

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E
DANÇA GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA
BACHAREL EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Nayara Stephanie Rodrigues de Oliveira

**O TRABALHO DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM
CAPS DE GOIÂNIA**

Goiânia
2017

Nayara Stephanie Rodrigues de Oliveira

O TRABALHO DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM CAPS DE GOIÂNIA

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Graduada em Educação Física pela Universidade Federal de Goiás, sob orientação do Professor Dr. Ricardo Lira de Rezende Neves.

GOIÂNIA
2017

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia a todos aqueles incompreendidos por serem quem são, seja em qual for a situação em que estejam; que encontrem paz e compreensão em seu caminho e em sua mente. Dedico também a todo profissional que dedica sua vida ao bem do próximo, tomando isso como realização pessoal tanto quanto profissional; que seus corações permaneçam verdadeiros.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir chegar onde estou, me guiar e me proteger até este momento.

À minha família, que sempre me deu apoio em meus estudos, me incentivou, proporcionou sempre as melhores condições possíveis e graças aos meus pais, terei uma graduação superior em uma universidade federal. Obrigada por toda a dedicação e esforço.

Ao meu orientador, Professor Dr. Ricardo Lira de Rezende Neves, que sempre foi compreensivo em todas as dificuldades que tive (e não foram poucas). Pela disponibilidade, por toda a paciência e empenho desde o começo, muito obrigada.

Ao grupo ECOS, por ter me proporcionado a caminhada que me trouxe a este trabalho, por todo o conhecimento que adquiri, pela honra de poder ter participado das pesquisas e estudos, muito obrigada.

Aos que estiveram ao meu lado durante esses anos ou parte deles, tão especiais e inesquecíveis graças a vocês. Estarão sempre em minha memória e meu coração (e agora em minha monografia), serão sempre lembranças divertidas, maravilhosas e que me causarão (se já não causam) muita nostalgia futuramente. Meus filhos e netos saberão nossas histórias. A importância dessas pessoas é indescritível e eu seria arrogante por tentar traduzi-la em papel. Amo a todas. Meu muito obrigada de todo coração a: Geovana Rabelo, por sua franqueza, honestidade e bom coração; Katiane Santos, por sua energia, espírito livre bem como materno e lealdade; Nathália Rabelo, por sua generosidade e companheirismo; Isabela Maioni, por seu carinho, insistência e inteligência; Laura Noetzold, por sua gentileza e alegria; Geovana Almeida, por sua compreensão e liberdade; e Raquel Veríssimo, por sua integridade, praticidade e simplicidade.

À pessoa que entrou na minha vida em certo dia qualquer e nunca mais saiu (e espero que nunca o faça), cujo amor também é indescritível, cuja amizade e, posso dizer, irmandade me salvaram nesses últimos anos e principalmente nos últimos meses; cuja compreensão e ausência de julgamento superaram o que eu achava merecer. Àquela que me faz ser uma pessoa melhor a cada dia: Tainara Machado, a eternidade é insuficiente para agradecer, quanto mais este texto simplório; ainda bem que temos tempo.

EPÍGRAFE

*“Claro que está acontecendo em sua mente, Harry, mas por que isto
significaria que não é real? ”*

(Alvo Dumbledore, personagem da autora J.K Rowling)

“O espírito sem limites é o maior tesouro do homem”

(Rowena Ravenclaw, personagem da autora J.K. Rowling)

RESUMO

O objetivo geral desse estudo foi analisar a rotina do trabalho do professor de educação física (PEF) em uma unidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Goiânia, tendo como objetivos específicos identificar as atividades realizadas assim como as dificuldades em realiza-las. E no segundo objetivo, investigar as como se dá as relações interpessoais entre os PEF assim como trabalho interdisciplinar em um CAPS de Goiânia. A partir disso, tivemos como instrumento de coleta de dados entrevistas semiestruturadas no campo de atuação de trabalho, a partir dos eixos a seguir: descrição das atividades de convivência, lazer e atividade física; a entrada dos PEF no CAPS, identificando dificuldades gerais e formação; atividades da Educação Física no CAPS; delineamento do trabalho coletivo e a especificidade da educação física no CAPS. Dentre os autores citados, nos referenciamos na tese de mestrado de Felipe Wachs (2007) e Amarante (2011) sobre educação física e a loucura nos estudos de Leonardo Trápaga Abib, Cleni Terezinha de Paula Alves (2009). Dentre as percepções das entrevistas identificamos que quanto melhor a compreensão do trabalho a ser realizado pelo PEF no CAPS pesquisado, melhores resultados se obtêm no processo de reinserção social dos usuários.

Palavras-chave: Professor de Educação Física; CAPS; Práticas Corporais.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	8
2. CAPÍTULO I – A SAÚDE MENTAL E A EDUCAÇÃO FÍSICA: DESCREVENDO CAMINHOS	12
2.1. BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL	12
2.2. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS	17
2.3 AS PRÁTICAS CORPORAIS FACE À SAÚDE MENTAL	21
3. CAPÍTULO II - O TRABALHO DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM CAPS DE GOIÂNIA	25
3.1. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS PELOS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA.	27
3.2 RELAÇÕES INTERPESSOAIS E O TRABALHO INTERDISCIPLINAR NO CAPS..	32
4. CONCLUSÃO	37
5. REFERÊNCIAS	39
APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE PERGUNTAS	42

I. INTRODUÇÃO

Este trabalho teve como eixos centrais a Educação Física e a Saúde Mental, porém, antes de apresentar a pesquisa e seus desdobramentos, acreditamos ser importante explicar minha relação com esses dois campos. O curso de Bacharelado em Educação Física na Universidade Federal de Goiás oferece várias disciplinas que discutem Saúde Pública e Saúde Mental. Pude me aprofundar em aspectos da sociedade e sua relação com a saúde, desde questões históricas até biológicas, de uma forma que nunca havia sido possível em meu tempo de escola. São matérias por vezes complexas e fascinantes, que fazem cada aluno refletir sobre suas próprias vidas e as vidas daqueles que um dia virão a ser seus alunos.

Entre tais disciplinas, temos o Estágio Curricular Supervisionado I e II, ministrados no quinto e sexto períodos do curso, respectivamente. Ambos ocorrem nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Goiânia e, sendo assim, durante um ano desenvolvi atividades como estagiária em uma destas unidades. Grande expectativa criei em relação a este campo de trabalho devido às experiências vividas em sala de aula e em campo.

Coletivamente, participei de momentos de observação, discussão e intervenção, sempre me perguntando como outros professores, de outras realidades, reagiriam àquele campo e como encontrariam estratégias de atuação, bem como eu mesma faria isso.

Há grande preconceito contra o sofrimento psíquico na sociedade e uma forte tentativa de se distanciar e de se diferenciar dos “loucos” e dos “doentes mentais”. As origens da situação de sofrimento dessas pessoas são as mais variadas possíveis. Algumas nascem assim, outras são afetadas por grandes traumas em suas vidas, outras nunca terão a explicação que procuram. Aceitando tais fatos ou não, o trabalho em Saúde Mental é extremamente desafiador, mesmo para nós que tivemos tantas vivências e aulas preparatórias para lidar com este campo.

Este trabalho justifica-se, inicialmente, por minha trajetória na Faculdade de Educação Física e Dança - FEFD. Após os momentos relacionados às disciplinas e ao estágio, ingressei no grupo ECOS¹, que é um grupo de discussão sobre trabalho e formação em Educação Física, cujo nome, mesmo que pareça uma sigla, significa ecoar, neste caso, referindo-se ao conhecimento que pode ser disseminado por meio de seus estudos e pesquisas. Cabe destacar que esta pesquisa é parte integrante de uma pesquisa maior feita

¹ Grupo de pesquisa Interinstitucional formado por professores de Educação Física da Universidade Federal de Goiás, Universidade Estadual de Goiás e Instituto Federal de Goiás. Desenvolve atualmente, pesquisa no campo da saúde mental, com ênfase no trabalho do professor de Educação Física nos CAPS. Disponível em: <http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/1238197008392423>.

pelo Grupo ECOS, intitulada: O trabalho do Professor de Educação Física no CAPS: diagnóstico e proposições, desenvolvido desde o ano de 2012. Todos os outros três projetos estão relacionados ao trabalho que é realizado pelo PEF nos CAPS de Goiânia, sendo este estudo direcionado ao CAPS Beija-Flor.

Temos os seguintes questionamentos estruturados neste trabalho: como foi a entrada dos PEF neste campo de intervenção profissional? Que atividades, relacionadas às práticas corporais da Educação Física, têm sido privilegiadas no trabalho com a loucura dentro e fora dos CAPS? Diante destas questões, como são as relações interprofissionais e com os usuários? Para alcançarmos estes questionamentos optamos em realizar um estudo de caso de abordagem qualitativa, sendo o objeto de estudo o trabalho do PEF em uma unidade do CAPS da cidade de Goiânia, em que estudamos uma realidade específica que faz parte integrante do problema colocado por esta pesquisa, sendo este o trabalho exaustivo de um caso em particular (uma unidade) que se expressa na realidade de forma geral.

Esta pesquisa teve abordagem qualitativa, sobre isto estamos de acordo com Triviños (1987) quando diz que o ambiente assim como o contexto onde os indivíduos exercem suas atividades, sejam elas laboral ou do seu modo de vida, é de extrema importância para entendermos melhor este contexto, pois o meio, expressa no sujeito, aspectos próprios que são desvendados à luz da compreensão dos significados que ele próprio estabelece.

Triviños (1987) define ainda o estudo de caso enquanto uma unidade que se analisa profundamente a partir de duas circunstâncias, primeira a natureza e abrangência da unidade e segunda, a complexidade determinada por suportes teóricos que servem de orientação em seu trabalho para o investigador. Portanto, compreender o indivíduo fora de seu contexto natural, que no caso deste trabalho, fora do CAPS pode criar situações artificiais que falsificam a realidade e produzem interpretações equivocadas.

Esta pesquisa foi um estudo de caso de abordagem qualitativa, pois estamos de acordo com Minayo (2001, p.22) quando diz que a mesma dá respostas que não são meramente contabilizadas, mas que responde a questões muito particulares.

Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Chizzotti (2003) também aponta que a pesquisa qualitativa vem se opor a um modelo científico cristalizado, pautado nas ciências naturais, onde a quantificação é utilizada

com o propósito de generalização e geração de dados estatísticos. Isso não infere que a pesquisa qualitativa tenha menos rigor científico ou se afaste da objetividade, mas que considera as experiências humanas em seu processo. Consideramos este tipo de pesquisa fundamental nos estudos que relacionaram a profissão educação física com a atuação destes profissionais nas instituições de Saúde Mental.

A partir disso tivemos como instrumento de coleta de dados entrevistas semiestruturadas (que foram feitas no ano de 2014 por integrantes do grupo ECOS) no campo de atuação de trabalho, a partir dos eixos a seguir: descrição das atividades de convivência, lazer e atividade física; a entrada dos PEF no CAPS identificando dificuldades gerais e formação; atividades da Educação Física no CAPS; delineamento do trabalho coletivo e a especificidade da Educação Física no CAPS. A coleta de dados realizada pelo grupo ECOS aconteceu após a aprovação da pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa da UFG.

Portanto, o objetivo geral desse estudo foi analisar a rotina do trabalho do PEF em uma unidade do CAPS de Goiânia, tendo como objetivos específicos identificar as atividades realizadas assim como as dificuldades em realizá-las. E no segundo objetivo, investigar como se dão as relações interpessoais entre os PEF assim como trabalho interdisciplinar em um CAPS de Goiânia.

Este trabalho foi dividido em dois capítulos: o primeiro se refere à fundamentação teórica em torno de alguns conceitos chave para a compreensão sobre desrazão e a Educação Física; realizaremos um breve histórico sobre a loucura no Brasil. Segundo, entenderemos o funcionamento do CAPS e como a Educação Física se apresenta nesse contexto. Os principais estudos que nos referenciamos neste capítulo foram, Arantes (1995, 2001 e 2011) quanto a história da loucura e os desdobramentos da reforma manicomial no Brasil. Para entendermos o funcionamento do CAPS buscamos informações nos documentos oficiais do Ministério da Saúde (2004, 2005).

Ainda nesse capítulo fez-se necessário fazer uma revisão bibliográfica sobre a relação da Educação Física com o campo de estudo e pesquisa da desrazão. Para isso trouxemos alguns autores que nos apresentaram experiências da Educação Física nos CAPS enquanto práticas corporais nas oficinas terapêuticas, parte do tratamento dos pacientes. Dentre os autores citados, nos referenciamos na tese de mestrado de Felipe Wachs (2007) sobre educação física na saúde mental e nos estudos de Leonardo Trápaga Abib, Cleni Terezinha de Paula Alves (2009). Nesta parte, realizamos reflexões com os autores sobre o papel das práticas corporais na e a desrazão.

No segundo capítulo apresentaremos as entrevistas realizadas com quatro (4) PEF da unidade pesquisada que aconteceram por meio de estudos comparativos de natureza qualitativa, sob a perspectiva da interpretação dialética, do que seja real concreto, confrontando o referencial teórico com os acontecimentos verificados no transcorrer da pesquisa. Oferecendo com isso as possibilidades mais adequadas de descoberta de novos conteúdos de conhecimento.

O método de análise dos dados encontrados foi a análise de conteúdo presentes nas entrevistas descrevendo e considerando tanto o conteúdo latente quanto o manifesto, utilizando do método de análise dialético no qual foram consideradas as contradições, totalidades /particularidades, essência / aparência (TRIVIÑOS, 1987). As falas foram apresentadas a partir das questões apresentadas em que cada pergunta fora analisada a luz do referencial teórico utilizado neste trabalho.

2. CAPÍTULO I – A SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO FÍSICA: DESCREVENDO CAMINHOS

A Saúde Mental é um termo que passou por várias formulações, na tentativa de garantir uma vida melhor para os pacientes em sofrimento psíquico. No Brasil o modelo psiquiátrico propõe a substituição do isolamento por uma rede integral ao Sistema Único de Saúde (SUS), onde se criou vários serviços como o CAPS, um lugar para tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros; têm o propósito de atender a população com tais características, fazer o acompanhamento clínico e a reinserir socialmente esses usuários (são chamadas assim as pessoas que frequentam o CAPS) em regime de atenção diária.

Para isso, no primeiro momento, faremos uma contextualização histórica sobre como estes pacientes eram tratados assim como a evolução do conceito de loucura a partir do Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil. Após esta contextualização direcionaremos a entender como é o funcionamento e organização do CAPS, campo de pesquisa e estudo deste trabalho de conclusão de curso. A partir disso nos voltaremos no último momento deste capítulo para a compreensão dos estudos da desrazão relacionado ao campo da educação física junto às práticas corporais.

2.1. BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL

Para construir um conceito de doença mental Foucault Michel² realizou pesquisas em que utilizou como fonte arquivos de prisões, hospitais e hospícios. A partir do Renascimento, no século XVI, período em que os “loucos” viviam como “errantes” e soltos, eram expulsos das cidades e entregues aos peregrinos e navegantes sendo tratados como os

² Um pensador do século XX que inventou certo modo radical de pensar, que atravessa este início de século: suas reflexões permanecem fundamentais para os movimentos de contestação política e social. Foucault participou teórica e praticamente dos movimentos sociais que poderíamos chamar de vanguarda de seu tempo, sobretudo durante as décadas de sessenta e setenta: a luta antimanicomial; as revoltas nos presídios franceses; o movimento gay.

demais doentes a partir de tratamentos como sangrias, purgações, ventosos, banhos. (ARAÚJO, 2014).

Dentre os séculos XVII e XVIII conhecida como Era Clássica, a loucura não era definida por critérios médicos, mas sim a partir de julgamentos da igreja, justiça e a família com julgamentos relacionados à transgressão e moralidade. No final do século XVII, em Paris, foi criado o Hospital Geral, uma instituição assistencial e não médica, dando início à “grande internação”. As pessoas eram internadas seguindo de quatro (4) categorias: “os devassos (doentes venéreos), os feiticeiros (profanadores), os libertinos e os loucos”. *Os loucos não eram vistos como doentes, faziam parte de um conjunto de segregados da sociedade, e a exclusão era baseada na inadequação que tinham à vida social.* (ARAÚJO, 2014, p.22).

Na segunda metade do século XVIII, a loucura situa-se como algo que ocorria no interior do próprio homem, ou seja, como se o homem tivesse perdido sua própria natureza e se tornado assim um alienado. Porém somente no início do século XIX, a chamada Era Moderna, foi criada a primeira instituição exclusiva para a reclusão dos loucos, o asilo (ARAÚJO, 2014).

A loucura foi interpretada de diversas formas ao longo da história. Amarante (2011) afirma que o início da psiquiatria acontece no período Alienista, com o médico francês Philippe Pinel, conhecido como o pai da psiquiatria. Segundo o autor, este período se remete ao surgimento dos primeiros locais institucionalizados para tratamento dos então chamados alienados, ou seja, daqueles que haviam perdido a razão, ou pelo menos, parte dela. *Para a Psiquiatria Clássica, a doença mental era igual à doença cerebral. A doença mental era vista como um distúrbio orgânico de origem endógena, isto é, de dentro do indivíduo* (ARAÚJO, 2014).

Torre e Amarante (2001) falam que com a apropriação da loucura pela medicina, se constitui o conceito de alienação, se tornando assim um sinônimo de erro; abandonando a questão de ordem do sobrenatural, de natureza estranha à razão, e sim uma desordem. A partir disso, a alienação é compreendida como um distúrbio das paixões humanas e incapacidade do sujeito de partilhar vida social. Torre e Amarante (2001, p.74-75) nos explicam que:

Alienado é o que está fora de si, fora da realidade, é o que tem alterada a sua possibilidade de juízo. Através do conceito de alienação o modo de relacionamento da sociedade para com a loucura passa a ser profundamente intermediado por uma ciência que, num primeiro momento, Philippe Pinel define como o alienismo. Se o alienado é incapaz do juízo, incapaz da verdade, é, por extensão, perigoso, para si e para os demais.

De acordo com Amarante (1995) a doença mental é um objeto construído há duzentos anos, no qual implica o pressuposto de erro da Razão o que impossibilitava o alienado de gozar da Razão plena, de sua liberdade de escolha, sendo a Liberdade de escolha pré-requisito para cidadania. Os alienados restavam o asilo em que o isolamento era um meio ao qual se atribuía a causalidade da alienação para, por meio do tratamento moral, restituir-lhes a Razão, portanto, a Liberdade. *O asilo, lugar da liberação dos alienados, transformou-se no maior e mais violento espaço da exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades* (AMARANTES, 1995, p. 491).

Sobre este asilo às pessoas que eram consideradas alienadas, Vasconcelos et. al (2006) traz uma importante informação sobre como funcionava como hospitais psiquiátricos convencionais. Estes eram verdadeiros campos de concentração insalubres, de segregação, isolamento, troca social zero, mortificação do eu, violência o que durante muito tempo representava uma verdadeira sentença de morte na solidão e no anonimato. Nesse período tivemos o que foi chamado de mercantilização da loucura em que o regime militar autorizava aos hospitais privados ser preenchido a cada nova internação.

Para Amarante (2011), os primeiros resquícios de ruptura com esse modelo que promovia o enclausuramento, sofrimento e que tinha suas bases voltadas para a doença e não para o ser humano, surgem a partir da Segunda Guerra Mundial. Explica o autor supracitado que o contato com o holocausto e com o sofrimento humano aumentaram as discussões sobre os direitos humanos em vários setores da sociedade, inclusive nos hospícios e colônias, muitas vezes sendo comparados aos holocaustos (como vemos claramente na obra “Holocausto Brasileiro”, de Daniela Arbex).

Outro fator motivador de mudanças apontado por Amarante (2011) foi o grande número de soldados que voltaram da guerra em sofrimento mental. Esse grande grupo de jovens precisava ser reabilitado para o trabalho, pois estavam no auge da idade produtiva. Pela ineficiência apresentada pelos modelos existentes, outros começaram a surgir, se opondo as práticas vigentes. No modelo manicomial, durante centenas de anos, ocorreu uma inversão de valores, que em certa medida permanece até hoje, ou seja, a doença tinha o papel central e o ser humano um papel secundário (LIMA, 2010).

