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

GELSIMAR JOSÉ MACHADO

A ATUAÇÃO DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Liana Abrão Romera
Coorientador: Prof. Dr. Ivan Marcelo Gomes

VITÓRIA, ES
2015

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

GELSIMAR JOSÉ MACHADO

A ATUAÇÃO DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

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 à obtenção do grau de Mestre.
Orientadora: Profª. Drª. Liana Abrão Romera
Coorientador: Prof. Dr. Ivan Marcelo Gomes

VITÓRIA, ES
2015

GELSIMAR JOSÉ MACHADO

A ATUAÇÃO DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

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 à obtenção do grau de Mestre.

Aprovada em 19 de Junho de 2015.

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª. Drª. Liana Abrão Romera (Orientadora – UFES)

_____

Prof. Dr. Ivan Marcelo Gomes (Coorientador – UFES)

_____

Profª. Drª Adriana Estevão (UFES)

_____

Prof. Dr. José Geraldo Damico (UFRGS)

À Jesus, autor da vida, e quem, por Sua graça, tem me dado paz e felicidade plena.
À Ti honra e glória, hoje e sempre. Amém!

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos que participaram direta e/ou indiretamente desta importante conquista em minha carreira profissional e pessoal.

Aos dois CAPSad onde realizei a pesquisa, nos quais fui bem recebido pelos professores de Educação Física que se dispuseram a colaborar com o trabalho, bem como demais trabalhadores e pessoas atendidas.

Aos colegas da turma de mestrado 2013, pela companhia, aprendizado e muito estudo. Gratidão a Popô, Vitor, Najla, Dodô, Kuxa, Marcelo, às Lorenas...Aos membros do laboratório Cespceo e grupo de estudos Andaluz: Carol, Jaque, Helô e Nadyne.

À república do “Taz” (Jhonatan, Vagner, Rafael, Tiago e Kléber) que me recebeu em Vitória durante os estudos.

À família, pela paciência diante dos constantes momentos em que me retirei. À minha mãe Terezinha, pelo exemplo de mulher que é. A ti meu muito obrigado!

À Sarah, noiva querida, que pôde entender os momentos em que tive que me ausentar devido à pesquisa; quem me deu forças desde o início desta caminhada. Você é essencial!

À professora Rosely Pires, que tem me acompanhado desde o início da carreira acadêmica. Gratidão à Adriana Estevão pelas palavras de incentivo e observações durante qualificação e defesa. Ao professor Damico, por compartilhar seu conhecimento e pelo convite à Porto Alegre, RS, desfrutar de excelente experiência. Ao Léo Abib e colegas que me receberam na capital gaúcha e compartilharam experiências na área da saúde mental.

Ao Ivan, pelas contribuições e estímulos para desenvolver o texto e para meu amadurecimento enquanto pesquisador.

À Liana, orientadora excepcional que acreditou em mim e deu oportunidades para maturidade acadêmica. Obrigado pela paciência, disposição, carinho e atenção desde o início.

À CAPES pelo apoio financeiro.

À todos meu muito obrigado, sobretudo à Deus, base de todas as coisas.

“Pois Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas”. Romanos 11:36.

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo conhecer e analisar a atuação do professor de Educação Física no tratamento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, especificamente em dois Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) da região da Grande Vitória, ES, buscando elementos para subsidiar a questão a partir dos professores e demais integrantes da equipe multidisciplinar. Antes de adentrar no tema da pesquisa, considerei necessário expor os caminhos que fizeram com que se encontrassem, ao longo da história, os personagens protagonistas deste trabalho – professor de Educação Física e CAPSad. Para isso, retomei a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a instituição dos CAPS, as intervenções políticas em álcool e outras drogas e a inserção do professor de Educação Física na saúde mental/saúde pública. A metodologia empregada foi a observação e a condução de entrevistas semiestruturadas com os professores e trabalhadores da equipe de saúde. Na descrição e análise dos dados, foi possível constatar que há certa semelhança nas atividades desenvolvidas pelos professores em ambos os CAPSad, os quais demonstraram a participação na equipe de modo multidisciplinar e intersetorial. A pesquisa demonstrou a relevância dos professores de Educação Física não somente como mais um membro da equipe, portador de uma série de intervenções, mas como um trabalhador que pode vir a somar significativamente com o campo da saúde mental. Mesmo não possuindo formação específica para atuarem, os professores se mostraram comprometidos com o trabalho dos CAPSad a partir de práticas corporais e outras atuações que evidenciam as relações humanas.

Palavras-chave: Professor de Educação Física; Centro de Atenção Psicossocial; saúde mental; álcool e outras drogas.

ABSTRACT

This dissertation had the goal of recognizing and analyzing the role of Physical Education teachers in the treatment of people who make harmful use of alcohol and other drugs, specifically in two Psychosocial Attention Centers – Alcohol and other Drugs (CAPSad in Portuguese) located at the metropolitan region of Vitória-ES. Elements to assist the conducting of our inquiry were searched among the teachers and other members of the Centers multidisciplinary team. Before entering the research theme, I jugged to be necessary exposing the ways that, in course of history, ended up causing the encounter of this study two protagonists – the Physical Education teacher and the CAPSad. To do so, I recollected Brazilian Psychiatric Reformation, the institution of the CAPS, the political interventions on the matter of alcohol and other drugs, as well as the insertion of Physical Education teachers in matters of mental health/public health. The methodology used was composed of observation and conducting of semi structured interviews with the teachers and member of the health team. In the description and analysis of data, we could verify the participation of the teachers in booth CAPSad to be much alike; they all showed an intersectoral and multidisciplinary participation on their teams. The research showed the relevancy of Physical Education teachers not only as one more member of the health team, apt to make several interventions, but also as a professional who may be able to significantly contribute in treatments of mental health. The teachers, even though they did not possess any specific instruction to act in this kind of context, showed their commitment to the work in the CAPS with their body practices and other acts that put in evidence the human relationships.

Keywords: Physical Education teacher; Psychosocial Attention Center; mental health; alcohol and other drugs.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução anual do número de CAPS 32

Gráfico 2 - Número de leitos em hospitais psiquiátricos – SUS – de 1996 a 2005 … 33

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características dos CAPS e equipe mínima de trabalhadores 31

Quadro 2 - Características principais dos modelos de atenção à saúde na abordagem dos problemas relacionados com o consumo do álcool e outras drogas 45

Quadro 3 – Cursos de Educação Física no Estado do Espírito Santo e a relação com a Saúde Mental 100

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CBO – Código Brasileiro de Ocupações

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CEFD – Centro de Educação Física e Desportos

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONAD – Conselho Nacional Antidrogas

CONFEF/CREF – Conselhos Federal e Regionais de Educação Física

CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes

CNS – Conferência Nacional da Saúde

DANTS – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

ESFA – Escola Superior São Francisco de Assis

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEC – Ministério da Educação

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONUDC – Organização das Nações Unidas para Drogas e Crimes

RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

SISNAD – Sistema Nacional Antidrogas

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 9

1.1 A TRAJETÓRIA 14

2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA 19

2.1 PRIMEIROS PASSOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA 19

2.2 OS AVANÇOS NA SAÚDE MENTAL NOS ANOS 1990 E 2000 24

2.3 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 27

2.4 INTERVENÇÕES POLÍTICAS EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, A REDUÇÃO DE DANOS E OS CAPSAD 35

2.5 REFLEXÕES DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE MENTAL/SUS 42

3 OS CAPSad COMO CAMPO DE PESQUISA 47

3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 47

3.1.1 A Pesquisa no Campo 49

3.2 O CAPSad A 54

3.2.1 A Atuação do Professor de Educação Física – CAPSad A 58

3.3 O CAPSad B 71

3.3.1 A Atuação dos Professores de Educação Física – CAPSad B 73

4 O TRAJETO DOS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA 82

4.1 NÚMERO INSUFICIENTE DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL E O REGISTRO DAS ATIVIDADES 82

4.2 DIFICULDADES DE DESEMPENHAR AS ATIVIDADES 88

4.3 A INSERÇÃO DOS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS CAPSad, O PREPARO PROFISSIONAL E AS RELAÇÕES HUMANAS 96

4.4 O PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL 111

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 121

REFERÊNCIAS 124

ANEXO – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....131

APÊNDICE A - PROGRAMAÇÃO ATENÇÃO DIÁRIA CAPSad A 133

APÊNDICE B - PROGRAMAÇÃO ATENÇÃO DIÁRIA CAPSad B 134

APÊNDICE C - INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE OS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA.....135

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....136

APÊNDICE E - ENTREVISTA PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA.....137

APÊNDICE F - ENTREVISTA TRABALHADOR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR...138

1 INTRODUÇÃO

O consumo de álcool e outras drogas, também denominados substâncias psicoativas[1], faz parte da história da humanidade desde as antigas civilizações com objetivos variados: medicinais, espirituais, religiosos entre outros. Bergeron (2012) aborda que seu desenvolvimento, durante os séculos XVII e XVIII, esteve ligado às festas nos salões, e algumas substâncias eram comumente prescritas por médicos para o tratamento de doenças e males como a febre, a tuberculose, histerias e doenças gástricas.

Para Passeti (1991), o colonialismo apresenta-se como a política mais eficaz para a introdução das drogas nas sociedades, ressaltando a inclusão do cultivo de ópio no oriente no século XVIII pela Companhia Inglesa das Índias Orientais. Na China, apesar de o ópio ser utilizado como produto medicinal, no século XIX, empresas foram responsáveis por difundir o produto no país com o objetivo de viciar o povo, o que obrigou a importação da droga e a abertura dos portos aos interesses ingleses. Posteriormente, com o fim do monopólio, a Inglaterra passou a intensificar o contrabando, gerando as duas guerras do ópio (1839-1842 e 1856-1860). Tais acontecimentos permitiram que a Inglaterra atingisse o objetivo de abrir a China ao capitalismo, ocupando cerca de dois terços do continente asiático.

Ainda no século XIX, sobretudo durante a Revolução Industrial, o uso de álcool e outras drogas foi reconhecido como agravo passível de intervenção médica e social. Algumas substâncias ultrapassaram progressivamente as eventuais formas de consumo – passando a ser consumidas de modo regular e posteriormente compulsivo – tornando-se popular principalmente nas classes operárias da Europa.

Na América, o governo dos Estados Unidos passou a promover encontros internacionais (como os encontros de Xangai em 1908, e Haia em 1911) para discutir a situação do ópio no país e solicitar a proibição desta droga no mundo. No entanto, países grandes produtores de ópio, como Inglaterra e Holanda, tornaram estas iniciativas flexíveis para que pudessem manter a economia a partir da droga. Na 1ª Conferência sobre o Ópio, realizada em Genebra, em 1924, ficou decidida a repressão

---

[1] O Glossário de Álcool e Drogas da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2010a) esclarece que o termo *substância* equivale à expressão *droga psicoativa* (que causa modificações na consciência). Ambos são termos considerados mais descritivos e neutros para todas as classes de substâncias, lícitas e ilícitas, inerentes à política sobre drogas, e não assumem aqui um sentido especial de diferenciação.

da droga. Em 1925 restringiu-se a produção de entorpecentes para a matéria-prima, permitindo-se unicamente para fins medicinais e científicos. Em suma, “A legalidade/ilegalidade das drogas é uma resultante histórica no Estado moderno: conjunto de verdades sustentando o poder calcado em relações econômicas e políticas” (PASSETI, 1991, p. 37).

O período posterior à Segunda Guerra Mundial marcou o início da popularização das drogas nas sociedades ocidentais e em todas as classes sociais. A partir de 1960, o consumo tornou-se problema de saúde pública, primeiramente nos Estados Unidos e, posteriormente, pelo mundo. As medidas contra o consumo e o tráfico de drogas foram, ao longo do tempo, caracterizadas pela repressão à produção, comércio e consumo. Ao contrário do esperado, observou-se aumento do tráfico de drogas e crescimento do número de usuários (BERGERON, 2012; MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

No Brasil, no decorrer dos anos, as questões envolvendo a prevenção e o tratamento de transtornos oriundos do uso prejudicial de álcool e outras drogas não foram enfatizados pelas políticas públicas. Medina, Nery Filho e Flach (2014) relatam que, desde o início do século XX, o país acompanhou como signatário as convenções internacionais. Em resposta a estes acordos, criaram-se propostas de governo e leis pautadas na fiscalização do consumo e do tráfico. Diferentemente da ênfase sobre o tema nos dias atuais, o que melhor funcionava eram as intervenções a partir das instituições de justiça e entidades religiosas, cujo objetivo era inibir o consumo de drogas. A repressão ao usuário enfatizava o tratamento e a internação compulsória em hospitais psiquiátricos a partir de diagnóstico médico, que até então considerava o usuário de drogas como doente mental/louco. O enfrentamento às drogas tornou-se responsabilidade do Estado e problema social. Gomes (2013) enfatiza que excluir o que é diferente vem sendo uma prática social desenvolvida ao longo dos anos, em que o louco, o criminoso, o doente – ou qualquer outro considerado distante dos padrões sociais – são postos em espaços disciplinares como o hospital e a prisão.

O período de expansão do consumo de drogas também foi marcado por questionamentos acerca do tratamento da loucura. Inicialmente, em países europeus, os relatos buscavam por reformas no sistema autoritário representado a partir de instituições repressoras ligadas ao Estado, à Igreja, às prisões e aos hospitais psiquiátricos (OTSUKA, 2009). No Brasil, este cenário começou a passar por significativas transformações com a Reforma Psiquiátrica, a partir do final dos anos

de 1970. O principal fator que iniciou o movimento da Reforma ocorreu por meio de denúncias de maus-tratos, violência e abandono nos manicômios.

A Reforma Psiquiátrica tem seu eixo principal na crise do modelo assistencial hegemônico – fundamentado no hospital psiquiátrico – e nos esforços de movimentos sociais pelos direitos de cidadania dos doentes (AMARANTE, 1997; 2006; TENÓRIO, 2002). O período de 1990 a 2003, entre o qual está a criação dos Centros de Atenção Psicossocial[2], os CAPS (BRASIL, 2004a; 2005), marca a máxima intensidade política e normativa deste movimento.

Os CAPS são a principal estratégia que reestrutura a atenção em saúde mental no país, sendo um serviço substitutivo dos hospitais psiquiátricos. De modo geral, os CAPS têm como objetivo oferecer atendimento à população com a realização de acompanhamento clínico e possibilitar a reinserção social de seus usuários[3] a partir do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, entre outros. Pela possibilidade de oferecer diferentes tipos de recursos terapêuticos, as atividades dos CAPS ultrapassam as tradicionais consultas e prescrições de medicamentos, se configurando como um serviço intermediário entre o atendimento ambulatorial e a internação hospitalar. São serviços de tratamento para os que sofrem com transtornos mentais, psicoses e neuroses graves. Para os usuários cujo principal problema é o consumo prejudicial de álcool e outras drogas, foram instituídos os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). O cuidado para com as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas de modo prejudicial é evidente a partir da instituição do CAPSad em 2002, cujo foco não é apenas o uso de drogas, mas o sujeito e seu sofrimento.

Além de novos serviços em saúde mental, as mudanças decorrentes da Reforma Psiquiátrica buscaram desencadear um trabalho multiprofissional para o tratamento dos usuários. Afora as áreas mais tradicionais (como medicina, psicologia e enfermagem), passaram a compor a equipe de saúde trabalhadores com formação em terapia ocupacional, serviço social, educação física e outras áreas necessárias para a prestação dos serviços. Entre as atividades que possibilitam a intervenção do professor de Educação Física nos CAPS estão: atendimento em grupos (oficinas

---

[2] Os CAPS podem ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPSad) e Infanto-Juvenil (CAPSi). Serão melhores definidos no capítulo 2.

[3] A expressão *usuário* se refere a pessoa atendida pelos CAPS/Sistema Único de Saúde (SUS), expressão que assume o lugar de paciente pelo fato deste estar diretamente envolvido no cuidado em saúde.

expressivas, atividades esportivas, oficinas culturais); atendimento para a família (atividades de lazer com familiares); e atividades comunitárias (caminhadas e outras atividades em interação com a comunidade) (BRASIL, 2004b).

Pesquisas apontam as práticas corporais no tratamento de usuários de álcool e outras drogas (PIMENTEL; OLIVEIRA; PASTOR, 2008; ABIB *et al*., 2010; ALVES; ARAÚJO, 2012; COLOVINI, 2010; MENEZES, 2010; ROBLE; MOREIRA; SCAGLIUSI, 2012). Os trabalhos têm demonstrado que estas práticas podem contribuir para promover a saúde através da estimulação do convívio social; possibilitando novas vivências de lazer; estimulando uma boa autoestima, o respeito e a criação de novas rotinas. A literatura também aborda questões que visam ultrapassar o discurso hegemônico de intervenções pautadas nos benefícios corporais. Esta outra face tem buscado considerar diferentes áreas da vida das pessoas em tratamento (social, cultural, biológica, emocional e outras), oportunizando que estas atuem de maneira direta no desenvolvimento das atividades, valorizando seus saberes.

Wachs (2008) defende que a Educação Física pode vir a ser utilizada como instrumento de mediação no tratamento da saúde mental por fazer parte do cuidado multiprofissional que considera muito importante nesse processo. Entende que o professor de Educação Física tem a possibilidade de enriquecer as práticas corporais nos CAPS a partir de sua identidade com o campo e de sua relação com os componentes da cultura corporal[4] através de uma Educação Física que emerge do próprio estabelecimento.

Porém, pesquisadores enfatizam que a intervenção do professor de Educação Física na saúde pública, de modo geral, pode apresentar equívocos capazes de minimizar a potência deste campo nas relações com o processo de saúde e doença das populações. Um destes argumentos é apresentado por Carvalho (2006), para quem, geralmente, a formação do professor de Educação Física se dá no intuito de atender aos anseios capitalistas de consumismo. Bagrichevsky (2007) ressalta que este modelo tradicional de ensino voltado principalmente para o atendimento da saúde

---

[4] Segundo os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), a Educação Física é entendida como uma área que trata de um tipo de conhecimento, denominado cultura corporal de movimento, que tem como tema o jogo, a ginástica, o esporte, a dança, a capoeira e outras temáticas que apresentam relações com os principais problemas dessa cultura corporal de movimento e o contexto histórico-social dos alunos (BRASIL, 1997).

privada deveria dividir espaço com um programa coerente com as necessidades sociais dos indivíduos. Já Damico (2007) destaca uma perspectiva crítica necessária para atuação do professor de Educação Física na saúde pública, onde as estratégias de promoção de saúde visam facilitar também uma mudança social e comunitária.

Tendo como base as discussões brevemente levantadas, a problemática desta pesquisa situa-se da seguinte forma: como tem sido a atuação do professor de Educação Física no CAPSad? O objetivo é conhecer e analisar a atuação deste professor e as ações desenvolvidas no tratamento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Para isso, buscam-se elementos a partir do próprio professor de Educação Física, bem como das percepções dos demais trabalhadores de saúde que compõem os serviços pesquisados. Em busca de contribuições para esta questão, a presente pesquisa se desenvolve em dois CAPSad da Grande Vitória, Estado do Espírito Santo.

A pesquisa se justifica por vir a somar-se aos múltiplos esforços e intervenções que governo e sociedade vêm efetuando para que o sofrimento dos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas seja minimizado, uma vez que as discussões e estudos sobre o tema não se limitam apenas à esfera da saúde, mas abrangem múltiplos campos como a educação, as ciências sociais e as políticas públicas. Além disso, percebe-se que a atuação do professor de Educação Física no campo da saúde mental e no trabalho com este público é recente e, portanto, carece de produções acadêmicas para subsidiar sua intervenção.

A pesquisa está dividida em cinco capítulos. No primeiro capítulo, apresento a parte introdutória – composta por problemática, objetivos e justificativa – e minha trajetória acadêmica de aproximação com o tema. No capítulo dois, destaco a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a instituição dos CAPS e as intervenções políticas sobre o tema álcool e outras drogas, até chegar ao CAPSad, serviço especificamente voltado para pessoas que fazem uso destas substâncias de modo prejudicial. Consta também neste capítulo a aproximação entre a área da Educação Física e a saúde mental/SUS. Os procedimentos metodológicos são descritos no capítulo três, apontando os caminhos que foram efetuados para a pesquisa. No mesmo capítulo apresento as características dos CAPSad pesquisados, bem como a produção de conhecimento realizada nestes espaços a partir da atuação dos professores de Educação Física. No capítulo quatro exponho as análises obtidas a partir da produção

do conhecimento, abordando relatos do campo e das produções da área da Educação Física. O último capítulo se refere às considerações finais.

1.1 A TRAJETÓRIA

Meu contato inicial com o tema de pesquisa começou a aflorar em 2011, quando estava no último ano do curso de Licenciatura em Educação Física na Escola Superior São Francisco de Assis (ESFA). Mesmo sem ter contato direto, sempre me constrangia o fato de presenciar, principalmente através da mídia, as situações das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, o que, por consequência, afeta seus familiares e a sociedade. Naquele ano de 2011, minha proposta inicial era desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) abordando a temática da atividade física no tratamento de usuários de drogas, no intuito de me aproximar das discussões. Meu interesse era colaborar de alguma forma, não apenas no que diz respeito ao trato acadêmico, mas também como ser humano. Penso que as situações que nos ocorrem não são ao acaso, mas tudo tem um propósito e fazem parte de um processo. E poder contribuir com o próximo resulta em investir em si mesmo, colocando-se como parte integrante e atuante do mundo. Porém, meu plano inicial não pôde ser estabelecido e trabalhei em outro tema.

No ano seguinte, em 2012, resolvi ingressar na turma de Bacharelado na mesma instituição. Quando deparei com um novo TCC a realizar, retomei os propósitos anteriores de desenvolver uma pesquisa na temática de álcool e outras drogas. Inicialmente a proposta era realizar um trabalho de campo com intervenção em algum serviço onde não haveria professor de Educação Física, ou ainda realizar observação participante acompanhando este trabalhador. Ambas as propostas eram possíveis, mas, devido a dificuldades de deslocamento e tempo (pelo fato de trabalhar e estudar), realizei uma revisão de literatura abordando a atividade física na recuperação de dependentes químicos[5]. O objetivo foi trazer elementos que pudessem comprovar a efetividade de tais atividades no tratamento, o que de fato pude evidenciar a partir do material analisado. Solomon (1991) confronta pesquisas que garantem que o exercício físico prolonga a vida e torna seus praticantes mais

[5] Retomo o título original do trabalho.

saudáveis. Chama a atenção para o mito do exercício difundido por estudos e evidenciado pela mídia.

Além disso, percebi que havia outras questões nesta temática que buscavam se distanciar da ênfase corporal indo em direção dos demais aspectos das pessoas em tratamento, como as questões sociais, de cidadania, políticas, enfim, buscando se aproximar da integralidade. Foi neste período que pude conhecer os CAPS e CAPSad.

Ainda no ano de 2012, em processo final de conclusão de curso e embalado pelo tema, submeti projeto de mestrado ao Programa de Pós-Graduação do Centro de Educação Física e Desportos (CEFD) na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Meu interesse pautava-se em ir além do que conhecia dos relatos acadêmicos e poder acompanhar de modo direto o trabalho em espaços de tratamento, já que não foi possível ter esta experiência durante a graduação. No momento de confecção do projeto, fiz um levantamento dos CAPSad no Estado e identifiquei três serviços na região da Grande Vitória. Entrei em contato com os estabelecimentos para verificar se professores de Educação Física faziam parte da equipe. A confirmação positiva me permitiu verificar a real possibilidade de cumprir a proposta da pesquisa, que foi investigar os CAPSad e a atuação dos professores nestes serviços. Por fim, fui aprovado no processo seletivo de mestrado para início em 2013.

Já no desenvolvimento da pesquisa, começaram a surgir algumas questões, o que muito se deve ao fato de não poder ter tido experiência significativa com o assunto. Para sanar tais dúvidas, tive que me debruçar nas leituras e, à medida que estas foram sendo realizadas, novos conhecimentos foram emergindo, juntamente com novos questionamentos. Uma das constantes dúvidas foi em relação aos termos, tanto os relacionados ao campo da Educação Física (professor ou profissional de Educação Física? Atividade física ou práticas corporais?) quanto à saúde mental (dependentes químicos ou usuários de álcool e outras drogas?). As considerações da banca foram importantes por trazerem apontamentos sobre estas e outras demandas.

Sobre o primeiro ponto, talvez o embate das designações *professor* e *profissional* seja inerente ao campo da Educação Física, devido às duas possibilidades de formação, sendo Licenciatura – especialmente direcionada para a formação de professores voltados à educação básica – e Bacharelado – mais direcionado para questões que envolvem o tema saúde a partir da atividade física e esportiva.

Apesar destas diferentes nomeações, foi possível verificar, no desenvolvimento da pesquisa, que a expressão *professor de Educação Física* aparece nos documentos do CAPS e tem sido a denominação comumente utilizada nos trabalhos em saúde mental, termo que também será utilizado nesta pesquisa. Já a expressão *profissional de Educação Física* volta-se para a atuação na saúde pública de modo geral.

Sobre o termo a utilizar ao mencionar usuários de álcool e outras drogas, inicialmente pensou-se em algo que estivesse em consonância com as discussões atuais e que não viesse a desconsiderar eticamente este público. Utilizei *dependentes químicos* como termo titular, porém recebi outras orientações. Vale ressaltar que não há uma terminologia comum entre as produções acadêmicas ou entre as políticas que tratam do assunto, o que contribuiu para que houvesse desencontros na escrita.

Ao escrever o texto *Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua*, Emerson Merhy (2012) problematiza o imaginário social construído em relação ao usuário de drogas, o qual é considerado como não humano. O autor argumenta a maneira como o usuário de drogas tem sido erroneamente compreendido como dependente químico, “[...] como se o objeto fosse o elemento capturante e anulador da possibilidade de indicar que esse usuário antes de tudo é desejante, e como tal faz movimento produtivo para o consumo, inclusive abusivo” (MERHY, 2012, p. 16). O autor chama atenção para o fato de que, caso fosse dependente, a abstinência e o impedimento do contato com a droga seria suficiente para produzir efeitos terapêuticos – e este fato é o que se procura comprovar cientificamente. No entanto, este entendimento desconsidera outros fatores, como o próprio desejo pela droga manifestado pelo usuário.

Petuco (2011, p. 179) relata:

> Se fosse uma dependência só *química*, uma clínica *psicossocial* não teria nenhuma contribuição a dar. Mas nós sabemos muito bem que o sofrimento destas pessoas está para muito além do que poderia ser descrito pela noção de *dependência química*. E se não sabemos, deveríamos saber! A dimensão química é apenas um dos aspectos desta complexa problemática, nem de longe o mais importante.

O uso do termo *dependência química*, portanto, torna-se equivocado, já que o tratamento psicossocial não é apenas farmacológico. Além disso, Bergeron (2012) considera que a noção de *dependência* transmite a imagem de que usuários de drogas

não têm capacidades de agir sobre si mesmos. Aqui será utilizado a expressão *usuário de álcool e outras drogas,* pois se aproxima das questões humanitárias que se relacionam com o tema.

Creio que um dos grandes aprendizados a partir desta minha experiência ultrapasse o campo acadêmico, pois considero o pouco que pude constatar como uma experiência de vida e para a vida. Recordo-me da fala de um usuário quando relatava minha presença em um dos serviços pesquisados: “E você vai aprender alguma coisa aqui com a gente?”. Minha resposta foi que sim, que tinha muito a aprender com eles!

Vejo que este aprendizado se expressa no cotidiano, ao olhar para as pessoas em diversos ambientes sociais e institucionais em que circulo e perceber que, independente de como as pessoas se comportam, de seus títulos, carreira e demais características, nada as torna melhores nem piores do que ninguém. Certo relato da obra de Erving Goffmann (1999, p. 245) chama-me atenção especial neste ponto:

> Preciso dizer que, depois de um período de aclimatação num hospital psiquiátrico, a noção de um contínuo parece muito arrogante. Uma comunidade é uma comunidade. Assim como é bizarra para os que dela não participam, é natural, ainda que indesejável, para os que lá estão.

A imagem que nos é passada sobre as pessoas que consomem álcool e outras drogas de modo prejudicial produz certo estereótipo que resulta em repulsa a partir de informações que muitas vezes são incoerentes com a realidade. Este é um cenário social construído ao longo dos anos. Este estigma acaba afastando estas pessoas e, como diz Petuco (2011, p.186): “Precisamos urgentemente admitir: na luta por melhores políticas para a questão, os preconceitos para com pessoas que usam drogas têm sido parte importante do problema, nunca das soluções”.

Ao falar sobre pessoas com Aids, Petuco (2010, p. 76) destaca: “Nem doente, nem criminoso, mas pessoa. Como sujeito”. O mesmo ocorre com o usuário de álcool e outras drogas, o qual deve ser visto como uma pessoa, com uma história de vida, integrante da sociedade, que participa de questões sociais, que trabalha, que faz escolhas, enfim, que está presente e não à margem da sociedade. E como diz Bergeron (2012, p. 129): “[...] um indivíduo dotado de racionalidade, não completamente dominado por causas psíquicas que congelam seu entendimento, capaz de desenvolver estratégias para cuidar da própria saúde, tanto quanto para gerir os próprios usos”.

Há a necessidade de desmistificar este fato e transformar a relação da sociedade com estas pessoas e vice-versa.

2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Antes de tecer considerações sobre o professor de Educação Física nos CAPSad, é importante reconhecer quais foram os caminhos que possibilitaram o surgimento destes serviços. Para isso, torna-se necessário abordar o significativo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para além da exposição de políticas neste capítulo, as apresentações e discussões que se seguem – sobretudo no que diz respeito às Leis, Portarias, Decretos[6] e dispositivos de atenção – sintetizam os passos da abordagem em saúde mental e drogas no Brasil; possibilita maior aproximação entre Educação Física e saúde mental; e, por fim, reflete a busca dos questionamentos iniciais sobre o tema de estudo.

2.1 PRIMEIROS PASSOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Amarante (2006) relata que, na década de 1960, o setor da saúde vivenciou intenso processo de privatização, fato ocorrido especialmente na área da psiquiatria. No início da década de 1940, havia 21 mil leitos psiquiátricos públicos no país e 3 mil privados. Durante o regime militar, os leitos privados chegaram a 56 mil, período que ficou conhecido como “indústria da loucura”. Além disso, houve diminuição de investimentos no setor público.

Seguindo uma escala temporal, antes de aprofundarmo-nos na descrição da Reforma Psiquiátrica, é importante ressaltar, mesmo que sinteticamente, o movimento da Reforma Sanitária. Este movimento surge na década de 1970 a partir da mobilização de grupos da sociedade indo contra o modelo hegemônico de saúde até então predominante. Tornou-se evidente a situação precária das condições de vida da população brasileira enfatizando questionamentos ao processo de saúde-doença-cuidado pautado sobre um modelo de atenção à saúde considerado caro, fragmentado, individual, centrado no hospital e na doença. O movimento da Reforma

---

[6] *Leis* são, regra geral, da competência do Poder Legislativo e são sancionadas pelos chefes dos poderes executivos - Presidente da República, Governador (a) de Estado, Prefeito (a). *Decretos* são atos administrativos de competência exclusiva do chefe do executivo, para atender situações previstas em leis. *Portarias* são instrumentos pelos quais ministros, secretários de governo ou outras autoridades públicas editam instruções sobre a organização e normas de execução de serviços (BRASIL, 2010).

Sanitária congregou estudantes, professores universitários, setores populares, profissionais de saúde, igrejas, órgãos como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (PAIM; ALMEIDA-FILHO 2014; LIMA; MACIEL; ANDRADE, 2013).

O movimento sugeriu um conjunto sistemático de mudanças com questões que ultrapassavam o setor saúde. A universalidade, integralidade, equidade, descentralização, organização da rede de serviços e a participação da população constituíram-se como princípios e diretrizes do movimento por um novo sistema de saúde (BRASIL, 1986; MATTOS, 2009). Posteriormente, os anos de 1980 foram marcados pela presença de membros do movimento da Reforma Sanitária nos serviços e nas políticas públicas do país, buscando um novo modelo de gestão.

De acordo com Paim e Almeida-Filho (2014), a expressão “Reforma Sanitária”, a partir da 8ª Conferência Nacional da Saúde (8ª CNS), em 1986, foi a denominação que identificou o movimento de democratização da saúde. Para Lima, Maciel e Andrade (2013), foi nesta Conferência o momento de lançamento dos princípios da Reforma Sanitária com aprovação de um único sistema de saúde.

A 8ª CNS reuniu mais de 4 mil integrantes, com participação efetiva da sociedade civil e de quase todas as instituições que atuam no setor saúde. O relatório final da Conferência expressa a necessidade de modificações no setor saúde, para além da reforma administrativa e financeira, com a ampliação do conceito de saúde, a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) e a necessidade de haver uma Assembleia Constituinte (ocorrida em 1988). A 8ª CNS expressa que é do Estado a responsabilidade básica no que diz respeito ao direito à saúde a partir de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário, no qual os serviços de saúde operem de modo descentralizado, o que não exclui a responsabilidade dos indivíduos (BRASIL, 1986). Os marcos normativos que garantem a instituição do SUS dizem respeito à Constituição Federal de 1988 e às Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990.

É em meio a este cenário pela reformulação do setor saúde que surge o movimento da Reforma Psiquiátrica, no final dos anos de 1970. De modo sintético:

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

> Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p.6).

