

# UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

---

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

LUIS CARLOS PANHO

## A FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA E O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

Porto Alegre

2013

**LUIS CARLOS PANHO**

**A FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA E O TRABALHO EM  
SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão do Curso de pós-graduação em Educação em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Professora: Rose Teresinha da  
Rocha Mayer

**Porto alegre  
2013**

## **RESUMO**

O presente trabalho foi realizado com o objetivo de identificar as principais competências do profissional de Educação Física para atuar em saúde mental. Aborda em seu referencial teórico, a saúde mental e os transtornos mentais trazendo um breve histórico e principais definições. A questão da formação em educação física bem como atividades desenvolvidas na área da saúde mental em instituições psiquiátricas e temas sobre saúde pública e coletiva, são conceitos que fundamentam o mesmo. Neste sentido, percebeu-se que saúde mental pode ser vista de formas diferentes e está relacionada com o contexto social e cultural e não somente com patologias diagnosticadas por instrumental médico. Constatou-se que conhecimentos sobre estas patologias e também sobre o sistema único de saúde e como este está organizado, bem como a lei da reforma psiquiátrica se fazem necessário para o profissional de Educação Física trabalhar nesta área.

Palavras chaves: Formação; Educação Física; Saúde mental.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	4
<b>2 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA</b> .....	5
2.1 EDUCAÇÃO FÍSICA .....	5
2.2. SAÚDE MENTAL .....	9
2.3 EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE MENTAL .....	20
<b>3 DESCONSTRUÇÃO E INVENÇÃO</b> .....	22
3. 1 INTERFACE EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL COLETIVA .....	22
3.2 INVENÇÕES: CAMPOS ABERTOS À PRODUÇÃO DE VIDA .....	26
<b>4 CONCLUSÕES</b> .....	28
<b>5 REFERÊNCIAS</b> .....	30

## 1- INTRODUÇÃO

A área da Educação Física sempre esteve ligada com a área da Saúde de um modo geral. Isto pode ser observado desde a época em que a Educação Física era ensinada por militares. Sua função era promover através de exercícios físicos o fortalecimento dos corpos, mas também disciplinar e procurar um padrão que se encaixa na sociedade. Desde lá se verifica que os padrões de beleza propostos pela sociedade são fatores que influenciam o modo de trabalho e a relação da Educação Física e sua área de atuação.

Nada me levava a pensar a educação física atuando na área de Saúde Mental. Durante um estágio em instituição psiquiátrica em que o serviço de educação física atuava há mais de trinta anos ocorreu o primeiro contato com este meio. Para Wachs (2007), não é obvio a proximidade desses campos, pois durante a formação acadêmica nada o remetia a imaginar a intervenção da Educação Física com pacientes psiquiátricos, ou indivíduos acometidos de transtorno mental. O que acontece é o incomodo de se aprender fazendo, característico dessa área.

Pensando na questão da participação cada vez mais efetiva do profissional de Educação Física na área da saúde e saúde mental, sendo que a Educação Física está cada vez mais inserida neste contexto, este trabalho teve como direção refletir sobre a aproximação desses campos saúde mental e educação Física, sistematizar desde as vivências ao aprendizado possíveis e as transformações mútuas percebidas desse encontro.

Este trabalho traz em seu referencial teórico dois capítulos. No primeiro é abordado à questão saúde mental e trazendo um breve histórico e suas principais características. No capítulo dois é tratado à questão da formação em Educação Física, bem como um histórico das atividades desenvolvidas na área da saúde mental e dentro de instituições psiquiátricas, sendo também abordado temas sobre saúde publica e saúde coletiva.

## 2. CONSTRUÇÃO HISTÓRICA

### 2.1 Educação Física

A busca por uma vida saudável é de interesse a todos os seres humanos. Há muito tempo essas preocupações estão presente em nosso cotidiano, porém ter uma vida saudável não significa apenas ter um corpo perfeito.

A questão de ser saudável ou ter saúde engloba um todo do ser humano, ou seja, a pessoa pode ter um corpo funcional e sofrer psiquicamente e vice-versa.

A causa para se experimentar sofrimento psíquico têm influência de vários fatores, sendo o contexto social no qual o sujeito está inserido de grande relevância para como ele vive e age em sociedade.

A formação em Educação Física dentro das instituições vem se aprimorando cada vez mais na busca de alicerçar os saberes desse profissional para as diferentes práticas. De acordo com Borges (1998), a Educação Física vem assumindo diferentes significados sociais nos últimos anos, mas, para muitos, continua sendo um mecanismo de preparação apenas para o corpo. Deve-se a isso o fato de que a educação física era ensinada primeiramente por instituições militares que também eram responsáveis pela formação de profissionais da área, diferenciando assim o professor de Educação Física dos demais professores de outras áreas.

Depois de muitas discussões sobre este assunto ocorreram algumas importantes mudanças sobre o que trata das atividades relativas à Educação Física e sua real importância dentro das diversas áreas de atuação

A formação acadêmica teve uma mudança significativa após a criação dos cursos de licenciatura em Educação Física que a partir de 2002, prepara o docente para atuar em escolas, diferenciando-o do curso de bacharelado que tem sua formação voltada para atuação em clubes, academias, clínicas de reabilitação, hospitais, entre outros campos possíveis. Fica claro que há uma diferenciação no campo de conhecimentos, um na área escolar e outro não escolar. A própria formação do profissional traz esta possibilidade sobre a atuação do professor licenciado que tem sua preparação e habilitação para trabalhar em escolas e o de bacharel em educação física que seria tratado como técnico, focando seu trabalho em clubes e academias e para a preparação de atletas alto rendimento.

Segundo Taffarel (1993):

Em um amplo espectro, ainda não muito bem delineado, encontram-se tanto os que defendem a educação física na perspectiva da saúde, como os que questionam este papel e buscam explicações dentro de perspectivas sociológicas, psicopedagógicas, além daqueles que buscam compreender a educação física como componente da cultura corporal esportiva. (TAFFAREL, 1993, p. 36).

A construção do conceito de atividade física e saúde não acontecem por acaso, está presente entre profissionais da área e pesquisadores, e já faz parte do cotidiano das pessoas de um modo geral. Deve-se isso grande parte à mídia que promove o esporte fazendo com que cada vez mais, as pessoas procurem inserir essa prática no seu cotidiano. Esse fato poderia ser visto de modo apenas positivo não houvesse muitas vezes uma ligação forte com o mercado de consumo, levando as pessoas a desenvolver um conceito equivocado de saúde, ou seja: Para conseguir ser saudável tenho que consumir determinado produto e seguir as tendências. Assim, as pessoas em geral deixam-se manipular para obtenção de saúde, tendo esta apenas como ausência de doença, visualizando apenas o corpo esteticamente perfeito e moldado através da prática de exercícios físicos elaborados de maneira sistemática exclusivamente para esse fim.

O ser humano não é dividido em partes. Ambos, corpo e mente, estão interligados. A saúde pode ser vista de uma maneira global, e a prática de qualquer modalidade de exercício físico ou atividade física, deveria promover a melhora não só na parte corporal, mas tem grande influência na parte afetiva, cognitiva e também social, contribuindo assim para um desenvolvimento mais humano.

