

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

GABRIELA LINHARES DALTIO

**AS PRÁTICAS CORPORAIS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UM
CAPS II NA CIDADE DE SERRA/ES**

VITÓRIA/ES

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

A ficha de identificação é elaborada pelo próprio autor

Maiores informações em:

<http://portalbu.ufsc.br/ficha>

GABRIELA LINHARES DALTIO

**AS PRÁTICAS CORPORAIS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL
EM UM CAPS II NA CIDADE DE SERRA/ES.**

Projeto de pesquisa de mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Educação Física do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Física, na área de concentração Educação Física, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof.^o Dr. Ivan Marcelo Gomes

VITÓRIA

2018

GABRIELA LINHARES DALTIO

**AS PRÁTICAS CORPORAIS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UM
CAPS II NA CIDADE DE SERRA/ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção de Mestre em Educação Física na área de concentração Educação Física, Sociedade e Saúde.

Aprovada em 18 de maio de 2018

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Ivan Marcelo Gomes
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador

Prof^o. Dr. José Geraldo Damico
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a Liana Abrão Romera
Universidade Federal do Espírito Santo

Dedico a José Antônio Daltio e Felicíssima Linhares Daltio, meus pais, que sempre me fortaleceram.

AGRADECIMENTOS

Colocar em palavras os agradecimentos que sinto coerente fazer talvez seja uma tarefa mais difícil do que escrever a própria dissertação. Embora não ignorando a complexidade de se realizar uma pesquisa como esta, é preciso afirmar que, sem algumas pessoas, todo este processo teria sido muito mais difícil.

Preciso começar agradecendo a quem também dedico esta dissertação, minha fonte de afeto, como podemos dizemos em *clichê*, meu porto seguro: papai e mamãe. Tive a sorte, a alegria, o prazer de ter tido deles nessa trajetória tanto apoio e compreensão.

A minha mãe Felicíssima - sim, feliz até no nome! –, com sua força de viver e com muita alegria, sempre me acompanhou desde os momentos fáceis aos mais árduos, e sua palavra amiga, na dificuldade de se encontrar na escrita, se transformaram em energia para potencializar todo o processo. Não tenham dúvidas, este trabalho teve, com certeza, como referência suas reflexões sobre a vida.

Ao seu José Antônio, meu pai. Mais que uma fonte de apoio, ele foi para mim a maior inspiração: por sua história de vida, pelas batalhas que venceu e pelo amor de viver, quando, aos 77 anos, alguns já diriam que tudo acabou.

O meu muito obrigada também vai para meus irmãos (Fabiola, Fábio e Graziela), e a meus sobrinhos (Guilherme, Maria Luiza e Carolina), que me entenderam e a apoiaram, mesmo nos momentos de ausência para me dedicar ao mestrado. Agradeço a estes sobrinhos porque, com sua energia de criança, cheia de carinho e amor, me recarregaram e me ajudaram a não desistir.

Agradeço a todos os meus amigos, que - mesmo quando eu tinha que estudar, estudar, estudar e escrever - ficavam me convidando para festas, passeios, viagens e boas risadas. A eles devo dizer que o que fizeram foi

essencial para meu bom funcionamento no processo de escrita. Amigos, VALEU!

A meu mestre de capoeira, Fábio Luiz Loureiro, agradeço pela cumplicidade, apoio e paciência, quando precisei me afastar da capoeira para que pudesse me dedicar com mais afinco à finalização deste trabalho.

Sem a equipe (trabalhadores e gestores do SUS) e os usuários da Rede de Atenção Psicossocial, nem minhas ideias, nem minha força de vontade para me dedicar a um tema tão complexo teria sido possível. Por serem minha fonte de inspiração de um mundo mais justo e equânime, a todos eu agradeço.

Agradeço também ao meu orientador, prof. dr. Ivan Gomes Marcelo, e ao aluno de doutorado, Leonardo, por me acompanharem com muita sabedoria e paciência em minha trajetória rumo ao mestrado.

Por diversas vezes pensei em desistir, mas houve algo maior que me segurou e me levou a caminhar cada vez mais longe. Terminei um ciclo, mas a luta, infelizmente, ainda não acabou. Os agradecimentos são mais que meras palavras; permeiam a vida e direcionam uma luta por uma sociedade sem manicômios.

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade”

(Nise da Silveira).

RESUMO

No Brasil, pensar o cuidado em saúde mental é vivenciar no ato do trabalho questões que atravessam as políticas de Saúde e de Saúde Mental. Partindo do histórico da luta pela Reforma Psiquiátrica, serviços substitutivos aos manicômios, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) entraram em cena com vistas a garantir que o tratamento de pessoas com transtorno mental fosse permeado por diversas áreas do conhecimento. Para ampliar a discussão sobre a atuação profissional da Educação Física nos Caps, me aproximo de pistas e problematizações do próprio cotidiano. O objetivo dessa dissertação é analisar como foram organizadas e constituídas as práticas corporais no cuidado de usuários do Caps Mestre Álvaro do Município da Serra/ES, tendo como base os conceitos de autonomia e empoderamento presentes nas Políticas de Promoção da Saúde e de Saúde Mental. O conceito de autonomia visa potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades dos sujeitos para escolhas conscientes sobre suas ações e trajetórias e o de empoderamento se apresenta como um processo de estimular os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequado às suas condições sócio-econômico-culturais. Para tal pesquisa vali-me de pistas do método da cartografia para acompanhar a rotina do Caps e trazer para discussão acontecimentos referentes ao cotidiano da Educação Física. Para registro desse cotidiano, produzi diários de campo. Ao revisitá-los construí duas categorias para análise: “A Interação com a comunidade” e “Práticas Corporais no CAPS Mestre Álvaro?”. A primeira teve como problematização os encontros que a Educação Física proporcionou com a sociedade e suas reverberações (potencialidades e tensionamentos). Na segunda é aflorada a discussão relativa ao papel do professor de Educação Física poder ir além da prática do movimentar em si, mas que também está permeada de imprevisibilidade. Os conceitos utilizados, se mostraram necessários e, sua efetivação no mundo do trabalho e no espaço de vida/tratamento desses indivíduos aconteceram e podem ainda acontecer em meio a tensões, disputas, contradições.

Palavras-chave: Descritores: Educação Física. Saúde Mental. Autonomia. Empoderamento. SUS.

ABSTRACT

In Brazil, thinking about mental health care is experiencing issues that cross health and mental health policies in the workplace. Starting from the history of the struggle for Psychiatric Reform, substitution services to asylums, such as the Psychosocial Care Centers (CAPs), came on the scene to ensure that the treatment of people with mental disorders was permeated by several areas of knowledge. In order to broaden the discussion about the professional performance of Physical Education in Caps, I approach clues and problematizations of daily life. The objective of this dissertation is to analyze how corporal practices were organized and constituted in the care of users of Caps Mestre Álvaro of the Municipality of Serra / ES, based on the concepts of autonomy and empowerment present in Health Promotion and Mental Health Policies. The concept of autonomy aims at the potentialities and the development of the subjects' capacities for conscious choices about their actions and trajectories and that of empowerment presents itself as a process of stimulating subjects and collectives to acquire control of decisions and choices of adequate ways of life to their socio-economic-cultural conditions. For this research I used clues of the method of cartography to follow the routine of Caps and bring to the discussion events related to the daily life of Physical Education. To record this routine, I produce field diaries. When revisiting them I constructed two categories for analysis: "The Interaction with the community" and "Body Practices in the CAPS Mestre Álvaro?". The first one had as problematization the meetings that Physical Education provided with society and its reverberations (potentialities and tensions). In the second, the discussion about the role of the Physical Education teacher is able to go beyond the practice of movement itself, but also permeated by unpredictability. The concepts used were shown to be necessary, and their effectiveness in the world of work and in the living space / treatment of these individuals happened and can still happen amid tensions, disputes, contradictions.

Keywords: Physical Education, Mental Health, Autonomy, Empowerment, SUS, Health Political.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Mapa do Bairro Barcelona, Serra/ES	61
-----------------------------------------------------	----

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
APA	Área de Proteção Ambiental
PMS	Prefeitura Municipal da Serra
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de ética em pesquisa com seres humanos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ES	Espírito Santo
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
GM	Gabinete do Ministro
MS	Ministério da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PPGPSI/UFES	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo
PPGEF/UFES	Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Espírito Santo
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHS	Política Nacional de Humanização do SUS
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviço de Saúde de Urgência e Emergência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SESA	Secretaria de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SM	Saúde Mental
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	APRESENTAÇÃO DE UMA TRAJETÓRIA	15
1.2	MEU RELATO PESSOAL SOBRE O SUS	16
1.3	APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA.....	17
2	A CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO DE SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA PARA O CENÁRIO DA SAÚDE MENTAL	21
2.1	A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA (RSB) E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	22
2.2	A RELAÇÃO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA (RP)	30
2.3	BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL NO ESPÍRITO SANTO.....	37
2.4	A ORGANIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL E A INSERÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA	40
2.5	ABRINDO A PORTA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: A <i>DESINSTITUCIONALIZAÇÃO</i> E O NOVO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	47
2.6	CONCEITOS DE AUTONOMIA E EMPODERAMENTO NA SAÚDE MENTAL	53
2.7	A INSERÇÃO DE OUTRAS ÁREAS DO CONHECIMENTO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	56
3	COMO ENTÃO PENSAR A EDUCAÇÃO FÍSICA NOS CAPS?.....	60
3.1	O CENÁRIO: CAPS MESTRE ÁLVARO.....	60
3.2	O ENREDO: A EDUCAÇÃO FÍSICA NO/DO CAPS MESTRE ÁLVARO.....	67
3.3	A ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA.....	73
4	CONSTRUINDO UMA EDUCAÇÃO FÍSICA NO/DO CAPS	77
4.1	INTERAÇÃO COM A COMUNIDADE.....	78
4.2	PRÁTICAS CORPORAIS NO CAPS MESTRE ÁLVARO?	89
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
	REFERÊNCIAS	106

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DE UMA TRAJETÓRIA

Em março de 2014, recebi a ligação de uma funcionária do Serviço de Recursos Humanos da prefeitura de Serra/MS, perguntando se eu continuava interessada em me tornar servidora pública nesse município¹. Pensei duas, três vezes, e então organizei a papelada e dei entrada ao processo de posse. Não podendo conciliar a nova atividade com o antigo serviço, preferi apostar no serviço público, já que nesse eu estaria no quadro de estatutária e teria mais estabilidade financeira; era preferível também por confiar em nova jornada profissional, pois eu estava extremamente desmotivada no serviço anterior. Em abril de 2014, papelada entregue, posse realizada, já estava pronta para assumir o cargo de professora de educação física no município de Serra, em um trabalho pela Secretaria de Saúde. Eu, contudo, jamais poderia imaginar o que me aguardava em meu novo local de trabalho.

Com o endereço em mãos e algumas dicas de como chegar de ônibus, fui para o meu novo local de trabalho, o Caps II² Mestre Álvaro, localizado no bairro Barcelona/Serra. Entrei pela única (e pequena porta) e logo estranhei o local, já que nem de longe poderia supor que ali se praticavam atividades físicas/exercícios físicos³. Eu nunca havia ouvido falar a respeito do que fosse um centro de atendimento psicossocial; mas fui entendendo pouco a pouco pela fala da gerente, enquanto ela me apresentava o espaço. Realmente, sua explicação me deixou extremamente surpresa, pois eu não sabia o que fazia um centro de atendimento psicossocial (Caps). A partir daquele dia, eu teria que desenvolver atividades na área de educação física naquele local, e a grande pergunta era: o que eu vou fazer?

¹ Realizei concurso público para a Prefeitura Municipal da Serra pela Secretaria de Administração, para vaga na Secretaria de Saúde, em 2011, e fui aprovada.

² Centro de Atenção Psicossocial II - Serviço de Atenção Psicossocial, para cuidado de pessoas portadoras de transtorno mental grave e persistente e grande sofrimento psíquico, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes - Regulamentado a partir da Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

³ Eu acreditava que um centro de atenção psicossocial seria um local onde pessoas com problemas econômicos e sociais, não necessariamente com transtorno mental, faziam algum acompanhamento e que, no local, se davam aulas coletivas como, por exemplo, de ginástica, alongamento, limitando-se a isso a participação da Educação Física.

A partir daí, comecei a estudar sobre o que fosse/fizesse um Caps, do que se tratava, de quem tratava e quais seriam as possibilidades da educação física nesse serviço. Procurei o profissional que me havia precedido; além dele, procurei por outro no Caps ad⁴ do mesmo município; pela internet, procurei por outras pessoas que trabalhavam ou haviam trabalhado nesse tipo de serviço; acessei bancos de dados de artigos científicos; procurei por grupos e profissionais em redes sociais; fui a seminários, a congressos; fiz leituras; pensei; tentei. Ainda assim, percebi que era necessário explorar e entender mais o cotidiano do professor de educação física em saúde mental, especificamente em Caps, bem como as metodologias e possibilidades no desenvolvimento da atividade nesse centro.

Em conversa com o psicólogo, que à época trabalhava comigo e estava em fase final de mestrado no programa de pós-graduação em Psicologia, na Universidade Federal do Espírito Santo (PPGPSI/UFES), senti-me motivada a construir um projeto e submetê-lo ao processo seletivo do programa de pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGEF/UFES). Conversávamos sobre o cotidiano do mestrado e sobre as possibilidades de melhoria pessoal, profissional e, no campo acadêmico em educação física, sobre o que poderia contribuir, em termos de formação, uma pesquisa sobre a problemática que era, e é, de meu interesse explorar e entender.

Decidi, então, desbravar esse ambiente acadêmico. Com o edital em mãos, iniciei a construção do projeto e organizei minhas tardes livres para estudo do conteúdo da prova do processo seletivo; realizei-o com sucesso e obtive êxito. Realmente, eu estava (e ainda estou) muito determinada a explorar a temática. Foi por razões pessoais e profissionais que pretendi desenvolver esta pesquisa, além de considerar a importância e a necessidade

⁴ Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002.

de maior aporte teórico para a continuação e o desenvolvimento das ideias da Reforma Psiquiátrica (RP)⁵.

Farei, no próximo subtópico, o relato de minha experiência sobre o SUS⁶, já que minha vivência pessoal e profissional nesse sistema de saúde motivou a realização da pesquisa que aqui apresentarei.

1.2 MEU RELATO PESSOAL SOBRE O SUS

Coloco aqui minha experiência sobre saber o que é o SUS. Tenho trinta e poucos anos. Quando nasci, o SUS ainda era, vamos dizer assim, não mais que uma criança. Posso dizer que praticamente crescemos juntos, mas pouco sabia realmente de sua potência e o que viria a ser esse tal sistema de saúde. Sempre tive plano de saúde; sempre que precisei (ainda hoje é assim), utilizei o chamado sistema suplementar de saúde. Ficava doente? Recorria ao plano de saúde. Precisava de uma consulta de rotina? Marcava uma consulta com o médico do plano de saúde. Qualquer coisa que envolvesse saúde, a resposta sempre era: atendimento médico-hospitalar em plano de saúde particular. Talvez a vacinação ocorresse em postos de saúde pública, mas houve oportunidades em que a tomei pelo sistema particular.

Seja por aconselhamentos da mídia, de amigos, família, escola e formação acadêmica, sempre se discutia sobre questões de saúde, como cuidados com alimentação, higiene, prática de atividades físicas e de lazer, para se alcançar uma saúde forte e desejável. Porém, apenas em contato com leituras e pelo trabalho no serviço pude perceber que o SUS seria muito mais do que um sistema gratuito de saúde, tradicionalmente conhecido pelo senso comum por sua *baixa qualidade e pouca resolutividade*, sendo muitas vezes chamado, nesse contexto, de *“coisa para pobre”*.

Comecei a mudar meu olhar quando me dei conta de que, apesar de outros sistemas considerarem várias questões para o cuidado em saúde,

⁵ Movimento que se iniciou por volta da década de 1970/1980 e que tem como intuito discutir os modos de cuidado em saúde mental. No decorrer do texto, apresentarei mais detalhes sobre o assunto.

⁶ Sistema Único de Saúde (SUS) é o atual sistema de saúde pública no Brasil.

percebi que eles não continham em seus projetos uma ideia de atenção integral e integrada como a do SUS, devidamente planejada e instituída e que, além de não se limitar à assistência de pobres, a partir de seus princípios constituía uma organização para atendimento de todo cidadão, propondo-se ser um modo de cuidar dele, ou até mesmo uma proposta de como se cuidar, de maneira ampla, considerando tudo o que exigia o conceito de cidadania, ou seja, o respeito aos direitos a partir da dignidade da pessoa humana, exatamente como explicita a Constituição Federal de 1988. Sou profissional do sistema; ainda o utilizo, ainda que de forma mínima, talvez por costume e comodismo, mas sinto-me satisfeita em saber e em esclarecer que a nossa saúde não é totalmente dominada pelo mercado capitalista. Além disso, existiu e ainda existe luta para tratar de forma mais humana e democrática a demanda do cidadão em sofrimento humano, principalmente em caso de doença ou agravos à saúde e para a sua promoção. Talvez possa dizer que me sinto hoje como um sujeito social comprometido com o avanço dos ideais do SUS.

Anseio por contar, com este meu relato, como são poucas as pessoas que, como eu, realmente sabem das condições favoráveis de acesso ao que dispõe esse sistema público de atendimento. Para melhor discorrer sobre isso, proponho-me a explicar para o que serve e de onde surgiu. Creio que as pessoas, em razão das poucas informações sobre o que realmente seja o SUS e para que serve, ainda guardem em seu imaginário uma ideia rudimentar a respeito desse sistema.

1.3 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

A reforma psiquiátrica, um processo que acontece desde a década de 1970, é um movimento que visa a garantir um tratamento mais humano para pacientes de saúde mental. Ele vem gerando mudanças no cuidado e no olhar para com esse indivíduo, e tem programadas ações para lhe garantir a cidadania e o respeito na terapêutica a ele endereçada. A partir da Lei nº 10.216/01, esse movimento obteve maior espaço e garantiu um aumento no reconhecimento quanto ao tratamento e à atenção às pessoas com intenso

sofrimento psíquico, decorrente de *transtornos mentais graves e persistentes*⁷. Desde então, foram construídas propostas alternativas para substituir as até então empregadas no paradigma manicomial.

Para que estas novas propostas pudessem ser efetivadas, foi instituído um serviço que substituía o modelo hospitalocêntrico⁸, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Neste outro espaço, diferente do modelo centrado nas questões biológicas e fisiológicas (modelo biomédico), novas formas de cuidado obtiveram força adicional para serem intensivamente experimentadas, oportunizadas também pela possibilidade da presença de outros profissionais no atendimento às pessoas com grave sofrimento psíquico, tais como os profissionais da educação física.

Nos Caps, profissionais de diversas áreas, inclusive da educação física, representam a oportunidade de um novo atendimento através de oficinas terapêuticas, que possibilitam a seus usuários um lugar em que podem falar, expressar-se e ser acolhidos (MIRANDA e AZEVEDO, 2011). Considerando o modelo biopsicossocial de atendimento, as oficinas terapêuticas, elemento organizador do cotidiano dos serviços de saúde mental, são consideradas importantes espaços da educação física como dispositivo de intervenção ao tratamento de pessoas com o referido intenso sofrimento psíquico. Este modelo de atendimento refere-se ao:

cuidado no paradigma resultante da reforma sanitária brasileira, denominado paradigma da produção social de saúde ou paradigma biopsicossocial, que busca superar o paradigma curativista ou biomédico, se refletindo em transformações no conceito de saúde, na compreensão sobre o processo saúde-doença, na organização do sistema brasileiro de saúde pública e nas práticas profissionais em saúde (PEREIRA *et al.* 2011, p. 523).

Apresento, a seguir, de maneira sintética, as principais características do local no qual atuei profissionalmente e que foi cenário principal desta pesquisa: o Caps Mestre Álvaro. Em junho de 2009, o Caps foi implementado no bairro

⁷ Esse grupo compreende os transtornos psicóticos, que inclui a esquizofrenia, o transtorno esquizoafetivo e também psicoses afetivas e atípicas. Esse termo está associado à duração do problema, o grau de sofrimento emocional e as interferências no cotidiano e nas relações interpessoais do indivíduo (Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar, 2008).

⁸ Modelo centrado na internação e no atendimento em hospitais gerais.

Barcelona (município de Serra/ES), para atendimento da população sob o modelo que substituía as internações em manicômios. Suas atividades contemplam diversos tipos de atendimento, desde o médico individual, até oficinas terapêuticas em grupo, manejadas por servidores de diferentes profissões. A equipe multidisciplinar é formada por uma gerente, assistentes sociais, enfermeiras e técnicas em enfermagem, psicólogas, médicas em clínica geral e psiquiatria, professoras de artes, música, educação física, auxiliares administrativos e de serviços gerais, além de um vigia patrimonial. Durante os anos letivos de 2016 e 2017, estagiários das áreas da enfermagem, serviço social e psicologia acompanharam as atividades do Caps Mestre Álvaro.

O prédio que abriga o centro foi construído para atender a uma escola de ensino fundamental; suas instalações, portanto, são próprias de uma escola (com divisão das salas, recepção, banheiros, tipo de pintura na parede, etc.). Além disso, o espaço é utilizado para mais duas atividades da prefeitura, que são: a garagem do Serviço de Saúde de Urgência e Emergência (Samu) e o Arquivo Morto da prefeitura.

As atividades desenvolvidas dividem-se em categorias: há as de ordem individual, como atendimento em consulta médica; as de atendimento psicológico ou social individual; as de atendimento familiar multiprofissional. Há também atividades para atendimento em grupo, denominadas oficinas terapêuticas, cuja característica é serem atividades de fala e conversa. Alguns exemplos desse tipo de oficina: a *Oficina de Saúde, o Grupo de Apoio, Oficina de Cidadania, Oficina Sala dos Contos e Grupo da Gestão Autônoma da medicação (GAM)*. Outros tipos de oficinas terapêuticas ofertadas nesse serviço são de caráter cultural/expressivo e de lazer, tais como *Oficina de Música, Oficina de Bingo, Oficina de Passeio, Oficina de Artes Manuais, Oficina de Atividades Artísticas, Oficina de Clipes Musicais e Oficina de Práticas Corporais*. No item metodologia, explicarei com mais detalhes cada uma delas. Além dessas, realizam-se periodicamente reuniões para discutir casos e processos de trabalho entre equipes de saúde mental do município e a própria equipe do Caps Mestre Álvaro.

A Política Nacional de Promoção a Saúde (BRASIL, 2014) e a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001) contemplam, em seus textos, o direcionamento do cuidado baseado nos princípios do SUS, sob uma perspectiva ampliada de saúde⁹. Este novo olhar insere nos textos os conceitos de autonomia¹⁰ e empoderamento¹¹, considerados importantes para se debater estratégias no campo da saúde mental. São, assim, considerados dispositivo do cuidado integral, de resgate da cidadania, de busca pela autoestima, aumentando “o poder contratual e o autocuidado, tendo como pilar o projeto de vida de cada usuário do CAPS” (JORGE *et al.*, 2011, p. 3.058). Em todas as oficinas apresentadas, portanto, e para o presente estudo em particular, destaco as da educação física, por considerar essencial para o cotidiano do serviço de saúde mental vivenciar esses conceitos.

Em consonância com um modelo que valoriza as relações sociais e que compreende que a saúde também está atrelada a dimensões socioeconômicas e culturais, alguns professores de educação física propõem, em suas oficinas terapêuticas, atividades de *práticas corporais*¹², com conceito diferenciado, que desvincula a discussão e a intervenção centrada na *atividade física*. Tal conceito considera a manifestação da cultura corporal - dança, luta, jogo, esporte, dentre outros - como eixo principal da educação física (SOARES *et al.*, 1992).

Dessa forma, pode-se trabalhar a educação física considerando aspectos sociais, culturais e socioeconômicos nas atividades, o que permite um olhar mais amplo sobre o processo de saúde do usuário. Este modo de se vivenciar a educação física na saúde mental poderia oportunizar vivenciar os

⁹ Cuidado em saúde: Baseado no Conceito Ampliado de Saúde/Clinica Ampliada, que redireciona o processo de adoecimento descentralizando ações sobre doença e reorganiza essas ações centralizando as questões sobre o sujeito. Sendo assim, teria um direcionamento a se considerar, ou seja, as dimensões subjetivas e sociais com relação ao processo doença-saúde (MENDES; CARVALHO, 2016).

¹⁰ A aludida autonomia “[...] se refere à identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias” (BRASIL, 2014, p. 27).

¹¹ O empoderamento refere-se “ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequado às suas condições sócio-econômico-culturais” (BRASIL, 2014, p. 27).

¹² A partir dos ideais da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2014), consideramos práticas corporais como atividades que dão sentido ao praticante, pois, nessa perspectiva, podem ser um espaço de convívio e sociabilidade e de promoção da recuperação familiar e social.

conceitos de empoderamento e autonomia presentes nos textos que direcionam o cuidado nesse âmbito. Pensando nesse direcionamento, e a partir do entendimento da possibilidade de adequar a aproximação à temática da *cultura corporal* na educação física em saúde mental, optei por apostar em tentar ofertar oficinas de práticas corporais no Caps Mestre Álvaro.

A recente apropriação oficial¹³ pela educação física do cuidado em saúde mental, especialmente das pessoas com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, ainda necessita de uma maior base de aporte teórico, dada a escassez de trabalhos sobre o tema (LEONIDIO *et al.*, 2014; FURTADO *et al.*, 2015). Uma melhor compressão e entendimento das práticas corporais como parte efetiva do tratamento e cuidado em saúde mental é de extrema importância, já que é pouca a gama de estudos sobre o assunto, alidada à crescente participação de tais profissionais nesse campo da saúde coletiva (SANTOS *et al.*, 2014).

Considerando a presença da atividade de práticas corporais, como oficinas terapêuticas no tratamento em saúde mental, inclusive no referido centro, e que o desenvolvimento dessa atividade ainda necessita de mais estudos, propus-me como objetivo, nesse projeto, analisar como foram organizadas e constituídas tais práticas no tratamento e no cuidado de pessoas em intenso sofrimento psíquico, usuários do Caps II Mestre Álvaro, do município de Serra/ES, tendo como base os conceitos de autonomia e empoderamento presentes nas políticas de saúde e de saúde mental.

¹³ Oficialmente, a partir da portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, o professor de educação física passa a ser considerado “outro profissional necessário ao projeto terapêutico”.

2 A CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO DE SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA PARA O CENÁRIO DA SAÚDE MENTAL

Dedico este capítulo a contextualizar historicamente e a problematizar a questão do conceito de saúde que rege atualmente o modelo biopsicossocial, pois foi o que deu base para se pensar um novo cuidado em saúde.

Esta seção está dividida em seis subtópicos. O primeiro, intitulado “A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e o Sistema Único de Saúde (SUS)”, nos ajuda a pensar a luta pela democratização da saúde a partir de um conceito diferenciado do modelo biomédico. O segundo subtópico relaciona a importância da Reforma Sanitária Brasileira para as modificações alcançadas com a Reforma Psiquiátrica; seu título é “A relação da Reforma Sanitária Brasileira e a Reforma Psiquiátrica”. O terceiro subtópico, intitulado “A Organização das Políticas Públicas de Saúde Mental e a inserção da Educação Física nesse âmbito”, pode nos ajudar a contextualizar o aparato que atualmente sustenta o modo de direcionar o cuidado. Para discutir sobre a *desinstitucionalização*, elemento fundamental da reforma psiquiátrica, elaboramos o quarto subtópico, intitulado “Abrindo a porta da Reforma Psiquiátrica: a *desinstitucionalização* e o novo modelo de cuidado em Saúde Mental”. Para iniciar a discussão dos conceitos de *empoderamento* e *autonomia* em saúde mental, o quinto tópico, de mesmo nome, será trabalhado. Já no sexto subtópico, encontraremos a discussão acerca da diversificação das áreas do conhecimento para se tratar de saúde mental. O título desse subtópico é “A inserção de outras áreas do conhecimento no cuidado em Saúde Mental”.

