



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

CAMPUS DE SOBRAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DÉBORA BRAGA CHAVES GADELHA

**EDUCAÇÃO FÍSICA COMO ESTRATÉGIA PARA A INTEGRALIDADE NA
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

SOBRAL

2019

DÉBORA BRAGA CHAVES GADELHA

EDUCAÇÃO FÍSICA COMO ESTRATÉGIA PARA A INTEGRALIDADE NA
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof.^o Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio

SOBRAL

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

G12e Gadelha, Débora Braga Chaves.
EDUCAÇÃO FÍSICA COMO ESTRATÉGIA PARA A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL / Débora Braga Chaves Gadelha. – 2019.
98 f.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa
de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio.

1. Integralidade. 2. Educação física. 3. Atenção psicossocial. I. Título.

CDD 610

DÉBORA BRAGA CHAVES GADELHA

EDUCAÇÃO FÍSICA COMO ESTRATÉGIA PARA A INTEGRALIDADE NA
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof.^o Dr. Percy Antonio Galimberti Catanio

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^o Dr. Percy Antonio Galimberti Catanio (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^o Dr. Felipe Wachs
Universidade Federal de Goiás

A Deus, a Ele toda Glória.

Ao meu marido, William.

Aos meus filhos, Davi e Benjamim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela graça, pela inspiração, por clarear o caminho e me mostrar a direção.

Ao Prof.^o Dr. Percy Antonio Galimberti Catanio, por possibilitar a realização desta conquista através da sua orientação, por seu incentivo e compreensão.

Ao Prof.^o Dr. Felipe Wachs, pela sua grande contribuição que trouxe enriquecimento a esta pesquisa.

À Prof.^a Dra. Francisca Denise Silva do Nascimento, pela sua colaboração na banca examinadora da qualificação.

À Prof.^a Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira, por prontamente aceitar colaborar participando da banca examinadora.

Aos professores das disciplinas do programa pelos momentos de aprendizado em sala de aula.

Aos colegas da turma de mestrado pela cooperação e ajuda compartilhando informações e respondendo as dúvidas.

Ao meu marido William, pelo incentivo, compreensão e prontidão em ajudar.

Aos meus parentes, em especial minha sogra Fátima e minha mãe Valda, que muito me ajudaram cuidando dos meus filhos enquanto realizava a pesquisa.

“É necessário que Ele cresça e eu diminua.” (João 3:30)

RESUMO

A integralidade, como princípio norteador das práticas de saúde do SUS, deve estar embutida nas ações da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), dessa forma, é pertinente que o profissional de educação física atuante nos serviços de saúde mental busque ressignificar suas práticas através de uma visão que privilegie a integralidade do cuidado. Este estudo teve como objetivo geral compreender a educação física como estratégia para a integralidade na atenção psicossocial. Os objetivos específicos foram perceber a integralidade na construção da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM); compreender a inserção da educação física na RAPS; refletir sobre a participação do profissional de educação física na integralidade do cuidado em saúde mental e apontar caminhos para o fortalecimento da integralidade na atuação deste profissional no campo da saúde mental. A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa de análise documental e para a análise dos dados e discussão usou-se a técnica da análise de conteúdo. Os documentos consultados foram as portarias e resoluções datadas de janeiro de 2011 a junho de 2019 com acesso disponível na base de dados virtual SAUDE LEGIS, as quais fundamentam a PNSM a partir da institucionalização da RAPS. Durante a análise, foi possível perceber a existência de pontos favoráveis à integralidade como também pontos desfavoráveis. Quanto a inserção da educação física como estratégia de cuidado na RAPS, observamos a sua não obrigatoriedade e a possibilidade do uso de práticas corporais e atividades físicas no PTS. Através de pesquisas sobre experiências de inserção do profissional de educação física no CAPS, percebemos que a educação física tem se embasado no princípio da integralidade e nas diretrizes da reforma psiquiátrica para planejar sua intervenção configurando-se como uma importante estratégia de promoção e cuidado em saúde mental nos CAPS, todavia ainda há a necessidade de se investir em mudanças na composição da formação e na PNSM com vistas a contemplar, respectivamente, conhecimentos sobre a saúde mental e a garantia a inserção dos procedimentos do profissional de educação física nos aspectos da saúde mental.

Palavras-chave: Integralidade. Educação física. Atenção psicossocial

ABSTRACT

Comprehensiveness, as a guiding principle of SUS health practices, must be embedded in the actions of the Psychosocial Care Network (RAPS), so it is pertinent that the physical education professional working in mental health services seeks to reframe their practices through a vision that privileges the integrality of care. This study aimed to understand physical education as a strategy for comprehensive psychosocial care. The specific objectives were to understand the integrality in the construction of the National Mental Health Policy (PNSM); understand the insertion of physical education in the RAPS; reflect on the participation of physical education professionals in comprehensive mental health care and point out ways to strengthen integrality in the performance of this professional in the field of mental health. The methodology used was the qualitative research of documentary analysis and for the analysis of the data and discussion the content analysis technique was used. The documents consulted were the ordinances and resolutions dated from January 2011 to June 2019 with access available in the virtual database SAUDE LEGIS, which justify the PNSM from the institutionalization of RAPS. During the analysis, it was possible to perceive the existence of points in favor of integrality as well as unfavorable points. Regarding the insertion of physical education as a care strategy in the RAPS, we note that it is not mandatory and the possibility of using body practices and physical activities in the PTS. Through research on experiences of insertion of the physical education professional in the CAPS, we realized that physical education has been based on the principle of integrality and on the psychiatric reform guidelines to plan its intervention, configuring itself as an important health promotion and care strategy mental health in CAPS, however there is still a need to invest in changes in the composition of training and in PNSM in order to contemplate, respectively, knowledge about mental health and ensuring the insertion of physical education professional procedures in aspects of mental health .

