

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Francisco Goldschmidt Filho

O ESTÁGIO CURRICULAR DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): um relato de experiência sobre o processo de
aprendizagem em serviço

Porto Alegre

2013

Francisco Goldschmidt Filho

O ESTÁGIO CURRICULAR DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): um relato de experiência sobre o processo de
aprendizagem em serviço

Trabalho de conclusão de curso apresentado à escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção de grau de Bacharel em Educação Física.
Orientador: Prof. Dr. Alex Branco Fraga

Porto Alegre

2013

Francisco Goldschmidt Filho

O ESTÁGIO CURRICULAR DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): um relato de experiência sobre o processo de
aprendizagem em serviço

Conceito Final: _____

Aprovado em: de de

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Alex Branco Fraga - UFRGS

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), vinculados ao Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), caracterizam-se como a principal alternativa para a mudança do modelo clássico de tratamento em psiquiatria centrado no manicômio. Esse serviço se caracteriza pela implementação de projetos terapêuticos elaborados por uma equipe multiprofissional em saúde que almejam a reinserção social e autonomia de indivíduos em sofrimento psíquico. O profissional de Educação Física (EFI) pode ser integrante dessa equipe, no entanto sua presença não é garantida por lei. É nesse contexto que desenvolvo meu trabalho, dentro de um CAPS da cidade de Porto Alegre no qual realizei meu estágio curricular obrigatório e que conta com uma profissional de EFI na equipe multiprofissional. Sendo assim o objetivo principal do estudo é entender de que modo se processa a aprendizagem em estágio dos estudantes de EFI no serviço de saúde mental em um CAPS. A partir da perspectiva de um estudo qualitativo faço uso da observação participante e registros em caderno de impressões acerca do trabalho desenvolvido nas oficinas de teatro e passeio, e em reuniões com a equipe de recreação terapêutica. A fim de responder ao objetivo do estudo, construí de três categorias de análise que emergiram das vivências no estágio: (1) Relação dos usuários com os estagiários; (2) Relação dos estagiários com as profissionais de EFI e Terapia Ocupacional (TO); (3) Papel terapêutico das oficinas de passeio e teatro. A partir da análise dessas categorias foi possível constatar que o tema sobre saúde mental não foi aprofundado durante minha graduação; os usuários têm uma boa aceitação dos estagiários; tanto a profissional de EFI quanto a de TO contribuíram muito para o aprendizado dos estagiários.

Palavras-chave: CAPS, Educação Física, saúde mental.

ABSTRACT

The Psychosocial Care Center (CAPS), linked to the Brazilian Unified Health System is the main alternative to replace the classical psychiatric treatment model, that is focused in the psychiatric hospital (asylum). This service is characterized by the set up of therapeutic projects created by a multiprofessional health team which goal is the social reintegration and self-sufficiency of individuals in psychological distress. Physical Education professionals could be member of this team, however their presence is not mandatory by law. This study is developed in connection with my mandatory internship at a CAPS unit in Porto Alegre, where a Physical Education professional is part of the multiprofessional team. The purpose of this study is to understand how the learning procedure works in the mental health service at a CAPS unit. From the perspective of a qualitative study, I use of participant observation, and records in notebook about the work developed in theater and trip workshops and also on meetings with the staff of therapeutic recreation to write this study. I constructed three categories of analysis that emerged from experiences on stage: (1) link among users and trainees; (2) link among trainees, Physical Education professionals and Occupational Therapist; (3) Therapeutic role of trip and theater workshops. By reviewing these categories it was found out that the mental health subject was not thorough during my graduation; trainees are well-accepted by CAPS users; both PE and OT professionals greatly contributed with the trainees learning process.

Key-words: CAPS, Physical Education, mental health.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CERSAMs – Centros de Referência em Saúde Mental

EFI – Educação Física

ESEF – Escola de Educação Física

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de conclusão de curso

TO – Terapeuta Ocupacional

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	11
3	COMPREENDENDO MELHOR OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	15
4	ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	18
5	METODOLOGIA.....	23
6	O CAPS OBSERVADO.....	26
7	OFICINAS TERAPÊUTICAS.....	28
7.1	OFICINA DE PASSEIO.....	29
7.2	OFICINA DE TEATRO.....	30
8	DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	32
8.1	RELAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS ESTAGIÁRIOS.....	32
8.2	RELAÇÃO DOS ESTAGIÁRIOS COM AS PROFISSIONAIS DE EFI E TO.....	35
8.3	PAPEL TERAPÊUTICO DAS OFICINAS DE PASSEIO E TEATRO.....	37
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
	REFERÊNCIAS.....	42

1 INTRODUÇÃO

Sou formado em Licenciatura em Educação Física pela Escola de Educação Física (ESEF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) no ano de 2010. Em 2012 retornei, por motivos que não cabe aqui citar, para o curso de bacharelado. Durante minha primeira graduação na ESEF/UFRGS não tive nenhum contato com o tema relacionado à saúde pública, não havia nenhuma disciplina de caráter obrigatório que contemplasse essa temática, apenas uma eletiva e oferecida como tópicos especiais (Educação Física especial em Saúde Pública), sendo tópico especial não era oferecida todos os semestres. Outra forma de aproximação com o tema era através dos estágios curriculares não obrigatórios, com os quais acabei não tendo contato. Sendo assim me formei sem tomar conhecimento acerca do assunto.

Nesta minha segunda passagem pela instituição ocorreu uma reformulação curricular nos cursos de Educação Física (licenciatura/bacharelado), onde o tema da saúde pública passou a ser abordado de forma mais efetiva, tendo em vista que é uma área de atuação emergente para a Educação Física (EFI). Isso se justifica pelo fato de a EFI, através da Resolução 218 de 06 de março de 1997, passar a ser reconhecida como uma das áreas da saúde e ser uma possibilidade de atuação dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). No currículo do bacharelado foram incluídas novas disciplinas obrigatórias relacionadas à área da saúde pública como: Bases das práticas corporais e saúde, Organização do Sistema de Saúde do Brasil e Práticas corporais na rede de atenção básica a saúde. Abordando temas como: o SUS, políticas públicas de saúde, a rede de atenção básica à saúde. Também foi incluída uma disciplina de caráter eletivo - Tópicos especiais em educação física II – que trata especificamente da saúde mental. Os estágios nessa área de atuação foram mantidos. Sendo assim tive um melhor entendimento sobre esta questão.

Cursando essas disciplinas me interessei sobre o tema, e através do estágio curricular obrigatório tive a possibilidade de atuar em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Busquei me matricular em alguma área de atuação que não tivesse tido contato, seja na minha graduação em licenciatura ou na minha atuação

profissional. Desta forma ao me matricular para o estágio em um CAPS aceitei o desafio em trabalhar em algo que era totalmente novo para mim.

Decidi fazer o meu trabalho de conclusão de curso (TCC) sobre a experiência que tive no estágio curricular obrigatório. Optei por isso para ter um maior aprofundamento da área que talvez não tivesse se só cursasse as disciplinas sobre saúde pública, e também porque este é um tipo de TCC que vem sendo realizado por outros colegas de curso no mesmo campo.

Com relação à estrutura do trabalho apoiarei minhas análises prioritariamente em autores da EFI que abordam o assunto. Em um primeiro momento faço uma aproximação com a Reforma Psiquiátrica brasileira. Movimento que deu visibilidade à luta antimanicomial e busca a substituição da figura do hospital psiquiátrico como única forma de tratamento para pessoas em sofrimento psíquico (TENÓRIO, 2002; WACHS, 2008; AMORIM e DIMENSTEIN, 2009; WACHS e FRAGA, 2009).

Após ter sido feita a contextualização da Reforma Psiquiátrica brasileira abordo a figura do CAPS, este entendido como elemento chave para a Reforma Psiquiátrica em andamento no Brasil (WACHS, 2008) e por se tratar de um lugar de:

[...] referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004a, p. 13).

Dando sequência ao estudo tento traçar uma relação entre as práticas do profissional de EFI e a sua inserção no CAPS, abordando a sua importância e contribuição para o serviço. Uma vez que a sua presença não é obrigatória na equipe multiprofissional do CAPS, faz-se necessária à reflexão de como podemos contribuir para o serviço.

Após abordar as questões supracitadas, apresento a minha experiência no estágio propriamente dito. Faço uma contextualização do CAPS em que realizei meu estágio e também das oficinas nas quais atuei, para que o leitor consiga ter uma melhor aproximação do objeto de estudo. Exponho minhas impressões enquanto estagiário de EFI em saúde mental. Tento estabelecer uma relação entre a literatura e o que vi/percebi na minha prática durante o estágio obrigatório.