Franco Basaglia na Itália, teve muita influência na Reforma Psiquiátrica brasileira ao propor em 1968 mudanças no tratamento de sofrimento psíquico, sinalizando para a abertura de regime e conseqüentemente para a abertura dos hospitais psiquiátricos. Em 1978, conhecida como Lei Basaglia de nº180 foi aprovada, que proibia a construção de novos

hospitais psiquiátricos e a indicação para as administrações locais a responsabilidade de organizar novos serviços extra-hospitalares.

A proposta de desinstitucionalização de Basaglia implica tanto o fechamento dos manicômios e a eliminação de coerções e tutelas quanto o questionamento do status de periculosidade do louco. Por conseguinte, o autor propõe um tratamento humanizado em serviços substitutivos que possibilitem o cuidado a partir de um espaço de interlocuções e produção de relações subjetivas. (PARANHOS-PASSOS e AIRES, 2013, p.16) .

Somente na segunda metade do século XX ocorre uma mudança do olhar da Psiquiatria sobre a pessoa que era considerada louca, pois com o surgimento dos fármacos, permitiu-se aos pacientes um alívio dos sintomas, inclusive em alguns casos, em certa medida, o retorno à consciência. A partir disso foi possível observar que a ineficácia dos tratamentos não estava relacionada somente às terapias e tratamentos, mas também aos insalubres hospitais psiquiátricos. “A discussão sobre a ineficácia dos tratamentos psiquiátricos em regime de isolamento social permitiu que a Psiquiatria começasse a considerar que o caminho para o tratamento se dava com a modificação da estrutura asilar” (PARANHOS-PASSOS e SUELY AIRES 2013, p.15).

A partir do século XVIII no Brasil, houve um aumento da tolerância às pessoas diagnosticadas “loucas”, ainda com certas ressalvas, pois Santas Casas de Misericórdia passaram a receber estas pessoas e realizar tratamento diferenciado, pois até então, estas eram amontoadas nos porões, sem qualquer tratamento humanizado; porém, quando as vagas nas enfermarias das Santas Casas de Misericórdia acabavam, os “loucos” eram encaminhados para as prisões e acabavam por receber os mesmos maus tratos. Nos anos de 1930, com o avanço da psiquiatria sobre a doença mental houve mudanças das técnicas de tratamento como o choque insulínico, choque cardiazólico, eletroconvulsoterapia e lobotomia (TORRE & AMARANTES, 2001).

Na década 1970 começam as denúncias à assistência psiquiátrica sobre as condições desumanas dos hospitais psiquiátricos a que eram submetidos os internos com transtornos psiquiátricos. A partir dessas denúncias se inicia um processo de mudança, que no Brasil desencadeou a Reforma Psiquiátrica, movimento contemporâneo à eclosão do “movimento sanitário”, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, em defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de cuidado (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. (BRASIL, 2005, p.05)

Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica no Brasil foi marcada pela luta dos movimentos sociais, pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, indo além das sanções de leis, normas e conjunto de políticas. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 06).

Dentre os desdobramentos da reforma Psiquiátrica destacamos a Conferência Nacional de Saúde em 1987 que realizou dois eventos em favor da transformação da assistência psiquiátrica brasileira: I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, sendo o último de grande importância para mudanças nas práticas e cuidados oferecidos às pessoas em sofrimento psíquico.

Outro desdobramento importante foi Movimento de Luta Antimanicomial organizado pelos Trabalhadores em Saúde Mental, que chamou toda a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o 'louco' e a 'loucura', se atentando lema de luta: "Por uma Sociedade sem Manicômios" consolidando o dia 18 de maio como o Dia da Luta Antimanicomial (LIMA, 2010).

No ano de 1989 do deputado do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais, Paulo Delgado, da entrada no Congresso Nacional o projeto de Lei com o qual declara a ineficiência dos tratamentos psiquiátricos e propõe a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, impedindo a abertura de novos leitos ou o financiamento de outros além dos já existentes assim como a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Porém o projeto foi rejeitado e substituído por uma lei que dispõe sobre a continuação da internação psiquiátrica como uma intervenção terapêutica válida, em caso da inexistência ou/ insuficiência dos recursos extra-hospitalares no tratamento (BRASIL, 2005, p.05).

O campo da consolidação da saúde mental estava em aberto e tinha apoio da base comunitária, com isso a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, pautada na lei nº 10.216, de 2001, garantiu a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, território e cidade, oferecendo cuidados com base nos recursos que a comunidade

apresentava. Esse modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados, tais como os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) (BRASIL, 2005).

O Centro de Atenção Psicossocial é um dos resultados mais significativos das políticas públicas de saúde mental no Brasil, e a inserção da Educação Física nesse novo modelo de atenção psicossocial tem ocorrido em sua maioria nos CAPS e ainda, Reforçando os ideais da Reforma Psiquiátrica, surge a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que, segundo Wachs (2008), é uma rede de serviços substitutiva aos hospitais psiquiátricos, funcionam de maneira mais humanizada e os sujeitos são o foco principal, e não a sua doença.

2.2. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o CAPS tem o objetivo oferecer atendimento à população em sua área de domicílio, realizando, dentre outras atividades, o acompanhamento clínico e a reinserção social por meio de oficinas terapêuticas, tratamento medicamentoso, atendimento em grupo ou individual às famílias, atendimento psicoterápico, visitas domiciliares e atividades comunitárias.

Paranhos-Passos e Aires (2013) no estudo sobre reinserção social de pessoas em sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, realizaram uma busca em artigos científicos referentes à Reforma Psiquiátrica e identificaram que os termos reabilitação psicossocial e reinserção social são utilizadas como sinônimos. Porém os autores em questão entendem que são conceitos diferentes apesar dos mesmos serem encontrados também enquanto objetivos no tratamento do CAPS;

(...) a reabilitação psicossocial é uma estratégia que visa proporcionar a autonomia do portador de sofrimento psíquico para que ele possa atuar com independência nos diversos contextos sociais, exercendo sua cidadania plena, e direcionando-o à reinserção social. Esta, por sua vez, se refere à possibilidade de convívio do portador com seus familiares, pares, amigos e demais membros da sociedade, através da circulação e ocupação dos espaços sociais (PARANHOS-PASSOS e AIRES, 2013, p.18).

Preocupações do poder público com a atenção à pessoas com sofrimento psíquico assim como movimentos organizados por uma sociedade sem manicômios estruturaram diferentes serviços para atender a população, dentre esses, os hospitais-dia, CAPS e as Oficinas Terapêuticas. Sendo assim, a luta antimanicomial reivindicava substituição das

instituições psiquiátricas por serviços abertos, dentro das comunidades onde se vive, através de estratégias mais amplas com a intenção de mudar a segregação no conjunto da sociedade.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005, p.08)

Em março de 1986, na cidade de São Paulo, foi inaugurado o primeiro CAPS do Brasil denominado Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido também como CAPS da Rua Itapeva. A criação do CAPS e de tantos outros, é reflexo de um intenso movimento social, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos. Sendo assim o documento do Ministério da Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial (2004) nos explica que 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. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004, p.9).

O documento Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas (2005) nos apresenta como a luta antimanicomial foi importante na criação de instituições do poder público destinadas a pacientes com transtornos mentais com contornos diferentes ao tratamento de isolamentos, solidão e em muitos casos de tortura.

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p.08).

Diante desses avanços duas importantes portarias foram criadas para regulamentar a Saúde Mental a partir do Sistema Único de Saúde – SUS. Primeiro os NAPS/CAPS criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92, definidos como unidades de saúde locais / regionalizadas que contam com uma população adstrita 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. Outra importante portaria, nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, em que têm a responsabilidade de atender diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território. Oferece ainda cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico. (BRASIL, 2004, p.12)

Dentre os principais objetivos do CAPS estão:

Prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004, p.13).

As unidades do CAPS são divididas e direcionadas em tratamentos diferenciados, o CAPS I – destinado a municípios com número de habitantes entre 20.000 e 70.000 mil, funcionam de segunda a sexta-feira das 8h às 18h. O CAPS II - municípios com número de habitantes entre 70.000 e 200.000 mil, funcionam de segunda a sexta-feira das 8h às 18h, neste CAPS, porém pode haver um terceiro horário de funcionamento até 21h. O CAPS III – destinado a municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funcionam 24 horas e todos os dias da semana, inclusive feriados (BRASIL, 2004).

O CAPSi –Destinado a crianças e adolescentes, também é destinado a municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funcionam de segunda a sexta-feira das 8h às 18h, também poderá funcionar até às 21h. E por último, o CAPSad – Destinado a atendimento de dependência química, destinado a municípios com número de habitantes superior a 100.000, funcionam de segunda a sexta-feira das 8h às 18h, também poderá funcionar até às 21h (BRASIL, 2004).

Apesar dos usuários serem direcionados a diferentes CAPS as atividades são semelhantes, contudo pode haver intervenções específicas segundo as características do público atendido. De modo geral, incluem as seguintes atividades:

- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

- Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

- Visitas domiciliares;

- Atendimento à família;

- Atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua reinserção familiar e social;

- Refeições: os usuários assistidos em um turno de 4 horas receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias. Os usuários que permanecem acolhidos 24 horas em CAPS III devem receber quatro refeições.

Grande parte das ações realizadas nos CAPS são concretizadas através das oficinas terapêuticas, estas são oficinas de diversas naturezas com a presença de um ou mais técnicos/profissionais e estagiários (quando presente), e como o próprio nome já diz, possui função terapêutica e também de socialização dos usuários. Parte significativa do trabalho no CAPS acontece por meio das oficinas terapêuticas, por isso, vale ressaltar que as oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS.

Os CAPS têm, frequentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas 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, 2004, p.20).

Existem outras indicações de atividades que são comuns nos CAPS e que estão envolvidas na promoção da saúde entre o paciente e as pessoas que também se encontram na unidade e fora dela como, por exemplo, familiares para que o convívio do paciente com a sociedade seja saudável. As oficinas terapêuticas são divididas em oficinas expressivas que são espaços de expressão plástica, expressão corporal, expressão verbal, expressão musical, fotografia, teatro. Oficinas geradoras de renda que servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário como, por exemplo, culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc. E por fim Oficinas de alfabetização que contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re) construção da cidadania (BRASIL, 2004, p.21).