O ano de 1978 é marcado como o início efetivo do movimento. Foi criado no referido ano o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), reivindicando ações trabalhistas combinadas com o discurso humanitário no tratamento do público em saúde mental. Faziam parte do MTSM não apenas os trabalhadores, mas também familiares dos usuários, sindicalistas, egressos de internações psiquiátricas e outros grupos simpatizantes. O MTSM obteve grande repercussão nos anos seguintes, tomando a frente dos acontecimentos em prol da luta antimanicomial, denunciando a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, o predomínio da rede privada no tratamento, além de buscar desmistificar o saber psiquiátrico vigente centrado no modelo hospitalocêntrico (AMARANTE, 1997; TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2005). Para Amarante (1997, p. 163), o MTSM foi o primeiro e principal instrumento de renovação no âmbito de saúde mental, pois "[...] vai estabelecer uma agenda para o setor que, sob o título de Reforma Psiquiátrica, introduz a estratégia da desinstitucionalização[7] no âmbito das políticas públicas".

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil também está inscrito em um contexto de alterações do modelo manicomial em âmbito internacional, sobretudo na Reforma Psiquiátrica Italiana. O médico psiquiatra Franco Basaglia, como um dos protagonistas da Reforma Italiana, foi favorável a mudanças nos saberes e práticas relacionadas à assistência psiquiátrica. Em 1978 foi aprovada na Itália a inédita Lei nº 180, que propõe o fim do manicômio e sua substituição por outros serviços de cuidado e acolhimento. A referida Lei foi aprovada como consequência das experiências de Basaglia nas instituições de Gorizia e Trieste, que tiveram como objetivo principal a desconstrução do manicômio. Basaglia propõe a negação da instituição psiquiátrica – enquanto saber e poder – para inserir a desinstitucionalização, "na desmontagem dos aparatos jurídicos, conceituais e socioculturais que se edificaram sobre a noção de doença mental" (AMARANTE, 1997, p. 180).

Apesar das primeiras manifestações do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil a favor de um novo modelo de tratamento, a maioria dos recursos em saúde

---

[7] *Desinstitucionalização* e *antimanicomial* são termos relacionados à transformação do tema da saúde mental no tratamento dos usuários e na relações destes com a sociedade.

mental eram gastos com o modelo asilar/hospitalar, e pouco se destinava à assistência ambulatorial. Embora tenha sido constatada a precariedade no modelo de tratamento em forma de asilo, as primeiras iniciativas de reforma e a criação de ambulatórios como uma “válvula de escape” do modelo de internação hospitalar não surtiram o efeito esperado (AMARANTE, 1997; TENÓRIO, 2002).

Como desdobramento da 8ª CNS em 1986, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, evento que contribuiu para alavancar a Reforma Psiquiátrica. Esta Conferência representou a intenção de não apenas transformar o sistema de saúde, mas desconstruir estereótipos acerca da loucura tanto no seio das instituições de tratamento quanto em meio à sociedade.

> A I Conferência representa, portanto, o fim da trajetória sanitarista, de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização. O encontro que a ela se segue institui um novo lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios” (TENÓRIO, 2002, p. 35).

Outro evento no mesmo ano de 1987, proveniente do anterior, foi o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, cujos integrantes se opuseram àqueles que buscavam manter o modelo psiquiátrico conservador.

Como consequência destes eventos, o processo de desinstitucionalização no Brasil estabeleceu uma nova forma de ação, que, não mais centrada no poder público ou em políticas públicas, caracterizou-se por abranger uma gama de personagens envolvidos direta e indiretamente com as pessoas atendidas. No findar dos anos 1980, o movimento da Reforma Psiquiátrica consegue envolver não somente os que faziam parte do tratamento, mas também outros grupos da sociedade. No ano de 1987, como forma de ampliar e potencializar ainda mais a população em prol da Reforma, o dia 18 de Maio ficou instituído como Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

É ainda neste período que surgem novos dispositivos e tecnologias de cuidado, e não somente a luta por aperfeiçoar as estruturas dos tradicionais ambulatórios e hospitais de internação. O objetivo foi “substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial” (TENÓRIO, 2002, p. 35). Duas experiências na década de 1980 são consideradas marcantes neste sentido, sendo a Casa de Saúde Anchieta, em Santos, e o Centro de Atenção Psicossocial Professor

Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo. Ambas tornaram-se importantes por demonstrar a possibilidade de construção de uma rede de cuidados psiquiátricos que poderiam substituir, de modo efetivo, o modelo hospitalar.

> O Caps Luiz Cerqueira e os Caps que nele se inspiraram partem 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 expressão subjetiva do psicótico grave, requer muito mais do que uma consulta ambulatorial mensal ou mesmo semanal (TENÓRIO, 2002, p. 39).

Foi neste contexto de novas experiências que, em 1989, foi apresentado pelo Deputado Paulo Delgado o Projeto de Lei nº 3.657 (aprovado em 2001, como ainda veremos). O Projeto se baseava em três pontos: 1) Impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos por meio do sistema público; 2) Os investimentos públicos deveriam ser redirecionados para a criação de "recursos não manicomiais de atendimento"; e 3) Deveria haver parecer judiciário para o caso de internações compulsórias. Apesar de não ter sido aprovado após sua apresentação, o Projeto de Lei desencadeou uma série de discussões acerca da Reforma Psiquiátrica e possibilitou a aprovação de Leis em vários Estados[8], que determinaram a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede integrada de tratamento à saúde mental (AMARANTE, 1997; BRASIL, 2004a). Amarante (1997) destaca que a experiência em Santos e a apresentação do Projeto de Lei contribuíram definitivamente para alavancar o debate acerca da Reforma Psiquiátrica e para o surgimento de novos modelos na assistência em saúde mental pelo país.

Em âmbito internacional, importante manifesto foi a Declaração de Caracas – adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) – em 1990 na Venezuela. Esta Declaração é um marco dos processos de reforma da assistência em saúde mental nas Américas. Dentre os argumentos, questionava-se que, a partir do modelo hegemônico de atendimento, não seria possível alcançar os objetivos de uma intervenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva. Outra crítica era em relação aos hospitais psiquiátricos, que, como único modelo de assistência, dificultavam o alcance dos objetivos. A partir destes e outros

[8] Dentre os Estados que aprovaram leis estão: Rio Grande do Sul (Lei nº 9.716 de 1992), Ceará (Lei nº 12.151 de 1993), Minas Gerais (Lei nº 11.802 de 1995) e Espírito Santo (Lei nº 5.267 de 1996).

pressupostos, os participantes da Conferência de Caracas defenderam a reestruturação da atenção psiquiátrica.

As discussões desencadeadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, sobretudo no cenário político, repercutiram tanto no âmbito das instituições psiquiátricas – a partir de novos princípios para o tratamento de usuários – quanto na promoção de serviços substitutivos ao modelo hospitalar, como veremos a seguir.

2.2 OS AVANÇOS NA SAÚDE MENTAL NOS ANOS 1990 E 2000

A década de 1990 foi marcante pelo amadurecimento e consolidação dos processos que compõem a Reforma Psiquiátrica, fruto das discussões na sociedade e no meio político, bem como das experiências inovadoras em serviços de tratamento. Foram surgindo normas legislativas que garantiam o novo modelo de cuidado em prol da substituição manicomial, ao mesmo tempo em que, no atendimento propriamente dito, as novas experiências (CAPS, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospitais-dia e a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos) se mostravam significativas, evoluindo para um modelo de atenção diversificada de base territorial comunitária (TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2004a; 2005). Abaixo se encontram algumas das Leis, Portarias e Decretos que potencializaram o processo da Reforma Psiquiátrica.

Como uma das primeiras expressões normativas, a Portaria nº 189, de 1991, tem como um de seus objetivos sistematizar grupos e diretrizes hospitalares e estabelecer novos procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), o que inclui oficinas terapêuticas, atendimento grupal e os NAPS/CAPS. Para Amarante (1997), tal portaria foi inovadora por viabilizar financiamento para serviços não manicomiais, sendo este um dos primeiros princípios do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que até então não havia se concretizado.

Outro documento foi a Portaria nº 224, de 1992, a qual surge para regulamentar o funcionamento de todos os serviços em saúde mental. O atendimento hospitalar (internação e semi-internação) e o ambulatorial se configuram como os dois grupos de atendimento. A Portaria ainda estabelece normas e proíbe práticas até então habituais em hospitais psiquiátricos (como celas fortes e exclusão). Dentre as diretrizes, a portaria avança no sentido de enfatizar serviços em princípios de

universalidade, regionalização e integralidade das ações[9], buscando também uma diversidade de métodos e técnicas com a equipe multiprofissional de atendimento. No que tange às Normas para o atendimento ambulatorial dentro do SUS, a Portaria enfatiza a Unidade Básica, o Centro de Saúde e o ambulatório com a instituição dos NAPS/CAPS.

> Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2004a, p. 244).

É a partir desta Portaria que teve início o processo de fechamento de serviços hospitalares precários de assistência psiquiátrica, ao mesmo tempo em que se qualificavam os demais serviços (AMARANTE, 1997). Ponto singular deste documento é sua aprovação pelo conjunto dos coordenadores/assessores de saúde mental de cada Estado da federação, elevando a possibilidade de seu cumprimento em todo o país (BRASIL, 2004a).

No findar dos anos de 1990, surgem as Cooperativas Sociais destinadas às pessoas provenientes de internações psiquiátricas, como doentes mentais, usuários de drogas[10] e egressos de prisões. Estas Cooperativas são semelhantes às Empresas Sociais derivadas da Reforma Psiquiátrica Italiana, que, como ressaltado, teve significativa influência no Brasil. São importantes mediadoras por possibilitarem a oferta de trabalho aos que possuem poucas oportunidades no mercado regular, além de serem espaço de valorização pessoal e social (BRASIL, 2004a; AMARANTE, 1997).

No ano 2000, são instituídos os Serviços Residenciais Terapêuticos. Estes serviços se constituem numa modalidade substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. São moradias ou casas inseridas na comunidade com o objetivo de cuidar de pessoas com transtornos mentais, além de egressos de internações psiquiátricas de longa duração e que não possuem suporte social e familiar necessários para a

---

[9] Universalidade, regionalização e integralidade das ações são conceitos caros no que concerne à saúde pública nacional, formulados, sobretudo, a partir da instituição do SUS. Dentre outros fatores, buscam atuar na assistência sanitária oferecendo atendimento integral e igualitário a partir de equipe de profissionais de saúde com diversas funções, além de oferecer diversos serviços na comunidade/território do próprio indivíduo.

[10] O documento original de implantação deste serviço traz o termo *dependentes químicos*. A mudança aqui realizada ocorre devido à necessidade de novas conceituações para este público.

reinserção social. Esta ação permitiu que os usuários tivessem uma moradia assistida fora do ambiente hospitalar e que fossem acompanhados no processo de reabilitação psicossocial (TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2005). No art. 2º da Portaria consta que, "[...] a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS igual número de leitos naquele hospital". Ou seja: há redução de leitos psiquiátricos hospitalares à medida que usuários forem transferidos para os Serviços de Residência Terapêutica.

Após vários entraves durante os anos que se seguiram, o Projeto de Lei nº 3.657, apresentado em 1989, foi aprovado sob a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, e representa significativa relevância para o campo da saúde mental. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial. Consta em seu artigo 1º:

> Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001).

A promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, como ficou conhecida, e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, também em 2001, contribuíram para efetivar o modelo de assistência psiquiátrica no Brasil nos anos que se seguiram, sendo base para a formulação de outras políticas (TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2005).

Outro importante documento é a Portaria nº 336, de 2002. Esta instituiu normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental, estabelecendo que os CAPS e NAPS até então registrados fossem recadastrados nas modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (Infanto-Juvenil) e CAPSad[11]. Esta Portaria avançou no sentido de proporcionar serviços que ampliaram a atenção diária e ambulatorial, potencializando o atendimento nas proximidades da residência e minimizando as necessidades de internações[12] (mais considerações sobre os CAPS no capítulo posterior).

---

[11] Os CAPSi e o CAPSad também são categorizados como serviços tipo II.
[12] Outras Portarias neste período para expansão dos CAPS e outras unidades de saúde mental foram: nº 1.455 e nº 1.947, em 2003; nº 52, nº 358 e nº 2.068, em 2004; e nº 245, em 2005.

Além dos CAPS, outras estratégias foram surgindo nos anos que se seguiram, entre elas o Programa De Volta para Casa, criado em 2003. Este é um dos mais importantes instrumentos para a reintegração social de pacientes provenientes de longos períodos de internação, e disponibiliza pagamento de auxílio-reabilitação mensal. “Trata-se de uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios” (BRASIL, 2005, p 17).

A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, também contribuiu na atenção sanitária ao público de saúde mental, tendo surgido para ampliar as ações na atenção básica apoiando a rede de serviços no território. Os NASF enfatizam a atenção à saúde mental dentro da rede de atendimento que inclui a Atenção Básica/Saúde da Família, os CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, entre outros.

Outro fator significativo é a Rede de Atenção Psicossocial, instituída em 2011. Esta Rede visa integrar os serviços em saúde mental, sendo os CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência[13], Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, SAMU 192, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas e outros. Todos os recursos destinados a estes serviços fazem parte de investimentos na Rede de Atenção Psicossocial.

Dadas as considerações sobre a Reforma Psiquiátrica, na seção seguinte passo a descrever, de modo mais preciso, os CAPS e suas modalidades. O surgimento dos CAPS[14] tem significativa relevância para a Reforma Psiquiátrica, por possibilitar uma organização capaz de substituir os hospitais psiquiátricos de modo gradual.

2.3 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os CAPS têm a função de organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Buscam preservar e fortalecer os vínculos

---

[13] São dispositivos públicos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade, facilitando a construção de laços sociais e a inclusão (BRASIL, 2005).

[14] Ao utilizar a expressão *CAPS*, refiro-me às suas possíveis modalidades, sendo I, II, III, Álcool e Drogas e Infanto-Juvenil.

sociais do usuário, realizando o acompanhamento clínico, bem como a reinserção social pelo acesso ao trabalho, ao lazer, pelo exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os CAPS atuam em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc. (BRASIL, 2004b). “De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento” (BRASIL, 2005, p. 27).

Tais centros diferenciam-se quanto à estrutura física, número de trabalhadores, diversidade nas ofertas de atividades terapêuticas e público atendido. Devem oferecer acolhimento diurno e, quando possível e necessário, atendimento noturno.

Tendo como base a Portaria de implantação (nº 336 de 2002), os CAPS podem ser:

- CAPS I: municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes. Funciona no período de 08 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana. Proporciona atendimento diário a usuários com transtornos mentais severos e persistentes;
- CAPS II: municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes. Funciona de 8:00 às 18:00 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno até às 21:00 horas. Presta atendimento diário a usuários adultos com transtornos mentais severos e persistentes;
- CAPS III: municípios com população acima de 200 mil habitantes. Se constitui em serviço ambulatorial de atenção contínua, atendendo adultos com transtornos mentais severos e persistentes 24 horas por dia, incluindo feriados e finais de semana;
- CAPSi: municípios com população com cerca de 200 mil habitantes. Para atendimento diário de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona de 8:00 às 18:00 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas;

- CAPSad: municípios com população acima de 70 mil habitantes. Presta atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Funciona de 8:00 às 18:00 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas[15].

As atividades prestadas aos usuários dos diferentes CAPS são semelhantes, contudo pode haver intervenções específicas segundo as características do público atendido. De modo geral, incluem as seguintes atividades:

- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- Visitas domiciliares;
- Atendimento à família;
- Atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua reinserção familiar e social;
- Refeições: os usuários assistidos em um turno de 4 horas receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias. Os usuários que permanecem acolhidos 24 horas em CAPS III devem receber quatro refeições.

Os CAPS também podem oferecer atendimentos domiciliares quando necessários e deverão estar capacitados para oferecer as seguintes formas de atendimento (BRASIL, 2004b):

- Atendimento Intensivo: atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua;

[15] Outros documentos posteriores trazem informações complementares. Na publicação do Manual do CAPS (BRASIL, 2004b), o número de habitantes para implantação de CAPSad é acima de 100 mil habitantes. Estas informações foram modificadas ao longo dos anos.

- Atendimento Semi-intensivo: o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Ocorre quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia;
- Atendimento Não Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território[16] e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendida até três dias no mês.

No que concerne aos recursos físicos, no documento de 2004 (BRASIL, 2004b) consta que os CAPS deverão dispor no mínimo de: consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias); salas para atividades grupais; espaço de convivência; oficinas; refeitório; sanitários e área externa para oficinas, recreação e esportes.

Em relação à equipe de trabalho, ocorrem alterações na quantidade de membros, segundo a modalidade dos CAPS. A equipe mínima deve ser composta por: 1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. O Quadro 1 apresenta sucintamente as informações sobre os CAPS.

[16] Território não é apenas uma área geográfica, mas também é constituído pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados (BRASIL, 2004b).

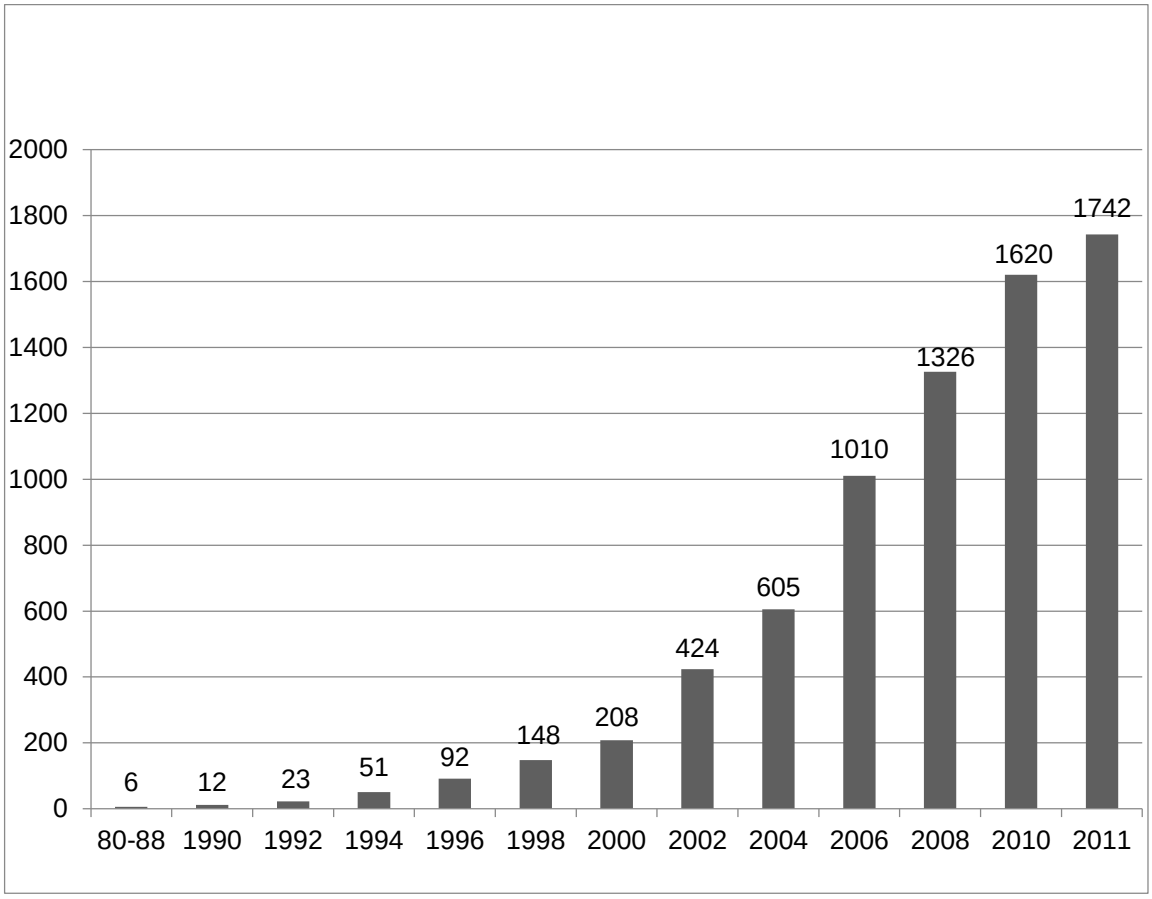
Quadro 1 – Características dos CAPS e equipe mínima de trabalhadores

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad
População de abrangência	20 a 70 mil	70 a 200 mil	200 mil	200 mil	70 mil
Funcionamento	2ª a 6ª 08 às 18h	2ª a 6ª 08 às 18h ou até 21h	Todos os dias 24h	2ª a 6ª 08 às 18h ou até 21h	2ª a 6ª 08 às 18h ou até 21h
Profissionais obrigatórios nível superior	02	02	03	02	03
Outros Profissionais nível superior	03	04	05	04	04
Profissionais nível técnico	04	06	08	05	06

Fonte: Portaria nº 336 de 2002.

Como visto, os CAPS surgiram de maneira autônoma até o início da década de 1990, sem intervenção federal e com base nas experiências de Santos e São Paulo. Posteriormente, passam a ter apoio de modo expressivo em 2002. No Gráfico 1 encontra-se o processo de evolução do número de CAPS, desde seu surgimento até o ano de 2011.

Gráfico 1 - Evolução anual do número de CAPS

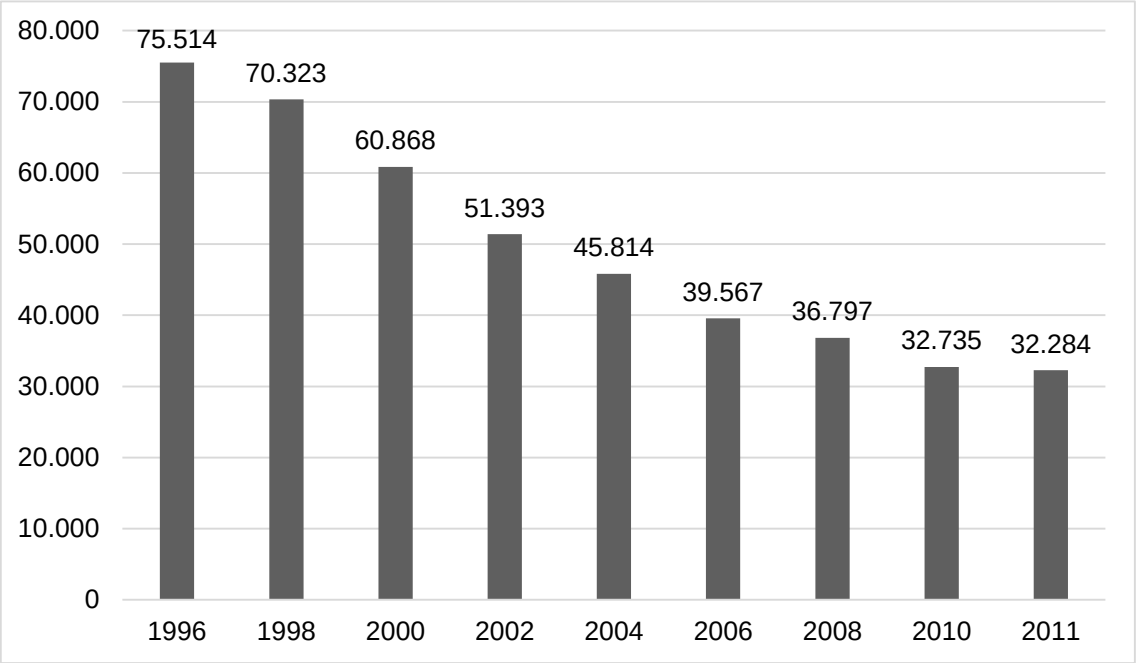


Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012).
Nota: Dados adaptados pelo autor.

Analisando o Gráfico 1, é possível notar que os CAPS começaram a proliferar a partir do momento em que as conquistas do movimento da Reforma Psiquiátrica vinham se efetivando no cenário político e social. Observa-se ênfase no crescimento do início da década de 1990, o que pode dever-se às Portarias nº 189 (1991) e nº 224 (1992), que apoiaram estes serviços como uma política pública de âmbito nacional. Também é nítido o salto da quantidade do ano de 2000 para 2002 – o que pode estar ligado à formulação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216) –, e a partir de 2002, quando os CAPS foram regulamentados pela Portaria nº 336 e passaram a receber incentivos para sua expansão.

Em suma, ocorrem dois movimentos simultâneos, sendo: 1) a formulação de uma rede de atenção à saúde mental em substituição ao sistema de internação hospitalar; e 2) a fiscalização e redução progressiva dos leitos psiquiátricos existentes (BRASIL, 2005). O Gráfico 2 demonstra a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos financiados pelo SUS.

Gráfico 2: Número de leitos em hospitais psiquiátricos – SUS – de 1996 a 2005



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012) (Adaptado).
Nota: Dados adaptados pelo autor.

Os programas de avaliação hospitalar[17] (Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria e Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS), juntamente com a instituição dos Programas de Volta Para Casa, os CAPS e as Residências Terapêuticas contribuíram significativamente para a redução dos leitos e o fechamento de hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Amarante (1997) relata que as Portarias nº 189 (1991) e nº 224 (1992), juntamente com a luta antimanicomial desde o final dos anos de 1970, foram importantes para a constituição da nova rede de serviços de assistência psiquiátrica. No entanto, o autor ressalta que o Estado tende a incorporar as propostas do movimento da Reforma para formulação de políticas públicas nem sempre coerentes com as propostas da desinstitucionalização. Esta observação tem relação direta com as discussões sobre a aprovação do Projeto de Lei de 1989, já que este tema envolvia ideais nem sempre coerentes no cenário político devido a jogos de interesses que

[17] Estes instrumentos de avaliação foram criados pelo Ministério da Saúde para regulamentar o atendimento psiquiátrico. Permitem as reduções e fechamentos de leitos de hospitais psiquiátricos credenciados ao SUS de forma gradual, pactuada e planejada de instituições que estejam irregulares. Anteriormente as supervisões eram limitadas e não sistematizadas (BRASIL, 2005).

medem forças, sobretudo no que diz respeito às questões privadas/capitalistas, o que ainda pode ocorrer. Evidência disso é que, apesar do grande avanço da criação da Lei nº 10.216 em 2001, o texto com as propostas originais sofreu alterações desde sua apresentação em 1989 (TENÓRIO, 2002).

Mesmo com obstáculos desde seu início, Amarante (1997) considera que é por reivindicar e lutar efetivamente por uma melhor qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde – o que envolve solidariedade, igualdade e cidadania – que o movimento da Reforma Psiquiátrica se caracteriza como autenticamente democrático e social. Sendo contemporâneo ao movimento da Reforma Sanitária, "[...] soube ir bem mais longe: colocou em discussão o modelo médico-psicológico de produção de conhecimento sobre o objeto doença e sobre a noção de terapêutica" (AMARANTE, 1997, p. 182).

No que tange aos avanços da Reforma Psiquiátrica no plano político, Amarante (1997; 2006) observa que a incorporação das discussões pelo Estado deve estar em constante desequilíbrio para evitar retrocessos. O autor destaca que a política de saúde mental corre vários riscos, como o fato de apenas reduzir os avanços da Reforma em novos dispositivos de atenção, mas mantendo as tradicionais formas de tratamento. Damico e Bilibio (2014) também lembram que movimentos de resistência podem transformar estes novos serviços em pequenos manicômios, numa nova perspectiva neohigienista que visa afastar da sociedade os que não se enquadram nos padrões sociais, prática esta construída socialmente ao longo dos tempos (FOUCAULT, 1978).

Especificamente sobre os CAPS, Faria e Schneider (2009) ressaltam que a instituição destes serviços consolida-se como especial investimento que avança para novos rumos da assistência em saúde mental. No entanto, na prática, este modelo de assistência pode não ter tamanha efetividade, pois está sujeito a se distanciar dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Por isso, a consolidação dos CAPS não é simples, pois:

> [...] passa pela produção de mudanças na racionalidade sobre os fenômenos de saúde por parte das equipes técnicas, na constituição de uma nova clínica, chamada de ampliada, pela consolidação de uma articulada rede de atenção à saúde, pelas iniciativas efetivas de promoção à saúde, entre outros aspectos. A práxis coletiva em saúde mental tem de ser constantemente refletida, questionada, sob pena de transformarmos os CAPS em somente mais um equipamento de saúde, que engessa a mudança em um mero dispositivo burocrático (FARIA; SCHNEIDER, 2009, p. 324).

Já Lancetti (2014) expõe que os CAPS deveriam obter estreita relação com outros serviços do território (Unidades Básicas de Saúde, Programa Saúde da Família, Estratégia Saúde da Família) e com os atores em saúde envolvidos, isto é, os agentes comunitários de saúde e demais profissionais, o que resultaria no trabalho efetivo com prioridade aos casos mais graves.

Por fim, as constantes discussões em saúde mental – nos planos político, social e profissional –, são importantes para avanços significativos e de modo contínuo, minimizando retrocessos. A Reforma Psiquiátrica se constitui como um processo ininterrupto e não pode relaxar diante das possibilidades de esfriamento que a saúde mental pode sofrer, algo que também pode ocorrer em outros campos.

2.4 INTERVENÇÕES POLÍTICAS EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, A REDUÇÃO DE DANOS E OS CAPSAD

Neste tópico, serão brevemente discutidos aspectos históricos do tema do álcool e outras drogas no Brasil e o CAPSad como serviço de tratamento voltado para as pessoas que fazem uso destas substâncias de modo prejudicial.

A prevenção e o tratamento de transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas não foram uma questão dentre as políticas de saúde pública ao longo dos anos no Brasil. A assistência aos doentes mentais e excluídos da sociedade (mendigos, prostitutas, drogados e outros) teve início com a criação do Hospital Psiquiátrico Pedro II (em 1852) e de instituições semelhantes que foram surgindo posteriormente. O discurso higienista dominou as questões relativas ao tema no intuito de limpar a sociedade da sujeira e do que lhe causava medo (BRASIL, 2005; FARIA; SCHNEIDER, 2009; SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

No início do século XX, o consumo de drogas, em especial as ilícitas, não era tão exacerbado e, por isso, os assuntos relacionados ao tema não tinham a ênfase política e econômica dos dias atuais. Pela precariedade das políticas públicas de saúde, o que melhor funcionava eram as instituições de justiça, segurança pública, associações religiosas, tendo como base significativa a repressão policial (SANTOS; OLIVEIRA, 2013). Este cenário – com poucos serviços ambulatoriais e hospitalares – possibilitou a disseminação de uma rede de atenção em saúde mental de modo fechado, de caráter hospitalocêntrico, tendo como base práticas medicinais e

farmacológicas. A meta dessas práticas voltava-se para a abstinência, ou seja, impedir o consumo de drogas.

Medina, Nery Filho e Flach (2014) identificaram quatro períodos que caracterizam às políticas brasileiras voltadas para o tratamento de usuários e controle de drogas, sendo:

- Primeiro período: início do século XX ao final da década de 1960 – corresponde a algumas iniciativas governamentais em resposta, especialmente, a acordos internacionais;
- Segundo período: final da década de 1960 ao final dos anos 1970 – período de repressão ao uso e contenção dos usuários de drogas, principalmente ilícitas, a partir do discurso de proibição ao uso;
- Terceiro período: início dos anos 1980 ao final dos anos 1990 – período marcado pelo movimento de redemocratização da sociedade brasileira e reestruturação da saúde, o que influenciou uma crise no modelo de abordagem das substâncias psicoativas, emergindo experiências alternativas;
- Quarto período: final da década de 1990 aos dias atuais – momento de contradições, retrocessos e avanços nas políticas, como resultado dos conflitos entre as propostas adversas que permanecem em vigor.

Medina, Nery Filho e Flach (2014) destacam que a Lei nº 6.368 de 1976[18] – também conhecida como Lei de Tóxicos – possibilitou o reconhecimento dos usuários de drogas como doentes e do hospital psiquiátrico como instituição de tratamento, estabelecendo a criação de instituições na rede pública de saúde com a finalidade de prestar assistência. De caráter obrigatório, tais espaços instituíam tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalar.

É a partir desta mesma época, final da década de 1970, que tem início o movimento da Reforma Psiquiátrica. Em decorrência dele, em 1980 surge o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), órgão responsável por formular políticas públicas sobre drogas e que efetuou muitas iniciativas significativas a partir de 1985 (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Para Machado (2006), dois documentos produzidos pelo CONFEN, em 1988 e 1996, foram importantes por conterem propostas políticas para ao tratamento e a

[18] Esta lei foi revogada pela Lei nº 11.343 de 2006, Lei que atualmente rege o tema das drogas no Brasil.

atenção à saúde de usuários de drogas. O documento de 1988 foi a Política Nacional na Questão das Drogas, o qual propôs, dentre as linhas de ação, a criação de centros de referência em prevenção e tratamento para os usuários. Já o documento de 1996, denominado de Programa de Ação Nacional Antidrogas, apesar de privilegiar a repressão, propôs o desenvolvimento de ações de prevenção, repressão e tratamento.

> No campo do tratamento ou das ações de recuperação, foram apresentadas as seguintes propostas: estabelecimento de critérios e normas para o funcionamento de instituições de tratamento; substituição do modelo assistencial de saúde mental por serviços específicos de atenção às dependências químicas; apoio técnico e financeiro às entidades filantrópicas e a promoção de capacitação de recursos humanos (MACHADO, 2006, p. 42).

