades agia como dispositivo de incentivo para circulação social dos usuários ao mesmo tempo em que convocava a sociedade a acolher o sofrimento psíquico, a conviver com a diferença.

A atividade diária de caminhada partia do CAPS e o deslocamento era, geralmente, até uma área arborizada, mas para chegar até lá, no entanto, boa parte da caminhada acontecia pelos corredores do hospital. Esse corredor pode ser visto de forma muito significativa ao acentuar a passagem entre o CAPS e a rua. O que acontece nesse entre-meio que é acentuado no trânsito pelo hospital? O que muda no ar que o usuário respira?

Um raciocínio semelhante pode ser vislumbrado, quando pergunto ao professor do CAPS C sobre os benefícios que ele via em realizar a oficina de futebol no parque em frente ao CAPS. Ele comenta: “sair do CAPS para o parque é sair do espaço onde a doença se destaca para um lugar comum a toda população. Aqui [CAPS] ficam, algumas vezes, sentados no ambiente com olhar parado e cabeça baixa. Quando saem para o parque o clima é outro, a postura outra” (Professor de educação física, CAPS C, *Diário de campo*, em 26/01/08). O professor diz, também, que nas atividades do parque, algumas vezes transeuntes agregam-se às atividades do futebol. Diz que se preocupa em explicar que a oficina é uma atividade voltada para usuários do CAPS e acredita que, desta forma, contribui para que as pessoas elaborem olhares menos estigmatizados sobre os portadores de sofrimento psíquico.

A realização das oficinas (de futebol, tênis e outras) fora do CAPS parece deslocar o sentido das atividades de “combater a doença/sofrimento” para “viver saúde”. Evidentemente, a realização de atividades externas não é privilégio de práticas relacionadas à educação física ou aos seus profissionais. No entanto, a necessidade, muitas vezes, de uma quadra de futebol ou de recursos físicos com os quais o CAPS não conta para a realização de algumas práticas corporais pode impulsionar a ocupação de outros espaços da cidade, de outros territórios de cuidado. Melhor ainda quando tal ocupação não ocorre por necessidade, e sim permeada por intuítos de promover a socialização de usuários, sua reinserção social, a potencial criação de novas redes de pertença e (re)estabelecimento de práticas corporais que lhes façam sentido.

Movimento é uma palavra muito utilizada para dar sentido aquilo que se faz em nome da educação física. Nas oficinas analisadas há um movimento dos usuários entre o CAPS e espaços fora dele, mas a discussão entre fora e dentro não se limita a espaços físicos. O próprio modelo de cuidado em saúde mental é mobilizado e a presença da educação física em CAPS parece contribuir para que isso ocorra. Nesse sentido, Richardson et al (2005, p.325)

afirmam que “intervenções de atividade física são um componente crítico de uma abordagem biopsicossocial na reorientação dos serviços de saúde mental”.

A reflexão sobre “dentro” e “fora” é muito significativa quando traçamos um paralelo com a discussão entre um modelo de cuidado manicomial, em que a reclusão dentro de um hospital psiquiátrico é uma prerrogativa, e um modelo psicossocial, em que o convívio social com a diferença é buscado para além da instituição terapêutica (fora). A proposta de “clínica ampliada”, defendida pela Reforma Psiquiátrica, já explorada brevemente antes, procura por romper com o *setting* terapêutico tradicional e por explorar os espaços das cidades no tratamento dos usuários de saúde mental. No “manual” que orienta as atividades dos CAPS consta:

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004a, p.14).

Cada CAPS, por sua vez, deve ter um projeto terapêutico do serviço, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais dos CAPS, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004a, p.16).

O CAPS tem como importante prerrogativa prestar cuidados buscando o “fora”, a reinserção social, a alta para a comunidade. As oficinas de práticas corporais nos CAPS acabam constituindo laços entre os participantes que vislumbram ali um espaço em que seu sofrimento é acolhido e as práticas que acabam se tornando prazerosas. Não devem estar voltadas, no entanto, para institucionalização dos usuários, e sim para sua reinserção social. E reinserção social não se limita à convivência com outras pessoas na oficina.

A oficina pode, então, constituir-se como uma interessante estratégia de ressocialização comunitária quando trabalha com práticas comuns à cultura corporal da comunidade que o usuário faz parte. A procura e exploração de espaços de esporte e lazer na cidade, de interação com grupos da comunidade que realizam alguma prática corporal, podem contribuir de forma muito rica para a reinserção social dos usuários dos serviços. Nesse ponto, o professor de educação física assume função de agente produtor de saúde no momento em que se constitui como agente integrador de redes sociais e culturais.

Se retomarmos a discussão feita no capítulo quatro sobre os relatórios das conferências nacionais de saúde mental, podemos observar o lazer e o esporte ganhando destaque como interessantes dispositivos na reinserção social dos portadores de sofrimento psíquico. Lá, no entanto, tais práticas são vislumbradas a partir da composição com *outras* políticas, de

políticas intersetoriais, ou seja, promovidas por estruturas não diretamente associadas à saúde mental. Isso permite questionar a presença de professores de educação física nos CAPS: será que, ao invés de participarem de uma oficina de futebol no CAPS os usuários não deveriam ser encaminhados para projetos sociais na comunidade?

A questão é bastante provocativa, mas não pode ser limitada às práticas de professores de educação física, afinal o propósito de intervenção de todas as profissões presentes no CAPS é (ou deveria ser) a reinserção social do usuário. O professor de educação física está no CAPS também como um mediador deste processo de reinserção e intervém terapêuticamente neste sentido. E a participação em práticas da comunidade não é simples. Certa vez, retornando para o CAPS C depois da oficina de futebol, pergunto ao professor sobre altas e encaminhamentos de usuários para outros dispositivos sociais, outros espaços onde pudessem jogar futebol. O professor diz “já tentei isso algumas vezes, mas acontecia de nesses grupos eles não serem bem aceitos, acontecer rechaço por parte dos outros participantes”. Retoma-se então a idéia de que saúde, doença, loucura, são elaboradas socialmente e que é preciso intervir não apenas com os usuários, mas também com a sociedade em geral para que se possibilite a desconstrução do estigma louco, a desinstitucionalização.

O movimento que a educação física promove entre o dentro e o fora da instituição age de forma muito significativa para os usuários, mas também para as próprias concepções acerca das práticas a serem desenvolvidas no CAPS. A educação física cobra o trânsito, a circulação, o movimento, e talvez isso seja uma de suas principais contribuições nesse serviço.

\*

## SEXTA VINHETA

*Durante a atividade de caminhada, conversava com o estagiário de educação física do CAPS. Em determinado momento, a conversa volta-se para a própria atividade que estava sendo desenvolvida e para os seus objetivos. Ele diz que a atividade é desenvolvida na idéia de cumprir as recomendações sobre a necessidade de realizar 30 minutos de atividade física diariamente (Estagiário de educação física, CAPS B, Diário de campo, em 23/07/07).*

A recomendação a qual se refere o estagiário tem sido amplamente divulgada, e acabou instituindo uma nova “ordem físico-sanitária” (FRAGA, 2005). Fraga aborda, em sua

tese de doutorado, como a disseminação de informações sobre os benefícios de uma vida fisicamente ativa e sobre os riscos do sedentarismo foram se tornando centrais para a promoção da saúde contemporânea. Programas como o “Agita São Paulo” difundem as recomendações sistematizadas pelos *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* e pelo *American College of Sports Medicine (ACSM)* de que a prática de 30 minutos diários de atividade física moderada contribui para prevenção de uma série de doenças crônico-degenerativas e obtenção de um bem-estar físico e mental (PATE et al, 1995). Nesse contexto, o sedentarismo torna-se um grande vilão a ser combatido, um fator de risco à saúde. Também nesse contexto, vemos despontar como principal finalidade da realização de atividades físicas a prevenção de doenças, em direta associação com os benefícios fisiológicos obtidos pela prática.

