

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DANÇA  
BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Paulianny Mirelly Gonçalves de Sousa

**A EDUCAÇÃO FÍSICA NOS CAPS DE GOIÂNIA: REFLEXÕES  
METODOLÓGICAS ACERCA DAS INTERVENÇÕES COM OFICINAS  
TERAPÊUTICAS**

Goiânia  
2017

Paulianny Mirelly Gonçalves de Sousa

**A EDUCAÇÃO FÍSICA NOS CAPS DE GOIÂNIA: REFLEXÕES  
METODOLÓGICAS ACERCA DAS INTERVENÇÕES COM OFICINAS  
TERAPÊUTICAS**

Monografia apresentada à Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás como requisito para finalização do curso de Educação Física - Bacharelado sob orientação do Prof. Dr. Roberto Pereira Furtado.

Goiânia

2017

## **DEDICATÓRIA**

*Este trabalho é dedicado aos meus pais, Pedro (in memoriam) e Maria, por todo amor, cuidado e incentivo durante esta jornada, e principalmente por acreditarem em mim e nos meus sonhos. Dentre eles, este, o qual vocês foram os primeiros a torna-lo real.*

## AGRADECIMENTOS

Minha infinita gratidão a Deus, por me proporcionar experiências incríveis durante o meu processo de formação, não só profissional, mas também como ser humano. Agradeço a Ele pela oportunidade, e também por me capacitar durante todo esse percurso, não deixando que nenhuma das dificuldades que surgiram nesse meio tempo fossem capazes de me fazer desistir. Ao contrário, elas me deixaram ainda mais determinada.

Agradeço mais uma vez aos meus pais, os maiores responsáveis por essa realização. Vocês foram essenciais nesse processo, não só por todo o apoio, mas também pela forma que me abriram os olhos, para lutar sempre por aquilo que desejei. Mesmo que isto não se aproxime diante de tudo que já fizeram por mim, o mérito dessa conquista eu devo inteiramente a vocês. Recebam-na como forma de agradecimento. Obrigado ainda a minha família, que mesmo distante se fez presente durante todo esse tempo, me servindo de refúgio e apoio.

Agradeço a esta Universidade, especificamente a Faculdade de Educação Física e Dança, ou a minha segunda casa, que de forma geral, me acolheu durante esse período. As experiências vividas nesse lugar me marcaram profundamente, e com certeza, estarão para sempre comigo em forma de memórias.

À todas as pessoas que de forma direta ou indireta contribuíram com o meu processo de formação, o meu muito obrigado. O vínculo que criei com vocês transformou esse processo em algo memorável. Aos colegas de curso e, a vocês professores, vocês são parte da pessoa que hoje sou, e pela profissional que estou em busca de ser.

Meus sinceros agradecimentos ao meu orientador, professor Dr. Roberto Pereira Furtado, que foi porta de entrada para esse universo que hoje vai além do meu objeto de pesquisa. Foi você quem me abriu as portas do grupo ECOS, o qual eu tenho imenso orgulho de fazer parte, e me apresentou todas as possibilidades de construção de uma perspectiva diferente diante do que está posto a nossa realidade. A você e todos os colegas do grupo, por todas as experiências compartilhadas até hoje, pelo apoio, incentivo, ombro amigo, puxões de orelha e aos conselhos, meu muito obrigado!

Encaro o término desse ciclo como parte essencial, porém, não como o fim, mas sim como a possibilidade de dar início aos ciclos que estão por vir. Encerro com uma frase inspirada em Mário Quintana, que me fez refletir sobre todo o caminho percorrido até este momento, e para além dele: que as paredes que nos cercam, não sejam empecilhos para os horizontes que nos esperam.

Mesmo quando tudo pede  
Um pouco mais de calma  
Até quando o corpo pede  
Um pouco mais de alma  
A vida não para

Enquanto o tempo  
Acelera e pede pressa  
Eu me recuso, faço hora  
Vou na valsa  
A vida é tão rara

Enquanto todo mundo  
Espera a cura do mal  
E a loucura finge  
Que isso tudo é normal  
Eu finjo ter paciência

O mundo vai girando  
Cada vez mais veloz  
A gente espera do mundo  
E o mundo espera de nós  
Um pouco mais de paciência

Será que é tempo  
Que lhe falta pra perceber?  
Será que temos esse tempo  
Pra perder?  
E quem quer saber?  
A vida é tão rara  
Tão rara...

Paciência - Lenine

## RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) atuam baseados no modelo de clínica ampliada, que tem como finalidade substituir o paradigma de tratamento das pessoas com transtornos mentais baseada na superação do modelo tradicional. Alguns dos recursos utilizados por essas unidades são por exemplo, as oficinas terapêuticas. Dos 8 CAPS do município de Goiânia – GO, as oficinas desenvolvidas por professores de Educação Física compõem um total de mais da metade das 67 (63,8%) das atividades referentes ao cuidado terapêutico. Desta forma, surge a necessidade de analisar como se dá a intervenção do profissional de Educação Física nas oficinas terapêuticas com conteúdos relacionados à identidade deste campo acadêmico e profissional, bem como, identificar como elas são demandadas, planejadas, executadas e avaliadas por esses professores. Esta pesquisa se caracteriza como um estudo qualitativo desenvolvida a partir do banco de dados do grupo ECOS, tendo como ferramenta de análise a técnica de análise de conteúdo. Desta forma, chegamos à conclusão de que o trabalho realizado pelos professores nesse serviço compreende uma prática social, a qual identificamos como prática terapêutica estabelecida entre professor-usuário no âmbito do CAPS. Foi através dessa compreensão, que chegamos a um problema de pesquisa: como seria a prática social nos CAPS a partir da compreensão da relação estabelecida entre profissional e usuário? O que seria a heterogeneidade real e da homogeneidade possível na saúde mental? Foram estas respostas que nos levaram a compreender como as atividades propostas pelos professores de Educação Física são sistematizadas.

**Palavras-chave:** Educação Física; Saúde Mental; Prática Terapêutica.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

ECOS – Educação Física, trabalho e formação

ECT – Eletroconvulsoterapia

EF – Educação Física

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – determinações da prática social dos professores de Educação Física nos CAPS.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2. APROXIMAÇÕES ENTRE SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO FÍSICA.....</b>	<b>14</b>
2.1 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....	14
2.2 SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	17
<b>3. TEORIAS NÃO-CRÍTICAS DA EDUCAÇÃO.....</b>	<b>24</b>
3.1 TENDÊNCIA LIBERAL DE ENSINO .....	24
3.2 CRÍTICAS DIALÉTICAS À PEDAGOGIA TRADICIONAL.....	27
<b>4. DESAFIOS PARA A PRÁTICA TERAPÊUTICA NUMA PERSPECTIVA DO CUIDADO .....</b>	<b>30</b>
4.1. A PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA DIANTE DO MODELO MÉDICO-HEGÊMÔNICO E MANICOMIAL.....	32
4.2. AS FORMAS DE COMPREENDER A DEMANDA .....	38
4.3 AS FORMAS DE PLANEJAR .....	41
4.5 AS FORMAS DE AVALIAR .....	50
<b>5. A PRÁTICA TERAPÊUTICA NUMA PERSPECTIVA DO CUIDADO: REFLEXÕES METODOLÓGICAS A CERCA DAS INTERVENÇÕES COM OFICINAS TERAPÊUTICAS .....</b>	<b>56</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>60</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>62</b>
ANEXO 1: ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	68

## 1. INTRODUÇÃO

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é uma estratégia de cuidado das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, que tem como objetivo a substituição do modelo hospitalocêntrico pela clínica ampliada. É através da adoção de um cuidado humanizado que o CAPS busca a reabilitação psicossocial, viabilizando o exercício da cidadania por meio da reinserção social, das relações sociais dos usuários<sup>1</sup> e de suas famílias (RAMMINGER; DE BRITO, 2012).

Os profissionais que trabalham no CAPS integram uma equipe multiprofissional, composta por profissionais de diversas áreas ou campos de conhecimento como enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de Educação Física, entre outros, baseando-se na exigência e na demanda profissional para cada tipo de CAPS (BRASIL, 2004). Tais profissionais tem como objetivo acompanhar o processo de desinstitucionalização dos sujeitos, auxiliando-os na busca pela autonomia e independência (AMARANTE, 2007).

Com base na concepção de clínica ampliada, a mudança do paradigma do tratamento das pessoas com transtornos mentais supera o modelo tradicional, transpondo o uso apenas de consultas e medicamentos, através dos diferentes tipos de recursos terapêuticos, por exemplo, as oficinas terapêuticas (BRASIL, 2004). Baseado nisso, Furtado et al. (2016), diante da análise rotineira de trabalho dos professores de Educação Física nos CAPS de Goiânia, classificaram o processo terapêutico em duas categorias: cuidado terapêutico e planejamento, organização e avaliação do cuidado terapêutico. A primeira é composta por um conjunto de atividades que envolvem o contato direto com o usuário, sendo que, as oficinas terapêuticas, compreendem a principal ferramenta de envolvimento entre professores de Educação Física e usuários, compondo no total 46 (69%) das atividades que são desenvolvidas no cuidado terapêutico, além de tarefas como acolhimento, consulta conjunta, passeios, atendimento familiar, visita domiciliar, referente dia e confraternização. Por outro lado, a segunda categoria é o que subsidia a materialização do cuidado terapêutico, através de atividades realizadas de forma individual

---

<sup>1</sup> O termo “usuário” foi introduzido pela legislação do SUS (leis nº 8.080/90 e 8.142/90), no sentido de destacar o protagonismo do que anteriormente era apenas “paciente”. A expressão acabou sendo adotada com sentido bastante singular no campo da saúde mental e atenção psicossocial, na medida em que significava um deslocamento no sentido do lugar social das pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007, p. 84-85).

ou coletiva pelos profissionais do CAPS, que direcionam o planejamento, a organização e a avaliação das propostas de acordo com a necessidade de cada usuário, como evolução de prontuários, reunião de equipe/gestão e ou referência, atividades administrativas e elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)<sup>2</sup>.

As oficinas, segundo Lappann-Botti e Labate, (2004), são consideradas espaços terapêuticos a partir do momento em que os sujeitos que nelas participam tem liberdade de fala, expressão e acolhimento. De acordo com Wachs (2008) são várias as oficinas que se enquadram como objeto de estudo do profissional de Educação Física, como as oficinas expressão corporal (dança, ginástica), atividades comunitárias (campeonatos esportivos), atividades de suporte social (atividades de lazer), oficinas culturais (atividades constantes que procuram despertar no usuário maior interesse pelos espaços de cultura) dentre outras.

Entretanto Furtado et al. (2016) apontam que, de todas as atividades que são desenvolvidas nos CAPS, a Educação Física se mostra presente em sua maioria nas oficinas terapêuticas, atuando de forma contínua, com conteúdos que dão identidade ao objeto de estudo dessa área. Exemplos desses conteúdos são: futebol, futsal, lutas, exercícios físicos/ginásticos, práticas corporais integrativas, práticas corporais de aventura, dança, jogos, brincadeiras, recreação, avaliação física e natação. Das 105 atividades identificadas na rotina de trabalho dos professores de Educação Física, 36 (34,3%) dialogam diretamente com as práticas corporais, enquanto as outras 69 (65,7%) buscavam atender outras demandas do serviço. Isso nos redireciona a compreensão de que, a Educação Física compõe um total de mais da metade das 67 (63,8%) atividades desenvolvidas no cuidado terapêutico

Portanto, se as atividades identitárias à Educação Física compõem parte significativa da intervenção destes professores, torna-se necessário investiga-las, analisando suas características fundamentais, o que permite uma melhor compreensão das conexões entre a Educação Física e a saúde mental. Desta forma, este estudo teve como finalidade apresentar como se dá a intervenção do profissional de Educação Física nas oficinas terapêuticas com conteúdos relacionados à identidade deste campo acadêmico e profissional, nos CAPS do município de

---

<sup>2</sup> Segundo o Manual do CAPS (2004), o PTS é um “conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades” (p. 16).

Goiânia-Go, a fim de identificar como elas são demandadas, planejadas, executadas e avaliadas por esses professores.

Este estudo se caracteriza como uma abordagem qualitativa, que segundo Minayo (2002):

[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (p. 21).

Esta pesquisa foi desenvolvida a partir do banco de dados do grupo ECOS<sup>3</sup> que tem como uma de suas linhas de pesquisa a análise da Educação Física na saúde pública, em específico na saúde mental. Dentro do banco de dados disponível, foi utilizado o arquivo com as transcrições das entrevistas semiestruturadas realizadas pelo grupo de pesquisa, com os profissionais de Educação Física que trabalham nos CAPS de Goiânia.

As entrevistas foram realizadas entre dezembro de 2014 a janeiro de 2015, composta por um roteiro com 31 questões que foram divididas em blocos distintos que representavam interesses específicos da coleta de dados. Para esta análise dois desses blocos foram selecionados, o primeiro, que diz respeito a “Entrada no campo e a formação em Educação Física” e o segundo, “As atividades da Educação Física no CAPS”. Para esta coleta, foram delimitados como critérios de inclusão: a) atuar nos CAPS como professor de Educação Física junto a Secretaria Municipal de Saúde; e b) estar de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No ano em que a coleta de dados teve início, haviam dez CAPS e Goiânia, sendo quatro deles CAPSad, cinco CAPS II e um CAPSi. Porém, apenas oito contavam com a intervenção de professores de Educação Física, sendo três CAPSad, quatro CAPS II, um CAPSi. A pesquisa teve início somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CEP – UFG) e da aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS).

---

<sup>3</sup> Grupo de Pesquisa ECOS – Educação Física, trabalho e formação, entre outras, tem uma pesquisa intitulada: O trabalho do professor de Educação Física no centro de atenção psicossocial (CAPS): diagnóstico e proposições. Endereço eletrônico: <http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/1238197008392423>

No total, 21 professores de Educação Física concursados estavam em atividade nos CAPS, no momento da coleta. Porém, desses 21, apenas 18 participaram da pesquisa. As entrevistas foram marcadas com cada professor individualmente de forma que adequasse seu tempo disponível. O trabalho desses professores contemplava um turno, sendo matutino ou vespertino. As entrevistas tiveram em média 40min a 1h de duração, para isso foram utilizados gravadores de áudio como material de suporte. Logo após a coleta de dados, todo o material foi transcrito e arquivado no banco de dados do grupo ECOS.

A análise foi desenvolvida por meio da técnica de análise de conteúdo, que segundo Minayo (2002) é composta por três fases: a organização do material coletado, onde busca-se a por meio da leitura a identificação e definição das unidades de registro (refere-se aos elementos obtidos através da análise do conjunto da mensagem), unidades de contexto (compõe uma referência mais ampla, isto é, a identificação do contexto ao qual a mensagem se refere), trechos e categorias que dialoguem com os objetivos do estudo. A segunda fase se caracteriza como o momento de aplicação das definições anteriores. E por fim, a terceira fase tem como finalidade deslindar as descobertas ocasionadas das fases anteriores que caracterizam o fenômeno analisado.

Dividido em quatro capítulos, o capítulo dois, discussão inicial do referencial teórico, busca estabelecer aproximações entre a Educação Física e a Saúde mental, a fim de compreender como se constitui sua correlação. É por meio de um percurso histórico, partindo do conceito de saúde, que seguimos em uma proposta de abordagem que apresenta as características gerais da saúde mental, até chegarmos aos serviços substitutivos de cuidado para pessoas com transtornos mentais, opondo-se a lógica manicomial, ou seja, os CAPS.

No terceiro capítulo, a discussão segue em uma perspectiva de apresentar quais as tendências pedagógicas aproximam a Educação Física da prática profissional, desde uma visão tradicional, a uma visão aberta, finalizando a discussão com as possibilidades de intervenções baseadas nestas concepções. O quarto capítulo, é responsável por abrir esta discussão pensando a prática profissional no contexto dos CAPS, adentrando aos resultados obtidos pela análise de dados.

Por fim, o quarto e último capítulo se encarrega em apresentar quais as implicações das características observadas na análise de dados, confrontadas com o referencial teórico, apontam como as intervenções realizadas nos CAPS, em específico as oficinas terapêuticas desenvolvidas a partir de temáticas da cultura corporal. Este percurso nos leva a compreender

como se dá a materialização da prática terapêutica pelos professores de Educação Física nos CAPS do município de Goiânia-GO.

## 2. APROXIMAÇÕES ENTRE SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO FÍSICA

Neste capítulo será apresentado a princípio o percurso histórico tanto da compreensão do conceito de saúde, quanto da compreensão da saúde mental de forma a sustentar as discussões subsequentes, bem como a associação destes conhecimentos para a composição e assimilação do objeto de estudo desse trabalho. Para isso, é de fundamental importância compreender quais fatores contribuem para a aproximação entre esses dois campos de saberes e quais são os diálogos dessa aproximação.

