

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA**

IGOR NIEDERAUER DE SOUZA FREITAS SILVA

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: ESTÁGIO CURRICULAR NÃO OBRIGATORIO DE
EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

Porto Alegre

2024

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA**

IGOR NIEDERAUER DE SOUZA FREITAS SILVA

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: ESTÁGIO CURRICULAR NÃO OBRIGATORIO DE
EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

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

Porto Alegre

2024

IGOR NIEDERAUER DE SOUZA FREITAS SILVA

RELATO DE EXPERIÊNCIA: ESTÁGIO CURRICULAR NÃO OBRIGATORIO DE
EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Conceito final:____

Aprovado em: de de.....

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Alex Branco Fraga -UFRGS

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) investiga a experiência de estágio curricular não obrigatório em Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Os CAPS emergem como uma alternativa fundamental na transformação do modelo tradicional de tratamento psiquiátrico, ao deixar de lado os manicômios e centrar em abordagens terapêuticas inovadoras, principalmente no que diz ao envolvimento de profissionais de diferentes áreas da saúde. É nesse encontro, de multiprofissionais, que o papel do educador físico torna-se objeto de análise e reflexão do presente trabalho. Desta forma, esse estudo é motivado pela necessidade de compreender as diferentes concepções de Educação Física desenvolvidas ao longo do período estágio. Tendo como base a própria experiência durante esse período, ao examinar a transformação do próprio autor enquanto agente imerso nas vivências proporcionadas pelo CAPS. Anterior ao início do estágio, compreendia-se a Educação Física focada no aspecto biológico e no desempenho físico, um entendimento hegemônico. Contudo, a imersão no CAPS proporcionou uma nova perspectiva, revelando o potencial da Educação Física como ferramenta na busca da autonomia do indivíduo no contexto da saúde mental. A escolha do CAPS como campo de estágio e tema central do TCC se justifica pela intenção de explorar como a Educação Física pode contribuir para a reabilitação psicossocial dos indivíduos. A pesquisa é fundamentada na revisão da literatura sobre a reforma sanitária e psiquiátrica no Brasil, bem como sobre a estrutura e o funcionamento dos CAPS, com o objetivo de analisar o impacto das oficinas terapêuticas na promoção da saúde mental dos usuários. Este estudo visa, portanto, não apenas documentar a experiência prática adquirida durante o estágio como contribuir para o debate acerca do papel do professor de Educação Física em ambientes voltado à saúde mental. Assim, este trabalho propõe uma visão mais ampla e integrada da atuação prática profissional e amplia as fronteiras do que tradicionalmente se entende por Educação Física dentro do Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO A CRIAÇÃO DOS CAPS.....	12
3	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): CAPS II - HCPA	16
3.1	EDUCAÇÃO FÍSICA E CAPS.....	18
3.2	RELATO DE EXPERIÊNCIA	21
4	REFLEXÃO	30
5	CONCLUSÃO.....	33
	REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

Minha trajetória na educação física começa muito antes da graduação. Oriundo de uma família dedicada ao esporte, com um tio técnico de basquete, um pai ex-atleta de vôlei e uma mãe ex-bailarina e professora de Educação Física, minha criação foi marcada pelas atividades físicas e imersa nas mais variadas modalidades esportivas como vôlei, basquete, futebol, polo aquático, natação, atletismo e ginástica artística.

A principal delas foi o judô, que iniciei aos quatro anos de idade, na cidade de Goiânia, no mesmo clube onde minha mãe trabalhava. Enquanto ela dava suas aulas, eu participava de atividades como natação, ginástica e judô. Então, passei a competir e venci meu primeiro campeonato de judô, gerando em meus pais a expectativa de um futuro como atleta.

Essa introdução no mundo do esporte deu base para minha compreensão inicial sobre a Educação Física, uma visão focada no físico, nos resultados e nas performances como parâmetros de qualidade e sucesso.

Aos 12 anos de idade me mudei com a família para Porto Alegre e recebi a oportunidade de treinar em um dos maiores clubes de judô do Brasil, com diversos medalhistas olímpicos e mundiais. Treinei com os maiores nomes do esporte, vivenciando uma vida de atleta. O esporte de alto rendimento tornou-se minha referência inicial sobre educação física, indo ao encontro com o que Ceccim e Bilibio (2007) relatam, que processo de trabalho da Educação Física se ocupou fundamentalmente em colocar o corpo biológico em movimento e esse movimento do corpo simbolizava saúde. Portanto, essa concepção hegemônica construída em prol do movimento e da saúde são referências teóricas que sustentavam a visão empírica de como eu havia entendido a Educação Física na minha vida.

Como muitos atletas de judô, dividia meu tempo entre treinar e dar aulas, inicialmente auxiliando os mais experientes e depois gerindo minhas próprias turmas. Essa prática é muito comum na modalidade, ao se tornar faixa preta existe a possibilidade de dar aula. Em 2010, com 16 anos, comecei a minha jornada como Sensei (mestre em japonês) na escola onde cursava o ensino médio. Reproduzia os treinos e aulas que conhecia, carente de uma consciência metodológica e didática. Muitas vezes isso me incomodava, pois evidenciava as falhas de uma prática sem a

relação teoria e prática, ferramentas que, mais tarde, o curso de Educação Física me proporcionaria para melhor compreender aquilo que me afligia.

Seis anos se passaram e decidi cursar Educação Física. Em 2017, iniciei o curso na UFRGS na busca de uma qualificação à prática já exercida e melhor compreensão das limitações que ela evidenciava, podendo também gerar novas possibilidades profissionais a partir de um melhor conhecimento teórico que certamente a universidade me traria. Porém, eu seguia carregado de uma concepção limitada e hierárquica, a qual considerava os aspectos físicos, metabólicos e fisiológicos prioridades dentro da educação física, carente de vislumbres de outras possibilidades. Nesse meio tempo, já não praticava judô com tanta frequência e me distanciava dessa prática por não competir mais e lecionar poucas aulas.

Meu caminho no curso de Educação Física foi, em grande parte, pautado pela parte biológica – em razão de um fluxo natural decorrente da minha própria trajetória pregressa como atleta. Sendo esse caminho reafirmado pelo currículo trabalhado na faculdade, as disciplinas de anatomia; cinesiologia; fisiologia do exercício; biomecânica; prescrição de treinamento acabavam se sobrepondo de maneira “natural” as disciplinas de educação, socioculturais e saúde pública. Importa ressaltar que este trabalho não intenta realizar uma discussão sobre currículo, somente questionar o status recebido por certas disciplinas diante de outras. Compreender a Educação Física como um potente instrumento de promoção da saúde física e mental, assim produzir um outro nível de qualificação ao profissional ao explorar de maneira horizontal as matérias e alcançar com a mesma relevância os diferentes campos e ideais.

Durante minha formação em Educação Física, minha atuação como estagiário, bolsista e afins foi focada em lecionar e treinar. Tive a oportunidade de ser treinador de atletismo da Universidade, estagiário em grupos de corrida e em escolas de natação e professor de atletismo para crianças do ensino fundamental. Todas foram experiências enriquecedoras, mas ainda confortáveis dentro da minha concepção de educação física.