Tendo abordado estas questões este trabalho se justifica primeiramente pelo meu interesse pessoal em conhecer e aprender mais sobre uma área que ainda é nova para a EFI, mas que tem possibilidades de se tornar um grande campo de atuação. Pelo desafio de enfrentar o “novo” tendo em vista o fato de que eu nunca trabalhei nesse tipo de local e com esse tipo de população. Pela relevância de se explicitar que tipo de atividade cabe ao profissional de EFI, juntamente com uma equipe multiprofissional, dentro dos CAPS.

Sendo assim o objetivo principal do estudo é entender de que modo se processa a aprendizagem em estágio dos estudantes de EFI no serviço de saúde mental em um CAPS. De modo mais específico o estudo objetiva:

- Descrever a estrutura básica do CAPS estudado e relatar as atividades vivenciadas nas oficinas de Passeio e Teatro;
- Apontar de que modo os usuários com os quais tive contato direto se relacionam com a figura do estagiário;
- Discutir o processo de aprendizagem em serviço a partir da relação entre estagiário e preceptora de EFI;
- Analisar as expectativas do estagiário sobre o tipo de intervenção imaginada antes de começar o estágio e as efetivas demandas encontradas no serviço.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A Reforma Psiquiátrica, de forma geral, pode ser entendida como um processo histórico de caráter crítico que tem como objetivos a reformulação do modo de se pensar a saúde mental. Busca a elaboração de propostas para a alteração do modelo clássico de atendimento em psiquiatria centrada no hospital psiquiátrico, mais conhecido como manicômio. Wachs (2008) diz que:

As mudanças legislativas, as mudanças nas políticas públicas, a presença de novas orientações teóricas e de novos recursos terapêuticos no cuidado em saúde mental constituem um conjunto que costuma ser denominado de Reforma Psiquiátrica (p. 28).

O Brasil vive o processo da Reforma Psiquiátrica, que efetivamente ganhou força nas últimas décadas. Segundo Tenório (2002, p.28) “o movimento atual da Reforma Psiquiátrica brasileira tem como período germinativo a luta mais ampla pela redemocratização do país, na segunda metade da década de 1970”. Esse movimento contou com a participação tanto de trabalhadores, familiares, quanto de pacientes em saúde mental.

Amorim e Dimenstein (2009) ressaltam a necessidade de mudar a cultura do cuidado com a loucura, sendo assim:

[...] o movimento de reforma psiquiátrica brasileira busca a desconstrução da realidade manicomial - para além da “queda dos muros manicomial” em sentido físico - e a construção de novas realidades, segundo novas bases epistemológicas, políticas e sociais, operando transformações de toda uma cultura que sustenta a violência, a discriminação e o aprisionamento da loucura (p. 197).

Para Wachs e Fraga (2009, p.94) a “Reforma Psiquiátrica, em implementação no Brasil, propõe a substituição do modelo manicomial de assistência por uma rede integral de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico”. Abib e Ferreira acrescentam que:

O movimento da Reforma Psiquiátrica buscou transformações no modelo de atenção à saúde mental para um atendimento mais humanizado e não centralizado em hospitais psiquiátricos (manicômios). Transformações que estivessem ancoradas em projetos terapêuticos pautados na inclusão, em formas mais dignas de vida, dando às pessoas em sofrimento psíquico a possibilidade de ressignificar suas vidas em convívio social (2010, p.12).

Alguns fatos contribuíram de forma a reestruturar os serviços de saúde no Brasil, aqui me refiro em especial a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Ocorreu em meio ao movimento sanitarista brasileiro e caracterizou-se por ser a primeira conferência que contou com participação popular. Considerada um marco na reestruturação das políticas de saúde no Brasil criticou fortemente o modelo “centralizador, privatista, autoritário, hospitalocêntrico e meritocrático” (WACHS, 2008, p. 33). Sua repercussão foi tão efetiva que refletiu na Constituição Federal de 1988, onde diz no artigo 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Como previsto na Constituição Federal de 1988 é instituído pelas Leis Federais 8080/90 e 8142/90 o SUS, onde segue princípios e diretrizes objetivando a promoção, prevenção e recuperação da saúde, sem fazer distinção entre o cidadão, como é evidenciado no trecho:

Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (BRASIL, 2004a, p. 13).

Outro fato importante, a Declaração de Caracas (1990), pode ser considerada um marco para o processo da Reforma Psiquiátrica nos países da América Latina. Dessa forma veio a nortear políticas governamentais da América Latina a como lidar com a questão da saúde mental.

Houve forte crítica ao papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico e a relação com a sua prestação de serviços. Fica clara a constatação de que estes locais não seriam a forma apropriada de lidar com as questões de saúde mental. Em um local desses, isolado, torna-se cada vez mais complicado reintegrar esse sujeito ao convívio com a sociedade, usurpando, de certa forma, esse cidadão de seus direitos previstos na legislação. Dessa forma a Declaração de

Caracas teve papel importante para que a assistência psiquiátrica fosse vinculada ao Atendimento Primário de saúde, criando modelos alternativos para o tratamento desses indivíduos dentro de suas comunidades, havendo o cuidado para que não fossem excluídos do convívio de seu meio e que fossem tratados de forma menos invasiva, primando para que sejam mantidos os seus direitos como cidadãos. Pode-se evidenciar esse pensamento no seguinte trecho da declaração:

1 Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; 2 Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; 3 Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário (BRASIL, 2004b, p.12).

O Rio Grande do Sul foi o estado pioneiro do Brasil a elaborar uma lei a cerca da Reforma Psiquiátrica (lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992), fundamentada na Constituição Federal, prevê que os direitos dos cidadãos sejam preservados:

Com fundamento em transtorno em saúde mental ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, internações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade sem o devido processo legal nos termos do art. 5º, inciso LIV, da Constituição Federal (BRASIL, 2004b, p. 63).

Esta lei determina a progressiva diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos e o aumento na rede de atenção integral em saúde mental. Determina regra que protege pessoas em sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas. Prima pela substituição do sistema hospitalocêntrico e determina que indivíduos maiores de idade só possam ser internados mediante laudo médico confirmando tal necessidade. Busca a criação de uma rede integrada e serviços assistenciais de atenção sanitária e social.

Esta lei é tão incisiva na redução e adequação dos hospitais psiquiátricos previstos na Reforma Psiquiátrica que estipulou cinco anos como prazo para estas instituições se enquadrarem nesse novo sistema de atenção à saúde mental, sendo essa adequação um pré-requisito para a renovação da sua licença de funcionamento. Por outro lado, será permitida a construção de unidades

psiquiátricas em hospitais gerais de acordo com as demandas locais regionais. Haverá uma implantação e manutenção na rede de atendimento integral em saúde mental, sendo que esta será descentralizada e municipalizada, atendendo as necessidades regionais.

Finalmente no ano de 2001 é aprovada a lei nacional (lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001) que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Gostaria de destacar o 2º artigo, números VIII e IX, onde se referem que a pessoa em sofrimento mental deve respectivamente: “ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis” e “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (BRASIL, 2004b, p. 17). Fica claro assim a mudança de pensamento quanto à eficiência do hospital psiquiátrico para a efetiva reinserção deste usuário na comunidade, devendo ser dada prioridade para serviços substitutivos, menos invasivos.

Segundo Wachs e Fraga (2009):

Entre as estratégias da Reforma Psiquiátrica podemos destacar os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Programa de Volta para Casa, a promoção de saúde mental na atenção básica e a capacitação de profissionais que atuam em tal nível de assistência, a implementação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, a criação de oficinas de geração de renda e de oficinas terapêuticas, a criação de Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Esses últimos são considerados a principal estratégia na reformulação do modelo de assistência e são responsáveis pela articulação da rede de cuidado (p. 94).

Tendo esta compreensão sobre a Reforma Psiquiátrica, em especial a brasileira, vou tratar no próximo capítulo exclusivamente sobre os CAPS devido a sua importância na reformulação do modelo de assistência à saúde mental.

3 COMPREENDENDO MELHOR OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O CAPS é um modelo de cuidado em saúde mental no qual seu funcionamento não nasce de propostas legislativas. Algumas ações isoladas, anteriores, influenciaram “sua regulamentação e financiamento pelo SUS” (WACHS, 2008, p. 43).

O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em 1986, na cidade de São Paulo. Foi o Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira, mais conhecido com o CAPS da Rua Itapeva (BRASIL, 2004a). Esse e tantos outros CAPS que foram criados no país surgiram da uma intensa mobilização social,

[...] inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2004a, p. 12).

Ainda em relação ao CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, Tenório (2002, p. 39) afirma que o referido CAPS “tornou-se uma espécie de exemplo irradiador de um novo modelo de cuidado para a psiquiatria brasileira”. Nesse contexto surgem novos serviços de atendimento à saúde mental em diversos municípios, os quais se afirmam como métodos que alteram a forma de atenção até então dada à saúde mental bem como ocorre a diminuição do número de internações. Os CAPS, juntamente com os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) foram criados oficialmente a partir da:

[...] Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2004a, p. 12).