Quando a discussão passa por quais práticas o professor de educação física desenvolveria em CAPS dentro de sua especificidade, parece-me surgir um determinado paradoxo. Enquanto a Reforma Psiquiátrica, bem como a política proposta pelo CAPS, procura desconstruir a hegemonia biomédica no cuidado aos usuários em saúde mental, a nova “ordem físico-sanitária” (FRAGA, 2005) que tem permeado o trabalho com educação física, subordina-se justamente aos pressupostos biomédicos que a Reforma se propõe combater. A recomendação de praticar atividades físicas 30 minutos diariamente procura, essencialmente, os benefícios bio-fisiológicos para prevenção e tratamento de doenças crônico-degenerativas, pois sua relação com a saúde está centralizada no quanto se gasta de energia física para se movimentar e não no significado que essa movimentação corporal possa ter para quem a realiza (FRAGA, 2005).

As recomendações parecem importadas para o contexto do cuidado em saúde mental sob um olhar utilitarista das atividades físicas. Se retomarmos as pesquisas encontradas na parte de revisão de literatura, podemos perceber que muitas delas utilizam-se desse referencial para propor protocolos de investigação. As justificativas que procuram legitimar a importância de se incorporar a lógica dos 30 minutos de caminhada nos serviços que lidam com saúde mental podem ser encontradas em trabalhos que apontam a influência da atividade física moderada nos índices de recaptação da serotonina, por exemplo.

Pensar em uma educação física que emerge do CAPS, e não uma educação física imposta no CAPS, implica em lidar com os conflitos da saúde mental (atravessamentos de sua linha biofisiológica psiquiátrica) e com os conflitos da educação física (medicalização das práticas corporais) que muitas vezes permeiam a incorporação das funções terapêuticas do CAPS.

Outro ponto interessante para reflexão é que realizar 30 minutos de atividade física é uma recomendação para todos. Não é uma ação diretamente voltada para um cuidado especializado em saúde mental. Sua elaboração parece muito mais voltada para prevenção/manutenção de um corpo de conhecimento específico da educação física nos serviços de saúde do que com a saúde do usuário do CAPS. Contudo, parece que há um aproveitamento e apropriação das recomendações no sentido de identificar as ações terapêuticas de sua aplicação. Assim, realizam-se pesquisas experimentais na busca de possíveis melhoras em determinados quadros diagnósticos.

Neste sentido, cabe perguntar como se processa a implementação de práticas corporais no contexto da saúde mental:

- As atividades são instituídas levando previamente em consideração as especificidades e demandas do sofrimento psíquico em determinada comunidade?
- As atividades são instituídas a partir de protocolos buscando a elaboração de hábitos de vida saudáveis que previnam doenças crônico-degenerativas? Os ganhos no tratamento do sofrimento psíquico despontariam, então, como benefícios secundários?
- As práticas são desenvolvidas e, *a posteriori*, procura-se identificar algum potencial benefício que teve para o tratamento?

Um conceito que me parece chave para esta discussão é o de integralidade. Um cuidado integral em relação ao portador de sofrimento psíquico demanda que questões clínicas sejam levadas em consideração. Caminhar para prevenir problemas cardíacos converge com essa consideração. Mas será que, no espaço especializado em saúde mental do CAPS, é isso que confere sentido à presença da educação física? Ou seria um benefício/objetivo secundário? Será que a integralidade é respeitada quando adotamos um formato utilitarista de causa e efeito em que se buscam respostas bio-fisiológicas em determinada prática? Não se trata de renegar a caminhada como uma possível atividade do CAPS. Ela também pode incorporar códigos e funções desse serviço e elaborar uma abordagem psicossocial para sua prática. A questão da integralidade e da característica desse serviço especializado em saúde mental gira em torno de quais as dimensões do indivíduo se sobrepõem enquanto significantes para as práticas corporais.

É importante vislumbrar que o sofrimento psíquico não exime o indivíduo de outras patologias, nem se sobrepõe a elas. Procurar a integralidade no cuidado dos usuários de saúde mental não significa, no entanto, que os CAPS devam promover ações terapêuticas e preventivas sobre toda gama de potenciais enfermidades do indivíduo. É preciso ter certo cuidado para não confundir integralidade com a transformação do CAPS em uma instituição total que abarque todas as dimensões da vida de seus usuários. Se a principal finalidade de uma prática corporal é prevenir problemas cardíacos, será que ela deve estar no ambiente terapêutico especializado do CAPS? Ou será que é possível um cuidado integral através da composição com outros dispositivos da rede de saúde ou da rede social?

Há um corpo que sofre o “sofrimento psíquico” e sobre o qual se debruça uma clínica da integralidade. Por mais que se comente que é inconcebível uma dicotomia “corpo-mente”, o “corpo” ainda é marginal nas práticas em saúde mental em concepções que se afirmam psicossociais. O contrário acontece na clínica psiquiátrica que, muitas vezes, focaliza seu cuidado em repostas orgânicas obtidas pela medicação. Objetivos como, por exemplo, “consciência corporal”, “atenção a cada parte do corpo”, “percepção da imagem corporal”, “relaxamento”, “expressão de sentimentos através da linguagem verbal, corporal e gestual”, que orientam as oficinas de expressão corporal e dramatização do CAPS A contribuem para que visualizemos alguns avanços em direção à integralidade e à idéia de que as práticas da educação física possam ser “dispositivo” no cuidado em saúde mental também. Ela contribui para o estabelecimento de uma abordagem que não seja a de causa-efeito, mas que busca prestar um cuidado às demandas apresentadas pelos usuários no decorrer das práticas (como a briga com familiares acontecida no dia anterior).

Retomo a questão: por que nas produções científicas visualiza-se a educação física adotando um funcionamento medicalizado no contexto da saúde mental? Seria para experimentar-se enquanto profissão recente no cuidado em saúde mental? Talvez para buscar reconhecimento, empoderamento no campo da saúde, associando-se ao discurso médico-hegemônico na tentativa de fazer suas práticas um tanto quanto médicas? Será que desta forma desloca-se de um papel de figurante<sup>61</sup> para o de protagonista nas ações de cuidado em saúde? Ou seria justamente o contrário: a assunção de um papel submisso que nunca ultrapassa a posição de cuidado complementar? Aproveito outro acontecimento que ajuda a ilustrar esse ponto de tensão na relação entre educação física e saúde mental:

---

<sup>61</sup> “No cinema, o **figurante** é o personagem de um filme que não é fundamental para a trama principal e serve apenas como composição do cenário ou formação das personagens principais”. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Figurante>>. Acesso em 13/02/07.

*Um dos dias em que acompanhava a atividade de caminhada do CAPS B, uma usuária aproxima-se e diz “bom dia doutor”. Respondo “bom dia, mas não sou doutor, sou professor”. E ela procurando estabelecer uma diferenciação afirma: “ah é, o médico tem dicas prontas, o professor dá dica e a gente tenta fazer” (Diálogo com usuária do CAPS B, Diário de Campo, em 17/09/07).*

É freqüente o uso da denominação “doutor” dentro dos serviços de saúde mental para qualquer profissional. Parece uma designação de respeito e reconhecimento de uma posição de poder-saber. Ao confrontá-la, ela acaba realizando um exercício de diferenciação que converge com a noção de *outro*, já abordada em capítulos anteriores. Uma mudança de modelo de assistência que cobra o desenvolvimento de *outras* atividades para promover o cuidado. Parece-me que é justamente através do exercício do papel de professor que a educação física traz maiores contribuições para o contexto dos “doutores”.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dissertação não esteve voltada para uma verdade única. Isso seria muito incoerente com os referenciais adotados ou mesmo com a lógica da diversidade que embasa a Reforma Psiquiátrica. Também não teve a pretensão de esgotar as discussões acerca dos temas que a constituem. Cada uma das vinhetas, e dos capítulos ou seções que as antecedem, tranqüilamente poderiam compor projetos de pesquisa específicos sobre o que ali foi arrolado.