O profissional que atua nesta área tem que compreender que sua formação o qualifica ou deveria qualificá-lo, para entender que este profissional tem um papel fundamental dentro da sociedade, pois seu campo de atuação abrange o ser humano desde sua infância na escola e está presente até a terceira idade. Sua preocupação não pode estar focada somente em trazer benefícios para o corpo, pois o exercício físico e a atividade física é um meio de interação do ser humano com ele mesmo e com as outras pessoas, sendo também parte da própria sobrevivência humana, ligado intimamente com o desenvolvimento social e cultural de diferentes sociedades.

De acordo com Santin (1987):

Com esta compreensão do movimento humano a educação física passa a ver o homem como um todo. Os exercícios, chamados físicos, não são simplesmente físicos, mas são exercícios humanos. Em nenhum momento o homem age separadamente. Assim, o gesto corporal é também espiritual ou psíquico. A vida é um movimento constante. É o movimento da vida que deve tornar-se o centro da educação física. Reduzir o movimento do homem aos exercícios físicos é reduzi-lo a extrema pobreza, a miséria. Neste espaço, penso eu, é urgente que a educação física passe a investir seus maiores esforços. (SANTIN, 1987, p.63).

A questão da formação dos cursos de graduação em Educação Física seja licenciatura ou bacharelado tem em seu currículo disciplinas voltadas para a prática esportiva, cultura do corpo, mas está longe de ser apenas uma prática voltada apenas para jogos ou exercícios físicos, sua abrangência vai muito além, atingindo aspectos da anatomia, fisiologia, esquema corporal, motricidade, bioquímica, nutrição, recreação e socialização. Segundo (BRACHT 1992 p. 12), “Demarcam-se posições diferenciadas, cada vez mais explicitadas, nas discussões sobre as funções sociais da Educação Física, sua legitimidade e sua autonomia.”.

A Educação Física, através do movimento, propõe uma interação do ser humano com a natureza e com as outras pessoas. São enfatizados valores múltiplos que vão desde o desenvolvimento físico, social e mental, atingindo a conscientização de valores morais, como o respeito e o trabalho em grupo.

Desde a antiguidade o movimento humano realizado para o trabalho manual já promovia uma interação social. “O movimento humano não pode ser limitado a um conjunto de articulações e de forças. Ele precisa ser compreendido no contexto de todas as dimensões humanas” (SANTIN 1987, p. 63).

Atualmente, a cultura física implica, fundamentalmente, exercícios físicos, atividades corporais culturalmente estruturadas, que no sentido educativo, utilitário profissional, atlético ou lúdico, se volta para o corpo humano na perspectiva de manter ou melhorar a condição física e mental dos indivíduos, tratando do corpo em situações de “normalidade” corporal, tratando com pessoas consideradas saudáveis. E que, também, salvo no caso de atividades profissionais, não visem à obtenção de benefícios pecuniários imediatos, e não impliquem atividades produtivas. (PEREIRA, 1988).

A cultura física, também salvo as exceções, caracteriza-se por ser um acontecimento de tempo livre, uma prática cultural espontânea, ainda que se leve em conta as induções culturais do ambiente social. (PEREIRA, 1988).



No caso de pessoas internadas em hospitais ou portadores de doenças crônicas, essa prática cultural espontânea, comum às pessoas “saudáveis”, não acontecem e necessitam da intervenção de um profissional de Educação Física que deve estar preparado para atuar com essa população. A Educação Física trabalha a intencionalidade do movimento, não sendo este apenas uma forma de expressão, mas uma fonte inexplorada de simbologias que lhe confere uma grandeza ilimitada. (SANTIN 1987).

O profissional precisa atuar de maneira efetiva, para que as pessoas sejam estimuladas e percebam a importância do exercício físico na melhora da qualidade de vida com um todo, na parte corporal e mental..

O exercício físico, a atividade corporal, é o meio de interação do ser humano com a natureza, com as outras pessoas, enfim, com a vida. Para a própria sobrevivência humana, o movimento, as atividades físicas, o desenvolvimento corporal foi, e é fundamental. (Pereira, 1988).

Quando um sujeito sofre de qualquer alteração seja fisiológica ou psicológica, as atividades antes realizadas e que possuíam significado social ou mesmo corporal, muitas vezes sem ele perceber, deixam de ter importância em sua vida, o que acaba trazendo um maior prejuízo. Porém, ainda que exista uma cultura física voltada para o corpo saudável, a Educação Física é sabidamente indicada na terapia e educação de excepcionais, para pessoas com comprometimento de desenvolvimento mental e físico. (PEREIRA, 1998).

Todos os indivíduos devem ter acesso a uma Educação Física de qualidade com profissionais qualificados e que possam promover a saúde de uma forma global, ou seja, pensando o ser humano como um todo. Cabe também à Educação Física contemplar não somente as pessoas consideradas “saudáveis” e sim também portadores das mais diversas deficiências físicas ou mentais, oportunizando a todos uma completa participação social.

Segundo Araújo (1998):

O exercício efetivo dos direitos de todo homem depende em grande parte das chances oferecidas a cada um de desenvolver e preservar, livremente, seus meios físicos, intelectuais e morais. (ARAÚJO, 1998, p. 26).

Partindo desta compreensão sobre a prática dos exercícios físicos, podemos perceber que esta atividade é de grande importância para a reabilitação não

somente corporal, mas também social e que influencia na melhora de qualidade de vida de todas as pessoas que aderem a esta prática. Percebe-se também a importância desta atividade específica realizada com pacientes internos de instituições psiquiátricas e como o professor de Educação física está cada vez mais inserido na equipe de saúde mental, realizando um trabalho extremamente importante com forte atuação junto à equipe multidisciplinar.

O profissional de Educação Física tem na sua formação, especificidades que preparam ou poderiam prepará-lo para o trabalho com pessoas portadoras de deficiências. A Educação Física traz conhecimentos, métodos e técnicas voltadas para o atendimento a essas pessoas, pois aborda princípios sociológicos com abordagens em neurofisiologia, fisiologia do exercício, cinesiologia, psicomotricidade e princípios psicobiológicos, desenvolvendo teoria e prática específica para atuação nesse segmento, dando plena condição, pelo menos em tese, para o profissional de Educação Física atuar efetivamente na recuperação do paciente com deficiência física e também em saúde mental.

Contudo ao entrar nesta área, o profissional tem que se reinventar a cada dia, e assim junto com equipe multidisciplinar conseguir realizar um atendimento efetivo ao usuário.

## 2.2 SAÚDE MENTAL

Este capítulo reporta-se aos conhecimentos e proposições históricas desde o campo da saúde mental. Sua referência situa-se ainda na concepção da saúde como ausência de doença. Contudo, considerou-se importante sua exposição em função da direção escolhida nesta formulação.

De acordo com Roeder (2003), há muito tempo que o ser humano busca explicações para comportamentos diferentes daquele que é considerado normal a seu meio. Para entendermos um pouco sobre a construção desde a qual saúde mental era compreendida como sinônimo de psiquiatria, reduzida a esse saber.

Acreditava-se primitivamente que a pessoa que se comportava diferente dos demais do seu meio é porque sua alma havia sido removida, e esta só ficaria boa quando esta retornasse. Também se acreditava em maus espíritos, ou poderes mágicos ou sobre naturais, sendo que a cura envolvia rituais de exorcismo,

consistindo em espancamentos brutais, inanição ou torturas. Acreditava-se também em feitiçaria, desequilíbrio visto a quebra de tabu ou pecado contra outro indivíduo ou Deus. Essas pessoas muitas vezes eram queimadas na fogueira (Holmes, 1997).