Machado (2006) ainda ressalta que as diretrizes políticas do CONFEN, apesar de não terem muito impacto no setor de saúde pública, foram importantes para o desenvolvimento dos projetos de redução de danos e das comunidades terapêuticas. Em 1998 o CONFEN foi substituído pelo Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). Em 2005, a SENAD teve seu nome modificado para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

No início dos anos 2000, outras políticas públicas começaram a ser formuladas para a atenção ao usuário prejudicial de álcool e de drogas, de acordo com os moldes da Reforma Psiquiátrica (FARIA; SCHNEIDER, 2009), dentre as quais está a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, implantada em 2003. Dentre os objetivos desta política está alocar como problema de saúde pública a questão do uso do álcool e outras drogas; promover ações de prevenção e tratamento na perspectiva de redução de danos; formular políticas para descontruir o pensamento social de que o usuário de drogas é um doente que necessita de intervenção médica-jurídica; e mobilizar a sociedade para envolvimento com as políticas e ações sobre o assunto álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

Para Santos e Oliveira (2013, p. 86), foi a partir desta Política que “buscou-se inaugurar uma prática de saúde pública capaz de superar abordagens antidrogas e moralistas ainda muito presentes nas práticas desenvolvidas na área de álcool e outras drogas”. Esta também foi influenciada pelos programas de redução de danos e reestruturação da assistência à saúde mental e, nesse sentido, está pautada sobre os

princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, buscando ações de trabalho em conjunto com diferentes serviços, atenção integral, participação ativa do usuário no tratamento e implantação dos CAPS e CAPSad.

Estes relatos nos servem de parâmetro para desmistificar a ideia de que o louco/doente mental e o drogado são pessoas distintas, já que usuários de álcool e outras drogas foram, ao longo dos anos, tratados como loucos por serem estudados pela psiquiatria (BERGERON, 2012). Foucault (1978) já evidenciava este ponto ao escrever a obra *História da Loucura*, uma vez que usuários eram levados para instituições juntamente com doentes mentais, insanos e outros considerados sem razão. Loucura e crime não se excluíam, mas implicavam-se um ao outro. No entanto, este equívoco construído socialmente de que toda pessoa que consome drogas é louco/doente mental ainda permanece. Do mesmo modo, ainda permanece o estigma de que o usuário de drogas é ladrão e violento.

A relação da criminalidade e delinquência com uso de drogas continua a ser uma das barreiras que dificultam a formação de políticas públicas coerentes, argumento que reforça a repressão (BERGERON, 2012).

Este estigma social tem maiores proporções com os usuários de drogas ilícitas. Tal discurso ganha mais força a partir das influências midiáticas. Este cenário reforça o preconceito e gera o afastamento destas pessoas do convívio social e vice-versa. É neste sentido também que um dos objetivos do CAPS é proporcionar atividades na e com a comunidade. Porém, a comunidade também precisa ser educada para desconstruir a imagem imposta aos usuários (WACHS; FRAGA, 2009).

Outro ponto, também crescente nas discussões sobre políticas de drogas, foram as estratégias de redução de danos. Mas o que seria a redução de danos? A publicação federal de 2005 assim expressa:

> Redução de danos são estratégias que ampliam o acesso aos serviços de saúde por meio de trabalho de campo; a distribuição de seringas, agulhas e cachimbos para prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas; a elaboração e distribuição de materiais educativos informando formas mais seguras do consumo e sobre as consequências negativas; os programas de prevenção de acidentes e violência associados ao uso, e a ampliação do número de unidades de tratamento para o uso nocivo de álcool e outras drogas, entre outras (BRASIL, 2005, p. 44).

O primeiro programa de redução de danos nasceu na luta contra a epidemia de Aids em Santos no ano de 1989. Mas foi apenas em 1995 que foi possível organizar

ações de redução de danos, primeiramente em Salvador. Esta estratégia torna-se necessária devido às dificuldades das pessoas que usam drogas de modo prejudicial em ter acesso aos serviços de saúde (PETUCO; MEDEIROS, 2009; PETUCO, 2010).

A redução de danos se constitui como uma tarefa desafiadora de ir até as pessoas que usam drogas e desenvolver a escuta e o acolhimento com o usuário, privilegiando o sujeito, antes mesmo que se busque um tipo de serviço em saúde.

> Os redutores de danos atuam junto a pessoas que usam drogas, nos locais onde estas vivem e convivem, operando estratégias de promoção de saúde que tem como base o acolhimento, a construção de vínculos e a busca de construção de itinerários terapêuticos que privilegiem o sujeito. Uma proposta de busca ativa, cujo desenho é diferente daquele traçado por agentes comunitários de saúde, na medida em que os territórios da redução de danos são concebidos pelos usuários dos serviços, e não pelos profissionais de saúde, numa fluidez que é a do tempo real, assim como com o acompanhamento terapêutico. Trata-se de "construir com", e não de "construir para". Neste sentido, a prática da Redução de Danos, assim como a de acompanhamento terapêutico, surge em uma clínica que é avessa àquilo que traduz a essência dos manicômios: a construção prévia do acolhimento, antes do próprio contato com a demanda (PETUCO; MEDEIROS, 2009, p. 6).

Para Bergeron (2012), a estratégia da redução de danos marca uma real sanitização das políticas de drogas em vários países. Petuco (2010) ainda descreve que a luta social e política do movimento da redução de danos no campo da saúde busca enfatizar a defesa dos direitos humanos das pessoas que usam drogas, como política pública e como tecnologia de cuidado. Outra contribuição é que a redução de danos busca trabalhar a integralidade das pessoas que usam drogas, dos determinantes sociais à saúde, pois o uso de drogas pode estar ocorrendo como uma forma de desvio, válvula de escape, diante de outros sofrimentos pelos quais estas pessoas têm passado. "Aliás, o uso da droga, muitas vezes, é uma forma de tentar anestesiar um sofrimento que é anterior ou paralelo à droga" (PETUCO, 2010, p. 82).

As ações em saúde voltadas para esta perspectiva visam "minimizar os danos à saúde, sociais e econômicos, consequentes ao uso de drogas, partindo do pressuposto de que muitas pessoas não podem, não conseguem ou não querem parar de usar drogas (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014, p. 493). Nas palavras de Lancetti (2014, p. 66), esta estratégia visa "[...] gerar um tipo de relação de experiência, que gere também uma mudança na relação desses sujeitos com a vida e também com as drogas".

Petuco (2010), também destaca que a redução de danos no Brasil teve aproximação com a Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial por buscar ir além dos discursos e propiciar modificações nos serviços e tratamento. O mais interessante é a dimensão do sofrimento da pessoa que usa drogas e não necessariamente que esta venha a parar de usá-las. De modo semelhante, a redução de danos não obriga que pessoas usuárias de drogas mudem de vida, mas que suas vontades sejam respeitadas. Para Ferreira (2013), a estratégia de redução de danos implementada em serviços de saúde mental voltados para usuários de álcool e outras drogas tem sido significativa, pois colabora também para a reestruturação do trabalho em equipe e entre a equipe.

Entre as políticas públicas na perspectiva da redução de danos estão as Equipes de Consultório na Rua (Portaria nº 122 em 2012). Essas equipes desenvolvem ações de Atenção Básica com o desenvolvimento de atividades em unidade móvel e de modo itinerante, que prestam cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Para Medina, Nery Filho e Flach (2014), este serviço busca formas criativas de intervenção, coerentes com as particularidades da população envolvida, valorizando e incluindo as experiências locais.

Além da formulação de políticas para clínica terapêutica, surgiram outras estratégias para o tratamento, redução de danos e prevenção às drogas, como a Política Nacional sobre o Álcool, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

Especificamente sobre as drogas lícitas, até a elaboração da Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2003, o consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco não vinham sendo uma preocupação do Estado. Medina, Nery Filho e Flach (2014) observam que estes se constituem como problemas de maiores proporções do que as drogas ilícitas, o que também é reconhecido por órgãos internacionais e nacionais.

A atenção ao usuário de álcool e outras drogas no âmbito do SUS, focando-se no sujeito e no seu sofrimento e não apenas no uso de drogas de modo isolado, se deve, inicialmente, à instituição dos CAPSad em 2002, entre outras políticas (MACHADO, 2006).

Como abordado na seção anterior, os CAPSad são serviços especializados para pessoas cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Podem ser instituídos em grandes regiões metropolitanas e em localidades/municípios de rota para o tráfico com indicadores epidemiológicos importantes. As atividades dos CAPSad são semelhantes às dos demais CAPS, porém, apresentam o quesito *atendimento de desintoxicação*, o qual estabelece de 2 a 4 leitos para a desintoxicação e o repouso dos usuários que apresentem necessidades (BRASIL, 2004b).

Como uma das expressões práticas da Reforma Psiquiátrica, os CAPSad possibilitam a articulação de atendimento para a redução de danos, prevenção, recuperação, tratamento e reintegração social dos dependentes de drogas (BRASIL, 2005; SANTOS; OLIVEIRA, 2013). A prevenção a partir desta modalidade faz parte de um conjunto de múltiplas estratégias que visam a redução dos fatores de risco específicos e o fortalecimento dos fatores de proteção aos usuários, e "[...] teria como objetivo impedir o uso de substâncias psicoativas pela primeira vez, impedir uma 'escalada' do uso e minimizar as consequências de tal uso" (BRASIL, 2004b, p. 24).

Importante instrumento como desdobramento deste serviço é a criação dos CAPSad III (Portaria nº 2.841 de 2010), com o objetivo de proporcionar atenção integral e contínua aos usuários. Esta modalidade tem funcionamento durante 24 horas do dia, incluindo feriados e finais de semana, e pode ser implantada em municípios/regiões com população a partir de 200 mil habitantes.

Pelos pontos apresentados, percebem-se os avanços obtidos ao longo dos anos em relação ao tema do álcool e outras drogas no Brasil. Para além dos impasses, tensões, conflitos, há ainda antigos e recentes desafios devidos ao surgimento de novas drogas e aos desdobramentos decorrentes do uso (FARIA; SCHNEIDER**,** 2009; SANTOS; OLIVEIRA, 2013). Tal fato foi evidenciado no Relatório Mundial sobre Drogas em 2013 (UNODC), cujos dados apontam estabilidade para o uso das drogas tradicionais (maconha, cocaína, heroína), e os novos desafios das políticas nacionais e internacionais devidos ao surgimento de novas drogas (ONU, 2013).

Santos e Oliveira (2013) veem este amadurecimento das políticas como importante ao longo dos anos, por envolver diferentes setores federais e não apenas a área de segurança. Este tema, encarado pelo viés da saúde pública, tem ampliado o foco de atuação, não mais centrado na via de repressão e punição das pessoas envolvidas, mas na prevenção, redução de danos e conscientização das populações.

No próximo tópico serão abordadas questões que visam discorrer sobre a relação da Educação Física com a saúde mental, em especial no âmbito do SUS.

2.5 REFLEXÕES DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE MENTAL/SUS

A respeito da atuação dos trabalhadores e suas práticas em saúde – e aqui podemos considerar tanto as atuações no SUS, de modo geral, quanto nos CAPSad –, Bilibio (2013) propõe três modos do pensamento ligados à memória profissional, os quais têm modulado as formas de pensar-fazer as intervenções, sendo:

- *O pensamento reto*: o modo de pensar do trabalhador sempre na mesma direção de uma suposta saúde verdadeira;
- *O pensamento desviado*: quando o modo de pensar opera na produção do cuidado, forças estranhas (corpo, paixão, sensibilidade, etc.) ameaçam o pensamento ao desvio, ao erro, à possibilidade de se desviar da saúde verdadeira;
- *O pensamento engessado*: o bom pensamento profissional demanda um método correto, excelentes referências, os melhores pressupostos, anulando forças estranhas e mantendo uma relação sem inflexão entre memória profissional e saúde verdadeira.

Bilibio (2013) relata que o saber biomédico em saúde estabelece os pontos do *pensamento reto*, em que a saúde é caracterizada como ausência de doenças, paradigma que também é voltado para o problema do consumo prejudicial de álcool e outras drogas. Este viés busca a cura, ou seja, o afastamento do contato com as drogas a partir da abstinência.

Seguindo esta lógica e trazendo-a para a atuação do professor de Educação Física, percebemos que o *trabalho morto* (a partir da noção de atividade física) estaria tão imbricado com a *ação tecnologia*[19] (atividades prescritas), que este trabalhador apenas reproduz suas atividades, seguindo na mesma direção do discurso hegemônico da medicina pautada na cura. Devido a alguns fatores, como as influências desde a graduação e do que lhe é transmitido socialmente, o professor de Educação Física pode não conseguir atuar para além do usual, mantendo um *pensamento engessado* diante de novas possibilidades que podem surgir para suas intervenções em saúde.

---

[19] *Trabalho morto* e *ação tecnologia* são termos presentes na obra de Merhy (1997).

O discurso predominante da atividade física enquanto “remédio” pode ser mais potente na medida em que problematize o pensar sobre o próprio fazer, não buscando por reproduções que reduzem as intervenções a um conjunto de movimentos/modalidades possíveis. É a partir dos questionamentos dos saberes e das práticas, dos embates sobre os próprios conhecimentos e intervenções, que o professor de Educação Física poderá intervir com mais criatividade, potencializando as contribuições para a área (BILIBIO; DAMICO, 2011).

Bilibio (2013, p. 135) destaca outra dimensão das práticas corporais em saúde, as quais possibilitam a invasão de forças estranhas, signos mundanos que estimulam o pensamento para o desenvolvimento de novas intervenções, potencializam o pensar no novo. Este seria o *pensamento desviado*. Fato semelhante é apontado por Wachs (2008), quando relata que as atividades do professor de Educação Física nos CAPS devem estar em estreita ligação com o que ocorre no ambiente do serviço.

Apoiado em Nietzsche, Bilibio (2013) ainda busca minimizar o risco da moralização sanitária das práticas corporais e ressalta ser importante o profissional em saúde passar pelo *esquecimento ativo* no trabalho em saúde, o que se constitui em perder a memória continuamente em relação ao trabalho profissional, para que sejam evocadas novas intervenções a partir dos embates com o trabalho diário e com a multiplicidade da vida. O *esquecimento ativo* é enfatizado como um conceito-ferramenta para estimular pensamentos e intervenções em práticas corporais que visam a afirmação da vida como ela é, práticas em que a intenção de ganhos biológicos e da cura ficam em segundo plano, na direção da lógica de redução de danos. Amarante (1997) também expressa este tipo de pensamento abordando as necessidades de sempre se pensar novas práticas em saúde mental, que visem a valorização da pessoa doente e não o foco na doença.

Anjos e Duarte (2009) acreditam que é possível superar o modelo hegemônico no cuidado em saúde a partir de práticas de promoção e de cuidado integral, que vão além de práticas curativas. Afirmam que é com este objetivo que as equipes de saúde têm incorporado outros trabalhadores de saúde como o professor de Educação Física. Do mesmo modo aponta Carvalho (2006), ao ver o surgimento de novas possibilidades de atuação profissional que tem valorizado os indivíduos, e não somente objetivam intervir por meio da profissão.

Mas, para Ferla, Bueno e Souza (2013), apesar da ampliação do número de postos de trabalho para múltiplos profissionais no âmbito do SUS, este aumento não foi acompanhado pela qualidade e resolutividade dos serviços. Segundo os autores, o contato entre diversos profissionais no ambiente de trabalho não é suficiente para o desenvolvimento de uma prática profissional relevante, e, para um trabalho integral do trabalhador de Educação Física, os autores buscam evidenciar não uma intervenção isolada, mas sim a que acontece em conjunto com os demais profissionais em saúde.

> Para o planejar uma atividade física no interior dos serviços de saúde, é preciso diálogo ativo com os demais núcleos de saberes e práticas da equipe – sob o risco desse tornar-se o profissional encarregado de ocupar o tempo, não mais do escolar, mas do usuário dos serviços – e de produzir uma tensão com as lógicas do cuidado que compõem a cena daquele atendimento. O cuidado não poderá ser, simplesmente, a soma de prescrições de todos os profissionais da equipe. Há que se fazer uma inserção na equipe de forma constituinte do fazer clínico e pedagógico, uma vez que a complexidade da saúde impõe aprendizagem permanente (FERLA; BUENO; SOUZA, 2013, p. 221).

Não basta apenas compor a equipe como mais um integrante. Os autores evidenciam a necessidade do trabalho multiprofissional na atenção à saúde no âmbito do SUS como uma combinação de diferentes saberes, práticas, serviços e profissionais, como uma linha que conecta estes profissionais e suas singularidades às demandas dos usuários. Este tipo de atuação possibilita avanços na qualidade dos serviços.

Em suma, apesar da presença do professor de Educação Física ter sido conquistada por estar em conformidade com os princípios do SUS, principalmente devido ao acolhimento e à integralidade no cuidado e atenção à saúde, na perspectiva de reinventar uma saúde que seja coerente com as necessidades individuais e coletivas (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2013), pode haver certa distância, na atuação deste, entre os princípios do SUS e as ações desempenhadas na prática.

É interessante os profissionais da equipe conhecerem os processos de inserção dos serviços onde atuam, os quais são oriundos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, para que seu trabalho seja coerente, vindo a contribuir de modo efetivo com o tratamento dos usuários do SUS. E no que tange ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas, se a intervenção perder este sentido – se enrijecer, não se reinventar constantemente, algo já declarado por Amarante (1997) e Bilibio (2013) –,

corre-se o risco de novamente voltar às características do modelo manicomial, com práticas revestidas de outros rótulos.

Para aprofundar esta discussão, utilizo uma analogia de Medina, Nery Filho e Flach (2014). Os autores identificam, no Brasil, dois modelos padronizados na atenção ao usuário de drogas, sendo o modelo manicomial (que surge com a criação do Hospital Psiquiátrico Pedro II em 1852) e o modelo psicossocial (como desdobramento da Reforma Psiquiátrica). O quadro realizado pelos autores, como segue abaixo, expressa de modo sintético estes modelos.

Quadro 2: Características principais dos modelos de atenção à saúde na abordagem dos problemas relacionados com o consumo do álcool e outras drogas

CARACTERÍSTICAS	MODELO MANICOMIAL	MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Discursos	Periculosidade; doença; abstinência	Respeito à diferença; defesa da vida e da dignidade da pessoa humana; redução de danos
Princípios	Institucionalização; isolamento; tutela	Desinstitucionalização; liberdade; autonomia; cidadania; interdisciplinaridade; intersetorialidade
Objeto	Doença	Sujeito; família; comunidade; território
Objetivo	Remissão dos sintomas	Reabilitação psicossocial
Agentes	Médicos/psiquiatras	Equipe multiprofissional
Práticas	Clínica médica	Clínica “ampliada”; técnico de referência; atenção domiciliar; acompanhamento terapêutico no território; oficinas terapêuticas. Outras práticas alternativas estão sendo ensaiadas
Dispositivos	Hospital psiquiátrico	Rede de atenção psicossocial

Fonte: Medina, Nery Filho e Flach (2014).
Nota: Adaptado pelo autor.

Sobre alguns pontos levantados até o momento, e levando-se em consideração o Quadro 2 em analogia com a atuação do professor de Educação Física na saúde mental – em especial no CAPSad –, corre-se o risco de este e os demais integrantes da equipe de trabalhadores atuarem de maneira análoga ao modelo manicomial, já que o modelo de atenção psicossocial não é simplesmente incorporado, mas trata-se de um processo construído na relação com a atenção à saúde mental.

Portanto, por mais que a Reforma Psiquiátrica proporcione uma série de mudanças na atenção ao público que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas, estas mudanças, na prática diária, podem não vir a fazer parte das ações terapêuticas.

Estes dois modelos de atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos servem de base para traçar o perfil dos professores de Educação Física que atuam nos CAPSad, modelos que também podem se estender aos demais trabalhadores da equipe e aos serviços pesquisados.

3 OS CAPSad COMO CAMPO DE PESQUISA

3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa é qualitativa, uma vez que busca responder a questões muito particulares, se ocupando com um nível de realidade subjetiva e que vai além de medidas, estatísticas e equações. Tem aprofundamento no que tange aos sentidos das ações e relações humanas e “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”, compondo um conjunto de fenômenos humanos que são partes da realidade social (MINAYO, 2009, p. 21).

A técnica para obtenção dos dados se deu por meio de pesquisa de campo. Para Lakatos e Marconi (2003), utiliza-se este tipo de técnica com o objetivo de obter informações e/ou conhecimentos acerca de determinado problema de pesquisa. A resposta ao problema pode emergir de duas formas: 1) uma hipótese que busca se comprovar, ou 2) a descoberta de novos fenômenos ou as relações entre eles. Os autores salientam que a pesquisa de campo está atrelada à observação dos fatos e fenômenos ocorridos no ambiente de maneira espontânea. A produção de conhecimento, e o registro de variáveis é considerado importante para análise posterior.

A pesquisa também é classificada como exploratória. Segundo Gil (1989), a pesquisa exploratória é desenvolvida com o intuito de proporcionar uma visão geral e mais próxima de determinado tema ainda pouco explorado, possibilitando uma maior familiaridade com o problema enfatizado, o que o torna mais explícito e propício para a construção de hipóteses. Entre suas fases, a pesquisa exploratória envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas ligadas ao problema e análise de exemplos que possam estimular a compreensão do assunto (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

As técnicas foram a observação participante e a condução de entrevistas. Lakatos e Marconi (2003) relatam que a observação é uma técnica para se conseguir informações que não consistem apenas em ver e ouvir o que ocorre em campo, mas que é necessário examinar os fatos e fenômenos desencadeados a partir destes pontos. De acordo com Minayo (2009), por meio desta técnica o observador

estabelece uma relação muito próxima com os observados, podendo participar diretamente das suas atividades, contudo, sem intervenção. Carvalho, (2007) citando Brüyne, Herman e Schouthe-ete, afirma que as informações obtidas por meio da observação participante são de dois modos: 1) os fatos como realmente são para os observados, e 2) os fatos imperceptíveis aos sujeitos observados, mas que são captados pelo pesquisador.

Lakatos e Marconi (2003) ainda afirmam que na observação participante o pesquisador se incorpora ao grupo e confunde-se com ele, participando das atividades que fazem parte de seu contexto. Além disso, segundo Mann (1970, p. 96, apud LAKATOS; MARCONI, 2003), é uma "tentativa de colocar o observador e o observado do mesmo lado, tornando-se o observador um membro do grupo de modo a vivenciar o que eles vivenciam e trabalhar dentro do sistema de referência deles". Estar em constante interação e atento aos fatos possibilita o alcance de melhores resultados, como argumenta Whyte (2005), na obra *Sociedade de Esquina*.

Os desdobramentos ocorridos na produção de conhecimento foram registrados em diário de campo após as observações, juntamente com as percepções, questionamentos e demais informações relevantes e detalhadas.

Outra técnica adotada para a produção de conhecimento a utilização de entrevista. Esta foi construída de modo semiestruturado e aplicada junto aos professores de Educação Física e aos demais trabalhadores de saúde que fazem parte da equipe multidisciplinar. Este tipo de entrevista é uma combinação de perguntas fechadas e abertas em que o entrevistado discorre livremente sobre o tema abordado (MINAYO, 2009; GOLDEMBERG, 2004).

Dentre as vantagens desse método, Goldemberg (2004, p. 88) salienta que a entrevista se caracteriza como “instrumento mais adequado para a revelação de informação sobre assuntos complexos, como as emoções”. Esta consideração torna-se interessante na pesquisa nos CAPSad, tanto no que tange aos professores de Educação Física quanto aos demais trabalhadores. Isto porque este ambiente de trabalho é fortemente caracterizado por aspectos, sobretudo relacionado as histórias de vida dos usuários.

Ponto importante no momento de qualificação foi o convite do professor José Geraldo Soares Damico para ir a Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O objetivo do convite foi propiciar maior aproximação com o tema de pesquisa, conhecendo outros campos de intervenção.

Esta aproximação com outros serviços e em outro Estado poderia trazer contribuições importantes, sobretudo para o momento de análise dos dados. Mais ainda, por ser o Rio Grande do Sul importante palco de produções acadêmicas sobre a saúde mental e Educação Física, e, portanto, familiarizado com o assunto, tanto de modo teórico quanto prático.

Menos de um mês após o convite, fui conhecer e acompanhar algumas intervenções dos professores de Educação Física nos CAPS da Grande Porto Alegre, sendo CAPSad Vida Nova e CAPS II, este vinculado ao Hospital das Clínicas. Estive também na Escola de Saúde Pública e acompanhei aulas do curso de graduação em Educação Física abordando o tema da saúde mental e SUS, e de pós-graduação em Saúde Coletiva, ambas integrantes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Ainda participei como ouvinte em palestra na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

Pude ter contato com diversos trabalhadores em saúde mental e professores de Educação Física que atuam e desenvolvem pesquisas nesta área, o que contribuiu para que muitas dúvidas pudessem ser esclarecidas, bem como para ampliar meu conhecimento[20].

Em resumo, ressalto que a experiência veio somar para a pesquisa trazendo mais segurança no trato do assunto e de alguns temas em especial, como a redução de danos, o trabalho multiprofissional e os programas de Residência (abordados no capítulo 6). Alguns destes temas ainda serão retomados.

3.1.1 A Pesquisa no Campo

O campo de pesquisa são os CAPSad da região da Grande Vitória. A referida região abrange os municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória, a capital, sendo composta por três CAPSad e um CAPSad Infanto-Juvenil[21]. Por uma questão ética, os nomes dos municípios e os CAPSad que fazem

---

[20] A experiência em Porta Alegre, RS, ocorreu quando a produção de conhecimento nos CAPSad estava em fase final.

[21] Informações retiradas do Portal do Governo do Estado do Espírito Santo. Disponível em: <www.es.gov.br/Cidadao/paginas/dependentes_quimicos.aspx>. Acesso em: 28 ago. 2013. O CAPSad Infanto-Juvenil não fez parte da pesquisa.

parte deste estudo não serão nomeados, apenas serão identificados como CAPSad A, B e C. Apresento a seguir relatos da aproximação com os campos de pesquisa.

Como já relatado, antes de submeter o projeto ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da UFES, realizei uma busca para identificar os CAPSad da região da Grande Vitória. Posteriormente, após realizar o cumprimento de parcela dos créditos do programa, entrei em contato via telefone novamente com os CAPSad para obter orientações sobre a produção de conhecimento. Todos os serviços me direcionaram para as Secretarias Municipais de saúde. Feitos os contatos, nos CAPSad A e C foi autorizada a produção de conhecimento somente após aprovação do projeto pelo pelas próprias secretarias e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFES[22]. O projeto foi então submetido ao CEP e também aos dois órgãos municipais. Fiquei aguardando retorno via e-mail e/ou telefone, como fui orientado.

O projeto foi aprovado pelo CEP com o número de registro 517.728, no final de janeiro de 2014. O órgão municipal responsável pelo CAPSad A já havia aprovado o projeto e apenas aguardava a liberação do CEP. Assim, estando tudo dentro das solicitações oficiais, iniciei a pesquisa de campo pelo CAPSad A.

No decorrer da produção de conhecimento – que será detalhada na seção posterior – muito me animei com as experiências obtidas no CAPSad A. Percebi que o trabalho realizado pelo professor de Educação Física era coerente com os relatos da produção acadêmica que mais me despertava interesse, ou seja, um trabalho que ultrapassava o viés biológico das pessoas em tratamento, almejando uma perspectiva integral. Em virtude destes primeiros resultados, os professores orientadores viram a possibilidade de realizar uma pesquisa mais densa somente no CAPSad A, visto que atenderia aos objetivos da pesquisa. De posse desta nova ideia, foi decidido assim fazer.

No entanto, um ponto passou a incomodar: se o trabalho do professor de Educação Física no CAPSad A ocorre deste modo, como será nos demais CAPSad que me propus a investigar no início da pesquisa? Intrigado por esta questão e

[22] O CEP é um órgão composto por profissionais de diversas áreas. Tem o objetivo de avaliar os projetos de pesquisa que englobam a participação de seres humanos, visando resguardar os pesquisados. A Plataforma Brasil, instituída pelo Governo Federal, é o sistema eletrônico responsável por realizar a articulação entre pesquisadores e CEP. Disponível em: http://www.prppg.ufes.br/comitês-de-ética-em-pesquisa.

conversando novamente com os orientadores, ficou decido retomar o objetivo inicial de pesquisar os demais serviços.

No CAPS B não foi necessário aguardar a aprovação do projeto, visto que, conforme informações da Secretaria Municipal a mim transmitida, os serviços de saúde do município possuem parceria com a UFES para o desenvolvimento de pesquisas. Foi necessário levar e apresentar o projeto à responsável na Secretaria de Saúde. Em momento oportuno, entrei novamente em contato com o referido serviço para acertar a entrada em campo. Deste modo, a produção de conhecimento foi ocorrendo ao mesmo tempo em ambos os serviços, o CAPSad A e o CAPSad B.

Já em relação ao CAPSad C, fiquei aguardando a resposta do projeto via e-mail e/ou telefonema, pois a orientação do site da prefeitura indicava este procedimento. Porém, não houve retorno. Dessa forma, decidiu-se pela permanência apenas nos CAPSad A e B, visto que atendiam aos objetivos da pesquisa.

Mesmo ocorrendo esta desistência do CAPSad C, considerei necessário saber a razão na demora da aprovação do projeto por parte da entidade, ou ao menos os motivos que impediram o contato, caso o projeto não estivesse atendendo aos requisitos. Decidi, então, entrar em contato para saber mais detalhes. Depois de alguns telefonemas, recebi a informação de que o projeto submetido não foi encontrado nos registros. Fiquei surpreso com a notícia! Logo depois, recebi uma ligação do órgão responsável dizendo que o projeto havia sido encontrado. Procurei saber o motivo do extravio, que me relataram ter ocorrido em decorrência das mudanças administrativas da gestão, o que fez com que o projeto saísse do fluxo usual e se misturasse a outros documentos. Por fim, com os ajustes finais de documentos, o projeto foi aprovado também para a pesquisa no CAPSad C. Mesmo não entrando em campo para a produção de conhecimento, o que tornaria a pesquisa muito ampla, o documento de aprovação foi adquirido para eventual necessidade.

Em campo, ficou decidido concentrar a pesquisa nos dos professores de Educação Física e demais trabalhadores da equipe multidisciplinar. No entanto, houve oportunidades de conversar com os usuários a respeito dos serviços e as atividades desenvolvidas. Muitos contaram fatos significativos de suas vidas, como o histórico do uso de drogas, a situação familiar e o contexto de tratamento.

É interessante destacar que a aproximação feita com os professores e usuários foi fundamental para o desenvolvimento deste trabalho, por possibilitar a aquisição de informações relevantes. Tal fator provavelmente não seria possível, caso

a relação entre pesquisados e pesquisador fosse imatura. A interação com pessoas influentes de certo grupo é fundamental para obter acesso, respeito e aceitação dos demais membros (WHYTE, 2005).

Tomando emprestadas noções da antropologia, Nadel (1987) relata que não é possível descobrir todos os fatos sobre um povo/grupo ao se relacionar com ele, mas é importante ter a capacidade de adquirir uma aproximação harmoniosa com as pessoas com as quais se estuda, para conquistar confiança, o que resultará em colaboração para a pesquisa. Como ressalta Whyte (2005, p. 295), “para encontrar as pessoas, passar a conhecê-las, encaixar-me em suas atividades, tinha que gastar tempo com elas – um bocado de tempo, dia após dia”. Deste modo, a busca de respostas a certas questões podem surgir de modo voluntário a partir da interação com os sujeitos, o que realmente aconteceu nos CAPSad pesquisados.

Para melhor aproveitamento dos acontecimentos em campo, os professores de Educação Física me autorizaram a utilização de um gravador de voz (MP3). Antes da chegada aos estabelecimentos, o aparelho era ligado e reservado de modo imperceptível pelo pesquisador. A intenção foi evitar que diálogos e situações pudessem ser omitidas. O uso do gravador foi importante por poder resgatar algumas falas dos professores e usuários e enriquecer o diário de campo.

Outra razão para utilizar o gravador foi que optei por não levar em mãos um caderno/diário para anotações durante as observações, uma vez que tal iniciativa poderia inibir os usuários e demais integrantes dos serviços, e assim alterar o cotidiano nestes espaços. Os acontecimentos em campo foram transcritos após a saída dos CAPSad e foram compostos por fatos englobando a atuação dos professores, os diálogos, as cenas e demais situações do cotidiano.

No que se refere às entrevistas, estas foram realizadas com os professores, sendo 3 trabalhadores. O CAPSad A possui 1 professor de Educação Física, e o CAPSad B possui 2 professores atuando em turnos distintos. Foram entrevistados também os trabalhadores de saúde da equipe multidisciplinar. Estes possuem diversas formações, como: psicologia, enfermagem e técnico em enfermagem, farmácia, assistência social, terapia ocupacional e música[23]. Foram realizadas oito

[23] É interessante ressaltar que cada CAPSad possui mais trabalhadores com a mesma formação. Como exemplo, no CAPSad, A havia 5 trabalhadores formados na área de psicologia. No CAPSad B, havia 2 trabalhadores com formação em enfermagem, terapia ocupacional e serviço social.

entrevistas com os trabalhadores da equipe multidisciplinar em ambos os CAPSad, num total de dezesseis entrevistas – exceto professores.

O convite para as entrevistas foi feito aos trabalhadores após 40 horas de observação das atividades nos CAPSad, sendo este período importante por proporcionar adequada aproximação com os membros da equipe. As entrevistas ocorreram da seguinte forma: após explanação dos objetivos da pesquisa – o que grande parte conhecia – o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido era assinado e dava-se início à entrevista. Cada entrevista durou em média 15 minutos e foram realizadas nos CAPSad, segundo disponibilidade de cada trabalhador, já que a intenção era não impedir o desenvolvimento de suas atividades regulares.

As entrevistas foram fundamentais para complementar os dados obtidos a partir das observações e trazer mais elementos para enriquecer as informações sobre a atuação dos professores de Educação Física. Para melhor aproveitamento, optou-se por utilizar um gravador de voz (através de Smartphone) com os entrevistados que assim permitiram. Anotações também foram feitas para minimizar o risco de perder os dados.