Como já foi destacado no decorrer da dissertação, a pesquisa não teve como objetivo investigar benefícios de uma determinada prática corporal ou de determinado programa de exercícios físicos. Ao determinar isso, afastou-se da principal característica das produções científicas que possibilitam relações entre a educação física e o campo da saúde mental. Na maioria dessas pesquisas, o termo educação física nem aparece, provavelmente pela associação que é feita entre ele e práticas escolares. Isto constituiu o primeiro grande entrave à minha investigação, pela dificuldade em acessar literatura acadêmica que contemplasse a questão norteadora da pesquisa. A relação estabelecida nos textos acessados é, predominantemente, entre um programa de exercícios e seus benefícios para pessoas com um determinado diagnóstico psiquiátrico. Por exemplo: exercícios e depressão; atividade física e transtorno de humor. Este entrave, no entanto, acabou revertido em favor da pesquisa ao permitir visualizar que a lógica preponderante nas produções científicas é bastante tecnicista. Elas propõem, por exemplo, que a prática de 30 minutos de caminhada resultaria conseqüentemente em tais e tais benefícios. Pesquisas que utilizam protocolos nesse sentido enriquecem a formação e a atuação de profissionais; contudo, o uso que se faz de seus resultados preocupa pela possibilidade de reduzir práticas à reprodução de programas de exercícios protocolados.

Enquanto a maioria das produções científicas acessadas aproximava-se de um discurso biomédico, minha pesquisa pretendeu um olhar que contemplasse perspectivas psicossociais, que abordasse a relação educação física e saúde mental a partir do contexto da Reforma Psiquiátrica que a interpela no CAPS. Elaborei a seguinte questão norteadora: “que sentidos circulam nos CAPS sobre a presença dos professores de educação física e sobre as práticas desenvolvidas por eles?”. Através dela procurei intensidades, pontos de tensão na relação entre educação física e saúde mental em documentos relacionados à Reforma Psiquiátrica e aos CAPS, e nas práticas dos serviços observados/acompanhados. Não houve a pretensão de elaborar um manual sobre o que deve fazer um professor de educação física no CAPS, e sim



de destacar pontos de tensão sobre o que se faz em nome da educação física nestes serviços especializados em saúde mental.

Um segundo entrave surgiu, no decorrer da pesquisa, associado à autorização por parte dos comitês de ética para a realização da pesquisa, que gerou um atraso considerável no início das observações de campo no CAPS B e no CAPS C. O atraso é gerado, primeiramente, pelo não aproveitamento do parecer favorável do comitê de ética da UFRGS e a exigência de nova submissão do projeto a outros comitês. Além disso, no CAPS B a liberação esbarrou em tensionamentos políticos originário dos embates no interior do próprio campo da saúde mental. O projeto é questionado, e vetado inicialmente, por sua identificação com a proposta de Reforma Psiquiátrica promovida pelo Ministério da Saúde. No CAPS C, a liberação ficou condicionada ao parecer do comitê de ética da Secretaria de Saúde. Contudo, o comitê havia sido dissolvido e a espera pelo início das observações arrastou-se por vários meses até que novo comitê fosse instituído.

Ao analisar os Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental, a legislação relativa ao campo e o “manual” elaborado pelo Ministério da Saúde para orientar as práticas nos CAPS pode-se constatar que a educação física aparece ali de forma muito tímida neles. Analisá-los foi, sobretudo, um exercício de procura por brechas. Entre os achados, é possível destacar as freqüentes reivindicações de equipes compostas multidisciplinarmente, inclusive de profissionais considerados *outros* que não os tradicionalmente associados ao campo. É nesse momento que o professor de educação física, apesar de não constituir um profissional obrigatório na composição das equipes, ganha espaço. A idéia de profissionais *outros* entra em consonância com *outro* modelo de cuidado pretendido pela Reforma Psiquiátrica, com o protagonismo de *outras* práticas de cuidado.

A lógica de elaboração de uma rede integral de cuidado extrapola a articulação entre serviços de saúde e convoca a necessidade de promover políticas intersetoriais. Práticas desportivas ou outras práticas corporais desenvolvidas em espaços *outros*, que não os serviços de saúde mental, aparecem como um enlace da educação física com os portadores de sofrimento psíquico. Geralmente esse enlace é pronunciado nos documentos abordados como uma forma de visualizar a reinserção social dos usuários de saúde mental. Apesar de sua riqueza potencial, a intersetorialidade não foi foco desta pesquisa, e aquilo que se faz em nome da educação física através dela (em outros dispositivos da cidade que não o CAPS), não é imediatamente o mesmo do que quando o professor compõe a equipe do CAPS.

Se tomarmos a Portaria nº336/GM de 2002 como base, o professor de educação física ganha espaço no CAPS por constituir “outro profissional necessário ao projeto terapêutico”.

Ele incorpora e é incorporado por um projeto político-terapêutico. Assume uma identidade de profissional de saúde mental sob a qual compõe suas práticas voltadas para o cuidado dos portadores de sofrimento psíquico. Algumas vezes essas práticas escapam a sua especificidade (como apontado no capítulo 5), mas é a partir de sua identidade de professor de educação física, de seu trato com componentes da cultura corporal, que este profissional pode vir a enriquecer as práticas no contexto dos CAPS.

Quando a discussão passa por quais práticas o professor de educação física desenvolveria em CAPS dentro de sua especificidade, parece-me surgir um determinado paradoxo. Enquanto a Reforma Psiquiátrica, bem como a política proposta pelo CAPS, procura desconstruir a hegemonia biomédica no cuidado aos usuários em saúde mental, a nova “ordem físico-sanitária” (FRAGA, 2005) que tem permeado o trabalho com educação física, subordina-se justamente aos pressupostos biomédicos. Para estabelecer uma crítica sobre esse paradoxo, e visualizar possibilidades de fuga, aproveitei um debate promovido acerca da relação entre educação física e escola para traçar a idéia de uma “educação física do CAPS” (que emerge) e não mais uma “educação física no CAPS” (que é imposta). Essa crítica se estrutura a partir do entendimento de que as práticas corporais não podem simplesmente ser transportadas para o interior do CAPS. É necessária uma apropriação de códigos e funções que compõem esses estabelecimentos.

O processo inverso também acontece e é, inclusive, pretendido pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. A presença da educação física nos serviços mobiliza os códigos e funções dos próprios serviços. Propicia interrogações sobre seriedade e brincadeira, sobre competição e cuidado tutelar, sobre disciplinamento e espelhamento, sobre como práticas institucionalizam ou voltam-se para o “fora” (convívio social), sobre integralidade e as especificidades das profissões. Enfim, sobre elementos que se desdobram desta relação entre educação física e saúde mental.

## 7. REFERÊNCIAS

AGGEGE, Soraya. Sem hospícios, morrem mais doentes mentais. **Jornal O GLOBO**, 09 dez. 2007. p.14.

AGGEGE, Soraya. O governo não quer saber de quem ouve vozes. **Jornal O GLOBO**, 09 dez. 2007. p.15.

ALVES, Miriam Cristiane; MALAVOLTA, Márcio de Almeida. Desconstruindo o manicômio mental no cotidiano da comunidade da Vila São Pedro. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales. **O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: DaCasa: Escola de Saúde Pública/RS, 2002. p.157-177.