Segundo Foucault (1978), na antiguidade Hipócrates associava a ideia de doença a irregularidades de líquidos no corpo: sangue, bÍlis, fleimão; chamando-os de humores, associando cada um deles a um temperamento. Foi pioneiro ao tentar libertar a medicina dos rituais mágicos. Classificou as doenças em: melancolia, psicose pós-parto, fobias, delirium tóxico, demência senil e histeria. O tratamento consistia na indução de vômito e diarreia com potentes drogas catárticas.

Na Espanha, frei São João de Deus mostrou que o doente mental era um ser humano e foi quem criou os primeiros asilos. Na França, São Vicente de Paula contribuiu para a criação dos primeiros hospitais psiquiátricos. Em Londres, no ano de 1537, foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico com o nome de Bethlehem, depois conhecido por Bedhen. Desde que se começou a considerar a humanidade até então questionada de sociedade aceitou não mais a resolução pela morte. Contudo, tratar era cárcere, pois eram presos em masmorras, calabouços e prisões, embora a maioria morresse devido às condições e aos maus tratos. Reis tinha seus loucos para diverti-los, os quais passeavam em Paris dentro de gaiolas..

Assim, de acordo com Ribeiro (1996), no período de 500 a 1400 D.C, o predomínio era do sobrenatural e da feitiçaria. Na comunidade europeia as pessoas com transtornos eram colocadas em embarcações a vela com pouca orientação para buscar sua racionalidade, daí a expressão, nau dos insensatos. Nesse período, no Oriente Médio e nos países islâmicos, começava-se a acreditar que as pessoas estavam realmente doentes, originando as primeiras unidades especiais em hospitais gerais para atendimento a esses doentes.

De acordo com Melo e Souza (1987), no Renascimento a loucura toma dimensão da crítica sábia e também, defendem a ideia da loucura como a aproximação do demônio. Neste contexto estão os processos eclesiásticos contra feiticeiras e suas supostas relações com o diabo. Religiosos afirmavam a semelhança entre loucura, feitiçaria e heresia. Os maus tratos e a negligência que aconteciam nos primeiros hospícios permaneceram como uma nódoa na história da humanidade. Entretanto, de acordo com Roeder (2003), em 1792 Philippe Pinel foi o pioneiro no tratamento humanitário dos doentes mentais. Chamado de tratamento

moral, pela primeira vez os ditos loucos foram tratados sem utilização de algemas. Ele procurou fundar novos métodos de tratamentos, preocupado com a qualidade moral, higiene e alimentação. Foi a partir dessa época que a psiquiatria tornou-se um ramo da medicina. Pinel fundamentava a alienação mental como sendo um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso e definia o cérebro com sede da mente, onde se manifestava a loucura. Dividiu os sintomas em mania, melancolia, demência e idiotismo.

Por volta de 1830, começou um movimento para construção de hospitais públicos apropriados, pois até esse momento o atendimento aos doentes era feito em instituições em áreas rurais, uma vez que se acreditava que o ambiente tranquilo e arborizado exercia grande poder terapêutico, além do fato de que, por ser distante das cidades, protegia a sociedade. Os pacientes internados ali trabalhavam desenvolvendo várias funções, (lavanderia, horta, oficina de costura, etc.). Para muitos esse trabalho era terapêutico, pois significava um aumento da autoestima e a possibilidade de convívio em um trabalho em grupo. O ponto negativo era a institucionalização, pois dentro desses locais o paciente perdia o contato com o mundo e com suas famílias, desligava-se do convívio social, ao viver nesses locais o resto de suas vidas.

Segundo Ribeiro (1996), o primeiro manual autêntico sobre transtornos psiquiátricos foi publicado em 1845. Pela primeira vez a Saúde Mental era discutida de forma paralela a outras doenças. Em 1873 surge a primeira enfermeira psiquiátrica, Linda Richard, quem criou a primeira escola de enfermagem psiquiátrica centrada nos cuidados dos pacientes asilados. Em 1900, Emil Kraepelin faz uma classificação das doenças mentais, com base em observações e registros clínicos. Neste período, Sigmund Freud começou a expor suas teorias sobre o inconsciente e como explorá-lo, e desenvolveu a teoria psicanalítica. Entre outras terapias situa-se também desenvolvidas a insulino-terapia, a terapia de eletro choque, a injeção intravenosa rápida de clorpromazina e a lobotomia. Em 1949 surgiu o lítio e em 1952 ocorreu à grande revolução na assistência psiquiátrica: os laboratórios sintetizaram a clorpromazina. Surgiu ai uma nova esperança para a doença mental, a atitude em sua relação passa a ser positiva, pois doentes considerados crônicos tiveram uma melhora em seu quadro e como consequência uma melhor qualidade de vida.

Os hospitais psiquiátricos surgiram no Brasil no final do século XIX sob forte influência da psiquiatria francesa, além disso, após a segunda guerra mundial, os Estados Unidos passaram a exercer poder sobre o mundo capitalista, permitindo a expansão do seu modelo de assistência sanitária chamado de hospitalocêntrico, e influenciou o campo da saúde e da saúde mental no Brasil (Dias, 2007).

O primeiro hospital psiquiátrico brasileiro foi o Asilo Pedro II, no Rio de Janeiro, fundado em 1853.

Aparece a possibilidade do tratamento do doente em casa. Criam-se ambulatorios, muda-se a arquitetura hospitalar, sem grades ou quartos fortes.

O tratamento psicoterápico atendeu um número maior de doentes, houve também nessa época a criação e a manutenção de um ambiente terapêutico nas instituições, humanizando a assistência.

Na década de 60 iniciou-se ainda o movimento da antipsiquiatria, surgido na Inglaterra. Tratava-se de uma proposta de reformulação de assistência psiquiátrica a partir de questionamentos sobre a doença mental. Perguntava-se o porquê da psiquiatria considerar a esquizofrenia como doença, já que na sua visão, este tratamento não obtinha êxito, além de denunciar a violência com que a psiquiatria lidava com a esquizofrenia.

Utilizando o modelo de comunidade terapêutica e considerando a loucura como fato social, político, e até mesmo como uma experiência de libertação, considerava a família a chave neste processo, e a loucura como fruto da reação de um desequilíbrio familiar, que tinha apenas a modificação da realidade social como saída possível (RIBEIRO, 1996).

Ao contrário da antipsiquiatria, a psiquiatria Italiana, que teve como criador Franco Basaglia, não negava a existência da doença mental, mas propunha uma maneira mais ampla de lidar-se com ela. Argumentando que a pessoa, ao ser classificada como doente mental perdia todas as suas outras referências sociais, profissionais e culturais.

Ele preconizava que o tratamento devia acontecer na comunidade, desprezando, portanto, a finalidade terapêutica do hospital psiquiátrico.

Criaram-se centros de saúde, espaços abertos de atendimento em saúde mental que funcionavam 24 horas por dia, estruturas residenciais, e cooperativas de trabalho para o exercício da inserção social. Nos anos 70 no período da ditadura surge o movimento pela reforma psiquiátrica.

A história da Reforma Psiquiátrica, no Rio Grande do Sul, e as ações em saúde mental relacionam-se diretamente com a história do Hospital Psiquiátrico São Pedro, inaugurado em 1884 com o nome de Hospício São Pedro de Porto Alegre, sendo principal local para tratamento terapêutico para a doença mental do estado no último século.