Visando preservar a identidade dos entrevistados, ao citar trechos das entrevistas, os professores serão representados pela denominação de “professor de Educação Física”, seguido do serviço do qual faz parte (ex.: professor de Educação Física – CAPSad A). Os demais trabalhadores serão identificados como “trabalhador”, seguido de ordem numérica e serviço referente (exemplo: trabalhador 1 – CAPSad B).

O fato de eu não possuir nenhuma experiência direta em serviços de saúde mental foi um ponto interessante na pesquisa por possibilitar-me enxergar tudo o que ocorria ali como alguém “de fora”, tendo em vista que meu conhecimento baseava-se a apenas nos relatos acadêmicos. Este ponto me causou algumas preocupações, principalmente no início, por, talvez, não ter a possibilidade de usufruir da pesquisa pela falta experiência significativa.

Ao relatar este fato a alguns integrantes da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, visita que ocorreu durante minha experiência/visita no mesmo Estado, passei a aceitar melhor esta falta de contato com o campo de pesquisa a que me referi acima. Pude entender que a melhor formação ocorre pelo contato com o campo de atuação, o qual forma o trabalhador. Neste caso, a inexperiência pode permitir o aprendizado de modo construtivo, e não algo paradigmático, que, por sua vez, tem a possibilidade de conter o trabalhador de saúde e impedir uma atuação mais efetiva.

Minha percepção da atuação do professor de Educação Física, antes da entrada no campo, estava restrita aos procedimentos tradicionais de intervenção realizados em outros ambientes de trabalho como parte da cultura corporal. Ou seja: as atividades físicas, esportes, jogos, brincadeiras e outros. Mas, como ressalta Minayo (2009), pode ocorrer que o pesquisador se insira no campo de pesquisa supondo encontrar o que considera saber, ao invés de estar suscetível a novas descobertas. À medida que a pesquisa foi se aprofundando, novas experiências foram se mostrando importantes e minhas insinuações anteriores foram se dissipando, visto que as intervenções destes professores ultrapassam as atividades regulares de outros ambientes. Como descreve Whyte (2005, p. 20), “para respostas às questões íntimas é necessária uma aproximação também íntima com o objeto de estudo. Assim, visto de perto, o objeto torna-se diferente”.

No próximo tópico, consta a descrição dos referidos serviços, CAPSad A e CAPSad B, com detalhes da atuação dos professores de Educação Física. A preferência foi acompanhar os professores desempenhando diferentes funções dentro dos serviços. Por isso as atividades foram distintas, bem como o público atendido, pois há usuários que participam dos CAPSad em atividades diversificadas, de acordo com suas necessidades, podendo estar presentes todos os dias da semana ou apenas em dias específicos.

Organizei a escrita de modo a facilitar a leitura – já que são dois espaços de observação – com a intenção de seguir uma trajetória com detalhes que visa aproximar os leitores da pesquisa. No CAPSad A, a produção do conhecimento ocorreu de 20 de fevereiro a 09 de julho de 2014, com o total de 54 horas. Já no CAPSad B ocorreu de 11 de março a 08 de agosto de 2014, com o total de 51 horas.

3.2 O CAPSad A

Quando cheguei ao serviço pela primeira vez, me apresentei ao vigilante, que me permitiu entrar e aguardar pelo professor de Educação Física. O professor estava conversando com uma pessoa e fiquei aguardando-o sentado no banco, olhando o local e o movimento das pessoas. Tudo foi muito novo e, por consequência, diferente. Um usuário resmungou próximo a mim o desejo de ir para o quintal fumar. Este fato

foi o que primeiramente me despertou atenção, pois pensava que o CAPSad seria um lugar onde não se deveria fazer uso de nenhuma droga.

Logo depois, encontrei-me com o professor. Ele explicou que estava na coordenação do serviço, substituindo a coordenadora em seu período de férias. Também era o dia de sua Atenção Diária. Após conversarmos um pouco, ele me levou para conhecer as dependências do serviço e alguns trabalhadores e usuários que encontramos pelo percurso. Ao mesmo tempo ele realizava seu trabalho de prestar auxílio aos usuários e à equipe. Durante o passeio pelo CAPSad, o professor foi relatando a função que vinha desenvolvendo ali enquanto professor de Educação Física.

Posteriormente, fui conhecer o que o CAPSad tinha de material, tanto para uso da Educação Física (colchonetes e borrachas) quanto de outros trabalhadores (como os instrumentos musicais e material para pintura). Depois, fomos até um dos computadores do serviço, e o professor começou a mostrar os registros das atividades relacionadas à Educação Física a partir de fotos, ao mesmo tempo em que narrava o que aquelas atividades representavam. Após isso, continuamos circulando pelo CAPSad e pude ver também o que os usuários produziam de pintura e artesanato.

Este primeiro contato foi uma breve e satisfatória visita, o primeiro de muitos encontros que ocorreriam depois. Quando a pesquisa recebeu a aprovação do CEP, fui me apresentar aos membros da equipe na reunião semanal. Houve algumas dúvidas pontuais por parte de alguns a respeito do projeto, e fui esclarecendo as questões levantadas.

Para trazer alguns pontos específicos do CAPSad A, utilizo-me do Projeto de implantação do serviço, o qual gentilmente foi cedido pela coordenadora. O projeto foi produzido entre os anos de 2005 e 2006 e contém 42 páginas, com os itens Introdução, Justificativa, Objetivos, Público-alvo, Estratégias e Metas, Recursos Envolvidos, Cronograma de Atividades e Avaliação.

O município do qual o CAPSad A faz parte é um dos que mais cresce no Estado, pois tem recebido imigrantes de outras cidades e Estados. Este crescimento populacional tem contribuído para que os problemas de saúde pública se tornem maiores, e dentre eles está o uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Entre os anos 2000 e 2004, as internações dos munícipes em instituições psiquiátricas do Estado relacionadas aos transtornos decorrentes do uso prejudicial

de álcool e drogas ficou na média de 23,4%. Este fato indicou a necessidade de estruturação de um CAPSad no município, pautando-se na seguinte justificativa:

> A implantação do CAPS ad II justifica-se na medida em que visa a: (1) oferecer uma continuidade ao tratamento destes pacientes egressos de internações hospitalares de forma intensiva; (2) oferecer um tratamento digno e efetivo aos portadores de sofrimento mental decorrente do uso e dependência de substâncias psicoativas de modo a evitar internações em instituições manicomiais; (3) realizar um trabalho educativo de prevenção junto à população no intuito de difundir a política da redução de danos referente ao uso de drogas (PROJETO CAPSad A, 2006, p. 9).

Como objetivo geral, o Projeto do CAPSad A visa:

> Contribuir para o aumento da oferta de serviços e para a formulação de estratégias e ações nas áreas de prevenção, tratamento, pesquisa e reinserção social para o estabelecimento das políticas de atenção ao uso de álcool e outras drogas na cidade (PROJETO CAPSad A, 2006, p. 11).

Instituído no município em 2006, o CAPSad A está localizado em uma rua com pouca circulação de pessoas e veículos. A principal rua do bairro fica há cerca de 5 minutos dali, onde o fluxo de comerciantes é grande. Já na rua do CAPSad há alguns pontos comerciais, que ficam distantes do serviço.

Seu entorno é representado por uma população de classe média-baixa, possuindo casas simples e outras que chamam a atenção devido à beleza. Não possui sede própria, e o espaço físico refere-se a uma casa alugada, com pavimentos divididos em salas/cômodos no térreo e andar superior. A entrada no serviço dá-se por um portão de ferro, conduzido pelo vigilante. Logo no início está a secretaria. Em frente à secretaria está uma parte da varanda – o que seria a sala de espera –, contendo a mesa com ficha de participação diária, bancos, bebedouro, TV e o armário onde os usuários guardam seus pertences. A varanda prossegue, se unindo à garagem da casa. Esta é a área de maior circulação dos usuários por dois motivos: dá acesso aos demais lugares do serviço e é ali onde são realizadas muitas das atividades, como o café da manhã e da tarde, o almoço, as reuniões com os usuários, as atividades de música e de Educação Física, os jogos de mesa (baralho e dominó), dentre outras. Cadeiras e mesas de plástico são espalhadas para as refeições e jogos e são recolhidas quando preciso.

Seguindo a varanda, há a entrada da casa pela parte dos fundos (entrada oficial). A parte interna está dividida, primeiramente, em salas para atendimento, uma

das escadas para o andar superior e banheiro para os usuários. Há os espaços onde os usuários circulam pouco e que são destinados aos trabalhadores, que são a cozinha e área administrativa (espaço com mesas, computadores, armários, banheiro, biblioteca e outra escada para o andar superior). Ainda como parte da área administrativa, há mais um espaço ao fundo com uma pequena mesa e armário e, por fim, outra sala com dois leitos para desintoxicação, a qual também é, ao mesmo tempo, local para atendimento. Uma das duas portas desta última sala dá acesso novamente ao portão de entrada do CAPSad.

No andar superior há outras salas utilizadas para atendimentos individuais e grupais, banheiro, espaço para as reuniões da equipe e a varanda, às vezes utilizada pelo professor de Educação Física para a prática de yoga.

Há um enorme quintal localizado na parte posterior do imóvel, contendo árvores e uma horta com legumes, verduras e hortaliças plantadas e cultivadas pelos integrantes do serviço. Este local também é chamado de “fumódromo” e possui horários estabelecidos para circulação. Nos momentos livres das atividades, os usuários podem acessar o quintal para passear, conversar e fumar. Fora do tempo estabelecido, o portão que dá acesso ao quintal geralmente fica fechado.

O CAPSad A atende cerca de 40 usuários por dia, com idades que variam de 18 a 70 anos. Em sua maioria acima de 30 anos, o público é misto (homens e mulheres) e proveniente de diversos bairros do município. A maioria representa a classe social E (até 1 salário mínimo) e D (de 1 a 3 salários mínimos). Há usuários com formação em nível superior e com experiências profissionais diversas. Muitos dos que estão em tratamento possuem dificuldades com drogas ilícitas, mas o principal fator são os problemas oriundos do uso prejudicial do álcool.

As atividades do CAPSad são reguladas por um cronograma denominado de Atenção Diária, que se inicia às 8:00 e vai até às 17:00. Na entrada, os usuários assinam a ficha de participação e os que levam pertences particulares (bolsas, roupas, remédios etc.) usam o armário para alocar seus objetos.

Na varanda é realizado o usual Bom Dia (será relatado na descrição da Atenção Diária), seguido pelo café da manhã. Após o café, ocorrem as oficinas com os trabalhadores de saúde em diversos espaços do estabelecimento, as quais prosseguem até o momento do almoço, por volta das 12:00. Na parte da tarde, são oferecidas outras oficinas (exceto nas quartas-feiras, pois há reunião da equipe).

Durante as atividades, os usuários que possuem agendamento (com médico, farmacêutico, psicólogo e outros) são direcionados para seus compromissos. Entre as oficinas, há intervalos para a distribuição de fruta/lanche, momento em que os usuários também circulam pelos espaços do CAPSad (quintal/fumódromo), jogam e conversam. No Apêndice A consta a Programação da Atenção Diária semanal do CAPSad A.

Passo a apresentar abaixo como tem sido a atuação do professor de Educação Física no CAPSad A.

3.2.1 A Atuação do Professor de Educação Física – CAPSad A

A inserção do professor de Educação Física no CAPSad A vem desde o processo de planejamento, o que podemos verificar a partir do Projeto de implantação, quando este aborda a equipe de trabalhadores que poderão fazer parte do serviço:

> Médicos Psiquiatras, Clínicos Gerais, Psicólogos, Enfermeiros, Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais, **Professor de Educação Física**, Farmacêutico, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Oficineiros/ artistas/ escritores e profissionais de apoio administrativo, segurança e serviços gerais (PROJETO CAPSad A, 2006, p. 27, grifo nosso).

Nas entrevistas realizadas com a equipe de trabalhadores, na questão de número 3 (Fale-me da sua percepção sobre a atividade física desenvolvida aqui no CAPSad), uma das trabalhadoras – que atuou na coordenação de saúde mental do município e na implementação do CAPSad – destacou a inserção do professor de Educação Física:

> Nós estudamos bastante como estavam sendo estruturado os CAPS no Brasil pra gente até pegar uma referência de projeto técnico para um CAPS e vimos a inclusão do profissional de Educação Física. E a gente entendeu a importância, enquanto equipe multiprofissional, também do professor de Educação Física. A gente entendeu o aspecto físico na atenção psicossocial, no sentido do movimento, assim como também a necessidade deste profissional interagir neste processo fundamental do CAPS que é a reinserção social (TRABALHADORA 5 – CAPSad A).

De acordo com este relato, a presença do professor Educação Física não ocorreu ao acaso, mas foi em decorrência de experiências em nível nacional que foram base para a implantação do serviço.

O professor do CAPSad A possui larga experiência no campo da Educação Física com mais de 30 anos de formação. Tem mestrado na área de fisiologia do exercício. Atua no CAPSad desde 2012 e compõe a equipe por meio de concurso público da prefeitura municipal com carga horária de 20 horas semanais na função de Técnico Esportivo/Professor de Educação Física, ligado à Secretaria de Saúde. Efetua seu trabalho nos dias úteis da semana no período matutino – quando há necessidade, atua no turno vespertino, sobretudo nas reuniões da equipe que ocorrem nas quartas-feiras. Na parte da tarde, é servidor público em outro município[24].

Sobre as atribuições de cada trabalhador, consta no Projeto do CAPSad o item *Atribuições Específicas da Equipe Técnica de Nível Superior*, abordando qual deverá ser o papel dos trabalhadores de saúde. Em relação ao professor de Educação Física, consta (PROJETO CAPSad A, 2006):

- Trabalhar a melhora da aptidão física relacionada à saúde estimulando a recuperação das capacidades psicomotoras;
- Desenvolver o conhecimento de si mesmo e o sentido de confiança em suas capacidades afetivas, físicas, cooperativa, de inter-relação pessoal para agir com segurança na busca do conhecimento e no exercício da cidadania;
- Explorar a inovação e a criatividade pessoal;
- Auxiliar no combate ao sedentarismo;
- Realizar atividades lúdicas (jogos, músicas, comemorações...);
- Realizar, juntamente com a equipe, atividades como passeios (pontos turísticos, festas populares, eventos);
- Estimular o conhecimento e cuidado com o corpo, valorizando hábitos saudáveis.

É interessante chamar atenção a este ponto na descrição das atividades. Nos documentos que descrevem as diferentes modalidades do CAPS (Portaria nº 336 de

[24] No Apêndice C, constam informações gerais sobre os professores de Educação Física de ambos os CAPSad.

2002; e BRASIL, 2004b) não são abordadas, como no projeto deste serviço, questões relacionadas a cada trabalhador de saúde, menos ainda no que diz respeito às funções do professor de Educação Física – já que este não é um trabalhador obrigatório. Este fato demonstra certo avanço em âmbito municipal no reconhecimento deste trabalhador, e subsidia, ao menos em parte, sua atuação.

Outro ponto que chama a atenção é o item *Auxiliar no combate ao sedentarismo*. Este item expressa algo comum nos documentos que ressaltam a presença da Educação Física no âmbito do SUS, que dá visibilidade ao combate ao sedentarismo e às Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS), como a obesidade, doenças cardíacas e diabetes (MARTINEZ *et al*., 2013; FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2013).

Nos demais pontos das atribuições do professor de Educação Física, há ênfase sobre a relação dos usuários com o corpo e com o meio social. Estes aspectos, sobretudo este último, configuram-se de grande valia para os usuários em tratamento, e talvez caracterizem-se como uma de suas principais necessidades.

Apesar de serem estabelecidas atribuições no Projeto do CAPSad A, as ações do professor de Educação Física no dia a dia do serviço vão além delas. De modo regular, ele atua nas seguintes funções: atenção diária, caminhada, yoga, ginástica, horta, profissional de referência e comissão da atenção diária. O professor também participa de outras questões: Reunião de Equipe, Visita Domiciliar, Reunião de Território, Reunião de Saúde Mental, Reunião sobre Formação Profissional.

Em relação às atividades que envolvem as práticas corporais, o número de participantes varia entre 5 e 15 participantes, conforme o dia da semana e as demais eventualidades que possibilitam ou não a participação dos usuários. Destaco a seguir o que caracteriza estas atividades (presentes também nos Apêndice A) juntamente com relatos da produção de conhecimento.

Atenção Diária

Em todos os dias da semana, há um trabalhador da saúde responsável por esta atividade. O professor de Educação Física atua nas quartas-feiras. Quem está na Atenção Diária recebe os usuários, encaminha procedimentos diversos e é responsável pelas demandas do dia.

Entre a chegada e o café da manhã, os usuários são reunidos para o chamado Bom Dia. Neste momento, inicialmente o professor faz um bate-papo para descontração. Ele passa as informações sobre as atividades do dia e verifica se alguém tem alguma necessidade. No Bom Dia, podem ocorrer questionamentos sobre os atendimentos, tratamento e temas diversos de necessidades dos usuários (como vale para transporte, cesta básica, dentista e outros). Nas observações, verifiquei que, na maior parte das questões, o professor responde prontamente às dúvidas levantadas e, quando necessário, verifica com os demais trabalhadores para dar retorno aos usuários.

Também é no Bom Dia o momento em que, geralmente, é feita uma abordagem inicial se a pessoa está bem para frequentar o CAPSad, sendo diagnosticado se ela consumiu álcool ou outra droga antes da chegada ao serviço. Em uma das visitas, surgiu um assunto no qual uma usuária disse que fez ingestão de bebida alcoólica pela manhã. Então, o professor chamou a atenção dela e dos usuários presentes sobre a situação dizendo que, ao frequentarem o CAPSad, todos têm acesso e assinam o Contrato de Atendimento Terapêutico, no qual há regulamentos a cumprir – e não comparecer sob o efeito de drogas é um deles. Explicou que, quando ocorrem situações deste tipo, pouco adianta o atendimento, pois a pessoa está sob efeito das substâncias e o que é falado/orientado no CAPSad é pouco absorvido. A usuária respondeu que não usou drogas, mas somente álcool. Então, o professor explicou a ela e ao grupo que o álcool também é um tipo de droga.

Posteriormente, conversando com o professor sobre o ocorrido, ele me disse que, quando há tais situações, a pessoa fica na sala de desintoxicação para se recompor. Caso esteja bem para ir para casa, a pessoa é liberada.

Como parte dos procedimentos da Atenção Diária, acompanhei o professor ao introduzir um novo usuário no serviço. Fomos a uma sala, o professor conversou com ele e depois fez a leitura do contrato, já que, pelo fato de o usuário ter sofrido agressões físicas e estar em cadeira de rodas, apresentava dificuldades para leitura. Entre as demandas do contrato está a participação nas oficinas terapêuticas, e ele, mesmo estando em cadeiras de rodas, pode participar – assim como já existia um usuário nestas condições que participava das atividades. O contrato estimula a cooperação dos usuários para que a assistência do CAPSad seja adequada e venha gerar efetividade ao funcionamento do serviço.

Outra situação foi em determinado dia que o professor foi reunir o grupo para a yoga. No quintal, ele se deparou com um usuário que estava de posse de uma pedra de *crack*. O professor foi falar com ele pedindo a pedra. Depois de muita conversa o usuário decidiu ceder. Em seguida, o usuário teve que se retirar do CAPSad por ter desrespeitado um dos pontos mais importantes do serviço. O professor disse que deu oportunidade a ele para ficar no serviço quando soube que estava com a droga. Mas, depois ele não conseguiu resistir e quis fazer o uso. Explicou ainda que tal atitude do usuário não era para bagunçar o serviço, mas sim uma forma de pedir socorro e atenção diante de suas dificuldades.

Mesmo estando na Atenção Diária, o professor é responsável por desenvolver suas atividades programadas para o dia, como caminhada e yoga. Pude observar nas visitas que o professor também auxilia ou substitui outros trabalhadores na Atenção Diária quando necessário.

Caminhada

Na Portaria nº 336, de 2002 vê-se a indicação de atividades em grupo, atendimento em oficinas terapêuticas e atividades comunitárias, enfocando a integração do usuário com a comunidade. Como já abordado, a questão da reinserção social é enfatizada nas políticas em saúde mental e álcool e outras drogas, e a atividade de caminhada é uma das práticas que possibilitam efetivar este objetivo.

O professor de Educação Física proporciona a caminhada geralmente dois dias na semana, nas terças e quintas-feiras. O tempo total da atividade varia de 60 a 90 minutos. Ele conduz o grupo a certos locais do bairro, principalmente a um dos principais parques do município que fica a cerca de 15 minutos do CAPSad. Ele não estabelece intensidade a ser seguida, até porque há usuários que têm dificuldades de locomoção. Há um cadeirante que, quando participa, é auxiliado pelos colegas.

Mesmo sem haver cobrança acerca de questões que podem fazer parte de uma caminhada tradicional (como intensidade e roupas adequadas), alguns usuários incorporaram a atividade como um exercício físico. Como pude observar nas visitas, a Dona Maria[25] costuma frequentar a caminhada com vestuário preparado para a

[25] Nome fictício.

atividade – blusa confortável, calça *legging* e tênis. Ao perceber isso, certo dia me aproximei dela e começamos a conversar. Ela disse que gosta de caminhar e que sempre vem arrumada. Além disso, caminha nos finais de semana. Quando não vem ao CAPSad, aproveita para caminhar no calçadão da praia, que fica perto de onde mora. Ela acrescentou: “Aqui eu faço yoga e caminhada, não perco nenhuma das aulas” (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad A). Após começar a fazer as atividades de Educação Física, ela disse que se sente mais disposta e com força para subir escadas.

Certa vez um usuário perguntou, antes de sairmos, se não haveria problema de ir para a caminhada de chinelo. O professor disse que não e que o importante era participar da caminhada. Conversando depois com o professor, ele disse que muitos usuários não têm condições de adquirir roupas e calçados apropriados e não há necessidade disso para o desenvolvimento da atividade.

Ao chegar ao parque, a atividade continua pela pista para caminhada e corrida. Muitas vezes, as conversas ali são voltadas para a natureza do lugar. O professor tenta manter o grupo próximo. O local de encontro no parque é na área onde se encontram as Academias Popular e da Pessoa Idosa. Ali os usuários se dividem: vão tomar água, ficam sentados à sombra descansando e conversando, e outros se movimentam nos aparelhos ao mesmo tempo em que conversam também.

Quando os usuários utilizam os aparelhos, geralmente o professor espera questionamentos deles para introduzir algumas explicações. Ele explica sobre os aparelhos e movimentos – músculos, mudanças de pegada (supinação e pronação) etc. Em várias situações, foram criados pequenos grupos de conversa e, apesar de não objetivar estes assuntos, o professor aproveita-se das oportunidades para introduzir temas, tirar dúvidas sobre atividades físicas e demonstrar movimentos semelhantes aos dos aparelhos, que podem ser feitos em casa.

O professor disse que orienta o grupo de modo que realizem algumas atividades, e depois eles podem tornar isto parte da vida deles. Cita o exemplo de um usuário que começou com a caminhada no CAPSad e depois passou a correr de modo regular. Outro, já idoso, costumava vir às 5:00 da manhã para caminhar no parque. O professor disse que:

> [...] ele mesmo resolveu criar este hábito na vida, e que não foi forçado a desenvolver a caminhada com argumentos que pressionam, do tipo: “porque tem que ter saúde; se não vai morrer; etc.”. O pontapé inicial para o hábito

> foram as caminhadas a partir do CAPSad (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad A).

No entanto, nem todos os usuários do CAPSad participam da atividade. Certa vez perguntei para um usuário se ele iria participar da caminhada naquele dia. Ele respondeu que não, devido à repetição do percurso, pois queria ir para outro lugar, na rua. Comentei este relato com o professor. Ele explicou que já fez outras caminhadas, como rodeando o parque e na rodovia. Mas no parque os usuários podem fazer uso dos aparelhos das academias, e isso é muito bom pois a maioria gosta.

Outra forma de mudar a rotina da caminhada foi o exemplo da palestra do biólogo do parque sobre as bromélias e plantas. O professor disse que fez este programa cerca de quatro vezes, sempre com usuários diferentes. Mas a próxima visita ainda não havia ocorrido devido à baixa frequência de usuários, pois não havia vale transporte para aqueles que moravam longe. Disse também que, quando não havia os aparelhos de musculação, eles faziam mais atividades no parque, como alongamento e yoga. Também já realizou atividades com bola, queimada e tênis, após ouvir alguns usuários comentarem sobre o esporte.

Os usuários participam da atividade conversando e interagindo uns com os outros, daí o motivo de a caminhada ser considerada por eles como um passeio. Pode-se compreendê-la como uma das estratégias que possibilitam a maior aproximação do professor com os usuários, pois ele pode ouvir e dialogar mais profundamente com eles.

Alguns dos assuntos tratados na caminhada o professor direciona aos outros trabalhadores. As demais situações ele busca resolver dentro de suas possibilidades. O professor disse que as conversas vão aparecendo com os usuários, e que nem sempre o assunto se desenvolve para o tratamento, mas são também conversas diversas e que possibilitam muitas risadas. Os usuários também têm as conversas deles e entre eles. “Eu achei esta maneira de eles experimentarem e pegar nesta caminhada todos os atravessamentos de coisas que ajudam eles no tratamento” (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad A). Esta atividade, portanto, se configura como um meio para auxiliar no processo de tratamento.

Yoga

O professor realiza esta atividade duas vezes na semana, nas segundas e quartas-feiras. Ele tem experiência com esta prática corporal a partir de curso que fez para atuar em outro trabalho no período da tarde. A atividade ocorre na varanda, local de maior movimentação no CAPSad, pois, como já citado, dá acesso aos demais espaços do serviço. Às vezes a atividade é realizada na varanda de cima da casa, mas somente quando a luz solar ali não atinge. O professor disse que não há espaço exclusivo para certas atividades, e o jeito é adaptar.

Sobre este assunto, verifiquei que no Projeto do CAPSad consta sobre a área física, dizendo que o local para as oficinas e alimentação deve ser amplo e arejado. No entanto, há dificuldades para que o projeto se concretize na prática.

No desenvolvimento da yoga, cada movimento é explicado minimamente, com a execução feita pelo próprio professor. Ele fala sobre as posturas – tronco, dedos, respiração – e que é preciso respeitar os limites corporais. Constantemente procura acertar o posicionamento dos usuários. Ressalta ainda os músculos que fazem parte das posições e qual o sentido de cada ação, dizendo: “esse movimento é para as costas, abdome, braço, para sentir a respiração (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad A).

Nem todos os usuários podem participar da atividade, alguns por problemas físicos – como artroses e cirurgias, – e outros por demais dificuldades – como os que estão sob efeito de medicamentos. Mesmo com algumas limitações, vi alguns usuários participarem segundo suas possibilidades, como é o caso de uma senhora que participa sentada na cadeira.

O bate-papo durante a prática é comum. Fala-se sobre a própria aula e diversos assuntos. O professor aproveita estes diálogos para trazer situações da yoga, aspectos sociais, familiares, dentre outros. Um fato que me chamou a atenção foi que, ao apontar a boa flexibilidade de um paciente, o professor disse que, se ele tivesse se dedicado a algum esporte desde a adolescência, poderia ter ganhado a vida – no sentido financeiro. Logo uma usuária disse: “mas destruiu a vida!” – insinuando para o uso prejudicial de drogas. Então o professor disse a todos que ninguém ali destruiu a vida, e que nós estamos vivos; “agora nós estamos potencializando, vitaminando a vida” (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad A). Neste ponto ele busca auxiliar os usuários positivamente no tratamento, procurando contribuir para a autoestima.

A yoga é uma prática corporal bem aceita. Houve certo usuário que gostou tanto da yoga que queria um colchonete para fazer a atividade em casa, e o professor o presenteou com o material. Outro usuário – que possui dificuldades de locomoção – disse que a yoga o ajudou muito, e que aprendeu a praticar em casa.

É possível perceber que o objetivo do professor com a aula de yoga é o mesmo do relatado na caminhada: propiciar a prática corporal e, a partir daí, instigá-los a assumirem a prática regularmente no dia a dia.

Ginástica

A ginástica não tem dias específicos para ser realizada. Acontece principalmente em dias de chuva e em outros momentos quando não é possível utilizar o espaço para yoga ou caminhada. Representa movimentos de força.

Tudo começou quando um eletricista do grupo relatou ao professor certa fraqueza nas pernas, o que dificultava realizar seus trabalhos do cotidiano. Pensando em como poderia ajudá-lo, o professor teve a ideia de utilizar algumas mangueiras que estavam sem uso no CAPSad – aquelas para coleta de sangue (há algumas borrachas menores que foram preparadas pelo vigilante). Ele fez uma pesquisa sobre quais exercícios poderia oferecer ao grupo e começou a desempenhar atividades para fortalecimento muscular. Ao propor movimentos para os músculos inferiores, o eletricista passou a sentir a diferença durante o seu trabalho, tendo menor dificuldade para subir escadas.

A atividade é realizada na varanda. Ali há uma pequena cerca que separa a própria varanda do canteiro de flores e do muro da casa ao lado. Ao adaptar as borrachas, ali é possível realizar alguns movimentos. Antes de começar, o professor faz uma sessão de alongamento e aquecimento explicando esta necessidade. Logo surgem comentários dos usuários sobre as boas sensações.

Os movimentos da ginástica são adaptados e semelhantes aos de academia, como flexão dos cotovelos. Há também exercícios que utilizam o próprio peso corporal, como o agachamento. Em todos os movimentos, o professor explica o músculo principal que está sendo trabalhado, sempre demostrando em seu próprio corpo onde se localiza o músculo. Explica que usamos os músculos trabalhados nos movimentos para as atividades diárias (abrir armários, levantar coisas etc.). Ainda

ressalta o modo certo de realizá-los, ajudando os usuários segundo suas possibilidades.

Como esta atividade não é frequente, o professor sugere para alguns usuários que fiquem observando o início. Depois os convida para fazer parte do grupo. Em uma de minhas visitas, houve um usuário que quis participar da atividade, pois era algo mais leve que a caminhada e yoga. Porém, ele foi convencido pelo professor a não participar. O fato é que este usuário possui complicações cardíacas e o professor limita algumas atividades relacionadas à Educação Física. Foi o professor quem percebeu alguns sintomas do usuário ao realizar as caminhadas e o conduziu ao médico. O resultado dos exames revelou problemas cardíacos.

Alguns usuários se animam com os exercícios e demonstram interesse em desenvolver a prática no dia a dia. O professor diz a eles que podem comprar pesos (halteres) ou ainda pegar um peso qualquer em casa – como pacote de açúcar – e realizar os movimentos. Certa vez, alguns disseram que preferem estes exercícios à yoga. Então o professor explicou ao grupo que, quando começou as atividades, a maioria gostava da yoga, mas no decorrer do tratamento as pessoas mudam e então os exercícios também podem mudar.

Horta

Como exposto, o CAPSad possui amplo espaço para o desenvolvimento desta atividade. O professor de Educação Física é responsável por coordenar as atividades ali (o que plantar, onde, como), designando o grupo de usuários da Atenção Diária ao menos um dia da semana. Esta atividade geralmente ocorre às segundas-feiras, mas nos demais dias há usuários cuidando do ambiente. Um deles não faz outra atividade com o professor a não ser cuidar da horta. O professor disse que esta é a atividade física dele.

Pelo que pude perceber, a horta, assim como a ginástica, está sempre disponível ao grupo, caso uma outra atividade programada não seja possível. Certo dia ocorreria a caminhada, mas havia poucos usuários para sua realização. Então o professor circulou pelo CAPSad explicando o motivo e incentivou o grupo para os cuidados da horta dizendo: “a gente podia ficar na horta, pode ser?” (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad A). O professor não obrigou ninguém a ir, mas convidou e

incentivou, e o grupo foi favorável. O professor parece gostar e entender bem sobre as questões da horta. Disse que anteriormente havia apenas algumas frutas e plantas no quintal e que levou 15 tipos de espécies medicinais para plantarem, mas muitos usuários retiraram-nas sem intenção por não conhecerem.

Pude observar aquele usuário que possui complicações cardíacas atuando na horta. Conversando com o professor, ele disse que lhe permite ajudar um pouco, mas quando percebe que ele está se esforçando muito, orienta-o para que descanse. Na horta também surgem alguns assuntos referentes ao tratamento e à vida pessoal dos usuários, e o professor medeia as questões segundo as possibilidades.

A horta é uma das atividades preferidas por alguns usuários e também motivo de preocupação, pois requer um cuidado especial. Fato interessante foi quando pude acompanhar o grupo do CAPSad em uma atividade de carnaval realizada em um serviço semelhante de outro município. Num certo momento de conversa em um pequeno grupo, dois usuários relataram sobre a falta de irrigação da horta, devido aos dias de feriados do carnaval. Eles então ficaram preocupados, tanto o professor quanto os dois usuários.

> Conversaram sobre as possibilidades de alguém molhar a horta. Estava quase certo que um deles iria ter a chave de acesso do portão de entrada do CAPSad e do portão da horta. O professor foi resolver a questão e ligou para a coordenadora – ela não estava presente na festa. Por fim, em contato com uma das funcionárias do CAPSad que estava presente, o professor disse que ela iria molhar a horta nos dias de feriado, já que morava perto do serviço (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad A).

Nota-se que a atividade da horta é parte integrante das atividades do professor de Educação Física e não tem nada a ver com sua área de formação profissional. Mas ele desempenha a atividade juntamente com os usuários como parte das demandas do serviço e não se restringe às práticas ligadas à própria formação acadêmica.

