

# Educação Física e Saúde Coletiva

Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção



Alex Branco Fraga  
Felipe Wachs  
(Organizadores)

  
**UFRGS**  
EDITORA

Série Esporte, lazer e saúde: investigação, documentação e impacto social

# Educação Física e Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO  
GRANDE DO SUL

---

Reitor

**José Carlos Ferraz Hennemann**

Vice-Reitor e Pró-Reitor  
de Coordenação Acadêmica

**Pedro Cezar Dutra Fonseca**

---

**EDITORA DA UFRGS**

Diretora

**Jusamara Vieira Souza**

Conselho Editorial

**Ana Lígia Lia de Paula Ramos**

**Cassilda Golin Costa**

**Cornelia Eckert**

**Flávio A. de O. Camargo**

**Iara Conceição Bitencourt Neves**

**José Roberto Iglesias**

**Lúcia Sá Rebello**

**Mônica Zielinsky**

**Nalú Farenzena**

**Sílvia Regina Ferraz Petersen**

**Tania Mara Galli Fonseca**

**Jusamara Vieira Souza, presidente**

# Educação Física e Saúde Coletiva

Políticas de Formação  
e Perspectivas de Intervenção

Alex Branco Fraga  
Felipe Wachs  
(Organizadores)

Série Esporte, Lazer e Saúde

Ministério  
do Esporte



  
**UFRGS**  
EDITORA

© dos autores  
1ª edição: 2007

Direitos reservados desta edição:  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Capa: Flavio Gonçalves  
Revisão: Gabriela Carvalho Pinto  
Editoração eletrônica: Vanessa da Silva/ Gênese Artes Gráficas

---

E24 Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção / organizado por Alex Branco Fraga e Felipe Wachs. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

(Série Esporte, Lazer e Saúde).

Inclui referências.

1. Educação física. 2. Saúde coletiva. 3. Esporte. 4. Formação profissional – Políticas. 5. Práticas corporais – Comunidade. 5. Cultura corporal urbana. 6. Educação física – Psicanálise – Intervenção. I. Fraga, Alex Branco. II. Wachs, Felipe. III. Série.

CDU 796

---

CIP-Brasil. Dados Internacionais de Catalogação na Publicação.  
(Ana Lucia Wagner – Bibliotecária responsável CRB10/1396)

ISBN 978-85-7025-929-5

# Educação física e o campo da saúde mental: uma reflexão introdutória

Felipe Wachs

## Introdução

Em uma aula de mestrado discutíamos sobre o que cada um vinha pesquisando e sobre como se dava o processo de escolha das temáticas, quando uma colega afirmou: “não somos nós quem escolhemos as temáticas, e sim elas que nos escolhem”. É interessante pensar, tomados por uma perspectiva pós-estruturalista, que somos constantemente interpelados por diferentes discursos que nos constituem; no entanto, acredito que também somos protagonistas de nossas vidas (e de nossas pesquisas), e não simplesmente orientados pelo destino. Submetidos a processos de subjetivação, desenvolvemos lentes através das quais enxergamos o mundo, tomamos decisões, realizamos escolhas; ao mesmo tempo em que “as decisões nos tomam e as escolhas nos realizam”. Assim, por mais firme que estejamos em nossas convicções, não podemos afirmar que elas são um efeito da nossa liberdade de escolha. Todo esse preâmbulo serve para anunciar o tema que há algum tempo me capturou: a loucura, a desrazão.

Quero apresentar minha captura. Talvez a motivação para tal temática se refugie em alguma instância profunda da minha estrutura psíquica, em alguma experiência de infância (entre os profissionais deste campo brincamos que não é à toa que as pessoas vão trabalhar com saúde mental), mas narro aqui o processo de aproximação que foi se constituindo como verdadeiro para mim.

Na época da graduação participei da primeira edição de um projeto de extensão universitária chamado *Convivência Saúde*. O projeto consistia em oportunizar a graduandos da área da saúde um período de convivência de três semanas em unidades básicas de saúde do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre. Essa experiência me impulsionou a, junto com colegas do Programa Especial de Treinamento<sup>1</sup> (PET), organizar uma proposta de exten-

---

**Felipe Wachs** é professor de educação física, especialista em pedagogias do corpo e da saúde, especialista em saúde mental coletiva, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da UFRGS e bolsista do CNPq.