Meu primeiro estranhamento com a Educação Física ocorreu em um estágio não curricular em uma clínica de reabilitação química, onde auxiliava nos treinamentos diários de musculação. Neste espaço a atividade física, como forma de saúde, não

era vista apenas como colocar o corpo biológico, e sim uma ferramenta, dentre outras que poderiam auxiliar as pessoas na sua reabilitação física e mental, abandonar e construir novos hábitos e atitudes. No entanto, eu ainda não conseguia dissolver minha visão hegemônica de Educação Física e abrir um leque de possibilidades para entender o que eu poderia fazer de forma diferente naquele espaço. Ainda me faltava entendimento teórico e prático para melhor compreender a profissão em sua relação social, cultural, política e econômica.

Logo em seguida veio o ponto central dessa transformação, o protagonista deste trabalho: o estágio curricular não obrigatório no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Até aquele momento eu havia tido pouco contato com a Educação Física e Saúde Pública, visto que minha formação estava mais voltada para a licenciatura¹ e esse período dentro do CAPS me ajudou a iniciar uma nova concepção teórica e prática da Educação Física, entendendo-a também como um instrumento de auxílio na busca de autonomia às pessoas atendidas no CAPS. Muitas vezes a Educação física se restringe a uma visão biologistica e fragmentada, contudo, para que se possa contribuir significativamente na saúde de um indivíduo, Ceccim e Bilibio (2007) reforçam a necessidade de rompimento com o paradigma biomédico tradicional, de ampliação das abordagens para com a saúde e de abertura para outras práticas integrativas.

A escolha do tema para o trabalho de conclusão de curso na área da saúde mental foi motivada pela experiência prática adquirida durante o estágio curricular não obrigatório no CAPS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), a qual me possibilitou ampliar meu olhar sobre a prática do professor de educação física. A vivência nesse estágio despertou profundo interesse e curiosidade sobre a atuação profissional dentro de outros contextos como o da saúde mental, especialmente no ambiente dos CAPS e no Sistema Único de Saúde (SUS).

Para exposição deste processo por mim vivenciado, utilizarei o relato de uma experiência, onde conto meu percurso como estagiário dentro de um Centro de

¹ Em meu último semestre de graduação em Licenciatura, tive oportunidade de estagiar dentro de um CAPS, auxiliando, ministrando e criando oficinas terapêuticas para os usuários desse serviço. Estava finalizando minha graduação em Licenciatura na Educação Física e ingressando no Bacharel em Educação Física, ambos na UFRGS, informação pertinente para entendimento de qual era meu itinerário dentro do meio acadêmico até ali.

Atenção Psicossocial. Mesmo sendo amplamente reconhecido que o relato de experiência não se configura exatamente como um método de pesquisa, me amparo na sistematização de experiências de Holliday (2006), a qual expõe que esta forma sintetizada de relato traz mais do que apenas narrar ou descrever uma história, uma vez que se trata de apresentar de forma crítica uma ou mais experiências. Através da estruturação dessas experiências busco traduzir a lógica do processo vivido.

Essa estruturação baseou-se em:

- a) **definir o ponto de partida e as perguntas iniciais:** Estabelecer o contexto inicial e identificar as principais questões a serem abordadas.
- b) **Recuperar o processo vivido:** Revisitar e reconstituir as etapas do processo para entender como ele se desenrolou.
- c) **Fazer a análise crítica do processo:** Realizar uma reflexão do processo, levando em conta os elementos essenciais e as lições aprendidas.

No decorrer deste trabalho, será feita uma introdução sobre a reforma sanitária e psiquiátrica, desaguando na criação dos CAPS. Na sequência apresento meu espaço de estágio, o Centro de Atenção Psicossocial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CAPS HCPA), descrevendo o funcionamento desse serviço e a atuação do profissional de Educação Física neste espaço. Em seguida exponho meu relato de experiência onde busco aproximar o leitor da minha ação profissional, traçando uma análise crítica sobre esse processo no qual me deparo com os limites teóricos, práticos e a quebra de paradigmas frente a minha histórica relação com a educação física. Para realizar esse estudo estabeleci uma conexão entre a literatura existente e as observações práticas realizadas durante o estágio, a partir da revisão da bibliografia acerca do tema, que envolveu a pesquisa em artigos científicos; dissertações; documentos oficiais e outras fontes digitais, essa investigação abrangeu termos como Reforma Sanitária; Reforma Psiquiátrica; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Sistema Único de Saúde (SUS), Educação Física e Saúde Mental; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Educação Física; Sistema Único de Saúde (SUS) e Educação Física.

Importante ressaltar que ao longo desta pesquisa foi possível analisar outros trabalhos que também fizeram uso do relato de experiência em Centros de Atenção Psicossocial como TCC e obtiveram êxito, ressalto os trabalhos de KUHN (2012), “A

oficina de voleibol em um Centro de Atenção Psicossocial: *a visão dos usuários*" e FILHO (2013), O estágio curricular de Educação Física em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): *um relato de experiência sobre o processo de aprendizagem em serviço*.

2 SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO A CRIAÇÃO DOS CAPS

O movimento da Reforma Sanitária surge em um contexto de crise do capital, junto com o Partido dos Trabalhadores (PT) e a Central Única dos Trabalhadores (CUT), como descreve Bertolli (2004), num primeiro momento a partir de movimentos populares de resistência à saúde extremamente precarizada nas comunidade carentes, em seguida tomando força no meio acadêmico, centrais sindicais e partidos políticos. Com o movimento de reforma sanitária, os trabalhadores da saúde, representados por suas entidades, passam a defender a melhoria da situação da saúde e o fortalecimento do setor público; os partidos políticos de oposição começaram a colocar nos seus programas a temática e, assim, viabilizaram debates em seus congressos sobre a discussão da política de saúde, alinhados a movimentos sociais urbanos que realizavam eventos e se articulavam a outras entidades da sociedade (BRAVO, 2004).

O movimento de reforma sanitária foi um processo de organização e de luta por saúde pública digna, impulsionado no final da década de 1970, propunha a redemocratização da saúde, tencionando a garantia de saúde a partir de um movimento em que o econômico e o social caminhassem de maneira conjunta.

Tendo seu marco histórico consagrado com a 8ª Conferência de Saúde em 1986, que foi um importante espaço de discussão frente às demandas na área da saúde, culminando, em 1987, na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e depois, em 1988, no Sistema Único de Saúde (SUS) (BERTOLLI, 2004).

A 8ª Conferência de Saúde constituiu os princípios e as diretrizes do SUS e, com isso, foram implementadas mudanças significativas no sistema nacional de saúde. A partir de um conjunto de elementos organizacionais dos processos e das práticas que entendem a saúde como direito universal e igualitário, garantido mediante políticas sociais e econômicas, voltadas à redução de riscos de doenças e outros agravos (BRASIL, 1988).

A constituição de 1988 definiu a saúde em sua totalidade, legitimando que ter saúde está além da ausência de doença, assim definida:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p.4).

Identifica-se a segunda metade da década de 1970 como o início do processo da atual Reforma Psiquiátrica. Esse movimento é amplamente fundamentado na defesa da cidadania das pessoas com transtornos mentais e na garantia de seus direitos sociais (TENÓRIO, 2002).