ALVES, Miriam Cristiane; SEMINOTTI, Nédio Antônio. O pequeno grupo “oficina de capoeira” no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista Saúde e sociedade**, v.15, n.1, p.58-72, jan/abr. 2006.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992. p.73-84.

\_\_\_\_\_. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.11, n.3, p.491-494, jul/set. 1995.

AMARANTE, P.; TORRES, E. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. **Saúde Debate**, Manguinhos, v.25, p.26-34, 2001.

ANDREOLI, Sérgio Baxter et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p.836-844, mai/jun. 2004.

ARIDA, Ricardo Mario; CAVALHEIRO, Esper Abrão; SCORZA, Fulvio Alexandre. Atividade física 1 x 0 Transtornos mentais. Cartas aos editores. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.29, n.1, p.94-95. 2007.

ASSIS BRASIL, Maria Rita de. **Jornal O GLOBO**, p.6, 11 dez. 2007. Cartas dos leitores.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Saúde mental em pauta**. Disponível em: <<http://www.abpbrasil.org.br/noticias/exibNoticia/?not=548>> Acesso em: 20 dez. 2007.

ASSUNÇÃO, Sheila Seleri Marques; CORDÁS, Táki Athanássios; ARAÚJO, Luiz Armando Serra Barreto de. Atividade física e transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.34, n.6. 2007. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol29/n1/4.html>> Acesso em: 07 jan. 2008.

BARBANTI, Eliane Jany. Efeito da atividade física na qualidade de vida em pacientes com depressão e dependência química. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina, v.11, n.1, p.37-45. 2006.

BARRETO SOBRINHO, José de Oliveira. O esporte para pacientes de uma comunidade terapêutica psiquiátrica. **Comunidade Esportiva** (Publicação do Movimento Esporte para Todos), Rio de Janeiro, v.4, n.31/32, p.11-13, jul/out. 1984.

BATTAGLION NETO, Ângelo. **O conhecimento e a prática dos acadêmicos da Educação Física com atuação na Saúde Pública**. Ribeirão Preto: USP, 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BRACHT, Valter. Educação física: a busca da autonomia pedagógica. **Revista da Educação Física**, Maringá, v.1, n.1, p.28-33. 1989.

\_\_\_\_\_. **Educação Física e aprendizagem social**. Porto Alegre: Magister, 1992.

\_\_\_\_\_. Mas, afinal, o que estamos perguntando com a pergunta “o que é educação física”?. **Movimento**, Porto Alegre, p.I-VIII. 1995.

\_\_\_\_\_. Esporte na escola e esporte de rendimento. **Movimento**, Porto Alegre, n. 12, p. XIV-XXIV, jul. 2000.

BRASIL. **Constituição Federal**. 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CNS nº 58, de 18 de fevereiro de 2004. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física**.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de julho de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1174, de 07 de julho de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. **Saúde Mental em dados 3**, Brasília, Ministério da Saúde, Ano I, n.3, dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648, de 29 de março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº687, de 30 de março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Anexo 1. 2006. Disponível em:  
<[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687\\_2006\\_anexo1.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687_2006_anexo1.pdf)> Acesso em: 04 jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. **Saúde Mental em dados 4**, Brasília, Ministério da Saúde, Ano II, n.4, ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. BMJ Publishing Group. n.324, apr. 2002.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. BMJ Publishing Group. n.325, jul. 2002.

BROSE, Alisha L. et al. Exercise and the treatment of clinical depression in adults. **Sports Medicine**, v.32, n.12, p.741-760. 2002.

BROSNAHAN, Jennifer et al (2004). The relation between physical activity and mental health among Hispanic and non-hispanic white adolescents. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v.158, p.818-823, aug. 2004.

CAIS MENTAL CENTRO. **Revista do CAIS MENTAL CENTRO**: do Cais mental 8 ao Cais mental Centro. Porto Alegre, Ano I, n.1, nov. 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MEHRY, E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CAPARROZ, Francisco Eduardo. O esporte como conteúdo da educação física: uma “jogada desconcertante” que não “entorta” só nossas “colunas”, mas também nossos discursos. **Perspectivas em Educação Física Escolar**, Niterói, v.2, n.1 (suplemento). 2001.

\_\_\_\_\_. **Entre a educação física na escola e a educação física da escola**: a educação física como componente curricular. Campinas: Autores Associados, 2005.

CARVALHO, Yara Maria de. Educação Física e Saúde Coletiva: uma introdução. In: LUZ, Madel T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec, 2003.

COELHO, Emerson Filipino. **O efeito agudo dos exercícios físicos contra-resistência nos estados de humor**. Rio de Janeiro: UGF, 2003. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 2003.

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE. **O CBCE e as diretrizes curriculares da educação física**. Disponível em:  
<<http://www.cbce.org.br/br/acontece/materia.asp?id=34>> Acesso em: 30 jul. 2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986. Disponível em:  
<[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)> Acesso em: 09 jan. 2008.

CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório final**. Rio de Janeiro: [S. n.], 1987.

CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. Secretaria da Saúde. Rio Grande do Sul. **Legislação Federal e Estadual do SUS**. Porto Alegre, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **2007**: Ano da ginástica Laboral. 2007. Informativo.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução n° 324, de 25 de abril de 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 09 jul. 2006.

CORAZZA, Sandra Maria. Labirintos da pesquisa, diante dos ferrolhos. In: COSTA, Marisa Vorraber (org.). **Caminhos Investigativos: novos olhares na pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p.105-131.

CORBISIER, Claudia. A escuta da diferença na emergência psiquiátrica. In: BEZERRA JR, Benilton; AMARANTE, Paulo (orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.9-15.

COSTA, Alberto Martins. **Atividade física e a relação com a qualidade de vida, depressão e ansiedade em pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico**. Campinas: Unicamp, 2000. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

COSTA, Lamartine Pereira da. Uma questão ainda sem resposta: o que é educação física? **Movimento**, Porto Alegre, n. 13, p. I-XVIII, dez. 2000.

COUTINHO, Silvano da Silva. **Atividade física no Programa Saúde da Família, em municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná – Brasil**. Ribeirão Preto: USP, 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CRAFT, Lynette. PERNA, Frank M. The benefits of exercise for the clinically depressed. **Primare Care Journal Clinical Psychiatry**, v.6, n.3. p.104-111. 2004.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. 1990.

DIAS, Miriam Thais Guterres. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental**: uma análise a partir do Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro. Porto Alegre: PUCRS, 2007. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

**ESTAMIRA** (Documentário). Direção de Marcos Prado. Brasil, 2005. 115 min.

FAGUNDES, Sandra. Saúde mental coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. In: BEZERRA JR, Benilton; AMARANTE, Paulo (orgs.). **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.57-68.

FONSECA, Tânia Mara Galli. Modos de pesquisar, modos de subjetivar. In: FONSECA, Tânia Mara Galli; ENGELMAN, Selda; PERRONE, Cláudia Maria. **Rizomas da Reforma Psiquiátrica**. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007. p.19-28.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. **A história da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FRAGA, Alex Branco. **Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa**. Porto Alegre: UFRGS, 2005. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

FRAGA, Alex Branco. WACHS, Felipe (orgs.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

FURTADO, Juarez Pereira. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da Unidade de Reabilitação de Moradores ao CAPS Estação. In: HARARI, Angelina; VALENTINI, Willians (orgs.). **A Reforma Psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.37-58.

GAYA, Adroaldo. Mas, afinal, o que é educação física? **Movimento**, Porto Alegre, n.1, 1994.

\_\_\_\_\_. Sobre o esporte para crianças e jovens. **Movimento**, Porto Alegre, n.13, p.I-XIV, dez. 2000.