2.1 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA (RSB) E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A organização sanitária no Brasil, antes do surgimento do SUS, contemplava ações imediatistas que privilegiavam a doença e seus percalços em detrimento de outros fatores eventualmente envolvidos no processo de sofrimento da relação doença/saúde dos cidadãos (PAIM, 2015). Estes modos de se pensar a saúde refletiam o processo de cuidado em saúde mental. Tal situação se foi modificando com o passar do tempo, pois, pouco a pouco, foram acontecendo atuações, tanto na esfera política quanto de parte dos movimentos sociais, que ponderavam os fatores sociais como relacionados a condições de saúde da população. Dessa maneira, outras ações puderam ser vivenciadas no País, provocando mudanças na forma de lidar com a questão da saúde pública.

O que se tem atualmente como sistema de saúde, especialmente o sistema público, é o resultado de um processo, até hoje ainda vivo, de mudanças importantes em organização sanitária, que tem como intuito construir um sistema que responda aos anseios e particularidades da população brasileira. Podemos levar em consideração, também, que o sistema de saúde que vive o País, seu processo de formação e implementação, tem total relevância para se pensar o conceito e os modos de cuidado em saúde de um povo.

Até a implementação do SUS, passaram-se oitenta anos de debates, embates, lutas e mudanças dentro da discussão de políticas sociais no Brasil. Lourenço (2004), citado por Sarreta (2009), destaca que o sistema de saúde no Brasil, no início do século XX, era marcado por uma organização e estrutura que dava ênfase à imposição de medidas baseadas apenas em um saber/conhecimento. Nessa época, surgia a assistência psiquiátrica no Brasil, pautada em uma ação saneadora, num processo de cuidado dentro de hospícios, que gerava apenas exclusão social. Nessa mesma época, também foi “criada, sob a administração pública, a Assistência Médico-Legal aos

Alienados, de caráter predominantemente asilar” (BORGES, BAPTISTA, 2008, p. 456).

É possível observar, entre a sociedade civil e o Estado, uma expansão fragmentada e seletiva das políticas sociais que perduraram até 1964. Nesse contexto, Sarreta destaca:

No Brasil, as estratégias regulacionistas e desenvolvimentistas foram implementadas por uma elite conservadora, na burocracia estatal, de cima para baixo, e sem a participação da cidadania e das classes trabalhadoras (2009, p. 136).

Em relação ao cuidado em saúde mental, a estrutura sanitária do Brasil, entre os anos de 1889 a 1934, era marcada pelo isolamento e a repressão (terapêuticas desumanas). Um importante ponto de reflexão e discussão na área da saúde, em especial na SM, é, até hoje, a forma de tratamento da pessoa com transtorno mental, em particular dos estigmas a que a sociedade submetia, nas diversas épocas, os sujeitos afetados por tais transtornos. .

Canabrava *et al.* (2010) expõem, em seu texto, os modos de organização, tratamento e política nessa área, com destaque para a época do Brasil Imperial:

As modalidades de tratamento direcionadas ao portador de transtorno mental não tinham caráter curativo, mas de proteção social. O alienado deveria ficar confinado, afastado de qualquer contato social e nem mesmo cartas ou bilhetes externos poderiam chegar às suas mãos (CANABRAVA *et al.*, 2010, p.173)

Já no período do Brasil República, Canabrava *et al.* (2010) explicam que o cuidado deixava de ter caráter de proteção social e passava a ser preconizado como ação médica psiquiátrica. Criavam-se as colônias para superar o problema da superlotação dos hospícios, com ideia de tratamento e cura pelo trabalho na lavoura. Os autores, de alguma forma, denunciavam:

Este aparato legal preconizava a existência de aparelhos de ginástica, biblioteca, diferentes jogos e instrumentos de música para a recreação dos internos; contudo, àquele que não obedecesse às atividades destinadas ou que estivesse atrapalhando o bom funcionamento da instituição, deveriam ser aplicados meios coercitivos, entre eles, o uso da camisa de força e a retirada do momento de recreação (CANABRAVA *et al.*, 2010, p. 174).

Apesar de nesses hospícios se praticarem atividades destinadas a pessoas portadoras de transtorno mental, de fato não o faziam e pareciam destinadas apenas a fazer passar o tempo, pois não pareciam nem organizadas nem obedecer a qualquer propósito. Além disso, aparentavam mais uma forma de punir aquele que não se encaixasse nas regras então estabelecidas.

Vale destacar que nessa época todas as ações legislativas tinham pretensões administrativas e pouco, ou quase nada, faziam alusão a direitos, nem davam atenção à percepção da pessoa com transtorno mental e ao devido tratamento, que nada mais seria do que tomar conhecimento de seus direitos. O que orientava as ações em estratégias de saúde eram interesses estritamente econômicos, não sendo pensadas e organizadas para a melhoria da vida do cidadão. Não havia, nesse contexto, preocupação em realizar planos e ações de trabalho em saúde que considerassem os interesses da população em geral, mas apenas os da elite econômica e política (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Paim (2015, p. 23) ressalta que, “como o direito à saúde não estava vinculado à condição de saúde, os indivíduos eram responsáveis por resolver seus problemas de doença e acidentes, bem como de seus familiares”. O acesso, conclua-se, restringia-se a certos indivíduos, pois apenas em determinadas condições era possível ter acesso aos serviços de saúde.

O até então sistema de saúde brasileiro, muitas vezes descrito por Paim (2015) como um *não sistema* (grifos do autor), tendia a uma enorme crise, já que sua forma se mostrava falida e injusta. De acordo com o mesmo autor (2015, p. 24), um estudo realizado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), depois censurado pela ditadura militar, descrevia o sistema da época, por volta da década de 1970, como “insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente, ineficaz”, além de “autoritário, centralizado, corrupto e injusto”. Paiva e Teixeira (2014) também destacam a ineficiência e a ineficácia do antigo sistema de saúde brasileiro. De acordo com estes autores, uma grande problemática, que nessa época consistia em não haver uma coordenação e sintonia entre a formação de recursos humanos e as necessidades epidemiológicas e de atenção à população brasileira, o que se

refletia negativamente no funcionamento e na organização dos serviços sanitários oferecidos.

Entre as décadas de 1970 e 1980, com a nova onda sindicalista e com a discussão e luta por um Estado democrático, Fleury (2009) destaca terem sido fomentadas e deslocadas forças para um movimento social que ganhou destaque, denominado Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Frente a um contexto de crise econômico-política no Brasil, diversas instituições acadêmicas e científicas, além de uma parcela da população composta por estudantes, segmentos populares, pesquisadores e profissionais da saúde, formaram um movimento social que defendia a democratização da saúde e a reestruturação do sistema no País. Tal movimento foi importantíssimo para enfrentar os problemas encarados na questão da saúde, que se confundia “com o próprio processo de luta contra a ditadura e abertura democrática” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 16). Nunes (2008) mostra que no período de 1974 a 1979, com o aumento das pesquisas acadêmicas sobre os determinantes econômicos das doenças e do sistema de saúde no Brasil, se consolidou a construção de um arcabouço teórico-conceitual que deu base a propostas para alternativas ao sistema de saúde vigente até aquele momento.

O período de 1970 a 1980, quando se realizaram a VII (1979) e a VIII (1986) Conferência Nacional de Saúde, é compreendido por Nunes (2008) como um momento de reforma “político-ideológica”, já que tais encontros registraram momentos importantíssimos de discussão acerca da saúde e fortaleceram as ideias da reforma da saúde pública. Concomitantemente, a época da RSB e o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), também influenciado por tal reforma, ganhavam destaque no cenário nacional, pois abriam a porta à discussão relacionada ao modo de cuidado em saúde mental, com críticas voltadas especificamente ao modelo hospitalocêntrico. Estes movimentos foram importantes para a discussão e as críticas sobre as “más condições de trabalho e de tratamento e à privatização da assistência psiquiátrica” (BORGES; BAPTISTA, 2008, p. 456). Também ofereceram a oportunidade para a discussão e a implementação do cuidado em saúde mental no aparelho público.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, principalmente por volta da década de 1980, teve ideias que se opõem à regulação da saúde pelo mercado e, em contraponto a essa regulação, defendia a saúde pública e estatal (SILVA, 2014). Este movimento foi importante para os próximos acontecimentos sobre a saúde no Brasil, pois, a partir dele, ideias e propostas foram feitas para reformular a questão da saúde na Constituição brasileira de 1988. Dentro do contexto dessas ideias de reforma sanitária, foram criados, em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), organizações extremamente importantes para a discussão e a formação de um ideário de sistema de saúde contrário ao regime autoritário do governo militar, que serviu para se pensar um sistema de saúde que se propunha eficiente e democrático (PAIVA & TEIXEIRA, 2014; PAIM, 2008). O Cebes e a Abrasco, de acordo com estes autores:

[...] defenderam a participação social; no lugar de políticas de controle das doenças, notadamente transmissíveis, a promoção da saúde e a melhoria da qualidade geral de vida; no lugar de um setor dividido entre saúde pública e medicina previdenciária, um sistema unificado e universal (2014, p. 22).

Borges e Baptista (2008) destacam ter-se celebrado uma aliança entre Cebes e MTSM, no sentido de fomentar discussões técnicas e científicas que propiciassem uma atenção, com respectivas ações políticas, para o fortalecimento do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Entre os anos de 1987 e 1990, Nunes (2008) destaca o período como “político-institucional”, pois houve institucionalizações importantes para o movimento de RSB, tais como a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds)¹⁴, a criação da Constituição de 1988, com as necessárias alterações no setor, além da promulgação das Leis Orgânicas da Saúde n° 8.080¹⁵ e 8.142¹⁶, em 1990. No ano de 1987, com a Assembleia Nacional Constituinte, houve um reordenamento das políticas sociais como um todo, que consideravam a demanda da sociedade por aumento da inclusão e

¹⁴ Criado em 1987, por esse modelo ter ideais contidos no SUS, pode ser considerado como seu precursor.

¹⁵ Lei que cria e programa o SUS.

¹⁶ Lei de criação do conselho Nacional de Saúde, que regula e fiscaliza as ações no SUS.

equidade nas políticas sociais; em consequência, os direitos sociais passaram a ser considerados como parte da cidadania. Em 1988, a nova Constituição foi responsável pela transformação do padrão social brasileiro, inserindo o conceito de seguridade social. De acordo com Paim (2015) e Souza & Teixeira (2010), na VIII Conferência Nacional de Saúde foram debatidos textos e argumentos contidos em diversos estudos e proposições da RSB. Foi a partir dessa discussão que resultou o texto base do capítulo da Constituição de 1988 intitulado “Saúde” (BRASIL, 1988), que, posteriormente, se desdobrou nas leis orgânicas da saúde (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90). Essa conferência, espaço de debate e luta, segundo Souza e Teixeira (2010, p. 511), pode “ser considerada como o marco inicial da Reforma Sanitária Brasileira”, além de os autores destacarem que as discussões levantadas no momento expuseram a questão da ampliação do conceito de saúde e de um novo sistema de saúde no Brasil, questões fundamentais para se pensar a reforma psiquiátrica.

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 indica que “*a saúde é direito de todos e dever do Estado*”. A partir de então, passou a ser considerada direito social (PAIM, 2015; TEIXEIRA; PAIVA, 2014). Desde o momento em que a saúde passou a constituir direito de todo cidadão, impôs-se sua garantia como forte componente da reforma do Estado e da reestruturação da política, pois foi através dela que se estabeleceram mecanismos mais solidários e redistributivos. Fleury assinala:

O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela universalidade na cobertura, pelo reconhecimento dos direitos sociais, pela afirmação do dever do Estado, pela subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública, das ações e serviços nestas áreas, por uma perspectiva publicista de cogestão governo/sociedade, um arranjo organizacional descentralizado (2009, p. 745).

A Reforma Sanitária Brasileira tenta dar conta de um modo de lidar com saúde de forma mais acolhedora. Portanto, de acordo com Paiva:

[Essa reforma trabalha com] a defesa da reforma psiquiátrica, por ela ser imbuída dos ideais de uma sociedade realmente igualitária e humana, primando pela reinserção social dos excluídos, como são os loucos, baseando-se nos princípios de liberdade, igualdade e fraternidade. Enfim, por uma sociedade livre da opressão, preconceito e ignorância (2003 apud ALVARENGA e DIMENSTEIN, 2006, p. 302).

Este novo sistema de saúde se deu a partir de um movimento que clamava por uma reforma sanitária, segundo o qual a saúde passaria a ser dever do Estado e direito do cidadão. Com isso, alguns princípios, tais como os de universalidade, integralidade e equidade (SOUZA; COSTA, 2010), regeram essa instância e tornaram-se parte central da ideia de consolidação da consideração de uma saúde ampliada e de qualidade para todos. Esta nova maneira de se pensar a saúde tem por base a presença das ciências sociais e humanas na discussão sobre o tema, ao introduzir uma nova perspectiva sobre as doenças e a maneira de lidar com elas e delas tratar:

[São] consideradas como fundamentais para a compreensão dos processos de vida, do trabalho, do adoecimento e da morte, assim como dos cuidados aos doentes e pacientes e das relações profissionais (NUNES, 2008, p. 30).

Esta mudança de olhar sobre a saúde tende a alterar as práticas usuais (MATTOS, 2009), mudando, além dos conceitos, também o exercício cotidiano do trabalho nesse âmbito.

As diretrizes que organizam o funcionamento desse sistema são: a *descentralização*, que, para promover melhorias na situação de saúde da população, busca envolver todas as esferas do governo; o *atendimento integral*, que tem como prioridade as atividades preventivas e o olhar sobre o cidadão como integrante da comunidade, e dela indivisível; a *participação da comunidade*, pela qual são oportunizados espaços representativos e de participação efetiva na constituição dos processos de cuidado em saúde no SUS (SOUZA; COSTA, 2010).

O processo de formação do SUS foi gradual; contou com medidas para integração das ações e a unificação de seus serviços, em âmbito federal, estadual e municipal. O modelo que precedeu o do SUS, de assistência médico-hospitalar, não contemplava um conceito de saúde ampliado e contava com a administração da saúde do cidadão como uma questão individual, diferente deste novo olhar, que contempla o indivíduo como um ser rodeado e norteado por subjetividades e cujo processo de vida atinge outras esferas do poder público, como as da assistência social, da escola e do lazer, formando, assim, uma rede complexa de cuidados, não mais centrada no modelo.

paciente-doença, mas considerando todo o contexto em que o indivíduo, e com ele sua família e a comunidade, convivem (PAIM, 2015; SOUZA; COSTA, 2010).

Segundo Gadelha (2012), o SUS é regido por princípios e diretrizes condizentes com a reforma sanitária brasileira, sendo um sistema público de atendimento e assistência gratuita a todo cidadão. O SUS é um sistema que contempla o conceito de saúde de forma ampliada, tendo sido construído e implementado após muita luta e discussão acerca da saúde pelo Movimento da RSB. Vale destacar:

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

Conjuntamente à concepção do SUS, criou-se o Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹⁷, instituído pela Lei Federal nº 8.142/1990. Trata-se de um órgão representativo de usuários, gestores e trabalhadores de saúde. Seu intuito é acompanhar as políticas públicas de saúde e fomentar o manejo e a participação de todos, descentralizando, dessa forma, o poder de gestão e decisão sobre o tema. Esta ação é superimportante, pois contempla um meio de comunicação e aproximação com a sociedade, que foi justamente o que conclamou e fomentou ações necessárias à criação desse sistema. Além da criação do CNS¹⁸, a implantação do novo sistema de saúde pública no País

¹⁷“O Conselho Nacional de Saúde (CNS,) instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter permanente e deliberativo, tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. O CNS, vinculado ao Ministério da Saúde, se compõe de representantes de entidades e movimentos de usuários, de trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do conselho. É competência do conselho, dentre outras, aprovar o orçamento da saúde, assim como acompanhar sua execução orçamentária. Também cabe ao pleno do CNS a responsabilidade de aprovar a cada quatro anos o Plano Nacional de Saúde”. (Disponível em < <http://www.conselho.saude.gov.br/>>. Acesso em: 29 jun. 2017).

¹⁸“[...] responsável pela formulação e implementação política na área” (BORGES; BAPTISTA, 2008, p. 457).

deu sustentação à criação de outros órgãos representativos, tal como o da Saúde Mental, o da Coordenação Nacional de Saúde Mental, que têm extrema importância política para a reformulação do cuidado nessa esfera. Observa-se aqui um modelo que contempla não apenas um corpo político e burocrático, mas também uma participação popular e democrática como um todo.

É importante conhecer e compreender a história do SUS e as atuais questões que cercam o sistema, pois, assim, é possível compreender a visão que pautou sua implementação e que deveria reger e sustentar todas as ações pertinentes à administração e execução do sistema, inclusive daqueles em que se emprega o serviço prestado por professores de educação física. Conhecer a história do SUS pode ajudar a compreender o processo histórico da reforma psiquiátrica, bem como a inserção profissional de cunho não biomédico numa área tradicionalmente dominada pela medicina.

2.2 RELAÇÃO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA COM A REFORMA PSQUIÁTRICA (RP)

Acompanhando a reforma sanitária, outros movimentos ganharam força e se destacaram; dentre eles, o da Reforma Psiquiátrica, que emergiu em um momento histórico de redemocratização do País e de reformulação do sistema nacional de saúde. Após a implementação do SUS, houve necessidade de uma política de fortalecimento dos seus princípios, que partisse do desenvolvimento de ações de trabalho dentro do próprio sistema. Por esse ensejo, foi implementada a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004) do SUS, que tinha por base sustentar ações de cuidado, além das questões éticas e técnicas, que Trajano e Silva (2012) relacionam como importantes elementos de sustentação da questão da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização da loucura. Para esses autores, a PNH mantém estreita relação com o Movimento da Reforma Psiquiátrica.

À luz desse contexto de reformas em política de saúde, ganha fôlego a luta antimanicomial, que, como movimento social popular, fomentado pelos trabalhadores da saúde mental, visa ao reconhecimento e à garantia de direitos às pessoas com transtorno mental grave e persistente, principalmente das que

se encontravam no antigo sistema de saúde mental, voltado à internação em manicômios/hospícios, locais tristemente conhecidos por ações de violência e maus tratos para com os que ali estavam para serem tratados em saúde mental. Segundo Trajano & Silva:

A luta antimanicomial, ao romper com a tutela do saber técnico especializado, inseriu na agenda das cidades o debate sobre o lugar social da loucura, ou seja, colocou esta questão na dimensão de problema da democracia e não mais uma questão restrita a especialistas e a profissões. Como pauta política, compete aos cidadãos sua condução e seu futuro (2012, p. 31).

Pessoas acometidas por situação de grave transtorno mental eram, muitas vezes, marginalizadas pela sociedade e desconsideradas como cidadãos. Vimos, historicamente, que para a população brasileira em geral já era difícil o acesso a serviços de saúde; para essas pessoas, então, não só era diferente, como muitas vezes o acesso era escasso e feito de forma desumana. Além disso, a rotina do cuidado era extremamente burocrática e generalista; não se considerava a existência do indivíduo como algo singular, era como se todos fossem iguais. As questões relativas à saúde mental, nesse contexto, eram tratadas como todas as demais, por um sistema de “caráter repetitivo e serializado dos modos de existência, tanto dos internos quanto dos profissionais que atuavam no modelo manicomial” (VICENTIN, 2016, p. 172).

O movimento de *desinstitucionalização psiquiátrica* materializou-se “no Brasil nos anos 1990, ocorrendo em relação próxima (em identidade de valores e práticas) com a *Reforma Sanitária Brasileira*, da qual resultou a criação do SUS” (DAMICO; BILIBIO, 2015 p. 65). Essa reforma, portanto, foi importante para se pensar o modelo manicomial, pois, entre movimentos sociais, encontros acadêmicos e de profissionais e usuários houve uma discussão importante sobre os modos de cuidado em saúde, em particular sobre o cuidado em saúde mental.

Tanto o cenário brasileiro quanto o cenário internacional, nos quais se discutiam questões relacionadas ao tema, tendiam, cada vez mais, a uma alteração na forma de acesso à saúde, como direito de todo cidadão de melhorar sua qualidade de vida, independente de sua condição ou posição social. Por esse viés, passou-se a considerar que todos poderiam ter acesso ao cuidado em saúde, que deveria ser regido pelos princípios e diretrizes do

SUS. Quer dizer, direito a um cuidado de acesso universal, a uma integralidade no cuidado, e a preocupações com ações intersetoriais. Mais recentemente, direito a investimento em um cuidado em saúde mais humanizado. De acordo com Merhy:

[...] o SUS só se realiza na medida em que se governa pelo lema: a vida de qualquer um vale a pena. E, se a vida de qualquer um vale a pena, isso deve ter a força, tensa é verdade, de que ali no fazer do cotidiano do cuidado, não é só a vida de quem se considera como socialmente significativa que deve ser valorada, mas de modo fundamental a vida daquele morador de rua, daquele desinvestido socialmente – que muitos dizem já não servir para mais nada, por ser improdutivo, não cidadão, que só provoca inúteis gastos sociais sem trazer nenhum benefício para a coletividade (2012, p. 269).

Este autor nos leva a refletir sobre ideais presentes no SUS, confirmando terem sido extremamente ligados às necessidades dos que lutavam por alterações no modo de tratar a saúde mental da população. Cabe, nesse sistema, único e universal, aquele que é considerado desvio da norma para a sociedade.

Conhecidos como espaços do poder médico, os manicômios no Brasil tinham características de controle social no qual se “depositavam” pessoas marginalizadas da sociedade. Quem se desviasse de um padrão à época considerado culturalmente normal e, principalmente, os que não se encaixassem no perfil de produtor de capital, eram considerados improdutivos para o regime capitalista e, por isso, potenciais frequentadores, muitas vezes moradores, desses espaços de saúde mental. O “louco” era simplesmente visto como alguém desprovido de razão, portanto sem condições de pensar ou de se posicionar como sujeito de direito, com vez e voz. No ano de 1992, Delgado levantou uma questão, depois retomada por Tenório (2002, p. 27), que é a que hoje constitui elemento do processo da reforma psiquiátrica, pois “tem como marca distintiva e fundamental o reclame da cidadania do louco”.

Antes da reforma psiquiátrica, maus tratos, abandono, violência física e de direitos eram frequentes em pacientes internados nos manicômios/hospícios do País. Denúncias, principalmente de parte dos trabalhadores da saúde mental, constituíram alicerce para a fervorosa discussão dessa reforma, que emergiu da necessidade de se prestar um cuidado maior à saúde desses

pacientes. Nesse perverso contexto da história da saúde mental no Brasil, pouco importava a condição de cuidado, pois, apesar do financiamento público em hospícios, das diversas formas de organização, não se investia em recursos humanos e em condições locais saudáveis. Ou seja, com poucos funcionários, poucos recursos materiais e uma quantidade de pacientes muito superior à capacidade dos ambientes, o local a eles destinado, além de inadequado, gerava isolamento, insalubridade e mais sofrimento (ROTELLI; AMARANTE, 1992; TENÓRIO, 2002).

Em 1987, dois eventos foram fundamentais para a discussão da reforma psiquiátrica e abriram espaço e condições para tal. Foram: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e, posteriormente, o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Houve também, em Caracas (1990), uma conferência sobre a reestruturação da atenção psiquiátrica, com a qual se pretendiam implantar alterações imediatas no cuidado em saúde mental, propondo uma também imediata adequação da legislação referente à assistência psiquiátrica, de modo a se assegurar “respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais”, além de se promover uma reorganização de serviços que lhes garantissem o cumprimento “de acordo com OPS/OMS” (1990, p. 4 apud ROTELLI; AMARANTE (1992, p. 54). Para enfrentamento dessas questões pertinentes ao cuidado humanizado na saúde mental, houve, a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica, uma transformação do modelo clássico e uma mudança no paradigma psiquiátrico. Desde então, passou-se a considerar que isolar o indivíduo em instituições asilares não era o mais adequado para o tratamento em saúde mental, e que era necessário um acompanhamento fora do ambiente, de caráter não só extra-hospitalar, mas também que substituísse o modelo médico-centrado e de internação. Substitutivo, por se pretender priorizar ações de tratamento fora das instituições, não apenas com ações complementares, mas de outra ordem e que contemplassem o território da vida do sujeito (ROTELLI; AMARANTE, 1992; AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

Este modelo se inspirava no da psiquiatria democrática italiana¹⁹, descentralizado, que também introduzia um novo conceito de território. Território não como mera divisão burocrática de região, mas como local com um conjunto de referências culturais e locais, produzindo um cuidado realizado no cotidiano, dentro do contexto social do paciente e de suas necessidades. A partir de então, um fator fundamental para esse cuidado foi o de realizar ações no território existencial e de vida do sujeito, caracterizado por uma especial atenção psicossocial. Tenório (2002, p. 31) destaca que esse novo modo de olhar para o cuidado da loucura teve o mérito de "fazer da rede social de suporte um instrumento de aceitação da diferença". Era uma nova maneira de fazer caber as diferenças dentro da teia de relações sociais; ora, fazer caber não seria apertar até que fosse possível, mas considerar um modo de vida diferente do até dominante, que fazia do paciente um marginalizado, e como tal o tratava.

Os modelos substitutivos passaram a fazer parte do processo; a partir desse novo cenário, foram fomentadas ações da chamada *desinstitucionalização*, que tem como propósito desconstruir conceitos precarizados em instituições e, na sociedade, em como lidar com a loucura. Para Tenório:

O encontro que a ela se segue institui um novo lema: Por uma Sociedade sem Manicômios. [...] E incorpora novos aliados: entre eles, os usuários e seus familiares, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de suas organizações, passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo (2002, p. 35).

A reforma psiquiátrica buscava substituir uma psiquiatria centrada em hospitais, em uma atividade de atenção psicossocial no território do sujeito, livre, diferente dos modelos asilares e em contraposição a eles, valorizando a "superação da instituição psiquiátrica tradicional, com a concomitante construção de uma nova práxis" (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 55). Dentro desse contexto, Rotelli e Amarante (1992) destacam o olhar, que deixa de ser sobre a doença mental e destaca uma perspectiva de existência-sofrimento que reorienta o objetivo da psiquiatria, já não mais centrada na *cura* (destaque

¹⁹A *psiquiatria democrática italiana* teve como seu principal expoente o médico psiquiatra Franco Basaglia, que propiciou uma reforma importante no sistema italiano de saúde mental.

do autor), mas na valorização da sociabilidade, da produção de vida, e capaz de levar em conta as subjetividades.