### 2.1 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

As modificações do conceito de saúde ao longo do tempo nos levam a compreender como o fenômeno do adoecimento se faz presente no nosso cotidiano de forma coletiva e individual. Este processo se caracteriza como uma construção histórica conceitual que será apresentada ao longo deste capítulo. Sciliar (2007) aponta que o conceito de saúde é o reflexo da conjuntura econômica, política e cultural de uma sociedade, possuindo assim uma diversidade de representações. Essas representações são resultantes de concepções subjetivas, científicas, religiosas e filosóficas, o que torna a saúde consequência de um processo complexo.

Em diferentes momentos históricos, as pessoas buscam formas de manter, promover ou recuperar a saúde, de forma relacionada com os processos de produção e reprodução da sociedade humana. De fato, a doença sempre esteve presente no desenvolvimento da humanidade, as primeiras explicações para tal estava relacionada a fenômenos mágico-religiosos. De acordo com Sciliar (2007) a doença era explicada como consequência de algum ato pecaminoso, ou até mesmo maldições que eram lançadas pela ação sobrenatural de deuses, demônios e espíritos malignos.

Ao longo dos anos, várias teorias desenvolveram-se em busca de explicações sobre o fenômeno saúde e doença. Por meio das observações empíricas de Hipócrates (460-377 a.C.), conhecido como o Pai da Medicina, a teoria que sustenta a saúde como a homeostase, ou seja, um estado de perfeito equilíbrio entre homem e seu meio, se fortalece. A doença logo se caracteriza como resultado do desequilíbrio destes estados (BATISTELLA, 2007). Diante de tal fato, a concepção de doença desprende-se da noção religiosa e passa a ser considerada parte de um processo natural, pautado nas relações entre homem e natureza.

Por outro lado, as explicações para o adoecimento foram relacionadas às práticas de purificação, isto é, a existência de uma conexão entre doença e pecado, sendo esta entendida como castigo de Deus (BATISTELLA, 2007). A Idade Média foi marcada pelo surgimento de inúmeras pestes e epidemias, destacando-se a lepra, considerada impureza espiritual diante de Deus. Logo, a Igreja assumiu o papel de conter tais doenças, os doentes eram condenados ao isolamento, excluídos e proibidos de frequentar locais públicos, considerados como ameaça a outras pessoas (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Com o fim do sistema feudal e a ascensão da economia e da política, o século XVIII foi marcado pela centralização da produção na atividade econômica dos países, o que conseqüentemente aumenta a necessidade de mão-de-obra nas fábricas. Essa demanda de trabalho passa a ser preocupação do Estado, influenciando diretamente a administração da saúde pública. Tal concepção de saúde-doença com base no contexto social de inserção do indivíduo:

Ao lado das condições objetivas de existência, o desenvolvimento teórico das ciências sociais permitiu, no final do século XVIII, a elaboração de uma teoria social da Medicina. O ambiente, origem de todas as causas de doença, deixa, normalmente, de ser natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas. (Gutierrez, 2001:20, apud BATISTELLA, 2007, p. 41).

Em meados do século XIX as ferramentas de controle de doenças eram precárias, os métodos mais utilizados ainda eram o isolamento e a quarentena. O início da era bacteriológica é marcado pela comprovação de organismos vivos serem a causa de doenças infecciosas. O responsável por revolucionar os atuais estudos foi o químico francês Louis Pasteur, que em seus estudos observou o papel fundamental dos microrganismos durante o processo de fermentação de vinhos (BATISTELLA, 2007).

Somente em 1876 através de Robert Koch, a teoria de que microrganismo eram a causa de uma doença foi aceita. Nesse período houveram avanços consideráveis de meios e formas para o estudo de bactérias. Pasteur ainda fez descobertas em relação aos mecanismos de infecção, dedicando-se a produção de vacinas como forma de prevenção e tratamento das doenças contagiosas, contribuindo assim com a explicação da teoria unicausal, fundamentado na existência de uma causa (agente) para determinada doença (BATISTELLA, 2007).

Com base no modelo positivista da ciência e a crença de determinantes multicausais como fortes fatores contribuintes na manifestação de novas doenças, surge o modelo de

explicação Multicausal. Pautado na tríade ecológica, esse modelo busca apresentar um ciclo de interdependências, que envolve o ambiente, o agente (causa) e o hospedeiro (indivíduo). A doença nesse caso, é o resultado de um desequilíbrio nas autorregulações existentes no sistema de prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. Tal sistema é distribuído em cinco níveis respectivamente: promoção da saúde, proteção específica, diagnóstico precoce e tratamento imediato, limitação do dano, e por fim, a reabilitação (BATISTELLA, 2007).

Os saberes inerentes a biomedicina está, de certa forma, vinculada com a compreensão que temos diante do que é a doença. Nesta perspectiva positivista de lidar com a doença, o modelo biomédico se caracteriza pela busca da “cura” de patologias, desconsiderando neste plano o cuidado com o sujeito doente (LUZ, 2007). Desta forma, o paradigma racional biomédico atua de forma generalizada, mecânica e analítica. A generalização se faz presente devido ao fato da busca pela produção de um padrão de aplicação geral, desconsiderando a individualidade. Em seguida, mecanização do corpo na cultura médica se dá devido a comparação do corpo humano com uma máquina capaz de se reduzir a mecanismos, e, por fim, o isolamento do todo em partes, a fragmentação da máquina humana, para posteriormente, seu funcionamento dado pela soma destas partes (CAMARGO JR., 2005).

Camargo Jr. (2005) assinala que, o modelo biomédico tem em sua essência a transposição da subjetividade para a objetividade. Um exemplo claro deste contexto é a atuação autoritária do médico no processo de tratamento, que se limita a intervir com base apenas na razão, ou seja, a emoção, a individualidade e o cuidado distanciam-se da realidade da doutrina médica ocidental. Deste ponto de vista, o autor ainda nos direciona ao entendimento de que, a doença passa a ser o centro da prática médica, limitada ao que é propriamente orgânico.

A cada passo dado, a relação saúde-doença alcança uma abordagem mais ampla. A proposta do modelo de produção social da saúde e da doença considerando aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos como determinantes da concepção de saúde e como ela se constitui. Logo, a noção de ‘causalidade’ é substituída pela noção de ‘determinação’, ou seja, o modo e o estilo de vida do indivíduo são consideradas determinantes totalmente influentes no processo de produção da saúde e da doença, o que implica uma profunda revisão objetiva e subjetiva buscando assim, a superação da concepção biologicista (BATISTELLA, 2007).

A partir deste panorama, a concepção abordada anteriormente se baseia na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) que apresenta o processo saúde-doença como socialmente

determinado, sendo determinantes e condicionantes da saúde: “[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros”. (BRASIL. Lei nº 8080, 1990, Art. 3º).

## 2.2 SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA

As primeiras manifestações de “reformas psiquiátricas” surgiram após a segunda Guerra Mundial, quando a sociedade passou a enxergar que as condições de vida dentro dos hospícios eram pouco diferentes dos campos de concentração (AMARANTE, 2007). Autores como Wachs (2008) definem a Reforma Psiquiátrica como um processo de mudanças de legislações, teorias e práticas na política pública com intuito de reorganizar a assistência no cuidado em saúde mental por meio de novas formas e recursos terapêuticos opostos aos modelos tradicionais. Já o documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental (BRASIL, 2005), descreve a Reforma Psiquiátrica como:

[...] um 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. 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).

A década de 70 foi fortemente marcada por fatos que refletiram no desenvolvimento das políticas públicas de saúde. Na saúde mental, várias denúncias de abandono e maus-tratos aos pacientes internados em manicômios foram registradas. É criado em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em consonância com a reforma sanitária, contribuindo com as críticas e reivindicações a favor da reformulação da política nacional de saúde (TENÓRIO, 2002).

O primeiro marco histórico da saúde mental acontece em 1987 com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, que buscou a reformulação do modelo assistencial em saúde mental e reorganização dos serviços. O relatório final desta Conferência assegura a “Reversão da tendência ‘hospitalocêntrica e psiquiaticocêntrica’, dando prioridade ao sistema

extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente, inserindo-se na estratégia de desospitalização” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 18), por meio da redução progressiva dos leitos hospitalares em unidades psiquiátricas tradicionais substituindo-os por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou por serviços alternativos a internação psiquiátrica.

Por conseguinte, o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado após a I Conferência Nacional de Saúde Mental, estabelece além do lema “Por uma sociedade sem manicômios” (TENÓRIO, 2002), uma forma ampliada de pensar e de lidar com o adoecimento, substituindo o cuidado centrado no hospital pelo cuidado centrado no sujeito, integrando assim, a cultura, o cotidiano, os familiares e o território no Movimento da Luta Antimanicomial:

[...] trata-se de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura. A participação dos agora chamados “usuários” dos serviços de saúde mental (em lugar de “pacientes”) e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências passa a ser uma característica marcante do processo [...] instituído o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, visando a potencializar o poder de aglutinação de maiores parcelas da sociedade em torno da causa (TENÓRIO, 2002, p. 35).

Com base nos fatos e desfechos apresentados acima, é evidente o quão necessário tornou-se a reformulação do modelo de assistência em saúde mental no Brasil. O ano seguinte é marcado pela criação da Constituição Federal de 1988, que assegura o acesso à saúde como um direito de todo cidadão, sendo dever do Estado prover tais condições. Também indicando a criação do Sistema Único de Saúde - SUS (DE MESQUITA, NOVELLINO, CAVALCANTI, 2010).

No ano seguinte, em 1989, foi apresentado pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG) à Câmara dos Deputados o projeto de lei nº 3.657/89 que “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989 p. 9.275). O projeto era constituído por 3 artigos que, segundo Pereira (2004), era pautado em dois eixos centrais: a reorientação do modelo de assistência em saúde mental, rompendo com o modelo tradicional e,

consequentemente, a construção de uma rede de serviço substitutiva capaz de garantir os direitos civis dos cidadãos internados revendo as condições de internações compulsórias<sup>4</sup>.

Foram aproximadamente doze anos em que o Projeto de Lei 3.657/89 permaneceu em processo de tramitação no Senado Federal. Durante estes anos, outros acontecimentos marcavam a trajetória da Reforma Psiquiátrica. Estados como o Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Paraná, Distrito federal e Espírito Santo aprovaram leis de âmbito estadual embasados no projeto original. De certa forma, a aprovação destas legislações estaduais fortaleceu ainda mais o movimento da reforma e sua idealização prática em âmbito nacional (PEREIRA, 2004).

Como aponta Wachs (2008), no ano de 1987 o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado na cidade de São Paulo, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, com objetivo de apresentar as possibilidades de tratamento de sujeitos com transtornos mentais graves e persistentes fora dos hospitais psiquiátricos. Em seguida, no ano de 1989, inaugura-se o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). De acordo com a Portaria nº 224/1992 os NAPS/CAPS:

[...] são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 1992).

Tenório (2002) ainda reforça que:

[...] o serviço deve oferecer o maior número possível de recursos diferentes e alternativas de cuidado: o mesmo espaço prestando-se a funcionar como hospital-dia, hospital-noite, aceitando frequências variadas ou mesmo irregulares ao tratamento e oferecendo desde consultas médicas e psicológicas às mais variadas atividades grupais, além de atender em regime de visita domiciliar aos pacientes com os quais por algum motivo este seja o único contato possível (TENÓRIO, 2002, p. 38).

Somente em 2001, a Lei 10.216 conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental é aprovada no Congresso Nacional. É apresentado no

---

<sup>4</sup> Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expreso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989).

Artigo 3º da mesma que é de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de assistência em saúde mental objetivando a promoção de ações em saúde mental “com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais” (BRASIL, Lei 10.216, 2001, Art. 3º).

De maneira geral o CAPS conceitua-se como:

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

Com base na sua diversidade, os CAPS tendem a abranger uma estrutura bem flexível, capaz de acolher os usuários de forma geral. No Brasil, as portarias nº 189/91 e 224/92 estabeleceram várias modalidades de CAPS. Seu funcionamento se estende ao longo dos cinco dias úteis da semana (de segunda a sexta-feira), com horários de funcionamento de acordo com o seu tipo (AMARANTE 2007):

- CAPS I – Municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes – funcionam das 08h às 18h, de segunda a sexta-feira.
- CAPS II – Municípios com população entre 70.000 e 200.000 mil habitantes – funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.
- CAPS III – Municípios com população acima de 200.000 habitantes – funcionam 24horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.
- CAPSi – Atendimento de crianças e adolescentes – municípios com população superior a 200.000 habitantes – funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas.
- CAPS ad – Atendimento de dependência química (álcool e drogas) – municípios com população superior a 100.000 habitantes – funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

Dentre os princípios que estruturam o serviço nos CAPS, está a desinstitucionalização. Amarante (2007, p. 56) discute a institucionalização não apenas como a desospitalização, mas sim como um “conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana”. Logo, o processo de desinstitucionalização se caracteriza pela desconstrução e superação do modelo hospitalocêntrico, mas também por mudanças nos saberes e práticas científicas e sociais diante da loucura. Isso significa oferecer a esses sujeitos possibilidades de lidar com o sofrimento mental dentro da sua realidade de vida:

A desinstitucionalização é um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas enquanto sujeitos que sofrem. É provável que não se resolva por hora, não se cure agora, mas, no entanto, seguramente se cuida. Depois de ter descartado a “solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990 apud DIAS, 2007, p. 58).

Outro aspecto que caracteriza os serviços de atenção psicossocial é a atuação no território, que vai além do espaço geográfico. É a capacidade de desenvolver ações que contemplem os vários outros serviços além do espaço interno do CAPS, ou seja, aqueles realizados na comunidade, articulando-se com os recursos existentes e oferecidos no campo da saúde ou das políticas públicas em geral, favorecendo a organização do cuidado em rede (AMARANTE, 2007). O Manual do CAPS<sup>5</sup> sustenta que é essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados (BRASIL, 2004, p. 11), através das práticas oferecidas:

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

---

<sup>5</sup> Documento elaborado pelo Ministério da Saúde em 2004, que se destina a orientar os profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS sobre a finalidade e forma de organização dos serviços de saúde mental, chamados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A atuação no território busca contemplar o princípio da intersetorialidade. Isto significa que as ações em saúde mental devem buscar formas de integrar outros setores sociais, tanto das políticas públicas em geral, quanto da sociedade civil como a educação, cultura, esporte e lazer, seguridade social e habitação (BRASIL, 1994). Em relação ao campo da saúde mental, Amarante (2007) aponta que a intersetorialidade deve articular-se com os outros recursos oferecidos pela Rede de Atenção à Saúde Mental (inclui serviços de atenção psicossocial, cooperativas, residências terapêuticas, ambulatórios, entre outros) e no campo da saúde pública em geral (Estratégia Saúde da Família, centros de saúde, rede básica, etc.), e por fim, demais setores das políticas públicas (ministério público, previdência social, políticas educacionais, de esporte, lazer, cultura e arte, turismo, transporte, etc.).

Diante dos desafios de cumprir com as necessidades do atual modelo substitutivo de saúde mental, o Manual do CAPS (BRASIL, 2004, p. 26) apresenta que os atendimentos oferecidos nestes centros são prestados por uma equipe multiprofissional. Esta equipe é composta por profissionais de nível superior, como “enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de Educação Física, e outros, que se tornem necessários”. A equipe ainda conta com “profissionais de nível médio, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos”.

Wachs (2008) aponta que foi através da II Conferência Nacional de Saúde Mental que surgiram discussões e aproximações entre a Educação Física e a saúde mental por meio dos conceitos principais que foram abordados, sendo a integralidade e a cidadania. Um dos trechos que marcam essa relação aponta que “As ações de saúde mental devem integrar-se às outras políticas sociais, como educação, cultura, esporte e lazer, seguridade social e habitação, tendo definido seu alcance preventivo e intersetorial” (BRASIL, 1994, p.14).

Se o que a Reforma Psiquiátrica prevê como parte do processo de desinstitucionalização é a reinserção social dos usuários em sua comunidade, a transposição dos limites físicos do CAPS e o contato com o seu contexto sociocultural possa se constituir como uma iniciativa de desconstruir o estigma gerado em torno dos sujeitos com transtornos mentais (WACHS, 2007). Deste modo, as práticas corporais podem contribuir com a materialização deste processo. Sendo assim:

As práticas corporais são elementos constituintes de uma dada comunidade e constituídas por elas, de tal forma que se configuram como um potencial veículo de

pertencimento. O desenvolvimento de práticas que façam sentido para o usuário pertencente de determinada comunidade se torna, dessa forma, importante instrumento terapêutico (WACHS, 2007, p. 95).

Observa-se assim a relevância no desenvolvimento de práticas corporais em grupos terapêuticos nos CAPS e sua potencialidade para o processo de desinstitucionalização, quando introduzidas ao contexto da comunidade a qual o sujeito está inserido. Logo, a Educação Física se mostra incluída na saúde mental através do trabalho terapêutico, que segundo Amarante (2007) é visto como diferentes oportunidades que possibilitam a participação dos usuários e o desenvolvimento de algum trabalho/atividade. Assim, os CAPS oferecem diversas atividades terapêuticas 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 que vão além de consultas e medicamentos, podendo ser: oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais (BRASIL, 2004, p. 20).