É necessário que se entenda o que são os CAPS e sua importância no tratamento de pessoas com sofrimento psíquico, sendo fundamentais no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. “A implementação desses estabelecimentos procura, sobretudo, instituir uma nova forma de olhar para o sofrimento psíquico” (WACHS e FRAGA, 2009, p. 94). O Ministério da Saúde elaborou em 2004 um

manual destinado a gestores, trabalhadores de saúde e usuários a fim de que compreendessem melhor o serviço, onde:

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004a, p. 9).

Os CAPS no modelo que vemos hoje são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, também fazem parte os NAPS e os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) (BRASIL, 2004a). Estes serviços, que se caracterizam por serem substitutivos, integram a rede do SUS. Entende-se por serviço substitutivo aquele que rompe com a necessidade da internação, substituindo o modelo hospitalocêntrico, buscando através de métodos menos invasivos a reinserção do sujeito na sociedade. Em suma, ele não é complementar ao hospital psiquiátrico, ele rompe com essa lógica, sendo “o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento” (BRASIL, 2005, p. 25).

O CAPS atende a uma determinada área de abrangência, onde além de realizar o acompanhamento clínico se esmera para buscar a reinserção dos usuários através do “acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004a, p. 13). Percebe-se que nessa nova ótica de se pensar na atenção aos usuários dos serviços de saúde mental se busca a autonomia dos mesmos e que sejam protagonistas de suas próprias vidas. Essas constatações vão ao encontro dos achados de Abib, Fraga e Wachs (2010) onde afirmam que:

Esse novo modelo de atendimento aos usuários dos serviços de saúde mental está calcado no pressuposto de que eles são convidados a participar ativamente no processo de tratamento, por meio de atividades que visem sua reinserção na sociedade, a circulação pelos espaços das cidades e o contato com novas possibilidades e diversas vivências, sejam elas laborais ou de lazer (p. 2).

As atividades desenvolvidas no CAPS devem ser realizadas em um meio terapêutico. É preciso que os profissionais envolvidos no tratamento dos usuários criem um ambiente facilitador e acolhedor, para que o usuário sinta-se seguro para realizar as suas atividades, tanto de caráter individual quanto coletivo. Desta forma existe:

[...] a oferta de atividades terapêuticas diversificadas e a constituição de uma equipe multiprofissional. Busca-se oferecer ao paciente a maior heterogeneidade possível, tanto no que diz respeito às pessoas com quem que ele possa se vincular, quanto no que diz respeito às atividades em que possa se engajar (TENÓRIO, 2002, p. 39,40).

No que se refere aos profissionais que desenvolvem o trabalho dentro do CAPS há a possibilidade do trabalho de profissionais de EFI. Como pode ser evidenciado neste trecho do manual do CAPS (BRASIL, 2004a):

Os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. É um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos (p. 26).

O trabalho deve ser articulado por toda a equipe multiprofissional a fim de obter melhores resultados com os usuários. Porém diferentemente de outras profissões que tem sua presença obrigatória em um CAPS, como por exemplo, a figura do médico psiquiatra e a do enfermeiro, a EFI é facultativa, dessa forma pode não haver profissionais de EFI trabalhando nos CAPS. No capítulo a seguir farei referência justamente à essa questão, sobre o papel do profissional de EFI dentro de um CAPS.

4 ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A EFI ainda é considerada uma área nova e de pouca afirmação na área da saúde pública. No entanto, faz-se necessário constatar que iniciativas do poder público vêm destinando lugar para a sua atuação na saúde pública em serviços do SUS, como é o caso dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) criado em 2008 “que guardaram com especial importância intervenções na área temática das Práticas Corporais/ Atividade Física” (PASQUIM, 2010, p. 195). Em um primeiro momento é fundamental que se tenha claro que se a EFI deseja assumir um lugar concreto dentro da lógica do SUS, é necessário que rompa o paradigma biomédico (CECCIM e BILIBIO, 2007; DAMICO, 2007; MADEL, 2007; WACHS, 2007). Precisa pensar de uma forma integral e menos fragmentada, que muitas vezes se restringe a lógica biologicista, desta forma a EFI:

[...] necessita liberar-se das amarras da verdade e do saber biomédico, livrar-se das disciplinas totalizantes e dos interesses corporativos, econômicos e políticos para estabelecer uma dimensão cuidadora e desarmada de tecnologias fragmentadas. Trata-se então, de perceber que não estamos aqui diante de um fazer na educação física desvinculado de teoria, mas de um fazer produzido e orientado por outras teorias que não aquelas preconizadas, intencional e explicitamente, pela comunidade científica da área (DAMICO, 2007, p. 83-84).

Ceccim e Bilibio (2007) reforçam a ideia de se desvincular do conhecimento biomédico como única forma de abordagem, afirmando que a EFI poderá ampliar a capacidade de resposta e inclusão do SUS no que tange as novas necessidades em saúde. Valendo-se da lógica integral de tratamento, afirmam que a população não deve ser apenas curada unilateralmente, higienizada, a necessidade vai muito além da ausência da doença. Dessa forma, pensando em um cuidado integral do indivíduo é que a EFI pode firmar-se dentro do SUS.

Dependência química, alcoolismo, tabagismo, estresse, sedentarismo, obesidade, diabetes e hipertensão, loucura e deficiências mentais, físicas ou sensoriais, velhice e adolescência, sexualidade, vulnerabilidades, prevenção da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis na adolescência etc. constituem as demandas crescentes da atenção à saúde e parecem confirmar a demanda por oferta de educação física; uma educação física, entretanto, das práticas corporais cuidadoras e dos saberes sobre a rede de comunicações entre vida mental e capacidades do organismo, a rede de comunicações entre interações lúdicas ou

desportivas e corporeidade e a rede de disposições afetivas e estado corporal (CECCIM e BILIBIO, 2007, p. 59, 60).

Carvalho (2007) faz referência à prática cuidadora em saúde salientando a sua importância dentro de um tratamento em saúde pública, também se preocupa em esclarecer o termo de forma geral e específica de EFI, tendo em vista que para esta última este termo não é muito comum.

Considera-se cuidado, portanto, a relação entre duas ou mais pessoas que buscam aliviar o sofrimento, ou intervir com intuito de conquistar uma qualidade de vida melhor. Do ponto de vista individual e coletivo, em estreita articulação, o cuidado representa o compromisso e a responsabilidade de cada um e de todos com a construção de atitudes e estratégias que visam à transformação de situações degradantes à vida. O cuidado, assim, implica produção, circulação e acesso aos saberes e práticas no campo da saúde e, em especial, às práticas corporais (CARVALHO, 2007, p. 65).

Onde práticas corporais podem ser entendidas como manifestações repletas de significados para determinados grupos com relação à cultura corporal.

Contemplam as vivências lúdicas e de organização cultural e operam de acordo com a lógica do acolhimento, aqui no sentido de estar atento às pessoas, de trabalhar ouvindo seus desejos e necessidades e, ao mesmo tempo, orientá-las e encaminhá-las de modo a atendê-las para além do imediato (CARVALHO, 2007, p. 65).

Primeiramente fiz um apanhado geral sobre a prática de EFI na saúde pública, no SUS, a forma como deve ser pautada, através de um trabalho de cunho integral e cuidador, buscando o bem-estar do indivíduo em todas as suas esferas. Nesse momento me deterei a falar do cuidado em saúde mental, tentando fazer uma aproximação com o CAPS, trazendo referências que abordam a atuação do profissional de EFI dentro desta que é considerada a principal estratégia de reformulação do modelo de assistência em saúde mental.

Trago o trecho do manual do CAPS elaborado pelo Ministério da Saúde (2004a) no qual elenca as atividades terapêuticas que podem ser oferecidas pelo CAPS, são elas:

- Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação;
- Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal;
- Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares;

- Atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários;
- Assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço: a Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido (p. 17).

Dentre as atividades terapêuticas elencadas acima percebe-se que o tópico “atendimento em grupo” contém oficinas e atividades que mais se aproximam da área de conhecimento da EFI, no entanto, a presença do profissional de EFI no CAPS é uma possibilidade e não uma obrigatoriedade.

Corroborando com a ideia das práticas corporais Wachs (2007), em seu estudo, salienta sua relação com a cultura de cada comunidade e seu cunho terapêutico.

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 (p. 95).