<sup>1</sup> Programa financiado pela SESu/MEC, sendo chamado hoje de 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” (Mühlen et al., 2002) e “Mudando pesos e formas” (Wachs, 2002).

são sistematizada e de maior longevidade. Durante um ano, juntamente 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 e comia em uma tigela no chão. Ele justificava sua reclusão afirmando que estava gordo e não queria que as pessoas o vissem assim. Propusemos na equipe um esquema de caminhadas e um acompanhamento nutricional. Mesmo tendo pouco efeito na balança, a proposta de intervenção serviu para impulsionar a circulação e convivência social do garoto.

Atribuo a este desafio minha captura. Contudo, na época, isso não foi muito óbvio para mim, como ainda não é nada óbvio aproximar a educação física de pacientes psiquiátricos, ou usuários de saúde mental, como prefiro utilizar. Durante minha formação de sala de aula na graduação nada me remetia a esse campo como uma possibilidade de atuação. Bem, diga-se de passagem, esse déficit não se restringe à saúde mental, mas à saúde coletiva como um todo. Ressignifiquei aquele primeiro contato alguns anos mais tarde, já formado, quando descobri a possibilidade de cursar o Programa de Residência Integrada com ênfase em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP). Aquela primeira experiência, somada a conversas com amigos que militavam pela luta antimanicomial e ao meu interesse em trabalhar com populações marginalizadas, me levou a cursar um período de dois anos de residência.

A residência é uma modalidade de formação que costumamos ver associada à medicina, mas que hoje passa por uma discussão em âmbito nacional que propõe a constituição e regulamentação de experiências multiprofissionais. A característica mais marcante nessa modalidade de especialização profissional é a de formação em serviço. Durante dois anos cursei a residência da ESP que tem sua ênfase em saúde mental coletiva vinculada ao Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP). Meu interesse pela reforma psiquiátrica 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? Orientada 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 manicomial, uma educação física que estivesse orientada pelos princípios das reformas sanitária e psi-

quiátrica e que ocorresse não mais em uma instituição total,<sup>2</sup> mas em espaços ligados a serviços de saúde substitutivos ao manicômio.

Assim se deu minha captura pela temática; foi no desejo de problematizar a intervenção da educação física no campo da saúde mental orientada para a reforma psiquiátrica.

## **Das práticas manicomiais**

Uma das principais referências do pós-estruturalismo no campo da saúde mental é Michel Foucault. Entre as temáticas que ele abordou, a loucura tem destaque. Ela está presente em diversos materiais de sua autoria, mas é especialmente problematizada em *A história da loucura* (2004). Foucault narra, neste livro, como os jogos de produção da verdade fizeram com que aquilo que a sociedade classificou como “loucura” fosse encarcerado em manicômios.

O processo de institucionalização da loucura inicia com sua associação a comportamentos desviantes julgados como moralmente incorretos e carentes de disciplina. Loucura ganha *status* de doença após a Revolução Francesa como problema social nas cidades. Apesar das bandeiras de liberdade, igualdade e fraternidade desfraldadas por esse movimento revolucionário, o tratamento da loucura é encarado como uma questão de segurança social. Pelo imperativo da razão, os que não a possuem são posicionados de forma diferenciada diante dos direitos e deveres do convívio social. Naquele momento histórico, os doentes mentais passam a ser excluídos não só do convívio na sociedade, mas também da categoria de cidadãos. Considerar uma pessoa doente mental significava (e ainda hoje significa) reduzi-la a um objeto de um campo do saber, no caso a psiquiatria.

Foucault (2003; 2004), em seus estudos sobre a loucura, destaca o entrelaçamento entre o poder e o saber. Em suas palavras: “temos que admitir que o poder produz saber [...]; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder” (Foucault, 2003, p. 27). A reclusão da loucura em instituições potencializou o desenvolvimento de uma ciência sobre a mesma, a constituição de um saber que se estabelece como verdadeiro quando de sua ressonância em uma comunidade imbuída de poder para fazê-lo. A constituição da comunidade psiquiátrica produziu verdades e normas que acabaram marcando pessoas, no contexto social, com rótulos de loucas, perigosas, incapazes de exercer sua plena capacidade humana. Estruturou-

---

<sup>2</sup> Erving Goffman (1987) trabalha com o conceito de instituição total para classificar instituições como manicômios, prisões, conventos.



se, assim, a prerrogativa da sociedade em isolá-las do convívio social, do trabalho, da cidade (Dias, 1997).