Segundo Cheuiche (2004), historiador de Serviço de Memória e Cultura do Hospital São Pedro, a criação desta instituição fez parte do processo de saneamento social da cidade de Porto Alegre. Originalmente foi chamado de Hospício São Pedro, nome dado em homenagem ao padroeiro da Província de São Pedro. Foi a primeira instituição psiquiátrica de Porto Alegre, fundada em 13 de maio de 1874 e inaugurada 10 anos depois no dia 29 de junho de 1884, sendo o sexto Hospício (local destinado ao acolhimento de doentes pobres e incuráveis) implantado no Brasil. A construção do hospital deu-se em razão da alta demanda de doentes e da falta de capacidade de atendimento e acomodações que era realizado pela Santa Casa de Porto Alegre, que abrigava em seus porões os chamados alienados da cidade.

Atualmente, sem mais problemas de superlotação, o Hospital Psiquiátrico São Pedro ainda mantém sua função social, mesmo após a consolidação da Lei da Reforma Psiquiátrica que exige a diminuição dos leitos psiquiátricos de uma forma progressiva nestas instituições. Hoje em dia, o hospital conta com leitos para atender pessoas em situação aguda ou de crise que necessitem de internações breves, contando para seu atendimento com unidades específicas para adultos masculinos, adultos femininos, crianças e adolescentes e para dependência de uso de substâncias psicoativas. Atende indivíduos da capital, mas a maioria de seus usuários provém do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Além disso, o complexo do Hospital São Pedro fornece asilo para usuários crônicos, moradores que estão internados há muitos anos, tendo esse local como moradia e convívio social, são a prova viva da época que a instituição era a única forma de atendimento em saúde mental. A área de 13,9 hectares do complexo está tombada pelos poderes públicos, estadual e municipal.

A antipsiquiatria Italiana apresentou-se como uma grande fonte de influência no Brasil, inspirando algumas experiências importantes, como a desenvolvida na cidade de Santos, (AMARANTE, 2003).

Este foi um dos marcos para uma mudança de paradigma que pode ser situada em seu primeiro momento na transição e perda da doença mental para a saúde mental, a noção de transtorno que se movimenta para a visão de episódios, da psiquiatria como disciplina organizadora para a interação dos saberes na busca da interdisciplinaridade e principalmente a ênfase para o cuidado e liberdade.

No final da década de 1970, observou-se um movimento em direção a internações mais breves e maiores usos de programas alternativos nos tratamentos (AMARANTE, 2003).

A observação de pacientes esquizofrênicos há muito tempo sendo tratados da mesma maneira dentro dos hospitais psiquiátricos, com poucos contatos sociais, dependentes de subsídios do governo ou familiares sem melhora mostrou que o foco não deveria ser a cura, e sim a condição de vida. Aqui se verifica outras influências determinantes da internação com o período da reforma sanitária: a qualidade de vida é a construção mais viável que a perspectiva da ausência de doença, a saúde é produção social, dever do estado e direito de todos, todos são usuários do sistema único de saúde.

Para isso acontecer os familiares deveriam conhecer melhor a natureza da doença de seus parentes e assim poder compreender o tratamento, lidar com a situação e poder ajudar durante os períodos de crises mais acentuadas. (ROEDER, 2003).

A reabilitação passou a ser a ênfase do tratamento, as internações passaram a ser por curtos períodos, foram criados residenciais terapêuticos, nas quais os pacientes viviam e realizavam atividades diárias supervisionadas por profissionais de saúde mental. (PITTA, 2001).

A internação passa a ser considerada apenas como uma das etapas do tratamento, quando esgotadas todas as alternativas extra-hospitalares. Os hospitais-dia ou os hospitais noite tiveram grande influência positiva no tratamento. Nesta rede de serviços os pacientes se tratavam e retornavam para as suas casas com seus familiares. Havia terapia de grupos, treinamento de habilidades sociais, reabilitação vocacional, atividades recreativas e outras atividades alternativas, tendo com objetivo reintegrar o paciente ao convívio social. (ROEDER, 2003).

Desde que foram adotados tratamentos alternativos a qualidade de vida de muitos pacientes esquizofrênicos vem melhorando desde o fim do século passado. O serviço considerado essencial tem crescido ao longo dos anos tanto em

quantidade, como em qualidade. O resultado é que menos usuários têm permanecido em instituições de tratamento crônico. Assim, são criadas as cooperativas de trabalho, com o intuito de construir possibilidades de inserção social. Essas cooperativas configuram-se em espaços de produção artística, intelectual e de prestação de serviços, assumindo importante papel dentro das comunidades.

“Dessa maneira, o tratamento passou a levar em consideração o ser como um todo; “o corpo que não era levado em consideração para a cura da mente, constituiu-se em importante instrumento de libertação”, não sendo possível desconsiderá-lo na proposição do cuidado. (ROEDER, 2003, p. 27).

No ano de 1989 teve o início do processo de desinstitucionalização, sendo que em 1990 foi escrita a carta dos direitos dos doentes mentais. Em 1992 o Rio Grande Do Sul é o primeiro estado Brasileiro a aprovar a Lei da Reforma Psiquiátrica que determinou a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental. Regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico foram apresentadas especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias.

Problemas relacionados a traumas ou uso de substâncias estão relacionadas a modos de existência que podem implicar sofrimento, porém é a impossibilidade de acesso, condição de vida, expressão, cidadania e protagonismo que parecem determinar esse sofrimento.

Drogas lícitas ou ilícitas também pode ser fator determinante para o desenvolvimento de doenças relacionadas com a saúde mental. Em todos os casos é necessário um acompanhamento profissional e tratamento

Dado a complexidade e a relevância do assunto serão apresentadas a seguir algumas definições sobre saúde mental, doença mental e transtornos mentais numa tentativa de elucidar suas diferenças.

De acordo com Portocarrero (2002), a relação do homem com o meio em que vive é determinante para a sua saúde, seja mental ou patológica. A sociedade estabelece o que é considerado normal através do seu conceito de sociabilização, sendo esse um processo necessário a formação do indivíduo normal considerado mentalmente são. Neste sentido, o desvio da normalidade para a psiquiatria é a doença mental tornando o normal patológico diferenciando o verdadeiro doente mental que é o indivíduo portador de alguma patologia.



“O individuo normal é aquele que vive em sociedade, é aquele que se submete, desde a infância, ao processo de socialização. Neste caso a loucura é a submissão á socialização”. (PORTOCARRERO, 2002, p. 83).

Indiferente às diversas definições adotadas para identificar a pessoa que possui saúde mental, é preciso saber que esta medição não pode ser aferida como a saúde física através de índices. Trata-se de outra referência, incluindo o que a pessoa fala de si própria, seus sentimentos e suas atitudes. Ligado á cultura, o comportamento socialmente aceitável é visto como indicador de saúde mental. Pode-se considerar que o adulto que possui saúde mental é aquele sujeito que percebendo a realidade encontra soluções para os problemas, conduzindo suas ações e pensamentos com maturidade emocional. (ROEDER, 2003).

Pode-se dizer então que, para este autor, a pessoa que tem saúde mental é aquela que convive de acordo com as normas estabelecidas na sociedade em que está inserida respeitando seus costumes e as outras pessoas. Consegue lidar com seus fracassos e também com suas vitórias com certo domínio de suas emoções para buscar compreender, melhorar e viver em comunidade.