Estas oficinas são de extrema importância para a volta do paciente com sofrimento psíquico ao convívio social não somente enquanto agente produtivo da sociedade mais também possibilita o mesmo uma ocupação social diante as tantas perdas em detrimento do seu adoecimento como explica Paranhos-Passos e Aires (2013, p.19)

Diante disso, não basta somente reinserir: é preciso que haja antes uma reabilitação, ou seja, oferecer ao usuário de saúde mental possibilidades que o capacitem para a vida em sociedade, considerando as diversas perdas sofridas pelo sujeito em decorrência do seu adoecimento. Do mesmo modo, não basta só reabilitá-lo sem proporcionar a ocupação cidadã por parte do louco de seu lugar na sociedade. Nesse sentido, esses dois conceitos devem andar juntos para que sejam realizadas ações profícuas no âmbito da saúde mental.

A lógica multiprofissional também está inserida nas oficinas terapêuticas e todo contexto do CAPS e das políticas de saúde mental. Além das áreas tradicionais que vem atuando neste contexto como, por exemplo, a psiquiatria e a psicologia, outras profissões têm sido incluídas, e dentre essas se encontra a educação física. A seguir, abordaremos esta importante questão.

2.3 AS PRÁTICAS CORPORAIS FACE À SAÚDE MENTAL

A Educação Física vem se inserindo no contexto de discussões e debates acerca da loucura assim como sobre a Saúde Coletiva³. Esses diálogos possibilitaram a abertura de composição de um campo teórico e enquanto campo de atuação como o trabalho realizado por professores de Educação Física nos CAPS.

O trabalho da Educação Física teve visibilidade e foi reivindicada pelos Relatórios das Conferências Nacionais em Saúde Mental. O Manual para a abertura do CAPS do Ministério da Saúde reconhece a necessidade de uma equipe multiprofissional em que o PEF, mesmo que ainda não seja obrigatório, seja indispensável dentre as profissões previstas para as atividades oferecidas no CAPS (BRASIL, 2004)

Portanto, mesmo previsto no manual de abertura por base na Portaria GM nº 336/2002 para composição de equipes em serviços, o PEF não se constitui um profissional obrigatório apesar de estudos que estão sendo construídos na área apontarem para a necessidade deste profissional para compor o leque de atividades importantes no processo de reabilitação e reinserção social principalmente no que diz respeito às oficinas terapêuticas.

³ A Saúde Coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 63)

Sabemos que o campo da Educação Física na área de trabalho da Saúde Mental ainda está sendo construído, principalmente em Goiânia em que somente em 2009 houve a primeira turma do curso de Bacharelado em Educação Física com foco em saúde pública. Felipe Wachs (2008, p.49) faz um importante destaque sobre a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” em que, apesar da Educação Física estar enquadrada em vários parâmetros enquanto cursos da área da saúde, suas diretrizes curriculares não têm entre seus documentos a referida Lei citada acima.

Destaca-se ainda no artigo 200º da Constituição Federal e reforçado também na Lei 8080 em seu artigo 6º que “estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS: [parágrafo III] a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde”. Vale lembrar que as diretrizes de outros cursos da área da saúde valorizam a importância de uma formação comprometida com o SUS, o que não aparece de forma objetiva nas diretrizes da Educação Física (WACHS, 2008, p.49). Não cremos que esses dados sejam o problema principal na consolidação da Educação Física no campo da Saúde Mental, porém é preciso o reconhecimento em diversas instâncias, inclusive a partir da regulamentação, assim como das políticas públicas desse campo de atuação.

De acordo com Wachs (2007, p.72) estamos diante dos próprios conflitos da área, pois “discutir a educação física e a desrazão implica lidar com os próprios conflitos do campo”. Isso é reforçado com a constatação da dissertação de mestrado do autor supracitado apontando que a maioria dos trabalhos encontrados no campo da Educação Física sobre Saúde Mental, estão relacionados ao campo estritamente biológico e de atividade física.

Isso não é de se surpreender quando retomamos as origens da Educação Física e sua forte influência das áreas médicas higienistas e de práticas militares. Nesta época, os elementos da cultura corporal eram pensados e trabalhados a partir do conceito atividade física. Ou seja, numa perspectiva da reprodução, imitação e mecanização, em detrimento da valorização da prática pedagógica humanizada (SOARES et al., 2006).

Importa-se pensar as práticas corporais como momentos de sociabilidade indo na contramão das Práticas Corporais hegemônicas que impõem ritmos e movimentos individualizados e instrumentais de forma fragmentada e biologizantes. Antunes e Schneider (2007, p.129) realizou um estudo sobre o papel sociabilizador das Práticas Corporais em que ressaltam que,

A sociabilidade, portanto, acontece quando as pessoas se reúnem pela interação e não na busca por outros objetivos. As pessoas se relacionam para

garantir que permaneçam juntas. Nesse contexto, os participantes não têm pretensões objetivas para além do exercício da interação. Sob essa perspectiva, as práticas corporais se inserem como espaços capazes de promover a sociabilização, dependendo da forma como forem organizadas no tempo de lazer.

Pensando nisso faz-se necessário fazer referencia ao objetivo da Educação Física sobre o corpo. Para Yara Carvalho (1995, p.33) já no passado a Saúde Mental se organizava em hospitais manicomiais em que proporcionava aos pacientes, muita dor e sofrimento. Para a autora em questão a Educação Física

(...) representa, a depender da época e do espaço, valores vigentes na sociedade [...] as necessidades atribuídas ao corpo têm diferentes significados relacionados à sociedade, incorporando suas especificidades, desejos reprimidos, outras vezes incentivados, de acordo com o contexto no qual se inserem.

Corroborar e reforçar estas reflexões Abide e Alves (2009, p. 03) que realizaram um estudo sobre a Educação Física e Saúde Mental, refletindo sobre o papel das Práticas Corporais, quando explica que o objetivo destas nos CAPS. Para eles, a Educação Física “deve estimular atitudes consideradas saudáveis pelos usuários do CAPS e que venham a potencializar atitudes positivas diante da vida além de induzir a um maior conhecimento sobre si mesmo e a respeito dos seus direitos e possibilidades”.

Estes autores supracitados concluíram em seu estudo bibliográfico sobre as Práticas Corporais e a Saúde Mental, que quando a Educação Física é trabalhada a partir dos elementos da cultura corporal o paciente buscará interagir com o meio, se perceber enquanto humano na sua integralidade e pode ainda possibilitar o exercício de seus direitos, tão negados em instituições manicomiais e hospitalocêntricas como no passado.

Abid e Alves (2009, p.3-4) entendem que com a Reforma Psiquiátrica é possível pensar o trabalho da Educação Física com a Saúde Mental para além da biofisiológica psiquiátrica.

Hoje, dentro da ótica da Reforma Psiquiátrica, é possível incentivar atitudes positivas por meio da nova perspectiva de tratamento, na qual as práticas corporais podem ingressar com o intuito de trazer outro significado à visão de corpo dos usuários de serviços de saúde mental, não os reprimindo, mas, sim, os estimulando a ficarem menos reclusos.

Para Wachs (2007, p. 93) Saúde Mental e Educação Física devem ter “uma visão de saúde que valoriza a perspectiva da Saúde Coletiva, bem como as formas de cuidar e entender o sofrimento psíquico para que sejam reformuladas”. Se pensarmos a partir de uma teoria crítica de trabalho que viabiliza transformação social dos sujeitos em sofrimento psíquico, assim como a emancipação destes pacientes pesquisadores da área de educação física (ABID,

FRAGA, WACHS, ALVES, 2010; WACH, 2007, 2008) indicam o trabalho por meio das Práticas Corporais com o objetivo de integrar os sujeitos com o meio, valoriza-los enquanto sujeitos ativos do processo terapêutico e não ao contrário.

Nesse aspecto, mais uma vez é possível perceber a relevância de propor um trabalho embasado nas práticas corporais ao invés da visão reducionista das atividades físicas, trazendo 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 (ABID e ALVES, 2009, p.3-4).

Costa et al (2014, p.02) realizou um estudo intitulado de Educação Física e Saúde Mental: Compartilhando Experiências no atendimento de usuários de álcool e outras drogas no CAPES AD em Macapá – AP. A partir de um relato de experiência dos Residentes de Educação Física deste serviço em Saúde Mental Álcool e Outras Drogas do Estado do Amapá. A experiência ocorreu no período de dez de maio a dois de outubro de 2013 e somou cento e três registros no diário de campo. A atuação das residentes no serviço foi dividida em três etapas: ambientação, planejamento e execução.

Os autores acima concluíram que o trabalho com as Práticas Corporais, como um veículo de pertencimento e de sentido para os pacientes, é um importante fator que contribui para o processo de reabilitação e reinserção social dos pacientes. Vejamos em suas argumentações:

Assim, nessa concepção, a Educação Física busca a postura que favoreça ao indivíduo reconhecer e resgatar a disposição à vida, recuperar-se do cotidiano em sociedade e poder estar com os seus familiares, amigos, comunidade em luta pelos seus direitos essenciais. Também é da alçada da Educação Física oportunizar uma nova forma de intervenção através da qual o mediador desse cuidado tenha que escutar e levar em consideração o contexto cultural no qual o paciente está inserido (COSTA et al, 2014, p04)

A partir dos estudos citados percebemos que a Educação Física, considerando a relação entre Práticas Corporais - presentes na Cultura Corporal - e a Saúde Mental, potencializa no paciente o resgate cultural, a autonomia, a mudança de comportamento, o senso crítico, a convivência em grupo, a criatividade e a melhoria no seu bem estar físico, mental e social. Nesse sentido “acredita-se que um dos objetivos que permeia as práticas corporais deve estar direcionado ao cultivo do encontro, do estar com o outro, da fruição e do prazer” (ANTUNES e SCHNEIDER, 2009, p. 129)

Desta forma, percebemos que a presença do PEF no âmbito da Saúde Mental é de extrema importância para o projeto terapêutico de um CAPS. Estes profissionais podem embasar-se nas Práticas Corporais, elementos constituintes de uma comunidade e se tornar peça fundamental na recuperação/tratamento e reinserção social para os pacientes.