GODOY, Rossane Frizzo de. Benefícios do exercício físico sobre a área emocional. **Movimento**, Porto Alegre, v.8, n.2, p.7-16, maio/ago. 2002.

GOELLNER, Silvana Vilodre. O método francês e a educação física no Brasil: da caserna a escola. **Revista de Ciencia do Desporto dos Países de Língua Portuguesa**, Porto, v.1, n.2, p.51-58, jul/dez. 1993.

\_\_\_\_\_. O método francês e militarização da Educação Física na escola brasileira. In: **Pesquisa Histórica na Educação Física Brasileira**. Vitória: UFES, 1996. p.123-144.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOLÇALVES, Clézio José dos Santos. **Do Corpo que sente ao corpo que se comunica: atividades de sensibilização com portadores de sofrimento psíquico da Pensão Protegida Nova Vida da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre em aulas de Educação Física**. Porto Alegre: UFRGS, 1997. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

HERNANDEZ-REIF, Maria; FIELD, Tiffany; THIMAS, Eric. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: benefits from Tai Chi. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, v.5, n.2, p.120-123. 2001.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. Serviço de Educação Física. **Histórico**. 2004.

ILLICH, Iván. Nemesis Médica. In: ILLICH, Ivan. **Obras reunidas**. Vol.1. México: FCE, 2006. p.533-763.

\_\_\_\_\_. **Health as one's own responsibility – no thank you!** Disponível em: <[http://www.davidtinapple.com/illich/1990\\_health\\_responsibility.PDF](http://www.davidtinapple.com/illich/1990_health_responsibility.PDF)> Acesso em: 03 abr. 2007.

IBARZÁBAL, F. Dependencia del ejercicio. **Cuadrenos de Medicina Psicossomática y Psiquiatria de enlace**, n.71/72, p.24- 32. 2004.

KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin; GREEB, Jack. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, v.19, n.1, p.15-22, jan/abr. 2007.

\_\_\_\_\_. Pesquisa-intervenção na Infância e na adolescência. In: CASTRO, Lúcia Rabello. CORREA, Jane. BESSET, Vera Lopes. Rio de Janeiro, NAU (prelo).

KEILS, J.; FRIEDBERG, E. Chiropractic response. **Journal of bodywork and movement therapies**, p. 180-182, jul. 2000.

KIRST et al. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: FONSECA, Tânia Mara Galli; KIRST, Patrícia Gomes (orgs.). **Cartografias e devires: a construção do presente**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

KUNZ, Elenor. Esporte: Uma abordagem com a fenomenologia. **Movimento**, Porto Alegre, n. 12, p.XV-XXXV, dez. 2000.

KURITZA, Adriane Martinez; GONÇALVES, Andréa Krugüer. Atividade física orientada para pacientes depressivos: um novo olhar sobre o corpo. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.17, n.1, p.39-52. 2003.

LOURAU, René. Implicação-trasdução. In: ALTOÉ, Sonia (org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

LOURAU, René. Implicação: um novo paradigma? In: ALTOÉ, Sonia (org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

LOVISOLO, Hugo. Mas, afinal, o que é educação física?: a favor da mediação e contra radicalismos. **Movimento**, Porto Alegre, n.2, 1995.

\_\_\_\_\_. Mediações: esporte, rendimento e o esporte da escola. **Movimento**, Porto Alegre, n.15, p.107-118. 2001.

LUFT, Lya. **Perdas e ganhos**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

LUZ, Madel T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: Hucitec, 2003.



\_\_\_\_\_. O futuro do livro na avaliação dos programas de pós-graduação: uma cultura do livro seria necessária? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.18, p.631-636, set/dez. 2005.

\_\_\_\_\_. Prometeu Acorrentado: Análise sociológica da categoria produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.39- 57. 2005.

LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e tecno-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.20, p.281-98, jul/dez. 2006.

MAIRESSE, Denise; FONSECA, Tânia Mara Galli. Dizer, escutar, escrever: redes de tradução impressas na arte de cartografar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.7, n.2, p.111-116, jul/dez. 2002.

MAIRESSE, Denise. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: FONSECA, Tânia Mara Galli; KIRST, Patrícia Gomes (orgs.). **Cartografias e devires: a construção do presente**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

MATTOS, Aretuza Suzay; ANDRADE, Alexandro. LUFT; Caroline Di Bernardi. A contribuição da atividade física no tratamento da depressão. **http://www.efdeportes.com Revista Digital**, Buenos Aires, v.10, n.79, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd79/depres.htm>> Acesso em: 04 out. 2007.

MEYER, Dagmar Estermann; SOARES, Rosângela de Fátima. Modos de ver e de se movimentar pelos “caminhos” da pesquisa pós-estruturalista em Educação: o que podemos aprender com – e a partir de – um filme. In: COSTA, Marisa Vorraber; BUJES, Maria Isabel Edelweiss (orgs.). **Caminhos Investigativos III: riscos e possibilidades de pesquisar nas fronteiras**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

MOLINA NETO, Vicente. Etnografia: uma opção metodológica para alguns problemas de investigação no âmbito da Educação Física. In: MOLINA NETO, Vicente; TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva (orgs.). **A pesquisa qualitativa na educação física: alternativas metodológicas**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

MORAES et al. O exercício no tratamento da depressão em idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.29, n.1, p.70-75. 2007.

NABKASORN, Chanudda et al. Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. **European Journal of Public Health**, v.16, n.2, p.179-184, out. 2005.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.44-57, set/dez. 2004.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.1053-1062, maio. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Gráfica Brasil, 2001.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v.16, n.1, p.71-79, jan/abr. 2000.

PASSOS, Izabel Christina Friche. Cartografia da Publicação Brasileira em Saúde Mental: 1980 – 1996. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.19, n.3, p. 231-240, set/dez. 2003.

PATE, Russel et al. Physical Activity and Public Health: A Recommendation from Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, vol.273, n.5, p.402-407. 1995.

PAULIN, L. F. TURATO, E. R.: ‘Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970’. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, v.11, n.2, p.241-258, maio/ago. 2004.

PAULON, Simone Mainieri. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, v.17, n.3, p.18-25, set/dez. 2005.

PAULON, Simone Mainieri et al. Das múltiplas formas de habitar uma morada. A produção do cuidado em um serviço residencial terapêutico. **Revista Vivência**, Natal, n.32, p.119-137. 2007.

PELUSO, Marco Aurélio Monteiro. **Alterações de humor associadas a atividade física intensa.** São Paulo: USP, 2003. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

PELUSO, Marco Aurélio Monteiro; ANDRADE, Laura Helena Silveira Guerra Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. **Clinics**, v.60, n.1, p.61-70. 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Estadual nº 9.716, de 07 de agosto de 1992.

RIO GRANDE DO SUL. **Guia de serviços de saúde mental:** cuidar, sim; excluir, não. Porto Alegre, 2002.

RAGLIN, John S. Exercise and mental health: beneficial and detrimental effects. **Sports Medicine**, v.9, n.6, p.323-329. 1990.

RICHARDSON, Caroline R. et al. Integrating Physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. **Psychiatric Services**, v.56, n.3, p.324-331, mar. 2005.

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Kátia Faria de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.23, n.4, p.64-73. 2003

ROEDER, Maika Arno. **Atividade sensório-motora:** uma contribuição para a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais. Florianópolis: UFSC, 2001. Dissertação [Mestrado] - Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

\_\_\_\_\_. **Atividade física, saúde mental e qualidade de vida.** Rio de Janeiro: Shape, 2003.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental:** transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2006.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana; RISIO, C. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990. p.89-99.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. Saúde mental. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia & saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.403-420.

SHARMA, Ashish; MADAAN, Vishal; PETTY, Frederick. Exercise for mental health. **Primare Care Companion Journal Clinical Psychiatry**, v.8, n.2, p.106. 2006.