De acordo com Roeder (2003), de uma forma geral os transtornos mentais são um somatório de comportamentos fora dos padrões impostos pela sociedade onde o sujeito vive. Esse comportamento é caracterizado pela crescente dificuldade dos relacionamentos humanos, somado a queda de produtividade pessoal, baixo estima e de infelicidade pessoal.

O estudo e a compreensão da doença mental são fundamentados no ponto de vista orgânico, ou seja, na doença do cérebro e no ponto de vista psicológico, ou seja, causas de transtornos por doenças neurológicas como mal de Parkinson ou esquizofrenia ou causas comportamentais como ansiedade e depressão sendo que não importa o tipo ou causa das doenças, pois ambas atingem o cérebro. (RIBEIRO, 1996).

Para compreender o que é Transtorno Mental deve ser levado em conta o instrumental médico, fatores fisiológicos, sociológicos e políticos.

Os transtornos mentais levam ao comprometimento, que pode ser total ou em alguns casos apenas parte da estrutura ou determinada função, ocasionada por interferências das funções mentais como memória e funções ligadas ao sentimento de emoções; a incapacidade, sendo esta uma falha para realizar de forma satisfatória as atividades de seu dia a dia, necessárias para sobrevivência; e

prejuízo, que é não ser capaz de realizar ou desempenhar um papel que até então era normal para aquele sujeito em um contexto social, podendo ser influenciado pela cultura do local onde vive. (CID 10, 1993).

Segundo Taylor (1992), algumas doenças psiquiátricas são mais comuns em alguns grupos socioeconômicos mais pobres, a esquizofrenia, a depressão e o abuso de álcool, indicando que as progressões dos transtornos mentais e de comportamentos podem ser determinadas pela situação econômica do indivíduo aliada a falta de acesso ao atendimento.

De acordo com Roeder (2003), as pessoas em geral não têm preocupação com sua saúde, e procuram assistência nos serviços de saúde só quando algo a incomoda. Essas situações refletem a cultura, no que diz respeito à saúde que está alicerçada para a medida curativa e reabilitativa, ou seja, espera-se ficar doente em vez de se utilizar o método de ações de prevenção e manter uma boa condição de saúde.

Segundo Roeder (2003), as intervenções dos transtornos mentais podem ser classificadas em três grandes categorias:

Prevenção, tratamento e reabilitação. A prevenção (primária) é a tomada de medidas aplicáveis à certa doença (ou grupos de doenças) para interceptar suas causas antes que estas envolvam o indivíduo. O tratamento (prevenção secundária) refere-se às medidas das tomadas para sustar um processo patológico já iniciado, a fim de evitar maiores complicações e sequelas, limitar a incapacidade e evitar a morte. Já a reabilitação (prevenção terciária), envolve medidas orientadas para indivíduos incapacitados, restaurando a sua situação anterior ou maximizando o uso das suas capacidades latentes. Compreende tanto intervenções no nível do indivíduo como modificações no meio ambiente. (ROEDER, 2003, p. 33).

A prática preventiva não se detém apenas a informar, mas também promover, motivar para que o indivíduo acometido de enfermidades busque melhorar e tenha o desejo de permanecer bem, sendo a saúde algo mais do que ausência de doenças, mas também costumes e hábitos saudáveis (RIBEIRO, 1996).

De acordo com Roeder (2003), a reação ou julgamentos da sociedade para comportamentos considerados adequados ou não, sustentados por normas culturais ou conceitos próprios, caracteriza a saúde mental de uma determinada sociedade em determinada época. O sujeito é sadio quando vive em sociedade interagindo, participando de uma maneira considerada normal dentro da cultura em que vive. Essa normalidade é determinada pela sociedade em que o sujeito está inserido.

Quando ocorre a interação com o meio em que vive e a solução de problemas vivenciados em seu dia a dia de uma maneira satisfatória para a sociedade, o indivíduo é considerado mentalmente saudável, pois vivenciam diversas emoções humanas como raiva, tristeza, frustração, alegria dentre outros e são capazes de enfrentar essas situações convivendo com outras pessoas e resolvendo seus conflitos.

Segundo Roeder (2003):

Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem estar subjetivos, a auto - eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência inter operacional e a auto- realização do potencial intelectual e emocional da pessoa (ROEDER, 2003, p. 29).

É possível perceber que o termo saúde mental tem diversas definições, e não estão somente ligadas a patologias; também é relacionada com a vida social e seus comportamentos junto com a sociedade em que vive e sua cultura.

A saúde mental de um indivíduo pode-se dizer que está relacionada diretamente com a forma que este enfrenta seus desafios durante sua vida. A forma que lida com seus fracassos e também vitórias, mantendo certo equilíbrio nas situações vividas diariamente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) transtorno mental é:

Entende-se por transtornos mentais e comportamentais condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou comportamentos associados com angustia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. Esses transtornos não constituem apenas variações dentro da escala "normal", sendo antes fenômenos claramente anormais ou patológicos. Para serem categorizadas como transtornos, é preciso que estas anormalidades sejam sustentadas ou recorrentes que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida (OMS, 2001, p. 32).

De acordo com Roeder (2003), a definição de saúde mental pode ser vista de uma forma mais abrangente, como sendo o conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamentos no que se refere a melhorar as condições de saúde ou mesmo restaurar e manter um nível de saúde mental da população. A questão da saúde mental diferente da doença mental (patologias). Inclui a problemática da utilização dos serviços e a avaliação das instituições e das pessoas que a usam, quais os recursos (materiais, humanos), necessários para a organização e a

programação para realizar atendimento seja para tratamento ou prevenção das doenças ou ainda para a promoção da saúde.

Nesta perspectiva saúde mental coletiva Segundo Fagundes (2006):

Processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer política, ciência e gestão no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo e substituindo as práticas tradicionais por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida. (Fagundes, 2006).

O indivíduo e sua condição de saúde mental e todo o conjunto de ações para recuperá-la, mantê-la ou promovê-la, devem ser entendidos como algo muito complexo considerando as dimensões psicológicas e sociais da saúde e os fatores psicossociais que determinam saúde e doença. Portanto saúde mental pode ser vista de diversas formas dependendo do pensamento coletivo de uma determinada sociedade e sua cultura. A relação saúde mental/doença mental se expressa de um processo das condições de vida de uma determinada sociedade, quais foram às competências desenvolvidas, e como foi ou é o enfrentamento dos desafios, mudanças, agressões sofridas durante sua história, dentro do contexto biológico, social e psicológico.

Quanto à saúde mental Ribeiro (1996) descreve:

Saúde mental são um vasto campo de conhecimento e uma área de atuação que congrega várias ciências e categorias de profissionais, visando entender, estudar e pesquisar o homem num enfoque biopsicossocial e sua relação com o normal e o psicopatológico; prevenir as manifestações psicopatológicas que poderão advir-lhe e utilizar técnicas e métodos de diagnóstico e tratamento das doenças mentais, dos distúrbios de comportamentos e das diversas formas de anormalidade da vida psíquica. Restringe-se, de certa forma, a apresentar, mais ou menos uniformemente, a união de termos que se voltam para “ajustamento emocional”, “ausências de distúrbios mentais”, adaptação, “prazer e alegria de viver”, “auto realização”, “felicidade”, “equilíbrio”, “dinamismo”, completada pela definição que a OMS tem de saúde- “estado completo bem-estar físico e mental”. (RIBEIRO, 1996, P. 27).