Profissional de Referência

Cada usuário do CAPSad possui um Profissional de Referência (também denominado de Terapeuta de Referência). Este é quem acolhe o usuário na inserção

no serviço, estabelecendo uma ligação mais próxima entre ambos. O Manual do CAPS (BRASIL, 2004, p. 15) assim aborda este papel:

> [...] ao iniciar o acompanhamento no CAPS se traça um projeto terapêutico com o usuário e, em geral, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele. Esse profissional poderá seguir sendo o que chamamos de Terapeuta de Referência (TR), mas não necessariamente, pois é preciso levar em conta que o vínculo que o usuário estabelece com o terapeuta é fundamental em seu processo de tratamento. O Terapeuta de Referência (TR) terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS.

Além de receber atendimento da equipe multidisciplinar, é o Profissional de Referência o responsável por tratar questões diversas em relação ao tratamento do usuário, justamente por ter esta maior aproximação. As demandas desta função podem ocorrer no dia a dia do CAPSad.

Presenciei algumas conversas do professor de Educação Física com alguns usuários desenvolvendo esta função de Profissional de Referência. Entre estas, o relato de uma usuária que se mostrava muito abatida e, por isso, não queria caminhar. O professor lhe perguntou se ela queria conversar. Ela respondeu que sim. Como eu estava por perto e havia estabelecido certo contato com ela durante minhas visitas ao serviço, o professor perguntou se eu poderia acompanhá-los. Ela foi favorável.

> Fomos então para uma sala onde ela expôs suas angustias familiares. O professor conversou com ela dizendo que a situação era uma fase e que deveria cooperar para alcançar o objetivo que queria, por isso evitar a recaída era importante. Alertou que não adiantaria pensar em “fazer besteira” com a vida ou outras ações que não adiantariam em nada. Reforçou que ela teria que evitar as recaídas e mostrar que ela realmente está buscando mudar, o que irá reaproximá-la dos familiares (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad A).

O professor ainda disse a ela que conversaria com a assistente social para que esta entrasse em contato com a família da usuária e tentasse mediar o caso com seus familiares, já que demandaria uma intervenção deste tipo. Reforçou que certas situações são frequentes na vida e acontecem com todas as pessoas.

A atuação como Profissional de Referência é um laço que se estabelece com o usuário. Está entre as atuações do professor de Educação Física, o qual busca contribuir com o serviço e seu público de múltiplas maneiras.

Comissão da Atenção Diária

No CAPSad A, o professor de Educação Física e o farmacêutico são responsáveis por organizar as solicitações que foram feitas na Atenção Diária. O objetivo é direcionar os usuários que estão chegando ao serviço, designando as atividades e o Profissional de Referência responsável. Eles fazem um contato inicial com os possíveis profissionais que serão encaminhados para sistematizar o procedimento.

Também organizam a ficha de Atenção Diária, ficha esta que orienta os usuários para os atendimentos com os trabalhadores da equipe. É interessante destacar que o professor passa a conhecer de perto os diferentes usuários do CAPSad também a partir desta função, já que ela o faz circular pelo serviço e estar em contato com diversas pessoas e situações. Às vezes é necessário encaixar na ficha usuários que demandam necessidades urgentes, o que exige diálogo entre os trabalhadores para possibilitar atendimento que não estava previsto. Aliás, um dos motivos que permite que o CAPSad esteja sempre lotado é esta ação de portas abertas, atendendo todos os usuários que ali procuram auxílio.

Mesmo na organização destas fichas, o professor não fica isolado do que acontece em outros espaços do serviço. Foi interessante perceber que, certo dia, ele foi procurado por uma usuária na área de administração para intervir numa situação que havia ocorrido entre alguns usuários.

Mesmo o espaço físico sendo insuficiente, o CAPSad A mostrou-se bem estruturado. A equipe de trabalhadores de saúde e demais funcionários (que compõem secretaria, limpeza e vigilância) são entrosados e mantêm boa articulação no dia a dia do serviço, o que auxilia na promoção e no bom andamento do estabelecimento, bem como no tratamento dos usuários. Segundo o relato do professor de Educação Física, o CAPSad A tem sido referência para os demais serviços. O que corrobora este fato é que muitos trabalhadores da saúde que ali atuam possuem vasta experiência no campo da saúde mental, possibilitando que trabalhadores com menor experiência usufruam de seus conhecimentos e experiências. Este é o caso do professor de Educação Física pesquisado, pois atua no serviço desde 2012 e encontrou na equipe o suporte necessário para desenvolver seu trabalho, pois, até então, não havia tido experiência nesse tipo de ambiente profissional.

A seguir será descrito o CAPSad B, suas características e as ações desempenhadas pelos professores de Educação Física.

3.3 O CAPSad B

Para iniciar o trabalho de campo no CAPSad B, entrei em contato com a coordenadora e marcamos uma reunião. Depois de conversarmos, fui encaminhado para a apresentação da pesquisa aos demais trabalhadores, na reunião de equipe que acontece todas as terças-feiras pela manhã. Houve alguns questionamentos a respeito do que havia de produções acadêmicas sobre a temática que me propus a pesquisar. A partir daí, discutimos algumas questões, e o principal ponto abordado por eles foi o não reconhecimento do professor de Educação Física no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), assunto que ainda será abordado aqui.

Diferentemente da descrição do serviço anterior, o CAPSad B não possui projeto de implantação. Quando busquei informações para acesso ao documento, um dos professores de Educação Física disse que o projeto escrito estava sendo construído. Entrando em contato novamente para solicitar o referido documento, ou o que havia de disponível, o novo gestor[26] gentilmente me apresentou uma pasta intitulada “Normas e Rotinas do CAPSad” contendo 10 documentos, que serão descritos a seguir.

O primeiro documento diz respeito ao Acolhimento, destacando como o usuário deve ser inserido no serviço, as primeiras medidas a serem realizadas com encaminhamentos para consultas e grupo terapêuticos, traçando um Plano Terapêutico Individual (este procedimento é regular nos serviços). O documento posterior é sobre o Roteiro Básico para o Acolhimento, com os questionamentos e levantamento pessoais sobre o usuário. O terceiro é o Fluxograma para o primeiro atendimento no CAPSad, abordando os caminhos para o primeiro atendimento ao usuário (recepção, acolhimento, atenção diária, médico, serviço social e outros). O quarto documento trata das Consultas, descrevendo quais as medidas efetuadas quando o usuário se apresenta para as consultas pré-agendadas. Posteriormente, a ênfase é o sobre o Boletim Único de Produção, o qual deve ser preenchido com todos

[26] Próximo ao fim da produção de conhecimento no CAPSad B, a gestão passou por alterações.

os atendimentos realizados pelos trabalhadores do CAPSad, cada qual com seu código referente de profissão.

Dando prosseguimento, o próximo documento trata da Visita Domiciliar, realizada caso algum usuário se ausente do serviço por um período superior a 30 dias. O sétimo ponto aborda o Fluxograma de Internação em Comunidade Terapêutica, seguido de uma tabela apresentando os atendimentos, grupos terapêuticos oferecidos pelo serviço e o CAPSad atuando como mediador do processo. O penúltimo documento é um ofício proveniente de hospital municipal a respeito do tratamento para crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas. Por fim, o último ponto é um Formulário de Solicitação de Internação.

Como percebido, os documentos citados não abordam questões amplas sobre o serviço, mas apenas temas pontuais. Trazem poucas menções aos trabalhadores da equipe e não fazem nenhuma citação a respeito da área da Educação Física.

De modo geral, o CAPSad B possui dados semelhantes ao serviço anterior. Fundado em 2006, está localizado em uma pequena e estreita rua (beco) com pouca circulação de pessoas e com espaço para a passagem de apenas 1 veículo por vez. Esta pequena rua do serviço dá acesso à duas importantes ruas do bairro. À frente do CAPSad B está a parte lateral de uma das maiores igrejas do município. O entrono do serviço é circundado por belas casas e outras mais simples. Há ainda alguns pontos comerciais que são próximos.

O espaço físico do CAPSad B é uma ampla casa com dois pavimentos. Na entrada da casa, encontra-se a recepção/secretaria, contendo mesa, cadeiras e uma pequena TV. Neste local, os usuários são recebidos para cadastro, consultas e procedimentos usuais. Na parte do térreo também há banheiro para os usuários, cozinha, biblioteca, salas de materiais, salas para atendimento e a escada. No andar superior, há a sala da administração, banheiro e outras salas onde são efetuados atendimentos, grupos terapêuticos e reuniões da equipe.

A área da Atenção Diária fica no pátio da casa. Ali há uma piscina desativada circundada por uma grade com cerca de 3 metros de altura. Ao lado, há espaço com churrasqueira e espaço de garagem, contendo bancos, mesas e cadeiras. Este é o espaço onde os usuários mais permanecem quando estão na Atenção Diária. Neste pátio são realizados os encontros diários, alimentação, atividades diversas e também onde os usuários circulam livremente quando não estão envolvidos em atividades. As

ações internas que envolvem a Educação Física são comumente realizadas neste espaço. Por ser separado da casa, o contato entre os usuários da Atenção Diária com as demais pessoas (outros usuários e trabalhadores) diminui, pois há os que frequentam o CAPSad exclusivamente para grupos terapêuticos e/ou consultas.

Diariamente são atendidos cerca de 45 usuários. As pessoas atendidas são provenientes de vários bairros do município, com idade entre 18 e 70 anos, na sua maioria homens adultos. Aqui também grande parte dos usuários vêm da classe social E e D, e o principal diagnóstico é o uso prejudicial do álcool.

O CAPSad B inicia suas atividades aos usuários às 8:00. Os que possuem agendamentos para consultas e grupos terapêuticos se dirigem para a recepção e para salas já determinadas. Os usuários que participam da Atenção Diária, geralmente entre 5 e 12 participantes, se dirigem para a área específica e as atividades vão das 8:15 às 16:00, conforme Apêndice B. O trabalhador responsável pela Atenção Diária recolhe a assinatura dos presentes e encaminha o grupo para o café da manhã. Depois ocorre o Bom Dia, seguido pela oficina terapêutica da manhã. Ao mesmo tempo ocorrem outros grupos terapêuticos com outros trabalhadores em demais salas. Depois há um intervalo com lanche, e as atividades prosseguem até por volta das 12:00, seguidas do almoço.

As atividades da tarde ocorrem a partir das 13:00. Para finalizar, há o último lanche às 16:00 e os usuários são liberados. Outros atendimentos, especialmente consultas, prosseguem até às 19:00. A seguir seguem descrições da atuação dos professores de Educação Física presentes no CAPSad B.

3.3.1 A Atuação dos Professores de Educação Física – CAPSad B

Como já ressaltado, o projeto do referido serviço está em implantação e, por isso, não há relatos sobre a presença do professor de Educação Física. São dois os professores que atuam no serviço, um no turno da manhã (aqui denominado de professor de Educação Física 1) e outro à tarde (professor de Educação Física 2).

O primeiro é graduado desde 2003 no módulo de licenciatura plena pela UFES. O segundo teve formação em 2011 no módulo bacharelado em universidade privada. Ambos atuam no CAPSad há cerca de 2 anos (desde 2012) e compõem a equipe por meio de concurso público via Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal,

tendo carga horária de 20 horas semanais na função denominada de Técnico Esportivo. Ambos também atuam como servidores públicos em outro município no contraturno e realizam trabalhos particulares como *personal trainer*. Possuem especialização na área fisiológica, conforme apresentado no Apêndice C.

De modo regular, os professores desempenham as seguintes funções: atenção diária, caminhada, alongamento, profissional de referência e grupo terapêutico com outro profissional. A participação dos usuários nas atividades varia entre 5 a 12 pessoas. De modo semelhante à descrição do CAPSad A, passo agora a abordar como têm sido as atividades de ambos os professores, também sintetizadas em tabela no Apêndice B.

Atenção Diária

Os dois professores atuam três dias da semana nesta função. Para descrever suas atuações, primeiramente apresento o professor que trabalha no período da manhã (professor de Educação Física 1), responsável nas segundas, terças e sextas-feiras. Nas segundas-feiras, este também trabalha à tarde para completar a carga horária, já que nas quintas-feiras está ausente.

O professor normalmente encontra o grupo no pátio e todos assinam o livro de presença. Depois inicia-se o Bom Dia. Nas sextas-feiras é usual que o professor solicite que cada usuário fale brevemente como foi a semana, abordando pontos negativos e positivos. Também é comum ele traçar um planejamento de afazeres para o final de semana, recomendando uma atividade física e uma atitude solidária para com outras pessoas. Ele ajuda os usuários a se programarem, ressaltando a atividade física e a ajuda ao próximo como importantes para o tratamento.

Com o auxílio de uma folha, ele anota os nomes dos usuários e os objetivos traçados por eles. Esta anotação é conferida na segunda-feira seguinte, e o professor conversa com os usuários sobre se conseguiram ou não executar os objetivos propostos. Em certa visita ao CAPSad verifiquei que: um usuário disse que ajudaria um amigo na construção da casa dele e faria alongamento como atividade física. Outro disse que realizaria leitura, lavaria roupas (pois mora num albergue) e faria caminhada. Na parte solidária ajudaria os cadeirantes do albergue nas necessidades

de locomoção. O mesmo disse ainda sobre a procura de trabalho, o que gerou apreciação do professor e ênfase no assunto entre o grupo.

O objetivo desta proposta é preencher o tempo dos usuários com atividades significativas e evitar que estejam mais ociosos, o que pode aproximá-los de pessoas e/ou lugares que estimulem o consumo de drogas.

Em outros dias da Atenção Diária, o professor busca trabalhar as demais atividades. Acompanhei a apresentação e a discussão do Estatuto do Idoso, livro que está na própria biblioteca do CAPSad. O professor ressaltou ao grupo que alguns ali já atingiram esta fase e é interessante que todos tenham conhecimento sobre os direitos e deveres da pessoa idosa. Trechos do estatuto foram lidos pelo professor, que depois fazia perguntas aos usuários. Dessa forma, houve diálogo constante entre o grupo e todos podiam opinar sobre o tema.

O uso de jogos também é frequente, como é o caso do jogo da memória e do jogo das escolhas. São atividades simples e que auxiliam no tratamento a partir do lúdico. Alguns jogos abordam situações do cotidiano e possibilitam o debate e a problematização dos pontos levantados. As atividades são bem aceitas e há muita descontração e risos no grupo.

As ligações entre o professor e outros trabalhadores ocorrem com frequência na Atenção Diária. Certo dia o professor havia questionado um usuário sobre sua saúde e se estava caminhando. Ele respondeu que sim, todos os dias 50 minutos. O professor sabia que o médico havia dado orientações para que ele caminhasse diariamente. Então o professor aproveitou a oportunidade, falando ao grupo que aquele usuário estava fazendo caminhada, destacando que esta atividade contribui para controlar a ansiedade, além de outros fatores.

Já no período vespertino, o professor de Educação Física atua na Atenção Diária nas segundas, terças e quartas-feiras, conforme Apêndice B. Ao reunir o grupo, é comum ele fazer uma sondagem inicial questionando como estão. Alguns relatam certas situações, como é o caso que acompanhei, de um usuário que falou sobre problemas familiares que vinha enfrentando. O professor o ouviu e deu sugestões para a situação, tentando mediar o caso com a família e enfatizando que ele deveria ser mais calmo, já que tem o temperamento forte.

No período da tarde, a Atenção Diária é mais complexa e limita alguns programas pelos seguintes motivos: os usuários ficam mais ociosos devido ao período pós-almoço; o número é reduzido, pois há aqueles que participam apenas das

atividades da manhã; e há dificuldades para realizar certas intervenções por conta do clima quente, principalmente as que visam a saída do CAPSad, por terem início a partir das 13:30.

Outras alternativas foram elaboradas para o trabalho dentro do serviço, como é o caso de textos. Certo dia o professor trouxe um texto reflexivo para o grupo intitulado “O maquinista do Seu Trem”. Tratava-se de um texto em que o trem é a própria vida, e cada pessoa é o maquinista responsável por si. No final da leitura o professor deixou em aberto se alguém gostaria de dizer algo sobre o texto. Imediatamente os usuários começaram a falar e a manter um debate, abordando o tratamento no CAPSad e questões diversas da vida, como o convívio familiar e social.

Semelhante ao professor que atua no período da manhã, no turno da tarde busca-se trabalhar questões sociais. O professor citou um fato no qual teve que reivindicar seus direitos junto ao Instituto Estadual de Proteção e Defesa do Consumidor (Procon), discutindo com o grupo sobre direitos e deveres. Outros assuntos debatidos foram relacionados à Copa do Mundo e às futuras (à época) eleições. Quem está na Atenção Diária fica responsável pelo pedido e pela distribuição dos lanches e do almoço (proveniente de empresa terceirizada).

Até certo período que acompanhei as atividades, o professor estava atuando sozinho na Atenção Diária. Tempos depois, outra Terapeuta Ocupacional foi contratada e passou a dividir as intervenções com ele. Deste modo, quando o professor estava à frente, era auxiliado. De modo inverso, ele auxiliava a Terapeuta Ocupacional nas atividades que ela desenvolvia, como a realização de pinturas e mosaicos.

Pude perceber no CAPSad B que as demandas do dia a dia podem ser direcionadas a outros trabalhadores e não apenas a quem está na Atenção Diária. Isto porque a Atenção Diária ocorre em espaço retirado dos demais atendimentos e de outros trabalhadores, o que pode impedir o contato de alguns usuários com os professores de Educação Física. Também faltavam mais trabalhadores na Atenção Diária (alguns saíram, outros estavam de licença médica e outros não se colocavam à disposição), o que impedia a melhor divisão das tarefas e exigia que outros atuassem mais dias na semana, como é o caso dos professores de Educação Física.

Caminhada

Esta atividade não ocorre em dias específicos, mas é uma das mais efetuadas. O grupo de usuários faz caminhada a certos locais da cidade, como praias, pontos turísticos e *shopping*. Permanecem no local de visita por um período e depois retornam ao CAPSad. O tempo total da atividade é em torno de 90 minutos. Os professores não estabelecem intensidade e buscam enfatizar a caminhada em grupo.

Para o professor que atua pela manhã é mais apropriado propor atividades de caminhada que demandem maior tempo, possibilitando a circulação por outros lugares da cidade. Em uma destas caminhadas, acompanhei o grupo para uma das praias da cidade. O local de descanso foi numa pequena praça no calçadão da praia. Ali há alguns aparelhos da Academia Popular da Pessoa Idosa, e notei usuários fazendo atividades nestes aparelhos. Outros foram caminhar pela praia e pelas pedras, próximos do grupo, e o professor os acompanhou de longe até retornarem.

Como esta caminhada demanda maior tempo fora do CAPSad, o lanche que é servido no intervalo das atividades da manhã foi trazido e consumido na praça, ao mesmo momento em que diversos assuntos foram conversados entre o grupo. Ao conversar com um usuário idoso, este disse-me: “Ficar no CAPSad sentado até o horário do almoço é ruim, o tempo não passa. A caminhada é boa porque ajuda a passar o tempo até o horário do almoço” (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad B).

Durante o percurso de outra caminhada, fomos conversando uns com os outros sobre diversos assuntos, entre eles a natureza e as pessoas caminhando pelo trajeto como forma de se exercitarem. Ao final, perguntei aos usuários se eles gostaram da atividade e um deles respondeu que sim, e que em todas as caminhadas do CAPSad ele participa (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad B).

Quanto à caminhada no período da tarde, percebi mais resistência por parte de alguns usuários. Eles relatam o cansaço e o clima quente. Mas o professor insiste um pouco, argumentando que não está tão quente assim, e eles participam. Porém, há casos em que não adianta insistir, e por isso é preciso combinar com o grupo algo a que estejam dispostos e que consigam realizar.

O professor disse que às vezes costumam ir a outros lugares. Todavia, quando está muito quente, ele prefere não ir, até porque há alguns hipertensos no grupo e, por isso, fazem percursos menores indo à praia mais próxima e ao *shopping*.

Ele explica que são essas as atividades possíveis relacionadas à Educação Física no CAPSad, pois não há outras opções de espaço e material.

A caminhada fortalece a interação entre os usuários e professores de Educação Física. É principalmente em situações semelhantes a esta que questões do tratamento e outras podem ser debatidas em grupo e até mesmo individualmente com o professor. A relação afetiva, humana, de se importar com o outro, evidencia-se neste ponto como importante na relação entre trabalhadores e usuários.

Alongamento

Observei esta atividade sendo efetuada pelo professor que atua no período da manhã, executada principalmente para dar início às caminhadas.

Para seu desenvolvimento, todos se apoiam na grade que está em volta da piscina. Depois uma série de movimentos são realizados envolvendo alongamentos livres; alguns tradicionais e outros diferentes. O professor realiza os movimentos e acompanha o grupo de perto auxiliando os que têm dificuldades. Frequentemente sinaliza sobre os músculos que estão sendo alongados e sobre os movimentos para equilíbrio e força. Seu modo de intervenção ajuda os participantes de modo simples e lúdico, buscando trazer descontração.

Certa vez, durante os alongamentos, houve questionamentos de um usuário querendo entender sobre a atividade, dizendo que poderia ficar cansado, o que iria atrapalhar a caminhada. O professor explicou a ele e ao grupo que o alongamento é importante para preparar o corpo para uma atividade. Utilizou o exemplo bem simples de um carro que, quando ligado, libera o óleo para percorrer todo o motor. Então o usuário elogiou o professor pela explicação (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad B).

O alongamento é uma das ações em que o professor busca desempenhar não apenas mais uma atividade que faz parte de seu programa para o CAPSad B. Ele procura desencadear diálogos que envolvam os participantes, para que entendam que a atividade tem um sentido. Enfatiza que esta, assim como outras atividades, podem ser realizadas em casa e outros ambientes. E isto é o que ocorre, pois há usuários que realizam alongamento em ambientes fora do CAPSad.

Grupo Terapêutico com outro Profissional

O professor de Educação Física atua na parte da manhã, acompanhando a psicóloga no grupo terapêutico de homens acima de 45 anos. A psicóloga é responsável por conduzir o grupo. A interação com o professor de Educação Física é agradável, de modo que a intervenção fica mais produtiva com a participação de ambos os trabalhadores. Já houve situações em que o professor conduziu o grupo sozinho quando a psicóloga esteve ausente.

As atividades do grupo iniciam-se às 8:30 e ocorrem até às 10:00. Antes ou depois da intervenção da psicóloga, é feita uma sessão de alongamentos e relaxamento no pátio ou mesmo na sala onde acontecem os encontros. Durante a pesquisa de campo, acompanhei a atividade em uma sala. Foram alongamentos simples que duraram no máximo 10 minutos. O professor auxiliou os usuários na execução dos movimentos de modo didático e lúdico. Ele deu atenção especial a um usuário com sérias dificuldades na visão. Em seguida, foi iniciado o grupo terapêutico com a coordenação da psicóloga, e o professor participou das discussões.

Em relação ao professor de Educação Física da tarde, estava previsto iniciar este trabalho com o psicólogo em outro grupo de referência, o que não ocorreu até o fim da pesquisa de campo.

Profissional de Referência

No CAPSad B, os professores de Educação Física também atuam como Profissionais de Referência. Como demonstrado na descrição do serviço anterior (CAPSad A), este é o trabalhador mais próximo do usuário e o conhece melhor que os demais trabalhadores. Por isso, há maior liberdade para conversas e os assuntos podem ser tratados mais diretamente.

Em uma das situações, presenciei o professor da tarde perguntando para uma nova integrante da Atenção Diária quem era o Profissional de Referência dela. A usuária não soube responder, e então o professor, se importando com a situação, disse que iria orientá-la (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad B).

Noutra ocasião, após o grupo terapêutico de homens, o professor que atua no período da manhã ficou responsável por receber um usuário egresso que estava

internado em uma clínica particular. Por ser o Profissional de Referência deste usuário, a responsabilidade do professor foi acompanhar sua reinserção no CAPSad. Com a permissão do usuário, fui acompanhar a conversa. Fomos para uma sala e o professor conversou com ele dizendo que havia debatido na reunião de equipe sobre o retorno dele e o tratamento da clínica. Pediu para que o usuário explicasse como foi o processo de tratamento que obteve fora do CAPSad. Depois de ouvi-lo, o professor buscou informações sobre os reais interesses do usuário em relação ao tratamento ali, já que havia passado pelo CAPSad algumas vezes.

O professor sugeriu a ele que da próxima vez tentasse uma internação via SUS – pois o usuário teve muitas dificuldades na clínica privada de que acabara de retornar. Ressaltou ainda o tratamento no CAPSad chamando a responsabilidade do usuário para as questões que ocorrem no cotidiano e que são muito importantes para o processo de recuperação. Por fim, o professor disse a ele que a equipe decidiu mantê-lo quatro dias na Atenção Diária e no grupo terapêutico de homens nas quartas-feiras pela manhã. O usuário concordou e retornou ao grupo, como pude verificar nos outros dias.

De modo geral, no CAPSad B observei que os trabalhadores frequentemente auxiliam uns aos outros nas atividades e em casos de usuários. Os professores de Educação Física atuam de forma especial na Atenção Diária em mais dias na semana, o que parece trazer certa dificuldade e mais exigência destes no desenvolvimento da tarefa.

Como o serviço possui pouca estrutura física e materiais para as atividades concernentes à Educação Física, a caminhada é uma atividade constantemente realizada. Quando esta não é possível, os professores propõem outras tarefas, mas que têm pouca relação com as práticas corporais, como é o caso de pinturas e mosaicos.

Como há um professor Educação Física para cada turno, seria interessante, minimamente, uma programação entre os dois trabalhadores para planejarem as atividades da Atenção Diária de modo coerente, pois se alguma atividade que exige mais disposição dos usuários for realizada pela manhã, dificilmente terão ânimo para realizar outra atividade desgastante no período da tarde. Questionados sobre a relação entre ambos os professores, um deles atribui esta falta de organização à gestão do CAPSad B.

Na relação com os usuários, os professores de Educação Física e demais trabalhadores da equipe mantêm boa afinidade, laços de amizade e confiança, pontos que são importantes para o tratamento e a vida pessoal dos usuários.

4 O TRAJETO DOS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA

No capítulo anterior, descrevi os CAPSad A e B e quais têm sido as atuações dos professores de Educação Física nestes espaços. Ressalto que tive maior aproximação com o CAPSad A, devido ao espaço de circulação ser menor, o que possibilitou melhor contato com os usuários e a equipe de trabalhadores. A varanda, onde a maior parte das atividades são realizadas e a circulação é intensa, contribuiu para este resultado. Outro ponto para esta maior aproximação foi a presença de apenas um professor de Educação Física.

Já no CAPSad B, como o trabalho interno realizado pelos professores é no pátio, tive menor contato com os usuários que não faziam parte da Atenção Diária, e principalmente, com a equipe. No que tange ao acompanhamento dos programas desenvolvidos pelos professores de Educação Física, não foi possível acompanhar o grupo em alguns locais da caminhada, já que as atividades estão sujeitas a constantes oscilações. Por vezes, a ida a certo ponto foi cancelada por haver poucos usuários, por indisposição do grupo, devido ao clima, férias ou ausência dos professores, seja por questões particulares ou próprias do trabalho, como foi a ocasião em que o professor que atua pela manhã precisou substituir a coordenadora em uma reunião na Secretaria Municipal de Saúde.

Passo a descrever a seguir alguns pontos que aproximam os CAPSad A e B trazendo para a discussão relatos das entrevistas e diário de campo. Traçando estes dois pontos, busco ainda elementos da literatura acadêmica para problematizar as questões levantadas.

4.1 NÚMERO INSUFICIENTE DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL E O REGISTRO DAS ATIVIDADES

O primeiro ponto que destaco é o número insuficiente de CAPS e suas diferentes modalidades (I, II, III, Álcool e Drogas e Infanto-Juvenil), nos dois municípios de realização da pesquisa. Se tivermos como base a Portaria nº 336 de 2002, veremos, no art. 1º, parágrafo 1º, que as modalidades dos CAPS:

> [...] deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes **em sua área territorial**, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante (BRASIL, 2002, grifo nosso).

Especificamente sobre o tratamento para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas de modo prejudicial, consta, no artigo 4º do mesmo documento, que o CAPSad se trata de:

> Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:
> a – constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local (BRASIL, 2002).

Movido a me aprofundar sobre este fato, busquei mais algumas informações sobre a situação em ambos os municípios. Segundo a Rede de Serviços em Saúde Mental no *site* do governo estadual[27], bem como *site* da Prefeitura Municipal referente ao CAPSad A, há dois serviços em saúde mental relacionados ao CAPS, sendo: 1 CAPSad (local da pesquisa) e 1 CAPS II, para pessoas com transtornos mentais. Ainda está em construção 1 CAPS Infanto-Juvenil. De acordo com o levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística[28] (IBGE), em 2010 o município contava com uma população de cerca de 409 mil habitantes.

Já em relação ao município referente ao CAPSad B, o *site* do Governo Estadual e da Prefeitura Municipal apresentam somente 1 CAPSad, sendo o espaço que faz parte da pesquisa. Em relação à população, o IBGE apontava em 2010 cerca de 414 mil habitantes no município.

Estes números revelam que os serviços de saúde mental em ambos os municípios – em relação aos CAPS e suas modalidades – estão aquém das necessidades. O documento de implantação (Portaria nº 336 de 2002) estabelece o quantitativo mínimo de habitantes em cidades ou regiões para a inserção dos diferentes tipos de CAPS (conforme Quadro 1, página 30), e a presença dos poucos serviços nos municípios expressa a dificuldade de tornar efetivo o que é estabelecido em documentos oficiais.

---

[27] Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/default.asp.>. Acesso em: 08 dez. 2014.
[28] Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 04 dez. 2014.

Além dos CAPS, o site do Governo Estadual aponta as Unidades de Saúde dos municípios capixabas como integrantes da Rede de Saúde Mental, o que inclui os municípios que fazem parte da pesquisa. Tal fato pode representar, num primeiro momento, a justificativa para que não haja outros CAPS. No entanto, estas Unidades de Saúde ofertam atendimento primário para o público em saúde mental, e não necessariamente o tratamento como é realizado num CAPS.

Em relação ao CAPSad, é grande o número de usuários para serem atendidos. Por haver apenas um serviço deste tipo em cada um dos municípios, os usuários são provenientes de vários bairros, muitos deles bem distantes do estabelecimento. Em uma das visitas ao CAPSad A, uma senhora disse que morava no interior e dependia de ônibus. Mas a circulação do transporte era escassa devido à distância do bairro. No CAPSad B, muitos usuários também dependem de ônibus e alguns vão ao serviço de bicicleta.

Esta situação colabora para que os serviços atendam mais usuários do que o previsto, o que tem sido uma constante preocupação para os trabalhadores. Em uma das primeiras visitas ao CAPSad A, acompanhei uma assembleia extraordinária[29] com os usuários acerca desta dificuldade. O assunto era urgente, pois o grande volume de usuários impedia melhores intervenções; o espaço físico e os materiais se tornavam insuficientes; o grupo ficava disperso e poderia ocorrer furtos e uso de drogas na unidade. Na assembleia, ficou decido enviar representantes da equipe e dos usuários para um encontro com o secretário municipal de saúde para reivindicar melhorias para o serviço (posteriormente verifiquei com o professor que nada havia sido resolvido).

Esta insuficiência de serviços territoriais ainda impede que usuários participem regularmente das atividades dos CAPSad. Para se ter um exemplo, durante a produção de conhecimento no CAPSad A, o número de usuários diminuiu para cerca de 12 usuários (o número regular é de 25 a 30 usuários). O professor contou que esta diminuição é devido à falta de vale transporte. Este recurso é fundamental para que muitos usuários possam frequentar o serviço, pois há os que não têm condições de pagar passagem com recursos próprios.

---

[29] Mensalmente há assembleia na instituição. As assembleias se caracterizam por reunir as pessoas diretamente envolvidas com o CAPS, e também indiretamente, como é o caso de integrantes da comunidade. Esta forma de integração – funcionários, usuários e comunidade – faz parte das diretrizes do SUS.

A intenção ao propor a criação dos CAPS é atender aos usuários no próprio território, evitando que eles de desvinculem de sua área de convivência e assegurando seus laços culturais, afetivos e sociais. No entanto, vemos que, na prática, isso não ocorre da forma como consta na documentação. Cabe ressaltar que esta situação não é exclusiva destes serviços em saúde mental, mas trata-se de algo que não foge da realidade nacional no que diz respeito à implementação de outras políticas públicas.

Além da falta de estrutura e serviços em saúde mental, pude observar algumas situações que talvez mereçam um olhar mais próximo para discussão. No CAPSad A, o controle de entrada e saída do estabelecimento é efetuado pelo vigilante. Para o usuário se retirar do serviço para algum compromisso e não levar falta, é necessário ter uma justificativa e relatar ao responsável pela Atenção Diária, como consta no Contrato de Atendimento Terapêutico. Sobre o local do fumódromo, o acesso ao quintal fica fechado quando não há tempo livre para evitar o acesso dos usuários. Se assim ocorre, quem lá permanece não participa das oficinas.

No Contrato Terapêutico do serviço, o ponto 5 relata: “A participação nas oficinas terapêuticas deve ser privilegiada. Não havendo identificação do usuário com as atividades propostas deve-se refazer o Projeto Terapêutico Individual a fim de adequação do projeto”. Às vezes, nem todos usuários se interessam em participar das atividades propostas. Quando assim ocorre, estes são direcionados para outros programas que ocorrem ao mesmo tempo, como os grupos terapêuticos com outros trabalhadores.