Apesar da reforma psiquiátrica ter um processo conjunto com o movimento sanitário no Brasil, ela carrega suas particularidades e um grau maior de complexidade. As práticas de assistência em saúde mental no Brasil, até recentemente, foram predominantemente influenciadas pelo modelo manicomial, caracterizado pela reclusão prolongada de pacientes psiquiátricos em instituições hospitalares.

Em 1978 o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos toma uma maior forma no país. Surge, no seio do movimento sanitário, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que começa a promover de forma mais incisiva as discussões e críticas sobre o avanço do setor privado (a mercantilização da loucura), o modelo hospitalocêntrico de atendimento às pessoas com transtornos mentais, bem como a denúncia a violência exercida dentro dos manicômios.

Em 1979, Franco Basaglia, figura central na inspiração do movimento pela reforma psiquiátrica, participou de um evento em Minas Gerais que desencadeou uma significativa influência do movimento italiano da Psiquiatria Democrática sobre o movimento brasileiro de luta antimanicomial (DIAS, 2007).

Basaglia promoveu, na década de 60, transformações significativas no tratamento de transtornos mentais ao implementar uma abordagem que desafiava os métodos tradicionais empregados em hospícios na Itália. Sua metodologia priorizava a reintegração dos indivíduos à sociedade, em oposição ao isolamento típico das práticas convencionais. A criação do centro de saúde mental italiano inspirou a criação dos CAPS no Brasil

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio serviram de base para o movimento aqui no Brasil, dando início às primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. Em 1987 no II Congresso Nacional do MTSM em Bauru - SP passa a existir a luta “Por uma sociedade sem manicômios” e, neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (TENORIO, 2002).

Começa a ganhar forma um novo modelo de atenção à saúde mental, com a fundação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo, em março de 1987, nomeado CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira. Em 1989, o deputado Paulo Delgado propôs um projeto de lei para regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais e promover a extinção progressiva dos manicômios. Nesse mesmo período, são implantados no município de Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), o que passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.

É na década de 90, quando o Brasil firma compromisso através da assinatura na Declaração de Caracas e com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que as primeiras normativas federais passam a regulamentar e a implementar à disposição desses serviços, nesse momento gerando as bases de experiências dos primeiros CAPs e NAPs.

Apesar das novas normatizações do Ministério da Saúde em 1992 ainda se enfrentavam impasses, pois não havia financiamento direcionado a esses novos serviços de atenção à saúde mental, tampouco uma política consistente que desse conta de uma de classificação e fiscalização dos hospitais psiquiátricos – o que conseqüentemente gerava um progressivo aumento de internos nessas instituições. Ao final deste período haviam em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde seguiam destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Em 6 de abril de 2001, foi sancionada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Federal 10.216. A lei trouxe mudanças significativas ao redirecionar a assistência em saúde mental para serviços comunitários e garantir direitos às pessoas que necessitavam deste serviço. Apesar de ser uma alavanca para a Reforma Psiquiátrica no Brasil,

promovendo maior visibilidade e apoio à política de saúde mental do governo federal, os impasses seguiam, pois, a lei não estabeleceu mecanismos bem definidos para a extinção gradual dos manicômios.

Em resposta à lei, o Ministério da Saúde estabeleceu linhas de financiamento específicas para serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e implementou novos mecanismos para a fiscalização e gestão dos leitos psiquiátricos. Esse período foi marcado por uma expansão significativa da rede de atenção diária à saúde mental, alcançando regiões onde a assistência comunitária era quase inexistente.

O processo de desinstitucionalização teve peso significativo com o lançamento do Programa “De Volta para Casa”, que previa esse retorno de pessoas há muito tempo internadas. O desenvolvimento de uma política de recursos humanos para a reforma e a incorporação de estratégias de redução de danos no tratamento de álcool e outras drogas também foram marcos importantes. (BRASIL, 2005)

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

Abib (2010) reitera que este movimento busca promover profundas transformações no modelo de atenção à saúde mental, com foco em um atendimento mais humanizado, que não se concentre exclusivamente em hospitais psiquiátricos (manicômios). As mudanças propostas estão fundamentadas em projetos terapêuticos que priorizam a inclusão social e formas de vida mais dignas, proporcionando às pessoas em sofrimento psíquico a oportunidade de ressignificar suas vidas por meio do convívio social.

O movimento da Reforma Psiquiátrica caracterizou-se de um lado pela construção de uma rede de atenção à saúde mental que pudesse substituir o modelo centrado na internação hospitalar e, por outro lado, um processo progressivo de reduzir as internações existentes, através de medidas de fiscalização e financiamento de programas e serviços através dos CAPS. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. Em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial foi realizado em São Paulo, reunindo cerca de dois mil trabalhadores e usuários de CAPS, simbolizando o crescente reconhecimento e mobilização no campo da saúde mental (BRASIL, 2005).

3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): CAPS-HCPA

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde mental abertos e comunitários destinados a atender pessoas com sofrimento psíquico ou transtornos mentais. Tendo como principal objetivo ofertar atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

O Centro de Atenção Psicossocial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CAPS-HCPA) é um serviço componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), especializado no tratamento de pessoas que sofrem de transtornos mentais graves, cuja severidade justifique sua permanência em um ambiente de cuidado intensivo, comunitário e personalizado. A equipe assistencial do CAPS conta com profissionais das áreas de Psiquiatria, Enfermagem, Educação Física, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Educação e Psicologia, com formação e prática para a Residência Médica em Psiquiatria, Residência Multiprofissional e acadêmicos das áreas de Educação Física, Terapia Ocupacional, Pedagogia, Enfermagem, Serviço Social e Psicologia. As atividades foram iniciadas no ano de 2000, mas somente foi credenciado junto ao Ministério da Saúde em 2002 (CAPS-HCPA, 2011), após a criação da Lei Federal 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais como já explanado anteriormente.

Os CAPS são classificados conforme o porte e a capacidade de atendimento, esses organizam-se em cinco tipos: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. O CAPS-HCPA é constituído no modelo CAPS II, o qual serve municípios com mais de 50.000 habitantes, representando aproximadamente 10% dos municípios e cobrindo cerca de 65% da população brasileira. O CAPS II é voltado para adultos com transtornos mentais severos e persistentes, conta com uma equipe mínima de 12 profissionais, abre suas portas durante os cinco dias úteis da semana e apresenta capacidade para acompanhar cerca de 360 pessoas por mês (BRASIL, 2004)

O CAPS-HCPA conta com a seguinte estrutura própria: refeitório; salas multiuso; banheiros; vestiários; posto de enfermagem; consultórios e sala de

convivência dos usuários, indo ao encontro das diretrizes que o Manual de saúde mental (2004) traz como requisitos estruturais básicos de um CAPS.