Nesse processo, alguns manicômios foram pouco a pouco substituindo a forma de cuidar, procurando reduzir o número de leitos; em vez de internações, foram fomentadas atividades para tratamento dia²⁰, as quais incorporaram atividades diversificadas e uma equipe multiprofissional, o que inovou em termos de psiquiatria, uma vez que novos procedimentos e preocupações ganharam espaço nesses locais. Neves (2009) apresenta similitude nas ações de alteração do modelo tradicional para uma atenção integral e ampliada de saúde no SUS e em instituições asilares de tratamento da loucura. De acordo com o autor:

as transformações das práticas em saúde são pensadas como o desafio central no debate das políticas de saúde e a base primordial para a sustentabilidade e legitimidade do SUS na atualidade. [...] é (re)afirmada como conjunto de valores/signos que pautam e dão a direção necessária a estas transformações e rearranjos, qualificando e humanizando as práticas do SUS (NEVES, 2009, p. 781).

Tais mudanças, então, foram e ainda são parte fundamental da consolidação de uma nova política de saúde.

A partir dessas mudanças no modo de cuidado nos antigos manicômios, formaram-se os primeiros núcleos de atenção psicossocial (Naps), exemplo de modelo substitutivo de atenção, hoje conhecidos como centros de atenção psicossocial (Caps). Um exemplo que se pode citar é referente à experiência da cidade de Santos, no estado de São Paulo (BORGES; BAPTISTA, 2008), onde a Casa de Saúde Anchieta²¹ foi transformada em Naps. Outra instituição pioneira no modelo substitutivo, o Caps Professor Luiz da Rocha Cerqueira, específico da rede pública do estado de São Paulo, é destacada como extremamente importante nesse contexto, pois, segundo Tenório:

Nele se inspirou parte da constatação de que a especificidade clínica da clientela-alvo, sobretudo no que diz respeito às dificuldades de vida gerada pela doença e às possibilidades de

²⁰Tratamento dia são aqueles que os pacientes psiquiátricos que vão para o local de tratamento e apenas passam o dia, ao invés de serem internados por longa duração. Alguns locais de tratamento também concedem atendimento dia e noite; esse tipo de passagem, porém, deve ser de curtíssima duração, normalmente não mais que quatro dias.

²¹Hospital psiquiátrico particular, que recebeu várias denúncias por maus tratos às pessoas que se encontravam no local para tratamento.

expressão subjetiva do psicótico grave, requer muito mais do que uma consulta ambulatorial mensal ou mesmo semanal (2002, p. 39).

O hospital dia²², precursor histórico dos Caps, passou por adaptações para prestar o atendimento no modelo psicossocial, sendo alternativa de assistência em substituição à dos leitos hospitalares. Houve, então, um incentivo pela substituição dos hospitais psiquiátricos por leitos em hospitais gerais, sem se pretender eliminar a assistência hospitalar, mas sim de adequar a sua funcionalidade de acordo com a necessidade de a melhorar. Essas mudanças de paradigma oportunizaram a criação de um novo modelo de atenção e cuidado em saúde mental; apesar disso, porém, insuficiente em relação às necessidades projetadas.

Característica importante dos Caps é que a orientação do atendimento passava para nível regional, algo intermediário entre o regime hospitalar ambulatorial e o multiprofissional. Com horário de funcionamento das 8h00 às 17h00, de segunda a sexta, os atendimentos normalmente ofertados passaram a ser: atendimento individual, em grupo (grupos de fala, oficinas terapêuticas, psicoterapia, dentre outros), atendimento familiar, visitas domiciliares, matriciamento e ações de interação com a comunidade. O cerne do atendimento em Caps é que com esse novo modelo de assistência atualmente se pode trabalhar integralmente o indivíduo em sua saúde e cidadania, estimular sua integração social e familiar, estimular sua autonomia e corresponsabilidade no processo de tratamento, além de lhe fornecer os atendimentos profissionais necessários.

A proposta é que os Caps sejam localizados no território de vida do sujeito (Portaria/GM nº 44 BRASIL, 2001; Portaria/GM 224, 1992), pois é nesse espaço que se desenvolve a vida cotidiana dos usuários e familiares, e este

²²Regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas. (Portaria n.º 44/GM, 2001, p.1). A instituição do hospital dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidado intensivo por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de segunda a sexta-feira), com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente (Portaria SAS/MS nº 224/92).

cenário é o de maior influência ou força na busca de sua integração social e cultural. Nunes (2009, p. 782) coloca em discussão a importância de novas formas de cuidado em saúde mental, por considerar que são estes movimentos:

[...] que emergem na experimentação de conexões que rearranjam, desorganizam e ativam redes de conversações em sua força de criação de modos mais coletivos de trabalhar, fazer e lidar com o cotidiano. Estas ativações agem sobre os corpos, possibilitando a expressão de movimentos de (re)invenção de estilos de vida mais potentes, autônomos e protagonistas na lida com as dores e desafios cotidianos.

O destaque do autor para os desdobramentos dessas novas ações e a (re)invenção do estilo de vida, considerando autonomia e protagonismo na lida com as mazelas, é fundamental e está mais de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica.

Mesmo reconhecendo nessa reforma um processo ainda inacabado e permanente, deve-se admitir que teve bons frutos, pois, ao preconizar a manutenção dos indivíduos em sociedade, oferece aspectos essenciais para o agenciamento do problema social da loucura.

2.3 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL NO ESPÍRITO SANTO

O estado do Espírito Santo, desde o período da colônia até o final da Primeira República do Brasil, vivenciou um momento de grande atraso econômico, com economia dependente das oscilações de mercado da monocultura do café. Houve uma tentativa artificial de industrialização para movimentar a economia e trazer mais riqueza ao estado; entretanto, sem sucesso. O Espírito Santo, nessa época, estava voltado a ações que elevassem os recursos financeiros e também à diversificação da produção. Para tanto, como afirma Jabert¹ (2001, p.71), “o Governo Estadual acabava por não contar com um grande aporte de recursos para serem investidos em ações de saúde”. O mesmo autor destaca três fases da história da saúde mental no Espírito Santo na Primeira República.

A primeira fase situa-se de 1887 a 1898. Jabert (2001) destaca que a internação dos loucos era realizada num anexo da Santa Casa Misericórdia do

¹ Jabert (2001), em sua dissertação, propôs-se a investigar/questionar o que se fazia com os loucos capixabas até a década de 1940 (fase da Primeira República, 1889 - 1930).

Espírito Santo. Amorim (2014) assinala que nessa época o chamado Asilo dos Alienados (Santa Casa de Misericórdia) servia apenas para o enclausuramento das pessoas consideradas loucas.

Jabert (2001) denomina como segunda fase o período que tem como início o fechamento do asilo da Santa Casa, em 1898, e vai até o ano de 1921. As pessoas mantidas nesse local foram então mandadas para quartéis e para as cadeias da cidade de Vitória (CARRION, 2011; JABERT, 2001). Algumas pessoas foram enviadas ao estado do Rio de Janeiro (Asilo Nacional dos Alienados), que para isso recebia verba do governo do estado do Espírito Santo. Dessa forma, essas pessoas eram abandonadas e esquecidas. Sem instituição que funcionasse no estado para fins de internação dos loucos, esses passaram a ser internados no Quartel de Polícia da capital. A saúde mental no Espírito Santo era considerada caso de polícia, já que o que importava, na época, era organizar a sociedade, tirando das ruas e do convívio público quem pudesse representar perigo de desordem para o local. Os cuidados para com essa população se resumiam aos cuidados médicos e à internação, desconsiderando qualquer outro âmbito de cuidado.

A terceira e última fase se inicia em 1921 e vai até o final do período da República Velha no Brasil. De acordo com Jabert (2001), nessa fase foram selados convênios entre governo estadual e estabelecimentos particulares de características filantrópicas. Tais convênios foram fechados com o Asilo Deus, Cristo e Caridade, localizado em Cachoeiro do Itapemirim, para onde, de trem, os loucos passaram a ser enviados de Vitória. Amorim (2014) destaca que a Clínica de Repouso Santa Isabel², responsável pela internação para transtorno mental e dependente químico do ES e adjacências, foi considerada um dos poucos manicômios no estado, também está localizada na cidade de Cachoeiro. Conhecida por tradicionalmente acolher e asilar pessoas de saúde mental afetada, a Clínica Santa Isabel evidenciou a cultura manicomial ainda vigente na sociedade. De acordo com Amorim:

Muitos pacientes entraram ali, [...], e desconhecem as políticas públicas em saúde mental, as lutas pela desinstitucionalização e os serviços substitutivos, como a Residência Terapêutica e os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Não sabem que podem ser cuidados de outras formas e em liberdade. Desconhecem os seus direitos sociais, como a garantia de benefícios (2014, p. 47).

Por iniciativa do médico psiquiatra Aduino Botelho (diretor do Serviço

² Instituição privada, que recebia financiamento público (SUS) da Sesa do estado do Espírito Santo. A partir de março de 2015, o convenio entre o estado e a clínica para atendimento pelo SUS foi desfeito; desde junho de 2006, não há mais leitos nessa modalidade.

Nacional de Saúde Mental), em 1954 foi criado o Hospital Colônia Aduauto Botelho. De acordo com Lima (2005), esse estabelecimento mantinha quem era ali cuidado basicamente em forma de confinamento e terapêutica química. Por volta das décadas de 1970 a 1980, chegou a ter sob regime de internação 1.600 pessoas. Carrion (2011) e Lima (2005) afirmam que esse grande número se deveu ao recebimento de verba por paciente internado; portanto, quanto mais pacientes, mais dinheiro a instituição receberia. Nesta mesma fase, que inclui o regime da Ditadura Militar, muitos dos internados eram presos políticos.

Com a chegada de novos funcionários com ideias que se contrapunham ao modelo manicomial e com o apoio dos que corroboraram essa posição, criou-se, no início de 1976, o Centro de Psiquiatria Comunitária, que ficava no Hospital Aduauto Botelho. De acordo com Lima:

A idéia era oferecer uma alternativa de tratamento aos psicóticos internados no Aduauto Botelho que incluísse, necessariamente e em linhas gerais, a participação da família do interno, atividades individuais e grupais, uma abordagem à comunidade do paciente e uma equipe multiprofissional, tudo isso dentro de uma perspectiva desospitalizante e desinstitucionalizante da loucura que já vinha sendo apresentada por outras partes do mundo como, por exemplo, pela Itália (2014, p. 47).

O Centro de Psiquiatria Comunitária pode ser considerado a primeira experiência de equipe multiprofissional no Espírito Santo, haja vista que, antes de sua formação, o cuidado tinha como primazia a medicina.

Souza e Garcia (2008) relatam que na década de 1980 o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental no Espírito Santo tinha pouca expressividade no estado. Porém, em 1985 iniciou-se um processo de reestruturação da assistência psiquiátrica. De acordo com Oliveira e Garcia (2011, p. 54), esse processo teve como marco o I Encontro Nacional dos Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste (Vitória/ES), um dos precursores da realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Podemos considerar que a política pública para a Saúde Mental no estado é recente, datando do ano de 1995, período pós-reforma psiquiátrica. Ferreira (2005 apud SOUZA e GARCIA 2008) destaca que dois marcos fizeram parte da mudança dessa situação: um, foi a formulação da Política Nacional de Saúde Mental (contexto nacional) na década de 1990; a outra, foi que em 1994 o governo estadual da época estabeleceu como prioridade a política de saúde. Portanto, a partir desse momento é que se começa a perceber um aumento dos serviços para atendimento extra-hospitalar e diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos:

No Espírito Santo, seguindo a diretriz nacional, a política de saúde mental hoje traz como proposta a redução progressiva dos leitos psiquiátricos, a qualificação dos profissionais que atuam na saúde mental, a expansão e o fortalecimento da rede extra-hospitalar, como CAPS, SRTs, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, implantação do Programa de Volta para Casa e implementação das ações de saúde mental na atenção básica através das Equipes Mínimas de Saúde Mental (ESPÍRITO SANTO, 2001; OLIVEIRA; GARCIA, 2011, p. 54).

Rossoni (2006) indica que nos anos 2000 a implementação dos serviços residências terapêuticas (SRTs) e a redução de leitos no Hospital Adauto Botelho³ (gestão estadual) impulsiona a ampliação dos serviços extra-hospitalares de forma lenta e gradual, através de uma Equipe de Saúde Mental em Unidade de Saúde, de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) nas diversas modalidades, de um Serviço Residencial Terapêutico, de um Ambulatório de Saúde Mental e da oferta de consulta psiquiátrica.

Hodiernamente, podemos levar em consideração avanços importantes para o cuidado de pessoas com transtorno mental grave e persistente no estado do Espírito Santo. Encontramos agora serviços substitutivos ao manicômio e à política pública na área da saúde mental. Apesar disso:

Permanecem desafios cruciais para a política de saúde mental no Espírito Santo (e no Brasil) ainda não equacionados: 1) a inserção da saúde mental na atenção básica; 2) a ampliação e qualificação de leitos em hospitais gerais; 3) melhoria da articulação urgência-emergência/regulação de leitos em alguns municípios de grande porte (OLIVEIRA; GARCIA, 2011, p. 57).

Conhecer, mesmo que de forma breve, o histórico da saúde mental no estado do Espírito Santo tem como intuito ajudar-nos na discussão que se seguirá nos próximos itens.

2.4 A ORGANIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE, DE SAÚDE MENTAL E A INSERÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA

Trataremos, nesse tópico, de informações para contextualizar a formulação das políticas públicas de saúde e de saúde mental no Brasil. No decorrer deste texto, serão apresentadas essas políticas no Brasil, bem como se fará a inserção da educação física no campo da saúde pública.

Devido às novas orientações em saúde no Brasil, algumas políticas,

³ Hospital Colônia Adauto em Cariacica/ES. Foi inaugurado em 1954. Na época, foi considerado modelo para o cuidado de doentes mentais. Com a reformulação e implementação da Política Nacional de Saúde Mental, o Hospital Adauto Botelho começa a sofrer reformulações. Atualmente, compreende um completo assistencial extra-hospitalar e mudou de nome, chamando-se Hospital Estadual de Atenção Clínica (Heac). Acesso em: jun. 2018 < <http://saude.es.gov.br/hospital-estadual-de-atencao-clinica-completa>>.

baseadas em seus princípios e diretrizes foram implementadas com o intuito de fortalecer as ações do SUS. Já se destacou, no tópico anterior, a política nacional de humanização do SUS (BRASIL, 2004), que está na quarta revisão (2010). Pretende-se, aqui, apresentar também a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)²³, de 2006 (revisão 2014).

Esta política, conforme portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 e pela MS/GM nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 (revisão), traz em sua base, no artigo 2º:

[...] o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social.

Em seu artigo 3º, são apresentados os valores fundantes da PNPS (BRASIL, 2014, p.26); a se destacar, dentre eles, os itens “IV – o respeito à diversidade -, o V – a humanização - e o VIII – a inclusão social”. Trata-se de aspectos que muito se aproximam dos preceitos de organização do cuidado em saúde mental preconizados pela reforma psiquiátrica. No artigo 8º, para colocarmos em discussão as ações da saúde mental, vale destacar os seguintes termos do item III, que fazem parte dos temas transversais dessa política:

- produção da saúde e cuidado;
- prática de cuidado humanizada;
- integralidade no cuidado;
- conceito de saúde ampliado.

Os princípios adotados pela PNPS são apresentados no artigo 4º dessa política; pelo mesmo motivo anterior, destacamos os itens III – autonomia - e o IV - empoderamento. No artigo 7º, item VII, que especifica os objetivos da PNPS (BRASIL, 2014), tais conceitos também estão presentes. É válido destacar que na política de promoção da saúde são encontrados elementos base que servem para a ação profissional dentro da lógica da consolidação da

²³ Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é “destinada a promover condições de vida saudável, a prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população, e assegurar o acesso equitativo ao conjunto de serviços assistenciais para garantir atenção integral à saúde” (VASCONCELOS, 2008, p. 538).

reforma psiquiátrica. Caçapava *et al.* (2009) afirmam que um potencial fortalecimento da saúde integral do usuário, aí incluída a saúde mental, pode ser consagrado a partir da interação articulada das políticas que integre esses dois aspectos. A reforma psiquiátrica preconiza a desinstitucionalização e o cuidado em saúde mental, preferencialmente no território de vida do indivíduo. Pode-se observar que no item II da PNPS (BRASIL, 2014) há uma diretriz relacionada ao fomento do planejamento de ações no território para a promoção da saúde. Por considerar a ideia de se encarar o processo saúde-doença a partir da clínica ampliada, a atuação em rede foi fortalecida pela promulgação da Portaria GM/MS, nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que determina:

Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Esta rede, chamada de Raps²⁴, tem como intuito estreitar as relações entre os diferentes pontos de serviços que podem contribuir para a promoção da saúde dos sujeitos.

Ainda relativamente à preconização de ações para além da visão médico-centrada e “medicalizante”, são importantes, para o cuidado no âmbito da saúde mental, os temas prioritários presentes no Artigo 10, a respeito das práticas corporais e atividades físicas. No item III desse artigo da PNPS (BRASIL, 2014, p. 22), consta a seguinte composição:

Práticas Corporais e Atividades Físicas, que compreende promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, dentre outras práticas.

A inclusão de atividades do campo da educação física na PNPS pode contribuir para o seu desenvolvimento em outras políticas de saúde, tais como a da saúde mental. Portanto, não estabelecendo uma relação de dependência, pode-se considerar que a presença dessas atividades em uma política maior é favorável à sua aplicação no SUS.

²⁴ “A Portaria 3.088 cria a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e define o modelo de atenção à saúde mental com foco na atenção comunitária, participação social e ênfase na atenção ao usuário de crack, álcool e outras drogas, com um modelo de gestão regional” (TRAPÉI; CAMPOS, 2017, p. 3).

O desenvolvimento da PNPS (BRASIL, 2014) contribuiu para o fortalecimento do SUS, pois foi baseada originalmente nos princípios congruentes com os do sistema, na humanização da saúde e em práticas de promoção. O tema das práticas corporais/atividade física teve destaque no contexto da promoção da saúde com a instituição da PNPS; diversas ações em relação à temática foram pensadas e implementadas:

[...] o Ministério da Saúde optou por implantar, em 2011, o Programa Academia da Saúde, que constitui um modelo de intervenção nacional em promoção da saúde, visando contribuir para a equidade no acesso a ações voltadas à produção do cuidado e de modos de vida saudáveis em espaços qualificados, constituindo equipamentos da atenção básica em saúde que tem as práticas corporais e a atividade física como um eixo central de suas ações, mas também inclui as demais ações de promoção da saúde no seu escopo, como alimentação saudável, prevenção de violência, prevenção de tabaco, álcool e drogas e outras (MALTA *et al.*, 2016, p. 1688).

Esse tema ganhou destaque no campo da educação física, já que se torna uma possibilidade de trabalho na área da saúde pública. Para Mattos (2008), há limites na formação para dar conta das diversidades que compõem o SUS, necessitando de mais potência para transformar os modelos hegemônicos. Essa formação é, muitas vezes, mais “vinculada a interesses outros - como os das corporações profissionais, da indústria de equipamentos médicos e farmacêuticos - do que às necessidades dos usuários” (LIMA, 2009, p. 790). Mattos (2008) e Lima (2009) dizem haver um déficit de formação geral que alcança vários tipos e áreas; dentre essas, a da formação em educação física para a área da saúde coletiva.

O modelo de atenção em análise faz parte das ações implementadas sob as diretrizes e princípios do SUS; portanto, o investimento numa pesquisa que trabalhe diretamente temas relacionados à formação e atuação profissional no SUS com a análise direta do ‘trabalho vivo em ato’²⁵ tem a potencialidade de aumentar o aporte teórico/prático de ações no sistema, contribuindo para fortalecer a proposta do SUS.

²⁵Os autores Merhy e Franco (2012) consideram que a produção de saúde é, sobretudo, realizada a partir do ‘trabalho vivo em ato’. Ou seja, é a atividade humana executada e determinante para a produção do cuidado.

A política de saúde pública no Brasil se configura, atualmente, com base na PNPS (BRASIL, 2014). A contextualização dos principais pontos acima apresentados e considerados importantes para o enfoque aqui em estudo está sendo desenvolvida. É preciso, porém, voltar um pouco no tempo para melhor se entender a contextualização da política de saúde mental no Brasil.

No início do século XIX, no Brasil, com o desenvolvimento das cidades, especialmente no Rio de Janeiro, houve um aumento da preocupação com o manejo de pessoas consideradas não sadias. Esse grupo de pessoas incluía as acometidas por doenças em epidemia, consideradas portanto anormais (hodiernamente, doentes mentais), e também as pessoas consideradas mendigas e vadias, ou seja, as que não contribuíam com os interesses políticos e econômicos da época. O governo²⁶ da época considerava ser necessário interferir. Mesmo antes de formular uma política social adequada às necessidades da situação das pessoas, optou por intervenções hoje firmemente criticadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica. De acordo com Silva *et al.* (2002), essas intervenções tinham o intuito de excluir as pessoas do seio social; não havia, ainda, o que hoje se chama de política de saúde mental. Nessa época, foi criado o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, o Pedro II, em 1852 (SILVA *et al.*, 2002), local de destino da população desprovida das condições mínimas de viver em sociedade.

As políticas de saúde mental no Brasil tomaram corpo a partir do século XX, quando o Estado começou a dar importância à questão social. No capítulo anterior, dedicado à criação do SUS, ficou claro esse momento histórico da inserção dessas políticas, inclusive das que concernem à saúde mental. Nessa ocasião, foi determinante a influência de um modelo chamado por Silva *et al.* de "companhista". Tratava-se, segundo os autores, de:

[um] modelo de intervenção companhista, marcado pela centralização, autoritarismo, clientelismo e populismo, próprios de um Estado oligárquico, que conforma seus aparelhos institucionais com a concentração do poder e a exclusão das classes populares (SILVA *et al.*, 2002, p.7).

Nessa época, meados do século XX, a questão biológica era fundamental para explicar a loucura e direcionar as ações do Estado para uma atuação sanitária de organização social. Foi então que se criou a primeira lei

²⁶ Período do Brasil Imperial e do parlamentarismo como regimes políticos.

que trata do assunto da saúde mental como questão social: a “Lei Federal, n. 1.132 de dezembro de 1903 reorganiza a assistência aos alienados, concretizando a legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional” (SILVA *et al.*, 2002, p.7).

No início do século XX, até meados das décadas de 1920 e 1930, prevaleceu esta abordagem sanitaria, incorporando as intenções da época de formulação de uma política voltada aos benefícios da saúde da população brasileira com o intuito de melhorar a mão de obra do trabalho industrial (SILVA *et al.*, 2002). Já que as pessoas acometidas por transtorno mental não eram consideradas economicamente ativas, a atenção ao seu cuidado não constituía prioridade (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Isto explica por que a incorporação de uma assistência psiquiátrica chegou tão tardiamente, visto que apenas décadas depois se promoveram ações mais direcionadas a essa público. A política de saúde pública continuava a não contemplar, naquela época, o campo da saúde mental.

Entre as décadas de 1950 e 1970, a assistência médica psiquiátrica continuava sendo baseada no conceito curativista e biologicista. A pretensão maior dessa assistência era a de excluir os degenerados sociais (mendigos, vadios, loucos, etc...), internando-os nos hospícios. Tal fato não privilegiava aspectos de promoção da saúde e de inclusão desses indivíduos na sociedade (VINCENTIN, 2016). O Movimento da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica, que tiveram início na década de 1970, foram importantes por provocar ações de enfrentamento das questões apresentadas anteriormente. Pessoa Júnior *et al.* (2016, p. 84) afirmam:

Esse processo propiciou mudanças no trajeto das políticas públicas no campo de saúde mental, reforçando-se a desinstitucionalização como importante eixo norteador da gestão em saúde mental, com vistas à melhoria da qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais no seu processo de reabilitação e à participação de seus familiares.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica, que advogou por uma reestruturação da assistência médico-terapêutica na atenção psiquiátrica, influenciou ações realizadas no âmbito dos poderes legislativos e executivos

para a implantação de políticas públicas de saúde mental (ALMEIDA JÚNIOR, 2013). Para Silva *et al.*:

Essa mudança requer, além da reformulação dos conceitos sobre o arcabouço teórico-prático que norteia a assistência psiquiátrica tradicional, o reconhecimento de que a psiquiatria sozinha não é capaz de dar conta da complexidade das questões psiquiátricas e que ela não é apenas uma disciplina que se pratica por trás dos muros para gerar lucros, mas uma atividade política transformadora, que pode romper com a assistência paternalista que domestica populações, vende remédios e equipamentos médicos, inaugura hospitais e mantém as elites no poder (2002, p. 8).

Pessoa Júnior *et al.* (2016) também destacam que a reforma psiquiátrica e a sanitária contribuíram para reformulação da atenção e o cuidado na saúde mental e para a formulação de políticas públicas relacionadas ao tema.

Com a institucionalização do SUS, a partir da promulgação da Constituição de 1988, foi aberta a possibilidade de repensar o modelo de saúde no Brasil e a implementação de novas políticas públicas de saúde, inclusive de saúde mental, regidas pelos princípios da integralidade, da universalidade e da promoção da saúde. Uma política com esse intuito tem maiores condições de atender a toda a população, sem discriminação, seja do tipo que for. De acordo com Almeida Júnior:

A política nacional de atenção à saúde mental é uma das políticas integrantes desse sistema e os novos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, como passou a ser denominado, tiveram forte impacto sobre esta (2002, p. 8).

Nesse ambiente de mudanças políticas, importantes para a conjuntura e a construção de políticas públicas para a saúde, foram propostos projetos de lei que tinham por base a luta antimanicomial. O deputado Paulo Delgado apresentou no Congresso Nacional o Projeto de Lei 3.657/89, cujo intuito era reformular e reorientar o cuidado em saúde mental, com base nas propostas da luta antimanicomial, que preconizavam a assistência no cuidado em saúde mental de forma humanizada e dentro do contexto dos princípios e diretrizes do SUS (SILVA *et al.*, 2002; ALMEIDA JR, 2013).

Apesar de o projeto de Lei 3.657/89, acima referido, não ter sido imediatamente aprovado, foi importante por intensificar “o debate na sociedade

e impulsionar o Movimento de Reforma Psiquiátrica a exigir do Estado mudanças imediatas no modelo de atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais” (SILVA *et al.*, 2002, p. 668).

No ensejo proporcionado por esse debate, foi criada, de acordo com o Ministério da Saúde (2004, p.12), a Portaria GM 224/92, que oficialmente estabeleceu os Caps no Brasil. Tal portaria estabeleceu esses centros como:

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

Nessa mesma época, Almeida Júnior (2013) destaca que as ações do Executivo foram impulsionadas por essas discussões, culminando com a publicação de portarias que direcionavam o modelo de atenção na saúde mental. O Poder Executivo, então, com ações públicas em relação à saúde mental, promulgou sete portarias nos anos de 1991, 1992, 1993, 1994, 1999, 2000 e 2001. Tal fato foi importante para a implementação da Lei nº 10.216, promulgada pelo Poder Legislativo em 2001, atual instância que organiza e orienta o modelo de atenção à saúde dessa população, haja vista que já então se concretizava a partir das ações do Executivo o que posteriormente foi consagrado em lei.