Portanto, se os conhecimentos que dão identidade à Educação Física se manifestam através das oficinas terapêuticas realizadas no CAPS, surge a importância de analisar de perto como se dá o trabalho do profissional de Educação Física, visto que sua intervenção pode acrescentar e influenciar diretamente a vida e a convivência dos usuários, contribuindo e ajudando na construção da independência e autonomia dos mesmos.

Sendo assim, o trabalho do profissional de Educação Física pode então contribuir no processo de desinstitucionalização, levando o usuário a conhecer e apropriar-se da cultura local do seu próprio território, oferecendo além da reinserção social, oportunidades aos sujeitos de desempenhar e usufruir de seus direitos como cidadão.

### 3. TEORIAS NÃO-CRÍTICAS DA EDUCAÇÃO

Diante do objetivo de analisar como as atividades são planejadas, cabe apresentarmos antes algumas características do debate pedagógico a respeito da diretividade no ensino. Este capítulo se encarrega de apresentar primeiramente, em âmbito geral, os entendimentos acerca do papel da escola no processo ensino-aprendizagem dos sujeitos. Nesta primeira parte, será feito uma breve explanação das três teorias que compõe a tendência liberal de ensino: escola tradicional, escola renovada (diretivo e não-diretivo) e escola tecnicista. É com base nesta apresentação, nas contradições presentes entre o tradicional e o não tradicional, do que é diretivo ao não-diretivo, que será tecida uma discussão acerca que compõe uma corrente de teorias críticas, com objetivo de nos aproximar da compreensão da metodologia nas aulas de Educação Física.

#### 3.1 TENDÊNCIA LIBERAL DE ENSINO

O papel da escola para a tendência liberal, segundo Saviani (1999), é preparar os indivíduos para a vida em sociedade. A educação se enquadraria como instrumento de adaptação e correção das distorções causadas pela marginalidade social, causados pelos valores e normas difundidos na sociedade de classes. Nesta perspectiva, o fenômeno da marginalidade se caracteriza como um desvio acidental que afeta individualmente ou coletivamente membros de uma sociedade, sendo a função da educação a correção deste desvio por meio da equalização social, ou seja, a educação como ferramenta de superação da marginalidade, objetivando a construção de uma sociedade igualitária. O mesmo considera que:

Nesse quadro, a causa da marginalidade é identificada com a ignorância. É marginalizado da nova sociedade quem não é esclarecido. A escola surge como um antídoto à ignorância, logo, um instrumento para equacionar o problema da marginalidade. Seu papel é difundir a instrução, transmitir os conhecimentos acumulados pela humanidade e sistematizados logicamente (SAVIANI, 1999, p. 18).

Neste contexto, Libâneo (2001) aponta que a escola atuava na preparação intelectual e moral dos alunos preparando-os para assumirem papéis na sociedade. No bojo da pedagogia tradicional, a autoridade do professor é predominante, enquanto os conteúdos são fundamentados nos conhecimentos e valores sociais acumulados de geração a geração,

repassados aos alunos como verdade absoluta e pelo seu valor intelectual, o que muitas vezes, se distancia da realidade dos alunos.

Os programas, então, devem ser dados numa progressão lógica, estabelecida pelo adulto, sem levar em conta as características próprias de cada idade. [...] A avaliação se dá por verificações de curto prazo (interrogatórios, orais, exercícios de casa) e de prazo mais longo (provas escritas, trabalhos de casa). O reforço é, em geral, negativo (punição, notas baixas, apelos aos pais); às vezes, é positivo (emulação, classificações) (LIBÂNEO, 2001, p. 8).

No mais, a metodologia utilizada nas aulas se baseia predominantemente apenas na exposição verbal da matéria, o professor detém a autoridade para expor e analisar o conteúdo, seguindo uma ordem de elementos constituintes da disciplina e do desenvolvimento de novos hábitos. Primeiramente, o aluno passa por uma preparação, ou seja, o professor incita e questiona os alunos sobre conteúdos vistos anteriormente para que estes subsidiem a progressão dos conteúdos. Em seguida, o conteúdo novo é apresentado e associado aqueles já abstraídos, composto por uma sistematização lógica que os levasse a compreender do específico ao geral, finalizando com uma aplicação prática de tais conhecimentos, ou seja, a resolução de exercícios por repetidas vezes objetivando a memorização (LIBÂNEO, 2001).

Práticas como estas, evidenciam que o objetivo da Pedagogia Tradicional é infundir nos alunos virtudes intelectuais, físicas e morais, pautadas no modelo ideal de condutas humanas a serem seguidas. Logo, tais características se aproximam da teoria educacional criada por John Locke ao que acredita que o ser humano, no momento em que nasce é como uma “tábula rasa” e ao longo do tempo se compõe de capacidades adquiridas por meio da experiência, baseada no empirismo (TERUYA, 2010). Segundo a mesma, esta metáfora se baseia na concepção de educação onde os conhecimentos são transmitidos do professor para o aluno.

Saviani (1999) faz uma abordagem das teorias da educação apresentando-as por meio de dois grupos aos quais o mesmo denomina de teorias não-críticas<sup>6</sup> e teorias crítico-reprodutivistas<sup>7</sup>. O autor considera que a pedagogia tradicional, que tem o professor no centro

---

<sup>6</sup> Saviani (1999, p. 17) aponta como característica das teorias não-críticas “aquelas que encaram a educação como autônoma e buscam compreendê-la por ela mesma”.

<sup>7</sup> Já as teorias crítico-reprodutivistas são classificadas pelo mesmo como críticas que buscam “compreender a educação remetendo-a sempre a seus condicionantes objetivos, isto é, aos determinantes sociais, vale dizer, a estrutura socioeconômica que condiciona a forma de manifestação do fenômeno educativo” (SAVIANI, 1999, p. 17).

do processo de ensino e aprendizagem, encontra-se entre as não-críticas. Ela começa a ser criticada, primeiro, por não atender a universalização, seguido pelo fato de que nem todos que nela ingressavam se ajustavam ao tipo de sociedade a qual buscavam consolidar: a burguesa.

Em contraposição à pedagogia tradicional surge a pedagogia nova ou “escolanovismo”. Sua característica primordial, é a transferência da centralidade que antes era estava no professor, agora, passa a ser no aluno. A pedagogia nova se encarrega de descobrir em cada sujeito sua particularidade, aproximando-se de sua realidade, buscando prepará-lo para a vida em sociedade no grupo social ao qual estiver inserido (AZEVEDO et al, 2010)

De forma resumida, a pedagogia nova pretende:

[...] deslocado o eixo da questão pedagógica do intelecto para o sentimento; do aspecto lógico para o psicológico; dos conteúdos cognitivos para os métodos ou processos pedagógicos; do professor para o aluno; do esforço para o interesse; da disciplina para a espontaneidade; do diretivismo para o não-diretivismo; da quantidade para a qualidade; de uma pedagogia de inspiração filosófica centrada na ciência da lógica para uma pedagogia de inspiração experimental baseada principalmente nas contribuições da biologia e da psicologia. Em suma, trata-se de uma teoria pedagógica que considera que o importante não é aprender, mas aprender a aprender (SAVIANI, 1999, p. 20-21).

A princípio, Libâneo (2001) aponta que na concepção não-diretiva, o papel da escola se diferencia do apresentado em outras teorias pelo fato de considerar além dos aspectos pedagógicos e sociais, aspectos psicológicos, favorecendo o processo educativo para que isto aconteça de dentro para fora, ou seja, o autodesenvolvimento.

Tendo como pioneiro desta teoria o psicólogo estadunidense Carl Rogers, o papel do professor nada mais é do que um “facilitador” no processo de aprendizagem, oportunizando o estabelecimento de relações interpessoais entre professo-aluno, mantendo um respeito mútuo de forma integral ao aluno, para que nenhuma intervenção prejudique seu processo de aprendizagem. Centrada no aluno, esta teoria busca compreender o sujeito em sua forma particular, agregando a sua personalidade o resultado de suas experiências, incentivando-o na busca pela autorrealização. Por meio da experimentação, o ato de aprender se caracteriza em transformar suas próprias percepções. Como parte de um processo um tanto quanto subjetivo, a metodologia de avaliação se torna uma autoavaliação (Libâneo, 2001; Marques, 2012).

Para Saviani (1999) a implementação de um modelo ao qual a responsabilidade passa predominantemente do professor para o aluno atravessaria grandes dificuldades de se tornar efetiva. Para este modelo de educação, o professor assim como o ambiente, passariam a ocupar

apenas o lugar de estimulantes ao processo de aprendizagem. O alto custo exigido para a materialização do novo modelo de educação idealizado o tornaria irrealizável em âmbito popular, porém, ao passo que aprimoram a qualidade de ensino em comparação com a pedagogia tradicional, tornaram-no restrito a elite.

Em meio às dificuldades de implementação da teoria proposta pela escola nova, outros métodos de ensino foram desenvolvidos. A pedagogia tecnicista surge neste contexto como forma de tornar o processo educativo como algo “objetivo e operacional”, ou seja, “buscou-se planejar a educação de modo a dotá-la de uma organização racional capaz de minimizar as interferências subjetivas que pudessem pôr em risco sua eficiência” levando a mecanização deste processo. (SAVIANI, 1999, p. 24).

Para Libâneo (2001), a pedagogia tecnicista se encarrega de transformar o ato educacional em algo técnico que posteriormente subsidiasse a qualificação da mão-de-obra para atender a demanda do mercado de trabalho. Os conteúdos aplicados passam então a se basear na racionalidade e na cientificidade, a sistematização e a especialização de funções parceladas, a divisão do todo em partes. Logo, o “aprender a aprender” se transforma no “aprender a fazer”.

### 3.2 CRÍTICAS DIALÉTICAS À PEDAGOGIA TRADICIONAL

É possível perceber através dos apontamentos anteriores que esta discussão em torno da polarização entre as propostas pedagógicas centradas em uma diretividade docente e as propostas centradas na subjetividade do estudante está presente nos debates educacionais amplos e também na particularidade da Educação Física. Este debate nos redireciona ao que Saviani (1999) propõe através da idealização de uma pedagogia revolucionária. Essa teoria surge diante da crítica aos métodos tradicionais, caracterizada pela transmissão dos conteúdos, a passividade no ato de aprender, a memorização, a exposição verbal, etc., e ao surgimento de teorias novas centradas no sujeito, no diálogo e na troca de conhecimentos. O autor aponta a necessidade de articular não somente os interesses populares, mas também a utilização de métodos eficientes que vão além do tradicional e dos novos, constituindo uma somatória entre os mesmos:

[...] serão métodos que estimularão a atividade e iniciativa dos alunos sem abrir mão, porém, da iniciativa do professor; favorecerão o diálogo dos alunos entre si e com o

professor mas sem deixar de valorizar o diálogo com a cultura acumulada historicamente; levarão em conta os interesses dos alunos, os ritmos de aprendizagem e o desenvolvimento psicológico mas sem perder de vista a sistematização lógica dos conhecimentos, sua ordenação e gradação para efeitos do processo de transmissão-assimilação dos conteúdos cognitivos (SAVIANI, 1999, p. 79).

A materialização deste método implica estabelecer uma relação entre educação e sociedade, tendo o professor e o estudante como agentes sociais deste processo, onde o ponto de partida não é a “[...] preparação dos alunos cuja iniciativa é do professor (pedagogia tradicional) nem a atividade que é de iniciativa dos alunos (pedagogia nova)” (SAVIANI, 1999, p. 79). Neste sentido, o autor elabora um percurso composto por cinco passos que nos leva a compreensão desta teoria. Nesse caso, o ponto de partida é a diferença de posicionamento entre professor e aluno, que se diferenciam, principalmente, pela característica da compreensão de síntese-precária do professor (conhecimento e experiência), enquanto os alunos possuem uma compreensão sincrética.

Tal síntese, porém, é precária uma vez que, por mais articulados que sejam os conhecimentos e experiências, a inserção de sua própria prática pedagógica como uma dimensão da prática social envolve uma antecipação do que lhe será possível fazer com alunos cujos níveis de compreensão ele não pode conhecer, no ponto de partida, senão de forma precária. Por seu lado, a compreensão dos alunos é sincrética' uma vez que, por mais conhecimentos e experiências que detenham, sua própria condição de alunos implica uma impossibilidade, no ponto de partida, de articulação da experiência pedagógica na prática social de que participam (SAVIANI, 1999, p. 80).

O segundo passo se caracteriza pela problematização dos conteúdos através da identificação dos principais problemas postos pela prática social, a fim de que estes conteúdos se aproximem o máximo da realidade do aluno, fugindo a lógica da pedagogia tradicional. O que a diferencia é a abordagem do processo pedagógico, ou seja, a forma com que a prática social será questionada para além da apresentação do conhecimento, do conteúdo, ou ainda, além de um obstáculo com capacidade de interromper o processo educativo como na pedagogia nova. O terceiro passo, relacionado a este último, se responsabiliza em apropriar-se dos instrumentos teórico-práticos para o equacionamento dos problemas identificados na prática social, isto é, a instrumentalização, envolvendo não somente a transmissão, mas também a assimilação dos conteúdos como proposto pela pedagogia tradicional (SAVIANI, 1999).

O quarto passo, ou o momento de catarse, se encarrega da passagem dos instrumentos culturais para elementos ativos na transformação social. Por fim, diferente da pedagogia tradicional, o ponto de chegada não será a aplicação que a caracteriza, nem a experimentação,

característica da pedagogia nova, o ponto de chegada se classifica como a própria prática social, como explicado nas palavras de Saviani (1999, p. 81-82):

Neste ponto, ao mesmo tempo que os alunos ascendem ao nível sintético em que, por suposto, já se encontrava o professor no ponto de partida, reduz-se a precariedade da síntese do professor, cuja compreensão se torna mais e mais orgânica. Essa elevação dos alunos ao nível do professor é essencial para se compreender a especificidade da relação pedagógica. Daí porque o momento catártico pode ser considerado o ponto culminante do processo educativo, já que é aí que se realiza pela mediação da análise levada a cabo no processo de ensino, a passagem da síncrese à síntese; em consequência, manifesta-se nos alunos a capacidade de expressarem uma compreensão da prática em termos tão elaborados quanto era possível ao professor. É a esse fenômeno que eu me referia quando dizia em outro trabalho que a educação é uma atividade que supõe uma heterogeneidade real e uma homogeneidade possível; uma desigualdade no ponto de partida e uma igualdade no ponto de chegada.

Nosso entendimento é que nos CAPS a relação estabelecida entre profissional e usuário também é uma prática social que, entretanto, diferencia-se da realizada na escola pois nesta instituição a prática social adquire o caráter de uma prática pedagógica, mas que mantém as características fundamentais da prática social de uma forma geral. Trazendo para o contexto da saúde mental, podemos questionar como seria a prática social nos CAPS a partir da compreensão da relação estabelecida entre profissional e usuário? O que seria a heterogeneidade real e da homogeneidade possível na saúde mental?

#### **4. DESAFIOS PARA A PRÁTICA TERAPÊUTICA NUMA PERSPECTIVA DO CUIDADO**

O processo de construção da prática social no CAPS difere-se da prática social da escola, pois nela esta categoria encontra-se materializada na particularidade do trabalho pedagógico para se alcançar o processo ensino e aprendizagem, enquanto que na realidade do CAPS, a prática social é algo que apresenta finalidades distintas do processo de ensino e aprendizagem. Nesse campo ela materializa-se como prática terapêutica estabelecida entre profissionais e usuários.

Diante da relação entre professor e usuário no CAPS há a necessidade de criação de um vínculo entre estes por meio do acolhimento, da escuta qualificada e do diálogo, pois dessa forma abre-se a oportunidade de perceber quais são as reais necessidades do usuário. É por meio do estabelecimento dessas relações que o usuário pode contribuir na elaboração dos planejamentos materializados no Projeto Terapêutico Singular, o que implicará diretamente na seleção dos cuidados necessários, inclusive dos conteúdos que serão trabalhados pelo professor de Educação Física. Nesse sentido, em nossa pesquisa buscamos compreender características fundamentais da prática social dos professores de Educação Física nos CAPS.