SILVA, Ana Márcia; DAMIANI, Iara Regina. **Práticas corporais.** Florianópolis: Nauembla Ciência & Arte: 2005.

SILVA, Ana Márcia. Corpo e epistemologia: algumas questões em torno da dualidade entre o social e o biológico. In: NÓBREGA, Terezinha Petrucia. **Epistemologia, saberes e práticas da educação física.** João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2006.

SIMERS. **Sindicato recebe relatos de dificuldades na saúde mental pelo SUS.** 2007. Disponível em: <<http://www.simers.org.br/relatedif.php>> Acesso em: 21 dez. 2007.

SIMERS. **Audiência Pública na AL comprova desassistência a pacientes psiquiátricos pelo SUS.** Disponível em: <<http://www.simers.org.br/audcompe.php>> Acesso em: 21 dez. 2007.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

SLOBODA, Rosangela. **Atividade física e esquizofrenia: percepção de pais ou responsáveis.** Florianópolis: UFSC, 2002. Dissertação [Mestrado] – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SOARES, Carmen Lúcia. **Educação física: raízes européias e Brasil.** Campinas: Autores Associados, 1994.

\_\_\_\_\_. Educação física escolar: conhecimento e especificidade. In: **Revista paulista de educação física,** São Paulo, suplemento 2, p. 6-12. 1996.

\_\_\_\_\_. **Imagens da educação no corpo:** estudo a partir da ginástica francesa no século XIX. Campinas: Autores Associados, 1998.

SOARES, Marcelo Ustra. **A atividade física como coadjuvante terapêutico no tratamento de mulheres depressivas:** uma análise de contexto. Santa Maria: UFSM, 1998. Dissertação [Mestrado] – Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1998.

STELLA, Florindo et al. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Motriz**, v.8, n.3, p.91-98. 2002.

STIGGER, Marco Paulo. Relações entre o esporte de rendimento e o esporte da escola. **Movimento**, Porto Alegre, n. 14, p. 67-86, dez. 2001.

TAFFAREL, Celi Nelza Zulke; ESCOBAR, Micheli Ortega. Mas, afinal, o que é educação física: um exemplo do simplismo intelectual. **Movimento**, Porto Alegre, n.1, 1994.

\_\_\_\_\_. Desporto educacional: realidade e possibilidades das políticas governamentais e das práticas pedagógicas nas escolas públicas. **Movimento**, Porto Alegre, n.13, p.XIV-XXI, dez. 2000.

TAKEDA, Osvaldo Hakio. **Contribuição da atividade física no tratamento do portador de transtorno mental grave e prolongado em Hospital-Dia**. São Paulo: USP, 2005. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

TAYLLOR, Barr. SALLIS, James. NEEDLE, Richard. The relation of physical activity and exercise to mental health. **Public Health Reports**, v.100, n.2, p.195-202, mar/abr. 1985.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde de Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.25-59, jan/abr. 2002.

TESSER, Charles Dalcane. Medicalização do social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno da saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun. 2006.

\_\_\_\_\_. Medicalização do social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.20, p.347-362, jul/dez. 2006.

TRALDI, Márcia Soares. **O que é o Centro de Atenção Psicossocial hoje?** Revendo um conceito e uma prática à luz das transformações estruturais contemporâneas. São Paulo: USP, 2006. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, v.39, n.3, p.507-514, 2005.

VAGO, Tarcísio Mauro. O “esporte na escola” e o “esporte da escola”: da negação radical para uma relação de tensão permanente – um diálogo com Valter Bracht. **Movimento**, Porto Alegre, n. 5, p. 4-17, 1996.

VIEIRA, José Luiz Lopes; PORCU, Mauro; ROCHA, Priscilla Garcia Marques da. A prática de exercícios físicos regulares como terapia complementar ao tratamento de mulheres com depressão. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.56, n1, p.23-28. 2007.

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.

WACHS, Felipe. MALAVOLTA, Márcio de Almeida. Pode ser a oficina de corporeidade uma alternativa terapêutica na saúde mental? **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.19, n.2, p.13-20, jul/dez. 2005.

WACHS, Felipe. MALAVOLTA, Márcio de Almeida. Oficina de corporeidade e a saúde mental. In: KAZI, Gregorio. **Subjetivaciones, clínicas, insurgencias**: 30 años de lucha. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo, 2007. p.205-212.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Mental Health and Substance Abuse. **Mental Health Atlas**. Geneva: WHO, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD: version 2007**. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> Acesso em: 12 mar. 2007.

## **8. APÊNDICES**

Apêndice A – Lista de CAPS da 1ª CRS do Rio Grande do Sul

Apêndice B – Listagem dos dias e atividades acompanhadas nos CAPS A, CAPS B e CAPS C

Apêndice C - Carta para serviços de saúde

Apêndice D - Termo de consentimento para usuários do CAPS A

Apêndice E – Termo de consentimento para professor de educação física do CAPS A

Apêndice F – Termo de consentimento para usuários do CAPS B

Apêndice G – Termo de consentimento para professor de educação física do CAPS B

Apêndice H - Termo de consentimento para usuários do CAPS C

Apêndice I - Termo de consentimento para professor de educação física do CAPS C

## Apêndice A – Lista de CAPS da 1ª CRS do Rio Grande do Sul

### MUNICÍPIOS da 1ª CRS

Alvorada, Araricá, Cachoeirinha, Campo Bom, Canoas, Dois Irmãos, Estância Velha, Esteio, Glorinha, Gravataí, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Portão, Porto Alegre, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, São Leopoldo, Sapiranga, Sapucaia do Sul, Viamão.

CAPSi = 4

CAPSad = 3

CAPS I = 2

CAPS II = 6

CAPS III = 0

TOTAL = 15 CAPS

CAPS II que tinham professores de educação física = 3 CAPS

\* Números referentes a meados de 2006.

\*\* Lembrando que CAPSad e CAPSi não constituem amostra.

## Apêndice B

Listagem dos dias e atividades acompanhadas nos CAPS A, CAPS B e CAPS C

CAPS A		CAPS B		CAPS C	
Dia	Atividade	Dia	Atividade	Dia	Atividade
05/10/06	RE	02/07/07	CA + OT	23/11/07	OF
23/11/06	OE	11/07/07	OV	30/11/07	OF
30/11/06	OE	16/07/07	CA + OT	07/12/07	OF
07/12/06	OE	23/07/07	CA + OT	14/12/07	OF
11/01/07	OE	30/07/07	CA + OT	21/12/07	OF
18/01/07	OE	08/08/07	OV	28/12/07	OF
25/01/07	OE	13/08/07	CA + OT	26/01/08	OF
22/02/07	OE	27/08/07	CA + OT		
01/03/07	OE	03/09/07	CA + OT		
08/03/07	OE	05/09/07	OV		
12/04/07	OE	10/09/07	CA + OT		
19/04/07	OE	17/09/07	CA + OT		
10/05/07	OE	01/10/07	CA + OT		
24/05/07	*	08/10/07	CA + OT		
31/05/07	OE	09/10/07	PE		
21/06/07	OE	17/10/07	OV		
05/07/07	OE	22/10/07	CA + OT		
19/07/07	OE	29/10/07	CA + OT		
27/07/07	OD	07/11/07	OV		
02/08/07	OE	26/11/07	CA + OT		
09/08/07	OE	03/12/07	CA		
30/08/07	OE				
06/09/07	OE				
27/09/07	OE				
04/10/07	OE				
18/10/07	OE				
19/10/07	OD				
23/10/07	OR				
01/11/07	OE				
06/11/07	OR				
09/11/07	OD				
06/12/07	RE				

CA – Caminhada

RE – Reunião de equipe

OD – Oficina de dramatização

OE – Oficina de expressão corporal

OF – Oficina de futebol

OR – Oficina Reconhecer a Rede

OT – Oficina de tênis

OV – Oficina de voleibol

PE – “*Personal trainer*”

\* Documentário *Estamira*



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DO MOVIMENTO HUMANO  
LINHA DE PESQUISA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO MOVIMENTO HUMANO

Porto Alegre, janeiro de 2007

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Venho, através desta, apresentar a minha proposta de pesquisa e submetê-la a sua apreciação.