Pode-se observar que a nova política de saúde mental se tornou realidade antes mesmo que o projeto de ‘Lei Antimanicomial tivesse sido aprovado pelo Congresso (ALMEIDA JÚNIOR, 2013). Leonildio *et al.* (2014) destacam que a substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos pelos centros de atenção psicossocial (Caps) foi legitimada a partir da política nacional de saúde mental. Tal política entrou em vigor com a promulgação da Lei nº 10.216, em 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Essa política de saúde (Lei nº 10.216) firma, em seu parágrafo único, nos itens VIII e IX, os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental de serem tratadas por meios menos invasivos possíveis, em ambiente terapêutico, preferencialmente em sua comunidade. Em seu artigo 4º, parágrafo primeiro, se afirma que “o tratamento visará, como finalidade

permanente, à reinserção social do paciente em seu meio” (BRASIL, 2001). O parágrafo segundo, ao tratar de um regime de tratamento em internação, dispõe que se deverá oferecer “assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros” (BRASIL, 2001). A educação física tem, potencialmente, de intervir, visando a contribuir com as prerrogativas expostas acima, principalmente quando se leva em consideração uma abordagem adequada ao Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Relacionada à política nacional de saúde mental, foi instituída a Portaria nº 336, em fevereiro de 2002, que tem como finalidade estabelecer as modalidades dos Caps. O Artigo 4º, sobre as características desses centros, por sua função de cuidar especificamente de transtorno mental em adultos, assim os classifica: Caps I, a ser estabelecido em cidades entre 20 mil a 70 mil habitantes; Caps II, em cidades de 70 mil a 200 mil habitantes; Caps III, em cidades com mais de 200 mil habitantes.

Nesse mesmo artigo, são listadas as atividades que deverão ser realizadas, assim como as categorias de profissionais necessários para compor a equipe de cada modalidade. Nos itens que dispõem sobre as atividades, são apresentadas as oficinas terapêuticas, a serem conduzidas por profissionais de nível superior ou médio. Outras atividades possíveis são atendimento individual, atendimento em grupo e atividades comunitárias, com enfoque na integração do doente mental na comunidade e em sua inserção familiar e social. Devem-se destacar essas atividades, por implicarem educação física, e um núcleo a isso destinado, abrindo espaço, portanto, para essa área do conhecimento ali atuar.

Cada modalidade tem especificados alguns nichos profissionais obrigatórios, como médicos (clínicos ou psiquiatras) e enfermeiros especialistas em saúde mental, quatro ou cinco profissionais de ensino superior, a depender do porte do Caps. Dentre as categorias, são listados: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. Na promulgação dessa lei, apesar de aparecer em outros documentos, o profissional da educação física não é

mencionado, apesar de se considerar a possibilidade de intervenção da área, preconizada no direcionamento das ações dessa política. A participação de profissional da especialidade ficava a depender de sua solicitação no projeto terapêutico de cada Caps.

Segundo Wachs (2016), a implementação da categoria no campo da saúde mental ocorreu antes da reforma psiquiátrica; essa categoria, porém, também não está presente na relação dos profissionais necessários ao funcionamento do Caps na portaria GM/MS nº 336/2002. Já no texto publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o professor de educação física aparece na introdução, quando se fala dos profissionais que podem atuar nos Caps; consta também na tabela de recursos humanos do Caps II, mas sem maiores detalhamentos a respeito de sua atuação no campo da saúde mental.

O texto publicado pelo Ministério da Saúde em 2004 tem a intenção de ampliar o conhecimento de gestores, trabalhadores, usuários e familiares sobre o que seja um Caps. Nele, são esclarecidas questões como o principal objetivo do centro, ações que correspondem a esse serviço, com a descrição de oficinas terapêuticas, recursos físicos, atividades possíveis de se realizar nesse ambiente e trabalhadores que poderiam compor uma equipe mínima. O documento destaca:

É necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.18).

Dentre os recursos físicos recomendados nesse documento, fato que merece destaque, consta a possibilidade de o Caps apresentar uma área externa para oficinas, recreação e esportes. Em relação às ações realizadas, os centros oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas. Devem-se mencionar as que enfatizam os principais atendimentos nos quais a área da educação física pode contribuir:

Atendimento em Grupo - oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades

esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal;
Atendimento para a família - [...] atividades de lazer com familiares;
Atividades comunitárias - integração do serviço, dos usuários e familiar com a comunidade: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 17).

Para Wachs (2016, p. 48), a “saúde mental é um campo que melhor acolhe a Educação Física e suas possibilidades de intervenção”. Diante das orientações e delineamentos apresentados nas políticas de saúde mental, incluindo suas leis, portarias e textos normativos discutidos nesse tópico, é coerente afirmar que o desenvolvimento das atividades da área da educação física apresente a potencialidade de realizar ações no âmbito da saúde mental devido às demandas apresentadas nesses documentos e às características de ação dos profissionais dessa área.

2.5 ABRINDO A PORTA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E O NOVO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Abri a porta Apareci [...].
 Naquele instante
 Me convenci
 O bom da vida
 Vai prosseguir
 Vai prosseguir
 Vai dar pra lá do céu azul
 Onde eu não sei
 Lá onde a lei
 Seja o amor
 E usufruir do bem, do bom e do melhor
 Seja comum
 Pra qualquer um,
 Seja quem for,
 Abri a Porta.
 (Dominginhos)

Com o passar do tempo, a história da loucura atravessa diversas nuances, mas sempre caracteriza o *ser louco* de acordo com o contexto cultural e social do momento. Na Idade Média, por exemplo, os socialmente inadequados eram levados para hospitais (espécie de hospedaria), onde se lhes oferecia abrigo, alimentação e assistência religiosa da maneira como se prestava atendimento a pessoas marginalizadas. Com o advento da Revolução

Francesa (1793), Pinel²⁷, em Paris, transformou uma prática que apenas caracterizava a extrema exclusão dos doentes mentais em uma tentativa de humanizar e dar sentido terapêutico aos hospitais gerais, desacorrentando os indivíduos, tirando “os loucos” das correntes físicas que os prendiam. Entretanto, apesar desse gesto, ele os acorrentou à alienação, à segregação social e ao estigma da loucura, até hoje não completamente superada” (GUEDES *et al.*, 2010, p. 548). O que se pode observar a partir daí até os dias atuais é uma tendência ao tratamento moral e ao ‘isolamento do mundo exterior’, que o Movimento da Reforma Psiquiátrica tenta superar.

Após as duas Grandes Guerras, quando houve uma mudança no olhar sobre o tratamento da loucura. Muitos manicômios passaram a ser comparados e considerados semelhantes a campos de concentração nazista²⁸. Torna-se, então, procedente tentar ações que afastem o modelo de atenção de situações trágicas como esta. Uma ação importante para tal foi a extinção dos hospitais psiquiátricos e a substituição do modelo, valorizando então a “desconstrução de práticas manicomiais e a construção de novos saberes” (GUEDES *et al.*, 2010 p. 548).

Antes da reforma psiquiátrica, o tratamento oferecido em saúde mental era pautado num modelo de “internações prolongadas, mantendo o doente afastado de seu âmbito familiar e social.” (JORGE *et al.*, 2011, p. 3052). O tratamento, literalmente, acontecia a portas fechadas, pois se acreditava que separar da sociedade o indivíduo socialmente não produtivo (por conta do transtorno mental) era o melhor caminho para seu cuidado. Perpassava tal cuidado a ideia de que a loucura não poderia circular pela sociedade, razão pela qual quem fosse considerado louco deveria ser excluído do meio social comum, já que no imaginário popular predominava uma visão calcada no

²⁷Philippe Pinel Pinel (1745-1826), médico francês, pioneiro no tratamento de pessoas com transtornos mentais. < <http://portal.saude.sp.gov.br/caism-philippe-pinel/institucional/quem-foi-philippe-pinel>> Acesso em: 14 jan. 2018.

²⁸No livro *O Holocausto Brasileiro*, a autora, Daniela Arbex, desvela e documenta a denúncia da trágica história do Colônia, hospício localizado na cidade mineira de Barbacena. No decorrer do livro, corroborando o título, expõe o modo de lidar com a saúde mental, semelhante ao dos campos de concentração nazistas. “Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia. Tinham sido, a maioria, enfiadas num vagão de um trem, internadas à força. Quando elas chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali” (ARBEX, 2013, p. 18).

preconceito e na rejeição. Além disso, Campos *et al.* (2013) destacam que a prescrição de medicamentos, em geral sintomáticos, passou a fazer parte central da psiquiatria contemporânea. Aliás, desde a formação profissional, não se privilegiavam medidas alternativas de reabilitação psíquica, cognitiva e social”.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica abriu a porta para discussão de um novo modelo de cuidado. O carro chefe desse novo modelo foi o da *desinstitucionalização*. A partir da década de 1970, o processo adquiriu grande notoriedade, pela substituição de leitos de hospitais psiquiátricos por leitos em hospitais gerais, e por propor uma rede de tratamento em saúde mental substitutiva, a atual Rede Atenção Psicossocial (Raps). Este modelo substituiu o da privação de liberdade com o intuito de alterar o modo de cuidado do sujeito por distúrbios que o incluíam na situação de louco, priorizando tratamentos sem amarras, muros e portas fechadas. Campos *et al.* destacam:

A Reforma Psiquiátrica brasileira (e outras no mundo) está fortemente assentada em valores, como o direito do usuário de ser tratado em liberdade, como a aposta na reinserção social, na humanização dos cuidados e no resgate da condição de cidadania dos usuários (2013, p. 2.798).

Agora, o que importa é a produção de práticas baseadas na liberdade e não mais num regime tutelar e autoritário.

Dominguinhos²⁹, em sua música *Abri a Porta*, traz a mensagem do desejo de um mundo mais justo e igualitário, coerente com os princípios da reforma psiquiátrica. Pode-se observar essa coesão no seguinte trecho: “*Lá onde a lei | Seja o amor | E usufruir do bem, do bom e do melhor | Seja comum | Pra qualquer um | Seja quem for*”, trecho que se coaduna com a ideia referente ao modelo de *desinstitucionalização*, ou seja, com o modelo conhecido como *Porta Aberta*. Paiva (2003 apud ALVARENGA e DIMENSTEIN, 2006, p. 302), considera que a reforma psiquiátrica é “imbuída dos ideais de uma sociedade realmente igualitária e humana, primando pela reinserção social dos excluídos, como são os loucos, baseando-se nos princípios de liberdade, igualdade e fraternidade”. O mesmo autor afirma que,

²⁹ Músico brasileiro, nordestino. Cantor, sanfoneiro e compositor. < <https://www.ebiografia.com/dominguinhos/>> Acesso em: 29 jul. 2017.

dessa maneira, seria possível, com esses princípios, manter a sociedade livre de preconceitos, da ignorância e da opressão.

A partir da implementação de modelos que substituíram o hospitalocêntrico, novas modalidades terapêuticas ganharam força. Atualmente, são projetos cujo objetivo é fortalecer a reinserção social do paciente. Segundo Alvarenga & Dimenstein:

Estas questões confirmam ser a reforma psiquiátrica a construção de um novo lugar sociopolítico-conceitual-cultural para a loucura, de novas formas de lidar com a diferença, como defendem Amarante (1994) e outros autores (2006, p. 306).

A remissão de sintomas não pretende continuar a constituir a parte central no cuidado, mas a possibilidade de se ampliar as potencialidades de cada um de lidar consigo mesmo e com os outros. A este novo movimento pode-se chamar de modelo psicossocial de cuidado³⁰ (NUNES, 2008). Costa Rosa, citado por Salles e Barros, afirma:

No modo psicossocial, a loucura é considerada um fenômeno social; o sofrimento psíquico não tem que ser removido, mas sim integrado como parte da existência da pessoa. A ênfase é dada à reinserção social e à recuperação da cidadania (2006, p. 306).

Guedes *et al.* (2010, p. 548) também destacam a importância da “reinserção social do indivíduo e a promoção da inclusão na sociedade”. Nesse modelo de atenção, a inclusão e a participação da comunidade no processo são de extrema importância e necessidade para o bom encaminhamento da proposta. Nunes *et al.* reforçam:

Entre os marcos da reforma psiquiátrica brasileira encontra-se a proposta de uma atenção psicossocial integrada, de uma interdisciplinaridade das práticas, de um sistema extra-hospitalar de cuidados e da defesa da cidadania dos portadores de doenças mentais. Outro aspecto bastante em evidência refere-se à clínica que deveria orientar as ações desenvolvidas pela equipe. Muitas são as discussões e desenvolvimentos teóricos acerca deste tema, mas, em linhas gerais, há uma proposta do que é chamado de “clínica ampliada” que envolveria um conjunto de recursos que visam a trabalhar o sujeito e seus laços sociais (2008, p. 189).

³⁰Esse modelo também pode se entendido como processo de reabilitação psicossocial, ou de clínica ampliada e compartilhada.

Remodelar o padrão de atenção e cuidado em saúde mental é determinante para a consolidação da reforma psiquiátrica. Isto significa contar com ações pautadas em valores e princípios que possibilitam relações sociais mais harmônicas com os ideais antimanicomiais, acarretando, então, uma reinvenção da sociedade, em que o sujeito dito louco tenha espaço (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2011; NUNES, 2008). Para se pensar essa reinvenção da cidade, “os CAPS devem atuar no território (geográfico, político, econômico e cultural) desenvolvendo parcerias com os diversos recursos existentes na comunidade, trabalhando de forma intersetorial” (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2011, p. 592). Sendo assim, o cuidado deve ser pensado, planejado e organizado para além da programação nas dependências da estrutura física dos Caps.

Ao se priorizar o modelo de *desinstitucionalização*, aposta-se no encontro da loucura com a sociedade, e, a partir daí, na oportunidade de se potencializar relações sociais e de vida. Passando pela cidade, seja por uma caminhada, pelo atendimento na Raps ou na interação com a comunidade, são oportunizadas forças sociais de interação. Como anteriormente se viu, o cuidado no território de vida do sujeito, em ambientes substitutivos, promovem-se também oficinas terapêuticas, que neste contexto constituem uma poderosa e indispensável ferramenta para se pensar o cuidado dos indivíduos em sofrimento psíquico. “Talvez nesse movimento, de se abrir ao mundo vivo da cidade, a saúde mental possa produzir cuidados para além do sofrimento psíquico, se ocupando com a produção de vida das pessoas” (FERREIRA *et al.*, 2017, p. 382).

Nos Caps, pode-se destacar um modo de cuidado que tem por base um projeto terapêutico singular (PTS), cuja finalidade é pensar as necessidades de cada sujeito sob cuidados intensivos na saúde mental, já que atualmente se admite “para cada pessoa um projeto de cuidado” (LIMA, 2011, p. 121). Isto “implica a ampliação, a desnaturalização e o movimento constante do próprio trabalho em saúde, do que se entende por “clínica” a ser desenvolvida nos serviços, especialmente nos Caps” (AMORIM; DIMENSTEIN 2009, p. 202). Dentro do PTS de cada um dos citados centros, encontram-se oficinas terapêuticas, em diversas modalidades. Dentre outras, as mais comuns são

aquelas que permite que se constituam diversos grupos, como os de fala, os de expressões artísticas e corporais, os de passeios e lazer. Atravessam essa conformação de cuidado algumas questões:

Como possibilitar que territórios comunitários sejam cenários para oficinas terapêuticas ofertadas pelo Caps, permitindo que o usuário viva a cidade e esta reconheça a presença cotidiana da loucura em suas ruas, praças e cantos? (FERREIRA *et al.*, 2017, p. 382).

Pensar a prática cotidiana de cuidado no território é assumir a vida fora dos circuitos de institucionalização e afirmar uma produção de vida que prioriza a reinserção social do sujeito na comunidade. Este tipo de discurso tem adquirido notoriedade, vindo a ser considerado peça fundamental no debate acerca de um modo de lidar com a loucura que alcance as necessidades para a mudança de paradigma no cuidado em saúde mental (FERREIRA *et al.*, 2017; ALVARENGA; DIMENSTEIN, 2006).

Uma assistência integral e resolutiva, por ser de extrema importância, exige que se valorizem ações de superação do modelo de cuidado em hospícios, pois, nessas instituições, as terapêuticas utilizadas implicavam a privação da liberdade. Em contraposição a esse modelo, é preciso fortalecer “sobretudo, a construção efetiva de redes de cuidado entre os serviços e entre diferentes equipamentos sociais, envolvendo a cidade com suas diferentes e potentes estratégias de cuidado” (AMORIM; DIMENSTEIN 2009, p. 202). Num contexto de tratamento *extramanicômio*, próprio território de vida do paciente, o cuidado em saúde mental passa a ser provido entre ele, sua família e os profissionais dos serviços comunitários. De acordo com Cardoso e Galera:

A demanda de cuidado em saúde mental não se restringe apenas a minimizar riscos de internação ou controlar sintomas. Atualmente, o cuidado envolve também questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, relacionadas à convivência com o adoecimento mental. Tal cuidado é cotidiano e envolve uma demanda de atenção nem sempre prontamente assistida, devido a inúmeras dificuldades vivenciadas tanto pelos pacientes e seus familiares, quanto pelos profissionais e a sociedade em geral, tais como: escassez de recursos, inadequação da assistência profissional, estigmatização, violação de direitos dos doentes, dificuldade de acesso a programas profissionalizantes, etc. (2011, p. 688).

Ferreira *et al.* (2017) e Alvarenga e Dimenstein (2006) destacam os desafios impostos ao processo da reforma psiquiátrica e aos atravessamentos

vivenciados nessa luta. Considera-se essa reforma um processo ainda inacabado na luta antimanicomial; de fato, ainda se encaram, de forma latente, ações manicomiais no dia a dia da Raps, fato que gera angústia ao se pensar em como produzir autonomia num ambiente em que ainda se topa certa confusão na relação cuidado *versus* tutela. Mesmo que os serviços de atenção psicossocial substitutivos nos manicômios sejam da ordem da demanda de políticas nacionais a humanização do cuidado, não necessariamente a garantem (GARCIA, 2011). Para Guedes *et al.*:

É necessária, a desconstrução em primeiro lugar de um manicômio escravizador e que permeia até hoje em nossa sociedade, o manicômio mental, aquele silencioso, mas que destrói essas novas formas de pensar. Não adianta querer construir várias estratégias de cuidar em liberdade, se na mente e nas atitudes dos profissionais de saúde mental ainda estão impregnadas ideias que remetem ao preconceito e ao estigma da loucura (2010, p. 522).

A reforma sanitária brasileira, a reforma psiquiátrica e a criação do SUS foram determinantes para se pensar o cuidado de saúde como o conhecemos hoje, o do *Modelo da Atenção Psicossocial e da Clínica Ampliada* (NUNES *et al.*, 2008). Todo processo histórico de mudanças no paradigma da saúde é apresentado no texto com o intuito de contextualizar o leitor quanto à importância da manutenção da discussão acerca do tema, tanto no cotidiano do serviço, nos espaços de luta, quanto em pesquisas para se avaliar esse novo modo de cuidado. Esta discussão é importante para os que atuam com a educação física; é igualmente para que toda tensão provocada pelo novo modelo possa ser adequadamente avaliada.

2.6 CONCEITOS DE AUTONOMIA E EMPODERAMENTO NA SAÚDE MENTAL

A orientação do trabalho em saúde mental, segundo alguns autores (HIRDES, 2009; ALVES, *et al.*, 2013; ALMEIDA *et al.*, 2010), é regido pelos conceitos de autonomia e empoderamento, destacados no tópico anterior (2.3), que se apoiam em leis e portarias do serviço de saúde pública no Brasil.

Um dos maiores objetivos da reforma psiquiátrica é a retomada da cidadania dos que são considerados loucos e incapazes. Ações que se propõem esse objetivo são de extrema importância para garantir um cuidado

mais humanizado a essas pessoas. No campo da saúde mental, Jorge *et al.* complementam:

a autonomia como dispositivo do cuidado integral é o resgate da cidadania dessas pessoas, buscando a autoestima, o poder contratual e o autocuidado, tendo como pilar o projeto de vida de cada usuário do CAPS. É preciso trabalhar as incapacidades, as necessidades, os medos, as angústias e os sonhos desses indivíduos para que possam, um dia, voltar a gerenciar suas vidas (2011, p. 3.058).

Campos (2003 apud CAMPOS & CAMPOS, 2012, p. 734), consideraria uma nova clínica estimuladora da autonomia quando ampliada e compartilhada se:

[...] trabalhasse com avaliação de riscos nas várias dimensões, uma clínica preocupada com a complexidade do caso-a-caso e a complexidade das intervenções nos coletivos contemporâneos.

Seria, assim, uma ferramenta importante no cuidado em saúde mental, algo que requer mais que fórmulas prontas. Essa abordagem não está direcionada, *a priori*, a uma construção de autonomia padrão que poderia servir em qualquer situação, mas apoiada numa construção constante de modos de cuidado que buscam adequar-se a cada situação:

A produção de autonomia não se dá em si para si. Ocorre no encontro, nas interfaces psicossociais. Nesse sentido, esta produção está diretamente relacionada ao olhar do outro, que produzirá junto determinadas formas de estar no mundo. O acolhimento à alteridade é fundamental para que todos possam ser respeitados em suas potências singulares. A percepção de que se é capaz de produzir algo é possibilitada por meio destes diversos encontros (MORREIRA; ANDRADE, 2003, p. 265).

Ao se pensar em privilegiar ações que congreguem a busca da autonomia desses indivíduos, se está trabalhando também para que outro conceito possa ser vivenciado e oportunizado, o de empoderamento.

Barreto e De Paula (2014) destacam duas perspectivas para o complexo conceito de empoderamento: uma perspectiva *neoliberal/neoconservadora*, e, outra, *emancipatória*. A primeira prevê, em seu conceito, o fortalecimento da esfera privada e direciona a resolução dos problemas da sociedade civil a ela mesma. Os autores, porém, também destacam que na segunda perspectiva se prevê um olhar coletivo para a resolução dos problemas. O que determina a

autonomia são a coparticipação e a corresponsabilidade das partes envolvidas. Para Alves *et al.* (2013), o empoderamento está diretamente relacionado a ações que promovam “desenvolvimento de potencialidades, aumento de informação e percepção, com o objetivo de que exista uma participação real e simbólica que possibilite a democracia”.

Para os mesmos autores, o processo de reinserção social das pessoas com transtorno mental, quando perpassado pelo conceito de empoderamento, pode aumentar as possibilidades de cuidado e de socialização do indivíduo. Almeida *et al.* (2010) destacam que tal conceito significa enxergar os sujeitos como coprodutores de políticas, razão por que não pode ser considerado mera transferência de responsabilidades. Kleba e Wendausen detalham mais a função do empoderamento:

Empoderamento pessoal possibilita a emancipação dos indivíduos, com aumento da autonomia e da liberdade. O nível grupal desencadeia respeito recíproco e apoio mútuo entre os membros do grupo, promovendo o sentimento de pertencimento, práticas solidárias e de reciprocidade. O empoderamento estrutural favorece e viabiliza o engajamento, a corresponsabilização e a participação social na perspectiva da cidadania (2009, p. 733).

Carvalho (2004) pondera existirem duas noções distintas nesse conceito: o da *psicológica* e o da *comunitária*. A primeira noção é influenciada por uma perspectiva que desconsidera fatores sociais e estruturais, desconectando o contexto sociopolítico do comportamento humano. Está associada ao mecanismo de regulação social, considerada no caso de tais práticas educativas de ação como “consciência sanitária”. A noção de empoderamento comunitário compreende “processos que procuram promover a participação, visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, à eficácia política, a uma maior justiça social e à melhoria da qualidade de vida” (CARVALHO, 2004, p. 1.093). Esta noção tende a superar a questão de que as pessoas socialmente marginalizadas devam ser tratadas como dependentes e que devam ser ajudadas, socializadas e treinadas.

A perspectiva *neoliberal/neoconservadora*, apresentada por Barreto e De Paula (2014), e a *psicológica*, descrita por Carvalho (2004), trazem uma noção

de empoderamento da qual não compartilhamos neste trabalho, visto que, como apresentado nos parágrafos anteriores, tal conceito, nesses casos, desconsidera a coparticipação e a corresponsabilidade, como igualmente o contexto sociopolítico em que o sujeito vive em sua condição de saúde-doença.

Em contraponto, esses mesmos autores apresentam outras perspectivas que guardam alguma relação com as acima descritas, seja a *emancipatória* (BARRETO; DE PAULA, 2014), seja a *comunitária* (CARVALHO, 2004). As perspectivas por eles apresentadas assemelham-se, visto o fomento e a potencialização do coletivo no intuito de envolver o sujeito nas questões relativas à saúde. Este posicionamento indica, assim, que aos indivíduos não caberiam apenas a decisão de *livre escolha*, mas um sentimento de coparticipação e cooperação para o desenvolvimento de tais questões. O conceito apresentado no presente parágrafo é que orientará as discussões do presente estudo.

Os conceitos de empoderamento e de autonomia da maneira como constam das políticas de saúde e saúde mental, apesar de complexos e polissêmicos, contêm premissas importantes para o cuidado preconizado na reforma psiquiátrica: pode-se ponderar quão importante seja verificar e analisar como e se a educação física³¹, dentro de um novo modelo de atenção substitutivo, tem possibilitado a promoção de *empoderamento/autonomia* dos usuários de um Caps II.

2.7 INSERÇÃO DE OUTRAS ÁREAS DO CONHECIMENTO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A saúde mental é uma questão que demanda diferentes atores da sociedade (assistência social, educação, segurança pública, justiça, legislativo e religião). Não se pode, portanto, focar o tratamento dos que passam por um sofrimento psíquico apenas na medicalização e no modelo

³¹ Educação física que escolhe as práticas corporais, como proposta de cuidado na saúde mental.

biomédico/hospitalocêntrico. Ao se compreender e enxergar o indivíduo de forma plena e completa, não fixando o problema apenas pelo enfoque racionalista - *problema-solução*-, pode-se adotar uma nova forma para o cuidado em saúde mental. Com base nesse novo viés acerca do cuidado em saúde mental, a questão que se põe é: como é possível hoje compreender o que seja para produzi-la, considerando os atravessamentos que embargam essa área, já que tal produção é influenciada por diferentes variáveis de ordem ideológica, política, social e cultural?

As mensagens de vida ativa apregoadas pela mídia e a sociedade atravessam a lógica “universalizante” de que atividade física é boa para todos e todos devem praticar atividade física. Carvalho (2006, p. 160) destaca que, para a educação física, a biomedicina “seleciona, normaliza, hierarquiza e centraliza os saberes por meio do ‘poder disciplinar’”, não levando em consideração outras formas de conhecimento, principalmente as que tratam das ciências humanas e sociais. Esta concepção - com base na biomedicina - é considerada, atualmente, uma estratégia de controle, estimulada pela sociedade contemporânea que preza os hábitos das pessoas, seus modos de viver, o culto ao corpo belo e forte, condições consideradas normais (i. é, que não foge à ordem).

Ultimamente, porém, uma nova discussão, que contribui para as mudanças da concepção biologista, está presente no contexto da educação física (CARVALHO, 2006). Esta nova concepção se inicia na década de 1990, trazendo para a contenda da área da educação física a cultura corporal como uma nova forma de se pensar os elementos da área. Abib e Ferreira (2014) consideram como ferramenta terapêutica os elementos da cultura corporal, uma vez que tal concepção pretende contemplar o ser humano de forma mais integrada, considerando sua individualidade, seu contexto histórico e cultural, e tem por base as práticas corporais. As discussões a respeito batem com as ideias da reforma psiquiátrica e contribuem para se pensar a rotina de atividades que tratam de movimento corporal inserido nas práticas do cuidado em saúde.

Atualmente, parece ser mais adequado trabalhar nas oficinas terapêuticas em Caps uma educação física pautada na cultura corporal através das práticas corporais, já que estas valorizam as relações sociais, potencializadoras do convívio, elemento importante no tratamento em saúde mental. Além disso, Abib *et al.* (2010) destacam que essas atividades promovem um potencial vínculo de pertencimento e protagonismo do usuário, o qual, quando tem algum significado para o indivíduo, pode tornar-se um importante instrumento terapêutico.