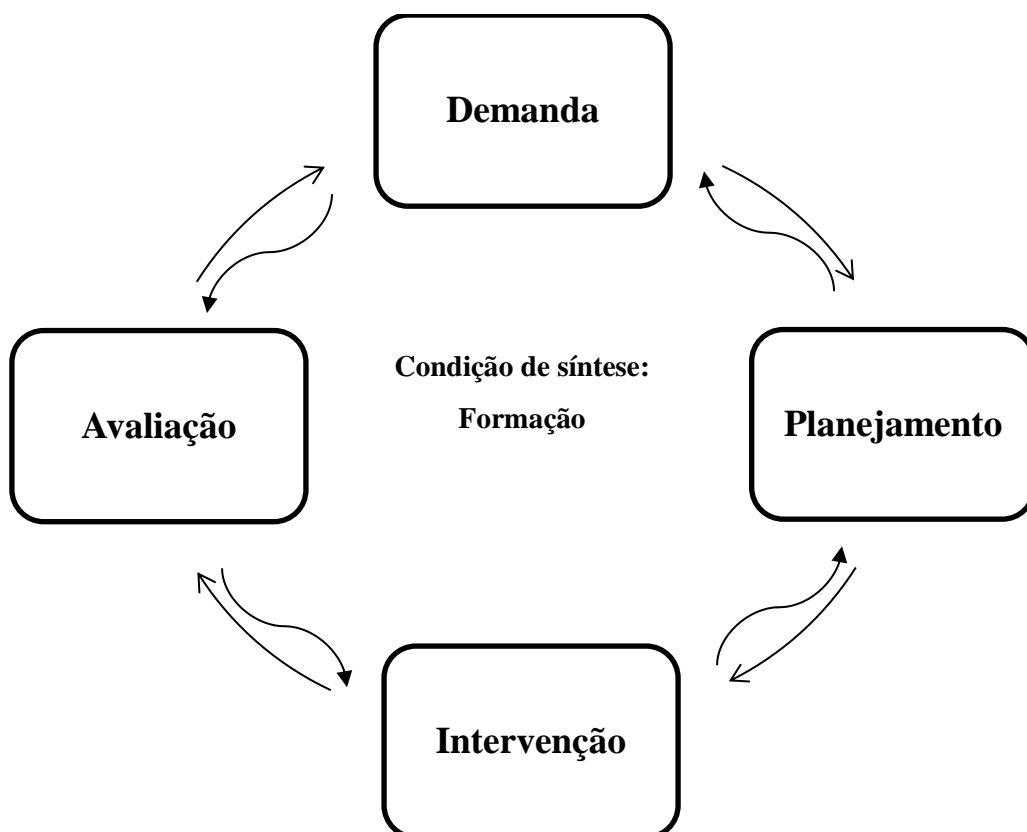
Pelas particularidades presentes nos usuários que frequentam o CAPS, não só aqueles diagnosticados com transtornos mentais, mas também aqueles prejudicados pelo uso abusivo de álcool e drogas, se torna evidente que existe uma limitação para o alcance de sínteses mais elaboradas a respeito da realidade objetiva. Mas antes disso, não é a finalidade primordial desta Instituição promover a elaboração destas sínteses.

Partimos do pressuposto de que o ponto de partida desta prática social, como heterogeneidade real, é a distinção entre profissionais e usuários que em uma certa perspectiva pode também ser afirmada como distinção entre normais e anormais. Nesse contexto, como seria a construção da homogeneidade possível como resultado da prática social dos CAPS? Acreditamos que este salto qualitativo pode estar representado na superação da lógica manicomial pela lógica do cuidado das pessoas com transtornos mentais. Ou seja, nesta concepção, a desigualdade presente no ponto de partida é o distanciamento das características individuais e subjetivas dos usuários que se perdem em meio a uma lógica desumanizada e excludente de lidar com a loucura, enquanto, por outro lado, a busca pela igualdade presente no

ponto de chegada pode estar contida no cuidado humanizado, como ponto catártico da saúde mental.

Na busca pela compreensão da prática social dos profissionais de Educação Física nos CAPS, durante o processo de análise de dados a partir das entrevistas semiestruturadas, foram identificadas 4 categorias de análises que são determinantes fundamentais da metodologia desta prática social. Estas 4 categorias compõe os caminhos metodológicos das atividades propostas por esses professores. Deste modo, observamos que a forma metodológica de desenvolvimento da prática social com oficinas terapêuticas nos CAPS, é constituída por 4 determinantes internos que se correlacionam, sendo eles: a demanda, o planejamento, a intervenção e a avaliação.

Figura 1 – determinações da pratica social dos professores de Educação Física nos CAPS



Ao passo em que estas categorias foram analisadas e discutidas, pudemos identificar que os professores apresentam perspectivas distintas em sua prática profissional, caracterizando assim a identificação de duas outras categorias de análise que representam as duas perspectivas: a primeira, com base em uma visão ainda “sincrética” da prática social, e o outra que

denominamos de “síntese-precária”. Estas duas formas de apreender a realidade em que trabalham determinam a presença do profissional em uma ou outra perspectiva de desenvolvimento de sua prática terapêutica. Compreendemos também, que a diferença presente nestas duas perspectivas são determinadas pela condição de síntese de cada sujeito, que por sua vez é determinada pelos seus processos formativos.

Desse modo, as perspectivas de trabalho que o professor assume determinam o modo como se caracteriza o desenvolvimento das quatro dimensões de sua prática terapêutica com as oficinas apresentadas na figura 01 acima. Em resumo, a demanda, o planejamento, a intervenção e a avaliação são categorias que compõe a prática profissional de ambas perspectivas de prática terapêutica, o que os diferenciam é o modo como cada uma destas perspectivas de atuação profissional desenvolvem cada uma destas dimensões.

Como já dito, ambos os perfis desenvolvem o mesmo percurso em sua prática profissional com as oficinas terapêuticas. Entretanto, com perspectivas distintas. Nesse sentido, se torna notória a influência do processo de formação destes professores na sua atuação prática. Soares et al (1992) se referem ao processo de formação como uma ferramenta de detenção da direção política, intelectual e moral da sociedade, baseado no desenvolvimento de determinadas formas de consciência social (ideológicas), afirmando o conceito de “hegemonia”. Ou seja, se evidencia a centralidade do modo como esses profissionais apreendem a realidade, do ponto de vista das condições que os mesmos apresentam de alcançar sínteses que lhes determinam formas distintas de consciência social. No caso do trabalho nos CAPS, esta questão se apresenta principalmente a partir das concepções de saúde, saúde mental e de Educação Física que os profissionais assumem.

#### 4.1. A PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA DIANTE DO MODELO MÉDICO-HEGÊMÔNICO E MANICOMIAL

Para uma prática terapêutica que assume a perspectiva da reforma psiquiátrica, uma das suas principais características é o desafio da reabilitação psicossocial. Entende-se a reabilitação psicossocial na saúde mental como ferramenta de construção da cidadania, buscando atendê-la de forma integral em ambientes extra-hospitalares. Isto abarca o cenário social ao qual o sujeito está inserido: sua casa, seu local de trabalho, sua comunidade (JORGE, 2014). Desta forma, o

processo terapêutico no CAPS se fundamenta em uma tentativa de contemplar duas características fundamentais: a dimensão política e a dimensão clínica do processo terapêutico. A dimensão política se caracteriza pelas ações de cunho social, como a reinserção social, a reconstituição da cidadania bem como seus direitos e, em decorrência disto, a autonomia do usuário, enquanto a dimensão clínica atua de forma a reconhecer a subjetividade de cada usuário por meio de condutas terapêuticas que promovam a saúde mental. Essas duas dimensões constituem o cuidado clínico e a reabilitação psicossocial que estruturam o modelo de clínica ampliada (FURTADO et al, 2016; CADORE e BACK, 2011).

Assim, o cuidado em saúde mental busca apoiar as experiências cotidianas de cada sujeito, incluindo suas relações sociais. Ou seja, busca potencializar as relações entre os profissionais e os sujeitos que vivem cotidianamente a realidade da loucura: os usuários e os familiares. Portanto, os CAPS destinam-se a ampliar a rede de cuidados tanto do ponto de vista da intensidade (todos os dias, o dia inteiro) quanto do ponto de vista da diversidade (atividades e público diverso etc.) (AMARANTE, 2007; TENÓRIO, 2002). Esta relação objetiva “apostar na capacidade de cada sujeito de construir novas possibilidades para sua vida que permitam uma maior circulação no meio onde vive e uma ampliação qualitativa de seus laços” (JORGE, 2014, p. 77).

É válido ressaltar que o enfoque principal de uma equipe multiprofissional na atenção à saúde mental é a articulação de ações que busquem superar o isolamento de saberes. Tanto é que o relatório final da III Conferência de Saúde Mental assegura que:

[...] uma política de recursos humanos deve visar implantar, em todos os níveis, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional no campo da Saúde Mental, na perspectiva do rompimento dos “especialismos” e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado, garantindo que todo usuário dos serviços de saúde seja atendido por profissionais com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002, p.68).

Portanto, a integração da equipe multiprofissional busca por meio de uma construção coletiva analisar e elaborar ações terapêuticas que atendam às necessidades de cada sujeito, em sua particularidade, através do Projeto Terapêutico Singular (PTS), e a valorização de aspectos subjetivos, que vão além do diagnóstico psiquiátrico. Para melhor compreendermos sua complexidade, a cartilha da Política Nacional de Humanização, elaborada pelo Ministério da Saúde em 2008, atribui ao PTS “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas,

para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (BRASIL, 2008).

Em contrapartida, tendo em vista o paradigma cartesiano e o dualismo em entre corpo e mente, no campo da saúde, o modelo médico-hegemônico se caracteriza segundo Merhy (2006) apud Rocha; Centurião (2007, p. 19) como “liberal-privatista” onde o cuidado no processo saúde-doença reduz o sujeito a um corpo, individual ou coletivo, portador de problemas que são identificados apenas por meio de saberes estruturados, produzindo assim uma objetivação do sujeito e profissional, o que limita o cuidado apenas ao cumprimento de rituais pré-estabelecidos. Neste paradigma, a atenção se volta em primeiro plano para a doença e na cura para tal, onde o enfoque é o corpo, de forma a menosprezar a história, as emoções, os contextos sociais, econômicos e culturais responsáveis em construir a concepção de saúde e doença. Desta forma, olhar para a doença se distancia da compreensão do processo saúde-doença como resultado de fatores determinados socialmente (LUZ, 2007).

A associação entre corpo físico e saúde já fora identificada anteriormente desde o século XIX, com base no discurso higienista onde “a ideia de que as classes populares viviam mal por possuírem um espírito vicioso, uma vida imoral, liberada de regras, e que, portanto, era premente garantir-lhes não somente a saúde, mas fundamentalmente a educação higiênica e os bons hábitos morais” (SOARES, 2004, p. 25). Desta forma, o discurso médico higienista reforça o dualismo “corpo sadio/doente” por meio de uma visão reducionista que prega a manutenção do corpo biológico através de “regras de bem viver”. Sendo assim, por volta do século XX, a noção de que existia uma necessidade de se movimentar de maneira metódica e organizada passaram a ser vinculadas a saúde, discurso que viera a ser duramente difundido através da “educação do físico” de forma exclusivamente biológica, como ferramenta disciplinadora do corpo e de moralização da sociedade (GALAK, 2015).

Em relação à loucura, essa mesma concepção está presente quando considerada como a condição de uma pessoa que vive fora da realidade, em outro mundo e que não consegue ter controle sobre seus desejos e vontades. Neste sentido, é associada à concepção de perigo. Assim, a medida tomada para o tratamento desses sujeitos pauta-se pelo isolamento do mundo exterior, ou seja, a hospitalização e a institucionalização (AMARANTE, 2007).

A pessoa que requer algum cuidado psicossocial, é visto como um ser anormal pelos padrões impostos pela sociedade, considerado um sujeito incapaz. O hospital ou manicômio como local para onde o louco deve ser encaminhado com o objetivo de ser tratado, isolado, e

excluído do mundo exterior e de tudo aquilo que se institui como seu espaço social. Na primeira metade do século XX, algumas das formas de cura para a loucura foram supostamente desenvolvidas. Eram terapias físicas desenvolvidas na Europa, como: lobotomia, eletroconvulsoterapia (ECT), coma insulínico, entre outras. Portanto, nesta perspectiva, a cura é uma busca constante, enquanto que na perspectiva da saúde coletiva e da reforma psiquiátrica há um deslocamento da centralidade da cura para o cuidado.

A atuação dos professores de Educação Física no campo da saúde, marcada por um processo de trabalho tradicionalmente definido pela higienização física e moral, a eugeniação da espécie e da sociedade e a militarização dos corpos, em busca de um corpo disciplinado, forte e saudável, entra em conflito com uma reorientação na concepção de cuidado e saúde que busca prioritariamente a “compreensão do corpo reconciliado com a produção de si e do mundo e com a produção de uma saúde afirmativa da vida, inventiva e criativa, nada mecanicista ou biologicista” (Ceccim e Bilibio, 2007, p 54).

É com base nessa compreensão da existência subjetiva de um corpo conciliado a prática cuidadora que Ceccim e Bilibio (2007) apontam a busca da Educação Física em aproximar-se do contato destes sujeitos com as suas próprias sensações, de forma concreta, ao contrário da utilização instrumental do corpo imposta pela atividade física, impulsionando além da movimentação da estrutura óssea e muscular, um corpo construído por meio da experiência humana que se encontra em constante expansão. Desta forma, a perspectiva da aptidão física se contrapõe a ideia do cuidado de forma integral nos CAPS, a partir do momento em que a mesma “homogeneiza o coletivo porque é impessoal, padroniza e nivela o corpo, com base na racionalidade biomédica, ao mesmo tempo em que o desqualifica ao destruir o humano do movimento” (CARVALHO, 2007, p. 65).

Por este motivo, a adoção do termo “práticas corporais”, visto o significado que estas manifestações da cultura corporal carregam em si como a forma de organização e o significado que lhe são atribuídas pelas pessoas, com base nos seus desejos e necessidades (CARVALHO, 2007). Neste caso, no passo em que as práticas corporais desprendem-se de uma lógica utilitarista e tecnicista do movimento humano, elas possibilitam a experimentação daquilo que pouco se explora que está presente nos momentos de troca, como as emoções. Sendo assim, a Educação Física contribui de forma social, em busca de proporcionar o encontro daquilo que se encontra adormecido no interior de cada sujeito, possibilitando assim, formas de se reinventar, de se reconstruir (SILVA et al, 2009).

De acordo com o que foi identificado na fala dos professores, a concepção médico-hegemônica ou biomédica está nitidamente presente no campo de formação e atuação da educação física. Dos 18 professores de Educação Física que foram entrevistados, todos eles possuem graduação em licenciatura plena e a maioria deles relatam a forte relação da Educação Física com a concepção médico-hegemônica a qual tiveram contato durante a graduação. Em contrapartida, não há nenhum relato de contato mínimo com o campo da saúde mental.

A presença das duas perspectivas aqui relatadas é percebida pelos entrevistados, bem como o movimento de passagem de uma perspectiva à outra, que eles tentam realizar, mesmo que para alguns isto esteja mais claro e para outros, menos. Entre abordagens que reafirmam a utilização do corpo de forma mecanicista e biologicista e uma visão que reorienta o cuidado na saúde mental, é que encontra a prática social destes profissionais nos CAPS, como explicitam as falas abaixo:

*As dificuldades iniciais eu acho que, na formação mesmo [...] aquela visão que temos dentro da Educação Física, aquela visão medíocre que temos no primeiro e segundo ano. O que é saúde? Resumindo, sendo simplista ao conceito de saúde né. Então percorri esse caminho procurando a saúde, participei de 2 projetos de extensão, enquanto estudante. Quando eu me vi, lotado a trabalhar num CAPS, vivi um conflito. No que diz respeito a um profissional da área com relação ao trabalho de professor. Existia uma lacuna do que seria o professor de Educação Física trabalhando na saúde (PROFESSOR 4).*

*Quando eu formei, como eu falei, eu me formei na ESEEFEGO, o meu currículo era bem tecnicista, então assim, foi complicado, porque antes de vir para cá eu trabalhei em espaços como o SESC, espaço bem fitness. Então assim, a minha experiência de trabalho de educação física era bem ligado a essa área, nesse foco de fitness [...] A educação física aqui dentro é totalmente diferente do que a gente atua lá fora né. Muito diferente, e assim, é para além do movimento que a gente trabalha, são oficinas terapêutica, né, não são oficinas que visam a estética, a beleza, da performance, do condicionamento físico, não é o ponto (PROFESSOR 16).*

*A minha formação na ESEFFEGO, ela teve duplas dimensões. Vamos colocar assim, a dimensão das ciências biológicas da educação física, da fisiologia do exercício, a cinesiologia, anatomia, a biologia, a bioquímica, enfim, todas essas áreas elas têm treinamento desportivo, elas têm contribuições muito importantes para poder fazer um trabalho dentro do CAPS. Mas elas são, digamos assim, perante o contexto de trabalho, da especificidade do campo de atuação da educação física no CAPS, as ciências humanas, na minha análise, como mais importante. Ela é mais exigida, porque você precisa ter uma compreensão, vou citar as disciplinas como sociologia, filosofia, antropologia, todas as áreas do campo das ciências humanas. Elas contribuem muito para a atuação do professor de educação física dentro do CAPS, porque elas permitem que você tenha um olhar mais profundo, e que você conheça as capacidades de reconhecer os contextos dessas pessoas que buscam os serviços, e de*

*que maneira você pode contribuir, entendendo essa realidade sócio-histórica, sócio-cultural, enfim (PROFESSOR 13).*

Pensando as implicações desta característica na formação profissional dos professores de Educação Física, nos deparamos com a força de uma concepção médico-hegemônica, que subsidia a prática profissional de muitos dos profissionais. Isso quer dizer que, o entendimento da Educação Física pautada na concepção biologicista idealiza a figura humana de natureza especificamente biológica, o que de certa forma, é responsável não apenas pelo direcionamento das práticas neste campo, mas também, a ação pedagógica que compõe o processo educativo.