Há alguns anos o conceito de Saúde mental vem tomando forma e ganhando força com novos significados diferentemente dos conceitos tradicionais da psiquiatria que tinha seu trabalho voltado especificamente para o tratamento da doença mental em si sem levar em consideração outros fatores. Para (ROEDER, 2003, p. 33), “A

saúde mental é um termo genérico utilizado para se referir à ausência de distúrbios mentais e à capacidade de administrar com sucesso os desafios diários e as interações sociais da vida”. ”

A participação nesse processo precisa do envolvimento das pessoas, que compreendam a complexidade em questão a qual pode se expressar em relação à atividade que componham um repertório de cuidado em saúde mental, referido sempre a um plano terapêutico institucional, dentro de uma linha de cuidado, qual inclui diferentes dispositivos da rede de atenção. Estes precisam se remeter, necessariamente, a um plano terapêutico singularizado, ao qual visa potencializar o projeto de vida de cada usuário. Este é o objetivo, a finalidade fundamental dos diferentes papéis desempenhados por todos, sejam os usuários do serviço, familiares ou profissionais envolvidos das diversas áreas.

Desta forma, os profissionais da saúde, que englobam diversas áreas, precisam romper a cultura tradicional existente e promover a implantação através de suas ações, práticas que promovam muito mais que a medida terapêutica, mas sim a melhoria de qualidade de vida dos usuários.

O conhecimento dessas definições entre a abordagem saúde mental doença mental e transtornos mentais e as medidas que podem ou devem ser tomadas para tratamento do sujeito que precisa desse atendimento, é apenas uma parte de conhecimentos necessários a sua prática.

### 2.3 EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE MENTAL

Segundo Guedes (1995), a utilização da atividade física como recurso terapêutico, na saúde mental, recebe a denominação de ASM, (ATIVIDADE SENSÓRIO-MOTORAS), sendo caracterizadas por vivências corporais proporcionadas pela realização de atividades físicas onde o indivíduo sente e percebe os movimentos quando os executa dentro de suas possibilidades e limites, e que vão ao encontro do interesse de todos os envolvidos.

A utilização da ASM no tratamento das pessoas com sofrimento psíquico se dá também, pelo entendimento de que tanto a mente pode influenciar o corpo, quanto o corpo pode afetar a mente. A ASM no uso para a saúde mental está fortemente relacionada com a melhora na qualidade de vida dos usuários, pois

enriquece suas relações com o ambiente, auxiliando na busca de seu estado de saúde, promovendo o desenvolvimento psíquico/afetivo e melhorando o relacionamento com outras pessoas.

Segundo Roeder (2003), o desenvolvimento motor de uma pessoa tem efeitos sobre a integração física com o social, influenciando a capacidade de comunicar-se e relacionar-se com os outros. São característica observável nas práticas de atividades físicas os efeitos benéficos de caráter psicossociais. Mas a condição psicológica pode ser um fator de impedimento para a realização de atividades físicas.

Neste sentido, o professor de Educação Física precisa compreender e desenvolver as atividades sensório-motoras (ASM), tendo como objetivo, não a atividade como exercício e sim como uma forma de lazer, trazendo um estímulo para a participação da pessoa e conseqüente aumento de sua adesão ao tratamento. A partir desse momento, através da percepção positiva da saúde e o contato com novas vivências, a perceberá como proveitosa e relaxante, devido aos aspectos de melhora psicofisiológicas, e conseqüente melhora de qualidade de vida assim, a ASM torna-se um excelente recurso terapêutico da área da motricidade humana na saúde mental (ROEDER, 2003).

“A função da Atividade Sensório-motora no aumento da saúde psicológica, parece ter, também uma relação positiva com as auto percepções: (estima, controle, eficiência), humor e afeto” (ROEDER, 2003, p. 109).

As atividades físicas realizadas com pessoas com sofrimento psíquico não têm a pretensão de desenvolver níveis elevados de aptidões físicas e sim a sua melhora global.

O professor de Educação Física pode oferecer ao usuário uma oportunidade de perceber seu estado de saúde e auxiliá-lo na sua maneira de viver. De uma forma geral, os exercícios físicos ou as atividades físicas para pessoas com sofrimento psíquico, desde que realizadas de forma lúdica, podem oferecer oportunidades de desenvolvimento para uma melhor qualidade de vida.

De acordo com Roeder:

Desta maneira como recurso terapêutico, as atividades sensórias motoras podem ser um mecanismo estabelecido da comunicação e um importante instrumento de reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais (ROEDER, 2003 p.116).

O profissional de Educação Física necessita compreender que para atuar na área de saúde mental cabe ter sua formação ampliada.

Pessoas sem participação social, com inúmeros fatores de exclusão, sem trabalho, necessitam de um cuidado que consiga possibilitar ações de reabilitação biopsicossocial, para que este possa ter uma retomada de sua cidadania.

Assim sendo a questão de formação dos professores de Educação Física voltada para a área da saúde, mais precisamente saúde mental, além de trazer o conhecimento técnico e científico, deve abordar conhecimentos e entendimentos mais ampliados sobre questões como saúde pública e saúde coletiva e como isso interfere diretamente na vida dos usuários desses serviços.

O profissional de Educação Física para fazer parte da equipe de atendimento e tratamento na área de saúde mental, atualmente, precisa ter um mínimo de conhecimento sobre a história das instituições, como era seu funcionamento e a concepção de trabalho após a Reforma Psiquiátrica.

### **3 DESCONSTRUÇÃO E INVENÇÃO**

#### **3.1 Interfaces Educação Física e saúde mental**

De acordo com Dias (2007), a saúde mental é um campo da área da saúde, e no Brasil pauta-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Após a Reforma Psiquiátrica, em 2001 (no Rio Grande do Sul desde 1992), diversas formas de cuidados aos usuários com sofrimento psíquico foram criadas em todo o Brasil. Os serviços antes limitados aos grandes hospitais psiquiátricos passam a se constituir cada vez mais em uma rede de serviços com base na comunidade, promovendo ações em saúde, educação, assistência social, esporte, lazer e cultura.

A forma de administrar a saúde mental no Brasil teve pela primeira vez em 2006 uma mudança significativa, quando os investimentos nos serviços de base comunitária superaram os investimentos em hospitais psiquiátricos (Brasil 2007). Esta nova forma de gestão constitui uma clara vontade política de implementar a chamada abordagem psicossocial (Brasil, 2008).

Esse período caracterizou-se pelo fortalecimento dos serviços de abordagem psicossocial, formação de uma rede de atendimento e a substituição dos leitos existentes em hospitais psiquiátricos por leitos em hospitais gerais. A marca desse processo foram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo este o principal instrumento na consolidação desta nova forma de atenção, concretizando substituição ao modelo anterior de atendimento.

Os CAPS são serviços que abrangem determinado território com intuito de:

Oferecer atendimento especializado a indivíduos com transtornos mentais severos e persistentes e promover a substituição do modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, p.15).

No Brasil há 214 hospitais psiquiátricos em processo de desativação. No ano de 2002 existiam 51.393 leitos em hospitais psiquiátricos. Este número em 2008 caiu para 36.797. Conforme abertura de vagas em hospitais gerais e atendimento extra-hospitalar como os (SRT), Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias em espaço urbano oferecidas para pessoas com sofrimento psíquicos graves institucionalizados ou não (maiores de 18 anos), egressas de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços com familiares. Os SRT têm como foco a reinserção social dos moradores através do processo de reabilitação psicossocial.