Marcada por forte moralismo, a loucura ainda hoje é vista de forma negativa pela sociedade, o que prejudica o entendimento e o cuidado em saúde mental. Se se considerar que “pensar em produção em saúde mental é pensar em romper com o sentido de mundo que a época impõe” (LANCETTI, 1994, p. 147 apud BILIBIO, 2013, p. 122), um olhar mais atento, mas não restrito ao cotidiano das práticas de cuidado em saúde mental, pode contribuir para o entendimento dessa nova prática. Bilibio (2013) informou haver um novo momento nas práticas corporais, que permite repensar, e com elas romper, as ofertas dessa prática para a produção de saúde.

O autor (2013) destaca que ainda hoje os trabalhadores em saúde continuam, dentro do seu núcleo profissional, produzindo cuidado em base ao modelo médico hegemônico, por força dos paradigmas predominantes expressos pela força representativa dessa categoria profissional. Como, então, aplicar, nas práticas corporais, um novo modelo, o “desmedicalizador”, que se opõe aos preceitos biomédicos? Que prática seria essa? Como se podem/devem organizar as práticas corporais no cotidiano do tratamento em saúde mental?

Admitido que a loucura seja algo socialmente construído, e levando em consideração a potencialidade das atividades em práticas não pautadas apenas no se movimentar, mas em todo o contexto em que esse movimentar possa estar inserido, é possível perceber que as práticas corporais podem contribuir como instrumento para incentivar a circulação e a interação social quando utilizada de modo a envolver não só os usuários, nem apenas se reduzir ao momento e ao espaço do serviço de tratamento, mas valendo

também quando aproxima e convoca a sociedade para conhecer e acolher o sofrimento psíquico. Isto considerado, as práticas corporais, de acordo com Wachs (2008), têm como objetivo avançar em direção à integralidade e à ideia de que o exercício da educação física pode ser adotado como “dispositivo” no cuidado em saúde mental.

Apesar do pressuposto de que a educação física do Caps pode trazer imensos benefícios à população em tratamento, ainda é necessária uma ulterior investigação sobre a prática recomendada para que se possa ter o maior embasamento teórico possível. Afirma Rocha:

Apesar de os benefícios da prática de atividade física para a preservação da saúde mental serem destacados na literatura, ainda é restrita a produção de evidências empíricas sobre a relação da atividade física com fatores relacionados à saúde mental (ROCHA *et al.*, 2012, p. 872).

As pesquisas sobre o assunto são escassas e não aprofundam a resposta direta a respeito de um programa de intervenção. Num estudo que analisou a produção teórica sobre a educação física em equipes de saúde (KICH, 2013), foi relatado que apenas 17% das pesquisas têm a pretensão de analisar a inserção e a intervenção de profissionais da educação física na saúde, o que sugere que se façam novas investigações acerca do tema. Alguns estudiosos (FURTADO *et al.*, 2015; LEONÍDIO *et al.*, 2014; MIRANDA; FREIRE; OLIVEIRA, 2011; SILVA *et al.*, 2014) relatam haver uma lacuna na formação do profissional em educação física no que respeita à área da saúde mental, possivelmente por causa da reduzida produção científica que dê suporte a essa formação.

Como podem as práticas corporais influir no tratamento de pessoas com transtorno mental grave e persistente? Que significados tem essa prática para essas pessoas?

Estas e outras questões poderão ajudar a entender, através da análise das atividades de práticas corporais em Caps, como se constroem essas atividades e como são vividas no cotidiano do serviço. É igualmente bom que se analisem as potencialidades e desafios dessa prática no cuidado em saúde mental.

3 COMO PENSAR A EDUCAÇÃO FÍSICA NOS CAPS?

3.1 O CENÁRIO: CAPS MESTRE ÁLVARO

Acompanhando o que já estava acontecendo em diversas cidades do País, no bairro Barcelona, município de Serra/ES, também foi implementado um dispositivo substitutivo ao do manicômio, denominado Caps Mestre Álvaro. Este dispositivo atende a uma população estimada, em 2017 (IBGE, 2017), em 502.618 habitantes. É um cenário que atende a todos os requisitos de uma pesquisa, por apresentar, como se tem visto até aqui, seja os problemas como as práticas antigas e os esforços das propostas inovadoras, justamente na tensão entre o costumeiro e o inovador, nada mais apropriado para uma pesquisa como a pretendida.

A autora do trabalho, neste capítulo, não é apenas pesquisadora, como é personagem, carregada de teorias para confrontar com práticas, mas disposta a inovar, seguindo o melindroso de se discutir ideias, conceitos, propostas, práticas e tendências, prosseguindo por tímidas iniciativas/tentativas, meio que invadindo e confrontando com o máximo de diplomacia possível.

Como observado em “agradecimentos”, tem sido um período muito proveitoso, graças a todos os que viveram essa etapa e de alguma forma entenderam os propósitos do estudo, em parte surpresos e confrontados, mas dispostos a conferir e, no que fosse possível, endossar os ideais de movimentos como os da Reforma Psiquiátrica, da Reforma Sanitária Brasileira, conceitos como território, *desinstitucionalização*, autonomia, empoderamento e afins.

Embora profissional do SUS, vim conferir a novidade dos centros de atenção psicossocial. Conferi tratar-se, como vim teoricamente expondo, de um serviço do SUS, com atendimento aberto a qualquer munícipe de Serra/ES, a localidade escolhida para tal empreendimento. Aqui observei e conferi que os usuários do Caps Mestre Álvaro são, na maior parte dos casos, pessoas de baixa renda familiar, fator que restringe o acesso dessas pessoas a bens e

serviços em geral, e, no caso, torna ainda maior sua dependência do serviço público.

Sendo esta a situação, fica claro que esta parcela de população necessita de acesso a serviços que possam atender a seus direitos sociais. Por correlação, trata-se de pessoas, em geral, de baixa escolaridade, que moram de preferência em bairros de periferia. Não observei diferença significativa de gênero; as pessoas, todas, podem ser atendidas a partir dos 18 anos de idade.



Figura 1 – Mapa de Barcelona

Fonte: google maps.< <http://www.consultarcep.com.br/es/serra/barcelona/>

O bairro situa-se na região central do município; é de terreno plano, ruas largas e arborizadas. As ruas paralelas às principais são pouco movimentadas, e bem tranquilas. Muitas árvores ficam localizadas nas calçadas; são, em sua maioria, frutíferas (com plantas como jaca, romã, jambo, limão, goiaba, coco, acerola, manga). Há também duas praças grandes que, além das árvores, têm equipamentos de esporte e lazer (quadra poliesportiva, bancos com mesa de jogos, aparelhos de academia popular). Bem perto de uma praça há uma igreja e uma escola municipal; perto de uma outra, situa-se a unidade básica de saúde da região.

³² 10,58% de seus endereços comerciais.

< <http://www.consultarcep.com.br/es/serra/barcelona/>> Acesso em: 8 mar. 2018.

Apesar de famosa na comunidade por assaltos a estabelecimentos comerciais, as ruas, aparentemente, e a meu ver, são tranquilas. Apesar da declamada violência, pareceram um pouco mais recatadas pelo menos durante o dia e no momento de minha passagem por lá em companhia de usuários.

A rua do Caps Mestre Álvaro é perpendicular à avenida principal. O prédio - um imóvel alugado pela prefeitura de Serra - é vizinho de casas residenciais, de uma escola particular e do Samu. Era uma antiga escola do bairro. As acomodações são: três banheiros para os usuários e um banheiro para os profissionais; uma sala para oficina; uma sala para almoxarifado; um auditório; uma sala para atendimento psicológico; duas salas para guardar materiais de oficinas; uma sala de atendimento; uma sala de enfermagem; uma sala para recepção; uma sala para gerência; espaço para refeitório. A estrutura é antiga e sofreu poucas reformas significativas.

Além dos equipamentos localizados nas praças, existem outros, no bairro, vinculados ao lazer e ao esporte, tais como: um ginásio poliesportivo (próximo do centro, gerenciado pela associação de moradores); dois campos de futebol e um parquinho (gangorra, dois balanços de madeira e um de pneu pendurado a uma corda na árvore), construído pelos próprios moradores. Uma creche municipal fica ao lado do ginásio; além desse equipamento de educação, ainda existem outras escolas, públicas e particulares, de diferentes níveis de ensino.

No município existe uma área de proteção ambiental (APA Jacuném). Embora com a sede situada no bairro, abrange, além desse, mais 24 bairros³³. A sede fica próximo da Lagoa Jacuném, que, em sua extensão, também percorre outros bairros do município. A estrutura física da sede contempla uma área gramada, com árvores e horta comunitária, rodeada pela mata local. O prédio principal tem cozinha, banheiros, auditório, salas administrativas (cerca de três), sala de exposição e oficinas. Afora esses espaços, o local conta com um deck de madeira, com vista para a lagoa. Esta sede foi inaugurada pouco tempo depois do início de minhas atividades no Caps Mestre Álvaro e compreendia, em sua composição, uma coordenação pedagógica para

assuntos de educação ambiental. Aberta à visitação pública, recebeu diversos grupos escolares para ações sobre o tema do meio ambiente, com o apoio da polícia militar ambiental. Este espaço foi frequentado pelos profissionais do Caps por aproximadamente dois anos, até que o acesso foi fechado ao público em razão do surto de febre amarela nessa região, e também, posteriormente, por haver sido transformado em um batalhão da polícia militar ambiental. A partir do fechamento para o público, os profissionais do Caps não mais tiveram acesso ao local, que se tornou espaço exclusivo de atividades militares do batalhão ambiental.

O Caps Mestre Álvaro dispõe de uma equipe técnica multiprofissional, ou assim foi até setembro de 2017: uma gerente, cuja função era coordenar as atividades do serviço e gerenciar os recursos humanos; uma médica psiquiatra, uma médica clínica, três enfermeiras, duas técnicas em enfermagem, três psicólogos, duas assistentes sociais, uma professora de música, uma professora de artes, uma professora de educação física, dois auxiliares administrativos e um vigilante. Nos últimos semestres, estudantes de enfermagem de uma faculdade particular de Serra/ES, estudantes de psicologia de uma faculdade particular de Vitória/ES e estudantes de serviço social e de psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) têm feito estágio supervisionado no serviço e circularam pelas atividades do Caps durante o semestre letivo.

O atendimento realizado nesse centro é efetivado de maneira multiprofissional e tem pretensões de desenvolver atividades seguindo o modelo denominado biopsicossocial. Qualquer usuário da rede de saúde do município pode ser atendido pelo serviço por demanda espontânea, por encaminhamento de outras equipes locais dos serviços de saúde ou assistência. Para ser acolhida, a pessoa que demanda atendimento deverá ser recebida por profissionais do Caps Mestre Álvaro junto a um familiar ou a qualquer outra pessoa que possa ajudar a entender o caso. Esta conversa inicial é chamada de acolhimento; quando necessário, é repetida. Quando repetida, é chamada de avaliação, já que o caso será novamente analisado por outros profissionais da equipe para melhor compreensão da situação.

³³<http://www4.serra.es.gov.br/site/guiadeservicos/busca/258/APA%20LAGOA%20JACUN%C3%89M> . Acesso em: 3 mar. 2018.

O momento de acolhida se repetirá o tanto de vezes que seja necessário, para que se possa entender o caso e definir o melhor local para o tratamento da pessoa em questão. Quando necessário, antes da definição do destino, a discussão pode passar por uma reunião de equipe, de matriciamento, ou de rede intersetorial. Se a equipe entender que o usuário se beneficiará com a atividade no Caps Mestre Álvaro, o usuário será nele inscrito e passará a ser acompanhado pela equipe multidisciplinar e a participar de oficinas terapêuticas.

Após sua inserção no atendimento, o indivíduo começa a frequentar o Caps em regime de atenção diária, ou seja, nos dias combinados com a equipe. Dentre outros atendimentos, passará a participar das atividades coletivas e individuais propostas. Caso passe a parte da manhã, ele receberá lanche e almoço; caso fique à tarde, receberá o lanche da tarde e, se o regime de atenção compreender manhã e tarde, ele receberá o lanche da manhã, o da tarde e almoço. Para cada caso há uma especificidade na inserção; normalmente, porém, o usuário inserido escolhe junto com a equipe quantos dias e as atividades das quais irá participar, tudo na dependência da demanda individual. No próximo parágrafo, serão explicadas, em detalhe, as oficinas em que, na época da pesquisa, se realizavam as atividades no Caps Mestre Álvaro.

Na *oficina de saúde*, a enfermeira do Caps levantava um tema, ou os próprios usuários o escolhiam, para ser discutido com os presentes. Todos ficavam sentados, dispostos em círculo, e discutiam sobre o assunto escolhido, normalmente ligado a características de algumas doenças, e como preveni-las.

No *grupo de apoio*, a psicóloga e a assistente social conversavam sobre temas variados, conforme surgiam no momento da oficina.

A *oficina de cidadania* era normalmente organizada pela assistente social e tinha o intuito de discutir temas direcionados aos direitos e deveres dos cidadãos atendidos no espaço de Caps.

A *oficina sala dos contos* tinha, em geral, o manejo da psicóloga e tratava de uma atividade de leitura de textos de jornais e/ou histórias, como em contos ou pequenos textos, provocando, a partir daí, uma discussão.

O grupo denominado *grupo da gestão autônoma da medicação (GAM)* já aconteceu sob o manejo dos profissionais da psicologia, da assistência social, da farmácia, da enfermagem e da educação física. Naquele momento, o grupo era dirigido pela médica clínica, e não mais pelos profissionais da enfermagem

e farmácia. Nesse grupo, abria-se espaço à discussão de temas como uso de medicações psiquiátricas e demais condições que afetavam os usuários da saúde mental. Todas essas atividades eram realizadas em uma sala de oficina em que os usuários e profissionais ficavam sentados em círculo.

A *oficina de música* era realizada na sala de oficina pela professora de música e compreendia uma atividade musical, como tocar instrumentos e/ou cantar músicas escolhidas pelos próprios usuários.

A *oficina de bingo* seguia a atividade de música; realizava uma brincadeira de bingo com alguns brindes doados pelos próprios usuários e pelos profissionais.

A *oficina de passeio* acontecia quinzenalmente, alternada com dias de planejamento do local do destino do próximo passeio. A ida era por transporte em parceria com outro Caps do município, enquanto a volta sempre se fazia de ônibus da Transcol. Esta oficina era conduzida por profissionais da psicologia, da enfermagem e também do serviço social.

A *oficina de artes manuais* é um espaço para realização de atividades diversas como, por exemplo, pintura e desenho em papel sulfite, artesanatos confeccionados com palitos de madeira, chaveiros de feltro, dentro diversos outros. A atividade em questão se fazia sob a supervisão da professora de música.

Na *oficina de clipes musicais*, todos os profissionais participavam da atividade, realizada com a escolha, pelos usuários e profissionais, de músicas em *clipes*, transmitidas por computador e projetadas por *datashow* em uma parede em um espaço na entrada do centro. A professora de artes organizava atividades, como confecção de desenho e pintura em camisas, passeios temáticos, confecção de obras de arte para exposição, dentre outras atividades. Esta era a denominada *oficina de atividades artísticas*.

A *oficina de práticas corporais* era dedicada a atividades como caminhadas, passeio pelo bairro e jogos coletivos realizados no ginásio, atividades realizadas fora do espaço físico do serviço, então sob minha orientação na qualidade de professora de educação física do local. Antes da minha chegada também aconteceu oficina de futebol com o psicólogo. Uma

atividade de dança livre era realizada pela assistente social na sala de oficina do centro, e uma outra de dança circular, proposta pela terapeuta ocupacional que então passava ali um breve período.

Reuniões de equipe do CAPS Mestre Álvaro e intersetoriais, como matriciamento, ou de rede, também eram de competência da equipe de saúde mental que atendia no Caps Mestre Álvaro. Essas reuniões aconteciam semanalmente no próprio prédio do Caps e envolviam a maior parte da equipe. As de matriciamento tinham como característica encontros mensais com um ou mais profissionais do Caps com representantes das equipes regionais em saúde mental para a discussão de casos. As reuniões de rede também aconteciam mensalmente; delas, porém, também participavam outros setores de atendimento da prefeitura, como os de educação e assistência social.

Às 8h00 da manhã, abriam-se os portões para atendimento ao público. Os usuários do serviço também entravam e normalmente seguiam para o café da manhã, entre 8h00 e 8h40. Dez minutos após o encerramento do café da manhã, percorríamos o espaço do Caps anunciando que a primeira atividade do dia iria começar. Se fosse às terças e quintas, os convidávamos para uma caminhada ou passeio; se fosse às quartas e sextas, seria uma atividade de jogos e brincadeiras no ginásio do bairro. Alguns usuários então saíam conosco do Caps e outros ficavam; logo em seguida, iniciava-se a próxima atividade com outros profissionais. Quando do retorno, comia-se uma fruta; os que estivessem comigo, inseriam-se, ou não, em alguma atividade que acontecia no local.

Após o meu manejo nas atividades de práticas corporais, retornava para o serviço e continuava o trabalho, realizando outras atividades, como atendimento ao público, atenção diária³⁴, acolhimento, atendimento familiar, atendimento a usuário de referência³⁵, dentre outros.

³⁴Atenção Diária no Caps Mestre Álvaro: cada dia da semana, um ou dois profissionais são responsáveis pelo manejo das questões que perpassam o dia a dia do local.

³⁵Cada profissional tem cerca de 12 a 14 usuários que passam a ser sua referência para atendimentos diversos no Caps. O papel do profissional de referência é acompanhar o usuário, acolher suas demandas; normalmente, é aquele que tem maior vínculo com a pessoa.

As atividades no Caps Mestre Álvaro previam um atendimento multiprofissional que visava a uma atenção e cuidados em saúde mental a partir do modelo biopsicossocial de atenção à saúde; requeria, portanto, manejo para além daquele restrito à estrita atuação profissional.

3.2 ENREDO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO/DO CAPS MESTRE ÁLVARO

Neste subtópico, a intenção é apresentar minha proposta de atuação profissional em educação física no Caps Mestre Álvaro. Nesse ensejo, demonstrarei o meu percurso de embasamento teórico, meu manejo em relação à prática profissional e às dificuldades encontradas no trabalho em saúde mental.

Pelo contato com o tema do cuidado em saúde mental e, especificamente, com o da relação que a educação física tem nesse campo, encontrei diversos trabalhos (WACHS, 2008; FERREIRA, 2013; DAMICO e BILIBIO, 2015) que o valorizam, sem distinção de núcleos profissionais ou preferência por algum deles, antes enfatizando um trabalho em equipe, em que o profissional não necessariamente iria atuar apenas e especificamente em seu núcleo profissional. Ferreira escreve:

As equipes multiprofissionais da Saúde Mental que efetivamente funcionam de forma integrada “rasuram” as fronteiras dos saberes dos núcleos e convocam os trabalhadores a desenvolverem projetos terapêuticos pautados, sobretudo, na produção de vida fora do CAPS (2013, p. 85).

Parece consenso que qualquer profissão para se adequar aos pressupostos do trabalho multidisciplinar em saúde mental deva desapegar-se das amarras que delimitam os núcleos profissionais. A questão que se põe é: fazer algo baseado nesses pressupostos libera os profissionais para fazer exatamente qualquer coisa e de qualquer jeito? Tudo vale?

Discutir sobre a participação do profissional de educação física dentro de uma equipe multidisciplinar e compreender que essa participação necessite ser, além de *professor tarefeiro*³⁶, já é indicativo de uma importante forma de trabalho em saúde mental. Para Ferreira (2013), o professor de educação

³⁶Ferreira (2013) considera *professor tarefeiro* aquele que se dedica apenas às atividades de seu núcleo profissional, desconsiderando maior interação interprofissional com os demais trabalhadores.

física, para poder desenvolver boas atividades em saúde mental, precisa se compreender como *professor compositor*, ou seja, como quem compõe a equipe e participa de todo o processo de cuidado. Acredito, porém, ser necessário alertar para a seguinte questão: como ser professor compositor sem uma formação que contemple a temática?

Quando iniciei minha participação na equipe, eu desconhecia a estrutura e o funcionamento do Caps, bem como todo o contexto que envolve a saúde mental, além do papel da atuação que me caberia como profissional da educação física. Para tanto, busquei conhecer e compreender esse tipo de atividade através de diversos atores sociais, como os profissionais de Caps, e, por meio da internet, de outros professores, usuários e familiares de usuários do serviço; também trabalhei com buscas em bancos de dados de artigos científicos e em diversas obras sobre o tema. Já que em minha formação não tive qualquer contato com esse campo, busquei por si só o que eu achava necessário conhecer para poder realizar o trabalho em saúde mental.

Ao me integrar às atividades fora do meu núcleo profissional, fui tentando aprender, no dia a dia, como o serviço poderia ser realizado. Em nenhum momento da minha formação profissional tive qualquer contato com a temática da educação física em saúde mental ou em saúde coletiva. Portanto, palavras como acolhimento, atendimento familiar, matriciamento, reuniões de rede, além de não fazerem parte da minha língua, ainda constituíam uma nova atividade profissional que eu jamais imaginaria ter que realizar, além de não fazer ideia do que fosse. Na prática, perguntando a outros profissionais, lendo sobre, e pelo método de tentativa e erro fui cada vez mais me apropriando das maneiras de desenvolver essas atividades. Percebi-me, antes mesmo de ler Ferreira (2013), de grande utilidade no esforço de ser uma *professora compositora*.

Para tanto, restava-me ainda muito para pensar e desenvolver as atividades pertinentes ao núcleo da educação física. Percebi, nesse momento, ser suficiente apenas escolher alguma prática e propô-la; era necessário pensar também como se encaixaria na rotina do serviço e como seria desenvolver algo que fosse coerente com o referencial teórico entendido como

pertinente: desenvolver práticas corporais baseadas no conceito de cultural corporal.

Após estudar sobre as atividades específicas do núcleo da educação física, decidi, na reorganização da rotina, manter a atividade que já acontecia, e até propus outras. A atividade que existente era a caminhada, realizada das terças às sextas-feiras pela manhã, que consistiam na atividade de ir até a praça do bairro e permanecer lá por algum tempo (relato de usuários e profissionais). Através de conversas com usuários e profissionais, percebi que essa atividade, além de ser de fácil aprendizado, também era uma atividade de que eles muito gostavam. Compreendi também, porém, que se não levantássemos a questão de se conhecer outras atividades e se não se incentivasse a pensar outros tipos de caminhada, havia o risco de tudo continuar para sempre do mesmo jeito. Aos poucos, ao tempo em que começava a entender o que era e a como lidar com o transtorno mental, percebi as características do grupo: alguns usuários, mais comprometidos e necessitados de maior atenção; outros, mais autônomos, compreendiam com facilidade alguma proposta. Nos primeiros encontros, ao longo da caminhada, houve concordância de parte dos usuários em se realizar outras atividades, além de apenas caminhar até a praça. A partir daí, o que fazer?

A mudança ocorreu pelo fato de às terças e quintas, antes de sair, planejaríamos o roteiro a percorrer, normalmente com destino final na praça do bairro, no ginásio, ou na APA Jacuném³⁷, ficando combinado que nesses locais se realizaria alguma atividade lúdica e/ou recreativa. A *oficina de caminhada* pelo bairro Barcelona caracterizava-se como uma atividade de passeio, visto que nessa ocasião não era fundamental variar os treinamentos desportivos, nem havia necessidade de roupas específicas para a atividade. Percebi que fatores como a variabilidade de condições físicas e de frequência da oficina (apesar de programada duas vezes na semana, vários usuários a frequentavam apenas um ou outro dia) davam outro tom à atividade de caminhar, não sendo apropriado, assim, estimular e exigir uma oficina de

³⁷ Área de proteção ambiental localizado na Lagoa Jacuném, no Bairro de Barcelona na Serra-ES. No local está a sede administrativa da secretaria de meio ambiente, posto da polícia ambiental e local de ações da educação ambiental.

caminhada em grupo comum. Esta situação, porém, angustiava-me, já que parecia que eu estava fazendo pouco, e o pouco que eu fazia como profissional de educação física não faria diferença.

Procurei a associação de moradores do bairro Barcelona, que prontamente nos autorizou a realizar atividades no ginásio do bairro, sob sua administração. Isto nos possibilitou realizar outros tipos de atividades, como *futsal*, queimada, vôlei, piques, *rugby* e a capoeira às quartas e sextas-feiras. A parceria com a associação de moradores foi extremamente importante, por garantir um espaço minimamente adequado junto à sociedade para realizar essas outras atividades. Digo isso porque, antes de dispor desse espaço, tentei realizar a mesma atividade nas praças, de todo desconfortável por conta ou do sol forte, ou da chuva, além da irregularidade do terreno e da falta de equipamentos, como traves e cestas. Tanto em razão das condições físicas e técnicas diversas dos usuários, da rotatividade na participação e das condições materiais, todas as atividades eram realizadas de forma adaptada (no sentido de regras, duração, volume e intensidade), devendo-se adequar às condições existentes. Pouco a pouco, o interesse, a participação e adesão nas atividades foram aumentando.

Quando cheguei ao Caps Mestre Álvaro, deparei-me com a seguinte situação: nas tardes de segunda-feira, o psicólogo levava alguns usuários do serviço para jogar futsal no ginásio. Com a minha chegada e a minha disponibilidade de acompanhá-los ao ginásio, porém, essa atividade coletiva passou a ser manejada por mim às segundas e quartas pela manhã. Na época dessas mudanças, realizamos um passeio a um campeonato de *rugby* em *cadeira de rodas*³⁸. Muitos passaram a conhecer essa modalidade. Propus, então, que experimentássemos esse esporte em uma variação da atividade. Portanto, junto ao *futsal*, essas duas atividades foram as primeiras de caráter coletivo realizadas no ginásio. A princípio, participavam de dois a quatro usuários. Como, atualmente, o número está por volta de oito a doze usuários,

³⁸“É considerado atualmente uma das principais modalidades paralímpicas devido ao grande dinamismo do jogo [...]. [...] Rugby em Cadeira de Rodas é para atletas com deficiência física, porém com alto grau de comprometimento, sendo, no mínimo, três membros em nível neurológico ou amputação e deformidades nos quatro membros.” Acesso em: 4 abr. 2018, disponível em <http://rugbiabrc.org.br/modalidade/>. Site da Associação Brasileira de Rugby em Cadeira de Rodas.

tenho proposto outras atividades, tipo vôlei adaptado, queimada, pique-pega, capoeira, basquete. Alternamos o tipo de jogo, embora o atualmente combinado seja a capoeira, programada para cada quinze dias, sempre acertada com os usuários a atividade da semana seguinte.

Realizamos, esporadicamente, atividades de passeio ao parque da cidade. Recentemente, realizamos uma visita ao Projeto Capoeira Ufes, em uma manhã de terça-feira, e fomos recebidos pelo professor de capoeira do Grupo Beribazu, o instrutor Lua, que realizou, com seus alunos, uma atividade especialmente para a visita do nosso grupo. Percebi ter sido a adesão maior que o normal, já que cerca de vinte usuários participaram do passeio e que o contato com essa atividade despertou, em outro espaço, maior desejo nos usuários em conhecer mais e realizar a capoeira no Caps.