No CAPSad B o portão fica aberto e o acesso pode ser considerado mais simples, apesar de haver vigilante na entrada. Mas os usuários da Atenção Diária não podem se ausentar em momento algum, a não ser para compromissos (como consultas, exames e entrevistas para emprego). Abaixo consta um relato ocorrido:

> No período da tarde nos reunimos para a atividade. Uma funcionária da administração estava fazendo parte do grupo. Ela foi conferir e realizar a chamada e descobriu que dois usuários haviam saído após o almoço para comprar cigarro. Um havia ido embora e outro estava ali com os demais. O combinado com os usuários é que eles não podem se ausentar do CAPSad enquanto estiverem na Atenção Diária. Diante do ocorrido, fortemente evidenciado pela funcionária da administração, o professor de Educação Física, responsável pela Atenção Diária, teve que tomar a decisão de liberar o usuário, já que ele descumpriu as regras. Muito chateado o usuário deixou o serviço. Ele quis jogar a responsabilidade de sua saída para o professor, dizendo que o mesmo estava mandando-o embora. Mas o professor disse

> que isto é necessário para que todos possam estar de acordo com os princípios do CAPSad (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad B).

No CAPSad B parece que os usuários não têm muitas opções de outras atividades. Já no CAPSad A há a horta. Além disso, a circulação de usuários é maior e eles podem usufruir de jogos de mesa como atividades alternativas. Como no CAPSad B a Atenção Diária é retirada da área de circulação dos usuários, uma das opções que restam aos professores de Educação Física é combinar as atividades para que a maioria dos usuários possa participar. Também há jogos, mas percebi que foram poucos utilizados.

O que ficou claro em ambos os CAPSad é que os usuários estão sujeitos às atividades. Há os momentos livres, os quais são antes, entre e depois das atividades regulares. Mas, todos devem participar de alguma atividade, ou pelo menos se fazer presente nas oficinas. Presenciei esta situação algumas vezes. Penso que este assunto seja tratado desde a entrada dos usuários no serviço, o qual, ao assinar o contrato, se compromete a respeitar os horários e participar do que é proposto.

Alguns questionamentos sobre este ponto podem ser suscitados, como: até que momento os contratos, ou outras formas que regulam a participação dos usuários nas atividades dos CAPSad, se aproximam ou não do modelo de atenção psicossocial, como apresentado no Quadro 2 (página 45)? É importante ressaltar que o Quadro 2 não se constitui como o modelo a ser preconizado, mas assume nesta pesquisa certa síntese da atenção em saúde mental a partir de duas vertentes (modelo manicomial e psicossocial) e que pode se apresentar como base demonstrando se há ou não aproximações com a produção de conhecimento em campo.

Como consta no referido Quadro, os princípios que compõem o modelo manicomial envolvem a institucionalização, o isolamento e a tutela. Já no modelo de atenção psicossocial, o qual envolve as conquistas provenientes da Reforma Psiquiátrica, os princípios contemplam a desinstitucionalização, a liberdade, a autonomia, a cidadania, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Na pesquisa, pelo que parece, esta liberdade e autonomia dentre os termos acima citados não devem ser consideradas no sentido literal da palavra, pois os usuários nem sempre podem optar em querer ou não participar das atividades, ou acessar certos espaços do serviço quando tiverem interesse, ou ainda ingressar na Atenção Diária e não poder sair com uma justificativa convincente.

Por outro lado, há de se considerar que, se algumas medidas não forem estabelecidas previamente, as atividades nos CAPSad podem ser prejudicadas e dificultar o tratamento dos usuários e trabalho da equipe.

Outro ponto que emerge da produção de conhecimento realizada, bem como de relatos feitos pelos professores de Educação Física e demais trabalhadores de ambos os CAPSad, relaciona-se registro das atividades. O trabalhador 8 do CAPSad B assim expressa ao fazer as observações finais na entrevista:

> Eu acho só um absurdo o RAAS não ter o educador físico; e é um dispositivo de faturamento e isso fala muito de uma certa desvalorização e falta de reconhecimento do educador físico, e de algum modo de até legitimação das atuações. Eu acho que houve um lapso muito grande aí, sendo que é um profissional que tá na política de intervenção. Enquanto outros profissionais tem – como artista plástico, técnico em enfermagem – o professor de Educação Física não tem, e ele é muito importante e está presente nos CAPS. E isso dá uma desmotivada.

Todos os usuários possuem seu próprio prontuário sobre os atendimentos. Cada trabalhador que efetua atendimento deve preencher o prontuário dos usuários com informações do procedimento realizado e dos demais acontecimentos ocorridos no dia que forem necessários. Junto do prontuário está o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, RAAS.

O RAAS foi instituído pela Portaria Federal nº 276, de 30 de Março de 2012, pelo Ministério da Saúde, e tem o objetivo de monitorar as ações e serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde. Os registros que contemplam o RAAS de cada serviço de saúde devem ser enviados para o Sistema de Informação Ambulatorial, preenchidos com o código de cada trabalhador. Entretanto, diferente de outros trabalhadores, o professor de Educação Física não possui um código próprio. Para registrar suas intervenções, os professores usam o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) de outros trabalhadores e com atividades que não se referem à Educação Física.

No CAPSad A o professor disse que a única produção oficial em que pode usar o próprio CBO da Educação Física é o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPAC), prescrevendo caminhada, yoga e demais atividades realizadas no mês.

No CAPSad B, quando fui apresentar o projeto à equipe, o assunto do RAAS logo foi apontado pelos trabalhadores. A coordenadora disse que questionou a

situação junto ao Estado, mas não houve respostas. Membros da equipe enfatizaram a participação dos Conselhos Federal e Regionais de Educação Física (CONFEF /CREF) como importante articulador para assegurar o reconhecimento do professor de Educação Física em situações deste tipo. Para não ficar repetitivo, os professores usam diferentes códigos de trabalhadores em diferentes dias de trabalho.

Trazendo uma problematização em relação ao registro da Educação Física nos serviços do SUS, em especial o NASF, Bueno (2012) aborda as dificuldades que este equívoco apresenta, pois pode interferir nas práticas de cuidado e no conhecimento em saúde que vem se estabelecendo, gerando pouca visibilidade e verbas oriundas dos procedimentos registrados. De acordo com a autora, alguns procedimentos não podem ser registrados, pois não são compatíveis com o CBO do profissional. No entanto, também há certos procedimentos que podem ser registrados por diferentes áreas profissionais.

Como uma possível saída, a autora aponta:

> Se houvesse um código de CBO generalista, como, por exemplo, “profissional de Educação Física”, e uma relação de procedimentos adequada aos diferentes serviços de saúde, como é a relação de procedimentos possíveis para a CBO de “professor de Educação Física superior”, seria mais adequado ao campo da saúde e, provavelmente, não restringiria as possibilidades de registro de futuros serviços do SUS que envolvam o profissional de Educação Física (BUENO, 2012, p. 81).

Devido a este tema estar presente nas entrevistas, considerei significativo abordá-lo. Isso significa que, ao menos neste ponto do RAAS, o professor de Educação Física não é reconhecido como os demais trabalhadores.

4.2 DIFICULDADES DE DESEMPENHAR AS ATIVIDADES

Como relatado, há algumas dificuldades em realizar as atividades propostas pelos professores em ambos os CAPSad, seja pelo número insuficiente de participantes, seja pelas condições climáticas. Além disso, há usuários que podem ter consumido drogas no dia anterior; os que não querem participar das atividades por motivos diversos; e outros que estão sob efeito de medicamentos, como segue o trecho da entrevista abaixo:

> A grande maioria dos usuários faz uso de medicação para ansiedade, ansiolíticos. Então, acabam tendo a sonolência e dificuldade de concentração. Eu percebo que muitos usuários não vão caminhar porque realmente não tão legal, estão meio tontos. Então eu acho que a ligação é nestes efeitos colaterais que as medicações provocam e que acabam afetando a participação dos usuários em algumas atividades ligadas ao professor de Educação Física. Muitos não participam porque tomam medicação no período da manhã, e são medicações que realmente afetam (TRABALHOR 3 – CAPSad A).

Estas situações fazem com que os professores tenham que pensar em outras possibilidades caso a estratégia inicial não possa ser concretizada. Frequentemente, as atividades devem ser adaptadas, trocadas ou combinadas com os usuários. Fato semelhante foi vivenciado na experiência de Martinez *et al*. (2013), ao descreverem experiência semelhante em CAPS e CAPSad, pois algumas das atividades propostas (hidroginástica, jogos e brincadeiras) precisaram ser trocadas ou adaptadas devido às dificuldades para seu desenvolvimento. Por isso as atividades passam por uma reorganização.

> Às vezes as coisas mudam somente a partir da fala dos próprios pacientes – quando reclamam de dores, indisposição etc. O professor disse que já programou uma aula de yoga mais interessante, mas chegando ao CAPSad os usuários queriam passear no shopping, depois de uma sugestão de um usuário. Logo todos aderiram (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad A).

> O planejamento não chega fechado, pra não ser uma coisa vazia. Uma coisa que eu pude perceber é que quando algumas pessoas não estão muito bem – não tá tomando remédio direito ou tá apresentando alguma coisa ruim – eu evito de levar ela para caminhada, porque já teve episódios de passar mal, ter convulsão (PROFESSOR 1 – CAPSad B).

Santos *et al*. (2011a) observam que o professor de Educação Física deve oferecer diferentes formas de organizar o cuidado em suas intervenções, pois, caso as atividades sejam impostas sem a aceitação dos usuários, pode gerar falta de interesse e afastamento do tratamento. No mesmo sentido, Roble, Moreira e Scagliusi (2012), ao relatarem a experiência de aproximação de estudantes de Educação Física no campo da saúde mental, observaram que exercícios de relaxamento e alongamento foram escolhidos para as intervenções, pois todos os usuários poderiam participar. Além disso, as pessoas em tratamento apresentaram dificuldades de postura e flexibilidade, e os pesquisadores perceberam que o relaxamento e o alongamento poderiam contribuir para estas dificuldades.

Não se defende aqui que as atividades devam ser reguladas pela vontade dos usuários. Mas o que parece apresentar-se como a questão mais interessante neste

momento é que o professor de Educação Física deve estar sensível às possibilidades de realizar ou não as atividades que fazem parte do seu planejamento, evitando imposições. Talvez este ponto se constitua de suma importância para a atuação deste trabalhador em serviços como os CAPSad.

Outra dificuldade presente em ambos os CAPSad, tanto a partir das observações quanto na fala dos professores e demais trabalhadores da equipe, é a falta de materiais. Esta dificuldade foi igualmente abordada na pesquisa de Ferreira (2013). O autor relata a falta de recursos materiais para as oficinas terapêuticas dos CAPS, situação que considera recorrente em serviços do SUS, principalmente devido a processos licitatórios que impendem a chegada dos materiais em tempo favorável. Do mesmo modo, nos CAPSad pesquisados, os relatos são:

> Dificuldades para desenvolver as atividades, pois há falta de material, falta de recursos específicos para atividade física, falta de recursos como estrutura física. Precisaria de outro espaço e de recursos de áudio e vídeo também, porque muitas coisas poderiam ser trazidas para mostrar para os pacientes se tivesse uma televisão com computador. Um monte de coisa daria pra fazer; muitas coisas legais (PROFESSOR 1 – CAPSad B).
>
> Agora, o que precisa melhorar, não só neste CAPSad, mas também em outros locais ligados à unidade de saúde, é a questão de equipamentos ligados à atividade física. Porque a maioria das vezes é tudo no improviso e adaptado (TRABALHADOR 3 – CAPSad A).
>
> O ponto negativo que eu vejo é que infelizmente a gente não tem um local, materiais, um local apropriado. Porque poderia ter uma sala de ginástica, para fazer repouso, alongamento, colchonete, aparelhos; ter aula mesmo (TRABALHOR 5 – CAPSad B).
>
> Tem uma outra questão que a gente esbarra muito aqui e que eu acho que mais atrapalha os nossos profissionais que é a falta de material, falta de instrumento de intervenção, falta de manutenção (TRABALHOR 8 – CAPSad B).

Os professores do CAPSad B relataram que os pedidos de materiais para as intervenções em Educação Física foram feitos várias vezes, mas os materiais não chegaram. O relato do professor que atua na parte da manhã expressa esta dificuldade: “[...] o jeito é levar com o que tem. Mas chega uma hora que é complicado. Isso pode ser chato para os pacientes por estarem desenvolvendo muitas atividades do mesmo tipo pela falta de materiais e podem parar de participar” (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad B). É por isso que, para variar, o professor disse que busca alternativas de caminhar em pontos diferentes da cidade.

Como há uma piscina neste serviço, certa vez perguntei ao professor atuante no período da tarde sobre a utilidade da mesma. Ele respondeu que a piscina não é nem limpa. Disse que fez o pedido do cloro e demais materiais para a Educação Física em 2012, mas até então não haviam tido retorno (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad B).

Como as dificuldades são claras em relação aos materiais, é necessário buscar outras alternativas para as intervenções. É preciso não se deixar envolver pelas condições de trabalho – o que não é tão simples –, como observa certo trabalhador:

> Parabenizar devido a estrutura precária que nós temos aqui e ele conseguir fazer as atividades; a gente não tem espaço físico, material, e ele consegue com elástico/borracha velha fazer coisas alternativas; isso aí é usar a criatividade para conseguir (TRABALHADOR 1 – CAPSad A)

Atividades diversificadas são importantes para que permitam a participação dos usuários segundo suas possibilidades e evitar que as intervenções se tornem monótonas. Na pesquisa de Kantorski *et al.* (2011), os usuários do CAPS pesquisado relataram gostar da oficina de Educação Física e consideraram os jogos, esportes e demais atividades físicas importantes para o corpo e mente. No entanto, os usuários da pesquisa de Kantorski *et al.* (2011) observaram a presença de atividades diferentes na oficina. De modo semelhante, foi relatado nas entrevistas dos trabalhadores nos CAPSad aqui pesquisados:

> Acho que a gente tinha que explorar mais a Educação Física aqui dentro. Eu acho que está faltando um gás na Educação Física. Talvez por ele estar sozinho talvez seja difícil; é um profissional que não trabalha só com a Educação Física. Mas acho que está precisando deste gás, precisando aparecer mais (TRABALHADOR 7 – CAPSad A).
>
> Tem os mais jovens que pedem uma bola para jogar, fazer exercícios. Eles reclamam que não tem muita coisa pra fazer. As coisas que os professores fazem são legais, mas os pacientes ficam enjoados de fazer sempre a mesma coisa. Igual a leitura, eles também não gostam (TRABALHADOR 7 – CAPSad B).

Buscando analogias com produções acadêmicas a esse respeito, faço referência a Matos e Neves (2011, p. 834) que implantaram um projeto em um CAPSad a partir da Capoeira da Angola, projeto denominado de Caps-Poeira, que teve o intuito de apresentar aos usuários uma arte, cultura e luta e “provocar movimentações corpóreas físicas, institucionais, sociais, promovendo rupturas com

as estereotipias dos sujeitos [usuários de drogas]". Por sua vez, Martinez *et al*. (2013, p. 160) relataram em sua experiência o desenvolvimento de "exercícios de flexibilidade, exercícios de respiração, danças populares, educação somática, educação em saúde, hidroginástica, jogos e brincadeiras".

Estas atividades apresentadas pelos estudos acima são ferramentas entre muitas outras disponíveis para que professores de Educação Física possam subsidiar suas atuações em serviços de saúde mental. Para que estas intervenções possam ter significado enquanto instrumento terapêutico, é importante que sejam desenvolvidas práticas permeadas de sentido para os usuários e que façam parte da cultura local, o que pode envolver jogos, brincadeiras, esportes, dança, lutas e outros conteúdos que contemplem a comunidade na qual estão inseridos. Tais estratégias são coerentes com as propostas da Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização, como bem salienta Wachs (2008).

Nos CAPSad A e B, as atividades presentes se mostraram importantes e podem contribuir para a atenção terapêutica dos usuários. Mesmo assim, é preciso manter estreita relação com os usuários para possibilitar outras formas de intervenções que sejam coerentes, necessárias e que despertem interesse. A yoga é um dos pontos fortes do CAPSad A, é bem vista pelos trabalhadores e usuários. Esta é uma das possibilidades de inovação. Todavia, é importante ressaltar que o professor fez curso específico para esta intervenção para seu trabalho em outro município.

Este ponto da qualificação profissional, ou formação continuada, pode auxiliar para a formulação de novas propostas de intervenção. Contudo, os professores não precisam depender apenas de recursos tradicionais, mas também buscar parcerias com outros trabalhadores, órgãos públicos, comunidade e usuários do serviços para demais alternativas de trabalho. E não apenas para haver mais uma forma de intervenção na programação dos serviços, mas para a adoção de algo que efetivamente venha somar com o tratamento terapêutico dos usuários.

No CAPSad A, ao responder a questão da entrevista a respeito da existência de dificuldades para o desenvolvimento das atividades, o professor expressou algo que vai ao encontro do que tem sido discutido neste ponto:

> Sim. Algumas coisas são mais estruturais, de espaço, de materiais – como os colchonetes velhos. Mas estas coisas não são impossibilidades, elas são dificuldades. Se você quiser fazer alguma coisa, você usa os instrumentos que estão na comunidade (PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA – CAPSad A).

É certo que a ampla maioria dos serviços públicos em saúde mental, bem como em outros campos, não dispõem de infraestrutura para as práticas corporais ofertadas por professores de Educação Física, como é o caso dos dois CAPSad desta pesquisa. Mas tal impedimento deve – ao menos deveria – estimular para que os espaços da comunidade viessem a ser utilizados. Como enfatizam Wachs e Fraga, ao retratarem a ocupação de usuários em saúde mental em outros espaços da cidade (2009, p. 102):

> Tal ocupação parece ainda mais afinada com a proposta dos Caps quando não ocorre apenas por necessidade, e sim com a intenção de promover a socialização dos usuários, sua reinserção social, a potencial criação de novas redes de pertença e envolvimento com práticas corporais que lhes têm significado.

Demais intervenções evidenciam esta necessidade, da importância de atividades voltadas para a comunidade, pautadas nas propostas da Reforma Psiquiátrica. Wachs e Malavolta (2005), como parte de um curso de Residência, criaram a oficina de corporeidade, realizando dinâmicas corporais. As atividades defendidas pelos autores não buscaram apenas o movimento do corpo físico, mas procuraram "[...] (re) estabelecer um encontro com seu corpo, com o corpo do outro, com a maneira do indivíduo se perceber enquanto ser social, e como é subjetivado pela sociedade" (WACHS; MALAVOLTA, p. 19). A proposta de intervenção foi desenvolvida no intuito de contribuir com o período posterior ao tratamento dos usuários em saúde mental.

Otsuka (2009) realizou pesquisa abordando a inserção das atividades de lazer no cotidiano dos usuários de serviços de saúde mental tendo como base um evento denominado Copa da Inclusão. O evento é anual com o desenvolvimento de diversas atividades recreativas e esportivas, como futebol, oficinas e exposição de produtos fabricados pelos usuários. Agrega diversos serviços em saúde mental visando minimizar os problemas enfrentados pelos usuários, como falta de acesso a espaços de cultura e lazer, reduzida rede social e grande dependência dos serviços de tratamento.

As entrevistas com os usuários revelaram a valor das atividades de lazer não apenas durante a Copa da Inclusão, mas em ambientes da comunidade, podendo romper com o modo de vida cristalizado adquirido ao longo do tempo, tanto em serviços de saúde mental quanto no próprio no lar. "Os usuários dão um sentido de

conquista pessoal à participação em atividades de lazer em diferentes ambientes. É uma afirmação de suas capacidades de agirem socialmente e de enfrentar as ameaças que vêm do mundo" (OTSUKA, 2009, p. 114).

Já o trabalho de Abib *et al*. (2010) se propôs a investigar um grupo de usuários de um CAPS em oficina de futebol. Na oficina os usuários foram motivados a agirem de modo efetivo na confecção do campo, na função de árbitros, como organizadores e capitães das equipes. Tiveram autonomia nas decisões e no autocontrole das situações ocorridas para o bom andamento do jogo. O papel do professor foi possibilitar a participação ativa dos usuários durante a oficina, tornando-os protagonistas. Tais experiências podem ser estendidas para as situações do cotidiano. A participação no futebol do CAPS potencializa aos usuários uma maior aproximação com a comunidade na qual estão inseridos e o desencadeamento da reinserção social.

Goffmann (1999), ao abordar as internações psiquiátricas, expõe que pode haver um *desculturamento* ou *destreinamento* social, caso o usuário perca o contato com o mundo exterior, fora do espaço de tratamento. Esta situação, durante um período de tempo, pode tornar o indivíduo incapaz de passar por alguns obstáculos que compõem o cotidiano. Além disso, Goffmann (1999, p. 71) destaca que as pessoas em tratamento possuem ligações externas, e isto deve ser considerado. Trazendo tais considerações para esta pesquisa, o CAPSad, assim como seus trabalhadores, precisam estar conscientes disso e produzir ações terapêuticas que busquem as relações fora do ambiente de tratamento.

É possível perceber que as atividades que envolvem os usuários em ambientes fora do serviço são muitos importantes, sobretudo pela possibilidade de aproximação com espaços e público diverso da comunidade, sendo este um dos principais objetivos dos CAPS. A Educação Física neste ponto vem a contribuir não apenas no sentido de acesso a outros espaços, mas também em situações de mútua ajuda que o grupo pode promover.

No entanto, nem todos os trabalhadores se adaptam ao serviço. Por conta das dificuldades diversas do próprio estabelecimento, da falta de materiais, do trabalho com o público em si (que pode apresentar poucos resultados, o que ocorre a longo prazo), dá má distribuição de tarefas entre os trabalhadores, entre outros fatores. Um dos professores do CAPSad B disse que está pedindo mudança de cargo para atuar em outro setor da secretaria municipal de saúde. Ele relatou que entrou empolgado

no serviço logo depois da graduação para lidar com as relações da Educação Física, atividade física e saúde. Mas, após ser contratado e se deparar com as questões que envolvem o CAPSad, ele teve um choque. O professor explicou que foi chamado às pressas devido à exoneração do antigo trabalhador e não teve como acompanhar o trabalho de outro professor.

A situação deste professor expressa algumas dificuldades que podem ser encontradas em campos de trabalho. Talvez um ponto que mereça ser enfatizado é a questão de que não é qualquer trabalhador da área da saúde que se adapta ao trabalho no CAPSad, como aparece em entrevista.

> Tem que ter uma capacidade de adaptação muito grande [...]. Eu acho que tem que falar mais forte esta questão de adaptação e perfil. Não é qualquer profissional para trabalhar aqui. Infelizmente, no serviço público as pessoas não escolhem muito para onde vão. Eu mesmo nem sabia o que era o CAPSad (TRABALHADOR 6 – CAPSad B).

Este fato pode se constituir como algo presente nas diversas profissões, ou seja, a questão da afinidade do profissional com o trabalho. Em pesquisa, Santos *et al*. (2011b) destacaram que há certos empecilhos que minimizam a boa convivência entre os trabalhadores dos CAPS e usuários. Assim como o trecho da entrevista acima, os usuários da pesquisa de Santos *et al.* (2011b, p. 97) apontam a necessidade de certo perfil para trabalhar em saúde mental, pois, segundo eles, “[...] nem todos os profissionais seriam indicados para trabalhar com as diversas demandas dos usuários”. Um dos pontos levantados no trabalho dos pesquisadores é a falta de capacidade e condições para o vínculo e a escuta, pontos fundamentais para a atuação em saúde mental.

Entre os fatores que podem aproximar trabalhadores do campo de atuação estão os estágios, que compõem as grades curriculares dos cursos. No caso desta pesquisa, os estágios, bem como outras experiências do tipo, seriam fundamentais para aproximar da saúde mental os futuros professores. Esta experiência, desde a graduação, serviria como parâmetro para identificar afinidade ou não com certas áreas de trabalho. Este ponto será discutido a seguir.

4.3 A INSERÇÃO DOS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS CAPSad, O PREPARO PROFISSIONAL E AS RELAÇÕES HUMANAS

O professor de Educação Física nas diferentes modalidades do CAPS não se constitui como quesito obrigatório. Como destacado por Wachs (2008), ele integra a equipe quando o documento base (Portaria nº 336 de 2002) aponta sobre demais profissionais que sejam necessários ao projeto terapêutico do serviço. Já no manual do CAPS (2004b, p. 26) há citações diretas sobre o professor de Educação Física na equipe, assim como na Portaria nº 130, de 2012, que redefine o CAPSad III, apresentando, no artigo 7º, o educador físico entre os cinco profissionais de nível universitário que podem compor a equipe multidisciplinar.

Os professores pesquisados relataram que foram encaminhados para trabalharem nos CAPSad a partir de concurso público via secretaria municipal de saúde. Não receberam nenhuma capacitação prévia para atuarem, ou seja, foram aprendendo a lidar com o trabalho ao longo do tempo.

Quando chegou ao CAPSad A, o professor conta que quase desistiu do trabalho devido à grande responsabilidade e envolvimento que o serviço demanda. Disse que estabeleceu alguns objetivos para suas intervenções quando inserido na unidade, por considerar este um trabalho distinto de outras atuações. Mostrou um pequeno papel onde escrevera os seguintes objetivos: discutir a prática; dar sentido à prática; ouvir demandas (inquietações); criar autonomia e interdisciplinaridade (ouvir os atravessamentos). No decorrer do tempo ele foi se adaptando. Porém, ainda há algumas situações que o mesmo ainda não se considera habilitado para atuar. O professor se refere ao Acolhimento que realizou algumas vezes. Ao citar o Acolhimento, o documento federal assim expressa:

> Quando a pessoa chega deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham (BRASIL, 2004a, p. 15).

No Acolhimento os usuários expõem a trajetória de suas vidas para a organização do Projeto Terapêutico Individual. Os professores do CAPSad B tiveram experiência semelhante.

> E tem o Acolhimento também que volta e meia a gente [professores de Educação Física] faz. Sempre quando falta alguém responsável. A gente saiu devido o problema de absorção das histórias de vida narradas pelos usuários. E eu tive problema por causa disso, de absorver todas as histórias (PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA 2 – CAPSad B).

Esta observação sobre o Acolhimento também foi evidenciada na entrevista do Trabalhador 6 do CAPSad A, como segue:

> Por exemplo, o acolhimento, que é receber o paciente que chegou, ainda novo e que não sabe ainda a história dele, de onde é. Então, é uma coisa que primeiro é uma preferência pessoal dele, depois pela necessidade do trabalho porque não dá também para ficar fazendo tudo, se não o cara acaba se perdendo na interdisciplinaridade e se descaracterizando enquanto profissional de Educação Física, o que a gente não quer também, é prejudicial. Então, achou-se melhor, pelo tempo que ele dispende para a instituição é limitado, que ele focalizasse alguns aspectos onde os resultados não pudessem ser alcançados por outros profissionais. Isso eu acho que não é um defeito, é só uma observação. É legal isso, ele primeiro experimentou; viu lá que acabaria faltando energia para outros tipos de trabalho (TRABALHADOR 6 – CAPSad A).

O Acolhimento, a Atenção Diária e outras intervenções são atividades que integram o serviço, não sendo estabelecidos trabalhadores com formações específicas para desenvolver tais tarefa. Porém, por se tratar de algo distinto da formação acadêmica, os professores de Educação Física se veem pouco preparados para tal.

Nesse sentido de capacitação para atuarem nos CAPSad, foi perguntado para os professores se, depois da graduação, participaram de algum curso para atuarem com o público especificamente relacionado ao uso de álcool e outras drogas. Eles responderam:

> Formação aqui mesmo dentro do CAPSad. Já fiz seminários, participei de palestras ofertadas até mesmo pelo próprio pessoal do CAPSad em alguns seminários e eu fiz questão de ir. Eu nem participava do seminário, mas ia ver a palestra do profissional do CAPSad. Já vi da médica e uma dos psicólogos, e eu mesmo já fui dividir atuações em alguns lugares como APAE e outras instituições que discutimos sobre álcool e drogas. Fui assistir palestra destes profissionais no sentido para aprender mesmo.
>
> Mas tem também formação interna no CAPSad. A gente convida pessoas para virem falar. E tem as nossas próprias formações. A médica já fez uma espécie de seminário onde a gente tirava 1 hora da nossa reunião semanal para discussão interna.
>
> Eu faço parte da Comissão de Formação com mais outros profissionais. Esta comissão vai tentar tratar temas que nos interessam, o que a gente pretende

> discutir. São temas que a gente quer que façam parte da educação continuada, assuntos fora das reuniões semanais.
>
> [...] Nós estamos estudando uma apostila de matriciamento. Essas são estratégias do SUS, da Reforma Psiquiátrica e não sabia muito bem (PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA – CAPSad A).
>
> Não recebi nenhum curso para trabalhar com o público do CAPSad. Caí de paraquedas mesmo na instituição após passar no concurso. Fui direcionado para um trabalho sem saber exatamente o que era o serviço. Então dei uma olhada no site para saber do que se tratava o serviço. Agora estou fazendo um curso a distância pela Universidade de Santa Catarina. É um curso de 130 horas orientado pela prefeitura. Comecei a acompanhar o trabalho dos profissionais e recebi alguns textos quando iniciei o trabalho.
> No CAPSad eles não costumam realizar curso, apenas as reuniões regulares, e para quem tem interesse a equipe solicita alguns textos sobre o assunto, mas não tem algo fixo. Até senti falta disso, algo mais direcionado para o trabalho (PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA 1 – CAPSad B).
>
> Não, o primeiro contato foi diretamente no trabalho e sozinho. A contratação foi imediata devido à exoneração de outro profissional. A prefeitura não oferece nenhum curso para esta área. Na verdade oferece benefício. Por exemplo, o curso de Capacitação em Álcool e Drogas que é ofertado pelo Ministério da Saúde e divulgado pela prefeitura. Porém, o processo seletivo dá prioridade para quem possui mais tempo de serviço público (porque conta ponto o tempo de trabalho, especialização, curso). Quando me escrevi no curso fui o último colocado (por falta de pontuação). Desde quando atuo no CAPSad, não fiz curso nenhum (PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA 2 – CAPSad B).

A partir das entrevistas, vemos que, no CAPSad A, ocorrem encontros em que os trabalhadores discutem assuntos relacionados ao serviço. É algo sistematizado e importante para o crescimento profissional, tanto individual quanto coletivo. No CAPSad B, parece que este ponto ainda não está amadurecido. Estes cenários diferentes aparentam ter relações diretas nas práticas dos trabalhadores.

Talvez este espanto, como relatado nas entrevistas, diante de um trabalho na área da saúde mental, atuação não muito comum ao campo da Educação Física – pelo menos no que concerne ao Estado do Espírito Santo – poderia ser minimizado durante o período de formação acadêmica, já que este ambiente de trabalho tem sido ampliado. No entanto, mesmo com pouco tempo de formação (em 2011), o professor que atua no turno vespertino do CAPSad B não obteve nenhuma disciplina na grade curricular do curso de Educação Física que pudesse aproximá-lo do campo da saúde mental.

Nesta tentativa de contribuir com a formação acadêmica e atuação profissional, o estudo de Roble, Moreira e Scagliusi (2012) mostrou ser importante a aproximação de graduandos em Educação Física do campo da saúde mental. Os relatos de Martinez *et* al. (2013) também contribuem para com este fato.

> Os acadêmicos relataram que o estágio contribuiu para a formação ao possibilitar a elaboração do planejamento de atividades para sujeitos com realidades sociais distintas e orientar o trato pedagógico com foco na diversidade do grupo de usuários, a partir da relação entre os condicionantes históricos e culturais (MARTINEZ *et* al., 2013, p. 161).

Instigado por esta questão, fiz uma busca nos *sites* dos cursos de Educação Física no Estado com o objetivo de verificar se há menções à área da saúde mental nas grades curriculares. O *site* do Ministério da Educação (MEC) apontou 17 Instituições de Ensino Superior (IES) que ofertam o curso no Estado, nas modalidades licenciatura e/ou bacharelado, sendo presencial e/ou à distância. O resultado da busca está no Quadro 3.

Quadro 3: Cursos de Educação Física no Estado do Espírito Santo e a relação com a Saúde Mental

IES	Modalidade	Componente curricular que se aproxima da saúde mental	Observações
1	Licenciatura	- Fundamentos da Educação Física inclusiva e adaptada - Programas de saúde e socorros urgentes	
2 e 3	Licenciatura	- Educação Física para Portadores de Necessidades Especiais - Educação, Saúde e Sexualidade	Fazem parte da mesma IES 2 e 3
4	Licenciatura	**-** Educação Física, Diversidade e Inclusão	
	Bacharelado	**-** Estágio supervisionado em Educação Física e saúde	
5	Licenciatura	- Educação Física, Adaptação e Inclusão	*Optativas* - Disciplina Seminário de Estudos: Educação Física e deficiência mental
	Bacharelado	Não apresenta	
6	Licenciatura e Bacharelado	- Educação Física para Grupos Especiais - Educação Física, Diversidade e Inclusão	
7	Licenciatura	- Atividades Físicas para Portadores de Necessidades Especiais	
	Bacharelado	- Exercícios Físicos para Grupos Especiais	
8	Licenciatura	- Educação Especial	
9	Licenciatura	- Atividade física para grupos especiais	
	Bacharelado	- Atividade física para grupos especiais	
10 e 11	Licenciatura	Não apresenta	Fazem parte da mesma IES 10 e 11
	Bacharelado	- Atividade Física nos Modelos de Atenção Primária à Saúde - Prescrição de Exercícios para Grupos Especiais	
12	Licenciatura	-	Não há informações da grade
	Bacharelado	-	
13	Licenciatura	-	Não há informações da grade
	Bacharelado	-	

14 e 15	Bacharelado	-	Não há informações da grade. Fazem parte da mesma IES 14 e 15
16	-	-	Não apresenta o curso no site
17	Licenciatura	-	Não possui grade

Fonte: MEC. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>. Acesso em 04 dez. 2014.