A sociedade, juntamente com a ciência, excluiu esses indivíduos para os porões da loucura e construiu argumentos inabaláveis para deixá-los por lá. Foi preciso construir a utopia de que era possível conter, controlar, mensurar aquilo que aparece como fora-da-lei. O mais forte entre os argumentos é o da periculosidade, que determina a priori que a loucura é uma coisa muito perigosa e que todos os esforços devem ser realizados para excluir essa coisa louca do convívio social. (Barros, 2001)

É a partir do século XVIII que se estabelece como principal recurso de “tratamento” para aqueles que se convencionou chamar de “loucos” a internação e conseqüente institucionalização, que representou, sobretudo, uma reclusão, uma exclusão social, daqueles considerados inaptos à sociedade.

O manicômio<sup>3</sup> constituiu-se com *status* de terapêutico a partir do saber-poder médico e da vontade político-social-científica de proteger os “loucos” da sociedade e a sociedade dos “loucos”. No entanto, a atribuição de terapêutico pouco pôde ser visualizada nesta forma de atenção totalizante, passando o manicômio, na prática, a ocupar um caráter punitivo/restritivo.

Foucault (2003) trabalha com o conceito de “corpo político” como conjunto dos elementos materiais e das técnicas que servem de armas, de reforço, de vias de comunicação e de pontos de apoio para as relações de poder e de saber que investem os corpos humanos e os submetem, fazendo deles objetos de saber. A busca da psiquiatria de um corpo inteligível é também a busca de um corpo útil em que se estabelece a noção de “docilidade” que une ao corpo analisável o corpo manipulável; conhecer a loucura para manipular os corpos, docilizá-los e convocá-los às normas. É dócil o corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado (Foucault, 2003, p. 118).

A disciplina presente no hospital psiquiátrico controla os espaços, os tempos, as atividades, os papéis e funções dos indivíduos. Ela “dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma ‘aptidão’, uma ‘capacidade’ que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita” (Foucault, 2003, p. 118).

O Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), onde cursei minha residência, localiza-se no bairro Partenon em Porto Alegre e possui mais de 120 anos. A presença da educação física no referido manicômio não é recente. Há 30 anos graduados da área atuam junto aos seus pacientes. Realizando neste

---

<sup>3</sup> Gostaria de salientar que não faço distinção entre os termos manicômio, hospício ou hospital psiquiátrico, entendendo todos como sinônimos que nomeiam a mesma instituição excludente e estigmatizante.

texto uma breve reflexão, mas que foi um constante desassossego durante meu período de formação, questiono: quais os objetivos das atividades associadas à educação física na instituição? Que pressupostos sustentam sua intervenção? De que modo é legitimada?

Para Peluso e Andrade (2005), a legitimidade para o desenvolvimento de atividades físicas é encontrada nas recomendações do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) e do *American College of Sports Medicine* (ACSM).<sup>4</sup> Em seu artigo de revisão, os autores apontam que, através de atividades físicas, se pode melhorar a saúde mental por razões fisiológicas (como a produção de endorfinas) e razões psicológicas (como distração e interação social). Percebe-se aí a força do discurso biomédico onde as atividades físicas fazem as vezes de remédio ou de substituto do mesmo: tomar antidepressivo e jogar futebol para animar; ansiolítico e alongamentos para relaxar... Pode parecer rude apresentar tais práticas dessa forma, até mesmo porque elas podem ser significadas de diferentes maneiras, mas é neste movimento analítico que pretendo problematizar os discursos nelas inscritos.

Do meu ponto de vista o mandamento “ter saúde”, ou “conservar a saúde” não se restringe a evitar doenças, a “preservar-se”, a “não correr riscos”, a permanecer na normalidade médica. Esta é só uma das versões do paradigma/mandamento, ou se preferirmos, da utopia saúde. Esta versão é a hegemônica, predominantemente na biomedicina. (Luz, 2003, p. 93)

Da experiência vivida no HPSP, me pareceu que as atividades promovidas sob coordenação de graduados em educação física tinham caráter complementar e eram subordinadas às desenvolvidas por psiquiatras, psicólogos e enfermeiros. Diferente das práticas de áreas ditas *psi*<sup>5</sup> realizadas em consultórios fechados, as atividades da educação física jogavam com a idéia de liberdade. Em caminhadas e passeios promovidos com pacientes crônicos (como são chamados os pacientes que moram no hospital), esses deixavam o hospital por alguns instantes para depois retornarem à reclusão do mesmo. Para pacientes ditos agudos (assim chamados aqueles que passam um período internados para depois retornarem a seus lugares de origem<sup>6</sup>) são realizadas atividades de recreação no pátio interno do hospital. É o único momento em que deixam a unidade em que estão internados e onde lhes é permitido fumar. Tal benefício é concedido àqueles que já apresentaram alguma resposta em seu tratamento e é utilizado como barganha de comportamentos espe-