Até chegar à conformação atual das atividades de caráter corporal, tivemos que superar muitos momentos de tensão. A princípio, a minha inexperiência no campo da saúde mental me limitava a pensar como o núcleo profissional da educação física sob minha responsabilidade poderia contribuir e como eu deveria ou poderia manejar uma atividade no local. O fato de não entender nada de psicopatologia parecia-me fundamental para explicar tanto a crise de identidade quanto a profissional nesse serviço. Apesar de ainda hoje ter plena consciência de que não tenho total domínio sobre o assunto, o hábito das leituras sobre o tema e as discussões com os outros profissionais sobre as características dos transtornos me passaram maior segurança e entendimento relativamente ao manejo das atividades. Assim, passei a compreender melhor o que poderia acontecer de estranho ou inesperado durante a atividade.

Além disso, havia certa resistência dos próprios usuários a práticas que demandavam esforço físico. Muitos reclamavam da atividade porque iriam se sujar e suar, e não haveria como tomar banho e se limpar; outros, por não terem qualquer interesse, ou por não acreditarem que haveria algum benefício com a prática. Em relação à equipe, apesar de todo o apoio da gerência, principalmente no início da minha atuação no Caps Mestre Álvaro, senti certa resistência.

A educação física no Caps Mestre Álvaro apresentada neste subtópico foi, e ainda está sendo, vivenciada diariamente num processo constante de construção e modificação dentro da rotina do serviço, tanto em razão de imprevistos do momento, quanto pelo próprio processo de pesquisa ali realizado.

3.3 ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA

Com o intuito de conhecer e entender melhor a inserção no cotidiano e as implicações das práticas corporais no campo da saúde mental, é necessário considerar os aspectos subjetivos do indivíduo, já que neste estudo se tem, ponderado a complexidade humana, as práticas corporais, e não somente o fator biológico associado. O conceito de saúde atualmente discutido na Política Nacional de Promoção da Saúde e nas Diretrizes do SUS, que o levam em consideração como ato fundamental na prática do cuidado, compreende, na formação da pessoa, influências internas (histórico-culturais do próprio indivíduo) e externas (modo de se relacionar com o mundo e com outros e a cultura). Tais influências, na construção desta pesquisa, afetam a visão do estudioso. Para intento desses parâmetros, foi aqui utilizada a pesquisa-intervenção com inspirações no método cartográfico.

Tal método contempla um caminho rico para se explorar ambientes de imprevisibilidade e constante invenção. Neste sentido, pesquisar não tem como objetivo caminhos fechados e exatos. Pelo contrário, como escrevem Passos & Barros (2012), é o próprio cotidiano que ditará o ritmo e indicará as trilhas para a pesquisa. Será caminhando que saberemos o caminho, conhecendo que poderemos intervir; a intenção é transformar para conhecer.

Por levar em consideração o contexto de intervenção em saúde mental, as peculiaridades de se pesquisar nesse ambiente e os aspectos subjetivos do indivíduo, o acompanhamento dos processos que perpassam a clínica do *oficinar* em uma instituição de cuidados em saúde mental, no caso o Caps II, foi adotada a proposta inspirada na atividade cartográfica. Por meio de registros, como diários de campo profissional das oficinas de práticas corporais, procedeu-se à apropriação das informações que caracterizarão o objeto de

estudo em análise. Todos os registros aconteceram durante o período da pesquisa e estão ligados ao cotidiano de minhas atividades como professora de educação física, demonstrando então o meu olhar profissional.

Para registro das atividades do meu cotidiano profissional na área da educação física no Caps, lancei mão de diários de campo. Para a realização de tais registros, foram determinados os itens a seguir, como: descrição das atividades; participação dos usuários; minha participação profissional nas oficinas de práticas corporais; impressões; questões e qualquer tipo de informação considerada necessária, conveniente e que chamasse a atenção para a pesquisa. Para relato das atividades necessárias à realização da presente pesquisa, substituí os nomes reais por fictícios, no único intuito de preservar a identidade dos participantes.

O método utilizado permite ir além do processo comum, já que abre ao pesquisador um caminho de múltiplas possibilidades, pois a cartografia é um “acompanhamento de percursos, implicação em processos de produção, conexão de redes ou rizomas” (PASSOS *et al.*, 2012, p. 10). Fator importante, uma vez que a pesquisa é o resultado de um complexo processo de trabalho.

Wachs (2008), Machado (2011), Ferreira (2013) e Damico & Bilibio (2015) são autores que recentemente levantaram a discussão a respeito da área da educação física e das práticas corporais no cotidiano do tratamento em saúde mental. Eles apontam algumas questões importantes para o campo acadêmico e profissional, e que, no caso desta pesquisa, podem ajudar a problematizar o dia a dia cartográfico. As questões principais para Wachs (2008, p. 53) são:

Que intervenções e manejos do professor de educação física são necessários?

A atividade em si alcança o objetivo?

Situar as práticas corporais em teoria mais ampla, qual seria?

Como fugir das teorizações normatizantes?

Quando o professor de educação física propõe alguma prática corporal, o que espera alcançar com isso?

As problematizações de Machado (2011, p. 19) giram em torno das questões que dizem respeito a como educamos os corpos, como práticas de educação física:

Que ‘corpos’ desejamos educado?

Corpos em movimento, corpos em forma, sob uma forma, em formação de si?

“Que práticas de saúde realizadas num serviço como o CAPS são concernentes ao núcleo profissional da educação física? (MACHADO, 2011, p. 35).

Para Ferreira (2013), a questão se concentra na dualidade *professor tarefeiro* e *professor compositor*, já explicado anteriormente. Para Damico e Bilibio:

É muito comum em nossas ações cotidianas de ensino-aprendizagem [...] encontramos ansiosos professores de Educação Física recém-formados, que se manifestam dizendo o seguinte: *como devemos, de fato, intervir nos serviços de saúde mental? O que fazer (e de que modo fazer) ‘na prática’? Quais são as especificidades das propostas da educação física para tal espaço?* (2015, p. 55).

Estes últimos autores destacam a questão de valorizar tanto uma singularização (ao invés da especificidade do núcleo profissional), quanto a ruptura da fronteira entre as profissões. Além disso, destacam o encontro intercessor como ponto fundamental da atuação do núcleo profissional da educação física, bem como de outras áreas, como a música e a arte. O ato de saúde, como encontro intercessor, estaria ligado à qualidade relacional proporcionada por esse encontro. Segundo Damico e Bilibio (2015, p. 82), tal encontro tem a ver com a alteração dos “modos de pensar-propor-fazer determinados elementos das práticas corporais [...]”. Essa “qualidade intercessora potente nos atos terapêuticos está presente no núcleo da Educação Física”. Considerando esta proposta e as questões levantadas pelos demais autores, pergunto: Como foram vivenciadas a educação física e minhas ações profissionais como professora de educação física no Caps Mestre Álvaro, ponderando o propósito da *desinstitucionalização*?

O encontro intercessor diz respeito ao desenvolvimento de atividades e ações de acordo com as necessidades do dia a dia, que podem ser de diversas

ordens. Os autores destacam também que o profissional deve ser inventivo e privilegiar a situação em questão para pensar o que mais fazer de fato do que apenas agir de acordo com protocolos e normas. Apesar de conter uma importante discussão acerca do *modus operandi* de se lidar na saúde mental, os autores avançam na discussão de movimentos do cotidiano; esse avanço, porém, ainda deve continuar e ser aprofundado, principalmente nas relações e problematizações desse momento intercessor.

Todas as questões apresentadas mostram muitas mudanças em se pensar a educação física na saúde mental; porém, ainda se faz necessário discutir a atuação profissional, problematizando mais questões do dia a dia profissional para se avaliar como, na prática, essas pistas e questionamentos possam ajudar a se pensar o trabalho na saúde mental em base às ideias das práticas corporais e como possam contribuir de fato em casos específicos. Pretendo relacionar essas pistas e problematizações com situações do meu cotidiano de trabalho para que se possa ampliar a discussão sobre a atuação profissional em educação física nos Caps.

Devo enfatizar que essas questões tiveram caráter norteador, não compondo elemento delimitador da problematização apresentada durante o percurso da pesquisa. Esta não se limitou a analisar as oficinas de práticas corporais, e seus frequentadores. Pretendi observar todo o cotidiano, com usuários e outros profissionais que direta ou indiretamente participaram das oficinas de práticas corporais. Este projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), com o parecer nº 2.333.715, e da Secretaria Municipal de Saúde do município de Serra (Sesa/Serra-ES), e processo nº 58.106/2017.

4 CONSTRUINDO UMA EDUCAÇÃO FÍSICA NO/DO CAPS

A ideia de cuidado, apresentada como pano de fundo no decorrer desta dissertação, é atravessada pelo histórico da construção da política de saúde no Brasil, como também pela visão que a sociedade tem do indivíduo com transtorno mental, necessitado de cuidados em saúde.

Os usuários do serviço de saúde mental parecem ter o exercício do direito de ser cidadão³⁹ aprisionado, ao longo do tempo, pela instituição da loucura, apesar de a lei da Reforma Psiquiátrica, uma vez implantada, não permitir a abertura de novos hospícios e apesar de ter havido, desde então, maior incentivo à produção de cuidados em serviços substitutivos a este que, de maneira geral, ainda continua de difícil aceitação entre os direitos sociais dessas pessoas. Emerich *et al.* escrevem:

Torna-se fundamental que a temática dos direitos seja retomada e problematizada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, sob o risco de este catalisador e alicerce de seu movimento tornar-se apenas retórica, presente nos textos e discursos, vazio de sentido na vida dos usuários. Pensar a democracia psíquica extrapola o campo da saúde mental, comprometendo-nos com a construção de uma democracia social (2014, p. 694).

Por se considerar que todo esse processo de mudança ainda está em construção, não se deve esquecer que houve alguns avanços, que merecem destaque. O Artigo 10º da PNPS (2014), que trata de temas prioritários em seu texto, é um dos documentos que oficializam a oferta da educação física no SUS e, por consequência, também nos Caps⁴⁰. Ou seja, apesar das várias dificuldades, e até mesmo da resistência ao novo modelo, pode-se observar que a inserção da educação física na saúde pública demonstra que algo tem mudado em relação a não privilegiar apenas as áreas tradicionais da saúde.

No item III desse artigo, é destacada que deve ser solicitada

³⁹“Ser cidadão significa ter direitos e deveres. Na proposição da cidadania, todos os homens são iguais perante a lei e cabe a todos o domínio sobre o seu corpo e sua vida, o acesso a um salário, o direito a educação, saúde, habitação e lazer, o direito de expressar-se livremente e o de participar de movimentos sociais; enfim, todos têm o direito de ter uma vida digna como ser humano” (SALLES; BARROS, 2014, p. 1276).

⁴⁰A Educação Física é uma área prevista para compor equipes de Saúde Mental, porém não faz parte da equipe mínima obrigatória. Desse modo fica optativa a presença da Educação Física nos Caps, a depender do Projeto Terapêutico do Serviço.

Práticas corporais e atividades físicas, que compreende promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, dentre outras práticas

A *desinstitucionalização* e os conceitos de autonomia e empoderamento vêm permeando este texto e, de certa forma, direcionando a pesquisa sobre modos de se fazer a educação física. Tais modos serão confrontados com a realidade em que essa área do saber está inserida na saúde mental. Para tanto, destaco alguns trechos do diário de campo da minha atuação no período em que fui professora de educação física do Caps Mestre Álvaro. Também transcrevo trechos de leis, portarias e manual que regem o modelo voltado à reforma psiquiátrica, em que são citados modos de se fazer trabalho em saúde mental, particularmente em relação à educação física.

Ao revisitar os diários de campo, construí duas categorias para análise, sendo elas: “A Interação com a comunidade” e “Práticas Corporais no Caps Mestre Álvaro”. Pretendo, a partir destas categorias, problematizar tais questões para interpretar a atividade da educação física na saúde mental (registrada em diário de campo), especificamente no Caps Mestre Álvaro de 2015 a 2018, a partir dos documentos oficiais que orientam o cuidado em saúde mental. Esses temas serão apresentados com maiores detalhes nos próximos tópicos.

4.1 INTERAÇÃO COM A COMUNIDADE

De acordo com o Ministério da Saúde, é ponto fundamental para a reforma psiquiátrica o desenvolvimento de “atividades comunitárias: atividades que utilizam recurso da comunidade e que envolvem pessoas, instituições ou grupos organizados que atuam na comunidade” (BRASIL, 2004, p. 21). Em sua dissertação de mestrado, Machado (2011), ao analisar sua prática de educação física na saúde mental, afirma ser no encontro com as pessoas na rua que as práticas começam a fazer sentido. Para se produzir saúde, e trabalhar pelo viés da humanização, faz-se necessário proporcionar o encontro com a alteridade (CECCIM; MERHY, 2009). No artigo 4º da PNPS (BRASIL, 2014), são adotados, como princípios: III – a autonomia e IV – o empoderamento.

Destarte, já que para a reforma psiquiátrica temos como conceitos centrais os de autonomia e empoderamento, e que também temos como base para isso a *desinstitucionalização*, irei analisar os diários de campo por mim produzidos, que expressam o esforço de produzir saúde mental a partir do encontro e convivência da loucura com a sociedade no bairro de Barcelona, em Serra/ES. Assim foi construída a categoria “A Interação com a comunidade”.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) publicou um manual para fornecer maiores esclarecimentos a usuários, gestores e trabalhadores sobre o que seriam os Caps. Esta publicação deixa transparecer a relação da estrutura física disposta no território para uma busca de interação permanente com as equipes da rede básica de saúde, equipamentos de lazer e a comunidade em geral. Pode-se destacar o objetivo do Caps, que é “[...] desenvolver fora do serviço como parte de uma estratégia terapêutica” (BRASIL, 2004, p.18), o que consiste em tentar manejar atividades que potencializem o convívio na e com a comunidade. A política nacional de saúde mental (BRASIL, 2001), que trata da garantia de direitos ao portador de transtorno mental, em seu artigo único, no item IX, destaca que a pessoa deve ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Ao se pretender trabalhar em conformidade com os ditames da reforma psiquiátrica, é necessário propor vínculos que compreendam os recursos do território, dentre outros serviços e instituições.

As atividades por mim propostas passaram a ter como direcionamento a construção de ações de potencialidade, respeitando a singularidade e a pluralidade dos sujeitos. Pensando em trabalhar a educação física no território, a maior parte de minhas ações consistiu em circular pelo espaço do bairro Barcelona e também em outros bairros.

Tal entendimento, contudo, não é necessariamente consensual. Leonidio *et al.* (2013), por exemplo, acham que a educação física (profissional e área do saber) não teria espaços adequados no serviço para suas funções específicas; são de opinião que para superar essa dita limitação haveria de se buscar parcerias com a comunidade e outros equipamentos sociais. Esta interação estaria prevista numa portaria do Ministério da Saúde, intitulada *Saúde mental no SUS*, que afirma que a “intersectorialidade deve permear a rede de saúde

mental por meio da pactuação com outros dispositivos, inclusive além da saúde”. O posicionamento dos autores frente a esta situação contrapõe-se ao que exponho aqui, pela visão de uma relação essencial entre Caps e equipamentos sociais e comunitários, o que permite uma leitura de não imprescindibilidade de espaço físico dentro do serviço para desenvolver a terapêutica da educação física.

Vale ressaltar que outras atividades realizadas por outros profissionais também tinham caráter de circulação pela cidade. Um exemplo disso é o da *oficina de passeio*, manejada por profissionais das áreas da enfermagem, da psicologia e do serviço social, que promoviam atividades que potencializavam o encontro com a sociedade⁴¹. Percebi, no período em que trabalhei no Caps de Serra, vários encontros muito significativos para o cuidado em saúde mental. Aqui também relato alguns percalços então registrados e que levam a loucura ao encontro da sociedade pode nos trazer diversas questões

Vale ressaltar que, apesar de o posicionamento da equipe ter sido majoritariamente favorável a atividades que incluíssem a circulação do indivíduo pela cidade, sempre havia divergências a respeito. Antes da minha entrada no serviço, já havia atividades desse cunho, que eram manipuladas principalmente pela arte-educadora e pelo psicólogo. Na época em que me inseri no Caps, ainda havia uma grande tensão em relação aos desdobramentos que poderiam surgir com os passeios. Alguns profissionais defendiam que o risco que se tinha de sair com os usuários era muito grande e que era mais prudente mantê-los em oficinas dentro do Caps. Em contraposição, outros já apostavam que os riscos não eram maiores que os benefícios. Eu me identifiquei com o segundo grupo, e segui. Esse tema ainda permanece em debate no cotidiano do Caps e nas reuniões da equipe.

Como descrito anteriormente, às terças e quintas-feiras realizávamos uma oficina de “caminhada passeio”. Pelo fato de andarmos pelo bairro, nos deparamos com uma cena de idosos jogando vôlei no ginásio ao lado da Associação de Moradores do Bairro, que também fica ao lado do Centro de

⁴¹ Apesar de nem todos os profissionais se disporem, pelas mais diversas razões, a realizar atividades fora do Caps, esse tipo de situação não se restringia ao núcleo da educação física.. Antes mesmo da minha entrada, já havia muitas outras movimentações neste sentido.

Convivência para a terceira Idade. Desse encontro surgiu uma situação que destaco a seguir:

Uma das participantes do vôlei veio nos convidar para um joguinho com eles; prontamente, vários usuários levantaram e jogaram. Alguns voltaram pro Caps e outros continuaram assistindo. Os que ficaram, convidei para entrar no jogo e alguns entraram. Percebi que foi muito bom; eles pegaram rapidamente o modo de jogar e percebi que ficaram à vontade e gostaram bastante. No final, o Antônio (idoso) agradeceu a nossa participação e o André respondeu dizendo “Muito obrigado, gostei muito”. Ana Mara os convidou para jogarem conosco na sexta-feira. Saí da atividade me sentindo muito bem, talvez mais até que os usuários; eu vi muita alegria nesse momento de jogo com os idosos (Diário de Campo, 4 ago. 2016).

A Política Nacional de Saúde Mental afirma, no primeiro parágrafo, que “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (BRASIL, 2001). Caminhar pelo território nos proporcionou conhecer uma atividade local de prática corporal por um grupo de idosos da região. O fato de se escolher uma prática com características de circulação ofereceu a oportunidade do encontro com a sociedade e o ensaio para dialogar a respeito da reinserção social do sujeito com transtorno mental.

À primeira vista, o encontro relatado parece óbvio e vitorioso; dias depois, porém, aconteceu algo diferente:

Fomos realizar uma caminhada, passando pela Unidade Básica de Saúde do bairro, pela pracinha (onde conversamos sobre atividade física, esportes e alongamos...) e depois passamos no ginásio - a pedido dos usuários - para ver o jogo dos idosos, e dessa vez eles não nos convidaram para jogar. Como não fomos convidados, também não insisti e ali ficamos assistindo ao jogo (Diário de Campo, 1º set. 2016).

Não tínhamos qualquer compromisso com as pessoas que estavam lá; mesmo não jogando de fato com os idosos, os usuários permaneceram observando, conhecendo e apreciando o jogo. Nos objetivos específicos da PNPS, artigo 7º, item VII, são destacados os conceitos de empoderamento e autonomia dos sujeitos, já apresentados nos capítulos anteriores. A partir do encontro com uma situação que há anos já acontecia no bairro, e que não era de nosso conhecimento, pudemos observar que isso oportunizou um momento de discussão e permitiu aos usuários decidirem ir ou não os ver jogar. Tal situação, a meu ver, parece aproximar os indivíduos dos conceitos anteriormente expostos. Ademais, pretendo destacar que, nesse caso, não devemos levar em consideração apenas o ato de escolha, mas o contexto em que o ato está inserido. Analisando que autonomia e empoderamento podem

ser construídos conforme cada caso, pondero, partindo do princípio de que os usuários de saúde mental na maior parte das situações de suas vidas são calados em sua voz e desejos, que o simples fato de serem inseridos e valorizados, e talvez transformados em protagonistas na discussão, já se torna algo que podemos considerar positivo.

Apesar de em outras ocasiões⁴² eu ter tentado conversar com os próprios idosos e com eles negociar a parceria, não obtive êxito. Cada vez mais, a oportunidade que eu almejava transformar em nova aliança com a sociedade parecia ir “por água abaixo”. Não era obrigação deles nos aceitar; acredito, porém, que nesses momentos vivenciei um pouco da dificuldade que se tem para se pôr em prática os princípios da reforma psiquiátrica. De acordo com Furtado *et al.* (2017, p. 190), “o território revela-se como espaço de vida das pessoas, com trocas reais e simbólicas de solidariedade, mas também de preconceitos e rejeições que são construídos e sedimentados cotidianamente”. Este dado nos direciona a pensar que estigmas e preconceitos parecem ainda estar presentes na sociedade e precisam ser enfrentados para a construção do cuidado pautado na *desinstitucionalização*, o que poderia contribuir para se trabalhar o empoderamento e a autonomia dos usuários de saúde mental.

Paranhos-Passos e Aires (2013) indicam que usuários de um Caps II situado na Bahia, em seu encontro com a sociedade, a comunidade e familiares ainda sofrem situações de descrédito e discriminação. Para esses autores, o estigma de que a loucura promove incapacidade e periculosidade em seus portadores explica as dificuldades enfrentadas no território. No trecho que destaquei acima, não há relatos diretos do que se possa categorizar como atos de preconceito e discriminação; porém, o fato de eu, como profissional da educação física e profissional da saúde mental, ter tido dificuldades claras em estabelecer um vínculo maior que as visitas ao ginásio indica, no mínimo, resistência desses indivíduos ao nosso convite.

Uma professora de educação física, ao propor práticas corporais no SUS pautadas no referencial da clínica ampliada, relata, no livro *Práticas Corporais & Clínica Ampliada*, que as tentativas de interação são potencialidades. O

⁴² Voltamos várias vezes a pedido dos próprios usuários.

trecho a seguir nos ajuda a pensar sobre isso: “Percebi que a abertura para o diálogo e o interesse para a construção de um trabalho partilhado podem determinar a qualidade das relações produzidas” (CARVALHO; MENDES, 2016, p. 159). Ou seja, para se caminhar na direção de produzir, com a sociedade, encontros que possam auxiliar no tratamento dessas pessoas, é preciso mais que produzir encontros; é necessário mediar, apropriar-se completamente desse objetivo, buscando trabalhar as pessoas da comunidade. É de grande importância para as formas de relação da sociedade com os indivíduos com transtorno mental (SALLES; BARROS, 2013), e o é principalmente quando se fala em trabalhar seu empoderamento e sua autonomia, já que esse público (indivíduos com transtorno mental) historicamente enfrenta situações de violação de direitos que o prejudica perante a própria vida e a sociedade.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, como influenciadora das políticas específicas do tema dessa pesquisa, apresenta uma contribuição em relação ao redirecionamento dos serviços de saúde no sentido de uma rede maior e comunitária. É o que indica o artigo 2º, que, em sua base:

traz [...]o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação de Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social.

Desde o ano de 2014, quando comecei a trabalhar no Caps, consegui estabelecer com a Associação de Moradores do bairro Barcelona (Serra/ES) um “contrato informal” que nos garantia a utilização do ginásio local toda quarta e sexta-feira pela manhã⁴³. Esta situação corrobora uma orientação do manual disponibilizado pelo Ministério da Saúde sobre Caps, que norteia sobre as atividades comunitárias, preconizando a operacionalização de “atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições” (BRASIL, 2004, p. 17). Vivenciar essa parceria com a associação de

⁴³Não fui a primeira a utilizar esse espaço; à tarde havia um psicólogo que ia junto com os usuários até o ginásio para jogar futebol. De acordo com esse profissional, havia uma demanda por parte dos usuários e que o professor de Educação Física que estava pelas manhãs não “abraçava” essa demanda.

moradores pode ser importante para o cuidado na saúde mental, já que permite traçar estratégias terapêuticas das pessoas na relação com a sociedade.

Desde a primeira vez que entrei em contato com a Associação de Moradores para solicitar a utilização do espaço, fui bem recebida e, sem muitas delongas, tive acesso às chaves. A princípio, eu é que ia até a secretaria para buscá-las; assim, fomos criando um vínculo maior com a associação, a ponto de já não ser mais necessário que eu buscasse, ficando a cargo do usuário que assim o desejasse fazer. Observo, nesta situação, que, além da minha coordenação, o bom relacionamento entre Caps e comunidade se deu também por conta da potencial receptividade daqueles que ali nos recebiam.

A intervenção direta do movimento corporal através das práticas corporais pode não necessariamente ser o instrumento único da atuação da educação física na saúde. Esse posicionamento, mediante a atuação do profissional dessa área na saúde mental, ao reconhecer um dado contexto social, uma determinada condição ou um problema de saúde, pode tornar-se imprescindível para mobilizar encontros, os quais, quando problematizados e pensados, podem ajudar a promover saúde (CARVALHO; MENDES, 2016). Chamo a atenção, neste caso, para a seguinte situação: além das orientações de movimentos corporais necessários para se realizar determinada prática, o professor de educação física pode precisar mediar outras situações, ou nelas intervir, coisas que eu talvez pensasse nunca precisar fazer.

Percebo, portanto, que temas como política de saúde, política de saúde mental, conhecimentos básicos das características dos transtornos e aproximação com o referencial da clínica ampliada - que abraça o SUS - podem tornar-se companheiros nessa empreitada, visto que há uma especificidade de demanda para esse público. Como já apresentado anteriormente, Ferreira (2013), em sua dissertação, problematiza a atuação do professor de educação física na saúde mental como *professor tarefeiro* e *professor compositor*. Acredito, então, que ser professor compositor nessa equipe não necessariamente surge a partir da interação com outro profissional. Não necessariamente, em suas oficinas de práticas corporais, esse profissional

pode contar com a presença do outro; portanto, sua integração exige também que suas ações estejam em sintonia com o projeto terapêutico do Caps.

Na portaria 336 (BRASIL, 2002), observa-se ser importante direcionar as “atividades comunitárias, enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social”. A realização da prática corporal, no ginásio do bairro, localizado na rua principal, oportunizou um espaço de encontros para aqueles que já saíam do Caps comigo e também para os que sabiam que ali era um ponto de referência. Esses encontros podem potencializar o direcionamento anteriormente citado. Outro dia, enquanto realizávamos uma atividade de capoeira:

Um senhor de aproximadamente 70 anos foi ao ginásio e ficou observando a atividade. [...]. Ele disse que morava no bairro, que gostou da atividade e queria saber como fazia pra participar” (Diário de Campo, 20 jan. 2017).

[...] situações como essa, de transitarem pela oficina, são comuns; acredito que a oficina, se estivesse em outro local (que não o CAPS), serviria como mais um ponto de apoio e circulação no espaço da sociedade para a loucura” (Diário de Campo, 19 abr. 2017).

Alguns usuários simplesmente passaram por lá; outros ficaram um pouco e voltaram; outros chegaram depois. Ficamos além do horário normal (chegaríamos às 10h15 no Caps; na verdade, chegamos às 10h30) (Diário de campo, 10 ago. 2016).

Outro trecho do diário também indica que ocupar os espaços da cidade garante circulação⁴⁴ às pessoas com transtorno mental na sociedade:

João foi até a quadra, fora do dia do seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), só para jogar futsal com a gente (Diário de Campo, 8 mar. 2017).

Mesmo sabendo que um dos objetivos do Caps é evitar que ocorra o processo de cronificação dos seus usuários, situações como a relatada anteriormente nos parecem interessantes, pois o sujeito tomou suas decisões, possivelmente por considerar ser importante estar com o grupo, e foi até o ginásio.

⁴⁴Garantir a circulação no sentido que oportuniza os encontros e poder utilizar a potencialidade desse encontro para manejar as questões que forem apresentadas.