Localizado em Porto Alegre na Rua São Manoel, 285, no bairro Rio Branco, a instituição funciona das 8h às 17h. O acesso ao serviço é feito por meio de encaminhamentos das unidades de saúde, internações hospitalares e emergências em saúde mental, utilizando o sistema de regulação de consultas do SUS. As regiões atendidas de Porto Alegre incluem as zonas Leste, Nordeste, Lomba do Pinheiro e Partenon, além de usuários com encaminhamentos fora da área atendida. A organização territorial interna do CAPS é dividida em três microrregiões: Partenon, Leste e Nordeste, Lomba do Pinheiro e fora da região.

Uma vez realizado o encaminhamento do usuário para o serviço, será realizada a acolhida do indivíduo no CAPS, sendo traçado um projeto terapêutico individual para o mesmo. No momento em que é elaborado esse projeto terapêutico individual, são propostas atividades específicas para ajudar o usuário em seu tratamento. As atividades podem ser desenvolvidas por meio de atendimentos individuais ou em grupos, oficinas terapêuticas, atividades dentro e fora do CAPS, entre outras. Essas atividades devem levar em conta o plano terapêutico do CAPS, assim como levar “em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais dos CAPS” (BRASIL, 2004, p.16).

O plano de atendimento do CAPS-HCPA conta com o plano I que se destina ao atendimento nos seis primeiros meses com o objetivo de resgatar hábitos de socialização, autocuidado, conhecimento sobre a doença e desenvolvimento de habilidades cognitivas. Já o plano II se destina a preparação para o trabalho e o convívio social, não necessitando serem realizadas dentro do CAPS (CAPS-HCPA, 2011).

O manual do CAPS (2004) enumera as atividades terapêuticas que podem ser oferecidas pelo CAPS, destaca-se para a educação física, o atendimento em grupo.

Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal (CAPS, 2004, p.17)

Wachs (2008) destaca que a oficina pode, então, constituir-se como uma interessante estratégia de ressocialização comunitária quando trabalhada com práticas comuns à cultura corporal da comunidade na qual o usuário faz parte.

3.1 EDUCAÇÃO FÍSICA E CAPS

As oficinas terapêuticas são um dos elos para que educação física desempenhe seu papel nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), contribuindo de forma decisiva para o cuidado integral dos usuários por meio de uma abordagem que valoriza a diversidade de atividades terapêuticas e a integração de uma equipe multiprofissional. A partir da perspectiva de Tenório (2002), a formação de uma equipe diversificada e a oferta de múltiplas atividades são essenciais para proporcionar ao paciente uma variedade de opções tanto em termos de vínculos interpessoais quanto de tipos de atividades, favorecendo a individualização do cuidado.

No CAPS, a função do profissional de educação física transcende a mera condução de práticas corporais tradicionais como dança, ginástica e esportes. Wachs (2008) destaca que esse profissional deve integrar uma equipe multidisciplinar em saúde mental, contribuindo para o cuidado específico dos usuários. A educação física deve ser adaptada às necessidades da população atendida e ao território onde o CAPS está inserido, sem seguir uma abordagem rígida ou pré-determinada, contudo orientada pela fluidez e pelas demandas emergentes dos usuários, dos profissionais e do serviço.

Dentro do CAPS-HCPA foi possível observar uma rotina semanal de diferentes oficinas terapêuticas, que seguem um padrão já estabelecido e buscam estudar e compreender aquela realidade. Identifiquei, através de outros trabalhos no mesmo local, a existência desse padrão dentro do serviço de ofertas de oficinas

A atividade de esportes, que antes acontecia quinzenalmente, parece que se multiplicou, pois, durante meu acompanhamento, aconteciam, com frequência semanal, a oficina de tênis, a oficina de voleibol e a oficina de futebol (WACHS, 2008, p. 88).

ABIB (2010) enfatiza ainda no seu trabalho um relato sobre a oficina de futebol no ano de 2010, com os moldes muito similares ao que vivenciei. KUHN (2012) traz em seu trabalho referências à oficina de voleibol no mesmo CAPS.

Embora essas oficinas apresentassem uma rotina estável, contrapondo a fluidez que se espera de terapias ajustáveis às necessidades dos usuários, é importante analisar o contexto de como essas práticas vinham sendo abordadas, ou seja, uma mesma prática com diferentes abordagens ao longo dos anos, assegurando que a Educação Física fosse eficaz e relevante, sabendo identificar as características e demandas de uma área ou população específica.

A rotina das oficinas, as quais auxiliei ou ministrei os encontros, se resumiam da seguinte forma:

Segunda-feira, acontecia a oficina de vôlei no Parque da Redenção, das 10h às 11h, com a participação de 10 a 12 usuários, com idades entre 20 e 49 anos. Essa oficina, iniciada em 2008 através do projeto "Esporte Cidadão", visava estimular os usuários a incorporarem essa prática em suas comunidades. Em dias de chuva a oficina era adaptada e realizada no CAPS, com foco no vôlei era uma prática que se alinhava ao trabalho descrito por Kuhn (2012).

A terça-feira era dedicada à caminhada orientada, uma oficina que começava às 8h30min, antes do café da manhã, e contava com 3 a 6 usuários, geralmente em processo de alta ou há muito tempo no CAPS. O objetivo dessa atividade era explorar e integrar os usuários aos territórios circundantes, promovendo um sentido de pertencimento, conforme discutido por Tenório (2002). Em dias de chuva, a oficina também era adaptada no CAPS, com atividades focadas em treinamento de força.

Na quinta-feira, além da reunião geral do CAPS, que acontecia das 8h às 9h30min e tratava de novos casos e planos terapêuticos, havia a oficina de tênis no Parque Tenístico José Montauray. Ministrada pelo professor Rogério, a oficina contava com a participação de 4 a 8 usuários e era uma oportunidade para desenvolver destreza motora, culminando sempre em um jogo ao final da aula.

Sexta-feira era o dia mais aguardado pelos usuários, com a oficina de futebol nas quadras da Associação dos Servidores do Hospital de Clínicas (ASHCLIN), das 10h às 11h. Essa oficina, detalhadamente relatada por Abid (2010), envolvia de 10 a 12 usuários e, assim como em outras oficinas, os momentos de deslocamento eram usados para escuta, questionamento e acolhimento, fortalecendo ainda mais os vínculos entre os participantes.

Podemos observar com esse resumo que as oficinas promoviam a socialização, com jogos e esportes, sendo também um aspecto central do trabalho da educação física no CAPS. Esses momentos de interação social são essenciais para o desenvolvimento de habilidades interpessoais e para a reconstrução de redes de apoio, contribuindo de forma significativa para a reabilitação psicossocial dos usuários (Carvalho & Lima, 2020).

A inclusão da educação física no CAPS está, portanto, em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, que visam a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade, promovendo a reintegração social dos indivíduos (Brasil, 2001). A prática de atividades físicas dentro desse contexto não apenas auxilia na recuperação dos usuários, mas também na manutenção de sua saúde mental a longo prazo ao fomentar a autonomia e a participação ativa na sociedade.

A educação física do CAPS-HCPA está inserida no Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional (SEFTO). Esse setor é de responsabilidade do Hospital de Clínicas e oferta para outras alas do hospital atividades voltadas para educação física e terapia ocupacional. A equipe do SEFTO dentro do CAPS-HCPA era formada por dois estagiários de educação física, duas estagiárias de pedagogia, um residente de educação física e duas supervisoras, uma professora de educação física e uma terapeuta ocupacional. O principal trabalho como estagiário era planejar, ministrar e auxiliar nas oficinas terapêuticas oferecidas aos usuários.