Sou Felipe Wachs, graduado em Educação Física, Especialista em Pedagogias do Corpo e da Saúde, Especialista em Saúde Mental Coletiva e, atualmente, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Estamos em um momento histórico onde se implementa no Brasil serviços de saúde que se propõem substitutivos aos hospitais psiquiátricos e que têm como objetivo humanizar o cuidado em saúde mental. Parece-me fundamental que discussões acadêmicas e teóricas acompanhem a implementação de políticas públicas para que a Reforma Psiquiátrica concretize-se.

Meu projeto de mestrado, orientado pelo Professor Doutor Alex Branco Fraga, tem como objetivo discutir a inserção da Educação Física enquanto recurso terapêutico no cuidado em saúde mental. O foco da minha pesquisa centra-se na seguinte questão: de que modo as práticas corporais mobilizam componentes desinstitucionalizantes no cuidado em saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)?

Para dar conta dessa tarefa acadêmica, gostaria de acompanhar as atividades coordenadas pelo graduado em Educação Física no CAPS de sua cidade e, para tal, solicito permissão da respectiva coordenação do serviço. Ressalto que os procedimentos empregados na pesquisa respeitam os princípios éticos contidos na Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de 1996 e a legislação relativa à saúde mental.

Seguem em anexo o projeto de pesquisa com maiores detalhes e os termos de consentimento para os usuários e para os graduados em Educação Física.

Grato,  
Felipe Wachs  
Mestrando – Bolsista CNPq

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Título da pesquisa: “EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL: PRÁTICAS CORPORAIS COMO ALTERNATIVA DESINSTITUCIONALIZANTE EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)”
2. A pesquisa tem como objetivo problematizar o rompimento do CAPS com as práticas do hospital psiquiátrico a partir da participação de professores de educação física.
3. A pesquisa será desenvolvida por Felipe Wachs que acompanhará, como ouvinte, os encontros do grupo coordenado pelo professor de educação física do CAPS. Durante a observação, o pesquisador realizará anotações.
4. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso às anotações do pesquisador que estará, também, a disposição para esclarecimento de eventuais dúvidas pelos telefones (51) 8422.7867 e (51) 3316.5821.
5. As informações coletadas nas observações serão utilizadas para dissertação de mestrado do pesquisador na Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e elaboração de artigos. Nestes trabalhos não será utilizado seu nome verdadeiro, nem das pessoas citadas por você. Também não serão especificados o nome e cidade do serviço de saúde (CAPS). Os serviços serão apenas citados como participantes na introdução do trabalho.
6. Em qualquer momento da pesquisa você poderá desistir de sua participação. Caso for este seu desejo, não será feita nenhuma referência a manifestações suas no grupo.
7. Serão feitas duas cópias deste termo. Uma ficará com você e outra com o pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_, acredito ter sido esclarecido sobre a pesquisa e sobre o conteúdo deste termo. Concordo, voluntariamente, em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
GRADUADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA DO CAPS

1. Título da pesquisa: “EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL: PRÁTICAS CORPORAIS COMO ALTERNATIVA DESINSTITUCIONALIZANTE EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)”
2. A pesquisa tem como objetivo problematizar o rompimento do CAPS com as práticas do hospital psiquiátrico a partir da participação de professores de educação física. Esta discussão é de fundamental importância na conjuntura da Reforma Psiquiátrica que propõe o fim dos manicômios e a criação de serviços de saúde que os substituam. Entre os serviços que se propõem substitutivos está o CAPS.
3. A pesquisa referida está sendo desenvolvida pelo mestrando Felipe Wachs para o Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCM/UFRGS) e conta com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e do Centro de Desenvolvimento do Esporte Recreativo e do Lazer (Rede CEDES/UFRGS). O pesquisador acompanhará, como ouvinte, os encontros do grupo coordenado por você enquanto professor de educação física do CAPS. Durante a observação, o pesquisador realizará anotações.
4. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso às anotações do pesquisador que estará, também, a disposição para esclarecimento de eventuais dúvidas pelos telefones (51) 8422.7867 e (51) 3316.5821.
5. As informações coletadas nas observações serão utilizadas na dissertação de mestrado do pesquisador e na elaboração de artigos científicos. Nestes trabalhos não será utilizado seu nome verdadeiro, dos usuários ou das pessoas citadas por você. Também não serão especificados o nome e cidade do serviço de saúde (CAPS). Os serviços serão apenas citados como participantes na introdução do trabalho.
6. Em qualquer momento da pesquisa você poderá desistir de sua participação. Caso for este seu desejo, não será feita nenhuma referência a manifestações suas no grupo.
7. Serão feitas duas cópias deste termo. Uma ficará com você e outra com o pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_, acredito ter sido esclarecido sobre a pesquisa e sobre o conteúdo deste termo. Concordo, voluntariamente, em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do professor participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Título da pesquisa: "EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL: PRÁTICAS CORPORAIS COMO ALTERNATIVA DESINSTITUCIONALIZANTE EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)"
2. A pesquisa tem como objetivo discutir as práticas corporais promovidas por professores de Educação Física em CAPS.
3. A pesquisa será desenvolvida por Felipe Wachs que acompanhará, como ouvinte, os encontros do grupo coordenado pelo professor de educação física do CAPS. Durante a observação, o pesquisador realizará anotações.
4. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso às anotações do pesquisador que estará, também, a disposição para esclarecimento de eventuais dúvidas pelos telefones (51) 8422.7867 e (51) 3308.5821.
5. As informações coletadas nas observações serão utilizadas para dissertação de mestrado do pesquisador na Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e elaboração de artigos. Nestes trabalhos não será utilizado seu nome verdadeiro, nem das pessoas citadas por você. Também não serão especificados o nome e cidade do serviço de saúde (CAPS). Os serviços serão apenas citados como participantes na introdução do trabalho.
6. Em qualquer momento da pesquisa você poderá desistir de sua participação. Caso for este seu desejo, não será feita nenhuma referência a manifestações suas no grupo.
7. Serão feitas duas cópias deste termo. Uma ficará com você e outra com o pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_, acredito ter sido esclarecido sobre a pesquisa e sobre o conteúdo deste termo. Concordo, voluntariamente, em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_  
Data

HCPA / GPPG  
VERSÃO APROVADA  
19.10.2017  
W 07231

18 JUN 2017

07231



PPGCMH Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO CAPS

1. Título da pesquisa: "EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL: PRÁTICAS CORPORAIS COMO ALTERNATIVA DESINSTITUCIONALIZANTE EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)"
2. A pesquisa tem como objetivo discutir as práticas corporais promovidas por professores de Educação Física em CAPS.
3. A pesquisa referida está sendo desenvolvida pelo mestrando Felipe Wachs para o Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCM/UFRGS) e conta com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e do Centro de Desenvolvimento do Esporte Recreativo e do Lazer (Rede CEDES/UFRGS). O pesquisador acompanhará, como ouvinte, os encontros do grupo coordenado por você enquanto professor de educação física do CAPS. Durante a observação, o pesquisador realizará anotações.
4. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso às anotações do pesquisador que estará, também, a disposição para esclarecimento de eventuais dúvidas pelos telefones (51) 8422.7867 e (51) 3308.5821.
5. As informações coletadas nas observações serão utilizadas na dissertação de mestrado do pesquisador e na elaboração de artigos científicos. Nestes trabalhos não será utilizado seu nome verdadeiro, dos usuários ou das pessoas citadas por você. Também não serão especificados o nome e cidade do serviço de saúde (CAPS). Os serviços serão apenas citados como participantes na introdução do trabalho.
6. Em qualquer momento da pesquisa você poderá desistir de sua participação. Caso for este seu desejo, não será feita nenhuma referência a manifestações suas no grupo.
7. Serão feitas duas cópias deste termo. Uma ficará com você e outra com o pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_, acredito ter sido esclarecido sobre a pesquisa e sobre o conteúdo deste termo. Concordo, voluntariamente, em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do professor participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_  
Data