<sup>4</sup> As recomendações do CDC e do ACSM referenciadas pelos autores estão em Pate e colaboradores (1995).  
<sup>5</sup> Psiquiatria, psicologia e enfermagem psiquiátrica.

<sup>6</sup> Importante ressaltar que desde 1992 é proibida a institucionalização em hospitais psiquiátricos no Rio Grande do Sul.

rados. Conseqüentemente, o privilégio é vetado em caráter de castigo quando do *desvio* dos mesmos.

Suponho que algum retorno fisiológico é esperado de tais atividades, mas parece-me que as atividades recreativas coordenadas pela educação física estavam mais voltadas para tornar a estada no hospital mais agradável (ou menos desagradável). Contudo, as atividades recreativas não se afastavam muito do funcionamento normatizador do manicômio. Parece-me que a expectativa da instituição em relação a tais atividades era de que nelas os pacientes gastassem suas “energias”; após sua realização não fossem indisciplinados e após certo tempo na “rua” pudessem suportar melhor a clausura.

Encontrei um número da revista *Comunidade Científica* de 1984 que continha um artigo sobre esportes em uma comunidade terapêutica psiquiátrica de São Paulo, que me parece ilustrar a função das atividades físicas no ambiente manicomial. Chamou-me especial atenção um dos objetivos apresentados para o desenvolvimento das atividades esportivas: “contribuir para o equilíbrio dinâmico da vida comunitária da Clínica, através da drenagem de tensões e agressividade dos pacientes e funcionários” (Barreto Sobrinho, 1984, p. 13). O autor descreve como conclusão evidente dos benefícios das atividades físicas “a indiscutível atmosfera agradável que reina no ambiente intra-hospitalar”. De tal forma, fica ilustrado que as atividades físicas contribuem na docilização<sup>7</sup> dos corpos.

A questão é qual o modelo de cuidado que são sujeitados os pacientes: um modelo de clausura, disciplinamento, docilização. Sob o signo de recreação terapêutica busca-se dar sentido ao entretenimento propiciado aos pacientes, através de práticas que, em grande parte, não têm significado para os mesmos, pois não fazem parte de sua história de vida e cultura. Mas, mais do que isso, se busca uma legitimação da intervenção da educação física colando-a a um modelo científico biomédico. Em efeitos anatomofisiológicos de alongamentos, caminhadas e afins, seus profissionais buscam galgar novo *status* na comunidade terapêutica. Não desmereço tais efeitos, nem critico o rigor na intervenção profissional e no embasamento científico. Considero legítimo e importante que a educação física não se resuma à atividade complementar de outras profissões; contudo, aproximar-se do discurso biomédico me parece reforçar o caráter manicomial e normatizador das intervenções.

O rompimento com o modelo manicomial de assistência proposto na reforma psiquiátrica em implementação no Brasil, somado à emergência de

---

<sup>7</sup> “Dizer que a disciplina fabrica corpos dóceis não significa dizer que ela fabrica corpos obedientes. Falar em corpos dóceis é falar em corpos maleáveis e moldáveis; mas não se trata, aí, de uma moldagem imposta, feita à força. Ao contrário, o que é notável no poder disciplinar é que ele ‘atua’ ao nível do corpo e dos saberes, do que resultam formas particulares tanto de estar no mundo – no eixo corporal –, quanto de cada um conhecer o mundo e nele se situar – no eixo dos saberes” (Veiga-Neto, 2003, p. 85).

uma visão de saúde na educação física que valoriza a perspectiva da saúde coletiva, exige que as formas de cuidar e entender o sofrimento psíquico sejam reformuladas. Intervir em um serviço comunitário de saúde não significa, não garante que, por consequência, o modelo manicomial seja rompido. A mesma forma de cuidar dentro do hospital pode ser reproduzida nesse espaço quando se busca a normatização.