3.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O presente relato contempla o percurso crítico que realizei durante minha vivência no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Esta experiência foi marcada por angústias, descobertas e pela expansão de novos horizontes; reflete a complexidade e a profundidade do processo formativo em educação física com foco na saúde mental, desencadeando um olhar crítico à minha própria formação.

O meu estágio em educação física dentro do CAPS-HCPA iniciou no dia 4 de outubro de 2022 e se manteve até o dia 4 de abril de 2023, com uma rotina de segunda a sexta das 8h às 12h, completando uma carga horária semanal de 20h. Portanto todo esse relato de experiência é baseado dentro desses seis meses.

Meu primeiro conhecimento sobre educação física e CAPS foi através de um colega de faculdade que estagiava onde posteriormente eu viria a estagiar, o CAPS-HCPA, uma aproximação superficial sobre o serviço, suas funções, algo que me despertou interesse de conhecer. Dentro do curso de Educação Física Licenciatura havia cursado algumas disciplinas voltadas para a saúde pública, mas nenhuma delas abordara o serviço do CAPS. Somente me deparei com uma disciplina no currículo de Bacharelado, portanto após minha passagem pelo CAPS. Conforme Machado (2007) a educação física é uma das áreas da saúde na qual pouco se discute o SUS, promovendo uma lacuna na formação dos alunos e sem possibilitar outras oportunidades de conhecimento e experiências.

Em meu primeiro dia no CAPS-HCPA, enquanto ainda observava e me familiarizava com o novo ambiente de trabalho, lidando com a sensação de estranhamento por estar em um novo local, com novos colegas e em uma nova área de atuação, comecei a fazer um reconhecimento visual do espaço. Fui então abordado pela residente de Educação Física em saúde mental, ela acabara de retornar de uma oficina externa – a caminhada. Enquanto conversávamos a residente me pediu para observar o preenchimento dos prontuários dos usuários que haviam participado da atividade, as primeiras instruções e ensinamentos foram transmitidos naquele momento, de maneira verbal e informal. Então percebi o quanto o aprendizado neste ambiente muitas vezes se manifesta através das experiências cotidianas e das

interações entre todos os indivíduos (profissionais e usuários) presentes naquele espaço, não necessariamente de uma forma teórica, hierarquizada e acadêmica.

Inicialmente, eu tinha uma visão limitada sobre prontuários, associando-os exclusivamente à medicina e ao ambiente hospitalar. Nunca imaginei que, na área da Educação Física, seria necessário preencher esse tipo de documento e que faria parte da rotina de trabalho. Essa percepção demonstrava a falta de entendimento que eu tinha sobre o serviço, o papel da Educação Física dentro do CAPS e o caminho de novas descobertas que estavam por vir.

Aos poucos percebi que os prontuários constituíam mais uma possibilidade de comunicação. Os prontuários podem ser um importante instrumento à compreensão do usuário, pois transcendem uma descrição estritamente médica, é um instrumento interdisciplinar. E justamente diante da sobrecarga de trabalho, o prontuário, mesmo dentro dos seus limites, torna-se uma fonte de informação e comunicação importante, permitindo olhar o usuário por outros pontos de vista. Assim, reforçando a ideia de que o CAPS é um trabalho multidisciplinar e integral.

Os limites os quais o prontuário pode apresentar são também um reflexo da sobrecarga de trabalho, pois preencher um prontuário requer tempo e dedicação, não é apenas descrever um fato para ali constar o atendimento feito; construir um relato objetivo e de qualidade que possa ser compreendido pela equipe, que possibilite, na ausência de uma comunicação verbal e presencial, ao prontuário ser de fato um instrumento qualitativo.

O prontuário foi um dos instrumentos que inicialmente me gerou estranhamento, assim como a sensação de ver a profissão distante da parte integrante da equipe de cuidado em saúde mental, tampouco compreendia o papel do terapeuta (professor de educação física) em promover a saúde utilizando a Educação Física como ferramenta para esse fim. Tais estranhamentos me tornavam um participante distante, contudo que ansiava por encontrar reconhecimento daquele local.

Cabe ressaltar que no início do meu estágio as interações mais críticas e aprofundadas com as supervisoras foram prejudicadas devido à elevada demanda de trabalho enfrentada por todo o serviço. Diante dessa situação, e em referência da situação acima exposta, busquei apoio junto aos meus colegas no dia a dia do fazer profissional para ter uma melhor compreensão do funcionamento daquele espaço. Ao

longo do estágio, essa troca com a equipe se fez de suma importância para uma melhor circulação de informações, contribuindo na promoção de uma aprendizagem mais eficaz. Meus colegas incluíam um estagiário que ingressou no serviço ao mesmo tempo que eu e uma residente que se tornou minha referência dentro do CAPS.

Após o primeiro contato com os prontuários, dediquei-me a observar as oficinas terapêuticas realizadas pela manhã: o vôlei, a caminhada, o tênis e o futebol. Minha observação foi guiada pela sensibilidade e pela participação ativa. Presenciei todas as oficinas, interagindo com os usuários com o objetivo de estabelecer um vínculo e entender quais abordagens interpessoais seriam mais eficazes para o sucesso das oficinas que eu conduziria.

Durante o período de observação, as oficinas foram conduzidas pelas supervisoras de Terapia Ocupacional e Educação Física. Em condições normais, as práticas eram realizadas pelos estagiários, no entanto, com a chegada de novos estagiários, as supervisoras assumiram a liderança das atividades. Esse ajuste revelou-se significativo, uma vez que as supervisoras estavam habituadas a outras práticas voltadas para a articulação estratégica do serviço e não possuíam a experiência habitual de ministrar as oficinas. Apesar de sua presença constante como observadoras, a responsabilidade pelo planejamento e pela condução das oficinas estava a cargo dos estagiários e dos residentes em Educação Física.

Fui vivenciando e observando a rotina diária no CAPS-HCPA que se iniciava com um acolhimento matinal dos usuários nos espaços de convivência, caracterizado por atividades informais como conversas, jogos, música e TV. A construção de relações sociais permeiam muitos aspectos culturais, políticos, econômicos, de valores que preparassem a construção histórica de cada sujeito; percebi que a criação de espaços de acolhimento são essenciais para a criação de vínculos entre usuários e estagiários. De acordo com Varela (2018), a importância da interação vai além das práticas corporais, incorporando momentos de cuidado e construção de vínculos, que são fundamentais para o trabalho em grupo e a dinâmica afetiva.

Outro aspecto importante deste momento inicial, foi a possibilidade de circular em todos os espaços. Segundo Gudolle, Antonello, Flach (2012), durante o estágio inicial do aprendizado, é importante que os principiantes interajam de forma periférica legitimada. Isso significa que deve haver amplo acesso aos locais onde as práticas

ocorrem, entretanto, vale lembrar, é necessário que as exigências sejam reduzidas nessa fase inicial. Garantir esse proceder num primeiro momento se faz essencial, em especial ao estagiário, que assim como eu, adentra em um local completamente novo, o oposto dos espaços que hegemonicamente se está habituado a atuar. Me inserir nesse espaço foi, ao mesmo tempo, confrontar toda bagagem que estava carregando até o momento e desbravar a possibilidade de posicionar meu olhar para outro ponto de vista, de acessar e produzir novos conhecimentos.