Neste sentido, podemos nos referir a esta concepção como uma prática conservadora, a partir do momento que a prática social se distancia da realidade do usuário, tornando-se assim de caráter fragmentado. Esta fragmentação inviabiliza uma intervenção com base no princípio da integralidade e outros princípios do CAPS, visto que o conhecimento da Educação Física utilizado de forma isolada deixa a desejar como forma de expressar, parte de uma das dimensões da realidade, e não da compreensão da totalidade (SOARES et al, 1992). Por isto a necessidade de uma visão ampliada não só do conceito de saúde, mas também da Educação Física, contribuindo assim para a constituição de intervenções articuladas com outros profissionais e com a finalidade do cuidado em saúde mental.

Nesse sentido, é perceptível a busca desempenhada por alguns dos entrevistados por uma formação continuada que extrapolam as barreiras tradicionais da Educação Física. Essas experiências formativas de certa forma, dão subsídios as intervenções práticas realizadas em uma perspectiva que supere a lógica manicomial e biomédica:

*Então assim, foi complicado, como eu falei, eu tive que buscar recursos de outros locais, tanto é que as buscas das especializações que eu fiz, de psicologia transpessoal com abordagem corporal foi depois que eu entrei no CAPS. Fui buscar os recursos para poder dar conta do trabalho, que foi totalmente diferente (PROFESSOR 16).*

*A minha formação é tecnicista ao extremo, eu sou da última turma tecnicista da ESEFFEGO. Então assim, as transformações na EF de lá para cá foram muitas, então eu acho que as pessoas que tiveram a minha formação, elas tiveram que buscar formação continuada para poder atuar dentro das novas vertentes da EF Não só na saúde, mas na escola, na academia, porque as mudanças foram na EF de forma geral. Então assim, eu vejo que a busca pelo conhecimento ela tem que ser constante (PROFESSOR 15).*

Desta forma, a busca por uma concepção contra-hegemônica a fim de superar o biologicismo enraizado no contexto da Educação Física e que, se opõe a realidade do CAPS, contribuiu para que também se constituísse uma visão crítica par a prática profissional no campo da saúde mental. Nesse sentido, ao passo que a formação indica uma postura diferente da perspectiva anterior, formas distintas de desempenharem a sua prática social também são produzidas, avançando na direção do cuidado.

#### 4.2. AS FORMAS DE COMPREENDER A DEMANDA

A princípio, as oficinas e/ou atividades realizadas pelos professores de Educação Física são decorrentes da observação e identificação dos mesmos para com as necessidades dos usuários. A demanda nos CAPS pode ser caracterizada de duas formas respectivamente: primeiro, a demanda que surge em decorrência das necessidades dos usuários que buscam pelo serviço, e em segundo, a avaliação dessa demanda pela própria equipe, em busca de possibilidades de intervenção. Sendo assim, toda nova proposta de intervenção, surge de acordo com a demanda identificada não só pelo professor, mas também pela equipe. A busca por essa identificação, bem como pela percepção que os professores têm sobre aquilo que se classifica como necessidade dos usuários, possibilita o estabelecimento de relações de vínculos com os usuários. Esse vínculo é o que aproxima o professor da sua realidade do usuário, para que assim seja possível pensar o cuidado de forma integral.

De acordo com a análise das entrevistas, a palavra “demanda” é uma das mais utilizadas pelos professores de Educação Física ao se referirem as oficinas e atividades que eram propostas pelos mesmos no cotidiano do CAPS. Algumas explicações de cunho conceitual nos ajudarão a compreender como se dá a materialização destas intervenções com base no princípio da integralidade adotado pelo cuidado em saúde. Pinheiro (2001) aponta que no campo da saúde o termo demanda abarca uma complexidade que se desdobra além do panorama funcional mercadológico e econômico. Com base na observação contextual, esta categoria se encaixa como ferramenta de identificação dos limites, possibilidades e desafios de uma construção diária “resultante de uma ação social, que tanto pode incluir a objetividade e/ou a subjetividade de seus atores, quanto suas falas e práticas no interior das instituições” (PINHEIRO, 2001, p. 66). Ou seja, no âmbito do cuidado em saúde, a demanda apresenta:

[...] aspectos de diferenciação em relação à demanda por outros serviços: ela é irregular e imprevisível; ela ocorre em uma circunstância anormal – a doença –, o que não permite a decisão “normal” do consumidor; o consumo dos serviços envolve riscos, e experiências anteriores não ensinam como agir nas futuras; a confiança no prestador depende de uma série de fatores; a entrada de profissionais no mercado é controlada por restrições do aparelho formador e dos regulamentadores; a cobrança é diferenciada para o mesmo tipo de cuidado/procedimento, entre outros (MALIK, 2001, p. 148).

Exemplo disso é a fala de um dos professores quanto a variação da demanda:

*[...] diferentemente da escola que eu planejo a aula, sei a hora da aula, sei o grupo que eu vou atender, eu sei o que foi a aula passada, dificilmente isso acontece aqui. A gente vem com a intenção de fazer uma articulação, aí vem um menino esquizofrênico com um outro, com opositor desafiador, eles batem de frente “o pau come” e aí você tem que articular, levar um para a piscina, deixar um no tênis de mesa, ver se agrada um lá. Por exemplo, essas crianças que vem para serem articuladas aqui dentro das nossas vivências (PROFESSOR 8).*

No que diz respeito às duas perspectivas de prática terapêutica conflitantes como explicamos anteriormente, ou seja, a perspectiva do cuidado e da cura, ou a perspectiva da reforma psiquiátrica e a manicomial, ou ainda, do modelo biomédico e da saúde coletiva, é importante ressaltar que os entrevistados apresentam formas de interpretar a demanda que se aproxima mais de uma ou de outra perspectiva. Identificamos demandas que de certa forma são provocadas pela própria presença do profissional de Educação Física com sua identidade e lugar dessa profissão no imaginário dos usuários. Fato que pode reforçar a busca e a necessidade de oferecer um cuidado de forma integral ou pode representar a redução das possibilidades da Educação Física à perspectiva médico-hegemônica.

O trecho de entrevista apresentado abaixo, representa de forma bastante clara essa perspectiva ainda limitada ao paradigma biomédico presente na Educação Física:

*“Por conta de uma demanda, uma demanda real né. Partindo da realidade dos usuários do serviço, que são problemas de saúde relacionados a obesidade, ao sobrepeso, a doenças metabólicas. Então a equipe identificou isso né, e aí, diante da demanda eu propus uma intervenção” (PROFESSOR 1).*

Por outro lado, as falas a seguir evidenciam uma outra perspectiva de compreender a demanda dos usuários:

*[...] agora especificamente a oficina luta, ela foi montada em função da grande demanda de situações de briga que há na escola por crianças que tem esse problema*

*de transtorno mental. Por elas terem dificuldade de conversar, e a necessidade de ter um espaço para poder falar, eu notei que era possível tematizar a violência usando assim alguns elementos de luta (PROFESSOR 6).*

*[...] a gente tem feito uma avaliação em relação de qual é a demanda que esses usuários trazem. Então a partir do conhecimento que a gente tem em relação a eles, a ampliação da relação, a partir da informação dos outros grupos, então a gente percebeu que nossos usuários utilizam como estratégia para entrar num quadro de abstinência, para tentar afastar o contexto das drogas, usar a prática de exercício física mais intensa. Então há vários relatos dos usuários quando "dá aquela fissura, vou e corro, tenho tentado fazer isso durante os meus dias, durante a problemática da abstinência". Então assim, percebendo este motivo, discutindo isso com a equipe que eu propus aquele grupo que vocês participaram, que é um grupo que pensa a atividade física, na verdade se propõe a fazer um grupo de exercício físico. [...] é uma proposta metodológica de regular a intensidade, a duração, os sintomas da abstinência, e nisso a gente estimulando a prática cotidiana. Então isso que me fez mudar a característica, a partir da demanda dessa população alvo que estou tendo a experiência de trabalhar trouxe para nós essa demanda (PROFESSOR 12).*

É com referência a estas duas últimas falas que retomamos a importância do vínculo para a efetivação das propostas de intervenção. Pois é no contato com o usuário que o professor consegue perceber de que forma ele pode intervir por meio da Educação Física junto a necessidade do usuário, buscando formas de aproximar-se da sua realidade. Porém, a identificação e percepção destas necessidades se relaciona a forma com que o professor compreende a demanda e, por conseguinte, a perspectiva que o professor tem sobre o todo do trabalho na saúde mental. Dessa forma, a diferença de perspectiva nas propostas de oficinas terapêuticas com conteúdos que dão identidade à Educação Física, também se expressa na forma como os professores compreendem a demanda dos usuários, a sua necessidade. A última fala citada acima, demonstra que é possível utilizar conteúdos com características do paradigma biomédico (relação entre volume e intensidade) em uma perspectiva coerente com as necessidades dos usuários e finalidades dos CAPS, desde que o profissional esteja atento aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Em síntese, podemos afirmar que os professores compreendem que, o elemento inicial e essencial para a intervenção prática, é perceber quais são as necessidades demandadas pelos sujeitos que frequentam o CAPS, e a partir daí, planejar as atividades com base na demanda desse público. Entretanto, a forma como compreendem estas necessidades e demandas dependem da perspectiva de saúde, saúde mental e Educação Física que apresentam. Ou seja, a forma como o professor "interpreta" o significado desta demanda está relacionada com a condição de síntese sobre o trabalho em saúde mental que eles possuem. Eles apresentam saltos qualitativos em sua formação que lhes permitem apreender o sentido da demanda para além do

modelo médico-hegemônico? Sua interpretação será distinta, a depender da resposta a esta pergunta. Esta tensão, assim como explicado em relação à formação, está presente entre os professores e também dentro de suas próprias trajetórias no CAPS que muitas vezes oscila de um lado a outro, como evidencia a fala abaixo:

*[...] o que assim eu acho que mudou quando eu comecei hoje eu acho que é a análise de está determinando o perfil para o grupo. Anteriormente eu achava que deveria ter um diagnóstico, um perfil específico pra determinado grupo. Hoje eu já vejo diferente, eu acho que desde que a disponibilidade daquele usuário de estar naquele momento praticando, movimentando, falando, né, se ele está à disposição de estar aprendendo, a disposição da minha parte de acolher ele nesse grupo (PROFESSOR 3).*

A fala acima aponta indícios de que, a princípio, o professor pressupõe uma forma de caracterizar um grupo em específico a um perfil patológico, associado a concepção hegemônica da Educação Física, que condiciona ao estabelecimento dessa classificação. Logo, o professor demonstra a mudança em sua perspectiva de definir um perfil. Como resultado desta mudança, o professor apresenta uma outra perspectiva, a qual compreende por meio das relações estabelecidas entre professor-usuário, isto é, o vínculo, que, o perfil patológico não é mais característico da definição do grupo, mas sim a disposição do usuário em participar da oficina, a partir do momento que se sente acolhido.

#### 4.3 AS FORMAS DE PLANEJAR

O planejamento é o que sustenta a intervenção prática no CAPS. Tendo em vista o planejamento como um método de operar sobre a realidade objetivando resultados previamente colocados, Merhy e Gallo (1995) o classificam como ferramenta operacional que busca atuar sobre práticas sociais de um campo de saberes práticos. Nesta dimensão, o planejamento é identificado como processo social capaz de estabelecer novas relações sociais. Ao passo em que o planejamento é visto como uma ação permanente de aproximação da realidade por meio da prática, é necessário que ele seja desenvolvido pelos “atores envolvidos na ação”, nesse caso, não só os professores, mas também, com a participação dos usuários.

O planejamento no CAPS ocorre de duas formas: individual, partindo da percepção do professor quando a necessidade dos usuários, e coletiva, quando a proposta de intervenção passa

pela equipe multiprofissional a fim de determinar se a proposta condiz com a realidade vivida pelo usuário.

*O planejamento ele é realizado de duas formas, duas etapas. Primeira etapa é uma etapa individual que você pensa o que você quer que ocorra, o que você quer com aquele grupo, o tema e a segunda etapa é aquela que você vai sentar com as outras pessoas do grupo, com os outros técnicos e aí você faz o planejamento coletivo, que as vezes ele se dá de forma coletiva, ou muitas vezes de forma consensual ou seja; traz a proposta e aí ela é organizada planejada repensada ou as vezes traz a proposta e por consenso ela é aprovada (PROFESSOR 14).*

A partir do estabelecimento de determinados objetivos, o ato de planejar se torna o ato de elaborar o plano de um processo contínuo, que compreende um “conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos” (TANCREDI, BARRIOS E FERREIRA, 1998, p. 13). Desta forma, constitui-se parte do processo, a indagação quanto a importância da aplicação de conteúdos, ou seja, “o que aplicar?”, a compreensão da realidade ao “porque?”, a forma metodológica que estes conteúdos serão aplicados “como?”, a situação qual serão aplicados “quando?”, quais os sujeitos envolvidos “com quem?” e, o que será utilizado para sua concretização “com o que?”.

As falas selecionadas a seguir apresentam como que o ato de planejar também se evidencia nos profissionais a partir da perspectiva que eles compreendem a Educação Física, a saúde e a saúde mental:

*Mas o planejamento do trabalho no CAPS é você estar disposto a criar vínculos com o usuário. O usuário estabelecer vínculo com você, e a partir desse vínculo, que essa é a primeira barreira, não adianta você chegar com o planejamento pronto sem ter estabelecido vínculo com o usuário, o usuário ele não vai aderir à proposta. Ele não vai ter interesse, ele não vai dar continuidade posteriormente, se você não estabelecer esse vínculo. Então, o primeiro ponto é o vínculo; vínculo construído, aí você pode fazer as propostas, e o que você tem que levar em conta uma condição fundamental nessas propostas é quais são os interesses, quais são os objetivos dos usuários. Não pode centralizar naquilo que você quer, atingindo para ele o que você acha que o que você acha que aparentemente é bom para ele, mas o que na realidade dele você identifica, conversando e escutando aquilo que ele precisa, que ele necessita (PROFESSOR 13).*

*Olha, foi o futebol, ele foi proposto porque eu comecei a perceber e coloquei isso nas reuniões que nós tínhamos em grupo. Os homens jovens não estavam à-vontade eles não estavam estimulados para vim ao CAPS para participar de atividades [...] eles estavam né se sentindo muito desestimulados, e, de vez em quando, eles me cobravam: “não professor, será que não tem jeito da gente joga uma bolinha? Fazer uma coisa mais interessante, uma atividade para gente correr e suar mesmo”. Alguns começaram a me cobrar nesse sentido, e eu pensei, vamos pensar então o futebol que é o que homem jovem da nossa cultura, que gosta de joga bola né, fui pelo óbvio. Olha, então vamos joga bola. E aí a gente marcou o futebol e começaram a aparecer pessoas, o grupo logo deu certo em poucos encontros. Esse foi o objetivo (PROFESSOR 4).*

Na perspectiva de uma prática terapêutica pautada pelo cuidado, é importante que não apenas o conteúdo, mas também a metodologia de aplicação dos mesmos, devem estar relacionados com a realidade da instituição, ou seja, sua finalidade terapêutica e as características e necessidades dos usuários. Uma grande dificuldade a ser enfrentada se encontra na forma com que vínculo é estabelecido, visto a necessidade de que professor-usuário estejam em sintonia, fazendo com que seja possível adentrar a realidade do usuário.

Em outra perspectiva, aquela que não supera o caráter hegemônico da Educação Física o planejamento é pautado pela visão tradicional de organização didática de uma intervenção da Educação Física ou de escolha de conteúdos vinculadas à perspectiva da aptidão física. As escolhas metodológicas utilizadas por esses professores baseadas em uma concepção do que seria a Educação Física “normal” ou “ideal”, implicam na impossibilidade da não-realização das atividades que foram propostas, pois em geral, por serem idealizadas a partir de uma noção de aulas tradicionais, elas não acontecem da forma planejada. Nos arriscamos em dizer ainda, que em sua maioria, estas atividades não deram certo, pois afastam-se da realidade dos usuários e da finalidade dos CAPS.