Busquei problematizar uma maneira “manicomial” de fazer educação física no campo da saúde mental, mesmo que, e apesar de, esta estar sempre sujeita a pequenas e constantes reformulações. Entretanto, como intervir de forma antimanicomial, voltada para a desinstitucionalização, em práticas corporais? Tomado pelo tema, busco discutir como a educação física pode contribuir para serviços de saúde mental substitutivos ao manicômio de forma orientada em uma perspectiva desinstitucionalizante da reforma psiquiátrica.

### **Buscando o tom das reformas sanitária e psiquiátrica**

No Brasil a reforma psiquiátrica está inserida em um conjunto de mudanças nas práticas e organização dos serviços de saúde pública. O importante nessas mudanças foi o papel do movimento sanitarista iniciado na década de 1970 que, através de sua luta e problematizações, serviu de base para estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). Marco fundamental foi a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, que contou com ampla participação popular e rompimento com uma forma burocrática de conferência onde temas e resultados já estavam predefinidos (Arouca, 2002). O SUS é instituído pelas Leis Orgânicas nº 8080/1990 e nº 8142/1990, tendo como grande conquista a universalização da saúde.

*A Corrente em defesa da vida*, no final da década de 1980, teve destacado papel dentro do movimento sanitarista sobre as mudanças na atenção à saúde como um todo, inclusive na saúde mental. Produzir saúde, nessa corrente, significa contribuir para o aumento do coeficiente de autonomia de indivíduos e coletivos para viver a vida, possibilitando-lhes lidar com as limitações decorrentes da doença, da genética e do contexto psicossocial. Isso demanda capacidade de discernimento, condições dignas de vida e oportunidade para utilizar instrumentos naturais e artificiais para afastar a dor, o sofrimento, a morte e poder escolher os vários modos de seguir a vida (Carvalho, 2002).

*Por uma sociedade sem manicômios* – esta é a bandeira erguida e defendida por trabalhadores e usuários dos serviços de saúde que compõem o movimento antimanicomial, o qual teve suas origens no final da década de 1970 e se fortaleceu durante a década de 1980 (Amarante, 1995; Paulin; Turato, 2004). O movimento de trabalhadores e usuários pela melhoria da assistência em saúde mental será determinante nas reformulações da legislação

relativas ao campo da saúde mental promovidas a partir da década de 1990 e, inclusive, nos próprios conceitos implicados nele. Este conjunto de mudanças tem sido chamado de reforma psiquiátrica e, no Brasil, tem sido implementado com a proposta de “desinstitucionalização”. Sua bandeira maior é o fim dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços de saúde substitutivos a eles; contudo, não se limita à mudança de estabelecimentos, se estende a toda uma reformulação das práticas de cuidado e do próprio entendimento sobre loucura. São esforços para romper com a lógica dos modelos psiquiátrico clássico, medicalizante e de clausura. Em 1992 foi aprovada, no Rio Grande do Sul, a Lei Estadual nº 9.716 que determina a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental. Outros Estados aprovaram leis semelhantes nos anos seguintes. Em nível federal, foi aprovada, em 2001, a Lei nº 10.216 originada do Projeto de Lei Paulo Delgado de 1989. Ela propõe que os tratamentos ocorram, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental e que tenham, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

É com a noção de “território” que se busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (Brasil, 2004).

Quando encaramos a perspectiva de trabalhar com o conceito de território, se torna evidente a importância, mas também a insuficiência, da constituição de outros serviços de atenção em saúde mental. Como dito anteriormente, lidar com território implica ir além da constituição de serviços de saúde, pois exige envolvimento na cultura local, inclusive em seus conflitos. Inserir um usuário de saúde mental na comunidade exige o embate com o estigma de “louco” que o situa na condição de perigoso, de inabilitado, daquele que deveria estar recluso, escondido.

A desconstrução do imaginário do “louco perigoso” está contida na destruição dos “manicômios mentais” que aprisionam a razão em nome da norma (Pelbart, 1992). Essa destruição passa por estratégias múltiplas de mudanças pessoais, grupais e institucionais através de novas práticas reafirmadas com resultados de inserção, encontros, debates, capacitações e abertura para a construção coletiva da desinstitucionalização.

Desinstitucionalizar, segundo Paulon (2003), refere-se a colocar em questão a noção mesma de loucura, assim como das práticas e formas de relação que estabelecemos com ela, seja na condição de doentes, técnicos, familiares ou comunidade em geral. A problematização das diferentes implicações que os atores sociais, profissionais de saúde ou não, tem com a instituição da loucura é o que permite um avanço no processo de desinstitucionalização

que, nesta medida, se inscreve muito mais no plano dos processos de subjetivação do que das leis ou mesmo das medidas pedagógico-informativas.