Hoje entendo que essa postura de observação e de circulação nos espaços abertos de atendimento foram fundamentais para meu o amadurecimento, proporcionando uma aprendizagem participativa e um desenvolvimento de integral dos conhecimentos. Não apenas se engaja em atividades específicas profissionais e acadêmicas como se integra às comunidades. Esse processo resulta através da participação ativa no reconhecimento como membro da comunidade. (GUDOLLE, ANTONELLO, FLACH, 2012).

Após conhecer as oficinas me deparei com outro confronto: as minhas ideias iniciais sobre a Educação Física e o novo espaço que estava a vivenciar. Buscava legitimar minha prática atrelada a um modelo científico biomédico.

As observações geraram estranhamento em relação às práticas de vôlei, futebol e caminhada, uma vez que não as identificava como Educação Física, mas sim como atividades recreativas em um primeiro momento sem intencionalidade. Conforme destacado por Watchs (2008), recreação como processo de atividades espontâneas, prazerosas e criadora. Nesse sentido, cito um trecho do trabalho de Kuhn (2012, p.25), onde um paciente comenta com outro: "parece brincadeira, mas não é". Compreendo esse estranhamento estar atrelado a não apropriação da luta antimanicomial e não entendimento dos serviços de saúde mental como um todo. Intervir em um serviço comunitário de saúde não significa, nem garante que, por consequência, o modelo manicomial seja rompido. (WACHS, 2007)

Portanto não é apenas estar no CAPS, é necessário estruturar um período inicial dedicado à realização de observações e monitoramentos de diversos grupos terapêuticos, bem como de outras atividades que compõem a rotina do CAPS, permitindo uma compreensão das especificidades e dos princípios que orientam o trabalho em saúde mental.

Após a realização das observações, fui designado para a coordenação de duas oficinas terapêuticas: vôlei e caminhada. Minhas responsabilidades incluíam o planejamento das atividades para essas oficinas, o cuidado com os materiais utilizados e o preenchimento dos prontuários correspondentes. Para elaborar o planejamento baseei-me nas atividades previamente realizadas e documentadas, nas observações feitas durante as aulas e na minha experiência pessoal. O resultado foi um planejamento voltado para o aprimoramento técnico e para o desenvolvimento do gesto motor, com ênfase na melhora cardiorrespiratória. O que não deixa de estar legitimado pela literatura, um discurso atrelado a postura biomédica em que se pode melhorar a saúde mental por questões fisiológicas, tendo a atividade física o papel de remédio. A eficácia das aulas e o progresso dos alunos foram avaliados com base nesses parâmetros físicos. Lidar com o sofrimento psíquico dos usuários me demonstrava ser um limitador, principalmente no início, quando deparado com uma realidade com a qual não estava acostumado e que não foi apresentada durante a formação. Machado (2007) reforça a revisão das grades curriculares dentro do processo de formação de professor de educação física, colocando em pauta a necessidade de discussão sobre saúde coletiva.

Durante algumas semanas, as oficinas sob minha responsabilidade foram conduzidas de maneira sequencial e isolada. Portanto as aulas de vôlei eram exercícios de saque, ataque, rotação e jogo, as interações ao entorno da atividade não me interessavam, a caminhada era a saída e a chegada a um ponto determinado pelo tempo e pela distância. Focado em cumprir as recomendações de realizar 30 minutos de atividade física, a relação com os locais onde passávamos não eram relevantes.

Após as intervenções iniciais, procedeu-se ao preenchimento individualizado dos prontuários. Nos meus registros, concentrei-me predominantemente na dimensão técnica e específica, como, por exemplo, nos aspectos técnicos do voleibol. Priorizei a avaliação da habilidade motora como critério principal para o sucesso da atividade de cada indivíduo, sem considerar o contexto ampliado no qual estava sendo inserido. Adicionalmente, classifiquei os usuários em dois grupos: aqueles que conseguiram realizar a atividade proposta e aqueles que não a conseguiram, empregando uma linguagem formal e técnica típica da área de Educação Física.

Observo que minha trajetória inicial esbarra no meu desconhecimento total sobre a reforma psiquiátrica, o CAPS, o trabalho multiprofissional, a integralidade do paciente, indo de forma contrária a todo embasamento teórico que trago nesse trabalho. Naquele momento não percebia o desalinhamento da minha prática com a concepção do serviço, meu entendimento era de benefício aos usuários com o proposto e legitimado pela ciência.

Nesse momento as reuniões de supervisão tem um papel preponderante no auxílio as atividades propostas, nossas reuniões estavam focadas no preenchimento dos prontuários, na definição das responsabilidades individuais e na elaboração de um planejamento abrangente das oficinas terapêuticas, com o objetivo de alinhar melhor essas atividades às diretrizes do CAPS. O planejamento e sistematização deveriam possuir intencionalidade pedagógica e trabalhar os conteúdos da cultura corporal do movimento, mostrando legitimar o papel de importância da educação física dentro do serviço.

Os planejamentos das oficinas terapêuticas estavam sendo construídos observando a comunidade e a constituição dela, o desenvolvimento de práticas que fizessem sentido para o usuário e que buscassem a autonomia do mesmo. As aulas de vôlei continuavam com saque, ataque, rotação e jogo, mas agora os exercícios eram voltados para como conseguiriam fazer isso em equipe, como se comunicariam, como resolveriam problemas e como assumiriam responsabilidades dentro daquele entorno da atividade. A caminhada tinha seus trajetos, mas agora intentava como os usuários se reconheceriam naquele ambiente? O que observariam ao longo desse trajeto? Era a intenção central naquele momento, entender as práticas como manifestações de diversos significados

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

Portanto, estávamos em um estágio inicial de compreensão de que a eficácia da prática do professor de Educação Física depende diretamente de sua abordagem interventiva, e não apenas da implementação de programas de atividade física no serviço. Esse momento refletia o início do processo de aquisição de habilidades e da

demonstração de atitudes necessárias para garantir a legitimidade da nossa participação naquele local.

Essa nova concepção obtida a partir das reflexões propostas nas reuniões de supervisão tem alguns exemplos de ações e atividades práticas que nos ajudam a tornar mais palpável a visualização da Educação Física como ferramenta terapêutica.

Desde a minha chegada ao CAPS, notei um pedido recorrente dos alunos da oficina de futebol, da qual eu nem era o responsável, a realização de um "salchipão" e um campeonato que integrasse tanto os usuários do CAPS, quanto os profissionais.