*O de ritmos né, porque tem que acompanhar uma coreografia. Por mais que seja fácil a coreografia que a gente escolhia eles não conseguiam, não tinham atenção, não tinham coordenação motora, para acompanhar (PROFESSOR 2).*

*Outro dia eu estava repensando... porque eu na época, coloquei expressão corporal e não dança né. [...]. Poderia ser grupo de dança, mas é porque também [...] a minha ligação com a educação física sempre esteve muito atrelada com a dança né, a área que me levou para a educação física. Aí quando eu fui abrir o grupo, eu fui começando com as atividades contemporâneas, e eu entedia que se eu colocasse grupo de dança [como nome], o povo só pensa assim, ou é dançar forro ou era dança, eu falei assim: não, eu vou colocar expressão corporal! Porque eu quero trabalhar o corpo, eu quero descobrir o que eu vou trabalhar. Como eu nunca tinha esse contato com os usuários, porque é um público muito diferenciado, de um grupo que você trabalha na escola, que você trabalha lá na numa escola de dança. Por que*

*diferenciado? Porque assim, tomam medicações, medicações fortes, algumas pessoas chegam até você muito sonolentas. Outras pessoas com excesso de peso, ou pessoas totalmente sedentárias. Eu tinha que conhecer, eu queria trabalhar com dança, mas eu não sabia como eu poderia trabalhar essa dança com esses usuários. E a minha linha era da [dança] contemporânea. Eu não posso chegar aqui e colocar o povo rolando no chão, vou complicar todo mundo né (PROFESSOR 18).*

O primeiro relato, a respeito da proposição de um grupo de ritmos, é um bom exemplo do ponto de partida centrado em uma perspectiva tradicional de intervenções da Educação Física. Percebe-se uma abordagem tradicional, do professor como detentor do conhecimento (nesse caso, da coreografia e dos passos) e tecnicista, visto a necessidade de acompanhar e executar tais movimentos de forma “correta” a partir da busca da eficiência no movimento e na coreografia. O que a última fala nos remete é a compreensão de que o professor planejar sua proposta de intervenção com base naquilo que ele prefere e não a partir do que o usuário necessita. Fica muito evidente que o entrevistado se refere o tempo todo ao conteúdo que ele gosta que no caso é a dança. E mais do que isso, um estilo de dança específico que é a dança contemporânea. Nesse caso, o ponto de partida para a proposta foi o interesse do profissional, a partir daquilo que ele tem mais proximidade e mais afinidade, deixando assim de cumprir com o princípio do estabelecimento de vínculo para a identificação das necessidades do usuário. Quando essas relações não estão estabelecidas de forma nítida, o professor não consegue realizar uma apreensão da realidade do usuário e intervir de acordo com a sua necessidade, justamente pelo distanciamento por parte do professor do contexto o qual o usuário vive.

#### 4.4 AS FORMAS DE INTERVENÇÃO

Tanto a compreensão adequada da demanda, a seleção de conteúdos, a organização, sistematização e aplicação metodológica devem ser considerados fundamentos da prática terapêutica que é desenvolvida através das oficinas terapêuticas. Em relação aos conteúdos, pode-se dizer que estes “emergem de conteúdos culturais universais, constituindo-se em domínio de conhecimento relativamente autônomos, incorporados pela humanidade e reavaliados, permanentemente, em face da realidade social” ao passo que “[...] não basta que os conteúdos sejam apenas ensinados, ainda que bem ensinados é preciso que se liguem de forma indissociável a sua significação humana e social” (Libâneo, 1985 apud Soares, 1992, p.

31). É retomando o conceito de cultura corporal que a Educação Física objetiva através dos jogos, danças, lutas, ginástica, esporte, entre outros, desenvolver reflexões sobre e por meio destas manifestações a respeito do contexto da realidade humana. Alguns professores demonstram se aproximar mais dessa perspectiva de intervenção:

*A gente tem que usar os nossos elementos da educação física, da cultura corporal que a gente vem desenvolvendo na vida para articular aqui, mas assim a intenção é fazer com que eles se sintam satisfeitos, que produzam, que aprendam, que se apropriem de conhecimentos de informação e a partir disso eles se sintam com um vínculo com a gente e integrado ao ambiente aqui, ao espaço (PROFESSOR 8)*

A oferta do serviço no CAPS responde à demanda que é apresentada, como explicado anteriormente. Esta relação entre oferta e demanda resulta na organização de novas propostas, planejadas de acordo com a disponibilidade da unidade e das perspectivas de saúde e saúde mental dos profissionais e também de Educação Física, no caso dos nossos entrevistados. Em uma perspectiva centrada na lógica do cuidado, a aproximação do professor com a realidade do usuário e com a compreensão dos princípios da reforma psiquiátrica contribuem com a elaboração de propostas relacionadas com a finalidade do serviço e com as necessidades dos usuários. A princípio, as oficinas e/ou atividades realizadas pelos professores de Educação Física deveriam ser decorrentes da observação e identificação realizada pela equipe em relação às necessidades dos usuários. A necessidade abordada aqui, representa tanto sua característica funcional para manutenção da sobrevivência da espécie e da sociedade quanto fator componente para a satisfação pessoal de um sujeito (CAMPOS, 1969).

Na fala abaixo, fica clara como a proposta foi formulada de modo intrinsecamente vinculado com a necessidade demandada pelos usuários e executadas dentro de uma perspectiva atrelada aos princípios e finalidades do CAPS e com as características dos usuários:

*[...] hoje eu desenvolvo principalmente futebol e natação. Acho que essas são as duas atividades que desenvolvo com maior atenção, atividades da Educação Física da cultura corporal de movimento. São essas duas atividades que mudaram as características por causa do conhecimento e do estudo que eu fiz esse tempo todo. Das formações, dos grupos de estudo que nós já montamos aqui no CAPS já algumas vezes, é porque o foco é a preocupação em ter uma resposta qualificada no que se refere as funções psíquicas daquelas pessoas. Eu acho que esse foi o foco na época. Não tinha quando iniciei, não tinha muita clareza disso, mas depois que eu passei a observar a pessoa, e conseguir identificar as funções psíquicas que estavam ali prejudicadas pelo adoecimento ou pelo convívio com o adoecimento. É que por exemplo, a tristeza no esquizofrênico que tem alguma crítica é muito comum aí, quer dizer, não que aquela tristeza ela seja do adoecimento diretamente, ela está*

*relacionada porque a pessoa de repente perde o emprego, perde os vínculos familiares. Ele sabe, as vezes ele tem uma consciência de que não consegue fazer as mesmas coisas da mesma forma que fazia antes. Então aquela tristeza pode não estar relacionada, pode não ser um sintoma da doença, mas está relacionado ao contexto do adoecimento dele. Então assim consegui separar uma coisa da outra e intervir nas atividades, nos jogos, com incentivo, com uma atividade que seja mais competitiva para que aquela pessoa se sobressaia, tenha orgulho maior de si mesma. E assim esses objetivos começaram a ficar mais claros sabe, de conhecer as pessoas individualmente, o histórico de adoecimento de cada uma delas, e durante a atividade, a prática, ler no comportamento e nas falas da pessoa o que tem de prejudicado ali, e fazer as atividades de forma a contribuir com tudo isso. Isso começou a ficar bem mais claro, essa acho que foi a grande diferença daquela época para os dias de hoje (PROFESSOR 4).*

Se analisarmos a fala acima, identificaremos logo de início a compreensão do professor da importância da formação para um melhor desenvolvimento da sua prática terapêutica no CAPS. O mesmo evidencia que, foi principalmente através da sua formação, tanto dentro quanto fora da universidade, que ele teve a oportunidade de aprofundar os estudos, o que ocasionou a sua mudança de concepção frente à Educação Física. Além disso, quando ele se refere a mudança na característica das aulas, essa mudança possivelmente está relacionada a forma metodológica que as aulas eram conduzidas.

Diante disso, podemos afirmar este como um exemplo de que o professor já possui a síntese-precária de que, a finalidade dos CAPS necessita de uma perspectiva diferente da limitada pelo modelo biomédico. De certa forma, o professor já compreende que a doença pode estar associada a um contexto, ou seja, um processo que é determinado por múltiplos fatores e que quando pensada na perspectiva do cuidado, não tem como objetivo a cura. É nesse momento, a partir dessa percepção, daquilo que para o professor ainda não era nítido, mas que pela sua formação já lhe é permitido apreender em forma de sínteses, mesmo que sejam ainda precárias, que conceituamos como salto qualitativo, onde o professor passa da síncrese para a síntese-precária.

Além da mudança de concepção e a forma metodológica das aulas, é possível identificar ainda, quando o professor se refere ao “convívio” com o usuário, a importância do estabelecimento do vínculo, a contribuição dessa relação próxima com o usuário para atender as necessidades do mesmo. Essa é a forma com que o professor se refere a “leitura” tanto na fala quanto no comportamento dos usuários. Ou seja, o professor consegue identificar diante da realidade do usuário, quais características dessa realidade ele pode abordar na atividade, de

modo com que o usuário seja capaz de compreender a relação entre a atividade e a realidade, e ainda, fazer com que essas atividades estejam presentes no seu cotidiano.

Essa é uma importante característica que diferencia a proposta do serviço oferecido pelos CAPS da perspectiva manicomial. A diferença entre o cuidado e a cura está em compreender o usuário como um sujeito que está condicionado aos determinantes socialmente estabelecidos, e construir juntos, através das relações estabelecidas entre professor-usuários, formas de superar a lógica tradicional biomédica. Substituindo assim, a institucionalização pela desinstitucionalização, a exclusão pela reinserção social e a cura pela reabilitação psicossocial, numa prática terapêutica onde a dimensão do cuidado se faz presente na troca de conhecimento e experiência entre professor e usuário.

Estas breves explicações reforçam a importância da compreensão da Educação Física e do seu potencial frente a sua face estreitamente biológica, fragmentada e como ferramenta de adestramento de corpos. É preciso pensa-la de forma dialética, em sua totalidade, em seu movimento, sua mudança qualitativa e em sua contradição, favorecendo a construção de uma formação histórico-social, para além do desenvolvimento da aptidão física e do máximo rendimento corporal (Soares et al, 1992).

Entretanto, apesar das necessidades demandadas pelos usuários serem basilares para a elaboração do planejamento e da intervenção pelos profissionais, as formas como eles lidam com estas necessidades demandadas dependem da condição de síntese que os mesmos apresentam sobre o trabalho em saúde mental ou, em outras palavras, da perspectiva que assumem para sua prática social neste serviço de saúde. E muitos ainda não conseguiram atingir sínteses melhores elaboradas a respeito do seu papel nos CAPS, ainda reproduzindo de forma significativa o modelo médico-hegemônico:

*Houveram várias tentativas de implementar grupos que trabalhassem condicionamento físico de alguma maneira, grupos voltados a resistência muscular [...] as principais atividades voltadas à Educação Física que não deram certo, estão relacionadas principalmente a necessidade mínima de um condicionamento físico geral condizente (PROFESSOR 5).*

Esta resposta reforça que a concepção biomédica tem forte presença em relação aos conteúdos que são planejados e aplicados pelos professores. Principalmente quando a síntese a respeito do trabalho desenvolvido nos CAPS ainda não está bem desenvolvida, estando ainda

num processo de síntese, que muitas vezes reproduz uma visão da Educação Física voltada para a aptidão física sem as devidas mediações. A maioria das atividades que se limitam aos aspectos físicos, sem se aproximar da realidade do usuário, perdem sua potencialidade possivelmente pela dificuldade que o professor tem em avaliar o contexto e buscar formas adequadas de trabalhar esses conteúdos.

Essa forma de elaborar e desenvolver intervenções explicita que a pouca consideração da realidade dos usuários, neste caso, em relação à sua condição física, ou seja, uma perspectiva de Educação Física é aplicada dentro do CAPS sem levar em consideração a realidade e finalidade da instituição. Isso nos faz refletir sobre a forma tradicional com que as atividades são propostas, pensadas a partir de uma realidade que não condiz com o contexto do CAPS, que se distancia na determinação da forma de ser conduzida, de ser aplicada, na forma pronta de intervir. Logo, é necessário pensarmos na Educação Física como Wachs (2008) aponta, partindo de uma analogia utilizada por ele entre escola e CAPS, sobre os conteúdos dos esportes em si. O autor chama a atenção para os termos “esporte na escola” e “esporte da escola”, que pensados a partir do contexto dos CAPS, conclui que a Educação Física emerge do CAPS, ao contrário da Educação Física imposta ao CAPS. Algumas das falas a seguir se aproximam dessa ideia, quanto a propostas relacionadas ao esporte:

*[...] muitas vezes o desafio da oficina, principalmente, a de futebol, na época era de não fazer com que apenas aquele grupo fosse uma prática de lazer sem uma finalidade específica. Aqui o mesmo desafio da escola, eles queriam utilizar aquele espaço apenas com o objetivo de jogar, e aí quando o campo da gente compreende esse jogar, de que forma os conflitos que eles traziam para o jogo tinham relação com a vida, eles tinham esse desafio porque não tinham esse momento de reflexão sobre a vida deles, e não tiveram a oportunidade de acesso à cultura e a educação. Mas assim, a gente usa os elementos que eles têm de poder intervir nessa perspectiva e contribuir também com o trabalho da equipe. Muitas vezes os resultados que a gente conseguia obter ali na prática do jogo, do exercício, da atividade, muitas vezes não eram evidenciadas nas relações que eles estabeleciam (PROFESSOR 12).*

Enquanto um tem uma perspectiva de trabalhar o futsal como conteúdo que dá identidade à Educação Física, em outra perspectiva, o futebol é utilizado como ferramenta diante da realidade do usuário, além de oportunizar também sua participação na escolha do conteúdo, levando em consideração seus interesses. E para além disso, a associação a este conteúdo como algo que emerge da realidade do CAPS, pensado a partir de identificações práticas, não só do jogar pelo jogar, mas a forma de “compreender esse jogar” e como problematizar e refletir sobre a relação entre os conflitos de vida e o jogo em si trazidos pelos

usuários. De certa forma, esta é uma característica desta perspectiva, provocar uma reflexão nos usuários que parte da prática, bem como o envolvimento de toda a equipe nesse processo, como afirma o professor.

A metodologia além de compor o processo pedagógico deve apontar formas de recriar uma atividade para que ela faça parte do sistema de relações sociais dos usuários, afim de transpor os limites físicos do CAPS numa perspectiva de ser considerada por eles mesmos como uma ferramenta de suporte no processo de reabilitação psicossocial, fazendo com que o sujeito seja capaz através desta prática cotidiana apreender sua realidade, por meio de atividades componentes de uma totalidade.

*[...] a gente não pode ter técnicas com eles, fazer um jogo de vôlei não pode ter técnica, então a gente tem que utilizar as formas de jogar, mas adequar para eles, tudo que é dentro do que é possível limite para eles né, então a gente já fez [...] então assim, é muito complicado, você tem que fazer muito malabarismo (PROFESSOR 16).*

*[...] eu já tentei um grupo de futsal não deu certo, tentei um grupo de caminhada não deu certo tentei um grupo de dança não deu certo e a gente não pode se frustra não é o público que não se interessou (PROFESSOR 15).*

Exemplo do distanciamento dessa perspectiva para a da reforma psiquiátrica, através de conteúdos como futsal, dança e caminhada, citados nas falas acima, é a comparação entre a forma metodológica que esse professor adotou para a intervenção e a forma metodológica citada por um dos professores anteriormente quando referido ao futebol. A nossa hipótese é que, diante última fala, que mesmo de forma implícita, o fato de as atividades propostas não darem certo, pode estar relacionado a forma metodológica que o professor conduziu.

É importante destacar ainda que, as falas dos professores indicam que, vários são os fatores que limitam a oferta do serviço pelos CAPS. A princípio, a estrutura física e a escassez material disponíveis para a efetivação das atividades propostas pelos professores são fatores que limitam o cumprimento do objetivo da unidade de atender as necessidades dos usuários, como parte do processo de reabilitação psicossocial. Neste sentido, chamamos a atenção para o fato de que não é apenas a perspectiva teórica que os profissionais apresentam que determinam a forma de sua intervenção, mas também as condições objetivas para desempenharem o seu trabalho:

*[...] as vezes deixa de funcionar por uma situação física né, espaço físico, e o material que a gente não tem, né, então assim, as vezes fica inviável determinado projeto ou implantação como eu disse anteriormente. Como a gente antes de pensar uma oficina, né, ou grupo a gente pensa na demanda, então não tem como sem a demanda, a gente abrir uma possibilidade aqui. Eu abri um grupo que nunca existiu demanda, né, então não tem como não acontecer (PROFESSOR 3).*

*[...] até mesmo pela localização do CAPS Água Viva, que não tinha um espaço na comunidade acessível, e o espaço do Água Viva muito restrito. Então nós fazíamos atividades que fossem possíveis de fazer num espaço pequeno fazíamos atividades com vôlei, peteca, futebol (golzinho), algumas atividades com música e jogos de tabuleiro de mesa, damas, dominó. (PROFESSOR 4).*

*[...] outra dificuldade também está associada, lembrei agora, a própria estrutura da instituição, então, por exemplo, salas pequenas para as atividades que poderiam ser propostas, a carência de materiais, o próprio espaço da Educação Física, que por falta de manutenção foi se acabando. Por exemplo, a gente tinha quadra de areia, aqui hoje é só mato, a gente tinha duas traves, hoje só vi uma nem sei onde está a outra, deve estar lá em algum lugar por aí. Antigamente aqui havia piscina hoje não tem mais. As próprias questões das estruturas e falta de materiais são dificuldades expostas à realidade (PROFESSOR 14).*

Segundo Pinheiro (2001) a oferta se fundamenta na realidade dos serviços de saúde, através da organização e estruturação possível diante da disponibilidade em oferecer os serviços, com base no tipo e na quantidade de recursos (financeiros, humanos e tecnológicos) que estão disponíveis. Desta forma, mesmo que exista por parte do professor uma compreensão da realidade e uma proposta de intervenção condizente, fatores como esses impossibilitam a efetivação da mesma, limitando a prática profissional

#### 4.5 AS FORMAS DE AVALIAR

Diante do caminho já percorrido para a compreensão das características fundamentais da intervenção dos professores de Educação Física, é necessário nos atentarmos as conexões presentes entre as categorias já discutidas para que seja possível perceber sua coexistência simultânea no trabalho terapêutico com as oficinas. Neste sentido, acreditamos que a categoria da avaliação é a que melhor expressa esse vínculo indissociável entre a identificação da demanda, o planejamento e a intervenção cotidiana com os usuários.