Ambiciona-se na reforma psiquiátrica a manutenção de uma assistência ao usuário de saúde mental em sua comunidade. Busca-se evitar as internações psiquiátricas que o retiram de seu contexto sociocultural, costumam ser traumáticas e dificultam sua reinserção social. Contudo, mesmo dentro de suas comunidades, os usuários enfrentam o estigma e acabam sendo excluídos das práticas sociais. Porém, é somente no seio da comunidade que o estigma pode ser desconstruído.

As práticas corporais são elementos constituintes de uma dada comunidade e constituídas por elas, de tal forma que se configuram como um potencial veículo de pertencimento. O desenvolvimento de práticas que façam sentido para o usuário pertencente de determinada comunidade se torna, dessa forma, importante instrumento terapêutico.

Gostaria de ressaltar que a utilização do termo “práticas corporais” no lugar de “atividade física” não é mero acaso. Na 1ª Conferência Internacional de Consenso sobre Exercício Físico, Aptidão Física e Saúde realizada em Toronto no ano de 1988, a atividade física ficou definida como “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em gasto de energia” (Bouchard; Shephard; Stephens, 1990, p. 48). Já o termo “prática corporal”, para Ana Márcia Silva (2001), deve ser compreendido em sua acepção de “levar a efeito” ou “exprimir” uma dada intenção ou sentido e fazê-lo, nesse caso, por meio do corpo. Essa expressão mostra adequadamente o sentido de construção cultural e linguagem presentes nas diferentes formas de expressão corporal. Esse sentido de construção cultural está ausente na expressão “atividade física”, que tanto etimológica como conceitualmente se mostra reducionista em sua perspectiva.

O desenvolvimento de grupos terapêuticos em serviços de saúde mental voltados para práticas corporais parece-me convergente à proposta de desinstitucionalização quando voltados para reinserção nas práticas da comunidade. Permanecer indefinidamente em grupos com participação apenas de usuários não atende a esse critério. Arouca (2002) atenta que o conceito saúde/doença está ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura, sendo, portanto, fundamental o exercício da intersetorialidade. A saúde não se restringe aos serviços de atenção, está em diferentes espaços do território, na composição das redes sociais e assistenciais dos indivíduos, de forma que a intervenção em saúde mental deva estar voltada para a cidade e não para a doença, limitando-se a atendimentos em consultório. Na mesma lógica, a intervenção da educação física deve voltar-se para o agenciamento e potencialização de práticas corporais na comunidade. Por certo que em determinados momentos espaços mais continentais são necessários e podem, inclusi-

ve, justificar a estruturação de grupos apenas de usuários de saúde mental; contudo, a permanência indefinida não deve constituir-se como objetivo.

Um tratamento voltado para a vida na cidade, para a vitalidade, exige o rompimento com a lógica biomédica de cura, onde as atividades físicas agem como se fossem remédios, em uma perspectiva de uso-efeito, causa-consequência. Exige rompimento com o foco na doença, no entendimento de sofrimento psíquico que precisa ser sanado para se alcançar o padrão normal de indivíduo. Ilustro a perspectiva da vitalidade através de Madel Luz:

[...] estar saudável é também ter alegria, disposição para a vida, recuperar o prazer das coisas cotidianas e poder estar com os outros (família, amigos). Desse ponto de vista, ter saúde é romper o isolamento provocado pelas sanções a que a sociedade contemporânea relega parte importante de seus componentes, em razão de idade, da doença, do desemprego, da pobreza, considerando-se as principais fontes de isolamento. A saúde representa, neste caso, uma vitória contra a morte social[...]. Em outras palavras, a conquista da saúde não deixa de ser, muitas vezes, fruto de uma vitória contra a cultura. (Luz, 2003, p. 116)

A luta antimanicomial implica necessariamente a politização da intervenção. Politizar é retirar o cuidado em saúde mental de sua tradicional função de controle social, feita em nome de ditames técnicos e científicos, para colocá-la a trabalho pela autonomia e independência das pessoas. Trata-se de aproveitar as vantagens trazidas pelos avanços da técnica e da ciência, redimensionando, porém, seu lugar e importância no trato da loucura (Giacoia Junior, 2003).