Inicialmente minhas reflexões foram para uma ideia de organizarmos tudo e os usuários apenas participarem do campeonato, pensado especificamente no jogo e não contemplando o entorno logístico que seria organizar esse evento. Refletindo com a equipe sobre esse pedido e como poderia ser realizado, entendemos que colocar os usuários como protagonistas desse momento traria uma responsabilidade e engajamento com a atividade que seriam de grande valia para o tratamento. O professor de Educação Física deve se envolver no trabalho de acordo com as demandas

Devemos atuar de acordo com as demandas dos serviços de saúde mental do SUS, trabalhando de forma multi e interdisciplinar com os demais trabalhadores. Acolhimentos, escutas, visitas domiciliares, espaço de convivência, atividades de geração de renda, de cultura e circulação pela cidade, enfim, são várias as atividades desenvolvidas pelas equipes e que os professores e professoras de Educação Física devem também compartilhar dessas tarefas com os demais trabalhadores (ABIB, FERREIRA, 2010, p. 21).

Os usuários, então, seriam encarregados de promover o evento, convidar outros usuários e profissionais, arrecadar um valor simbólico para a compra dos refrigerantes para o "salchipão", enquanto o hospital se responsabilizaria pelo fornecimento do alimento.

Como equipe, assumimos a responsabilidade de produzir artesanalmente as medalhas, organizar a súmula do campeonato, realizar o sorteio dos times e cuidar da logística de materiais, uniformes e demais necessidades. Durante três semanas, nos dedicamos à organização, buscando envolver o maior número possível de participantes no campeonato. No dia do evento, contamos com 18 participantes, distribuídos em três equipes, cada uma com dois profissionais do CAPS. Além de

jogar, os usuários eram responsáveis pelas filmagens, arbitragem e preenchimento da súmula, assim participando de todo o processo.

O futebol foi utilizado como uma ferramenta para promover a socialização e o desenvolvimento de responsabilidades entre os participantes. O campeonato foi amplamente aceito pela comunidade, gerando um sentimento de pertencimento ao serviço, tanto por parte dos usuários quanto dos profissionais.

Conversando com o que Wachs (2007) traz em seu estudo sobre a ideia de como as práticas corporais estão ligadas à cultura de cada comunidade e possuem um caráter terapêutico

As práticas corporais são elementos constituintes de uma dada comunidade e constituídas por elas, de tal forma que se configuram como um potencial veículo de pertencimento. O desenvolvimento de práticas que façam sentido para o usuário pertencente de determinada comunidade se torna, dessa forma, importante instrumento terapêutico (WACHS, 2007, p. 95).

Uma passagem particularmente significativa durante o estágio foi a responsabilidade pela organização da oficina de caminhada, que teve início de uma forma mais voltada para o condicionamento físico e depois com o intuito de apropriação do território no qual fazíamos parte, uma atividade especialmente planejada com utilização de mapas para localização dos usuários – um exemplo interessante do que adquiri e me fez pertencer ao serviço.

Essa prática, embora simples, consistia em deslocar-se de um ponto a outro, utilizando referências cartográficas com áreas destacadas em vermelho para indicar os locais por onde não poderíamos passar. A atividade se revelou uma ferramenta valiosa para promover a autonomia dos usuários de serviços de saúde mental, evidenciando como é possível desenvolver práticas que ampliam essa autonomia. Minha intervenção durante a atividade foi mínima, limitando-se à explanação do objetivo proposto, o que permitiu aos participantes experimentarem a autonomia, inclusive no que se refere a cometer erros e buscar novas soluções, reforçando a percepção dos usuários como indivíduos capazes. Esse momento foi crucial para minha aprendizagem, pois me permitiu compreender a prática em sua totalidade, considerando suas múltiplas relações com a comunidade e com o mundo em geral

ser um profissional “novo” dentro do Caps (contratação não obrigatória, sem longa tradição no campo e sem tantos protocolos a serem seguidos) é que permita ao professor de educação física flutuar mais facilmente entre diferentes frentes de intervenção, transcender

os limites de sua formação de graduação. Talvez por isso ele possa encontrar pontos de fuga da lógica “cada um faz o seu”. Não que ele fuja do seu fazer, de sua especificidade, mas ele agrega valores a esse fazer em prol das demandas de cuidado (WACHS e FRAGA, 2009, p. 99).

A imersão no CAPS-HCPA me proporcionou a oportunidade de confrontar as concepções teóricas adquiridas ao longo da minha formação acadêmica com as realidades práticas da saúde mental. Esse confronto se revelou uma experiência transformadora, na medida em que fui desafiado a reconsiderar e aprofundar minhas percepções sobre o papel da Educação Física na promoção do bem-estar psicossocial.

Durante este processo, emergiram questionamentos fundamentais sobre as possibilidades e limitações das práticas de Educação Física no contexto da saúde mental. As angústias vivenciadas ao longo dessa trajetória, muitas vezes resultantes da necessidade de adaptar teorias à prática, contribuíram para um entendimento mais profundo e maduro da intersecção entre Educação Física e saúde mental. Essa experiência também foi um catalisador para a descoberta de novos horizontes, abrindo caminho para o desenvolvimento de práticas mais inclusivas e eficazes, alinhadas às necessidades e singularidades dos indivíduos atendidos no CAPS II.

Este percurso formativo, ao mesmo tempo desafiador e enriquecedor, possibilitou uma nova postura para com a Educação Física no campo da saúde mental. A partir das vivências e reflexões proporcionadas por essa experiência, emergiu uma compreensão mais integrada e crítica que contribuiu de forma significativa para a construção de uma prática profissional mais consciente e comprometida com a promoção da saúde.

4 REFLEXÃO

A Educação Física, enquanto campo acadêmico e prático, está em constante evolução, refletindo as transformações sociais, culturais e científicas que influenciam a compreensão do corpo, do movimento e da saúde. Historicamente, a Educação Física foi predominantemente orientada por uma perspectiva biomédica, focada na aptidão física, no desempenho atlético e na padronização dos corpos. Entretanto novas correntes teóricas começaram a emergir, propondo uma abordagem mais ampla e inclusiva que considera o bem-estar, a educação integral e a promoção da saúde como objetivos centrais. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) exemplifica um espaço onde esses novos modelos são evidenciados. Como observa Wachs (2008, p. 122), “a educação física do CAPS deve emergir a partir das necessidades daquele local e não deve ser imposta de maneira unilateral”. Portanto, as práticas não devem ser simplesmente transplantadas para o CAPS, sendo necessário um entendimento apropriado de tudo que compõe aquele ambiente.

Ao analisar as práticas realizadas, as oficinas terapêuticas ofertadas, foi possível perceber que as abordagens adotadas pelos profissionais de Educação Física determinam uma prática disruptiva ou uma prática hegemônica, ou seja, como o professor planeja e conduz as práticas. Segundo Wachs (2008, p. 114), “o professor de educação física assume a função de agente produtor de saúde no momento em que se constitui como agente integrador de redes sociais e culturais”. No CAPS-HCPA entende-se que a realização de oficinas “tradicionais” de vôlei, caminhada, futebol, entre outras, possui relevância significativa para os usuários do serviço. No entanto, é essencial que essas atividades sejam pensadas dentro do conceito de integralidade, não se limitando apenas à recomendação de práticas físicas relacionadas a benefícios fisiológicos.