3. CAPITULO II - O TRABALHO DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM CAPS DE GOIÂNIA

A pesquisa foi realizada no CAPS que se localiza na região sudoeste da cidade de Goiânia-GO, com público acima de 18 anos. A equipe profissional é multidisciplinar e composta pela Diretoria Geral, supervisão administrativa e Técnica; Médicos (as), Psicólogos (as), Assistentes Sociais, Enfermeiro (a), Técnicos (as) de Enfermagem, Terapeutas Ocupacionais, Arte terapeutas, Prof.º(a) de Educação Física, Farmacêutico (a), funcionários (as) no Apoio e Administrativo.

O CAPS funciona por um período de 12 horas diárias, exceto fim de semana e feriados, com tratamento aberto e ambulatorial. Os usuários são acolhidos por profissionais que avaliam o sofrimento psíquico, entre moderado a grave. Como critério para tratamento, frequentam o CAPS de acordo com um projeto terapêutico, que sugere atendimento de maneira ampliada, construindo um plano de vida, para obtenção de autonomia e reinserção social, elaborado de forma a atender especificidades individuais.

A unidade dispõe de um espaço físico, com salas para atendimentos em grupos e individuais; farmácia, posto de enfermagem, sala para consulta médica, sala de atividades ocupacionais e artísticas; área aberta para convivência⁴, jogos, refeitório, cozinha, banheiros, sala para os técnicos da administração/recepção. Dentre as intervenções a partir das observações identificamos atividades de acolhimento, atendimento em psiquiatria, psicoterapia individual e grupal; ações de cidadania; grupos de família; campanhas de promoção à saúde, conforme calendário fornecido pelo Distrito Sanitário Sudoeste;

⁴ Os espaços de área aberta para convivência geralmente são os espaços utilizados para as práticas corporais realizadas pelos PEF.

encaminhamentos para atendimentos na comunidade, buscando a rede entre unidades de saúde (CIAMS, ESF, outros) o CAPS e outras redes intersetoriais.

As atividades realizadas pelos PEF geralmente ocorrerem em um local amplo de espaço verde e uma pequena mata ao fundo da instituição. O espaço da atividade é composto por uma salão/área coberta dividido em duas partes (uma que contém uma mesa de sinuca e pequeno espaço vazio e outra que possui uma mesa para servir as refeições do cotidiano). Por este espaço se tem acesso a salas de outras áreas profissionais onde são desenvolvidas atividades e oficinas. De acordo com o levantamento da pesquisa as atividades realizadas pelos PEF, dividem-se em Futebol, Dança/Ritmos, caminhadas, alongamentos e Peteca e jogo de boliche.

São realizados ainda estudos de caso individual e junto à equipe; orientações ao usuário e familiares; visita e assistência domiciliar; visita institucional; busca ativa junto aos familiares ou responsáveis, nos casos de interrupção da frequência na unidade; reuniões do conselho local de saúde; assembleias; atendimento e acompanhamento nas residências terapêuticas/RTs; conferências de saúde; eventos comemorativos como aniversário do CAPS e de usuários; festas; passeatas dia 18 de maio - luta antimanicomial. O CAPS pesquisado mantém oportunidade de maiores informações sobre o serviço, com abertura às visitas de estudantes, estagiários ou outras equipes de saúde.

Na unidade de atendimento em que realizamos a pesquisa, quatro (4) PEF foram entrevistados. Três (3) são formados pela Universidade Federal de Goiás - UFG no curso de Licenciatura da Faculdade de Educação Física e Dança - FEFD e um (1) é formado pela Universidade Estadual de Goiás – UEG no curso de Licenciatura da Escola Superior de Educação Física e Fisioterapia – ESEFEGO.

Os entrevistados têm entre 30 e 43 anos, quatro (4) possuem especialização, respectivamente em Psicomotricidade e Psicopedagogia, Atividade Física e Saúde, Saúde Mental e Métodos e técnicas de ensino, e um (1) possui especialização em Gestão e Serviços de Saúde Mental e Mestrado em Educação. Os professores apresentam tempo de trabalho de três (4), nove (9), dez (10) e quatorze (14) anos de experiência com Saúde Mental na unidade, porém apenas um (1) tinha experiência com Saúde Mental antes de entrar na unidade pesquisada.

3.1. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS PELOS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA.

Nesta parte do trabalho analisaremos três questões: Quais foram as primeiras atividades relacionadas à Educação Física desenvolvidas no CAPS? Quais são as atividades relacionadas à Educação Física que são desenvolvidas atualmente? E quais as principais dificuldades encontradas na construção e execução das suas propostas?

Para preservar a identidade dos participantes vamos identificar os participantes em E1, E2, E3 e E4. Quando perguntamos sobre as primeiras atividades realizadas no CAPS, dois dos/as entrevistados/as disseram que não havia espaço necessário para que atividades de Práticas Corporais fossem bem desenvolvidas. Porém o entrevistado E1 relatou que a primeira atividade foi assumir um grupo de caminhada que era coordenado por um profissional de outra área. Já o entrevistado E2, disse que realizava atividades como Vôlei, Peteca, Futebol, Jogos de mesa e de tabuleiros, porém sem planejamento. O entrevistado E3 disse que não se lembrava de muito, porém, achava que havia sido jogos e brincadeiras. E o E4 disse que as atividades foram planejadas e direcionadas de acordo com o grupo de trabalho no momento, um grupo de mulheres. Este último então desenvolveu atividades relacionadas à autoestima e a sexualidade. Detalhes podem ser observados nos trechos abaixo:

[...] Bem assim que eu cheguei eu fui recebido por outros profissionais, na área de Educação Física, de áreas que não são da Educação Física, de início o grupo que eu comecei a atuar foi o grupo de caminhada (E1).

Fazíamos atividades com vôlei, peteca, com futebol né [sic] (Golzinho), algumas atividades com música é jogos de tabuleiro de mesa, damas, dominó é acho que foram essas atividades mais, assim, sem muita pretensão sem ter muita certeza do que eu estava fazendo (E2).

Iche[sic] ! As primeiras eu acho que foram jogos, jogos e brincadeiras assim a eu num tô lembrada (E3).

Em uma das primeiras atividades que tinha uma necessidade naquela época era um grupo específico pra mulheres né [sic]. (E3).

Nas falas dos entrevistados percebemos fragilidades na questão do planejamento e direcionamento das atividades, uma questão fundamental para que a atividade realizada faça algum sentido no processo de reabilitação e ressocialização dos pacientes. Apesar dos quatro entrevistados dizerem realizar atividades de Práticas Corporais, por exemplo, caminhada, jogos de tabuleiros e jogos e brincadeiras, a fragilidade no planejamento aparece na falta de objetivo e direcionamento no sentido de considerar as demandas dos pacientes assim como a agregação dos objetivos e finalidades terapêuticas das práticas corporais às particularidades dos grupos em atendimentos.

Na literatura podemos encontrar as Práticas Corporais enquanto oficinas terapêuticas, quando planejadas e direcionadas de maneira a considerar as particularidades dos grupos de atendimentos, podem cumprir um importante papel na ressocialização e reabilitação dos pacientes em tratamentos, como explica Wachs e Fraga (2009) em seus estudos sobre educação física nos centros de atenção psicossocial.

A oficina pode, então, constituir-se como uma interessante estratégia de ressocialização comunitária quando trabalha com práticas comuns à cultura corporal da comunidade que o usuário faz parte. A procura e exploração de espaços de esporte e lazer na cidade, de interação com grupos da comunidade que realizam alguma prática corporal, parecem contribuir de forma muito rica para a reinserção social dos usuários dos serviços (FRAGA e WACHS, 2009, p103).

Com a intenção de identificar alguma mudança e/ou desenvolvimento, com relação ao primeiro contato com o campo de trabalho, investigamos as atividades relacionadas à Educação Física que são desenvolvidas atualmente.

O entrevistado E1 disse que atualmente tem um grupo de peteca e outro segundo grupo chamado Medida Certa. Neste realiza um trabalho multidisciplinar com a enfermagem e a nutrição. Segundo este, dependendo dos medicamentos, o peso corporal pode aumentar assim como diminuir o apetite. Esse trabalho é realizado a partir de medições de circunferências e checagem de peso semanalmente. A alimentação se orienta e balanceia a partir dos resultados apresentados.

Nesta fala do professor acima, é importante fazermos uma reflexão sobre o trabalho do PEF quanto ao balizamento de suas intervenções a partir do modelo biomédico/hegemônico. Na fala do professor, o projeto Medida Certa nos lembra da discussão que autora Yara Maria de Carvalho fez em sua obra Mito da Atividade Física e Saúde (1995)

sobre a prática utilitária e compensatória da Educação Física. O “fazer exercício” transparece como busca necessária pela qualidade de vida transformando a atividade física e a corporeidade em matéria de compra e venda.

Encontramos na literatura científica biomédica o debate da Educação Física e Saúde uma forte tendência de discursos que associam a relação entre “corpos em forma” e a ideia de evitar riscos à saúde. Infelizmente é associada à prática regular de exercícios físicos, alimentação adequada e a redução da gordura corporal à diminuição dos riscos de doenças crônico-degenerativas, tais como doença arterial coronariana, hipertensão, diabetes, dislipidemias, depressão e osteogênica. Demos veemência ao “infelizmente”, pois nesta perspectiva se constrói ideia de uma visão simplificada e mensurável do conceito de saúde desconsiderando incertezas e ambiguidades do mundo atual, globalizado e cada vez mais desigual socialmente (CARVALHO, 1995).

O professor E2 desenvolve hoje um trabalho de caminhada com um grupo específico de mulheres, denominado “Divas” em que o mesmo entende que algumas coisas mudaram desde sua primeira intervenção no CAPS. Inicialmente o professor E2 entendia que deveria ter um perfil do grupo para assim desenvolver a atividade. Porém, hoje, o mesmo entende que os grupos lidam com diversas especificidades e o que mais importa para o usuário é a sua disponibilidade de estar naquele momento praticando, movimentando e falando com o professor assim como com os demais colegas.