HCFA / GPPG  
VERSÃO APROVADA  
19/10/2007  
MC 07231

PPGCMH / UFRGS  
18 JUN 2007  
07231

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Título da pesquisa: “EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL: PRÁTICAS CORPORAIS COMO ALTERNATIVA DESINSTITUCIONALIZANTE EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)”

2. A pesquisa tem como objetivo pesquisar as atividades terapêuticas do CAPS a partir da participação de professores de educação física.

3. Sua participação na pesquisa é voluntária. Ela não proporciona nenhum tipo de benefício financeiro. Se você não quiser participar da pesquisa, isso não resultará em qualquer prejuízo no seu tratamento.

4. A pesquisa será desenvolvida por Felipe Wachs que acompanhará, como ouvinte, os encontros do grupo coordenado pelo professor de educação física do CAPS. Durante a observação, o pesquisador realizará anotações. Eventualmente você será convidado para responder uma entrevista.

5. A pesquisa conta com orientação do Professor Doutor Alex Branco Fraga.

6. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso às anotações do pesquisador que estará, também, a disposição para esclarecimento de eventuais dúvidas com os pesquisadores pelos telefones (51) 8422.7867 (Felipe) e (51) 3308.5821 (Alex). O Comitê de Ética da UFRGS pode ser contatado através do telefone 3308.4085 e o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre pode ser contatado através do telefone 3289.2784.

7. As informações coletadas nas observações serão utilizadas para dissertação de mestrado do pesquisador na Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e elaboração de artigos. Nestes trabalhos não será utilizado seu nome verdadeiro, nem das pessoas citadas por você. Também não serão especificados o nome e cidade do serviço de saúde (CAPS). Os serviços serão apenas citados como participantes na introdução do trabalho.

8. Em qualquer momento da pesquisa você poderá desistir de sua participação. Caso for este seu desejo, não será feita nenhuma referência a manifestações suas no grupo.

9. Serão feitas duas cópias deste termo. Uma ficará com você e outra com o pesquisador.

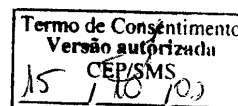
Eu, \_\_\_\_\_, acredito ter sido esclarecido sobre a pesquisa e sobre o conteúdo deste termo. Concordo, voluntariamente, em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_  
Data



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO CAPS

1. Título da pesquisa: “EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL: PRÁTICAS CORPORAIS COMO ALTERNATIVA DESINSTITUCIONALIZANTE EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)”
2. A pesquisa tem como objetivo problematizar o rompimento do CAPS com as práticas do hospital psiquiátrico a partir da participação de professores de educação física. Esta discussão é de fundamental importância na conjuntura da Reforma Psiquiátrica que propõe o fim dos manicômios e a criação de serviços de saúde que os substituam. Entre os serviços que se propõem substitutivos está o CAPS.
3. Sua participação na pesquisa é voluntária. Ela não proporciona nenhum tipo de benefício financeiro.
4. A pesquisa referida está sendo desenvolvida pelo mestrando Felipe Wachs para o Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCM/UFRGS) e conta com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e do Centro de Desenvolvimento do Esporte Recreativo e do Lazer (Rede CEDES/UFRGS). O pesquisador acompanhará, como ouvinte, os encontros do grupo coordenado por você enquanto professor de educação física do CAPS. Durante a observação, o pesquisador realizará anotações. Eventualmente você será convidado para responder uma entrevista.
5. A pesquisa conta com orientação do Professor Doutor Alex Branco Fraga.
6. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso às anotações do pesquisador que estará, também, a disposição para esclarecimento de eventuais dúvidas com os pesquisadores pelos telefones (51) 8422.7867 (Felipe) e (51) 3308.5821 (Alex). O Comitê de Ética da UFRGS pode ser contatado através do telefone 3308.4085 e o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre pode ser contatado através do telefone 3289.2784.
7. As informações coletadas nas observações serão utilizadas na dissertação de mestrado do pesquisador e na elaboração de artigos científicos. Nestes trabalhos não será utilizado seu nome verdadeiro, dos usuários ou das pessoas citadas por você. Também não serão especificados o nome e cidade do serviço de saúde (CAPS). Os serviços serão apenas citados como participantes na introdução do trabalho.
8. Em qualquer momento da pesquisa você poderá desistir de sua participação. Caso for este seu desejo, não será feita nenhuma referência a manifestações suas no grupo.
9. Serão feitas duas cópias deste termo. Uma ficará com você e outra com o pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_, acredito ter sido esclarecido sobre a pesquisa e sobre o conteúdo deste termo. Concordo, voluntariamente, em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do professor participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_  
Data

Termo de Consentimento  
Versão autorizada  
CEP/SMS  
15/10/07

## **9. ANEXOS**

Anexo A – Documento de aceite do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS

Anexo B – Documento de aceite do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA

Anexo C – Documento de aceite do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS da PMPA



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
**CARTA DE APROVAÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

**Número :** 2006648

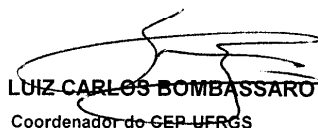
**Título :** Educação física e saúde mental: práticas corporais como alternativa desinstitucionalizante em centros de atenção psicossocial

**Pesquisador (es) :**

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
ALEX BRANCO FRAGA	PESQ RESPONSÁVEL	alexbf@cpovo.net	33165869
FELIPE WACHS	PESQUISADOR	fewachs@bol.com.br	

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 15 , ata nº 81 , de 11/01/2007 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, quinta-feira, 11 de janeiro de 2007



**LUIZ CARLOS BOMBASSARO**  
Coordenador do CEP-UFRGS



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**

**COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 07-231

**Versão do Projeto:** 17/05/2007

**Versão do TCLE:** 18/06/2007

**Pesquisadores:**

ALEX BRANCO FRAGA

FELIPE WACHS

**Título:** EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL: PRÁTICAS CORPORAIS COMO ALTERNATIVA DESSTITUCIONALIZANTE EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 19 de junho de 2007.



Profª Nadine Clausell

Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

**PARECER CONSUBSTANCIADO**

**Pesquisador (a) Responsável:** Alex Branco Fraga

**Equipe executora:**

**Registro do CEP:** 214 Processo Nº. 001.029727.07.3

**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde – Centro de Saúde IAPI

**Utilização:** TCLE

**Situação:** APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo Nº.001.029727.07.3, referente ao projeto de pesquisa: **“EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL: PRÁTICAS CORPORAIS COMO ALTERNATIVA DESINSTITUCIONALIZANTE EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS (CAPS)”** tendo como pesquisador responsável Alex Branco Fraga cujo objetivo é “Conhecer as práticas corporais dos profissionais de educação física nos CAPS e identificar o quanto estas reproduzem a concepção institucionalizante manicomial e o quanto elas contribuem para a desinstitucionalização da loucura”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE

Porto Alegre, 15/10/07

Elen Maria Borba  
Coordenadora do CEP