A situação permite avaliar também a diferença que possa haver no manejo da situação para que esse tipo de atividade no Caps não se torne apenas uma “porta de entrada”, mas aja também como “porta de saída”, no sentido de promover a autonomia, e não simplesmente seu desligamento (EMERICH *et al.*, 2014).

A educação física no Caps Mestre Álvaro, por acomodar um ponto de livre circulação a usuários e demais atores da sociedade no ginásio do bairro, prova sua capacidade de proporcionar condições de acesso aos direitos da pessoa com transtorno mental. De acordo com Santos e Albuquerque (2014), ao propor atividades que vão além das paredes da instituição, orientadas pelo fomento à interação social, a educação física pode contribuir no cuidado, trazendo então à cena o seu papel *desinstitucionalizador*. Para Varela e Oliveira:

A prática profissional da Educação Física não cabe apenas no espaço físico do CAPS; ela propõe a ruptura dos muros da instituição, interage com os equipamentos do município, utiliza-se desses espaços. Isso oportuniza aos usuários conhecer e conviver em espaços negados a estes: praças, clubes, espaços urbanos, proporcionando-lhes uma reinserção na comunidade e na sociedade (2018, p. 335).

No Manual (BRASIL, 2004), dentre os direitos dos usuários de transtorno mental, destaco o item VIII – *ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis* - e o item IX – *ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental*. Esta demanda parece possível de ser experimentada no Caps nos casos analisados nesta pesquisa.

A partir da reforma psiquiátrica, em uma perspectiva de cuidado em saúde mental, pressupõe-se assumir vínculos com recursos do território, de outros serviços e de instituições (FURTADO *et al.*, 2017). Foi nisso que insisti com a circulação pelo bairro, na expectativa de mediar encontros:

Caminhamos até a APA, e chegando lá, fomos recebidos com cadeiras dispostas em círculo. Juliana havia organizado para nós, e ela logo pergunta: “quando posso distribuir o café? ” (Diário de Campo, 3 nov. 2016).

Como explicado anteriormente, um dos destinos da caminhada/passeio era a sede da área de proteção ambiental (APA) do município. A simples circulação por esse espaço nos proporcionou uma receptividade de parte dos

funcionários que lá então trabalhavam. O fato, por si só, já produziu espaço de acolhimento e proporcionou uma rede de conversa. De acordo com Wachs (2008), a desconstrução do que chamam de “louco” representa a maior dificuldade na relação que as pessoas com transtornos mentais têm com a sociedade. Apesar disso, observamos que nessa determinada situação, com determinadas pessoas, é possível fazer-se rede com a sociedade. Fica a dúvida, porém: será que podemos deixar que o encontro ao acaso sirva de mediação para tais práticas? Apesar de esse esforço, como vimos anteriormente nas leis, dever ser central para o cuidado com a saúde mental, constatamos ainda haver fragilidades que dificultam a tarefa de instituir redes, pois, como se viu na situação relatada, nessa época não existiam ações formais para os usuários se articularem com a sociedade.

Pensando sobre esta situação, decidi buscar por aliados a fim de poder enfrentar esse desafio, que era o de aumentar o compromisso do serviço de saúde mental em estabelecer pontos de contato com a sociedade. Dia 31 de março de 2017, entrei em contato com o coordenador de um programa de oferta de exercícios físicos (Proef)⁴⁵ do município de Serra.

Na expectativa de que o programa englobasse atividades afins às que eu propunha no Caps, e às que eu pudesse ter mais acesso e nas quais me fosse possível maior parceria, propus-me a ir à reunião dos professores de educação física desse programa da Secretaria de Saúde (Serra/ES). Apesar de eu não estar lotada na atenção primária, assim como os professores do programa, faço parte, assim mesmo, do quadro de profissionais da área, inclusive pelo acesso em concurso público. Considerando-me não professora do Caps, mas da rede de saúde no município, surpreendi-me com a fala do coordenador quando fui contatá-lo para participar dessa reunião, e com o que ele me disse: ‘CAPS é um serviço fora da nossa rotina’.

⁴⁵O Proef/Nutrição disponibiliza ações de promoção da saúde por meio de incentivo a práticas corporais, atividades físicas e alimentação saudável, a fim de prevenir doenças. São realizadas em conjunto com unidades de saúde do município. (Disponível em: <<http://www4.serra.es.gov.br/site/publicacao/quer-fazer-atividade-fisica-veja-os-39-locais-do-proef-na-serra>> Acesso em: 15 mar. 2018).

Confirmada minha presença na reunião, fui até o parque da cidade⁴⁶, local que dispunha de uma sala na qual seria realizado o encontro. Eu não conhecia o coordenador; dentre os cerca de vinte professores do programa, tive contato com apenas um, que estudou na mesma universidade que eu. Quando fui recebida pelo coordenador ele logo colocou em questão a situação da Educação Física do Caps estar de fora das reuniões e demais atividades. Expresso a situação no trecho a seguir:

Antes de a reunião iniciar, o coordenador me abordou para se apresentar e comentou comigo algo do tipo: 'será que foi falha minha? Não me atentei a chamar você para reunião por que é do Caps'. Ele demonstrou interesse e pertinência a minha aproximação e me apresentou ao grupo como professora do CAPS, que, a partir de agora, eu faria alguns encaminhamentos diretos dos usuários do CAPS (em alta ou não) para o PROEF de cada região. Todos balançaram a cabeça e sorriram (Diário de Campo, 3 abr.2017).

Não tive oportunidade de participar das próximas reuniões por diversos motivos (mudança de data da reunião; conflito com o período de minhas férias, e também por minha convocação não ser oficialmente feita à minha chefia imediata). Coloco em questão a seguinte situação: numa rede em que não se considera, e que talvez não se conheça, o professor que está no Caps, como fazer parceria a,penas encaminhando os usuários para os serviços da região, já que a relação com a sociedade parece ser o nó para o cuidado desses indivíduos?

Entretanto, alguns novos contatos foram realizados e chegamos a participar de uma atividade, a do "Dia de Lazer"⁴⁷, proposta pelo programa. Foram cerca de seis usuários do Caps. O evento contou com algumas centenas de pessoas usuárias do Proef; dentre outros, professores do programa. A participação das pessoas do Caps foi satisfatória, visto que todos os que lá estiveram participaram da atividade, relataram ter-se sentido bem, e gostado. Vale destacar o caso de um dos usuários que, no dia anterior ao do evento, havia tentado suicídio; estava, por isso, em situação delicada; mesmo

⁴⁶Disponível em: <<http://www4.serra.es.gov.br/site/pagina/parque-da-cidade>> Acesso em: 20 fev. 2017)

⁴⁷No dia Mundial da Atividade Física, reuniram-se no parque da cidade diversos grupos do Proef do município de Serra. Foram realizados uma caminhada, brincadeiras, aula de dança e lanche coletivo.

assim, foi participar da atividade, o que a equipe considerou interessante para ele naquele momento. Sua motivação, possivelmente, tinha a ver com o vínculo por ele estabelecido com as atividades da área da educação física no Caps. Verifico, portanto, que oportunizar momentos como esse tem a potencialidade de mobilizar os indivíduos rumo à produção de vida e não só necessariamente a ocupar o tempo.

A não participação da educação física do Caps, ou mesmo uma parceria do Caps em outro programa da Sesa, ou demais pontos entre RAS e comunidade, pode não ter sido maior, provavelmente pelo comum afastamento da sociedade que vivenciávamos na saúde mental. Vale destacar, porém, que tal afastamento é foco de mudança na reforma psiquiátrica. Apesar de minha tentativa inicial, não foi fácil aumentar ou manter o contato; também não foram fáceis as iniciativas relativas a questões como rotina dos serviços; houve desencontros que impediram a participação em outras reuniões do Proef; dificuldades pela insuficiência de recursos humanos para se propiciar saídas com os usuários para participar de outros eventos e/ou da visita a unidades do programa perto de seu bairro. Não considero um fim, mas apenas percebo que esse tipo de manejo não é fácil e que deve ser perseguido com perseverança, apoio institucional e também com referencial teórico coerente com os objetivos propostos. Por considerar todo movimento da luta antimanicomial ainda em processo, ainda admito que as ações da educação física em Caps e demais serviços oferecidos constituem um processo vivo e em constante tensão.

4.2 PRÁTICAS CORPORAIS NO CAPS MESTRE ÁLVARO?

É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno.

(BRASIL, 2004, p. 17).

Para Wachs (2008), a educação física dentro do Caps tem relações e características que lhe são próprias. Logo, nas ações da educação física na saúde mental não caberia apenas transpor uma atividade convencional para dentro do espaço dos Caps. É necessário construir práticas corporais que tenham como objetivo maior o cuidado com o usuário. Este novo olhar, para o

autor, deixaria entrar em cena uma educação física que se nomeia “do” Caps e não apenas “no” CAPS (WACHS, 2008). “Do” Caps remete a algo construído e congruente com as necessidades do serviço, diferente de “no” Caps, que pode denotar simples transposição de uma atividade para outro local. Vale destacar, também, que essa distinção não está somente atrelada ao espaço físico, haja vista que é possível ter uma educação física *no* Caps, embora realizada fora da estrutura física, tanto quanto uma educação física *do* Caps sendo coordenada na estrutura do serviço.

Esta diferenciação, a meu ver, se dá mais no transcorrer das ações no dia a dia do que propriamente pelo desenvolvimento de uma técnica ou metodologia fechada para atuar na saúde mental. A educação física, quando conduzida de forma adequada, possibilita aos envolvidos momentos coletivos de negociação e acordos. Nessas circunstâncias, também se poderão permitir meios de se manifestar, corporalmente ou com palavras. Tais situações apresentam processos de sociabilidade. Assim, dependerá mais da capacidade do profissional em manejar as questões ali colocadas, desde que tal manejo seja coerente com os princípios da reforma psiquiátrica. Em acordo com as ideias desse autor, as práticas corporais por mim propostas pretendiam ser *do* Caps e não necessariamente *no* Caps. Para a discussão desse tipo de abordagem, apresentarei a categoria: práticas corporais no Caps Mestre Álvaro?.

Ponho um tom de pergunta justamente para nos levar a pensar a maneira como foram operacionalizadas tais atividades, levando em consideração que, além dos conceitos adotados para a atuação, outras questões interferiram no funcionamento das atividades. Dentre essas, posso mencionar o apoio da gerência e da maior parte da equipe para atividades externas; a estrutura física do Caps, não propícia a atividades corporais; a disponibilidade de alguns espaços no bairro e as próprias características do bairro (terreno plano, ruas tranquilas, arborizadas...). A discussão pretende ir além dos muros institucionais e problematizar também questões como: o uso do território para se oportunizar práticas corporais; o modo de se fazer e propor as práticas e relações que esse tipo de engajamento proporciona nesse tipo específico de se fazer cuidado.

Santos e Albuquerque (2014) relataram que, apesar da possibilidade de a intervenção da educação física em Caps estar prevista em documentos legais que regem a organização e seu funcionamento, o profissional da área, de forma geral, não faz parte de seu corpo técnico. Varela e Oliveira (2018) relatam que não havia professor de educação física no Caps estudado na pesquisa, e que, ao iniciarem uma intervenção da residência multiprofissional, perceberam, na equipe, dificuldade de se entender e admitir que esse profissional tivesse igualmente condições de propor manejos necessários ao espaço. O Caps Mestre Álvaro, dentre outros da Grande Vitória/ES, não tem falta desse profissional, o que levanta a possibilidade de que ele também seja contemplado, juntamente com os demais professores da área, para compor a equipe. Em contraponto - apesar de, em modo geral, eu considerar que a equipe tem sido importante para as ações da educação física -, vale destacar que, no meu caso, também houve um entendimento distorcido da função do profissional, aparentemente por falta de conhecimento do desenvolvimento da educação física no âmbito acadêmico e nos espaços de trabalho, o que muitas vezes parece ser uma espécie de visão comum sobre essa área. Percebo, apesar da presença de um profissional da educação física e de a equipe tomar como positiva sua presença, que havia, no meu caso, certa dificuldade quanto ao entendimento da função desse profissional.

Varela e Oliveira (2018) também problematizam a visão que os outros profissionais do serviço têm a respeito da educação física nessa área. No caso desta pesquisa, mostrava-se direcionada ao modelo biomédico, com preocupações sobre o peso corporal dos usuários. É possível que, ao compor a equipe, o profissional da educação física, que se orientava pelas práticas da reforma psiquiátrica, tenha contribuído para implantar os objetivos dessa reforma na área desse campo.

Ao descrever a equipe que passou pelo Caps Mestre Álvaro enquanto ali desempenhei a função de professora, posso caracterizá-la como coerente com as ações da Reforma Psiquiátrica, com possíveis contribuições neste sentido, como o provam o engajamento dos funcionários em atividades de luta antimanicomial e as demais ações nesse âmbito. Destaco, de maneira geral, a importância da equipe para a maior harmonia na busca de um objetivo

adequado às necessidades do serviço de saúde mental em base à política antimanicomial. Considero também a atuação da gerente, visto que suas ações apoiavam o bom relacionamento, a democracia e o compartilhamento das discussões e decisões acerca do serviço.

Destarte, posso destacar que até nos momentos de desacordo que vivenciei no serviço, principalmente com a gestão, sempre houve diálogo e respeito. Houve momentos em que divergimos quanto ao posicionamento de outros funcionários frente à atuação do profissional de educação física nesse campo. Acredito que a composição de meu posicionamento com o que acredito e a abertura para o diálogo/discussão com a maioria da equipe se mostrou poderoso em algumas situações. Relato, a seguir, uma longa passagem do diário de campo. Nela retrato atividades próprias da educação física, outros manejos imprevisíveis, como a decisão da maneira mais conveniente de se posicionar frente a situações adversas, fatos que podem ocorrer com frequência no dia a dia profissional em um serviço de saúde mental:

Era pouco mais de 7 horas da manhã quando cheguei no Caps. Pouco tempo depois da minha chegada, uma usuária, que estava entrando numa crise, começou a gritar e a chorar. Ela estava deitada numa maca que ficava nos fundos do estabelecimento. Fomos, eu e outra funcionária, ver o que se passava. Ela chorava, gritava, rolava na maca, e dizia: “Estou com hemorragia cerebral”, “Estou morta”; tirou a blusa e ficou sem roupa na parte de baixo. Ela nos mostrou um papel que continha os dados da aferição de pressão arterial e glicemia, feitos na Unidade de Saúde do bairro. Segundo a técnica de enfermagem, esses resultados estavam alterados, mas não muito altos. Nesse caso, a usuária atribuiu, a meu ver, que aquilo seria o atestado de que ela estava morrendo. A usuária disse que viu meu carro e que, ao perceber o pingente de berimbau, reconheceu como meu, o abraçou e disse: “Gabi, eu peguei seu carro”. Orientamos que ela se acalmasse, vestisse a roupa e que, se não melhorasse, nos chamasse. Assim ela nos atendeu.

Depois desse atendimento, separei os materiais: a garrafa de água e os copos, a rede e bola de vôlei e chamei os usuários para sairmos do Caps e ir jogar vôlei no ginásio. Nesse momento, havia cerca de 12 usuários no Caps; apenas 5 resolveram sair comigo. Depois do horário que saí, chegaram outros usuários, uns até foram depois ao ginásio.

Na volta da atividade, fui abordada pela técnica de enfermagem, que foi orientada a me chamar para fazer alguma coisa com os usuários, já que eles estavam em grande número no local e estavam ociosos. Ela relata: “A Júlia pediu que a gente pegasse alguns jogos lá em cima pra eles passarem o tempo juntos”, disse a técnica de enfermagem a mim.

Meu posicionamento foi de chamar os usuários para uma conversa sobre as oficinas oferecidas naquele dia. No momento em que voltei do

ginásio, era o momento em que deveria estar acontecendo outra oficina, a “Oficina de Letras”, que é oferecida pela psicóloga. A demanda pelo serviço era muito grande nesse dia e todos os funcionários estavam realizando alguma outra atividade. Essa foi a explicação de não ter acontecido a oficina de letras.

Fui explicar à gerente do serviço a conversa que fiz com os usuários sobre as atividades da sexta, e que, na ocasião, eles haviam demandado as oficinas da rotina (vôlei, letras e música), e não a troca aleatória por outra qualquer. Me posicionei neste sentido, tentando preservar o diálogo e o empoderamento desses indivíduos perante situações vivenciadas, principalmente porque o acontecimento foi dentro do Caps e diz respeito ao desejo do sujeito.

A gerente, por sua vez, questionou uma atividade fora do Caps que contemplava poucos usuários, em detrimento de uma atividade que fosse dentro do Caps, já que tinha muito mais gente no Caps esperando uma oficina do que os que foram para o ginásio. Meu principal argumento foi que os usuários não deveriam estar sem fazer nada no Caps, já que há uma oficina instituída para esse dia, que não ocorreu por motivos adversos e que a educação física não tem culpa (ou eu, por assim dizer), e sim a organização do serviço. Quanto ao pouco número de participantes, eu tenho minha hipótese de que no momento em que saí do Caps (por volta de 8h40), havia poucos usuários, a maior parte deles muito comprometida psiquiatricamente⁴⁸. Aos que ficaram, ainda se acrescentaram outros depois do horário de minha saída. Além disso, entre os que ficam no Caps, nem todos participam da oficina dentro do Caps. Tendo em vista que é muito mais cômodo ficar dentro do Caps do que “tirar” 1/3 dos que estavam presentes para jogar bola (praticar atividade física), a meu ver é extremamente vitorioso. Segui minhas ações no sentido de que acredito que valer-se e potencializar-se da utilização do território e dos espaços coletivos fora do Caps está dentro do projeto terapêutico e é uma meta a ser perseguida (Diário de Campo, 24 jun. 2016).

A conversa com a gerente foi bem interessante e não se concluiu naquele momento. Levamos o assunto para a reunião de equipe; discutimos e, por consenso, decidimos no sentido de privilegiar as atividades com os usuários do serviço, respeitando seus desejos e construindo, sempre junto com eles, decisões pertinentes acerca da rotina das atividades. A princípio, temi que meu enfrentamento pudesse gerar mais caos e mal-estar do que benefícios; apesar de não ter sido fácil e ter havido momentos de forte tensão, a discussão aconteceu, mas acredito que era parte do nosso processo de trabalho, o que, por si só, já seria vantajoso independentemente do mérito. Acredito que mesmo uma equipe convicta dos conceitos da reforma psiquiátrica, diante de uma situação polêmica, possa ter divergências, principalmente em aplicações

⁴⁸Por diversos motivos, aqueles que são extremamente comprometidos geralmente não conseguem ser inseridos em alguma atividade. São usuários que demandam muita atenção e persistência. Apesar disso, algumas ações são realizadas no Caps Mestre Álvaro, embora sem alcance fora da estrutura do Caps, visto não há recursos humanos suficientes para a realização de atividades externas.

práticas de um dispositivo ainda que em si de aceitação geral. Isto demonstra que as mudanças apregoadas por esse movimento ainda estão vivas no cotidiano do serviço, o que pode acontecer das mais diversas maneiras.

Na tentativa de repensar o manejo das atividades para dar conta do objetivo da minha profissão no Caps, eu apostava, a todo momento, em estratégias de construção de ações que pudessem provocar oportunidades de autonomia e corresponsabilização. Com esse intuito, foi necessário desfazer-me de fórmulas predeterminadas, mesmo que, com isso, porém, eu pudesse passar a ideia de descompromisso e descoordenação. Este fato parece pouco avançar, visto que tais ações nada mais são do que a aplicação dos princípios da reforma psiquiátrica. Vale destacar, entretanto, que o processo ainda está sob discussão, construção e constante variação. Emerich *et al.* (2014, p. 691) mostram ainda existirem ações no campo da saúde mental que retrocedem e se contrapõem aos princípios da reforma. Destacam que a correlação “doença mental-tutela-manicômio, embasada na tutela dos corpos no sistema hospitalocêntrico, pode ser substituída pela série doença mental-controle-serviços abertos”. Em diversos trechos desta pesquisa, destacam-se dos diários de campo cenas como o desligamento de um indivíduo do serviço pela recusa ao uso de um medicamento; no caso, a justificativa dos profissionais era que, se assim fosse, ele não estaria sendo tratado pela equipe. Este fato é bastante marcante, pois revela que a equipe também se nega a dar a conhecer ao indivíduo seu direito de não ser obrigado a aceitar qualquer tipo de intervenção. A justificativa alegada para isso é que tal informação traria mais problemas que benefícios.

Em relação às atividades ditas específicas da educação física, insisto na prioridade em saúde mental que é a de reinserir o usuário do serviço na sociedade, e que o que vale nas ações em oficinas terapêuticas é o cuidado. Isto requer muito mais que problematizar e articular a sociabilidade; requer a produção de vida e a utilização de espaços coletivos. Pensando nisso, diversas vezes surpreendi-me com determinadas situações e foi necessário deixar de lado tudo o que havia sido previamente planejado para não sair do foco do cuidado.

Assinalo ainda que a imprevisibilidade e a condução da atividade sem as amarras de um planejamento eram rotina. É de se destacar, ainda, mesmo sem qualquer intenção de contrariar a busca da autonomia e do empoderamento, ser possível que práticas que não se conformam com tal orientação possam constantemente atravessar os manejos e os equipamentos de saúde. Apesar disso, é preciso arriscar-se, deixar de se autorregular por achar que determinada ação não daria certo, e apostar no imprevisto. Segue-se mais um relato registrado no Diário de Campo, a respeito de uma atividade de “Caminhada Passeio”:

Saímos do Caps em direção à APA. Combinamos, no momento da saída, o destino. Já no caminho, o Amerildo cantou algumas músicas e um ou outro cantava junto. Perguntei quem mais gostaria de cantar e fomos por aí cantarolando. Chegamos no APA cantando, e continuamos a cantoria, agora com temática de música de duplo sentido, tipo “quem tá com a ruela do eno” ou “o jeito é dá uma fugidinha com você”. Chegou o café feito pela Juliana; eles tomaram e ficaram um pouco pelo espaço conversando e contemplando a paisagem. Combinamos que iríamos fazer alguma brincadeira nessas quintas; então, quando fui até eles para dar uma proposta, o Amerildo e o Leonardo estavam num canto e vieram perguntando se poderiam fazer capoeira; disse que se o grupo concordasse, poderíamos. O grupo acolheu e fizemos uma roda espontaneamente, aonde cada um chegava e fazia de acordo com o que sabia ou achava melhor, dançando, fazendo alguns golpes. Leandro relembrou umas músicas da capoeira; outros pediram pra ensinar a gingar, e assim ficamos por um tempo. Paramos um pouco e continuamos com várias músicas de capoeira, cantando e batendo palma, até que, quando perguntei qual seria a próxima música, um usuário, que não lembro qual, começou a cantar músicas do grupo “é o tchan”, e então cantamos, batemos palmas e dançamos. Já estava dando o horário para o retorno e eles pediram pra ficar mais, já que lá, como eles falaram, é mais legal de ficar do que no Caps (Diário de Campo, 18 ago. 2016).

Há outro momento de improvisação e variabilidade que merece ser assinalado:

Perguntei se alguém queria participar de alguma brincadeira, e ninguém se prontificou. Pensei: “então não farei nada, não vai dar certo”. Aí pedi para que levantassem para alongar, e então todos levantaram; fizemos o alongamento e comecei a direcionar uma brincadeira, cantando e batendo palma. Eles acabaram entrando na minha ideia e apenas dois usuários não continuaram. Pedi para que caminhassem, cantando ou batendo palma, e quando encontrassem com o colega, fizessem algum cumprimento. Depois fizemos duplas; experimentaram a ginga, a esquiva lateral, a cocorinha e a benção. Brincamos de tirar a fitinha do colega pra trabalhar o desvio/esquiva, e, no final, fizemos uma roda (Diário de Campo, 3 nov. 2016).

Durante meu manejo da educação física no Caps priorizei encontros e momentos que permitissem aos próprios usuários planejar e construir a atividade. Tentei, nesses momentos, direcionar algumas questões para dar espaço a seu protagonismo frente às propostas da oficina. Antes de eu começar as minhas atividades no Caps Mestre Álvaro, como anteriormente tenho observado, as atividades manejadas pelo professor de educação física anterior a mim limitavam-se a caminhar do Caps até a praça (cerca de 800 m) e ali ficar, esperando o tempo passar. Aos poucos, com muita conversa e compreensão, fomos conhecendo outras ruas do bairro e comecei a propor atividades lúdicas e de alongamento durante o percurso. Após algum tempo, os usuários puderam compor um cardápio de roteiros; a cada dia pactuava-se, antes de sairmos para a caminhada, para onde iríamos e o que iríamos fazer. No trecho a seguir, assinalo no diário de campo tais momentos:

Hoje é dia de caminhada e logo que os usuários entram no Caps e me veem já perguntam: 'para onde vamos hoje?'. A resposta, como sempre, é que vamos decidir juntos no nosso ponto de partida, a calçada em frente ao Caps (Diário de Campo, 20 abr. 2017).

Afirma Mendonça (2005, p. 628) que, “além do tratamento clínico indispensável, o sujeito psicótico necessita ter reconstituído seu direito de criar, opinar, escolher, relacionar-se”. Percebo que, ao me propor trabalhar esses conceitos pilares das políticas de saúde mental, precisei aproveitar de toda e qualquer oportunidade. Alves e Seminotte (2006, p. 60) destacam que, nessa mediação, se devem incluir o processo de “gestão da vida cotidiana das pessoas, a ampliação da rede social e o aumento da autonomia”.

A Lei nº 10.216 (Reforma Psiquiátrica), que dispõe sobre os direitos dos portadores de transtorno mental, destaca, em seu parágrafo único, ser direito desse indivíduo “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades” (BRASIL, 2001). Dentre elas, a busca por autonomia e empoderamento, que o auxiliarão em sua reinserção social. Em busca desse objetivo para os sujeitos com transtorno mental grave, a prática da educação física no Caps Mestre Álvaro foi atravessada pelo investimento em atividades de circulação e interação com a comunidade do território adjacente,

bem como com outras instituições - a partir de seus desejos, arranjos sociais, reconhecimento de suas limitações, objetivando, acima de tudo, trabalhar habilidades presentes no indivíduo e as que pudessem despertar suas potencialidades. Para Emerich *et al.* (2014, 688), “é necessário considerar o usuário dos serviços de saúde mental como protagonista e cogestor de sua vida, o que altera o modo de pensar a doença mental [...]”.

Desde meus primeiros dias como professora de educação física no Caps II em Serra/ES, a usuária Ludmila esteve presente, embora nem sempre participasse diretamente das atividades por mim coordenadas. Em uma fala espontânea no momento de despedida de uma atividade no ginásio, ela expressou em palavras a discussão acima acerca da mudança gerada pela mediação de um profissional nessas atividades corporais. Disse o seguinte:

Professora, eu lembro quando você começou no Caps; ninguém queria fazer nada. Vinha 2 ou 3 pro ginásio com você. Mas você não desistiu da gente; insistiu e hoje vem esse monte de gente. Eu mesma não gostava de fazer nada, e agora eu gosto (Diário de Campo, 16 mar. 2018).

Além disso, decidi ir até a unidade de saúde de seu bairro para tentar ser inserida no Proef da região. Ela me perguntou por que, mesmo já sendo usuária desse serviço, nunca havia sido convidada a participar do programa, de que tomou conhecimento apenas devido às minhas falas de convite/incentivo a buscar tal espaço. Dei a ela o exemplo de que outras duas usuárias também já participavam do programa, sugerindo que ela também o tentasse.