Assim, é importante nesse momento entender que as práticas da Educação Física realizada fora dos parâmetros da Saúde Mental não devem ser simplesmente transportadas e/ou reproduzidas dentro dos CAPS. É necessário que se pense como o professor E2, a partir das especificidades coletivas e individuais a fim de realizar um trabalho que tenha resultado e reflexo no processo geral de reabilitação do usuário. Wachs (2008, p.98) nos explica melhor esse processo.

Um conjunto de práticas identificadas como sendo próprias da educação física não deveria simplesmente ser transportadas para um interior de saúde mental. A lógica de elaborar um protocolo de como de ser realizada as atividades relacionadas a educação física no campo de saúde mental, e aplicá-lo, agride à singularidade dos indivíduos e o conceito de integralidade tão caros, tão caro a Reforma Sanitária e à Reforma Psiquiátrica.

Quanto ao professor E3, este assumiu a coordenação dos projetos terapêuticos na parte da manhã em que o mesmo desenvolve dois projetos que acontecem duas vezes na semana cada um. O projeto Caminhada e o projeto Corpo e Mente. Segundo o professor, estes projetos acontecem na parte da manhã devido o tempo ser mais favorável e de acordo

com a disponibilidade dos usuários. Este professor nos disse que a principal mudança desde sua primeira atividade desenvolvida foi de direcionamento e planejamento das atividades, pois segundo este, nas suas primeiras intervenções as atividades eram escolhidos de forma aleatória muitas vezes no momento que se iniciava sem uma sistematização e objetivos. Quando o mesmo assumiu a coordenação dos projetos terapêuticos, disse sentir a necessidade de verificar resultados diante as atividades desenvolvidas.

Furtado et al (2015) realizou um estudo nos CAPS da cidade de Goiânia intitulado de O Trabalho do professor de educação Física no CAPS: Aproximações Iniciais em que o objetivo foi analisar as principais características da intervenção profissional da Educação Física. A pesquisa foi realizada a partir de observações participantes de PEF que trabalham no CAPS e de relatos de experiência de três profissionais vinculados há pelo menos um ano a esta instituição, concedidos em forma de entrevista semiestruturada. A partir de dados iniciais, concluiu-se que uma das principais dificuldades dos PEF quando entram em contato com pessoas de sofrimento psíquico é a dificuldade em entender as especificidades deste campo de atuação, o que ficou latente também nas entrevistas a nós concedidas.

Os relatos indicaram que lidar com o sofrimento psíquico dos usuários é um limitador, principalmente no início de suas experiências, quando se deparam com uma realidade com a qual não estão acostumados e que não foi apresentada durante a formação. Nesta perspectiva, é possível afirmar que a inserção do profissional no serviço é permeada também por valores individuais, familiares, sociais, entre outros elementos constitutivos da identidade individual. (FURTADO et al, 2015, p46)

O professor E4 hoje trabalha com futebol e natação e diz que sua atuação mudou bastante desde sua primeira intervenção no campo de trabalho. Relata que se sentia perdido diante as especificidades dos tratamentos dos pacientes e após realizarem vários grupos de trabalhos dentro do próprio CAPS assim como de realizar o curso de especialização sobre saúde mental foi possível entender inclusive os danos psíquicos das doenças que são tratadas e assim poder sistematizar melhor sua intervenção.

Diante das falas percebemos que houve um salto de qualidade sobre a atuação do PEF no CAPS pesquisado, pois os professores relataram que em certa medida não tinham uma formação adequada para este campo de trabalho; dos quatro professores pesquisados apenas um não especificou o que motivou a mudança na atuação. Porém, os outros três nos levam a entender que a formação continuada é de extrema importância inclusive para entender profissionalmente os objetivos do trabalho.

Segundo Fraga e Wachs (2009) a formação inicial dos cursos de Educação Física não dá condições para que a formação seja direcionada ao campo de trabalho de Saúde

Mental. Inclusive avaliamos que não é papel de formação inicial dar respostas a todas as áreas de atuação possíveis de trabalho, mas sim que permita ao PEF flutuar mais facilmente entre diferentes frentes de intervenção, transcender os limites de sua formação de graduação. Portanto estamos de acordo com Fraga e Wachs (2009, p.99) quando diz que o professor deve ir além de realizar atividades que envolva a execução de movimentos e esporte, mas integrar um projeto de atenção Psicossocial.

O professor, ao realizar tais atividades dentro de um Caps, transita por lá investido de uma identidade “profissional de saúde mental”, que excede as competências previstas nos currículos dos cursos de educação física para dar conta do ofício. O professor de educação física não está no serviço para realizar apenas atividades de esportes, ginástica, dança ou outra prática corporal imediatamente associada a sua especificidade. Está no serviço para compor uma equipe de saúde mental e dar conta das especificidades do cuidar em Centros de Atenção Psicossocial.

Quando perguntamos sobre quais as principais dificuldades encontradas na construção e execução das atividades propostas, as repostas se dividem em dois blocos. Os professores E1 e E2 falaram sobre a falta de espaço adequado e a falta de materiais. O segundo bloco, professores E3 e E4 expressaram que a principal dificuldade é da condição de adoecimento mental dos pacientes.

No que diz respeito aos espaços e materiais, a Reforma Psiquiátrica propõe a ideia de Clínica Ampliada, que tem como objetivo superar o tratamento terapêutico tradicional, inclusive nos espaços utilizados, a fim de explorar outros lugares da cidade. Apesar de entendermos e reconhecermos a importância dos materiais e de espaços adequados para a realização das Práticas Corporais, devemos atentar também para o material elaborado pelo Ministério da Saúde que orienta as atividades dos CAPS;

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

No que diz respeito aos segundo bloco de respostas, que fala sobre a condição de adoecimento mental dos pacientes - em que este se torna um fator de atenção ao planejar as atividades assim como pensar estratégias para que os pacientes realizem as atividades sem que haja maior sofrimento do que já está passando - o primeiro passo é de entender a especificidade de cada doença a fim de direcionar a prática. O segundo PEF entrevistados, muitos dos pacientes têm dificuldades de suportar a própria vida e os que apresentam mais dificuldades de socialização afetiva são os esquizofrênicos. Segue uma fala do professor que ilustra o parágrafo acima.

Bom, como eu disse principalmente, motivar essas pessoas para que venham participar e que queiram aprender alguma coisa conosco é a principal das principais. Dificuldades e sobre tudo aquilo que eu disse no início, algumas pessoas têm um comprometimento clínico tão grande e com morbidades tão importantes do tipo obesidade, hipertensão, diabetes e ainda transtorno mental e aí com uso de medicamentos que induzem muito ao sono e hábitos alimentares ruins, é discrepante com a realidade de quem busca uma saúde ou qualquer outro melhoria até mesmo de forma física (E4).

Sabemos que a Reforma Psiquiátrica no Brasil ainda está em curso e sendo escrita principalmente nas unidades de atendimentos referentes neste trabalho. Porém é importante entender que Educação Física também está construindo um campo teórico e prático dentro destas unidades, a fim de delimitar inclusive um perfil deste profissional que trabalha com Saúde Mental. “É necessário compreender que os limites ainda presentes são constitutivos de qualquer processo de transformação em curso. Os profissionais ainda estão aprendendo a lidar com os novos desafios” (FURTADO et. al., 2015, p.51).

3.2 RELAÇÕES INTERPESSOAIS E O TRABALHO INTERDICPLINAR NO CAPS

Este tópico do trabalho tem como objetivo identificar as relações interpessoais e o trabalho interdisciplinar por entendermos que o trabalho que é desenvolvido no CAPS deve ser o resultado de um trabalho em conjunto com os profissionais da mesma área assim como com profissionais de outras áreas do conhecimento. Vale ressaltar que o documento do Ministério da Saúde sobre Saúde mental no SUS dá veemência ao trabalho coletivo e interdisciplinar das mais diversas áreas no processo de reinserção social dos pacientes. Ou seja:

As equipes técnicas devem atuar sempre de forma interdisciplinar, permitindo um enfoque ampliado dos problemas, recomendando-se a participação de médicos com experiência no atendimento infantil, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, para formar uma equipe mínima de trabalho. A experiência de trabalho com famílias também deve fazer parte da formação da equipe. (BRASIL, 2004, p.23).

A primeira pergunta que fizemos aos professores foi sobre a relação destes professores como os profissionais de outras áreas da saúde do CAPS e como ocorre este trabalho multiprofissional. O professor E1 relata que as propostas que são levadas pela área de Educação Física são bem recebidas sim, porém, na hora de executá-las apenas os profissionais das áreas de fisioterapia e enfermagem participam.

Já o professor E2 diz que tem uma “relação boa” com os outros professores de Educação Física assim como com profissionais de outras áreas, dizendo ainda que a

organização e desenvolvimento de atividades interdisciplinares ocorrem a partir de reuniões de planejamentos com a gestão e os profissionais disponíveis para a execução da atividade. O trabalho coletivo assim como a ação interdisciplinar é uma das ações de saúde mental na Atenção Básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal.

O professor E3 hoje é coordenador dos grupos terapêuticos e, explicou que, estando nesta função procura integrar as diversas áreas nos grupos terapêuticos. O mesmo fez uma alusão em que considera os grupos terapêuticos como “pequenas empresas” que necessitam constantemente de avaliação, manutenção, diversos profissionais envolvidos e que podem acontecer da empresa falir, ou seja, o grupo terapêutico ser repensado em outra possibilidade.

Neste ponto da entrevista percebemos na fala do entrevistado uma visão equivocada em relação ao trabalho realizado: de que os grupos terapêuticos funcionam como pequenas empresas. Isto desconsidera as especificidades dos pacientes e os colocam em situação desumanizada assim como limita o conceito de saúde em procedimentos práticos, mensuráveis e passíveis de “concerto”. Carvalho (2001) escreveu um trabalho sobre Atividade Física e Saúde com o objetivo de identificar o “sujeito” dessa relação em que a autora nos chama atenção para não esquecermos sobre o conceito de saúde e a localização, no nosso caso, do paciente nessa relação.