Seguindo nesse viés Abib, Fraga e Wachs (2010) analisam uma oficina terapêutica envolvendo práticas corporais. A oficina observada foi a de futebol, afirmam que um dos objetivos da oficina supracitada era a reinserção dos sujeitos em suas comunidades, sendo esse pautado no novo modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira, onde busca romper com a hegemonia do modelo hospitalocêntrico ilustrado na figura do hospital psiquiátrico. Perceberam a oficina de futebol como uma importante ferramenta para o cuidado de pessoas com intenso sofrimento psíquico, uma vez que no momento da realização da mesma os usuários agiam de forma autônoma. Claro que fazendo parte de um projeto bem maior composto por uma equipe multiprofissional, desta forma evidenciaram que:

[...] os intervenientes no cuidado com pessoas em intenso sofrimento psíquico são de várias ordens – e muito mais complexos do que uma simples partida de futebol; contudo, a participação ativa dos usuários

na oficina permitiu que cada um deles se visse como protagonista dentro de um grupo, posição que poucas vezes ocuparam ao longo de suas trajetórias de vida. Compromisso, organização pessoal e coletiva, prazer, autonomia e senso crítico ganharam visibilidade em cada disputa de bola, marcação de falta, discussão sobre um lance duvidoso, marcação de um gol e no “apito final” (ABIB, FRAGA e WACHS, 2010, p. 12).

Outra questão importante de ser elucidada é que a intervenção em saúde mental deve ser voltada para a cidade/comunidade e não apenas para o sofrimento, sendo assim não deve estar restrita ao atendimento dentro de um consultório e/ou hospital, dessa forma a EFI:

[...] 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, inclusive, 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 (WACHS, 2007, p. 95, 96).

Abib e Ferreira (2010) afirmam que é relevante a proposta por um trabalho embasado nas práticas corporais em suprimento da visão reducionista das atividades físicas, dessa forma podem ser trazidos para a prática:

[...] diversos elementos da cultura corporal no intuito de possibilitar às pessoas um processo de autoconhecimento, compreendendo a sua existência para além das questões orgânicas, educando-as para serem críticas e poderem se relacionar nas esferas coletivas de modo reflexivo e ativo (p. 18).

É necessário que o profissional de EFI tenha clara a noção de que ele, ao estar inserido no CAPS, será incorporado em um projeto terapêutico e que as exigências vão além da sua área de formação, sendo assim ele assume:

(...) uma identidade de profissional de saúde mental sob a qual compõe suas práticas voltadas para o cuidado dos portadores de sofrimento psíquico. Algumas vezes essas práticas escapam a sua especificidade, mas é a partir de sua identidade de professor de educação física, de seu trato com componentes da cultura corporal, que esse profissional pode vir a enriquecer as práticas no contexto do CAPS (WACHS, 2008, p. 120).

Abib e Ferreira (2010) também se remetem a necessidade de o profissional de EFI não se deter apenas as oficinas terapêuticas de práticas corporais, mas sim

se engajar no trabalho de acordo com as demandas dos usuários, como fica claro no trecho:

Devemos atuar de acordo com as demandas dos serviços de saúde mental do SUS, trabalhando de forma multi e interdisciplinar com os demais trabalhadores. Acolhimentos, escutas, visitas domiciliares, espaço de convivência, atividades de geração de renda, de cultura e circulação pela cidade, enfim, são varias as atividades desenvolvidas pelas equipes e que os professores e professoras de Educação Física devem também compartilhar dessas tarefas com os demais trabalhadores (p. 21).

Dessa forma Wachs e Fraga (2009) acreditam que o profissional de EFI não está inserido no serviço “para realizar apenas atividades de esportes, ginástica, dança ou outra prática corporal imediatamente associada a sua especificidade” (p. 99). Ele está lá para fazer parte de uma equipe em saúde mental que deve agir de forma multidisciplinar dando conta das especificidades do cuidar no CAPS. Além disso, acreditam que o profissional de EFI possa não ter dificuldades nesse trabalho que muitas vezes pode parecer fugir a sua especificidade pelo fato de:

[...] ser um profissional “novo” dentro do Caps (contratação não obrigatória, sem longa tradição no campo e sem tantos protocolos a serem seguidos) é que permita ao professor de educação física flutuar mais facilmente entre diferentes frentes de intervenção, transcender os limites de sua formação de graduação. Talvez por isso ele possa encontrar pontos de fuga da lógica “cada um faz o seu”. Não que ele fuja do seu fazer, de sua especificidade, mas ele agrega valores a esse fazer em prol das demandas de cuidado (WACHS e FRAGA, 2009, p. 99).

5 METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se por ser de cunho qualitativo, sendo realizado dentro de um CAPS II adulto da cidade de Porto Alegre, no qual realizei meu estágio curricular obrigatório. De acordo com Molina (2010, p.118) o termo qualitativo é utilizado para sustentar uma gama de “técnicas de investigação centradas em procedimentos hermenêuticos que tratam de descrever e interpretar as representações e os significados que um grupo social dá à sua experiência cotidiana”.

Faço uso do relato de experiência, onde pude contar a minha trajetória como estagiário no serviço. É sabido que o relato de experiência não é propriamente um método de pesquisa qualitativa, mas dela se aproxima pelo fato de trabalhar os significados atribuídos pelo próprio estagiário às situações por ele vivenciadas. Também é importante citar que outros acadêmicos já utilizaram o relato de experiência em serviços de saúde pública como TCC de forma bem sucedida, são os casos de César (2012) com o estudo “Práticas corporais na Estratégia de Saúde da Família: significados do Lian Gong na visão dos usuários de uma comunidade em Porto Alegre”, Kuhn (2012) “A oficina de voleibol em um Centro de Atenção Psicossocial: a visão dos usuários”, Siqueira (2012) “Alterações na organização do serviço de Recreação Terapêutica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre ao longo de sua história”, Vuaden (2012) “Grupo Qualidade de Vida: A importância da atividade física na Estratégia de Saúde da Família”, Torres (2011) “Educação Física na Estratégia de Saúde da Família: Relato de Experiência sobre as atividades na Unidade de Saúde da Família Rincão”, Vilela (2011) “A prática do método Lian Gong no CAPS ad Glória – Cruzeiro – Cristal (GCC): uma experiência na formação em serviço no curso de Educação Física através do PET-Saúde”, Menezes (2010) “A inserção da Educação Física na equipe multiprofissional do CAPSi Casa Melodia em Porto Alegre”, entre outros.

Cabe salientar que o período no qual realizei meu relato foi um recorte (oito semanas) do meu estágio, tendo em vista que o término do estágio se deu após a data final para a entrega deste trabalho. Durante o referido período participava da oficina de teatro que ocorria nas segundas-feiras, da de passeio, nas quartas-feiras,

bem como das reuniões de supervisão com a equipe de recreação terapêutica, composta pela professora de EFI (preceptora do estágio), a terapeuta ocupacional (TO), a residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental, cinco estagiários de EFI e uma estagiária de pedagogia, que ocorriam nas quintas-feiras. Fiz a utilização de diários de campo, que aqui chamei de “caderno de impressões”, para o registro das minhas impressões a cerca das atividades e usuários.

Sendo a observação um elemento de suma importância nos estudos que filiam a perspectiva qualitativa faço uso da observação participante, uma vez que ela vem sendo bastante utilizada em estudos qualitativos da área da saúde.

A observação participante é uma das técnicas muito utilizada pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação (QUEIROZ et al, 2007, p.278).

Desta forma, participava ativamente das oficinas e logo após o seu término registrava o que havia ocorrido antes, durante e depois das mesmas. Devido ao fato de as anotações no caderno de impressões terem sido feitas sempre após o término das atividades, faz-se necessário constatar que alguns diálogos ou situações mais sutis e/ou detalhadas possam ter sido perdidas durante a confecção do caderno de impressões, porém não havia como ser diferente uma vez que no estágio curricular obrigatório devemos nos portar como profissionais de EFI no campo de atuação.

Também foi realizada uma busca documental, do tipo revisão de literatura, mediante pesquisa em artigos científicos, dissertações, documentos oficiais em fontes digitais e impressas. Foram feitas pesquisas sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Educação Física (EFI) e a sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), mas precisamente no cuidado em saúde mental, buscando aproximar-se com o CAPS.

Faço uma contextualização do CAPS observado bem como das oficinas em que atuei objetivando uma maior compreensão por parte do leitor. Com relação à discussão crio três categorias de análise que julguei serem pertinentes para auxiliar na exposição do relato, são elas: (1) Relação dos usuários com os estagiários; (2) Relação dos estagiários com as profissionais de EFI e TO; (3) Papel terapêutico das

oficinas de passeio e teatro. Por fim, utilizando as informações obtidas através da revisão de literatura e das categorias de análise tento responder aos objetivos do estudo.

O trabalho seguiu os padrões éticos. Desta forma o nome da instituição, dos profissionais, bem como dos usuários envolvidos na pesquisa foram mantidos em sigilo.

6 O CAPS OBSERVADO

O CAPS no qual realizei meu estágio fica localizado em uma área central de Porto Alegre e se caracteriza por funcionar em um anexo de um grande hospital da cidade. Funciona desde o ano de 2000 nesse local, sendo credenciado junto ao Ministério da Saúde no ano de 2002. Caracteriza-se como CAPS II, que atende adultos de municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes (BRASIL, 2004a).