Entendemos autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida conforme as diversas situações que enfrente, assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência, nem com independência. Dependente somos todos; a questão dos usuários é, antes, uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Essa situação de dependência restrita/restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida. (Tykanori apud Tenório, 2001, p. 64)

Ao encarar os discursos manicomial e antimanicomial, a luta pela desinstitucionalização ou pela manutenção do hospital psiquiátrico, a humanização do cuidado em saúde ou a manutenção do modelo biomédico parece-me adequado ressaltar que o fazer científico é também político quando se opera com o conceito de poder-saber e o sistema de constituição de verdades em Foucault. Para tanto, compor uma forma não manicomial para educação física na saúde mental passa, essencialmente, por uma discussão politizada do conceito de saúde, pela implicação com a cultura corporal comunitária e por discutir a inserção da área na saúde coletiva. Devemos questionar o

que entendemos por saúde, que tipo de intervenção estamos fazendo e qual queremos, mas, sobretudo, devemos escutar as pessoas com as quais trabalhamos e estar atentos às culturas nas quais estamos inseridos.

## Referências

AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. ACSM position stand: the recommend quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardio-respiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Med Sci Sports Exerc.*, Indianapolis, v. 30, n. 6, p. 975-991, 1998.

AROUCA, S. O eterno guru da Reforma Sanitária. *Radis 3*, Rio de Janeiro, n. 3, p. 18-21, 2002. [Entrevista].

CARVALHO, S. R. *Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal de Campinas, Campinas, 2002.

BARRETO SOBRINHO, J. de O. O esporte para pacientes em uma comunidade terapêutica psiquiátrica. *Comunidade Esportiva*, Rio de Janeiro, n. 31/32, ano IV, p. 11-13, jul./out. 1984.

BARROS, F. O. PAI-PJ – Projeto de Atenção Interdisciplinar ao paciente judiciário. *Cadernos de Texto de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*, Brasília, Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2001.

BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.; STEPHENS, T. Exercise, fitness and health: the consensus statement. In: EDWARDS, P. *A healthy city is an active city: a strategic framework of the promotions of Active Living at the community or city level*. Toronto, Lifestyle Information Network (LIN), p. 44-68. 1990. Disponível em: <<http://www.lin.ca/resorce/htmlal044%5B5%5D.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2003.

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

DIAS, M. T. G. Manicômios: sua crítica e possibilidade de superação. In: PUEL, E. et al. *Saúde mental: transpondo as fronteiras hospitalares*. Porto Alegre: Dacasa, 1997. p. 11-19.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2004.



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

GIACOIA JUNIOR, O. Prefácio. In: LOBOSQUE, A. M. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.

LUZ, M. T. *Novos saberes e práticas em saúde coletivas: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec, 2003.

MÜHLEN, J. C.; MASIERO, D.; BRAUNER, L. M.; GOELLNER, S. V. A intervenção do Profissional de Educação Física no Sistema Público de Saúde: a experiência do Grupo PET. In: XIV Salão de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Anais...*, Porto Alegre, 2002. p. 610.

PATE R. R.; PRATT, M.; BLAIR, S. N.; HASKELL, W. L.; MACERA, C. A. BOUCHARD, C. et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, Chicago, v. 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, S. M. *Desinstitucionalização da loucura, práticas de cuidado e a reforma psiquiátrica no RS*. Projeto de Tese (Doutorado), Universidade do Vale dos Sinos, São Leopoldo, 2003.

PELBART, P. P. Biopolítica e biopotência no coração do Império. In: LINS, D.; GADELHA, S. (Org.). *Nietzsche e Deleuze: o que pode o corpo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

\_\_\_\_\_. Manicômio mental: a outra face da clausura. *SaúdeLoucura*, São Paulo, n. 2, Hucitec, 1992.

PELUSO, M. A. M.; ANDRADE, L. H. S. G. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics*, São Paulo, v. 60, n. 1, p. 61-70, 2005.

SILVA, A. M. A natureza da Physis Humana. In: SOARES, C. (Org.). *Corpo e história*. Campinas: Autores Associados, 2001. p. 25-41.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VEIGA-NETO, A. *Foucault e a educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

WACHS, F.; COSTA, M. R. P.; GOELLNER, S. V. Mudando pesos e formas. In: XIV Salão de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Anais...*, Porto Alegre, 2002. p. 506.