Como demonstrado no Quadro 3, há pouca ênfase – ao menos de modo claro – no tema da saúde mental, bem como da saúde pública, nas grades curriculares dos cursos de Educação Física ofertados no Estado do Espírito Santo. Pode ser que a oferta destas experiências nos cursos de graduação em Educação Física ainda esteja em ascensão. É provável que uma das possibilidades que justifique a ausência destes conteúdos seja a desatualização das grades curriculares nos *sites* das referidas instituições. Esta é a situação da grade curricular de licenciatura da UFES, grade que apresenta o ano de 2006.

Por mais que se tentem encontrar evidências que justifiquem ou não o preparo de professores de Educação Física no campo da saúde mental, ou de pelo menos uma breve experiência neste campo, a realidade é diferente. O discurso ainda muito presente na formação tem sido fortemente pautado sobre o viés biológico, voltado para as demandas do consumo, da oferta de bens e serviços que visam ir ao encontro do anunciado pelos meios midiáticos dos cuidados com o corpo (CARVALHO, 2001; 2006).

Sobre a presença do professor de Educação Física no campo da saúde pública, Bilibio e Damico (2011) questionam sobre como pensar a Educação Física no âmbito do SUS quando a formação destes profissionais está pautada no discurso biológico da prática regular da atividade física para se manter ativo. Carvalho (2001) também aponta a necessidade de buscar novas alternativas para que a formação profissional não esteja voltada para fins funcionalistas que têm considerado o homem como instrumento de trabalho.

Bagrichevsky (2007) já problematizara se a ampliação nas vagas para atuação em Educação Física – como é o caso do SUS – tem sido acompanhada com qualidade satisfatória na formação acadêmica. Sugere que mudar os projetos político-pedagógicos de ensino superior em Educação Física não seria estratégia suficiente

para tornar o trabalho satisfatório, mas já seria uma aproximação para o contato com a intervenção na saúde pública a partir do SUS. Por outro lado, Bagrichevsky (2007) considera como uma das estratégias fundamentais adotar caminhos teórico-metodológicos com alternativas ao modelo hegemônico de saúde. Neste caso, os programas de graduação das universidades dividiriam espaço em sua grade curricular para uma formação mais coerente com as necessidades sociais da população no que se refere às ações sanitárias e ao cuidado individual.

Neste caso, alguns questionamentos surgem: como o professor de Educação Física deve atuar no campo da saúde mental, sobretudo os CAPS, se sua formação não fornece subsídios mínimos para tal? O que tem sido possibilitado nos cursos é coerente com as necessidades dos usuários em tratamento nestes espaços?

Anjos e Duarte (2009) destacam que é de responsabilidade das instituições superiores que ofertam cursos de Educação Física capacitar seus alunos para a atuação em serviços de saúde pautados sobre o cuidado integral. Ao realizarem um estudo da grade curricular de quatro instituições de ensino superior em Educação Física, as pesquisadoras detectaram a prevalência de disciplinas de enfoque curativo com ênfase na integridade biológica dos indivíduos e coletivos. Observaram a carência de disciplinas e estágios em saúde pública, o que colabora para que os futuros profissionais de Educação Física se sintam incapazes de atuarem nesta área, se afastando deste espaço de intervenção.

> [...] sua atuação é limitada, exclusiva ao núcleo de conhecimento desse profissional. Vale salientar que os educadores físicos não conseguirão interferir no processo saúde-doença se sua formação e atuação forem alheias ao que “se pensa e se faz em saúde”, especialmente no que diz respeito à sua dimensão coletiva, pública e social (ANJOS; DUARTE, 2009, p.12).

Outra busca semelhante foi realizada por Brugnerotto e Simões (2009), os quais analisaram os currículos de formação em Educação Física em seis universidades públicas do Estado do Paraná, num total de 12 cursos (6 de licenciatura e 6 bacharelados). Os autores detectaram que:

> [...] o enfoque predominante nos cursos analisados foi o “biologizado”, que, por mais que englobe a terminologia “Promoção da Saúde”, manteve-se aplicado a partir das ideias provenientes da linha “faça atividade física e ganhe saúde”, que é criticada como única justificativa de intervenção da Educação Física. Também temos que considerar que houve cursos que optaram por uma visão humanista de saúde, o que mostra que houve

> diferentes interpretações entre os cursos (BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009, p. 162).

O estudo de Brugnerotto e Simões (2009) concluiu que a ênfase predominante ao professor de Educação Física é desempenhar intervenções voltadas para prescrição, monitoramento e avaliação das atividades físicas a partir de noções biológicas.

Ambos os estudos, de Anjos e Duarte (2009) e de Brugnerotto e Simões (2009), evidenciam a formação em Educação Física que enfatiza disciplinas a partir do viés biológico. Diretamente no campo da saúde mental, Roble, Moreira e Scagliusi (2012) observaram a prevalência de pesquisas com base biomédica, abordando atividade física e sua relação com este campo de atuação. Do mesmo modo, Martinez *et al*. (2013) detectaram que o modelo de atenção à saúde predominante é o saber biomédico. Não que este fato seja insignificante, mas há outros modos possíveis de intervenção.

O que se busca tratar neste momento é que intervenções do professor de Educação Física pautadas quase que unicamente sobre o viés biológico, em resultados corporais, pode tornar-se pouco relevante para certos públicos, como é o da saúde mental, especialmente quando são pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. As atuações pautadas sobre este modelo de intervenção podem limitar as atividades dos diversos trabalhadores em saúde. Mais ainda: impedem que outras necessidades das pessoas atendidas sejam consideradas, como já apontado (sessão 2.5, página 41).

Algumas estratégias em nível nacional têm sido realizadas para aproximar estudantes da área da saúde dos serviços ofertados pelo SUS, entre eles o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)[30] e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)[31].

Na pós-graduação, além dos cursos de especializações, mestrado e doutorado, há a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) que obteve espaço na legislação nacional pela Lei 11.129[32], de 2005 (BRASIL, 2006; ABIB, 2012),

---

[30] Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005 e Portaria Interministerial MS/MEC º 3.019, de 27 de novembro de 2007. Disponível em: <http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>

[31] Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802/08.
Disponível em: <http://www.prosaude.org/noticias/prosaude-maio2009/resumoPET-SAUDE-29-04-09.pdf.>.

[32] A mesma Lei estabelece o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Pró-Jovem).

e se configura como: “modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica” (BRASIL, 2005).

Após ter obtido mais esclarecimento sobre as RIMS – momento que ocorreu durante experiência em Porto Alegre, RS –, procurei por esta estratégia para a categoria Educação Física no Estado do Espírito Santo. Encontrei apenas uma Instituição oferecendo esta formação, a UFES[33]. No último edital em 2014, foram oferecidas 12 vagas nas áreas de Enfermagem, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Para ingressar em uma RIMS, é necessário haver dedicação exclusiva[34].

As RIMS, assim como outras estratégias que visam aproximar os trabalhadores de saúde do campo de atuação, talvez, não se constituam como a solução para certas dificuldades para futuros trabalhadores, como as apresentadas pelos professores de Educação Física e evidenciadas na pesquisa de campo. Entretanto, estas aberturas seriam um grande avanço, podendo contribuir para a atuação em diferentes campos de trabalho, evitando transtornos diante de possíveis atuações.

Para a implementação de uma RIMS, o portal do MEC[35] apresenta os requisitos mínimos, dentre os quais é dispor de infraestrutura adequada de apoio e quantitativo de pessoal qualificado. Cabe aos órgãos competentes das Instituições de Ensino Superior e às secretarias municipais e do Estado buscarem se adequar para que, dentro das possibilidades, possam oferecer uma ou mais RIMS abarcando diferentes categorias profissionais, não limitando a oferta apenas a uma instituição, como é o caso da UFES.

Contudo, já que esta não é uma realidade para todas as profissões no Estado do Espírito Santo, a reformulação curricular e a implantação de disciplinas na área da saúde podem contribuir para a formação acadêmica e as primeiras experiências em campo.

---

[33] Disponível em: < http://www.multiresidencia.com.br/>. Acesso 16 dez. 2014.

[34] Para ingressar em uma RIMS, é necessário ser aprovado em processo seletivo. Os residentes recebem bolsa de R$ 2.976,26, financiada pelos MEC e Ministério da Saúde e devem ter dedicação exclusiva à RIMS, sem vínculo empregatício.

[35] Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12501&Itemid=813#perguntas%20frequentes>. Acesso 16 dez. 2014.

Mesmo sem um conhecimento prévio do campo da saúde mental, tanto acadêmico quanto profissional, os professores de Educação Física dos CAPSad pesquisados se mostraram coerentes com as principais propostas da saúde mental. Os professores têm atuado numa perspectiva de atenção psicossocial (como apresentado no Quadro 2, página 45). A atuação neste sentido evidencia a importância das relações humanas, do respeito, da valorização das pessoas em tratamento, entre outros fatores. São pontos imprescindíveis que vão além da formação profissional e que ficam em evidencia, como relatado pelo professor da tarde do CAPSad B: “A gente aprende a lidar muito com a parte terapêutica e não com a parte física” (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad B).

Goffmann (1999) retrata esta aproximação dos que estão em tratamento com a equipe de trabalho. Em suas análises, percebeu que a aproximação contribuiu para que ambos os personagens – pessoas em tratamento e equipe – pudessem se identificar e ter uma imagem mais favorável um do outro. “Tais práticas exprimem solidariedade, unidade e compromisso conjunto com relação à instituição, e não diferenças entre os dois níveis” (GOFFMANN, 1999, p. 85).

É neste sentido das relações humanas que a escuta e a amizade se desenvolvem. Como pude evidenciar durante a produção de conhecimento em ambos os serviços, ocorreram conversas delicadas dos usuários para com os professores, casos que fazem parte da vida privada dos usuários. Esta interação gera laços de confiança e os usuários veem nos professores pessoas em que podem confiar.

No CAPSad A, geralmente o professor se aproxima de um ou mais usuários e pergunta algo sobre o tratamento. A partir daí, a conversa vai se desenrolando para demais aspectos do tratamento, da vida familiar, social, profissional etc. Acompanhei muitas destas aproximações, como segue relato do diário de campo.

> O professor ficou um pouco atrás do grupo para conversar com uma usuária. A conversa logo se desenrolou para a situação familiar. Algo havia acontecido a respeito deste assunto que a entristeceu no dia anterior, o que a levou a consumir álcool. O professor disse a ela que não é preciso agir desta forma diante de uma situação negativa, pois tais atitudes não conseguem ajudar. Em suma, disse sobre se fortalecer para ter uma boa relação com a família e assim evitar os atritos (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad A).

No CAPSad B, o vínculo entre usuários e professores de Educação Física também é muito presente. Certa vez, acompanhando o professor que atua na parte da manhã, encontramos um usuário que estava ausente do serviço havia algum

tempo. O professor disse que este usuário é referência dele, e passou por aquele caminho na intenção de vê-lo para conversar e convidá-lo a voltar ao tratamento. A conversa realmente ocorreu e o usuário disse que na próxima segunda-feira estaria no CAPSad novamente[36] (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad B).

Ainda no CAPSad B, diversas vezes presenciei muitos diálogos desenvolvidos com os usuários pelo professor que atua na parte da tarde. Em uma das atividades, a caminho da praia, o professor perguntou sobre os exames que havia feito e como havia sido o tratamento de um jovem usuário numa clínica de internação. O usuário foi expondo sua situação e o professor foi contribuindo com o assunto a partir da escuta e de orientações (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad B).

Mas esta maior aproximação de que estamos tratando não ocorre somente com os professores de Educação Física. É comum cada usuário manter maior afinidade com os trabalhadores mais próximos, sobretudo os que são referência. Porém, os que dispõem de mais privilégios neste sentido são os professores de Educação Física. Isto porque estão envolvidos em algumas atividades (como a caminhada) que demandam maior tempo de convivência com o grupo, ao contrário de algumas oficinas que se limitam a alguns espaços/salas dos CAPSad.

Sobre este ponto, Lancetti (2014, p.16) escreve: “O terapeuta amigo transita em situação paradoxal – é ao mesmo tempo amigo e estrategista, dada a permanente avaliação passo a passo do percurso”. O autor apresenta a amizade como importante no tratamento das pessoas. Em sua pesquisa, Menezes (2010) relata a aproximação a partir da caminhada com integrantes do CAPS Infanto-Juvenil. Para o autor, esses momentos foram muito importantes, pois os usuários relatavam situações de seu cotidiano. Assim, vínculos foram sendo criados podendo contribuir ainda mais com o tratamento.

De modo semelhante, Santos *et al*. (2011b, p. 97) chamam a atenção para as relações entre usuários e trabalhadores:

> O profissional também precisa de preparo técnico-científico para criar com o usuário uma espécie de vínculo. E para um bom exercício dessa inter-relação, o profissional de saúde deve demonstrar comprometimento com a realidade do usuário, ser autêntico, sincero e empático. Isso quer dizer que é importante o profissional estar disponível para imergir na vida do sujeito, compartilhar suas experiências e vivências, a fim de que possa respeitá-lo por inteiro.

[36] No final do ano, cerca de 4 meses após esta conversa, quando retornei ao CAPSad B para ter acesso a alguns documentos, o usuário abordado estava no grupo da Atenção Diária.

É interessante chamar a atenção sobre ponto, já que os usuários precisam ser ouvidos, não apenas sobre as questões do tratamento, mas também sobre o que eles têm para falar, como relato do professor do turno vespertino do CAPSad B:

> [...] você pode ver que enfermeiro é psicólogo, técnico esportivo é psicólogo, todo mundo é psicólogo. A gente aprende a lidar muito com a parte terapêutica e não com a parte física. É a demanda, é o que eles – usuários – mais pedem, eles precisam desabafar (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad B).

Esta escuta pode envolver questões complexas que ultrapassam o próprio serviço, tais como condições pessoais, familiares, sociais, emocionais, econômicas, entre outras. São situações que demandam dos trabalhadores aspectos singulares nas relações entre as pessoas, como a própria disposição em ouvir e a empatia. Também é importante que tanto os professores de Educação Física, assim como os demais trabalhadores da equipe, saibam escutar os usuários, para que saibam mesmo realizar algumas intervenções sem a necessidade de transmitir para outros trabalhadores, o que tornaria o trabalho da equipe mais dinâmico.

Ferla, Bueno e Souza (2013) destacam a sensibilidade e a escuta ao usuário como formas de desencadear novas intervenções e modos de cuidar. Esta inovação do cuidar permite que professores de Educação Física e outros trabalhadores da saúde atuem de modo mais significativo. Em suma, são intervenções que buscam a integralidade no cuidado. Como é ressaltado no Manual do CAPS (BRASIL, 2004b, p. 16):

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

Ayres (2004), ao escrever sobre *O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde*, busca trazer elementos do encontro terapêutico relacionando os aspectos técnicos e humanistas na atenção à saúde. O autor também relata que esta necessidade de ouvir e escutar são partes básicas do processo de humanização na atenção à saúde. No entanto, o autor faz uma crítica à escuta usual: “Então não é a escuta, exatamente, o que faz a diferença, mas a qualidade da escuta. E não qualidade no sentido de boa ou ruim, mas da natureza mesma da escuta, daquilo que

se quer escutar" (AYRES, 2004, p. 23). Esta escuta que estamos tratando aqui pode ocorrer regularmente, como no momento do Acolhimento e da caminhada. Mas o mais importante é a escuta qualificada que advém de um interesse maior do que apenas ouvir os usuários, mas buscar compreendê-los e contribuir com eles, segundo as possibilidades.

Ainda neste ponto, Santos *et al*. (2011b), ao analisaram o trabalho da equipe de um CAPS na perspectiva das pessoas atendidas, identificaram dois eixos principais de discussão. O primeiro diz respeito às tecnologias leves na interação com o usuários. Já o segundo trata da organização do serviço centrada no usuário, de acordo com o modelo multidisciplinar e interdisciplinar. Para os autores, as tecnologias leves enfatizam uma nova relação na atenção em saúde, ressaltando o Acolhimento, o vínculo e a escuta sensível como importantes fatores.

Ao falar sobre as tecnologias em saúde, Ceccim e Bilibio (2007) citam a análise feita por Merhy[37], abordando o trabalho médico no agir em saúde levando consigo três tipos de valises tecnológicas. Enfatizando o professor de Educação Física em sua atuação em saúde, Ceccim e Bilibio consideram que talvez este carregue nas costas três mochilas tecnológicas. Na mochila com *tecnologias duras,* estariam os materiais esportivos, vestimentas e protocolos ideais para a prática da atividade física e demais materiais utilizados regularmente nas intervenções. Na mochila contendo as *tecnologias leve-duras*, estariam os saberes oriundos das diversas disciplinas que integram o currículo de formação e diretrizes para a execução correta das atividades, como a intensidade, a frequência, dentre outros. Já na mochila das *tecnologias leves*, está o trabalho vivo em ato, o que se expressa no contato dos professores com os usuários e sua resposta diante das suas necessidades reais.

> [...] uma vez que sua orientação profissional envolve recursos de disparo das interações: jogo, recreação, grupalismo, competição-cooperação, equipe etc. [...] são expressão de um processo de relações intercessoras numa dimensão-chave: o encontro com o usuário e com as suas necessidades de expressão de si, de produção de um corpo para si (CECCIM; BILIBIO, 2007, p. 55).

Esta forma de atuação relatada pelos autores, distinta da usual, busca a integralidade do sujeito, tema que passou a ganhar maiores proporções a partir da Reforma Psiquiátrica e do SUS.

---

[37] MERHY, E. E. *Saúde*: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

A produção do trabalho vivo em saúde, a partir das *tecnologias leves*, exige relação com o sujeito. É, de certo modo, tomar para si a situação do doente e seus problemas. Isso, na prática, parece ser complexo, como os professores relataram nas entrevistas dos CAPSad, ao se tratar do Acolhimento: “A gente [professores de Educação Física] saiu devido o problema de absorção das histórias de vida narradas pelos usuários. E eu tive problema por causa disso, de absorver todas as histórias” (PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA 2 – CAPSad B).

Mas, por haver certas dificuldades dos professores de Educação Física ao atuarem no Acolhimento, isso não significa que estes não devam buscar esta relação mais próximas com os usuários. O Acolhimento se constitui como parte específica que ocorre quando pessoas ingressam no serviço. As demais relações são partes do cotidiano e da aproximação entre usuários e trabalhadores.

Pode-se dizer que a integralidade da atenção à saúde ultrapassa a necessidade aguda das pessoas, indo em direção às suas necessidades crônicas, com questões que vão além do nível patológico. Podem envolver questões como saúde, educação, cidadania, trabalho, moradia, lazer; todas partes integrantes do conceito ampliado de saúde presente na 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), em 1986, e que não podem ser sanadas em curto prazo de tempo, a partir de consultas ou tratamento.

Como salienta Ayres (2004, p. 27), há a necessidade de uma resposta social para os desafios da saúde.

> A própria interação proposta entre diferentes normatividades terá condições mais limitadas de se realizar se não forem trazidos à cena horizontes necessariamente coletivos ou sociais em sua concepção e expressão, como aqueles configurados no campo dos direitos, da cultura, da política etc. Além disso, se a organização do setor saúde não se preparar para responder aos projetos de vida (e seus obstáculos) dos diversos segmentos populacionais beneficiários de seus serviços, a possibilidade de Cuidar de cada indivíduo não passará de utopia, no mau sentido.

Damico e Bilibio (2014) chamam a atenção para estas outras necessidades das pessoas para além dos pontos visíveis e urgentes, como é o caso do uso prejudicial de álcool e drogas. O sofrimento ultrapassa a questão farmacológica destas substâncias, como já salientado por Petuco (2010; 2011) ao relatar que a dimensão química é apenas um dos aspectos que podem envolver as dificuldades da maioria deste público, eventualmente acompanhados pela miserabilidade.

Conscientes desta problemática, os professores de ambos os CAPSad desencadearam situações que ultrapassaram o tratamento e que foram evidenciadas durante a produção do conhecimento. No CAPSad A, a realização da assembleia extraordinária discutindo a infraestrutura do serviço (relatada na página 84), na qual o professor de Educação Física teve participação significativa, é um exemplo, como se vê na descrição do diário de campo:

> Por fim, decidiram enviar representantes da equipe e dos usuários – indicados pelo próprio grupo – para um encontro com o secretário buscando melhorias no CAPSad. A equipe buscou evidenciar o contexto político que estava em jogo na questão, chamando a atenção para os impostos arrecadados – e que todos os usuários também contribuem; e que este dinheiro proveniente dos impostos é para atender as demandas da população, o que significa também a resolução da problemática do CAPSad, que seria possível com mais investimento dos órgãos governamentais. No final falaram em abaixo-assinado para comprovar a participação de todos na reividicação (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad A).

No CAPSad B, fato semelhante foi a leitura e discussão, entre usuários e professor de Educação Física, do Estatuto do Idoso. Outro momento interessante foi com o professor que atua na parte da tarde. Ao citar um fato ocorrido no seu cotidiano, o professor disse ao grupo que reivindicou seus direitos junto ao Instituto Estadual de Proteção e Defesa do Consumidor (Procon). Ele salientou aos usuários que este ocorrido não é para ludibriar ou tirar proveito da situação, mas para buscar seus direitos enquanto cidadão. Então, um usuário relatou que eles (os usuários) não sabem o que é ou não direito deles. O professor disse que iria trazer o livro da Constituição Federal para verem o que eles poderiam fazer diante das situações do cotidiano, como esgotamento – o qual está na Constituição e deve ser fornecido pelo governo. Situações assim, ele explicou, diminuem a corrupção. O professor incentivou-os a buscarem seus direitos (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad B).

Os exemplos acima demonstram a importância dada pelos professores de Educação Física a necessidades que, à primeira vista, não dizem respeito à Educação Física. São situações que consideram ser importantes para os usuários, não apenas enquanto estão em período de tratamento, mas que contemplam questões sociais e de cidadania, reforçando que eles são parte integrante da sociedade e têm direitos e deveres iguais. Amarante (2006) chama a atenção para a importância da dimensão sociocultural dos usuários na intenção de transformar a relação destes com a sociedade.

O que os autores (AMARANTE, 2006; PETUCO, 2010; 2011; DAMICO; BILIBIO, 2014; AYRES, 2004) propõem a respeito das demais necessidades dos usuários, além dos aspectos mais aparentes (a doença), são questões amplas que podem envolver meios sociais, políticos, econômicos, entre outros. Mas, como visto, os professores de Educação Física se envolvem e tentam contribuir nestes demais aspectos, indo em direção à integralidade e não apenas ao problema do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

4.4 O PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

O trabalho multiprofissional está entre os princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica desde seus primeiros passos e apresenta a intersetorialidade como importante na atenção em saúde. Estas ações têm o objetivo de romper com a hegemonia médica nas intervenções em saúde, pois o indivíduo não é contemplado apenas pelo viés biológico. É necessário haver variadas formas de intervenção, as quais devem abordar aspectos múltiplos que envolvem as ciências humanas e sociais. Aliás, como aponta Carvalho (2001), a saúde[38] como conceito está fundamentada nas ciências humanas e sociais, e não somente restrita ao campo biológico/físico.

O envolvimento dos professores de ambos os CAPSad com a equipe multiprofissional é algo regular, pois frequentemente os professores mantêm contato com os demais trabalhadores, para obterem informações sobre os usuários. Os professores são também frequentemente procurados pelos outros trabalhadores para esta troca de informações.

As situações que suscitam o envolvimento dos professores surgem no dia a dia dos CAPSad, principalmente durante a Atenção Diária e nas atividades relacionadas à Educação Física, quando os usuários relatam certas questões. Caso necessário, estas situações são repassadas aos trabalhadores que fazem parte da referência ou mesmo à equipe, no intuito de atenderem as pessoas em seu tratamento. O professor do CAPSad A usa esta estratégia de modo claro, como segue relato:

---

[38] A OMS considera que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, e não somente a ausência de doença ou enfermidades”. Porém, este conceito é passível de muitas críticas. O conceito formulado a partir da 8ª CNS pode ser melhor utilizado, pois contempla outros fatores como habitação, educação, renda, meio ambiente e trabalho.

> Uma nova conversa começou a se desenvolver com outra usuária. Ela contou ao professor sobre seu esforço para ter o próprio dinheiro a partir do trabalho e sobre o dinheiro cedido por uma amiga que estava lhe dando muito apoio. Ela perguntou ao professor sobre a possibilidade de adquirir uma cesta básica e direcionar os mantimentos para esta amiga que a tem ajudado. O professor disse que quem saberia sobre este assunto seria a Assistente Social, e que, assim que chegasse ao CAPSad, verificaria sobre esta possibilidade. Neste ponto, o professor disse que ela não deve somente ficar usufruindo dos favores de terceiros, mas que também deve se ajudar (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad A).

Outra situação dentre as que presenciei sobre este fato foi no CAPSad B, ao notar que uma psicóloga foi ao encontro de um dos professores. Ela estava junto com um usuário do serviço. Depois perguntei ao professor sobre o que teria sido aquele momento. Ele disse que o usuário acabara de entrar no grupo terapêutico de 45 anos, e como o usuário possui uma máquina de exercícios em casa, a psicóloga pediu ao professor para passar a ele algumas instruções (alongamentos anterior aos exercícios, como usar o aparelho, melhores horários) (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad B).

A interação entre professores de Educação Física com os demais membros da equipe multidisciplinar esteve muito presente nas entrevistas:

> A gente sempre interage. Às vezes tem algum medicamento e o professor pergunta se pode, se tem alguma restrição. A gente sempre tá conversando sobre alguma coisa, sempre surge alguma dúvida. Eu gosto muito dos meninos, desta interação (TRABALHADOR 6 – CAPSad B).

> Os professores são os profissionais que na maioria das vezes passam o dia com os usuários aqui dentro. Então, eles mais do que ninguém convivem muito. Eles dão o olhar deles dentro do serviço, participam das decisões sobre o tratamento, o plano terapêutico. Eles ajudam nesta parte porque eles convivem muito (TRABALHADOR 3 – CAPSad B).

Pelo que percebi, estas informações repassadas aos demais trabalhadores não fazem parte da hierarquia dos CAPSad, como se um trabalhador fosse mais importante que o outro. Mas sim de reconhecer que certos assuntos ficam limitados a determinadas profissões. O objetivo é ouvir os usuários e poder auxiliá-los, e o trabalho interprofissional faz parte deste cuidado, como o professor mesmo ressalta sobre o CAPSad:

> É uma estrutura interessante, pelo menos o CAPSad aqui, com psicólogo, médico, enfermeiro, assistente social, técnico de enfermagem, professor de Educação Física, artista plástico, farmacêutico, professora de música e todos

> trabalhando nesta maneira de um ir atravessando o trabalho do outro. E isso é uma coisa interessante. Não tem um trabalho isolado, cada um fazendo o seu trabalho. Não tem nem como funcionar este tipo de trabalho. Os trabalhos vão se interligando e os resultados são bem interessantes quando o trabalho é assim. Todos os conhecimentos se trocando, experiências; e eu vejo que os usuários também gostam disso. O trabalho multidisciplinar, se forem apenas várias disciplinas, não significa que um vai trabalhar com o outro. Aí tem a questão de um atravessar o outro. É mais do que isso, é um ser atravessado pelo trabalho do outro e você às vezes mudar a sua prática. Tipo: "espere ai! Realmente isso aqui que eu estou fazendo – que veio lá do outro profissional – eu posso fazer diferente e posso mudar" (PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA – CAPSad A).

Parece que até mesmo os usuários não tratam os trabalhadores como se um fosse mais importante que outro. Certo dia no CAPSad A, presenciei uma das usuárias chamando o professor de doutor (DIÁRIO DE CAMPO – CAPSad A). Seu modo de atuação no serviço talvez cause a impressão de que ele seja mesmo um doutor – no que se refere a profissionais como médico, farmacêutico, psicólogo e enfermeiro, que são comumente chamados de doutores.

Foi possível verificar que os professores de ambos os CAPSad são bem vistos pelos demais trabalhadores de saúde. Esta interação é fundamental para o desenvolvimento da equipe multidisciplinar, pois potencializa a produção do cuidado dos usuários, como consta no relato abaixo:

> E o trabalho dele é entrelaçado, atravessa o trabalho praticamente de todos aqui. O artista plástico, o médico, ele dialoga com todos estes profissionais. A gente tem reunião de equipe, a gente faz escaneamentos conceituais para todo mundo trabalhar integrado. O trem tá andando e a gente vai se ajeitando, mudando as cadeiras para ninguém atrapalhar o outro, só ajudar e fazer um trabalho que tem a ver com o trabalho do outro (TRABALHADOR 2 – CAPSad A).

> Sim, porque são os profissionais que na maioria das vezes passam o dia com os pacientes aqui dentro, então eles mais do que ninguém convivem muito; eles dão o olhar deles dentro do serviço, participam das decisões sobre o tratamento, o plano terapêutico dos pacientes; então eles ajudam nesta parte porque eles convivem muito. Eles sabem traçar o perfil da pessoa, se é agressiva, se a pessoa adere, se burla muito as regras. Nas reuniões a gente discute e traz os casos e quem está na atenção diária ajuda, traça o perfil do paciente e a gente vê o que dá pra fazer. E às vezes eles são até referência de alguns pacientes. Então eu acho bem importante a participação deles; é mais uma profissão para ter um olhar diferenciado na equipe multidisciplinar, todos contribuem (TRABALHADOR 1 – CAPSad B).

Assim como relatado por Wachs e Fraga (2009, p. 99), diferentes formações na equipe do CAPS proporcionam outros olhares sobre o sofrimento e tratamento dos usuários, sendo que o professor continua sendo professor de Educação Física,

mesmo fazendo outras funções. Neste caso, o cuidado para com as pessoas fica em primeiro plano e não a formação profissional.

Outro ponto importante para a equipe de trabalhadores são as reuniões de equipe, as quais tendem a cooperar com o trabalho dos CAPS. Esta estratégia contribui para a reflexão da equipe, para as discussões, para a troca de saberes e para o crescimento do trabalho individual. Estes pontos foram abordados pelos professores de Educação Física pesquisados, bem como trabalhadores da equipe.

O professor de Educação Física do CAPSad A disse que, nas reuniões de equipe, todos têm a mesma palavra, independentemente da formação profissional (PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA – CAPSad A). No CAPSad B, o professor que atua pela manhã comentou: “A gente coloca a visão também um pouco tirada daquele foco da medicina, e eu acho isso importante. Nessas reuniões eu participo igual aos outros profissionais: enfermeira, assistente social. Discutimos casos dos pacientes e dou minha opinião (PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA 1– CAPSad B).

No entanto, um dos professores apontou algumas dificuldades nestas reuniões ao dizer que: “Nas reuniões muitas coisas são discutidas, mas nada muda. Só discuti caso de paciente, demanda nova da secretaria, ponto, frequência. São coisas que não têm muita utilidade” (PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA 2 – CAPSad B). Assim como no relato deste professor, na pesquisa de Abuhab *et al*. (2005), houve alguns relatos de trabalhadores neste sentido, ao abordarem que nem sempre as reuniões são produtivas. Às vezes são sem profundidade e com discussões limitadas ao nível pessoal.

Para atuar de modo significativo em serviços em saúde mental, como o CAPSad, vemos que apenas integrar a equipe de trabalhadores não é suficiente. Mas é preciso se envolver com as pessoas que contemplam estes espaços, ou seja, usuários e equipe multidisciplinar.

A pesquisa de Ferreira (2013) teve o interesse de compreender como a Educação Física vem compondo o trabalho nas equipes de multiprofissionais de saúde mental em um CAPSad. O autor apoia-se na classificação de Peduzzi[39] e ressalta a importância do trabalho multidisciplinar na perspectiva da “equipe integração” – voltada para a relação recíproca entre os diversos profissionais do

[39] PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional em Saúde: conceitos e tipologia. *Revista Saúde Pública*. São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

serviço – em detrimento da “equipe agrupamento” – na qual há pouca relação profissional entre os membros da equipe, e o trabalho visa ser individual.

Ferreira (2013) classifica o trabalho do professor de Educação Física na saúde mental em professor “tarefeiro” e professor “compositor”.

> Espera-se, portanto, um trabalho “compositor” que se aproprie das tarefas e demandas do cotidiano do serviço, e não apenas um “tarefeiro” que dá conta de uma atividade pontual, no caso da educação física, apenas realize práticas que se imagina voltadas à sua formação, tais como ginástica, alongamento, caminhadas, entre outras comumente demandadas para a área nos serviços de saúde, sem ampliar seu leque de possibilidades como trabalho em Saúde Mental (FERREIRA, 2013, p. 46).

Ferreira (2013, p. 81) identificou que um dos fatores que pôde contribuir na lógica da “composição” foi que a maioria dos trabalhadores pesquisados participou de cursos de Residência (relatada na página 103). Além disso, o autor chama atenção para a ideia de que, para resultados mais significativos na produção dos cuidados em saúde mental, faz-se importante a incorporação dos processos das reformas Sanitária e Psiquiátrica, para o compartilhamento das experiências realizadas do “lado de fora” e na relação íntima dos afazeres profissionais da equipe. Não basta, portanto, apenas compor a equipe como mais um integrante.

Ferla, Bueno e Souza (2013) evidenciam a necessidade do trabalho multiprofissional na atenção à saúde no âmbito do SUS como uma combinação de diferentes saberes, práticas, serviços e profissionais, como uma linha que conecta estes profissionais e suas singularidades às demandas dos usuários. Este tipo de atuação possibilita avanços na qualidade dos serviços e modifica os saberes e práticas de cada trabalhador.