Com relação à estrutura física do CAPS, no prédio funciona também o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, 2004a). Desta forma o espaço destinado ao CAPS conta com salas multifuncionais: duas delas, maiores, são utilizadas para a realização de oficinas que também servem de espaço de convivência entre usuários e equipe; duas salas mais utilizadas para a realização de atendimentos individuais; uma cozinha e também uma área de repouso – com duas camas – onde os usuários, que passam o dia inteiro nesse serviço, podem descansar desde que sejam respeitados os horários para este fim. Na parte externa o local conta com um pátio arborizado onde existem alguns bancos, há também uma cesta de basquete instalada em uma das paredes do prédio, no entanto esta é mais utilizada pelo CAPSi.

O CAPS conta em sua equipe permanente com a presença de três enfermeiras, dois auxiliares de enfermagem, uma TO, uma professora de EFI, uma psicóloga, um assistente social, um recepcionista, uma funcionária da higienização, e um médico psiquiatra. O serviço também conta com a presença de residentes – da residência médica em psiquiatria e da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental (psicologia, EFI, nutrição e enfermagem) - uma professora de português, uma de artes, uma de teatro, um de música, além de estagiários de graduação.

De acordo com o projeto terapêutico do CAPS, os usuários que a ele são encaminhados passam por uma triagem realizada por profissionais de TO, psiquiatria, enfermagem e serviço social. Depois de feita a triagem os usuários são discutidos na reunião de equipe para que se defina a inclusão, grau de desabilitação

e plano de atendimento¹. O plano de atendimento conta com o plano I que se destina ao atendimento nos seis primeiros meses com o objetivo de resgatar hábitos de socialização, auto-cuidado, conhecimento sobre a doença e desenvolvimento de habilidades cognitivas. Já o plano II se destina a preparação para o trabalho e o convívio social, não necessitando serem realizadas dentro do CAPS.

¹ Projeto Terapêutico do CAPS observado, 2011.

7 OFICINAS TERAPÊUTICAS

Ao chegar ao CAPS, seja por encaminhamento da Unidade Básica de saúde (UBS), Programa de Saúde da Família (PSF), outro serviço de saúde, ou procurando diretamente esse serviço, será feita a acolhida e a pessoa será escutada em seu sofrimento (BRASIL, 2004a). O objetivo desse primeiro contato é buscar compreender da forma mais abrangente possível a situação do sujeito. Todos os usuários são discutidos pela equipe multiprofissional para que possa ser traçado o plano de atendimento no cuidado dos mesmos. Cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, como sugere o manual do CAPS elaborado pelo Ministério da Saúde:

Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades (BRASIL, 2004a, p. 16).

Na elaboração do projeto terapêutico individual são propostas aos usuários as atividades que eles mais se encaixariam e que ajudariam em seu tratamento. Dentro dessas possibilidades eles optam pelas que mais têm interesse, criando o compromisso de serem assíduos às mesmas.

Uma das formas utilizadas para o cuidado com os usuários são as oficinas terapêuticas. Segundo o manual do CAPS, as oficinas terapêuticas são:

[...] atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania (BRASIL, 2004a, p. 20).

No CAPS observado são oferecidas, por exemplo, oficinas de práticas corporais, geradoras de renda, alfabetização, expressivas, culturais. Todas visando auxiliar no tratamento dos usuários. Dessa forma, segundo o projeto terapêutico do CAPS observado (2011, p. 2) almeja “promover a manutenção dos usuários no melhor nível de funcionamento e máximas condições de autonomia possível, para

cada caso, evitando novas internações e visando a reintegração no seu grupo social”.

Abordarei especificamente as oficinas de passeio e de teatro, pois foram nestas que atuei durante a realização do estágio curricular obrigatório. Inicialmente farei uma contextualização das mesmas para que posteriormente possa me aprofundar mais nas questões inerentes as oficinas mencionadas.

7.1 OFICINA DE PASSEIO

Desde a construção do projeto terapêutico do CAPS a ideia de utilizar o passeio como forma de circular pela cidade, de fazer atividades fora do ambiente do serviço já era contemplada. Inicialmente os passeios eram de responsabilidade dos médicos residentes e enfermagem. Desde os anos 2000 já assumiu diversos formatos: já foi oferecida nos turnos da manhã e tarde; os familiares dos usuários podiam participar das atividades; no entanto, os custos com as passagens e alimentação, por exemplo, eram por conta dos usuários. A partir de 2009 o hospital, através de um processo licitatório, passou a fornecer um ônibus para que os passeios fossem realizados, a responsabilidade por essas atividades passaram a ser assumidas pelas profissionais de EFI e TO, com passeios municipais e intermunicipais. Dessas atividades se estruturou a oficina de passeio, sendo oferecida semanalmente nas quartas-feiras das 14h às 16h, com o objetivo de fazer com que os usuários saiam do CAPS, uma vez que muitos passam o dia inteiro nele ou em suas casas. Mas, ambiciona mais do que isso, busca a (re) inserção ao convívio social, procura fazer com que eles sejam instigados a irem naqueles locais ou em outros posteriormente, sem a presença da equipe responsável pelo passeio, que eles tenham a autonomia de irem com a família, amigos, ou sozinhos a lugares públicos, privados, e que não dependam do CAPS para isso.

A oficina conta com a participação de 18 usuários que caracteriza-se por ser um grupo bem heterogêneo, sendo que o mais novo tem 19 anos e o mais velho 61 anos. A escolha dos locais de visita se dá de forma coletiva, ou seja, é feito um levantamento dos locais aos quais gostariam de ir, uma vez que o local escolhido é ao ar livre é eleito outro coberto, para o caso de estar chovendo no dia. Sempre é

feita a divulgação do local do passeio por intermédio de cartazes a fim de reforçar os locais em que ocorrerão os passeios.

A equipe executora da oficina é composta pelas profissionais de EFI e TO, além disso, conta com a presença de dois estagiários de EFI e uma de pedagogia. As profissionais dão autonomia aos estagiários para a realização das atividades durante o passeio, mas estão sempre junto caso seja necessária a sua intervenção ou esclarecimento de alguma dúvida. Durante os passeios sempre é reforçado para eles o objetivo de estar fazendo aquilo, a importância de sair de dentro do CAPS, sendo que uma quarta-feira no mês é destinada exclusivamente a essa reflexão, são propostas atividades para que os usuários exponham o que acharam dos passeios, como se sentiram nos locais e se viram importância naquela prática.

7.2 OFICINA DE TEATRO

A oficina de teatro já está em seu terceiro ano (iniciou em 2011), ela é realizada semanalmente nas segundas-feiras das 14h às 16h. Essa oficina diferencia-se da de passeio pelo fato de a responsável direta pelas atividades ser umaicineira, com formação em teatro, e não integrantes da equipe multiprofissional do CAPS. Essa atividade é vinculada ao projeto de Descentralização da Cultura² da cidade de Porto Alegre e objetiva por intermédio da arte auxiliar no tratamento dos usuários. Essa oficina segue os princípios da intersectorialidade na saúde, que segundo Costa, Pontes e Dias (2006):

[...] se caracteriza pela atuação em conjunto com outros setores ou partes desses tendo em vista resultados mais efetivos do que os que poderiam ser alcançados pela saúde isoladamente. Ressalta-se nesse conceito que a prática da intersectorialidade está referida aos modos de atuação entre os setores, não eximindo as responsabilidades de cada um dos setores nem anulando a importância da singularidade da ação e das práticas setoriais (p. 105, 106).

Seguindo nessa lógica aicineira fica responsável pelas atividades e a profissional de EFI e a de TO estão sempre presentes para garantir que a abordagem da oficina não ocorra de forma inadequada, ou lidar com alguma

² Para saber mais acesse: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/smc/default.php>

situação em decorrência do sofrimento do usuário a qual aicineira não saiba como proceder. Ainda fazem parte da equipe três estagiários de EFI e uma de pedagogia.

A oficina se realiza na sede da associação de funcionários do hospital, que conta com um espaço físico bem maior do que as salas disponíveis no CAPS. Participam da oficina cerca de 11 usuários, um grupo bem heterogêneo, onde o mais novo tem 19 anos e o mais velho 59 anos.

A oficina, nesse terceiro ano em que é oferecida, teve início em abril e irá perdurar até novembro, durante esse tempo a meta da mesma é construir e ensaiar uma peça teatral a ser apresentada por eles ao final do período, sendo aberta ao público. Durante a realização das atividades os estagiários auxiliam a icineira no que ela solicitar e ser for necessário fazer alguma intervenção fora do proposto pela professora de teatro esta poderá ser feita.

As atividades muitas vezes são em pequenos grupos, e procura-se deixar pelo menos um estagiário em cada um deles para que ajudem nas tarefas. Ao final da aula é feita uma retomada da oficina onde todos expõem suas impressões sobre as atividades, até mesmo a equipe (icineira, profissional de EFI, TO e estagiários). Nesse momento é possível ter a real noção de que a oficina também funciona como um meio terapêutico.