Observo que meu discurso em relação ao Proef não tinha a intenção de apenas convidar os usuários a fazer atividades/exercícios físicos. A todo momento problematizava esse dispositivo como parte importante da rede, insistindo ser este um direito dos cidadãos moradores do município, dizendo-lhes que a aliança com a sociedade é parte do tratamento e que os que desejarem podem sim tentar ingressar nesse programa.

Chama-me a atenção o comentário de outra usuária, que, de certa forma, se sentiu transformada por esse espaço e a ele vinculada. Amanda relata:

Você não liga como que a gente é, se louco, se gordo; todo mundo pode fazer. Participar da sua atividade foi muito importante pro meu tratamento (Diário de Campo, 16 mar. 2018).

De acordo com Dultra *et al.* (2017), tecnologias de cuidado, como acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia desenvolvem-se a partir do afeto e do investimento no sujeito. Os trechos relatados acima podem nos dizer um pouco sobre como as tecnologias de cuidado afetam os usuários e quanto podem ajudar em todo contexto.

Lembro-me bem que poucos saíam comigo e se interessavam pelas atividades que eu então propunha. Foi a partir da insistência e da aposta na potencialidade dos indivíduos e da educação física que investi nas tentativas de envolvê-los, mas respeitando seus desejos e os objetivos do cuidado. Considero ter sido possível tentar e, de certa forma, alcançar, em alguns momentos, por meio das práticas corporais, o acesso ao cuidado no território e a interação com a comunidade.

Em outro momento relato, no Diário, a visita que fizemos a um grupo de capoeira na Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Nesse dia, eu e a professora de artes fomos com cerca de doze usuários, em ônibus da linha intermunicipal Transcol, até o nosso destino (Ufes), em viagem que durou cerca de sessenta minutos:

Como combinado, saímos (eu e Laurita) de ônibus Transcol com os interessados para a vivência de capoeira em um projeto da Ufes. A ideia é aproximar os usuários da sociedade através da visita e experimentação em uma aula de capoeira. Ao chegar na sala em que aconteceria a atividade, fomos acolhidos com uma mesa de café da manhã, preparado especialmente pra gente pelos alunos do horário. Houve um planejamento com os usuários, com apresentação da proposta da visita e da própria capoeira em oficina no Caps. Entrei em contato com o professor que também planejou a atividade junto com seus alunos (Diário de Campo, 30 mai. 2017).

O que parecia ser apenas uma visita comum demorou cerca de um mês entre planejamento e ação. Envolveu usuários e profissionais do Caps na organização e planejamento, além da comunidade universitária. Acredito que envolver o sujeito em todo o processo favorece seu engajamento e participação. O exercício da autonomia tende a ser oportunizado a partir das

atividades grupais e comunitárias, numa atividade constante de trocas em atos sociais entre os indivíduos. Para esse tipo de manejo, prioriza-se o “atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, [...], oficinas culturais, [...], grupos terapêuticos, atividades esportivas [...]” (BRASIL, 2004, p. 17), que contribuem para “maior inserção social, [...] e a garantia de seus direitos sociais” (BRASIL, 2004, p. 28). Nesse contexto, direito social não é a mesma coisa que obrigação, mas, sim, mais um instrumento para o desenvolvimento da dignidade humana. Portanto:

O cuidar significa, nessa perspectiva, estar com, experimentar, provocar situações em que possibilite iluminar desejos e potenciais escondidos nas histórias de sofrimentos dos usuários. A partir do encontro, trilha-se o caminho por meio do conhecer, intervir, continuar, estimular e mediar a autonomia dos sujeitos (DUTRA, 2017, p.5)

Caçapava *et al.* (2009) indicam que fatores como o reconhecimento dos direitos humanos, a valorização das individualidades, a reconstrução de sua identidade e a história de vida desses indivíduos são fatores tão importantes quanto a estratégia para se consolidar a autonomia no cuidado em saúde mental.

Ao realizar uma atividade proposta pelos próprios usuários, pudemos observar como as atividades lúdicas e de lazer podem transformar o indivíduo. Na ocasião, foi escolhido e planejado pelo grupo que a atividade pretendida seria o jogo de “Queimada”⁴⁹:

Jogamos 4 vezes; na terceira, achei que eles iam querer voltar para o Caps;, porém, pediram mais uma. Alejandro disse que vai contar pra o grupo de apoio que jogou queimada, que fez lembrar da infância e que foi muito bom (Diário de Campo, 14 set. 2016).

Pensar o professor de educação física em Caps é considerá-lo como outro profissional da saúde mental, que compõe a equipe e que pode, com sua atuação, ir além do movimento corporal. Portanto, como observo na situação acima, a prática de uma atividade corporal foi além do simples movimento, possivelmente por ter sido escolha dos próprios usuários. Nessa ocasião, o fato

⁴⁹ Jogo praticado comumente na infância/adolescência, que pode ser realizado tanto em espaços escolares, como também nos de lazer, na rua. Um jogador de um time lança a bola ao time adversário com o objetivo de “queimar”, ou seja, encostar a bola no jogador do outro time.

remeteu a lembranças boas de valorização e autoestima. Varela e Oliveira (2018, p. 334) destacam, em uma pesquisa realizada em um Caps da região metropolitana de Fortaleza/CE:

[As atividades] perpassadas pela condução da Educação Física proporcionavam aos usuários do Caps outras possibilidades de práticas de cuidado; possibilidades estas que rememoravam a infância, as brincadeiras de rua, os jogos na escola, o banho de rio. Era muito comum ouvir relatos das práticas vivenciadas remetidos a um passado vivido pelo usuário; lembranças das atividades anteriormente realizadas traziam memórias felizes.

Entretanto, ao propor uma atividade de capoeira, surgiu o questionamento de parte de uma usuária que, a princípio, sempre se recusava a participar. O trecho a seguir ilustra um pouco esse momento:

Melissa, no começo, disse que não gostava de capoeira porque, quando era criança, ela fez na escola e o professor bateu muito nela e que isso era coisa de machucar (Diário de campo, 28 set. 2016).

Esta usuária já se havia recusado outras vezes a participar da atividade quando o tema era capoeira. Pode-se perceber que apenas realizar ou propor uma atividade desse tipo não necessariamente levará automaticamente a envolver coisas boas para o indivíduo. A lembrança é imprevisível e pode ser dolorosa, o que afastaria ainda mais o usuário das atividades propostas. Diante dessas situações, investi em conversa e problematização junto ao grupo sobre o que para eles poderia ser bom ou ruim na capoeira. Relembro minha atuação no trecho a seguir:

Tentei problematizar e explicar pra ela que ali era outra capoeira, que não haveria violência. Eu disse: “Você acha que sou violenta ou já viu alguma coisa desse tipo em nossas vivências?” Ela respondeu que não, e então eu reafirmei que nossa atividade é uma vivência e não um treino, que seria lúdica e não haveria nem imposições de melhoria técnica ou violência. Chamei a eles então para começar a brincadeira, e Melissa falou: “Professora, você poderia dar aula para crianças”. Fizemos uma roda, cantamos, batemos palma e fizemos a brincadeira do caroço - cada um entra na roda e chama alguém pra jogar junto. No meio da brincadeira, chegam Rodrigo e Melissa. Rodrigo jogou um pouco e foi embora; Melissa continuou e foi se envolvendo mais (Diário de campo, 28 set. 2016).

Destaco, com essas observações, que a partir das propostas da educação física algumas questões foram lançadas a discussão, o que

demandou do profissional presente para o manejo mais do que conhecimentos específicos. Foi imprevisível. Foi na tentativa que se construiu uma educação física, sendo necessário mais do que apenas proporcionar movimento corporal. Foi preciso também ajudar a manejar as situações que surgiam para que se pudesse aproveitar ou trabalhar melhor os elementos necessários ao cuidado desses indivíduos a partir do referencial da reforma psiquiátrica. Criar momentos para vivenciar experiências que antes poderiam não estar presentes na vida dessas pessoas pode concorrer para desenvolver e potencializar movimentos de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como atores sociais da educação física, caçadores de sensações, de alegria, de vida, o que podemos é acompanhar seus movimentos. Esse acompanhar pode nos possibilitar atualizar nosso campo de saber, mudar nossos valores, transvalorar nossas práticas, a ponto de não nos reconhecermos como os mesmos, a ponto de ovular a educação física.

(MACHADO, 2011, p. 102)

Durante minha trajetória, acompanhei a mudança de profissionais que passaram pelo Caps Mestre Álvaro. Percebi que, mesmo aqueles que não haviam tido qualquer contato com a saúde mental - dentre esses, eu -, de alguma forma se apropriavam da orientação teórico-conceitual da reforma para manejo do trabalho. Isso acontecia provavelmente por conta do histórico de envolvimento na luta antimanicomial de outros trabalhadores que por ali já haviam passado, assim influenciando o processo de trabalho. Destaco que não considero essa influência uma “catequização”, mas produto do processo de trabalho, haja vista que, apesar disso, os profissionais ainda divergiam sobre algumas questões e a partir desses diversos olhares era possível vivenciar mudanças.

Por considerar que a equipe, de maneira geral, atendia aos preceitos da reforma, é possível supor que para se alcançar tais objetivos as condutas profissionais individuais ou em coletivo fossem permeadas por ações de potencialização do empoderamento dos indivíduos, visando assim a também colocar na vida desses indivíduos mais autonomia.

Atualmente, meu olhar sobre o trabalho da educação física caminha na direção do que é possível fazer em saúde mental a partir do encontro com a comunidade para trabalhar o cuidado dessas pessoas. Meu olhar também se modifica ao entrar na discussão sobre o potencial das práticas corporais, quando realizadas em outro espaço de convívio e vínculo, para poderem contribuir na maior adesão ao tratamento.

Foram quatro anos tentando, experimentando, sorrindo, cantando, errando, caindo e levantando. Mas foram momentos necessários para que eu pudesse vivenciar de fato o que é trabalhar na saúde mental. Eu, que jamais antes me poderia imaginar ali, simplesmente fiquei e me apaixonei. O percurso do conhecimento à ação profissional nessa área não se transformou de uma hora para outra, nem tampouco já está completamente fechado. É urgente sentir, abraçar, pensar, se aborrecer, para poder entender, ou quase entender, o que pode ser o profissional na saúde mental.

Minha inquietação frente ao se que fazer com a educação física em saúde mental possibilitou transformar minha prática. Vislumbrei revisitar questões cotidianas e torná-las fonte de análise de pesquisa em mestrado. Ser trabalhadora do SUS dá trabalho; pensar a formação, pensar a própria *transformação* foi o viés para que eu demudasse minha inquietude de insegurança frente ao desconhecido para uma inquietude de luta, em busca do direcionamento que acredito ser coerente nas ações para a efetiva atuação da reforma psiquiátrica. Antes mesmo de iniciar o mestrado, já estava latente em mim uma única certeza: mudança. E assim foi, constantemente imprevisível, que mudanças no pensamento, na equipe, na rotina, nos/dos usuários compuseram a formação permanente que é ser um ator social na saúde mental.

Ao longo do texto, problematizei, e talvez também tenha fixado, a *desinstitucionalização* como o ponto fundamental para se pensar o exercício de ser profissional nessa área. Para tanto, almejar a *desinstitucionalização* perpassa também a transformação da sociedade e do próprio usuário. Esse processo deve estar presente nos conselhos de saúde, nas associações de moradores, nas reuniões e discussões da luta antimanicomial, mas também no cotidiano do serviço, na lida particular e única em cada encontro, na atuação profissional, na atuação como cidadão.

De maneira geral, os documentos que ajudam a orientar e organizar os serviços de saúde mental no Brasil, apresentados ao longo do texto, destacam conceitos importantes, como os de empoderamento e autonomia. Tais conceitos foram apresentados e discutidos ao analisar a relação entre o que está determinando nesses documentos e a realidade vivenciada no Caps

Mestre Álvaro. Disso tudo destaco algumas variáveis que foram importantes para tentar oportunizar atividades para tal fim. Há outras também, entretanto, que se poderiam considerar percalços, mas que tiveram a vantagem de estimular a perseverança. Se luta ainda existe é porque há percalços ainda não superados. No caso específico, dependem de como a sociedade continua enxergando a “loucura”, além de como a veem os profissionais envolvidos.

As variáveis, importantes para o desenvolvimento de atividades por suas características *desinstitucionalizadoras*, são: os conceitos da reforma psiquiátrica bem desenvolvidos pela maior parte da equipe, e, com isso, a aposta no indivíduo; o apoio da gerência, que sempre se mostrou solícita e companheira (mesmo nos momentos de desacordo); os dispositivos de lazer oferecidos no bairro onde se situa o Caps; as características peculiares do bairro, como estrutura física e disposição geográfica.

Também proponho à discussão os percalços que permearam essas atividades. Um ponto importante a se considerar tem relação com o entendimento e a receptividade da sociedade relativamente ao contato com o indivíduo com transtorno mental. Fatores como desconhecimento sobre o que acomete essas pessoas, a falta de interesse e até mesmo a rejeição e o preconceito podem ter sido importantes para o desenvolvimento das atividades da educação física fora dos muros da instituição de tratamento.

Diante dessa diversidade de acontecimentos de toda ordem para o desenvolvimento das atividades, os conceitos empoderamento e autonomia, em si polissêmicos, mostraram-se necessários. Também pude verificar que sua efetivação no mundo do trabalho e no espaço de vida/tratamento desses indivíduos aconteceu e ainda pode acontecer em meio a tensões, disputas, contradições.

Em um processo inacabado, a luta antimanicomial ainda vive, e é latente. Como percalço para a tentativa de oportunizar atividades congruentes com a reforma psiquiátrica, há ainda que citar a visão da sociedade sobre a loucura. Ao levar os indivíduos ao encontro da sociedade, na expectativa de gerar momentos de potência e convivência, houve surpresas por parte de

alguns grupos ao serem recebidos e acolhidos (caso do APA) e, em outros, nem tanto. Volto a repetir, no caso específico da população a que se destinam os Caps, que para se pensar em um modelo de cuidado em saúde mental é necessário prestar atenção à comunidade e a como essa relação pode acontecer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABIB, L. *et al.* Práticas corporais em cena na saúde mental: potencialidades de uma oficina de futebol em um centro de atenção psicossocial de Porto Alegre. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 115, mai./ago. 2010. Disponível em: < <https://www.revistas.ufg.br/fef/article/view/7934/7388>>. Acesso em: 10 out. 2015.
- ABIB, L.; FERREIRA, L. A.S. A cultura corporal no contexto da saúde mental. **Revista Didática Sistêmica** - Evento Extremos do Sul, p. 11-23. Edição Especial, 2014.
- ALMEIDA JUNIOR, J. C. Arenas de produção de políticas públicas: a nova política nacional de saúde mental. **Revista Direito Gv**, São Paulo, 9(2) | p. 659-680 | jul./dez. 2013.
- ALMEIDA, *et al.* Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. **INTERFACE COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO** v.14, n.34, p.577-89, jul./set. 2010.
- ALVES, *et al.* A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [1]: 51-71, 2013.
- ALVARENGA, A. R; DIMENSTEIN, M. A. Reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização da loucura. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.10, n.20, p. 299-316, jul./dez. 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832006000200003&script=sci_abs tract&tlng=pt>. Acesso em: 10 out. 2015.
- AMORIM, A. K. M. A; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 195-204, jan./fev. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025>. Acesso em: 20 set. 2016.
- AMORIM, R. G. *As tessituras cotidianas que compõem as práticas de cuidado nas relações entre trabalhadores da saúde mental e usuários*. 2014 154 f. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais.
- ARBEX, D. *Holocausto Brasileiro*. 1. Ed. São Paulo: Geração Editorial. 2013.
- BILIBIO, L.F.S. Esquecimento ativo e práticas corporais em saúde. In: FRAGA, A.; CARVALHO, Y.; GOMES, I. (Orgs.). **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 117-138.
- BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde**

Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, fev. 2008. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0333.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF – DF, 5 out. 1988. Seção II, p. 33-34.

_____. **Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro: ANS, 2008, p.75.

_____. Decreto-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, 9 de abr. 2001. Seção 1, p. 2.

_____. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 13 nov. 2014. Disponível em: <<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2014/Nov/13/portaria-no-2-446-de-11-de-novembro-de-2014>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização - a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf.

_____. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 fev. 2002. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/marg/portar/2002/portaria-336-19-fevereiro-2002-333439-publicacaooriginal-1-ms.html>>. Acesso em: 5 mai. 2017.

_____. Portaria nº 44, de 10 de Janeiro de 2001. Aprovar no âmbito do Sistema Único de Saúde a modalidade de assistência - Hospital Dia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília 10 jan. 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0044_10_01_2001.html>. Acesso em: 6 jun. 2017.

_____. Portaria GM nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília 30 jan. 1992. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7536>. Acesso em: 6 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 971 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde; DOU – seção 1; 4/05/2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.ht>

ml>. Acesso em: 24 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) ISBN 85-334-0775-0.

_____. Decreto-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, 20 de set. 1990. Seção 1, p. 18055.

_____. Decreto-lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 25.694.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2017**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=320500>>. Acesso em: 5 set. 2017.

BRAVO, M.I.S. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 105 jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000100012>. Acesso em: 20 jan. 2017.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface. Comunicação saúde educação**, v.13, supl.1, p. 531-42, 2009.

CAÇAPAVA *et al.* A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. **Saúde soc.** [online]. 2009, v. 18, n. 3, pp.446-455. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000300009>.

CANABRAVA *et al.* Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. **Rev. Eletr. Enf, Goiânia**, v. 12, n.1, p.170-176. 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a21.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 45, n. 3, p.687-691. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a20.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2017.

CARRION, C.T. *Desalinhados: uma história do Hospital Adauto Botelho e das memórias que ali habitam*. 2011. 159f. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. Programa de pós-graduação em Psicologia. Vitória, ES.

CARVALHO, Y. M.M. Saúde, sociedade e vida: um olhar da educação física. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 153-168, mai. 2006. Disponível em: <<http://revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/download/80/86>>. Acesso em: 7 set. 2017.

CARVALHO, Y. M. M.; MONTEIRO, V. **Práticas Corporais & Clínica Ampliada**. Editora HUCITEC. São Paulo, 2016.

CASTIEL, L.D. Utopia/Atopia – Alma ata, saúde pública e o “Cazaquistão”. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 9, n.2, p. 62-83, jul./dez. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2012v9n2p62/23515>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

SOARES, C. L. *et al.* **Metodologia de Ensino; Cultura Corporal; Ciclos de Escolarização**. São Paulo, Cortez, 1992.

CAMPOS, G.W. S; CAMPOS, R. T. O.; BARRIO, L. R. D. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2797-2805, 2013.

DAMICO, J. G. S.; BILIBIO, L. F. Experimentação e Encontro intercessor: produzindo pistas para a Educação Física na Saúde Mental. In: BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A (Org.). **Saúde coletiva: dialogando sobre interfaces temáticas**. Editora da UESC. Ilhéus, Bahia, 2015. 542 p.

DE PAULA, A. A. P.; BARRETO, R. O. “Rio da Vida Coletivo”: empoderamento, emancipação e práxis. **Rev. Adm. Pública** — Rio de Janeiro 48(1):111-30, jan./fev. 2014.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, mar. 2002.

DUTRA *et al.* **Mediar a autonomia: um cuidado essencial**. Escola Anna Nery 21(3) 2017. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ.

EMERICH *et al.* Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) **Comunicação Saúde Educação** 2014; 18(51): 685-96.

FERREIRA, L. A. S. **O trabalho da educação física na composição de equipe de saúde mental especializada em álcool e outras drogas**. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

FERREIRA, T. P. S. *et al.* Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface Comunicação Saúde**

Educação, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 373-384. 2017.

FURTADO, P.R. *et al.* O trabalho do professor de educação física no caps: aproximações iniciais. **Movimento**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 41-52, jan./mar. 2015.

_____. Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 26, n. 1, p. 183-195, 2017.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p. 743-752. 2009.

GADELHA, Maria Inez Pordeus. Funcionamento e Financiamento do SUS. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n. 35, abril. 2010. Disponível em: <file:///L:/DIVERSOS/ARTIGOS/ARTIGO_Revista%20da%20Emagis.html> Acesso em: 7 mai. 2012.

GARCIA *et al.* Micropolítica em saúde mental: um processo histórico em uma instituição de saúde. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 23, n. esp., p. 161-169, 2011.

GUEDES *et al.* A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf**, Goiânia, v. 12, n.3, p.547-53. 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a19.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

HIRDES, A. **Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão.** **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1): 165-171, 2009.

JABERT, A. *DA NAU DOS LOUCOS AO TREM DE DOIDO*: as formas de administração da loucura na Primeira República – o caso do estado do Espírito Santo. 2001. 153f. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz.

JORGE *et al.* Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3051-3060, 2011

LEONÍDIO, A.C.R. *et al.* O profissional de Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial: percepção dos limites e potencialidades no processo de trabalho. **Pesquisas e Práticas Psicossociais – PPP**, São João del-Rei, v. 8, n. 2, jul./dez. 2014.

KLEBA, M.E; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 18, n. 4, p. 733-743, 2009

LIMA, R. C .D. SUS e as Teias de Diálogos (im)pertinentes para transformar a formação dos trabalhadores de saúde com vistas à humanização das práticas **Comunicação Saúde Educação**, v. 13, supl. 1, p. 781-95, 2009.

LIMA, E.J.B. O cuidado em saúde mental e a noção de sujeito: pluralidade e movimento. In: SPINK, MJP., FIGUEIREDO, P., and BRASILINO, J. (Orgs.).

Psicologia social e personalidade [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; ABRAPSO, 2011, pp. 109-134. ISBN: 978-85-7982057-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

MACHADO, D. **Movimentos na Educação Física: por uma ética dos corpos**. 2011. 113 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

MENDONÇA, T. C. P. As Oficinas na Saúde Mental: Relato de uma Experiência na Internação. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2005, 25 (4), 626-635

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - comunicação saúde educação**, Botucatu/SP, v. 13, supl. 1, p. 771-80, 2009.

MARTINHAGO, F; OLIVEIRA, W. F. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde em Debate** • Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, out./dez. 2012.

MORREIRA, M. I. B.; ANDRADE, A. N. Ouvindo loucos: Construindo possibilidades de viver com autonomia. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 2003, 4 (2), 249-266.

MIRANDA, E. D.; FREIRE, L. A.; OLIVEIRA, A. R. C. Os desafios da Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial de Coari (AM). **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 163-169. 2011.

MIRANDA, F.A.N; AZEVEDO, D.M. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Escola Anna Nery* . **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro/RJ, v. 15, n. 2, p. 339- 345, abr./jun. 2011.

MERHY, E. Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 21, n. 2, p. 267-279, 2012.

MERHY, T.B; FRANCO, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v. 6, n. 2 (2012). Brasília-DF.

NEVES, C.A.B. Que vida queremos afirmar na construção de uma política de humanização nas práticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)? **Interfaces Claudia Abbês Baêta Neves**, v. 13, supl. 1, p. 781-95, 2009.

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: História Recente, Passado antigo. In: SOUSA CAMPOS, G. W. de; SOUZA MINAYO, M. C.; AKERMAN, M., DRUMOND JR, M., CARVALHO, Y. M. de (Orgs.). **Tratato de Saúde Coletiva**. Editora Hucitec/Fiocruz, 2. ed., São Paulo-Rio de Janeiro, 2008.

NUNES *et al.* A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):188-196, jan. 2008.

PEREIRA, T. T. O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. de A. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. **Mental** – a. IX – n. 17 - Barbacena-MG - jul./dez. 2011 - p. 523-536.

PAIM, J. S. **O que é o SUS: e-book interativo**. ISBN: 978-85-7541-453-8. E-book interativo: 2015 (edição impressa: 2009). Apoio: Faperj. Acesso aberto, 93 páginas. < <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus> >.

_____. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde – contradições e desafios em 20 anos de SUS**. (Org.).

_____ *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Lancet. 2011; 377 (9.779):1.778–97.

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

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Passo 1: A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V. E. L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, p.131-149, 2012.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./mar. 2014, p.15-35.

PESSOA JUNIOR, *et al.* A política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico: Desafios e perspectivas. **Escola Anna Nery** 20(1) jan./mar. 2016.

PINTO, E. B. A pesquisa qualitativa em psicologia clínica¹. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 15, n. 1/2, p. 71-80, 2004.

ROCHA, S.V. *et al.* Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v.15, n.4, p.871-883, 2012.

ROBLE, O. J; MOREIRA, M. I. M; SCAGLIUSI, F. B. A educação física na saúde mental: construindo uma formação na perspectiva interdisciplinar. **Interface (Botucatu)**, v.16, n. 41, p. 567-77, abr./jun. 2012.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZZERA JR, B.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1992.

SALLES, M. M; BARROS, S. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 324-335, abr./jun. 2013. 2013

SALLES, M. M; BARROS, S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18 n.7, Rio de Janeiro, jul. 2013.

_____; _____. Da cidadania à realização de projetos de vida: inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana.

Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 24 [4]: 1275-1292, 2014.

SANTOS *et al.* Experiências da Educação Física na formação e na atuação no Sistema Único de Saúde. In: BENEDETTI, T. R. B. *et al.* (Org.). *A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde.* Florianópolis: Postmix, 2014. 146 p.

SANTOS, F.T; ALBUQUERQUE, M.P. O papel desinstitucionalizador da educação física na saúde mental. **Motrivivência**, v. 26, n. 42, p. 281-292, jun. 2014

SARRETA, F. O. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: **Cultura Acadêmica**, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em:

SILVA, J.R.A. *et al.* A Atividade Física e saúde mental: uma experiência na formação inicial em Educação Física. **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde.** Pelotas/RS v. 19, n.1, p. 133-140, jan. 2014.

SILVA, A. X. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso. **Revista Katálysis**, Florianópolis/SC, v. 17, n. 2, p. 159-166, jul./dez. 2014.

SILVA, A. T. M. C; BARROS, S; OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Rev Esc. Enferm. USP**, 2002; 36(1):

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.** História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro-RJ vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002

TRAJANO, A. R. C.; SILVA, R. Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade ética em defesa da vida. **PolisePsique**, v. 2,n. temático, p. 16-36. Porto Alegre-RS, 2012,

TRAPÉI, T.L; CAMPOS, R.O. **Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação.** Rev Saúde Pública 2017; 51: 19, São Paulo/SP.

VARELA, S. H.; OLIVEIRA, B. N. Alongamento? Dinâmica? Chama o professor de educação física! Rediscutindo o fazer da categoria em um caps. **Licere.** Belo Horizonte, v. 21, n. 1, mar. 2018.

VASCONSELOS, C. M; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: (Org.). CAMPOS, G.W *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva.** Editoras Hucitec & Fiocruz, 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro, 2008, p.531-562.

VICENTIN, M. C. G. Desafios para a formação em saúde: algumas notas com base na experiência em saúde mental. In: CARVALHO, Y. M.; FRAGA, A. B.; GOMES, I. M. (Org.). **As práticas corporais no campo da saúde.** . v.3, 1. ed. Editora HUCITEC, São Paulo-SP, 2016.

WACHS, F. **Educação física e saúde mental: uma prática de cuidado emergente em centros de atenção psicossocial.** 2008. 145f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano

da Escola de Educação Física - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

_____. Educação Física e Saúde Mental: algumas problemáticas recorrentes no cenário de práticas. In: WACHS, F.; ALMEIDA, U.; BRANDÃO, F. (Org.). ***Educação Física e Saúde Coletiva Cenários, experiências e artefatos culturais***. Série interlocuções práticas, experiências e pesquisas em saúde. Editora Reunida, 2016.