Ao analisarmos a forma como os entrevistados avaliam suas intervenções uma categoria se destaca: a motivação. É nítido como a falta de motivação dos usuários é posta na centralidade

do processo avaliativo, especialmente, quando a atividade não funciona como planejada. Além disso, essa constatação se dá principalmente quando o profissional propõe oficinas a partir das perspectivas didáticas tradicionais da Educação Física ou da lógica da aptidão física e saúde.

*[...] a exemplo da capoeira ou da dança, o que barrou principalmente foi a questão motivacional. [...] isso porque nos primeiros contatos com essa atividade, a intensidade de esforço mínima necessária para se desempenhar alguns dos movimentos ela já é exagerada para essas pessoas. Então, nos primeiros contatos com a atividade a pessoa já ela abstrai do tipo: vamos dança errado. [...] a parte motivacional é mesmo por parte dos pacientes, que acabou encerrando essa atividade. Esbarrou nisso, as pessoas não terem motivação para realmente se interessar pelos conteúdos (PROFESSOR 5).*

*[...] até os usuários, eles não têm muita motivação para fazer às vezes. Você chega super animada para fazer uma atividade legal, diferente com eles, e às vezes, ninguém dá moral, ninguém dá importância para você. Tem que ficar acordando eles, quando eles estão quase dormindo, tem que ficar chamando para levantar. Então, a gente tem a atividade depende deles, mas a atividade depende de 200%, da gente, do nosso estímulo então às vezes isso pega um pouco para gente (PROFESSOR 2).*

Estas falas retomam a discussão do modelo tradicional enraizado na Educação Física. Quando analisamos a primeira fala, o professor se referêcia a dança como uma das propostas de intervenções que não deram certo. Já tivemos exemplos de que as propostas de dança planejada pelos professores, em geral, seguem uma lógica tradicional, onde a aula é conduzida pelo professor, por meio de coreografias prontas, o que diante das características dos usuários, muitas vezes os impedem de acompanhar a proposta previamente elaborada pelo professor sem considerar a realidade do aluno, tal como na pedagógica tradicional e tecnicista. Visto que, a coreografia ou a forma de se movimentar é imposta pelo professor, repassadas ao usuário, com objetivo de que seja apenas reproduzida por eles, nessa concepção, a dificuldade dos usuários de acompanhar a aula, é avaliada pelo professor como sendo a falta de motivação do usuário empecilho para efetivação da proposta. Sendo assim, a proposta do professor em trabalhar o conteúdo da dança dentro de uma proposta tradicional, se limitada a simples reprodução de movimentos pré-estabelecidos, o que inviabiliza a materialização da prática terapêutica.

Mais uma vez, é nítido a forma com que a concepção hegemônica da Educação Física está atrelada a metodologia aplicada nas atividades. Isso aponta que, quanto mais presos aos limites do modelo biomédico, mais a intervenção se distâcia do objetivo dos serviços prestados no CAPS. Este fato ainda se relaciona a não apreensão do professor das necessidades dos usuários e a não articulação dos conteúdos para uma proposta que se aproxime da realidade do

usuário e da finalidade do serviço. Desta forma, o usuário, com base nas suas próprias experiências e no ideário popular acerca da Educação Física como prática prioritariamente mecanizada, cria uma certa resistência em participar das atividades que possuem características limitantes do movimento, diante da visão que usuários e muitas vezes os profissionais têm sobre a constituição do movimento pautada em uma concepção que desconsidera o aspecto interno do movimento e enfatiza sua objetividade, reduzindo o movimento a forma “certa” ou “errada”, de se movimentar, limitando a Educação Física ao cumprimento de um padrão pré-estabelecido.

*[...] é complicado, porque no imaginário do senso comum, até num artigo que eu escrevi a respeito desse assunto, sobre o papel da educação física, como tal, parece que se restringe ao preparador físico, ao instrutor, daquele profissional que está ali junto para poder fazer um fazer por não fazer sem nenhuma possibilidade de reflexão e que na minha análise, ela limita o campo de atuação (PROFESSOR 13).*

Esse distanciamento dificulta a prática terapêutica nas atividades que são adotadas em uma metodologia tradicional, que por sua vez, não consegue despertar o interesse dos usuários em participar ou dar continuidade na atividade. Porém, diante da fragilidade da avaliação feita pelo professor, baseado na sua concepção sincrética de estabelecer as relações entre o conteúdo e a realidade do usuário, a desmotivação dos mesmos aparece como se fosse o que impede a realização das aulas. O professor não consegue identificar ainda que, a falta de motivação pode estar contida nos conteúdos e na forma como a atividade é aplicada reproduzindo, muitas vezes, uma perspectiva hegemônica de Educação Física. Na avaliação destes professores, o problema está no usuário e não na sua forma de desenvolver a atividade, culpabilizando o mesmo quando a atividade não sai como planejada.

Franchin e Barreto (2006) apresentam os fatores aos quais a motivação está subordinada, definidos como fatores pessoais (intrínsecos) e ambientais (extrínsecos). Nesta perspectiva, os fatores intrínsecos são intencionais e partem do próprio usuário, enquanto os fatores extrínsecos classificam-se como influências externas. É importante destacar o papel do professor como importante agente do que as autoras classificam como influência extrínseca. Esta estimulação parte prioritariamente da forma com que o professor conduz o processo ensino e aprendizagem, e como ele avalia o mesmo.

*[...] a gente tem feito uma avaliação em relação a demanda que esses usuários trazem. Então a partir do conhecimento que a gente tem em relação a eles, a ampliação da relação, a partir da informação dos outros grupos, a gente avaliou, e percebeu que*

*nossos usuários utilizam como estratégia para entrar num quadro de abstinência, para tentar afastar o contexto das drogas, a prática de exercício física mais intensa [...] e nisso a gente estimula a prática cotidiana. Então, isso que me fez mudar a característica, a partir da demanda dessa população alvo que estou tendo a experiência de trabalhar (PROFESSOR 12).*

Portanto, a avaliação pode ser entendida como um processo que envolve toda a equipe e retoma a demanda apresentada pelo usuário e aspectos diversos que podem influenciar no “estímulo” ao usuário em realizar ou não alguma atividade. Nesta forma de avaliar, a motivação aparece não como determinação fundamental, mas ao contrário, como resultado de diversas mediações em um processo “[...] composto por: aspectos individuais, como história de vida e personalidade e aspectos sociais ou de meio ambiente, considerando suas respectivas exigências, influências e pressões” (MARANTE, 2008, p. 17). Compreendendo assim, um processo multidimensional, que possibilita o entendimento da motivação como um fenômeno definido pelas suas múltiplas variáveis interferentes, buscando a compreensão da interação entre o todo e suas partes.

Quando os sujeitos se encontram desmotivados, na maioria das vezes eles não conseguem compreender os motivos que os levam a realizar determinadas ações, sem enxergar nenhum tipo de sentido para dar continuidade a atividade. Assim, as propostas de intervenção carecem de um olhar que busca compreender quais as influências e consequências do meio social em que vive o sujeito e como é possível aproximar às propostas de intervenção características individuais dos usuários.

O professor exerce um papel fundamental como facilitador deste processo, contribuindo para a promoção da autonomia dos usuários, inclusive em contribuir com a produção do seu próprio PTS e de propostas de oficinas terapêuticas, transformando o “lugar” da prática como algo em que o usuário se reconheça e perceba relevância para sua vida.

Outro aspecto importante a ser abordado é que a avaliação quando realizada numa perspectiva sincrética provoca uma adaptação do planejamento.

*[...] as vezes o que acontece no transcorrer da atividade é uma adaptação. A gente avalia que que ela não deu certo, mais ele foi modificada, adaptada ao longo do desenvolvimento da atividade. As vezes por exemplo a gente planeja algo, más dependendo da pessoa que vai realizar ela pode ter dificuldade, então nesse caso a gente tem que estar modificando os objetivos específicos da brincadeira ou da*

*atividade ou fazendo alguma adaptação, envolvendo outras pessoas do grupo para que a atividade aconteça (PROFESSOR 14).*

A ideia de adaptação já demonstra o caráter idealista do planejamento anterior, pois é como se o planejamento realizado pautado numa perspectiva hegemônica fosse a forma correta de realizar a atividade. A reflexão que estamos propondo é de que quanto mais a aula se prende a uma perspectiva tradicional, menos ela tem chances de dar certo na realidade do CAPS. Fazendo com que, mesmo de forma involuntária os professores se voltem para uma abordagem não-diretiva, quando o ensino passa a ser o princípio norteador da prática social, ao invés do produto como elemento central do processo de ensino (SOARES et al, 1992).

Dessa forma, o processo de adaptação é suscitado principalmente pela perspectiva de avaliação que o professor faz da intervenção:

*[...] outro grupo que continua acontecendo, a atividade de ioga adaptada. A ioga é bem adaptada mesmo não podemos ser muito puritanos nessa prática, porque mesmo a parte motivacional né, como disse, fica muito prejudicada. Se você trabalha com intensidades ou volumes de esforço muito grandes [...] a parte motivacional fica muito prejudicada, e foi coisa que eu adaptei que percebi que as pessoas não se motivassem para se reunir, para fazer o alongamento, e se preparar para a possível caminhada (PROFESSOR 4).*

A contradição presente nessa última fala é em relação ao próprio objetivo do yoga. Partindo de uma visão oriental sobre a concepção do corpo e das próprias práticas corporais, o objetivo do yoga é justamente o encontro entre corpo e mente, na busca pelo despertar da essência, ou seja, a própria subjetividade do sujeito. Nesta perspectiva, a contradição se estabelece a forma com que uma prática que busca formas de identificar a subjetividade do usuário, colocá-lo frente a frente com essa subjetividade pode se transformar em uma prática adaptada? Desta forma, é possível apontar que esta prática do yoga proposta no CAPS se alinha a uma “imitação grosseira” como definido por Bergson (1979) apud Hirai e Cardoso (2006), por sua característica reprodutivista.

Sendo assim, é nítido que o processo de avaliação é influenciado pela formação que o professor traz consigo. Em outra concepção, a avaliação vai além de fatores subjetivos que refletem somente a falta de motivação dos usuários, o professor consegue ter uma percepção de que a atividade pode estar distante da realidade não só do ambiente, mas também dos usuários,

identificando assim uma possível falha no seu processo planejamento e intervenção, relacionado tanto ao conteúdo quanto à forma metodológica utilizada na aplicação da atividade.

Todos esses apontamentos nos direcionam ao porquê referir a essa concepção como “sincrética”. Segundo o que já fora apresentado no capítulo anterior deste trabalho, a perspectiva em que a prática social se desenvolve está relacionada com a potencialidade que os professores apresentam em alcançar esse salto qualitativo, partindo da síncrese à síntese, mesmo que inicialmente precária, o que permite continuar num movimento de saltos qualitativos na construção de sínteses sobre o trabalho em saúde mental. Esse processo no contexto do CAPS foi identificado pelo fato de que em muitos momentos os professores de certa forma se envolvem com o contexto da prática profissional no CAPS, porém, ainda apresentando uma “visão caótica do todo”, como Saviani (1992) se refere à síncrese. Enquanto que em outros momentos, as mediações são melhor compreendidas por eles.

## **5. A PRÁTICA TERAPÊUTICA NUMA PERSPECTIVA DO CUIDADO: REFLEXÕES METODOLÓGICAS A CERCA DAS INTERVENÇÕES COM OFICINAS TERAPÊUTICAS**

As intervenções que são realizadas nos CAPS com oficinas terapêuticas desenvolvidas a partir de temáticas da cultura corporal, embora sejam práticas terapêuticas, pois esta é a sua finalidade, também podem ser compreendidas como práticas educativas, pois este é o formato como elas se estruturam. Dessa forma, assim como no âmbito escolar, possuem uma característica em comum: o processo ensino e aprendizagem. Não é por acaso que, embora nas entrevistas não haja nenhuma referência à Educação Física escolar, em muitos momentos os entrevistados fizeram analogias por iniciativas próprias, sem que fossem instigados pelos pesquisadores.

Se a realidade imposta pela formação baseada na concepção hegemônica condiciona os professores a intervirem no âmbito da Educação Física guiados pela pedagogia tradicional, o contexto do CAPS se opõe a esta lógica. Pois, é exigido destes mesmos professores a transposição desta barreira, superando a concepção hegemônica de que esta é a única e exclusiva forma de lidar com os conteúdos da cultura corporal, fazendo com que busquem formas de se reinventar cotidianamente para atender a uma necessidade.

Sua contradição se estabelece a medida que, mesmo quando referido a uma ferramenta potente que subsidia a efetivação das propostas de intervenção, como cursor da atividade, a realidade do CAPS exige dos professores um certo “jogo de cintura” ao qual compreendemos que numa perspectiva sincrética o professor tende a tratar como “adaptação”, culpabilizando os usuários pelo insucesso, enquanto que numa perspectiva que apreende melhor a finalidade dos CAPS e o potencial da Educação Física, o professor considera diversas determinações, inclusive uma possível dificuldade ou falta de estratégia dele. É frente as dificuldades e a percepção das necessidades sociais que os professores se reinventam e reinventam o conteúdo em si para que seja possível a efetivação da prática pedagógica.

Como foi exposto, nos deparamos com duas perspectivas. Uma delas parte do modelo tradicional, a qual é guiada por uma visão hegemônica da Educação Física, a que já identificamos que se contrapõe aos objetivos do CAPS. Ao avaliar que a intervenção não foi bem-sucedida, o profissional tende a culpabilizar a falta de motivação do usuário e outras de

suas características, em um pensamento linear que entende a falta de motivação como causa do insucesso. Nesse sentido, permanecendo no pensamento linear, ele adapta a proposta formulada em um movimento que a inverte para um caráter de intervenção sem sistematização clara, favorecendo ao improviso e ao “jogo de cintura”. Esta não-sistematização pode ser atribuída aqui como a adaptação feita pelo professor no decorrer da intervenção. Assim, pelo fato de ainda estar em um processo sincrético, sua prática social oscila entre o estabelecido como forma correta de se trabalhar com os conteúdos da Educação Física com base em uma visão hegemônica e adaptação improvisada disto. A adaptação passa a ser uma opção, porém, de certa forma, não existe uma sistematização para tal, porque, o professor tem a noção de que a oficina não deu certo, mas ainda não tem apreensão concreta da prática social no CAPS, ou seja, da necessidade de que a prática terapêutica não seja pautada na cura e sim no cuidado.