8 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Nesse capítulo, através de três categorias de análise, tento responder aos objetivos do trabalho, como já citado na metodologia, são elas: (1) Relação dos usuários com os estagiários; (2) Relação dos estagiários com as profissionais de EFI e TO; (3) Papel terapêutico das oficinas de passeio e teatro.

8.1 RELAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS ESTAGIÁRIOS

Em minha primeira participação na oficina atuando como estagiário estava nervoso, pois não sabia com o que iria me deparar. É muito fácil fazer "brotar" pré-conceitos de algo que ainda não se conhece, e em se tratando de um CAPS, não há como não associar, para um leigo no assunto, ao estereótipo do "louco". Pode-se perceber que eu era influenciado pela lógica manicomial, centrada no hospital psiquiátrico. Embora o CAPS seja um serviço substitutivo, a figura do hospital psiquiátrico de algum modo traz a memória um tanto de loucura que habita (ou pode vir a habitar) os usuários que lá estão. O fato de o CAPS em questão estar situado em um anexo de um hospital corrobora para essa sensação, uma vez que estes serviços não deveriam estar vinculados, fisicamente, a hospitais; muitos, por exemplo, funcionam em casas, dentro de comunidades, dando um ar de "lar" para o serviço.

Embora tenha cursado disciplinas na faculdade relacionadas à saúde pública a questão da saúde mental não foi aprofundada; até então meu contato com as questões relacionadas à saúde mental havia sido no início do estágio quando o orientador responsável pelo mesmo indicou uma série de materiais e leis relativos ao tema para que nos interessássemos sobre o assunto. Pois bem, a primeira oficina que participei foi a de passeio, nesse dia fomos ao parque Marinha do Brasil. Além de mim havia outro estagiário de EFI que também estava em seu primeiro dia e uma de pedagogia que já estava participando a mais de um mês, completavam a equipe a preceptora de EFI e a profissional de TO.

Antes do início da atividade a preceptora de EFI conversou comigo e com o outro estagiário de EFI, informando que inicialmente seríamos mais observadores da

oficina e que ajudaríamos em alguma coisa caso fosse necessário. Na ida, de ônibus, para o local achei prudente sentar ao lado de um usuário ao invés de ir com alguém da equipe, fui conversando com ele até lá. Nesse momento fui me tranquilizando e percebendo que o que parecia ser um “bicho de sete cabeças” se tornava algo extremamente interessante e significativo para mim. Os usuários foram atenciosos conosco e mesmo sendo informados de que aquele era o nosso primeiro dia, nos tratavam como se já fizéssemos parte da equipe da oficina há mais tempo. Ao final do passeio, quando já nos encontrávamos no CAPS, a preceptora de EFI e a TO vieram ao outro estagiário de EFI e a mim e elogiaram a nossa postura dizendo que “estávamos totalmente dentro da proposta da oficina” (CADERNO DE IMPRESSÕES, 17/04/2013), uma vez que o mais fácil seria ficar sempre ao lado de uma delas, o que acabou não ocorrendo, tanto ele quanto eu buscamos estar sempre em contato com os usuários.

A partir desse primeiro contato o convívio com os usuários foi ficando cada vez mais tranquilo, um dos usuários insistia em me chamar de “doutor”, mesmo eu explicando para ele que ali eu era um estagiário de EFI e que como formação eu era professor de EFI. Ele se referir a mim como “doutor” pode ser visto como um indicativo de respeito, mas também, como um demonstrativo da hegemonia que a figura do médico tem nesse tipo de sistema, uma vez que a EFI assim como outras áreas da saúde ainda buscam um maior reconhecimento nesse setor.

Os usuários demonstravam muita segurança nos estagiários, em todos de uma forma geral, em uma das voltas da oficina de teatro um deles se aproximou de mim e relatou a sua situação, seu sofrimento e ressaltou a importância que o CAPS tem para ele:

[...] já foi internado várias vezes, faz seis anos que frequenta o CAPS, o que é ótimo para ele. Vem nas segundas, quartas e sextas à tarde. Gosta de ocupar todo o seu tempo livre para não pensar “besteira”. Fiquei surpreso quando disse que era síndico do seu prédio, sendo que já estava no terceiro mandato (CADERNO DE IMPRESSÕES, 29/04/2013).

Percebi aqui a importância que o usuário dava ao CAPS, pois frequentando esse serviço informou que não precisou mais ser internado. Seu quadro estava estável, sendo que até podia assumir grandes responsabilidades como ser síndico do seu prédio. Nesse relato fica nítido a o caráter substitutivo do CAPS ao modelo

hospitalocêntrico, como forma de tratamento menos invasivo; uma vez que este serviço não visa ser complementar ao hospital psiquiátrico e sim romper com essa lógica (BRASIL, 2004a; 2004b; 2005; WACHS e FRAGA, 2009).

Outra situação que me ocorreu foi de um usuário que estava muito ansioso. Era o seu primeiro passeio, por isso, me perguntou se deveria tomar a sua medicação ou não. Ele tinha em mim a figura de um profissional que saberia como proceder, no entanto, eu não me sentia seguro para afirmar se a medicação seria ou não recomendada para aquela situação, sendo assim procedi da forma que havia sido acordado entre estagiários, a preceptora de EFI e a profissional de TO, e disse que “iria conversar com a equipe sobre o assunto” (CADERNO DE IMPRESSÕES, 22/05/2013). Expus a situação para a profissional de TO que por sua vez conversou com o usuário e contornou a situação com uma intervenção muito mais qualificada do que seria a minha. No retorno do passeio, ainda no ônibus, esse mesmo usuário veio até mim e agradeceu. “Disse que o passeio havia sido muito bom, que queria fazer mais vezes e que não havia tomado o remédio, dessa forma pode aproveitá-lo melhor” (CADERNO DE IMPRESSÕES, 22/05/2013). Pude ver na sua atitude que ele ficou muito grato a minha pessoa pelo fato de ele não ter feito uso de sua medicação e mesmo assim ter ficado calmo e apreciado o passeio, no entanto quem fez a intervenção sobre o passeio, como seria e a necessidade da medicação foi a profissional de TO, entendi essa como uma pequena amostra de um trabalho multiprofissional como é um dos preceitos que constam no manual do CAPS (BRASIL, 2004a). Casos como esse me fizeram pensar que o trato com a saúde mental vai muito além da teoria que lemos nos livros ou que se vê na sala de aula, uma vez que a intervenção que a profissional de TO fez foi uma intervenção terapêutica muito singular; abordagem essa que seria diferente caso fosse outro usuário, ou seja, cada um tem a sua individualidade e é isso que acredito que teria mais dificuldade em lidar. Creio que essa escuta qualificada, essa intervenção, eu não teria simplesmente lendo sobre o assunto, ela só viria da experiência no serviço.

8.2 RELAÇÃO DOS ESTAGIÁRIOS COM AS PROFISSIONAIS DE EFI E TO

Todas as quintas-feiras eram realizadas reuniões (chamadas de supervisão) da equipe de recreação terapêutica do CAPS, composta pelas profissionais de EFI, TO, residente de EFI e estagiários de EFI e pedagogia. Nessas reuniões eram abordados assuntos referentes às oficinas, usuários e também servia como espaço para os estagiários tirarem suas dúvidas. Na segunda parte da reunião eram realizados grupos de estudos sobre a Reforma Sanitária brasileira, o SUS, o surgimento dos CAPS bem como a legislação referente a esses temas. Dependendo da nossa demanda alteravam o cronograma das discussões, como por exemplo, a questão da esquizofrenia. Durante nossos primeiros dias, meu colega estagiário de EFI e eu levantamos várias dúvidas com relação aos sofrimentos psíquicos de alguns usuários, percebendo isso a preceptora de EFI e a profissional de TO alteraram o cronograma do grupo de estudos e introduziram textos e uma discussão acerca da esquizofrenia a fim de que nos interássemos um pouco sobre essa questão bastante complicada.

Na oficina de passeio que era de responsabilidade da equipe, deixavam a estagiária de pedagogia à frente das atividades, e com o nosso ingresso (meu colega e eu) também passamos a ser executores da mesma; as profissionais interviam apenas se achassem necessário, cabe salientar que sempre estavam presentes nos passeios. Me marcou muito a atividade que realizamos em um dos dias do passeio. Optamos por ficar no CAPS e propor uma atividade para que os usuários refletissem sobre o objetivo dos passeios, sobre a importância de sair do CAPS. A atividade consistiu na confecção de cartazes e posterior apresentação por parte dos usuários. Eles foram divididos em três grupos e em cada grupo ficou um estagiário. Ficamos responsáveis por fazer com que os usuários fossem protagonistas da atividade, nosso papel era tirar alguma dúvida que surgisse, bem como não deixar que eles se dispersassem durante a atividade. Na segunda parte da oficina cada grupo apresentou o seu trabalho e fizemos uma discussão em grande grupo. A atividade foi ótima, mas ficamos (estagiários) durante a realização do planejamento da oficina e durante a execução da mesma um tanto quanto inseguros, tendo em vista que realizamos tudo sozinhos e a preceptora de EFI e a profissional de TO só observaram e fizeram algumas considerações ao final da discussão. Na reunião de supervisão no dia seguinte levantamos esse assunto. Ao

fazermos esse questionamento de que sentimos falta delas na confecção do planejamento, elas falaram que tinham conhecimento do planejamento e nos perguntaram: Qual a função do estágio?