Por sua vez, Santos *et al*. (2011b, p. 99), quando abordam a dimensão multiprofissional e interdisciplinar na atenção à saúde mental composta por trabalhadores de diferentes áreas de atuação, relatam: “[...] trabalhando em conjunto, onde todos sabem de tudo e de todos, acompanhando sistematicamente os usuários e havendo participação coletiva nas decisões sobre continuidades ou mudanças no plano terapêutico do usuário”.

No entanto, o trabalho em equipe composta por diferentes trabalhadores nem sempre pode ser efetivado de modo interprofissional, haja vista alguns percalços, como é o caso do trabalho isolado dos trabalhadores. Como apontam Abuhab *et al*. (2005, p. 376):

> As dificuldades da realização do trabalho em equipe foram apontadas por todos os técnicos entrevistados e ficou evidente que são maiores que as facilidades. A dificuldade concreta de união, integração e articulação da equipe pode ocorrer devido ao fato de cada profissional manter-se nas suas especificidades, isolado na realização ou no cumprimento de tarefas.

Nesta pesquisa, os professores de Educação Física dos CAPSad A e B realizaram atividades diversas e comuns a outros trabalhadores da equipe multidisciplinar, assumindo funções que não dizem respeito à sua área de formação. Wachs e Fraga (2009, p. 99) observam que a intervenção do professor de Educação Física na saúde mental não está voltada para a realização de atividades ligadas apenas à sua formação profissional (como esporte, dança, jogos, entre outras), mas que este profissional "Está no serviço para compor uma equipe de saúde mental e dar conta das especificidades do cuidar em Centros de Atenção Psicossocial".

Ferreira (2013) corrobora este relato e observa que o professor de Educação Física e demais profissionais devem/deveriam atuar em todas as dimensões nos CAPS e não de modo isolado em sua especificidade. Chama a atenção para a necessidade de que tal profissional se deixe envolver pelos acontecimentos do campo de trabalho, com a equipe e com os usuários. "É preciso estar disposto a se deparar com o inusitado, a se fascinar com o desafiador e inventivo dia a dia da produção do cuidado em saúde" (FERREIRA, 2013, p. 44).

Mesmo havendo base legal que justifique a presença do professor de Educação Física na saúde mental, Roble, Moreira e Scagliusi (2012) consideram a pouca tradição deste trabalhador no campo da saúde mental, razão por que é preciso construir um saber/fazer. Entendem que a atuação nestes serviços vai se formando com o tempo de atuação, o que teoria alguma pode abarcar, sendo necessário ter coragem para romper com protocolos criados ao longo dos anos e ir em busca do novo, como bem salientou Bilibio (2013), ao descrever o *pensamento desviado*. "Aos desavisados, é preciso dizer ainda que as práticas singularizadas de Educação Física, como atos terapêuticos em saúde mental e, como ética e estética de trabalho, exigem estômagos fortes e coragem!" (DAMICO; BILIBIO, 2014, p.85).

Se o professor de Educação Física atuar numa perspectiva focando a cura, estará pouco capacitado para lidar com as relações humanas (LANCETTI, 2014), pois a busca pela abstinência não pode ser mais o único viés das estratégias sanitárias

(BERGERON, 2012). É a Educação Física que pode resgatar o contato, desviar a atenção cuidadora centrada na doença (CECCIM; BILIBIO, 2007).

Especificamente sobre as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas em tratamento nos CAPSad, é preciso que o professor de Educação Física se envolva com o tema da saúde mental e com sua atenção à saúde na perspectiva que contemple a redução de danos. Se isso não ocorrer, o trabalho pode se tornar estéril, se afastando do modelo da atenção psicossocial oriundo das lutas e discussões obtidas ao longo dos anos.

Apesar de os professores terem dificuldades para realizar intervenções que dizem respeito diretamente à Educação Física nos CAPSad, ficam em evidência as relações pessoais com os usuários e o interesse em contribuir com suas vidas dentro e fora do tratamento no serviço (fatores semelhantes que evidenciei no contato com trabalhadores quando estive em Porto Alegre). Mesmo não tendo nenhum preparo anterior à entrada nos CAPSad, os professores entenderam com o tempo que a lógica da Educação Física nos serviços não deve privilegiar a questão corporal.

Traçando um panorama final a respeito da atuação dos professores de Educação Física e os serviços pesquisados, no CAPSad A, a equipe de trabalhadores parece obter maior entrosamento, o que pode resultar em melhores intervenções no tratamento dos usuários. Este e outros fatores fazem deste CAPSad uma referência para outros serviços em saúde mental, como afirmou o professor de Educação Física.

No CAPSad B, percebi que o contato dos professores e usuários da Atenção Diária com as demais pessoas (outros usuários e trabalhadores) diminui por ser separado da casa. Já no CAPSad A, por haver atividades na varanda, muitas pessoas circulam pelo espaço para acessar outros locais do serviço, o que proporciona maior contato com o professor e usuários. O professor de Educação Física atuando na Comissão da Atenção Diária (descrita na página 70) também possibilita maior contato com os trabalhadores, tornando esta relação mais estreita. Do mesmo modo ocorre com os usuários, pois é preciso ter acesso sobre diagnóstico e situações dos mesmos.

As intervenções dos professores de Educação Física do CAPSad B se voltam para as oficinas. Por sua vez, o professor do CAPSad A parece que se mistura aos demais trabalhadores pelo seu modo de atuação, sendo constantemente procurado pelos colegas e usuários para questões que envolvem o tratamento e assuntos diversos. No CAPSad B observei este tipo atuação, mas em menor proporção.

O professor do CAPSad A ainda demonstrou ser comprometido com questões amplas do serviço. Por conta desta influência, estava substituindo a coordenadora no período de férias quando fiz a primeira visita. Sua ligação também se expressa em questões administrativas e outros fatores que compõem o CAPSad A. Como consta na relação das atividades prestadas (página 60), o professor participa de reuniões (Reunião de Território, Reunião de Saúde Mental) para representar o estabelecimento em questões da comunidade e em âmbito municipal.

Dentre os três professores pesquisados, o professor do CAPSad A parece que se adaptou mais ao trabalho. Em nossas conversas percebi maior preocupação com os usuários, numa perspectiva de redução de danos. Ele valorizou a vida das pessoas em tratamento, seus pontos fortes, a autoestima, e em menor proporção o uso de drogas e a abstinência. É na caminhada que o professor teve maior tempo disponível para dialogar com os usuários. Desde o início da pesquisa de campo, defendeu que esta é uma de suas estratégias para ouvir melhor o que os usuários tem a dizer sobre suas vidas e tratamento, e, a partir daí poder contribuir de alguma forma.

Nas entrevistas, perguntados sobre as diferenças entre o trabalho no CAPSad e em outros espaços no contra turno, o professor do CAPSad A se mostrou satisfeito com o trabalho na saúde mental, considerando que, mais difícil, porém mais satisfatório. Percebi entusiasmo de sua parte ao falar sobre o que desenvolve no CAPSad A, em poder contribuir de alguma forma para as pessoas em tratamento e utilizar-se da Educação Física para isso, propiciando atitudes que os usuários levam para o dia a dia de suas vidas. Abordados sobre a mesma questão na entrevista, os professores do CAPSad B demonstraram adequar-se mais ao trabalho em outros âmbitos, fora da saúde mental. Mas, isso não significa que suas intervenções sejam menos significativas. Entretanto, estar satisfeito ou não com o campo de atuação pode influenciar significativamente as atuações.

O professor do CAPSad B que atua na parte da manhã é envolvente com o trabalho. Como exemplo, em seu período de férias, esteve no serviço para contribuir com a festa na qual participaram usuários do CAPSad, bem como alguns familiares destes. O entrosamento deste professor com a equipe parece ser em maior proporção. Por outro lado, observei que o professor da tarde não se adaptou ao CAPSad B. Sua frustração com o trabalho e a intenção de deixar o serviço talvez limite suas atividades, contribuindo para que reflita pouco a respeito de outras possibilidades de intervenção. Além disso, por não frequentar as reuniões que ocorrem nas terças-

feiras pela manhã devido trabalhar em outro município, parece afastá-lo das questões discutidas e do entrosamento com os demais trabalhadores da equipe multidisciplinar.

A falta de material, questionada nas entrevistas tanto pelos professores quanto pelos demais trabalhadores, não faz com que o professor do CAPSad A limite suas atividades. O professor se aproveita das opções da comunidade, entre elas, dos recursos disponíveis no parque. Além disso, os trabalhadores deste serviço veem a yoga como diferencial que atrai os usuários para a participação, pois não se constitui como uma prática comum e desperta interesse, além de ser aparentemente simples e sem muitas exigências de deslocamento e esforço físico.

Já no CAPSad B percebi poucos recursos da comunidade disponíveis nos arredores do serviço. A academia popular, por exemplo, é utilizada quando o professor da manhã consegue levar os usuários para uma das principais praias do município, considerada afastada. Por isso, as atividades efetuadas pelos professores são voltadas para a caminhada, e o diferencial desta é ir à lugares diversos. Há uma incoerência neste ponto entre ambos os professores, pois se alguma atividade que dispensa mais disposição dos usuários for realizada pela manhã, dificilmente terão ânimo para realizar alguma atividade que dispensa muita energia no período da tarde. Para amenizar esta situação seria necessário, minimamente, um cronograma entre os dois professores para programar as atividades, o que não ocorre.

Por conta das dificuldades de espaço e material, talvez os professores do CAPSad B não consigam pensar em outras atividades que sejam alternativas, e por isso focalizem na caminhada enquanto prática corporal relacionada à Educação Física. E quando esta não é possível, é mais cômodo realizarem algo com pouca ligação com as práticas corporais, como pinturas e mosaicos. Este ponto pode limitar as intervenções em Educação Física e impedir que novas ações sejam desempenhadas a partir das situações que emergem do próprio campo de trabalho.

Ainda neste serviço, próximo ao final da pesquisa, descobriu-se que havia recursos financeiros que não estavam sendo utilizados. Após a evidência deste fato, cada trabalhador elaborou uma lista de materiais que estava precisando. O dinheiro descoberto seria usado para a compra destes materiais. Quem teve estas informações foi o professor de Educação Física que trabalha na parte da tarde ao atuar na área administrativa da Secretaria de Saúde, área para qual estava pedindo transferência. Talvez, a própria gestão do CAPSad B nem soubesse destes recursos. Esta situação

influencia o trabalho da equipe e atendimento aos usuários, já que materiais poderiam ser adquiridos para melhores atuações.

Discussão de textos e temas sociais (como o Estatuto do Idoso e Procon) são presentes no CAPSad B. Os professores abordam estes temas por considerarem como importantes para os usuários. Além destas discussões pontuais, nas intervenções são frequente os assuntos sobre política, direitos, e outros. Do mesmo modo ocorre no CAPSad A. No entanto, neste serviço, as discussões são de acordo com o avanço das conversas entre usuários e professor durante as intervenções.

Outro ponto que chama a atenção são os professores do CAPSad B atuando mais dias na semana na Atenção Diária. A divisão dos trabalhadores parece desgastante para os professores que atuam nesta função. No CAPSad A o professor atua apenas um dia na semana. No entanto, realiza outras intervenções nos demais dias como parte da Atenção Diária dirigida por outros trabalhadores, o que torna melhor a divisão das tarefas na unidade.

Mais uma questão que mostra certa fragilidade entre os dois serviços é que o CAPSad A possui projeto de implantação completo, já o CAPSad B não. Este projeto pode ser considerado importante documento orientador, em especial para os trabalhadores que não tem experiência com o campo da saúde mental e álcool e outras drogas. Outra questão refere-se à formação interna presente no CAPSad A, que tem por objetivo trazer para discussão da equipe temas referentes à saúde mental. Vê-se uma maior organização da equipe do CAPSad A buscando por melhores formas de atuação e compreensão das questões que envolvem a saúde mental e o tema álcool e outras drogas. São diferentes situações que podem refletir positivamente no trabalho, tanto individual quanto coletivamente.

Em suma, os professores de ambos os serviços pouco questionaram o fato de realizarem intervenções que não estão diretamente relacionadas à formação acadêmica. Entenderam que no CAPSad as demandas são diferentes e que cada trabalhador deve atuar de múltiplas maneiras de modo a contribuir com o serviço e as pessoas em tratamento, mesmo diante das dificuldades do trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa de campo mostrou que os professores de Educação Física dos CAPSad A e CAPSad B são próximos das questões que envolvem a Reforma Psiquiátrica e SUS, estando vinculados aos aspectos humanos em suas intervenções a partir das práticas corporais e de outras atuações.

O professor de Educação Física do CAPSad A se mostrou como o que mais se identificou com o trabalho. Além disso, o referido serviço pareceu-me mais estruturado em questão de equipe, assim como o envolvimento do professor em diversas situações e no entrelaçamento com os demais trabalhadores. Para as atividades que envolvem as práticas corporais, o professor utiliza-se regularmente da caminhada, tendo a yoga como o diferencial, além da horta.

Já no CAPSad B, a atuação dos professores está voltada, sobretudo, para a Atenção Diária. As ações relacionadas às práticas corporais são mais limitadas devido à falta de materiais e espaço físico e, diferentemente do serviço anterior, os recursos da comunidade nem sempre são acessíveis. O professor que atua na parte da tarde encontra maior resistência dos usuários para estas atividades caso tenham sido realizadas pela manhã. Outro ponto que emerge ao pensar nesta situação é a necessidade de haver outra estratégia, caso o plano inicial não seja possível. Porém, as atividades substitutivas geralmente não têm relação direta com a Educação Física, como é o caso da realização de pinturas e mosaicos. No CAPSad A, a necessidade de trocar as atividades também ocorre. Por isso, ao atuar em espaços como o CAPSad, o professor de Educação Física deve estar flexível, de modo que suas intervenções ocorram segundo necessidade/possibilidade/interesse dos usuários, e não apenas pela imposição do que o próprio professor deseja.

Outro ponto identificado é a necessidade da preparação profissional, algo a que todos deveriam ter acesso antes mesmo de iniciarem o trabalho, pois, como vimos, os professores receberam pouca ou nenhuma orientação para atuar. Este problema poderia ser minimizado caso houvesse algo sistematizado para os CAPSad e a inserção de seus trabalhadores. Num primeiro momento, e no que tange ao Estado do Espírito Santo, parece que os cursos de graduação em Educação Física proporcionam pouca ênfase sobre o tema saúde mental em suas grades curriculares, o que dificulta a aproximação de graduandos com este campo de atuação. A inserção

das RIMS na área de Educação Física seria outra forma de aproximar professores do campo da saúde mental em nível de pós-graduação.

Dificuldades à parte, foi interessante observar que os usuários levam as práticas da Educação Física dos CAPSad para o dia a dia. As experiências possibilitam a vivência das mesmas atividades, ou semelhantes, em outros espaços do cotidiano dos usuários. As práticas que compõem a formação do professor de Educação Física se constituem como elementos significativos para a reinserção social dos usuários, pela possibilidade de atuarem junto à sociedade, que é um dos objetivos dos CAPS. É a partir da caminhada, por exemplo, que os usuários podem interagir com outras pessoas fora do seu âmbito regular. Experiências deste tipo possibilitam minimizar o estigma de doente e drogado que o usuário carrega sobre si e o qual a sociedade lhe impõe. E ainda permitem que eles sejam ativos fisicamente e diversifiquem o repertório das práticas de lazer.

Algumas atuações nos CAPSad não são diretamente ligadas à formação acadêmica do professor de Educação Física. Além disso, parece que usuários e professores veem nas práticas corporais oficinas terapêuticas de mútua ajuda, pois a necessidade corporal não assume o foco principal nas intervenções em Educação Física. Esta forma de atuação que não tem como foco o viés biomédico – a cura – maximiza as relações humanas e potencializa a vida dos usuários na direção de um cuidado que enfatiza a integralidade. Neste modelo psicossocial de atenção à saúde mental, o indivíduo tem o foco no tratamento em detrimento da doença, ou seja, do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Por fim, as ações necessárias para subsidiar o trabalho do professor de Educação Física devem ser construídas. Dizem respeito à uma sensibilidade que torna-se difícil de ser adquirida no tempo e espaço da formação acadêmica. Mais do que ofertar uma gama de práticas corporais que têm relação com a Educação Física, ou ainda intervenções regulares no CAPSad (Atenção Diária, Acolhimento, Profissional de Referência, e outras), a atuação neste espaço suscita algo além. Promove a função de ser humano e de se mostrar empático com os que estão ao redor. Por isso, a interação entre professor, usuários e equipe multidisciplinar mostra-se de suma importância para o trabalho significativo no CAPSad.

O andamento da produção e do debate acadêmico e profissional podem alavancar o que tratamos nesta pesquisa, contribuindo para o trabalho do professor

de Educação Física e gerando apontamentos para subsidiar suas intervenções, bem como de outros trabalhadores no campo da saúde mental.

REFERÊNCIAS

ABIB, L. T. *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. 1-15, maio/ago. 2010.

_____. *"Caminhando contra o vento..."*: a história das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Educação. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, UFRGS, Porto Alegre. 2012.

ABUHAB, D. *et al*. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre (RS). 2005 dez; 26(3):369-380.

ALVES, G. S. L.; ARAÚJO, R. B. A utilização dos jogos cooperativos no tratamento de dependentes de crack internados em uma unidade de desintoxicação. *Revista Brasileira Medicina do Esporte* – Vol. 18, Nº 2 – Mar/Abr, 2012.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: Conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia*: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 163-186.

_____. Rumo ao fim dos manicômios. *Revista Mente & Cérebro,* 164, p. 30-35. 2006.

ANJOS, T. C. dos; DUARTE, A. C. G. de O. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [4]: p. 1127-1144, 2009.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modo de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.3, p.16-29, set-dez, 2004.

BAGRICHEVSKY, M. A formação profissional em educação física enseja perspectivas (críticas) para atuação na saúde coletiva? In: FRAGA, A. B; WACHS, F. (Orgs.). *Educação física e saúde coletiva*: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2007, p. 33-45.

BERGERON, H. *Sociologia da Droga*. São Paulo: Ideias e Letras, 2012.

BILIBIO, L. F. S.; DAMICO, J. G. S. Carta a um jovem professor. *Cadernos de Formação RBCE* – v. 2, n. 2 (2009) – Florianópolis: CBCE e Editora Tribo da Ilha, 2011.

BILIBIO, L. F. S. Esquecimento ativo e práticas corporais em saúde. In: FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. de; GOMES, I. M. (Orgs.). *As práticas corporais no campo da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 117-138.

BRASIL. *8ª Conferência Nacional da Saúde*. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1986.

BRASIL. *Constituição [da] República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal 1988.

BRASIL. *Declaração de Caracas*. Organização Mundial da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. *Lei nº 8.080* de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990.

BRASIL. *Lei nº 8.142* 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. Brasília. 1990.

BRASIL. *Portaria SNAS nº 189*, de 19 de novembro de 1991. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL. *Portaria SNAS nº 224*, de 29 de janeiro de 1992. Brasília: Ministério da Saúde, 1992

BRASIL. *Parâmetros Curriculares Nacionais*: Educação Física/Secretaria de Educação Fundamental – Brasília: MEC/SEF, 1997.

BRASIL. *Lei nº 10.2*16 de 06 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. Brasília. 2001

BRASIL. *Portaria GM nº 336*, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. *Leis em Saúde Mental*: de 1990 a 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. *Saúde mental no SUS*: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

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

BRASIL. *Lei 11.129*, de 30 de Junho de 2005. Programa Nacional de Inclusão de Jovens e Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. *Residência multiprofissional em saúde*: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. *Glossário de Álcool e Drogas*. 2ª edição. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010a.

BRASIL. *Portaria nº 2.841*, de 20 de setembro de 2010. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. Políticas sobre Drogas 2010b.

BRASIL. *Portaria nº 3.088*, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. *Portaria nº 122*, de 25 de janeiro de 2012. Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. *Portaria nº 130*, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. *Saúde mental em dados 10.* Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Ano VII, nº 10, março de 2012a.

BRASIL. *Portaria nº 276*, de 30 de Março de 2012. Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRUGNEROTTO, F.; SIMÕES, R. Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre saúde. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 19 [1]: 149-172, 2009.

BUENO, A. X. *Entre o fazer e o registrar da Educação Física no NASF*: a relação conflitante entre a classificação brasileira de ocupações e os procedimentos possíveis de registro pelo profissional de Educação Física. 2012. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, UFRGS, Porto Alegre, 2012.

CARVALHO, Y. M. Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação? *Revista Brasileira Ciência do Esporte*, v. 22, n. 2, p. 9-21, jan. 2001.

_____. Promoção da Saúde, Práticas Corporais e Atenção Básica. *Revista Brasileira Saúde da Família*. Brasília, Ministério da Saúde, 2006, p. 33-45.

_____. Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Universidade de São Paulo). In: FRAGA, A. B; WACHS, F. (Orgs.). *Educação física e saúde coletiva*: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2007, p. 63-72.

CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, A. B; WACHS, F. (Orgs.). *Educação física e saúde coletiva*: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2007, p. 47-62.

COLOVINI, E. *A Educação Física e a Promoção da Saúde Mental*: revisão sistemática de artigos entre 2000 a 2010.

DAMICO, J. G. S. Das possibilidades às incertezas: instrumentos para intervenção do profissional de educação física no posto de saúde. In: FRAGA, A. B; WACHS, F. (Orgs.). *Educação física e saúde coletiva*: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2007, p. 73-86.

DAMICO, J. G. S.; BILIBIO, L. F. Experimentação e encontro intercessor: produzindo pistas para a educação física na saúde mental. In: BAGRICHEVSKI, M.; ESTEVÃO, A. (Orgs). Saúde Coletiva: Dialogando sobre interfaces temáticas. Ilhéus, Bahia, Ed. Universidade Estadual de Santa Cruz, 2015, p. 53-89.

FARIA, J. G. de; SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do Capsad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 21 (3): 324-333, 2009.

FERLA, A. A; BUENO, A.; SOUZA, R. Educação Física e Saúde Coletiva: o que pode a ideia de integralidade na produção de mudanças no trabalho e na educação dos profissionais. In: FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. de; GOMES, I. M. (Orgs.). *As práticas corporais no campo da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013, p.198-226.

FERREIRA, L. A. dos S. O trabalho da Educação Física na composição de equipe de saúde mental especializada em álcool e outras drogas. 2013. 109 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, UFRGS, Porto Alegre. 2013.

FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. de; GOMES, I. M. *As práticas corporais no campo da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 2ª ed. São Paulo: Atlas S. A., 1989.

GOFFMANN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 6ª ed. São Paulo. Ed. Perspectiva, 1999.

GOLDEMBERG, M. *A arte de pesquisar*: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8ª Ed., Rio de Janeiro: Record, 2004.

GOMES, R. M. A política da vida e a saúde. In: FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. de; GOMES, I. M. (Orgs.). *As práticas corporais no campo da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 52-82.

KANTORSKI, L. P. *et al*. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. *Rev. Enferm. Saúde*, Pelotas (RS) 2011 jan-mar; 1(1):4-13.

KAUARK, F. S.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. *Metodologia da pesquisa*: um guia prático. Itabuna/Bahia: Via Litterarum, 2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Fundamentos de metodologia científica*. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LANCETTI, A. *Clinica peripatética*. 9ª edição São Paulo: Hucitec, 2014.

LIMA, R. C. D.; MACIEL, E. L. N.; ANDRADE, M. A. C. A implementação de políticas públicas para a saúde no Brasil. *I Colóquio de História das Doenças*. UFES, 2013.

MACHADO. A. R. *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública*: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. 2006.

MARTINEZ, J. F. et al. Práticas corporais e SUS: tensões teóricas e práticas. In: FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. de; GOMES, I. M. (Orgs.). *As práticas corporais no campo da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 139 –154.

MATOS, N. G. V.; NEVES, A. S. Caps-Poeira: um modo de intervenção no CAPS-ad. *Revista Mal-estar e Subjetividade* – Fortaleza, Vol. XI, Nº 2, p. 817, 841, jun/2011.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* v.13, supl.1, p.771-80, 2009.

MEDINA, M. G.; NERY FILHO, A.; FLACH, P. M. V. Políticas de prevenção e cuidado ao usuário de substâncias psicoativas. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva*: teoria e prática. 2014, p.479-500.

MENEZES, L. E. C. *A inserção da Educação Física na equipe multiprofissional do CAPSi Casa Melodia em Porto Alegre*. 2010. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Trabalho de Conclusão de Curso) – Escola de Educação Física. UFRGS, Porto Alegre, 2010.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde*: um desafio para o público. São Paulo. Hucitec, 1997.

_____. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: Conselho Federal de Psicologia. Grupo de Trabalho de Álcool e outras Drogas. Drogas e cidadania: em debate. Brasília, DF: CFP; 2012. p. 9-18.

MINAYO, M. C. S (Org.). *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. 28ª Ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

NADEL, S. F. Compreendendo os povos primitivos. In: Feldman-Bianco, B. (Org.). *Antropologia das sociedades contemporâneas*: Métodos. São Paulo: Global, 1987, p. 49-73.

ONU. *World Drug Report*. *Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime (UNODC*). Viena, 2013.

OTSUKA, E. *A inserção de atividades de lazer no cotidiano de usuários de serviços de saúde mental: a experiência da Copa da Inclusão*. 2009. 168 f. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. In: PAIM, Jairnilson Siva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. *Saúde Coletiva*: teoria e prática. 2014, p.203-209.

PASSETTI, E. *Das fumeries ao narcotráfico*. São Paulo: Educ, 1991.

PETUCO, D. R. S. Entre macro e micropolíticas: O movimento social de redução de danos e o campo político reflexivo das drogas. In: *Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras* / Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2010. p. 75-88.

_____. O cuidado de pessoas que usam drogas: contribuições de uma Redução de Danos fecundada pela Educação Popular. In: *V Seminário Nacional Psicologia e Políticas Públicas*: Subjetividade, Cidadania e Políticas Públicas / Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2011. p. 175-186.

PETUCO, D.; MEDEIROS, R. G. *Redução de Danos*: dispositivo da reforma? 2009. Disponível em: http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=340&cod_boletim=31. Acesso em: 04 dez. 2014.

PIMENTEL, G. G. A.; OLIVEIRA, E. R. N.; PASTOR, A. P. Significados das práticas corporais no tratamento da dependência química. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu (SP), v.12, n.24, p.61-71, jan./mar. 2008.

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

SANTOS, F. T. de *et al.* Atividade física e saúde mental: relato de vivência. *Extensio: R. Eletr. de Extensão*, ISSN 1807-0221 Florianópolis, Ano 8, n. 12, p. 36-43, 2011a.

SANTOS, M. V. D. *et al*. Análise do trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva dos usuários. *Saúde e Transformação Social*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.1, n.2, p.94-100, 2011b.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. de. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. *Saúde e Transformação Social*. Florianópolis, v.4, n.1, p.82-89, 2013.

SOLOMON, H. A. *O mito do exercício*. São Paulo: Summus, 1991.

TENÓRIO, F. *A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais*: história e conceito. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

WACHS, F., MALAVOLTA, M. de A. Pode ser a oficina de corporeidade uma alternativa terapêutica na saúde mental? *Boletim da Saúde*. Porto Alegre. Volume 19, Número 2. Jul./Dez. 2005

WACHS, F. *Educação Física e saúde mental*: uma prática de cuidado emergente em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). 2008. 147 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, UFRGS, Porto Alegre, 2008.

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

WHYTE, W. F. *Sociedade de esquina*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

ANEXO – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES - CAMPUS GOIABEIRA

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A prática profissional do professor de Educação Física nos Centros de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPSad)

Pesquisador: Liana Abrao Romera

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 21400613.3.0000.5542

Instituição Proponente: Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 517.728

Data da Relatoria: 07/02/2014

Apresentação do Projeto:

Solicitações atendidas, apresentação adequada.

Objetivo da Pesquisa:

Solicitações atendidas, objetivos coerentes e adequados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Solicitações atendidas, projeto sem conflitos éticos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Solicitações atendidas, projeto sem conflitos éticos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Solicitações atendidas, TCLE adequado

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicitações atendidas, projeto sem conflitos éticos e adequado para ser iniciado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.090-000
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-2711 **E-mail:** thiago.moraes@ufes.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES - CAMPUS GOIABEIRA

Continuação do Parecer: 517.728

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por esse comitê, estando autorizado a ser iniciado.

VITORIA, 29 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Thiago Drumond Moraes
(Coordenador)

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.090-000
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-2711 **E-mail:** thiago.moraes@ufes.br

APÊNDICE A - PROGRAMAÇÃO ATENÇÃO DIÁRIA CAPSad A

Segunda	***Terça***	***Quarta***	***Quinta***	***Sexta***
**	**	* Professor de Educação Física (EF)	**	**
8:00 - Bom Dia	Bom Dia	Bom Dia	Bom Dia	Bom Dia
9:00 - Yoga	Caminhada	Yoga	Caminhada	Horta
10:00 - Horta	Oficina	Oficina	Oficina	Oficina
12:00 - Almoço				
13:30 - Oficina	Oficina	Reunião da Equipe	Oficina	Oficina (Cinecaps)
15:30 - Oficina	Oficina		Oficina	
17:00 - Encerramento				

Fonte: CAPSad A (adaptado e conforme modelo anexado no mural do serviço).
* Trabalhador responsável.
** Demais trabalhadores.

APÊNDICE B - PROGRAMAÇÃO ATENÇÃO DIÁRIA CAPSad B

Segunda	***Terça***	***Quarta***	***Quinta***	***Sexta***
* Professor de EF e outro profissional	* Professor de EF e outro profissional	**	**	* Professor de EF e outro profissional
8:15 - Chegada				
8:30 - Café da manhã				
8:45 - Bom Dia	Bom Dia	Bom Dia	Bom Dia	Bom Dia
9:00 - Atividade Física	Oficina	Oficina	Oficina	Atividade Física e oficina
10:30 - Intervalo/lanche	10h - Reunião da Equipe	Oficina - grupo de homens: outro profissional e professor de EF	Oficina	Oficina
12:00 - Almoço				
* Professor de EF e outro profissional	* Professor de EF e outro profissional	* Professor de EF e outro profissional	**	**
13:30 - Oficina	Oficina	Oficina	Oficina	Oficina
16:00 - Lanche e encerramento				

Fonte: CAPSad B (adaptado e conforme modelo anexado no mural do serviço)
* Trabalhador responsável
** Demais trabalhadores

APÊNDICE C - INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE OS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA

	Professor CAPSad A	**Professor 1 CAPSad B**	**Professor 2 CAPSad B**
Ano de formação	1982	2003	2011
Modalidade formação	Licenciatura Plena	Licenciatura Plena	Bacharelado
Pós-graduação/área	Especialização e mestrando/Fisiologia do exercício	Fisiologia do exercício	Fisiologia do exercício
Ano de inserção no CAPSad	2012	2012	2012
Carga horária semanal/turno	20 horas/manhã	20 horas/manhã	20 horas/tarde
Outras atuações	Servidor público em outro município	Servidor público em outro município; *personal trainer*	Servidor público em outro município; *personal trainer*

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa A Prática Profissional do Professor de Educação Física nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), sob a responsabilidade do pesquisador Gelsimar José Machado, a qual pretende conhecer e analisar a prática profissional do professor de Educação Física nos CAPSad.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista semiestruturada. Não há riscos decorrentes de sua participação, entretanto, caso possam ocorrer, tais riscos serão reparados e indenizados, sem possibilidades de malefícios aos participantes da pesquisa. Se você aceitar participar, estará contribuindo para avanços no trabalho de recuperação de dependentes químicos.

Se depois de consentir em sua participação, o Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independentemente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, Vitória, ES, pelo telefone (27) (4009-2637), ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFES –, *Campus* Goiabeiras, na Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, Vitória, ES, telefone (27) 4009-7840.

Consentimento Pós–Informação

Eu,_____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e por que precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

_____ Data:__/__/____
Assinatura do participante

_____
Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE E - ENTREVISTA PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA

1. Qual sua formação? Tempo de Formação _____
2. Durante a graduação, teve alguma disciplina especifica que tratasse destas questões relativas à saúde mental e drogas?
3. Depois de formado, você participou de algum curso para trabalhar com esse público específico? Quais, onde?
4. Há quanto tempo atua no CAPSad?
5. Fala-me sobre o que você entende sobre o CAPSad e SUS.
6. Quais atividades/trabalhos são ofertados aqui por você?
7. Há algum tipo de dificuldade para desenvolvê-los? Se sim, quais?
8. Você segue algum padrão para prescrição das atividades ou você tem plena liberdade para programá-las e executá-las?
9. Você percebe resultados da sua prática profissional (referentes ao campo da Educação Física) na vida dos pacientes? Se sim, quais?
10. Qual é a participação dos usuários na escolha, planejamento e avaliação das atividades propostas?
11. Alguns pacientes o chamam de doutor. O que pensa sobre esta situação?
12. Quais as contribuições que, de forma efetiva, o professor de EF pode dar à equipe multidisciplinar do CAPSad?
13. Como percebe a relação interpessoal e profissional com a equipe de trabalho?
14. Diga-me como é realizado seu trabalho em outros ambientes (academia, escola...)
15. Comentários livres.

APÊNDICE F - ENTREVISTA TRABALHADOR DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

1. Qual sua formação? Quanto tempo de formação? _____
2. Há quanto tempo atua no CAPSad?
3. Fale-me um pouco da sua percepção sobre a atividade física desenvolvida aqui no CAPSad.
4. Há alguma relação que se estabelece entre atividade física e o seu campo de atuação no CAPS?
5. Destaque pontos positivos e negativos das atividades físicas dos CAPS, caso haja.
6. Você conhece algum relato dos pacientes sobre as atividades físicas desenvolvidas no CAPS? Se sim, quais?
7. Em sua opinião, como se dá a participação do professor de Educação Física na equipe multidisciplinar?
8. Observação livre.