Durante minha experiência profissional ficou evidente a necessidade de uma maior integração entre abordagens práticas e o ambiente universitário nos serviços de saúde coletiva, buscar novas possibilidades para os alunos diante de um embasamento teórico que melhore o aproveitamento de estágios curriculares e não curriculares como, por exemplo, no CAPS. Percebo que meu pensamento crítico foi aprimorado dentro do serviço, emergindo a partir das práticas alinhadas com a Reforma Psiquiátrica, a construção desse pensamento não se deu através da literatura, e sim pela prática e observação dos agentes locais e colegas de trabalho.

Quais seriam os benefícios para minha formação se eu já possuísse um embasamento teórico mais alinhado com os serviços de saúde?

Nesse contexto, Wachs (2008, p. 98) enfatiza que "a Educação Física deve ser compreendida como uma área multidisciplinar que dialoga tanto com a saúde quanto com a educação, promovendo uma formação que capacite o profissional a atuar em diferentes contextos". Essa visão aponta para a superação da dicotomia entre teoria e prática. A integração curricular entre conteúdos teóricos e práticos permite que os futuros profissionais desenvolvam competências essenciais para sua atuação, especificamente na saúde pública.

Um aspecto crucial dessa formação é o vínculo entre a universidade e a prática profissional, especialmente nos contextos de estágio. A atuação em ambientes como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) exemplifica a importância dessa conexão. No contexto dos CAPS, a Educação Física assume um papel inovador ao transcender as práticas tradicionais e se integrar ao projeto terapêutico. Conforme expresso no trabalho de Abib (2010, p. 36), "os CAPS representam um campo de atuação interdisciplinar onde o profissional de Educação Física deve adaptar suas práticas para integrar-se ao projeto terapêutico, indo além da prática física tradicional". Esse ambiente possibilita aos estudantes vivenciarem a aplicação de conceitos teóricos em um cenário real, complexo e desafiador, promovendo o desenvolvimento de uma prática profissional mais crítica e reflexiva.

No âmbito dos CAPS, a relação entre teoria e prática torna-se ainda mais evidente, uma vez que o profissional de Educação Física precisa lidar com situações que vão além da prática física, abrangendo aspectos de saúde mental, reintegração social e promoção da autonomia dos usuários. Wachs (2008, p. 117) destaca que "a prática de Educação Física no CAPS demanda uma reconfiguração das atividades, visando não apenas o desenvolvimento físico, mas a promoção de um cuidado integral". Isso implica em uma prática que, além de promover a saúde física, também contribui para a saúde mental e o bem-estar psicossocial dos usuários, integrando-se ao esforço mais amplo de desinstitucionalização e humanização dos cuidados em saúde mental.

Esse estudo reforça a relevância da inclusão de práticas de saúde mental na formação em Educação Física, promovendo um cuidado integral para as pessoas em

sofrimento psíquico. A integração entre universidade, CAPS e estágio emerge como uma estratégia potente para aproximar teoria e prática, preparando o estudante para os desafios do mundo real e para a construção de uma prática profissional comprometida com a transformação social, utilizando suas práticas como ferramentas para que isso aconteça.

5 CONCLUSÃO

Este estudo destacou a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) proporcionando uma aproximação da Educação Física no contexto da saúde mental, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Iniciada na década de 1970, essa Reforma promove a substituição do modelo manicomial por uma rede de cuidados fundamentada na cidadania e nos direitos humanos. Nesse novo paradigma, a Educação Física assume um papel crucial na promoção de práticas que valorizam o sujeito em sua totalidade, contribuindo para sua reabilitação psicossocial e para a ressignificação de suas vivências.

A experiência de estágio no CAPS, explorada ao longo deste trabalho, proporcionou uma compreensão sobre a prática do professor de Educação Física nesse contexto. A atuação desse profissional, inserido em uma equipe multidisciplinar, transcende a simples condução de atividades físicas, incorporando também o cuidado integral dos usuários por meio de práticas que promovem a saúde mental e a autonomia desse indivíduo. Dessa forma, o estágio no CAPS se revelou uma ferramenta formativa de grande valia, abrindo um horizonte sobre a atuação na saúde mental.

Finalmente, este estudo reafirma a relevância da Reforma Psiquiátrica e a necessidade de uma abordagem integrada e multidisciplinar no cuidado à saúde mental. O CAPS, com sua estrutura de acolhimento e cuidado contínuo, constitui um espaço onde práticas pedagógicas e terapêuticas se encontram, criando um ambiente propício para o desenvolvimento de intervenções que valorizam a integralidade do sujeito ali presente e seu contexto, promovendo uma saúde integral e cidadã.

REFERÊNCIAS

- ABIB, L.; FRAGA, A. B.; WACHS, F. **Práticas corporais em cena na saúde mental: potencialidades de uma oficina de futebol em um Centro de Atenção Psicossocial de Porto Alegre.** Pensar a Prática, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 1 - 15, maio/ago. 2010.
- BERTOLLI, Claudio Filho. **História da saúde pública no Brasil.** São Paulo: Ática, 2004.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS:saúde mental.** Brasília, DF, 548 p. (Série Textos Básicos de Saúde, v. 5). 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília, Ministério da Saúde, 2005
- BRAVO, Maria Inês Souza. *et. al.*, (org.). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.
- CAPS/HCPA. Centro de Atenção Psicossocial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Projeto Terapêutico.** Porto Alegre, 2011.
- CECCIM, R.B.; BILIBIO, L. F. **Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional.** In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Org.). Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 47-62.

- CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. Secretaria da Saúde. Rio Grande do Sul. **Legislação Federal e Estadual do SUS**. Porto Alegre, 2000.
- . Costa-Rosa A. **O modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. p. 141- 168, 2000.
- DIAS, Miriam Thais Guterres. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro**. Porto Alegre: PUCRS, 2007. Tese (Doutorado) - Programa de PósGraduação da Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- GUDOLLE, L; ANTONELLO, C; FLACH, L. **Aprendizagem situada, participação e legitimidade nas práticas de trabalho**. Rev. Adm. Mackenzie, v. 13, n. 1, p. 14-39, São Paulo, jan/fev 2012.
- GUIMARÃES, A. C.; PASCOAL, R. C. A.; CARVALHO, I. Z. DE; & ADÃO, K. DO S. **A inserção social através de práticas de educação física como medidas interventivas para pacientes psicóticos e neuróticos graves do CAPS de São João del-Rei/ MG - Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, 2012
- HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências**. Tradução de Maria Viviana V. Resende. 2. ed. Série Monitoramento e Avaliação. Brasília: Ministério do Meio Ambiente; 2006.
- KUHN, G. F. **A oficina de voleibol em um Centro de Atenção Psicossocial: a visão dos usuários**.. Monografia (Graduação em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- VARELA, S. H.; OLIVEIRA, B. N. de. **A alongamento? Dinâmica? Chama o Professor de Educação Física! Rediscutindo o Fazer da Categoria em um CAPS**. LICERE - Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 313–340, 2018.

MACHADO, O, D. **A educação física bate a porta: o Programa de Saúde da Família (PSF) e o acesso a saúde coletiva.** In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Org.). Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 99-112.

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

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

WACHS, F. **Educação Física e o campo da saúde mental: uma reflexão introdutória.** In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Org.). Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 87-98.