Comecei a me dar conta de que elas realmente tinham conhecimento do que estávamos fazendo e que quiseram nos deixar de protagonistas de toda a atividade. Durante a realização da oficina ficaram pelo CAPS observando o que ocorria, só ao final da atividade, quando estávamos em grande grupo é que fizeram algumas colocações para os usuários, mas com o objetivo de reforçar o que já havíamos dito (CADERNO DE IMPRESSÕES, 16/05/2013).

A relação tanto com a preceptora de EFI quanto com a profissional de TO sempre foi muito aberta, elas tentavam nos deixar o mais a vontade possível e sempre que tivessem algo a acrescentar ou informar nos falavam pessoalmente. Diziam que a função delas nas oficinas em que os estagiários atuavam era de suporte, interviriam caso solicitássemos ou se realmente achassem necessário.

Salientavam também o cuidado que deveríamos ter para não ficar apenas no jargão da “reinserção social” e “promoção da autonomia” e tentar pensar no que realmente era terapêutico para o tratamento daquele usuário. Foi possível perceber isso em uma oficina de teatro.

Na sala de convivência - onde geralmente usuários e membros da equipe multiprofissional ficam olhando televisão - uma usuária foi muito incentivada por membros da equipe multiprofissional a participar da oficina de teatro. Ela não queria, mas acabou indo. Antes do intervalo da oficina ela se sentou e não realizou mais as atividades. A residente de EFI fez a intervenção e a usuária lhe informou que não tinha gostado da oficina, que não queria estar ali (CADERNO DE IMPRESSÕES, 29/04/2013).

Depois desta oficina realizamos uma reunião entre a equipe de recreação terapêutica onde foi reforçada a importância de se analisar caso a caso os usuários e que é necessário primar para que ele se sinta bem naquele ambiente.

A preceptora de EFI me salientava que além das atividades das oficinas terapêuticas seria interessante eu vivenciar o serviço, sendo assim deveria usufruir dos espaços de convivência, dos momentos antes e após as oficinas, que estávamos fora do CAPS, para interagir com os usuários, que isso iria contribuir muito para o meu aprendizado no estágio. Segui os conselhos dela, chegava antes da realização das oficinas e ficava nos espaços de convivência com os usuários,

também procurava ir e voltar das oficinas conversando com os usuários. Apesar de não ter uma escuta tão qualificada quanto à dos profissionais do serviço, creio que aqueles momentos foram significativos para eles tanto quanto foram para mim.

8.3 PAPEL TERAPÊUTICO DAS OFICINAS DE PASSEIO E TEATRO

As oficinas de passeio e teatro, cada uma ao seu modo, desempenhavam seu papel no cuidado com os usuários. Ambas possuíam combinações feitas com os usuários como o compromisso de assiduidade, justificar faltas, procurar não se atrasar, respeitar os horários de intervalo, cuidar da higiene pessoal uma vez que nas oficinas ocorreria a interação entre os participantes da mesma. Participavam da organização da oficina de passeio uma estagiária de pedagogia, eu e mais um estagiário de EFI, a preceptora de EFI e a TO, onde sempre havia o cuidado com o usuário em seu sofrimento. A oficina de teatro era ministrada por umaicineira – uma professora de teatro – que não tinha conhecimento aprofundado acerca da saúde mental, mas que através da arte buscava auxiliar no tratamento dos usuários; nessa oficina a equipe de recreação terapêutica participava auxiliando a professora de teatro bem como interviria caso acontecesse alguma situação em decorrência do sofrimento de algum usuário.

Falando primeiramente da oficina de passeio, ela estava pautada nos objetivos contidos no manual dos CAPS (BRASIL, 2004a), onde almejava a autonomia dos usuários, sua reinserção na comunidade, buscando integrá-los em um ambiente social e cultural. Para isso eram realizados passeios por locais que eles mesmos escolhiam, locais que gostavam de ir ou que queriam conhecer. Uma vez ao mês as atividades eram realizadas dentro do CAPS para saber melhor o que achavam do passeio e que significado aquela prática tinha para eles, as respostas foram muito positivas.

Os usuários se mostraram muito engajados nas atividades, é incrível como os passeios são significativos para eles. Um usuário falou que os passeios são uma forma de ajudar no seu tratamento. Outro disse que era bom para aprender sobre cultura; outro usuário relatou que os passeios serviam para arejar a cabeça (CADERNO DE IMPRESSÕES, 15/05/2013).

A maioria dos usuários falaram coisas semelhantes, anotei as que para mim melhor expressavam seus sentimentos. Pude perceber o papel terapêutico da oficina, que a mesma cumpre com seus propósitos e que auxilia sim no tratamento dos usuários. Os usuários sempre eram instigados pela equipe a realizarem passeios sem a presença da equipe do CAPS, que aquele momento servia como um “ensaio”, que deveriam se organizar para saírem das suas casas seja com a família, amigos ou até mesmo sozinhos.

Chamou a atenção um usuário que estava muito ciente do seu sofrimento. Também compreendia como os CAPS se propõe a auxiliar no tratamento dos usuários com sofrimento psíquico. Isso fica claro no trecho:

[...] relatou que já havia sido internado algumas vezes, que davam o mesmo remédio para todo mundo, mas que agora estava muito melhor, eles eram atendidos em hospitais gerais e o psiquiatra tratava cada um separado. Ainda falou que os passeios buscavam a reinserção na sociedade (CADERNO DE IMPRESSÕES, 15/05/2013).

Esse usuário entendia muito bem a sua situação (sofrimento) como prevê o projeto terapêutico do CAPS observado. Em sua fala também pude perceber a presença da questão da luta antimanicomial (TENÓRIO, 2002; WACHS, 2008; AMORIM e DIMENSTEIN, 2009; WACHS e FRAGA, 2009), pois relatou como era tratado antes de ser usuário do CAPS.

A oficina de teatro, por sua vez, tinha particularidades em relação à de passeio, caracterizava-se por ser vinculada ao projeto de Descentralização da Cultura de Porto Alegre. Algumas vezes não compreendia muito bem como aquela atividade teria um papel terapêutico no cuidado com os usuários, mas nas conversas que sempre ocorriam ao final da oficina fui surpreendido várias vezes, explicitarei alguns trechos do meu caderno de impressões que mais me chamaram a atenção:

Hoje um usuário pediu para a professora de EFI para voltar a participar do teatro, disse que em casa fica sem ter o que fazer, pensando besteira, e que no teatro se sente bem, pois está em um ambiente entre amigos (CADERNO DE IMPRESSÕES, 29/04/2013).

Uma usuária relatou que após a aula de teatro da semana passada, que foi a primeira, se sentiu muito bem ao chegar em casa e que fazia tempo que ela não se sentia tão bem (CADERNO DE IMPRESSÕES, 29/04/2013).

Um usuário que estava em seu primeiro dia de oficina de teatro me agradeceu por estar participando da oficina, disse que era muito legal, bem diferente de ficar no CAPS (CADERNO DE IMPRESSÕES, 27/05/2013).

A partir desses depoimentos comecei a refletir sobre a oficina de teatro. E entender que se para mim ela pudesse até não parecer interessante, isso não significava que ela não fizesse sentido para eles também. Um usuário se referia aquele espaço como um ambiente para se estar entre amigos, outra exaltava o prazer que sentia em estar ali. Outro participante estava muito contente, pois era uma atividade bem diferente das que desenvolvia, além do fato de sair um pouco de dentro do ambiente do CAPS.

Na oficina de teatro ouvi ainda outra questão que me chamou muito a atenção e que fecho com ela as considerações acerca da oficina de teatro. A contribuição do usuário se deu após a realização de uma atividade onde os usuários eram os coordenadores das ações do grupo.

O usuário falou que achou interessante a atividade, pois a professora deixou o paciente coordenar e não só os monitores como de costume. A professora retrucou dizendo que para ela ninguém ali era paciente, que naquele espaço todos eram alunos (CADERNO DE IMPRESSÕES, 06/05/2013).