Não podemos esquecer que a saúde como conceito também estaria fundamentada nas ciências humanas e sociais. Desloca-se a ideia da saúde centrada no organismo, no físico, no biológico para a saúde como processo e resultado das opções na vida, opções essas relativas ao trabalho, à moradia, ao lazer, mas especialmente nos valores e princípios de vida que se quer, que se acredita ser a melhor. Entretanto, a mudança de enfoque não é tão simples e imediata como parece, à primeira vista. Deslocar o “sujeito” de uma posição secundária para situá-lo em primeiro plano é rever as bases de sustentação que justificam e muitas vezes tentam explicar os motivos pelos quais esse mesmo “sujeito” está o tempo todo submisso, oculto e muitas vezes até perdido na Educação Física (CARVALHO, 2001, p. 11 e 12).

O professor E4 diz que a relação tanto entre os PEF quanto com outros profissionais era problemática e que essa relação foi mudando à medida que as atribuições de cada área foram ficando mais claras. Segundo este professor, os planejamentos acontecem inicialmente em duplas com professores da mesma área e depois são socializados nos grupos terapêuticos. Cada grupo terapêutico acompanha um determinado coletivo de usuários, socializando as especificidades de cada paciente, podendo assim, planejar estratégias diferentes.

Em todas as falas ficou evidente que existe um planejamento coletivo e que em alguns momentos os dados sobre os pacientes se cruzam a fim de pensarem de forma interdisciplinar as especificidades de cada caso. No caso do nosso trabalho, uma fala nos

chamou atenção quando o professor disse que “quanto mais as atribuições foram ficando claras, menos problemas tivemos entre os professores de Educação Física” (E4). Percebemos que a partir dessa fala que a formação é fundamental inclusive nas relações interpessoais e interdisciplinares.

Portanto, o trabalho do professor de Educação Física deve pautar-se em outros referenciais que possibilitem ir ao encontro do que é proposto tanto pelas diretrizes do SUS quanto da atenção à saúde mental. Na tentativa de romper com essa perspectiva e criar outras possibilidades de ação, é importante que o campo da Educação Física englobe a compreensão de que as dimensões socioeconômicas e culturais também são determinantes da saúde, estabelecendo diálogos com a perspectiva da saúde coletiva (FURTADO et. al, 2015, p46).

A segunda pergunta foi para que os mesmos fizessem uma avaliação sobre a interdisciplinaridade no CAPS. O professor E1 disse que consegue perceber esta interdisciplinaridade, porém ela só acontece com o profissional da enfermagem e com a profissional da psicologia, pois o trabalho coletivo realizado acontece somente com três profissionais. Quando perguntamos sobre qual sua contribuição para que o trabalho interdisciplinar, foi relatado que atualmente está em uma “zona de conforto”, que muito já foi proposto, porém as ideias não foram acatadas, e que por isso se sente um pouco desmotivado a planejar mais projetos em conjunto. Porém, mesmo assim, as atividades são desenvolvidas em trios. Neste caso percebemos uma falta de compreensão do trabalho interdisciplinar, pois não basta simplesmente realizar atividades em conjunto, mas também planejar, pensar, socializar, elaborar propostas de trabalho em conjunto.

Nesse sentido, é necessário compreender que os CAPS e a própria Reforma Psiquiátrica como um todo não estão livres das contradições de nossa sociedade e são instituições e processos permeados por disputas que envolvem interesses individuais e políticos de classe (FURTADO et. al, 2015, p.14).

O professor E2 nos disse que o trabalho interdisciplinar acontece a partir dos grupos que realizam as oficinas juntos. Esse trabalho ocorre em reuniões semanais junto ao grupo gestor em que cada membro do grupo, leva uma proposta a ser debatida entre os mesmos. Nestas reuniões semanais acontece ainda a relatoria sobre o desenvolvimento de cada usuário na perspectiva de cada área do conhecimento. Porém o professor ressalta que “hoje ela acontece mais do que ontem né [sic] (...) mais ela vem num processo crescente de entender, compreender até aonde que um vai pra chegar o outro” (E2). Ou seja, essa relação interdisciplinar aos olhos deste entrevistado está sendo construída cotidianamente.

O professor E3 relata que a intervenção interdisciplinar acontece em dupla, apesar de outros profissionais participarem das reuniões de planejamentos. Reporta ainda que hoje consegue perceber a necessidade do trabalho interdisciplinar, pois cada profissional lança seu

olhar diante as especificidades dos pacientes de acordo sua área de atuação, além de perceber e avaliar sua atuação com bastante sucesso.

Através como eu disse dessas parcerias né [sic] (...) trabalhando junto lado a lado, tentando compreender o porquê e pra quê dessa interação de profissionais de áreas de formação diferentes, como é, como nós podemos contribuir com isso, então tenho conseguido colocar isso em prática, com muito sucesso (E3).

O professor E4, por sua vez, diz que o trabalho interdisciplinar acontece de acordo com a aproximação da área, com aqueles que realizam atividades de Práticas Corporais ou próximas dessas atividades, realizam reuniões juntos, planejam atividades e socializam questões familiares e de desenvolvimentos dos usuários. Este professor entende que os momentos de planejamentos juntos acontecem nas reuniões semanais, em que ocorre muita troca de informações dos pacientes e avalia ainda que anteriormente este trabalho não ocorria de forma satisfatória e que tem melhorado a cada ano.

Percebemos um ponto em comum nas falas, em relação à melhora do trabalho com o passar do tempo. Avaliamos que isso ocorre devido à Reforma Psiquiátrica ainda em curso, assim como o trabalho dos PEF, que está sendo trilhado a partir desse campo de trabalho que vem se delineando ao longo dos anos. Entendemos que quanto maior a compreensão da natureza do trabalho realizado mais possibilidades de intervenções positivas.

Aos poucos, as relações passam a não se assentar mais nas hierarquias, mas na sociabilidade e na produção de instâncias coletivas, através do trabalho de mudança dessas relações e na produção de outras formas de expressão para o louco e sua loucura que se mostram não só viáveis, mas inovadoras e de extrema riqueza (TORRE e AMARANTE, 2001, p. 82).

A última pergunta do nosso trabalho foi sobre como os professores integram seu trabalho junto ao trabalho multidisciplinar e todos de forma unânime relataram que o trabalho acontece em duplas ou em trios e que os trabalhos acontecem semanalmente com aqueles que realizam as oficinas juntos, por exemplo, profissionais da enfermagem e da psiquiatria.

Porém, um dos entrevistados ampliou mais sua resposta ao dizer que em alguns momentos seu diagnóstico sobre determinados usuários foi questionado, mas, com o passar dos anos passou a fazer um trabalho mais próximo a eles, dando mais atenção às famílias e inclusive fazendo visitas domiciliares, trabalho que ficava a cargo de profissionais de outras áreas. E ainda que esse trabalho mais próximo e a troca de conhecimentos com profissionais de outras áreas possibilitou a experiência no diagnóstico e possíveis soluções para o tratamento.

Avaliamos ser de extrema importância essa maior aproximação, pois isso possibilita perceber melhor a humanidade dessas pessoas que historicamente foram excluídas e

marginalizadas. “A mudança de paradigma da saúde mental não diz respeito somente ao lugar onde é realizado o tratamento ou ao modo de cuidado; o sofrimento psíquico vai muito além da classificação dos sintomas em categorias” (FURTADO et. al, 2015, p.27).

Outra questão importante na última fala é à saída dos espaços do CAPS, quando o professor E4 relata visitas domiciliares; isso faz com que a relação com a loucura seja desinstitucionalizada e passa a ser encarada a partir de relações mais estreitas e humanizadas, como explica os autores abaixo sobre esse processo de desinstitucionalização da loucura que o trabalho que o CAPS realiza.

Um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura, que se processa a partir da mudança das relações institucionais internas e de desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. (TORRE e AMARANTE, 2001, p. 83)

As entrevistas nos mostram como acontece o trabalho interdisciplinar e como a formação continuada foi fundamental para a qualificação desse trabalho. Pensar em um trabalho interdisciplinar é pensar o processo de humanização a partir de uma visão global e não fragmentada ou apenas de caráter biologizantes das doenças que são tratadas.

Percebemos ainda a mudança de paradigma sobre Saúde Mental assim como sobre a atuação da Educação Física nesse campo. “Enquanto profissionais, devemos ter um conhecimento técnico dos transtornos mentais, porém sempre aliado aos direitos humanos, pois, independente da patologia, existe ali um sujeito que sofre” (FURTADO et. al, 2015, p.27).

4. CONCLUSÃO

Por meio deste trabalho pudemos passar brevemente pelo contexto histórico das diversas formulações sobre o conceito de loucura. No primeiro capítulo percebemos que este conceito evoluiu no sentido da humanização do tratamento, já que no passado, entre os séculos XVI e XVIII, as pessoas que necessitavam de algum tratamento mental eram tratadas como errantes e relacionavam seu sofrimento com transgressões morais, sendo submetidas a tratamentos torturantes e de exclusão social.

A partir da metade do século XVIII e início da era moderna no século XIX, os doentes mentais eram tratados como se tivessem doenças cerebrais, em que os tratamentos se relacionavam somente ao caráter orgânico. Foi nesse período que foi criado o asilo, a primeira instituição de tratamento para pessoa com transtornos mentais. Somente no século XX houve uma mudança no olhar da psiquiatria com os fármacos, que permitiu o alívio dos sintomas com medicamentos. A partir de então, ficou exposta a ineficácia dos tratamentos nos hospitais psiquiátricos, revelando o quanto eram insalubres.

No Brasil, na década de 1930, houve o desenvolvimento da psiquiatria sobre a doença mental com a utilização de choque cardiazólico, eletroconvulsoterapia e lobotomia. Mas a partir da década de 1970 se iniciam as denúncias sobre a assistência psiquiátrica e as desumanas condições de tratamento. Nesse período foi desencadeada a Reforma Psiquiátrica no Brasil que foi marcada pela luta dos movimentos sociais, pelos direitos dos pacientes psiquiátricos e pela humanização do tratamento.

Dentre tantas discussões, conferências e avanços das leis e nas políticas públicas brasileiras, destaca-se o objeto do nosso estudo, os CAPS, um dos resultados mais significativos nas políticas públicas na saúde mental. O CAPS tem o objetivo oferecer atendimento à população em sua área de domicílio, realizando, dentre outras atividades, o acompanhamento clínico e a reinserção social por meio de oficinas terapêuticas, tratamento

medicamentoso, atendimento em grupo ou individual às famílias, atendimento psicoterápico, visitas domiciliares e atividades comunitárias.