Esse atendimento tem acompanhamento de profissionais da área da saúde (como Professores de Educação Física), e tem como suporte ou referência os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS).

O número desses espaços vem aumentando, ao acompanhar a desativação dos hospitais psiquiátricos. O estado do Rio Grande do Sul conta com trinta Residenciais Terapêuticos e mais sete em implantação, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Segundo dados de 2007, o estado mantém ativo 940 leitos em seus hospitais psiquiátricos e mais 686 leitos especializados em hospitais gerais (SES/RS, 2007). Em sua Seção de Saúde Mental a Secretaria de Saúde do estado tem como política pública o modelo de atendimento psicossocial, mas ainda depende e mantém a assistência em hospitais psiquiátricos, como o Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Tendo como principio constitucional a saúde como direito de todos e dever do estado, e a partir do conceito formulado na VIII Conferência Nacional da Saúde de



que a saúde deve ser entendida não mais como ausência de doenças, mas como um fenômeno totalmente influenciado pelos determinantes sociais, é importante para as áreas que compõem o campo da saúde compreender esses aspectos.

Saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, sendo antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

A Educação Física historicamente teve sua área voltada para a saúde, mas de um modo a atender pessoas com melhores condições sociais, realizando um trabalho voltado para a obtenção de saúde em detrimento ao culto ao corpo. Deixando de lado, num primeiro momento, a maior parte da população que não tenha acesso, nem mesmo aos serviços básicos de saúde.

O processo saúde/doença com o fator social como agravante precisa de outras tantas ferramentas. Assim, é importante para os profissionais do campo da saúde, na qual a Educação Física está inserida, ter conhecimento e entendimento utilizando referenciais advindos das ciências humanas e sociais. Saúde Coletiva difere conceitualmente da abordagem de saúde pública que tem uma visão medicalizante e biológica que se baseia no modelo que tem como visão as medidas curativas (PAIM, 1980).

Considerando a complexidade do tema para o campo da saúde é importante conhecer suas definições. Saúde Coletiva, de acordo com Luz (2007) é:

Saúde coletiva é compreendida como um campo de saberes e práticas que toma como objeto as necessidades sociais de saúde, com intuito de construir possibilidades interpretativas e explicativas dos fenômenos relativos ao processo saúde-doença, visando a ampliar significados e formas de intervenção. Entende-se, portanto, que nessa experiência relatada na forma “de processo” de constituição de um campo pode ser analisada sob o olhar da Educação Física de modo que esta conheça outras formas de pensar e agir no universo da saúde, (LUZ, 2007, p. 20).

O profissional do campo da saúde precisa de uma formação na qual possa apropriar-se desses conceitos e dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção, que é a forma brasileira para prestação de serviços de saúde, e que ordena o processo de educação. (SOARES, 2001).

De acordo com Campos (2001), O SUS e os conceitos de saúde visam superar o modelo anterior, baseado em medidas curativas, hospitalocêntricas e médico-centradas, isso implica a interdisciplinaridade inserida em um processo de educação permanente mais contextualizada, com ênfase em medidas de prevenção, cura e reabilitação, levando em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população. “A formação do profissional de saúde deve contemplar a preparação para atuar em equipes multiprofissionais com o ideal da interdisciplinaridade” (PUSTAI, 2004, p. 64). Os cursos de graduação em saúde devem formar profissionais para atuar no sistema de saúde vigente no país, abordando o trabalho em equipe e a atenção integral a saúde (SILVEIRA, 2004).

Contudo, a educação superior em saúde na maioria das universidades brasileiras não contempla uma integração curricular, pois as universidades possuem autonomia para formular seus currículos. Essa autonomia nem sempre está de acordo com as novas diretrizes curriculares, fazendo com que os profissionais que se formam não atuem de forma a desenvolver seu papel social com a sociedade.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a universidade não pode ser independente da regulação e da direção política de estado. As mudanças nas áreas de trabalho em saúde e as novas exigências aos profissionais fazem com que profissões como a Educação Física, entre outras, passem a ter lugar em equipes multiprofissionais, tendo como principal desafio a questão da interdisciplinaridade. Existem estratégias para ampliar a formação desses profissionais e prepará-los para atuar nas equipes, como por exemplo, a criação da Lei 11.129 de 2005 que criou a Residência Multiprofissional em Saúde, com objetivo de formar os diferentes profissionais da área da saúde e articular, por meio da formação em serviços educação e atenção às necessidades de gestão e controle social do SUS.

Da mesma forma, o campo da Saúde Mental Coletiva exige um profissional que esteja de acordo com as questões sociais, sendo necessária uma formação que vá ao encontro da concepção que se apresenta como horizonte nos serviços que estão substituindo os até então tradicionais espaços de institucionalização das pessoas em sofrimento psíquico.

### 3.2 INVENÇÕES: CAMPOS ABERTOS À PRODUÇÃO DE VIDA

Cabe ao profissional de Educação Física, trabalhador na área da Saúde Mental Coletiva vincular sua ação profissional aos princípios e diretrizes do SUS. As abordagens terapêuticas devem ser voltadas a práticas que promovam a cidadania, voltadas para a inclusão social.

Segundo Nardi e Ramminger (2007):

A reforma psiquiátrica contribui para a desconstrução de saberes e certezas, e exige um novo trabalhador, que agora não mais trabalha sob a proteção dos muros dos hospitais, mas deve circular pela cidade (NARDI e RAMMINGER, 2007, p. 268).

Neste sentido, a cidade pode representar um potencial espaço de socialização, sendo esta uma nova forma de cuidar.

Os desafios dos profissionais envolvidos nestes outros modos de cuidar em saúde propõem uma mudança na forma de pensar da sociedade quanto às pessoas com sofrimento psíquico, bem como aos profissionais.

Segundo Dimenstein (2006) esses desafios são:

Produzir modos de viver, pensar e sentir, a partir da invenção permanente de práticas aptas a deflagrar movimentos de singularização, revelar os movimentos de apropriação, exploração, de etiquetamento, de controle e de produção de cronicidade (DIMENSTEIN, 2006, p.79).

Assim, trabalhar seguindo um modelo diferente do utilizado em hospitais psiquiátricos, que era centrado no paciente no leito, e assumir e multiplicar novas formas de cuidado aparece como convite e foco estratégico pós Reforma Psiquiátrica que continua a ocorrer no cotidiano das relações de trabalho.

Para Amorim e Dimenstein (2009), esses desafios assumem proporções maiores se levarmos em conta o uso do termo invenção do cuidado, utilizado entre os trabalhadores que significa cuidar caso a caso, sem uma fórmula generalizada. Essa invenção do cuidado, precisa ser compartilhada entre profissionais, usuários e comunidade.

Algumas estratégias de intervenção, as quais contam com a contribuição entre outras de professores de Educação Física parecem estar consolidadas. O Acompanhamento Terapêutico (AT), Por exemplo, efetua o cuidado a usuários em seu cotidiano, nos espaços públicos e privados.

Para Wachs (2007), não é óbvia a proximidade desses campos, pois durante a formação acadêmica nada o remetia a imaginar a intervenção da Educação Física com pessoas em sofrimento psíquico, o que acontece é o incômodo e o prazer de se aprender fazendo, característico dessa área.