Por outro lado, foi identificado ainda que existe uma outra perspectiva de sistematização das atividades, que ao invés de passar por uma lógica linear de avaliação e, conseqüentemente, por um processo de adaptação, desenvolve um outro processo de avaliação que considera múltiplas determinações e aprimorada a prática em um salto qualitativo. O que possibilita essa progressão é o olhar do professor para a necessidade do usuário, que após avaliar o contexto do mesmo, busca propor por meio dos conteúdos da Educação Física, uma intervenção terapêutica mais adequada:

*Ah, por exemplo o vôlei. O vôlei ele não deu certo. Alguns usuários pediam, mas assim, o vôlei ele é um jogo de técnica muito difícil, e existia uma expectativa mesmo por mais lento que fosse e tudo, o objetivo nunca era trabalhar a técnica, mas o fato da técnica ser muito complicada o jogo não acontecia. Então era muito fácil as pessoas que estavam jogando se dispersarem, e desistirem. A pessoa com transtorno mental é dessa forma que eu trabalho que eu percebo, quando você propõe uma atividade que a pessoa se aproxima daquele grupo naquela atividade, naquela prática corporal, ela tem que está envolvida naquilo ali de alguma forma, ela não pode ficar muito tempo parada sem participar sem receber bola, sem ter um papel ativo no jogo. E o vôlei dificultava muito, pode ter sido também uma dificuldade uma falta de estratégia minha (PROFESSOR 4).*

*[...] eu gosto de fazer uma coisa muito interessante, não é que eu crio novas brincadeiras, mas a partir de uma brincadeira que as vezes é bem-sucedida aqui eu tendo de redimensionar de várias outras formas para tentar chegar a um objetivo que eu quero. Por exemplo, eu pego um grupo de 6 a 7 anos que não sabem jogar futebol, um futebol sistematizado, grupo contra grupo, faltas, e essas questões né, mesmo que seja uma pelada, aí eu começo com brincadeiras, a partir de brincadeiras, jogar a bola com a mão, depois só vale marcar gol jogando a bola para o outro e pegar de primeira. E vai indo, um bobinho, e vou articulando brincadeiras, alinhando as brincadeiras, juntando com outra, transformo no handebol, do basquete para o futebol e faço esse apanhado e vou chegando. Então assim, sempre que eu paro para*

*fazer essas formações é de acordo com as necessidades do grupo aqui, quando o grupo está dando conta [...] eu sou assim, um facilitador, para fazer com que cada vez eu estimule mais conhecimento e prazer dentro desta questão (PROFESSOR 8).*

Seguindo os passos de Saviani (1992) para a prática social, podemos sintetizar agora os cinco passos para compreensão da prática terapêutica. O primeiro deles, ou o ponto de partida, é a condição apresentada pelo usuário de heterogeneidade real com a sociedade e a busca do CAPS pela sua reabilitação social. Acompanha essa condição a relação estabelecida entre o usuário e o professor que pode estar pautada numa posição sincrética e, nesse sentido reproduzir uma relação de heterogeneidade entre usuário e profissional, não constituindo os vínculos necessários e a apreensão das necessidades demandas. Ou, diferente de uma perspectiva médico-hegemônica que insiste em buscar uma cura para a loucura, a relação entre profissional e usuário estabelecida no ponto de partida da prática terapêutica, pode se caracterizar pelo serviço prestado sob uma perspectiva de cuidado, assumindo a finalidade da instituição e já construindo vínculos com os usuários numa perspectiva da homogeneidade possível desde o ponto de partida. Ou seja, nesse caso o profissional já apresenta uma síntese a respeito do trabalho em saúde mental, assumindo a perspectiva da reforma psiquiátrica.

O segundo passo consiste na busca pela identificação das necessidades dos usuários demandadas pelo serviço. Isto quer dizer que, a seleção dos conteúdos deve buscar uma aproximação da realidade dos usuários de forma a contribuir com o processo de reabilitação psicossocial, oportunizando que os mesmos façam parte desse processo. Nesse passo, a visão hegemônica da Educação Física de certa forma limita os professores a lidarem com os conteúdos identificadores desta área pelo fato dos mesmos se distanciarem da realidade dos usuários.

Seguido disso, o terceiro passo se caracteriza pela a apreensão da realidade dos usuários por parte do professor, viabilizando a apropriação de instrumentos metodológicos que propiciem através dos conteúdos aplicados na intervenção prática, a aproximação do usuário entre a atividade proposta e a sua realidade social. Esta última característica é o que diferencia essa perspectiva da perspectiva tradicional, o conteúdo não é somente transmitido pelo professor, a partir de uma suposta forma correta de realizá-lo, mas deve ser levada em consideração a realidade dos usuários. Ainda nesse aspecto, é importante deixar claro que nem sempre o aprendizado do conteúdo da cultura é a finalidade da oficina terapêutica. Muitas vezes o conteúdo é meio para o cuidado terapêutico.

O quarto passo é classificado como o ponto catártico da saúde mental, a partir do momento em que como resultado do trabalho do professor, o usuário vai assumindo melhores condições de viver com autonomia em um processo de reabilitação social, ou seja, aproximando-se do processo de reinserção social. Fazendo uma analogia, podemos afirmar que o usuário passa de uma condição de “sincretismo social” ou de intenso estranhamento dele com o mundo e com outros sujeitos para a uma condição de maior “síntese social”, mesmo que ainda precária, com o mundo. Dessa forma, se efetiva o quinto passo, ou o ponto de chegada, que é a prática social entre profissional e usuário e do usuário com a sociedade estabelecida como uma relação de homogeneidade possível, diferenciando-se do ponto de partida do cuidado que era a heterogeneidade real entre usuário e sociedade e, em alguns casos, até mesmo entre usuário e profissional.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do objetivo de analisar como se dá a intervenção do professor de Educação Física nas oficinas terapêuticas dos CAPS de Goiânia-Go, a fim de identificar como elas são demandadas, planejadas, executadas e avaliadas por esses professores, chegamos à conclusão de que o trabalho realizado pelos professores nesse serviço compreende uma prática social, a qual identificamos como prática terapêutica estabelecida entre professor-usuário no âmbito do CAPS. Foi através dessa compreensão, que chegamos a um problema de pesquisa: como seria a prática social nos CAPS a partir da compreensão da relação estabelecida entre profissional e usuário? O que seria a heterogeneidade real e da homogeneidade possível na saúde mental?

A busca pela resposta dessas questões nos aproximou da homogeneidade possível como resultado da prática social no CAPS. Ela se dá através do salto qualitativo representado na superação da lógica manicomial pela lógica do cuidado das pessoas com transtornos mentais. Ou seja, nesta concepção, a desigualdade presente no ponto de partida é o distanciamento das características individuais e subjetivas dos usuários que se perdem em meio a uma lógica desumanizada e excludente de lidar com a loucura, enquanto, por outro lado, a busca pela igualdade presente no ponto de chegada pode estar contida no cuidado humanizado, como ponto catártico da saúde mental.

Com base nas suposições feitas anteriormente, foi possível identificar através das análises de dados que o processo de avaliação da demanda, o planejamento, a intervenção e a reavaliação dessas intervenções são determinantes fundamentais para caracterizarmos a forma metodológica de desenvolvimento da prática social com oficinas terapêuticas nos CAPS. A categoria central de desenvolvimentos das demais, foi identificada como a formação que esses professores trazem consigo. Fundamentado nesse processo de formação, chegamos à conclusão que existem duas perspectivas na dimensão terapêutica do trabalho em oficinas terapêuticas nos CAPS de Goiânia, por intermédio da Educação Física: a primeira delas, voltada para o modelo hegemônico e manicomial. E a segunda, orientada em uma concepção da saúde coletiva e reforma psiquiátrica.

Como característica dessa primeira perspectiva, identificamos que sua forma de materialização está pautada no modelo tradicional guiada por uma visão hegemônica da Educação Física. Como parte desta perspectiva, os professores avaliam o insucesso da intervenção proposta por meio de uma culpabilização do usuário pela sua falta de motivação

em participar das atividades. É com base nesse insucesso, que o professor faz uma adaptação do seu planejamento atribuindo a esse novo planejamento características de uma atividade não sistematiza. Devido ao fato do sincretismo, a prática social realizada por esse professor oscila entre o estabelecimento de padrões e as formas corretas de lidar com os conteúdos que dão identidade a Educação Física. Esse processo leva o professor a adaptação, mesmo que não sistematiza, partindo da noção que o professor tem de que a oficina não deu certo, em decorrência da sua não apreensão concreta da prática social no CAPS.

Já a segunda perspectiva, aponta que, existem atividades que são sistematizadas pelos professores, que por meio de um processo de avaliação diferente da perspectiva anterior, consegue desenvolver uma visão de que, existe um processo de múltiplas determinações que interferem na efetivação ou não das atividades. Desta forma, ao contrário de uma adaptação, os professores seguem uma lógica de aprimoramento da atividade em si, dando um salto qualitativo em relação a prática terapêutica. Componente determinante dessa progressão, é a capacidade do professor de olhar para a realidade do usuário e com base na avaliação desse contexto, intervir através da Educação Física, de forma mais adequada.

Como possíveis propostas para análises futuras, destacamos a necessidade de uma compreensão mais profunda quanto a formação dos professores de Educação Física, com um olhar mais amplo, visto tamanha influência desse processo na prática profissional dos mesmos. Além disso, quando o trabalho do professor de Educação Física nos CAPS, ressaltamos que estas análises se limitam apenas as oficinas terapêuticas, por apresentarem um número considerável no total das atividades que são realizadas nos CAPS do município de Goiânia-GO. Por fim, uma última proposição, é a de ampliar a ótica de análises da Educação Física relacionada a saúde mental, pensando a prática terapêutica como um todo, inclusive nas outras atividades que acontecem nos CAPS, que vão além das oficinas terapêuticas, como forma de evidenciar ainda mais a importância da Educação Física no processo de reabilitação psicossocial.

## 7. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

AZEVEDO, F. et al. **Manifestos dos pioneiros da Educação Nova (1932) e dos educadores (1959)**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco. Editora Massangana, 2010. Coleção Educadores, 2012.

BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 25-49.

BRASIL, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília DF, 09/04/2001, P. 2. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.html)>.

BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília DF, 20/09/1990, P. 18055. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994. **Relatório final da 2ª conferência nacional de saúde mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf)>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular** / Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica ampliada equipe referencia 2ed 2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf)  
 >.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: < [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004. Disponível em: < [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>.

CADORE, C.; BECK, C. L. C. O processo terapêutico em um CAPSad: A visão dos Trabalhadores. In: **JORNADA DE PESQUISA EM PSICOLOGIA**, 2011. p. 122-129

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei 3.657 de 1989. Diário do Congresso Nacional. 12 de setembro de 1989. Disponível em: <  
<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>>.

CAMPOS, O. O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 3, n. 1, p. 79-81, 1969.

CARVALHO. Y. M. **Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Universidade de São Paulo)**. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Org.) Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. **Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional**. In: FRAGA, A. B.;

WACHS, F. (Org.) Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E.M.G.S.; OVIEDO, R.A.M. **Os sentidos da saúde e da doença**, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013.

DE MESQUITA, J. F.; NOVELLINO, M. S. F.; CAVALCANTI, M. T. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental**. 2010.

DIAS, M. T. G. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro**. Tese de Doutorado, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/5102>>.

FRANCHIN, F.; BARRETO, S. M. G. Motivação nas aulas de educação física: um enfoque no ensino médio. **I Seminário de Estudos em Educação Física Escolar**, v. 2012, p. 1-33, 2006.

FURTADO, R. et al. Educação Física e Saúde Mental: uma análise da rotina de trabalho dos profissionais dos CAPS de Goiânia. **Movimento**, v. 22, n. 4, 2016.

GALAK, E. **A educação física busca o aperfeiçoamento da raça”: políticas públicas, saúde, eugenia e educação dos corpos**. In: GOMES, I. M.; FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. (Org.) Práticas corporais no campo da saúde: uma política em formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

HILDEBRANDT, R. **Experiência, uma categoria central na teoria didática das aulas abertas**. In: CHAVES, M. et al. (Org.). Pedagogia do movimento: diferentes concepções. Maceió: EdUFAL, 2004.

HIRAI, R. T.; CARDOSO, C. L. Para a compreensão da concepção de “Aulas Abertas” na Educação Física escolar: orientada no aluno, no processo, na problematização, na comunicação e.. **Motrivivência**, n. 27, p. 119-138, 2006.

JORGE, M. A. S. Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para o profissional. / (ORG) Jorge, M. A. S., CARVALHO, M. C. A., SILVA, P. R. F. – Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2014.

LAPPANN-BOTTI, N. C.; LABATE, R. C. Oficinas em Saúde Mental: A representação dos usuários dos serviços de saúde mental. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina. Out-Dez; 13(4): p.519-26. 2004.

LIBÂNEO, J. C. **Democratização da escola pública**. Vol. 1. Edições Loyola, 2001.

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

MALIK, A. M. Oferta em serviços de saúde. **Revista USP**, n. 51, p. 146-157, 2001.

MARANTE, W. O. **Motivação e educação física escolar: uma abordagem multidimensional**. 2008. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MARQUES, A. A. A Pedagogia tecnicista: um breve panorama. **Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia do Campus Jataí-UFG**. Itinerarius reflectionis, v.1, n. 12. 2012.

MERHY, E. E.; GALLO, E. **Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil**. In: Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade, p. 117-119, 1995.

MINAYO, M. C. S. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 9-29.

PINHEIRO, R. **As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (IMS/ABRASCO), 2001, p. 65-112).

RAMMINGER, T.; DE BRITO, J. C. “Cada CAPS é um CAPS”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes aas atividades dos trabalhadores de Saúde Mental. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 23, 2012.

ROCHA, V. M; CENTURIÃO, C. H. **Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social.** In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Org.) *Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção.* Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

SAVIANI, D. **Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política** - 32. Ed. - Campinas, SP: AutoresAssociados, 1999.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, A. M. **Corpo e experiência: para pensar as práticas corporais.** In: **Práticas corporais no contexto contemporâneo: (in)tensas experiências / (ORG) José Luiz Cirqueira Falcão, Maria do Carmo Saraiva.** – Florianópolis : Copiart, 2009.

SOARES, C. L. **Educação Física: raízes europeias e Brasil.** Campinas. SP: Autores Associados, 3ª edição, 2004.

SOARES, C. L. et al. **Metodologia do ensino de Educação Física.** Cortez Editora, 1992.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e. **História, Ciências, Saúde.** Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TERUYA, T. K. et al. As contribuições de John Locke no pensamento educacional. In: **IX Jornada do HISTEDBR**, 2010, Belém. Jornada HISTEDBR. Belém: UFPA, 2010. p. 1-18.

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

## ANEXO 1: ROTEIRO DE ENTREVISTA

### ENTREVISTA SEMISTRUTURADA

#### **Identificação do Profissional**

- 0.1 – Nome
- 0.2 – Idade
- 0.3 – Em quais CAPS já trabalhou
- 0.4 – Quanto tempo que atua em CAPS
- 0.5 – Já trabalhou em outro serviço da secretaria de saúde
- 0.6 – Formação inicial/universidade/ano
- 0.7 – Pós-graduações

#### **A entrada no campo e a formação em Educação Física**

- 1 – Como você começou a trabalhar no CAPS? Quais foram as principais dificuldades que você encontrou?
- 2 – Como foi sua familiarização com o campo?
- 3 – Quais foram as implicações da sua formação para o seu trabalho no CAPS? Exemplifique.
- 4 – Quais as necessidades de formação que surgiram quando você entrou neste campo de trabalho?
- 5 – Você procurou formação continuada?  
As atividades da Educação Física no CAPS
- 6 – Para o desenvolvimento do seu trabalho você utilizou alguma obra, autor ou material de referência? Quais?
- 7 – Quais foram as primeiras atividades relacionadas a Educação Física que você desenvolveu no CAPS?
- 8 – Quais são as atividades relacionadas a Educação Física que você desenvolve atualmente? (Se mudou a característica, explicar o motivo)
- 9 – Quais foram as propostas relacionadas com a Educação Física que você planejou e foram executadas?

10 – Quais foram as propostas relacionadas com a Educação Física que você planejou e não deram certo? Por que?

11 – Quais as principais dificuldades que você encontrou na construção e execução das suas propostas?

12 – Como é realizado o planejamento das oficinas que você desenvolve?

13 – Por que a oficina \_\_\_\_\_ foi proposta? (Se houver)

### **As atividades desenvolvidas fora do espaço físico do CAPS**

15 – Quais são as atividades/oficinas de esporte ou outras práticas corporais que acontecem fora do espaço físico do CAPS?

15.1 – Onde elas ocorrem?

15.2 – Com qual frequência ocorrem?

15.3 – Já existiram outras?

15.4 – Quais instituições são parceiras atualmente nessa prática e quais já foram parceiras?

15.5 – Existem outras atividades que ocorrem fora do espaço físico do CAPS, além das vinculadas ao esporte ou outras práticas corporais?

15.6 – Como você avalia essas atividades realizadas fora do espaço físico do CAPS?

16 – Há vínculos com projetos no âmbito do esporte e lazer ligados à outras Secretarias? Quais projetos e quais Secretarias?

### **Relações interpessoais e trabalho interdisciplinar**

17 – Como é a sua relação com os outros profissionais do CAPS?

18 – Como ocorre o trabalho em equipe no CAPS?

19 – Como você avalia a interdisciplinaridade no CAPS?

20 – De que forma você tem se inserido no trabalho interdisciplinar?

21 – Com quais profissionais você estabelece mais parcerias? Por que?

22 – Com quais profissionais você estabelece menos parceria? Por que?

### **Relações com os usuários e o atendimento às suas necessidades**

22 – Como é a sua relação com os usuários do CAPS?

23 – Como são identificadas as necessidades dos usuários? E como interfere no planejamento das oficinas?

24 – Durante suas intervenções, quais dificuldades você encontra para atender essas necessidades dos usuários?

### **A Especificidade da Educação Física no CAPS**

25 – Fale sobre o objetivo da Educação Física no CAPS

26 – Analisando a Educação Física com outra área de conhecimento e intervenção: Quais as especificidades da Educação Física que são contempladas em seu trabalho?

27 – Como a sua intervenção contempla os princípios do CAPS e da Reforma psiquiátrica?

28 – Fale sobre a presença das dimensões terapêuticas e pedagógicas em seu trabalho.

29 – O seu trabalho é terapêutico ou é pedagógico? Por quê?

30 – Quais são os desafios para a Educação Física neste campo de atuação?

31 – Outros comentários que considerar importante.