Após esse diálogo entre o usuário e a professora de teatro comecei a pensar sobre o papel terapêutico que a oficina poderia ter. Primeiramente me dei conta de que para a professora de teatro todos realmente eram vistos apenas como alunos, uma vez que ela não tinha formação na área da saúde e seu papel ali era ensaiar uma peça teatral para ser apresentada ao final da oficina. No entanto não há como negar que os usuários se sentiam muito bem durante as vivências, sendo a reinserção social um dos objetivos do tratamento deles o fato de aicineira tratar todos de forma igual era importante para esse processo. Sendo assim eles realizavam atividades em que eram protagonistas das mesmas, que exigiam deles tanto a organização pessoal quanto coletiva, bem como instigava o senso crítico, pois durante as vivências alguns deles se posicionavam quanto ao que achavam que deveriam encenar ou como deveriam representar. No momento da conversa final todos deveriam falar, e então foi possível perceber que alguns não conseguiam organizar o que pretendiam dizer, mas outros sabiam muito bem se expressar e se colocar diante de seus posicionamentos.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização do estágio percebi que o tema referente à saúde mental não foi abordado com profundidade durante minha graduação em bacharelado em EFI. Só consegui ampliar meu entendimento sobre essa questão com a realização do estágio, deste estudo para o TCC e com as reuniões semanais que participava juntamente com os demais estagiários de EFI e de pedagogia, com a residente de EFI, a preceptora do meu estágio e a profissional de TO. Compreendi que as atividades desenvolvidas nas oficinas não devem estar pautadas no aspecto biomédico, hegemônico na EFI, elas devem consistir de práticas que façam sentido, que tenham algum significado para os usuários. Compreendendo que o que é terapêutico para um pode não ser para outro, é preciso que se entenda o sofrimento do usuário.

Ao me matricular para um estágio no CAPS imaginava que iria trabalhar com alguma prática corporal esportiva já desenvolvida no serviço – futebol, voleibol, tênis – esse desejo se devia ao fato de já possuir vivência nessas práticas e também pelo fato de ter cursado disciplinas na faculdade sobre esses esportes. No entanto, para a minha surpresa, meus horários não se encaixaram em nenhuma dessas práticas, acabei fazendo parte da equipe da oficina de passeio e de teatro. Para ser sincero nem sabia que competiria a EFI juntamente com a TO a responsabilidade por estas oficinas.

No entanto, ao começar a participar dessas duas oficinas fui percebendo que os usuários dão muita importância para as mesmas e que elas auxiliam sim no tratamento de seus sofrimentos. Constatei que os usuários tem uma boa aceitação dos estagiários, muito disso pode ser em decorrência de que eles já estão acostumados com a sua presença na equipe de trabalhadores do serviço. A relação tanto com a preceptora do estágio quanto com a profissional de TO foi muito rica, pois elas se preocupavam em nos deixar a par do que estava ocorrendo nas oficinas, queriam ouvir nossas impressões sobre nosso trabalho bem como faziam colocações para que refletíssemos sobre nossas ações.

Nesse momento paro para pensar na figura do profissional de EFI como integrante de uma equipe multiprofissional de um CAPS. Tendo em vista que sua

presença não é obrigatória, com o que podemos contribuir? Essa não é uma questão fácil de ser respondida, sendo a EFI uma profissão nova na área da saúde, esta ainda busca seu maior reconhecimento. Todavia, pode-se afirmar que no trabalho em saúde mental não se pode implantar um modelo de EFI “engessado”, é necessário que esse modelo surja de dentro do serviço, de dentro do CAPS. Wachs (2008) faz a uma associação citando uma EFI que emerge do serviço, ou seja, é preciso que se crie uma identidade de uma EFI do CAPS e não de uma EFI no CAPS.

Ao vivenciar a prática de outras atividades que não acreditava poder ser de incumbência da minha área percebo que a EFI pode contribuir no tratamento dos usuários para além das práticas corporais. Sendo ela integrante da equipe multiprofissional do serviço pode se engajar em atividades que em um primeiro momento não pareçam estar diretamente ligadas a sua especificidade, tais como: acolhimentos, escutas qualificadas, atividades de circulação pela cidade, culturais, de geração de renda entre outras tantas que surjam em decorrência das demandas do serviço em saúde mental do SUS.

Com relação ao fato de o CAPS estar localizado em um anexo de um grande hospital da cidade de Porto Alegre, não há como negar que há a associação do serviço com a figura do hospital psiquiátrico, mesmo que esse não seja o objetivo desse hospital ao ter um CAPS em seus domínios. Sendo o CAPS um serviço substitutivo ao manicômio, seria mais interessante que este serviço estivesse situado em um local próprio, inserido dentro de uma comunidade.

Espero que este trabalho contribua com outros estudantes que pretendem ter um maior entendimento da atuação dos estagiários de EFI dentro de um CAPS, além de compreender de que forma a EFI pode contribuir no tratamento de usuários em sofrimento psíquico. Além disso, sugere-se que mais estudos sejam realizados a fim de que propiciem um maior reconhecimento da EFI como integrante de uma equipe multiprofissional no cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ABIB, L.; FRAGA, A. B.; WACHS, F. **Práticas corporais em cena na saúde mental: potencialidades de uma oficina de futebol em um Centro de Atenção Psicossocial de Porto Alegre.** Pensar a Prática, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 115, maio/ago. 2010.
- ABIB, L.; FERREIRA, L. A. dos S.. **A cultura corporal no contexto da saúde mental.** Revista Didática Sistêmica, Edição Especial - Evento Extremos do Sul, 2010.
- AMORIM, A. K. de M. A.; DIMENSTEIN, M. **Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 195-204, jan./fev., 2009.
- BRASIL. **Constituição Federal**, 1988.
- BRASIL. **Lei 8080**, 1990.
- BRASIL. **Lei 8142**, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n° 218**, de 6 de março de 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004 – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- CARVALHO, Y. M. Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (orgs.). **Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção.** Porto Alegre: UFRGS Editora, 2007.
- CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. Singularidades da Educação Física na Saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (orgs.). **Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção.** Porto Alegre: UFRGS Editora, 2007.
- CÉSAR, M. da S. **Práticas corporais na Estratégia de Saúde da Família: significados do Lian Gong na visão dos usuários de uma comunidade em Porto Alegre.** 2012. 37f. Monografia (Graduação em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

CONFERÊNCIA Nacional de saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986.** Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em 19 de abril de 2013.

COSTA, A. M.; PONTES, A. C. R.; ROCHA, D. G. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel (orgs.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde.** São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. 222p. – (Saúde em Debate; v. 175).

DAMICO, J. G. S. Das possibilidades às incertezas: instrumentos para intervenção do profissional de educação física nos posto de saúde. In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (orgs.). **Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção.** Porto Alegre: UFRGS Editora, 2007.

KUHN, G. F. **A oficina de voleibol em um Centro de Atenção Psicossocial: a visão dos usuários.** 2012. 49f. Monografia (Graduação em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

LUZ, M. T. Educação Física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (orgs.). **Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção.** Porto Alegre: UFRGS Editora, 2007.

MENEZES, L. E. C. **A inserção da Educação Física na equipe multiprofissional do CAPSi Casa Melodia em Porto Alegre.** 2010. 35f. Monografia (Graduação em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MOLINA NETO, V. Etnografia: uma opção metodológica para alguns problemas de investigação no âmbito da Educação Física. In: MOLINA NETO, Vicente; TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva (orgs.). **A pesquisa qualitativa na educação física: alternativa metodológicas.** Porto Alegre: Sulina, 2010.

PASQUIM, H. M. **A Saúde Coletiva nos Cursos de Graduação em Educação Física.** Saúde Sociedade, São Paulo, v.19, n.1, p.193-200, 2010.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. **Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde.** Revista de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, 2007 abr/jun. 15(2): 276-83.

SIQUEIRA, K. C. C. de. **Alterações na organização do serviço de Recreação Terapêutica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre ao longo de sua história.** 2012. 62f. Monografia (Graduação em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

TENÓRIO, F. **A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.** História, Ciência, saúde de Manguinhos. Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 25-59. jan/abr. 2002.

TORRES, G. dos S. **Educação Física na Estratégia de Saúde da Família**: Relato de Experiência sobre as atividades na Unidade de Saúde da Família Rincão. 2011. 47f. Monografia (Graduação em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

VILELA, L. F. **A prática do método Lian Gong no CAPS ad Glória – Cruzeiro – Cristal (GCC)**: uma experiência na formação em serviço no curso de Educação Física através do PET-Saúde. 2011. 51f. Monografia (Graduação em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

VUADEN, F. C. **Grupo Qualidade de Vida**: A importância da atividade física na Estratégia de Saúde da Família. 2012. 29f. Monografia (Graduação em educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

WACHS, F. Educação Física e o campo da saúde mental: uma reflexão introdutória In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (orgs.). **Educação Física e Saúde Coletiva**: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2007.

WACHS, F. **Educação Física e Saúde Mental**: uma prática de cuidado emergente em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). 2008. 145f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

WACHS, F.; FRAGA, A. B. **Educação Física em Centros de Atenção Psicossocial**. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, Campinas, v. 31, n. 1, p. 93-107, setembro, 2009.