Muitas dúvidas sobre quais objetivos têm as atividades ou sua importância, como se inserem no cotidiano, como integram o cuidado, o plano terapêutico singular, o projeto de vida e projeto de cidade são comuns aos profissionais. A questão é que a Educação Física está cada vez mais presente e inserida no campo da Saúde Mental Coletiva, o que a remete integrar essa complexidade e se implicar na invenção e qualificação das práticas, das políticas públicas e da cidadania.

É importante que aconteçam cada vez mais pesquisas sobre a Educação Física e esses conhecimentos sistematizados possam fazer parte da formação, preparando novos profissionais que compreendam também este significado.

### 3 CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Para uma melhor reflexão sobre a conclusão deste estudo lembro que a pergunta central foi: Quais as competências necessárias para o profissional de Educação Física atuar na área da saúde mental?

Neste sentido, saúde mental deve ser compreendida pelo profissional com sendo uma área que abrange um contexto biopsicossocial. Devem ter o entendimento que vários são os fatores determinantes para se definir se um individuo possui saúde mental, sendo a sua cultura e o seu meio social de grande relevância.

Este estudo procura entender questões que norteiam o trabalho da educação física em saúde mental. Visa trazer informações que possam gerar discussões em torno deste contexto contribuindo para o trabalho e a formação acadêmica.

No entanto, percebeu-se que este assunto causa muitas inquietações nos profissionais de Educação Física que já atuam há algum tempo em saúde mental, pois o entendimento do trabalho realizado pelo profissional de Educação Física e as competências necessárias não estiveram presentes na graduação dos mesmos.

O interesse por esse campo de atuação, a busca por uma prática apoiada por uma teoria, faz com que estes profissionais encontrem soluções para os problemas enfrentados, realizando reflexões diárias no que se está desenvolvendo dentro da Educação Física no âmbito da saúde mental.

O estudo nos traz o entendimento que o trabalho realizado pelos professores de Educação Física em saúde mental tem como principio que, através do movimento corporal realizado de uma forma lúdica, recreativa, mas não sem objetivo, este consiga ter uma melhora não apenas em sua parte motora, mas também cognitiva e afetiva, melhorando sua sociabilização.

O professor de Educação Física atua junto a uma equipe Multidisciplinar, e através de diversas ações tratando o paciente de uma forma global procura recuperar o sujeito ou ao menos minimizar os danos causados pelo processo de doença que está passando, sendo que seu trabalho vai além dos muros da instituição utilizando todos os espaços públicos possíveis não se restringindo apenas a parte de exercícios no hospital

Foi percebido que, apesar da tendência de se reproduzir atividades feitas por professores mais experientes, há uma busca por novas práticas que possam ser

entendidas por essas pessoas como sendo importantes para sua recuperação e para sua vida.

Neste processo percebeu-se que o conhecimento das patologias existentes a apropriação das políticas públicas de saúde (SUS), e seu entendimento, aparecem como fatores relevantes para atendimento desta população.

Neste sentido, podemos concluir que o profissional de educação física frente à saúde mental se utiliza, das praticas corporais, que é de seu domínio para promover uma melhora biopsicossocial e trazer esse paciente para a sociabilização junto à sociedade.

Este trabalho aponta que para a atuação do professor de Educação Física em saúde mental se faz necessário ter uma compreensão abrangente dos aspectos históricos, políticos, culturais e sociais sobre este assunto, e além dos conhecimentos da graduação em Educação Física, conhecimentos sobre as patologias existentes e o sistema único de saúde.

Finalmente, a partir deste trabalho, sugere-se um aprofundamento sobre os conhecimentos desta prática, vivenciadas pelos professores de Educação Física em busca de teorias que tragam uma maior compreensão sobre a atuação destes profissionais na saúde mental.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **A Clínica e a Reforma Psiquiátrica**. In: AMARANTE, Paulo. (org.). Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2003. P 45-63.
- AMORIN, Ana. K. De M. Arraes; DIMENSTEIN, Magda. **Desinstitucionalização em saúde mental e praticas de cuidado no serviço residencial terapêutico**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 195-204. 2009.
- ARAÚJO, Paulo. F.de; **Desporto adaptado no Brasil: origem, institucionalização e atualidade**. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto, 1998, p. 147.
- BORGES, Cecília M. F. **O professor de Educação Física e a construção do saber**: Campinas: Papyrus, 1998.
- BRACHT, Valter. **Educação Física e aprendizagem social**. Porto Alegre: Magister, 1992.
- BRASIL. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de saúde mental. Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. **Saúde mental em dados 4**. Brasília: secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de saúde mental. Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. **Saúde mental em dados 5**. Brasília: secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de saúde mental. Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. **Saúde mental em dados 6**. Brasília: secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de saúde mental. Ministério da Saúde, 2009.
- CID-10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**- Coord. Organização Mundial de saúde; trad. Dorgival Caetano. - Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- CHEUICHE, Edson M. **120 anos do Hospital Psiquiátrico São Pedro: Um pouco de sua história**. Revista da Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Vol. 26, n. 2, mai./ago. 2004.
- CAMPOS, Francisco E. de **Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica**. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v.5, n. 2, mai./ago. 2001.
- CECCIM, Ricardo B; FEUERWERKER, Laura C. M. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, p. 1400-1410, set./out. 2004.
- DIAS, Mirian 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.** Tese (doutorado) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-graduação em Serviço Social PUCRS. Porto Alegre, 2007.
- DIMENSTIN, Magda. **O desafio da política de saúde mental: a (re) inserção social dos portadores de transtornos mentais.** Revista Mental, Barbacena, vol. IV, n. 006, p. 69-83. 2006.
- FOUCALT, M. **História da loucura.** São Paulo: Perspectiva. 1978.
- FAGUNDES, Sandra. **Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde.** Dissertação de mestrado – Programa de pós-graduação em Educação. UFRGS. Porto Alegre, 2006.
- GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4.<sup>a</sup> Ed. Rio de Janeiro: 1982.
- GUEDES, D. P. **Exercício físico na promoção da saúde.** Londrina: Midiograf, 1995.
- LUZ, Madel T. **Novos saberes e prática em saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2007.
- NARDI, Henrique C; RAMMINGER, Tatiana. **Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica.** PHYSIS: Revista saúde Coletiva, v. 17, n. 1, p. 265-287. 2007.
- OMS- Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-americana de saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Biblioteca da OMS, 2001.
- PAIM, J. S. **As ambiguidades da noção de necessidade em saúde.** Salvador: Planejamento, 1980.
- PUSTAI, O. J. **O sistema de saúde no Brasil.** In: DUNCAN, Bruce B; SCHIMIDT, Maria I; GIUGLIANI, Elsa R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004. V. 3, p. 69-75.
- PITTA, Ana. M.F. **O que è a Reabilitação Psicossocial no Brasil, Hoje.** São Paulo: Hucitec, 2001.
- PEREIRA, F. M. **Didática da cultura física: Introdução a critica da Educação Física do esporte e da recreação.** São Paulo: Icone Editora, 1988.
- PORTOCARRERO, V. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- ROEDER, M. A. **Atividade física, saúde mental e qualidade de vida.** Rio de Janeiro: Shape, 2003.
- RIBEIRO, Paulo. r.m. **Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação.** São Paulo: E.P. U, 1996.