O CAPS realiza um trabalho interdisciplinar com diversas profissionais das mais diversas áreas da saúde, incluindo os PEF, cujo trabalho se localiza nas oficinas terapêuticas, por meio das Práticas Corporais. Vários estudos demonstraram que o trabalho dos PEF acontece a partir das Práticas Corporais, que têm viabilizado a transformação social dos sujeitos em tratamento, assim como tem contribuído para a emancipação e autonomia tão cerceada.

Para alcançarmos o objetivo geral desse estudo, realizamos entrevistas semiestruturadas, seguindo os seguintes eixos de temáticos: identificar as atividades que são realizadas e as dificuldades dos PEF em realiza-las; analisar as relações interpessoais e trabalho interdisciplinar.

Sobre as descrições das atividades desenvolvidas pelos PEF, estas caracterizam-se enquanto Práticas Corporais. Identificamos que atualmente realizam-se oficinas de caminhada, futebol, dança/ritmos, alongamento, peteca e jogos de tabuleiro. Através das entrevistas percebemos que os professores, desde que entraram no CAPS, melhoraram a compreensão sobre a especificidade da Educação Física no trabalho com a desrazão. Nas palavras destes, isso se deu a partir das reuniões coletivas de planejamentos assim como na formação continuada, pois todos realizaram pós-graduação após entrada no CAPS.

Quanto às dificuldades, identificamos dois fatores. O primeiro, estrutural, que diz respeito ao local em que as atividades são realizadas, bem como a ausência de materiais adequados. O segundo fator são as próprias limitações dos usuários, que em alguns casos são agravadas pelos medicamentos, que desencadeiam distúrbios no sono e distúrbios alimentares, ocasionando o sobrepeso em muitos casos e afetando a mobilidade.

Percebemos que o trabalho interdisciplinar ocorre por meio de reuniões semanais dos grupos de atendimento, que envolvem não somente os PEF, mas também psicólogos e enfermeiros. Nestas reuniões ocorre a socialização das especificidades de cada usuário, porém, os professores entrevistados relataram dificuldades de implementação de projetos por eles sugeridos. Os trabalhos acontecem em grupos de dois e três pessoas e dois professores dos quatro entrevistados revelam-se desanimados em propor atividades conjuntas, pela pouca aceitação que suas proposições parecem apresentar.

Perguntamos ainda quanto à contribuição individual para que o trabalho interdisciplinar seja realizado e ficou evidente a importância das reuniões semanais de planejamentos assim como o processo de formação e qualificação sobre o campo de atuação.

Pudemos perceber que, assim como a Reforma Psiquiátrica tem avançado no processo de qualificação para com o trabalho com as pessoas com transtornos mentais, os professores pesquisados demonstraram que inicialmente tanto o trabalho realizado por eles quanto o trabalho interdisciplinar tinham pouca qualidade e eram muito voltados para a improvisação. Porém, como o tempo, com maior compreensão das atribuições de cada área, assim como a formação continuada, o trabalho ganhou qualidade, o que reflete diretamente no processo de reabilitação e ressocialização dos pacientes.

Três questões iniciais foram colocadas no início do trabalho: Como foi a entrada dos PEF neste campo de intervenção profissional? Que atividades, relacionadas às práticas corporais da Educação Física, têm sido privilegiadas no trabalho com a loucura dentro e fora dos CAPS? Diante destas questões, como são as relações interprofissionais e com os usuários?

A primeira questão nos foi respondida assim eu iniciamos o diálogo com os professores, estes relataram eu inicialmente não tinham segurança nas atividades eu eram realizadas sendo estas sem um planejamento mais direcionado das demandas dos pacientes. Já a segunda questão, as atividades que tem sido privilegiada é caminhada e os jogos de tabuleiros. Já as relações interprofissionais se concretizam a partir das reuniões de planejamento e socialização das atividades dos pacientes.

Diante desse exposto, entendemos que o caminho da Educação Física junto à Loucura ainda está aberto e precisa de mais produções teóricas que sistematizam esse campo de trabalho e mais cursos de formação continuada que relacionem as duas áreas. Outros questionamentos ficam após este estudo, pois sabemos que fizemos apenas um recorte de uma realidade que está em construção.

5. REFERÊNCIAS

ANTUNES, P. de C.; SCHNEIDER M. D. As propostas de práticas corporais para pessoas na maturidade: uma possibilidade de re-significação. In: FALCAO, J L. C.; SARAIVA, M. do C.; (Orgs). Esporte e Lazer na Cidade. Florianópolis: Lagoa editora, 2007.

ABIB, L. T.. ALVES, C. T. P. Educação Física e Saúde Mental: refletindo sobre o papel das práticas corporais. Anais do XVI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e III Congresso Internacional de Ciências do Esporte. Salvador, 2009. Disponível em: . Acesso em: 16 mai. 2017.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

_____. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

ARAÚJO, M. R. G. Promoção da Saúde Mental / Maircon Rasley Gonçalves Araújo; Marajane Alencar Loyola. – Montes Claros, MG: IFNMG / Rede e-Tec Brasil, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no Sus: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

CARVALHO, Y. M. de. O mito da atividade física e saúde. São Paulo, Hucitec, 1995.

COSTA et al. Educação Física e Saúde Mental: Compartilhando Experiências no Atendimento de Usuários de Álcool e outras Drogas no CAPS AD em Amapá - AP. FIEP BULLETIN - Volume 84- Special Edition - ARTICLE I - 2014 (<http://www.fiepbulletin.net>)

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. Revista Portuguesa de Educação, Portugal, v. 16, n. 2, p. 221-236, 2003. GIL. C. A; Métodos e técnicas de pesquisa social. 6º ed. São Paulo: Atlas, 2008.

FURTADO, R. et. al. O Trabalho do Professor de Educação Física no Caps.: Aproximações Iniciais. Movimento, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 41-52, jan./mar. de 2015.

LEONARDO, L. T. e Alves, C. T. P. Educação Física e Saúde mental: Refletindo sobre o papel das praticas corporais, quando explica que o objetivo das práticas corporais nos CAPS Anais do XVI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e III Congresso Internacional de Ciências do Esporte Salvador – Bahia – Brasil 20 a 25 de setembro de 2009.

LIMA, J. T. de S. A Casa do Fonseca: Caminhos Possíveis para a Reabilitação Psicossocial Assistida em Saúde Mental. Dissertação. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2010.

MINAYO, S. C. M. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 14^o Edição, Petrópolis: Vozes, 1992.

_____. Atividade Física e Saúde: Onde está e quem é o “sujeito” da relação. Rev. Bras. Cienc. Esporte, v. 22, n. 2, p. 9-21, jan. 2001.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PARANHOS-PASSOS, F. e AIRES S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [1]: 13-31, 2013.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Ciênc. saúde coletiva. v.6, n.1, 2001.

TRIVIÑOS, A.N.S, **Introdução à pesquisas em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo. Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. et al. (org.). Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

WACHS, F.; FRAGA, A.B. Educação física em centros de atenção psicossocial. Rev. Bras. Cienc. Esporte, v.31, n.1, p.93-107, 2009.

WACHS, F. Educação Física e saúde mental: uma prática de cuidado emergente em centros de atenção psicossocial (CAPS). Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008, p.87-98.

WACHS, F. Educação física e saúde mental: uma reflexão introdutória. In: FRAGA, Alex Branco. WACHS, Felipe (orgs.). Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p.87-98.

APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE PERGUNTAS

- 1- Quais foram às primeiras atividades relacionadas à Educação Física que você desenvolveu no CAPS?
- 2- Quais são as atividades relacionadas à Educação Física que você desenvolve, atualmente? (se mudou a característica, explicar o motivo).
- 3- Quais as principais dificuldades que você encontrou na construção e execução das suas propostas?
- 4- Como é a sua relação com os outros profissionais do CAPS?
- 5- Como ocorre o trabalho em equipe no CAPS? Como você avalia a interdisciplinaridade no CAPS?
- 6- De que forma você tem se inserido no trabalho interdisciplinar?

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS MONOGRAFIAS
ELETRÔNICAS REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DE MONOGRAFIAS DA UFG – RIUFG**

1. Identificação do material bibliográfico monografia:

☒ X | Graduação | | Especialização

2. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso

Autor (a):	Nayara Stephanie Rodrigues de Oliveira		
E-mail:	n.rodriguesef@gmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	☒ X] Sim	☐ [] Não	
Título:	O TRABALHO DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM CAPS DE GOIÂNIA		
Palavras-chave:	Professor de Educação Física; CAPS; Práticas Corporais.		
Título em outra língua:			
Palavras-chave em outra língua:			
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	07/07/2017		
Graduação/Curso Especialização:	Bacharelado em Educação Física		
Orientador (a)*:	Professor Dr. Ricardo Lira de Rezende Neves		

*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO-EXCLUSIVA

O referido autor:

- a) Declara que o documento em questão é seu trabalho original, e que detém prerrogativa de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.
- b) Se o documento em questão contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Universidade Federal de Goiás os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento em questão.

Termo de autorização

Na qualidade de titular dos direitos do autor do conteúdo supracitado, autorizo a Biblioteca Central da Universidade Federal de Goiás a disponibilizar a obra, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional de Monografias da UFG (RIUFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data, sob as seguintes condições:

Permitir uso comercial de sua obra? (X) Sim () Não

Permitir modificações em sua obra?

(X) Sim

() Sim, contando que outros compartilhem pela mesma licença .

() Não

A obra continua protegida por Direito Autoral e/ou por outras leis aplicáveis. Qualquer uso da obra que não o autorizado sob esta licença ou pela legislação autoral é proibido.

Local e Data

Goiânia, 14 de julho de 2017

Nayara Stephanie R. de Oliveira

Assinatura do Autor e/ou Detentores dos Direitos Autorais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DANÇA

**O TRABALHO DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM
CAPS DE GOIÂNIA**

Trabalho apresentado para obtenção do
título de Licenciado em Educação Física
pela Universidade Federal de Goiás, sob
orientação Professor Dr. Ricardo Lira de
Rezende Neves.

Esta Monografia foi revisada após a defesa em banca e está aprovada.

Goiânia, dezembro de 2011



Prof/a. (orientador/a ou Prof/a. Coordenador de Curso)