Keywords: Comprehensiveness. Physical education. Support psychosocial.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Pontos favoráveis à integralidade na PNSM.....	52
Quadro 2 - Pontos desfavoráveis à integralidade na PNSM.....	60
Quadro 3 - Educação física nas políticas da RAPS.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APAC	Autorização de Procedimentos de Alto Custo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
ESF	Estratégia Saúde da Família
ICNSM	I Conferência Nacional de Saúde Mental
II CNSM	II Conferência Nacional de Saúde Mental
III CNSM	III Conferência Nacional de Saúde Mental
IV CNSM – I	IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorialidade
MLA	Movimento da Luta antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAAS	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAISM	Rede de Atenção Integral à Saúde Mental

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Transtorno Mental
VIII CNS	VIII Conferência Nacional de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	INTEGRALIDADE NA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL ...	19
2.1	Integralidade como dimensão política	19
2.2	Integralidade na reforma psiquiátrica e a construção da atenção psicossocial	26
2.3	Educação física na perspectiva da integralidade	38
3	EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	43
4	PERCURSO METODOLÓGICO	49
4.1	Considerações iniciais sobre o processo da pesquisa	49
4.2	A pesquisa	50
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5.1	Formulação de políticas em saúde mental e a garantia da integralidade	53
5.2	Produções de uma educação física estratégica para a atenção integral em saúde mental	77
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92

1 INTRODUÇÃO

O contato com a saúde mental ocorrido durante a graduação em educação física me proporcionou escolher este campo para atuação e pesquisa. Vale destacar que este contato se deu mediante estágio, pois não existia nenhuma disciplina voltada para qualquer área da saúde, mas devido a aproximação da professora ministrante desta disciplina com a saúde mental, o caminho foi aberto. Após formada, atuei por quase 7 anos como profissional de educação física em uma rede de atenção integral à saúde mental, neste período pude perceber o quanto os conhecimentos básicos sobre a atenção psicossocial e SUS são pertinentes e deveriam ser componente obrigatório nas diretrizes curriculares do curso de graduação em educação física. Minhas experiências acadêmicas nesta área, como já dito anteriormente, aconteceram mais por atividades extracurriculares e uma pequena parte através do estágio, vivenciei a prática, mas precisei buscar na pós-graduação a teoria para embasar minha participação no cuidado em saúde mental.

A partir da ingressão no programa de mestrado tive a oportunidade de passar do lugar de atuação profissional para a posição de pesquisadora no campo da saúde mental. Esta mudança possibilitou o surgimento de questionamentos e reflexões que motivaram o desenvolvimento desta pesquisa. Assim, buscou-se como objetivo geral compreender a educação física como estratégia para a integralidade na atenção psicossocial a partir da formulação da Política Nacional de Saúde Mental e de pesquisas sobre a experiência de inserção deste profissional na RAPS.

Os objetivos específicos foram perceber a integralidade na construção da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM); compreender a inserção da educação física na RAPS; refletir sobre a participação do profissional de educação física na integralidade do cuidado em saúde mental e apontar caminhos para o fortalecimento da integralidade na atuação deste profissional no campo da saúde mental.

Ao analisarmos o movimento da Reforma Psiquiátrica podemos perceber que a integralidade é um processo, como afirmam Oliveira e Cutolo (2018), “no âmbito da Saúde Coletiva, a integralidade compreende uma pluralidade de concepções, ações e atitudes, e sintetiza suas características principais.” (BUSS; PENNA, 2015 *apud* OLIVEIRA; CATULO, 2018, p. 151). Assim, quando falamos em atenção integral em saúde subentende-se que haja um enfoque especial nas ações

de promoção, prevenção e reabilitação para além das ações curativas, também é necessário que a organização das práticas e dos serviços relacionem as ações em saúde coletiva com a atenção individual de forma horizontal. (KELL, 1969 *apud* NASI *et al.*, 2009, p. 148)

A promoção da saúde, segundo Buss (2009, *apud* DIAS *et al.*, 2018) apresenta duas principais tendências de abordagens sendo uma com “enfoque comportamental, guiada pelos hábitos e estilos de vida e, outra, guiada pela concepção de qualidade de vida e pelos determinantes gerais das condições de vida e saúde da sociedade.”

Carnut (2017) refere que no SUS, a integralidade é um princípio-diretriz, pois tem uma interpretação filosófica e ao mesmo tempo se concretiza enquanto guia o processo de trabalho ampliando a visão dos profissionais para além da intervenção em questão. Neste mesmo sentido, Oliveira e Cutolo (2015) pressupõem a garantia do acesso às ações integradas, centradas no sujeito e não na doença.

Sobre esta compreensão da integralidade como uma forma de ver a saúde e por conseguinte a vida, é que surgem reflexões sobre como atuar enquanto profissional de saúde mental dentro da categoria educação física de forma pertinente para o processo de qualidade de vida das pessoas que sofrem em decorrência de transtornos mentais e das implicações que esta condição traz para sua vida, entendendo que uma intervenção sob a ótica da “cura” não atinge a amplitude da integralidade do cuidado.

Durante as leituras sobre saúde mental pude revisitar minhas concepções quanto a atuação neste campo e ressignificar as experiências da prática, pude perceber a integralidade na subjetividade embutida na escolha das atividades e na forma de conduzi-las, mas que no momento real das ações não a percebia de forma clara. Também foi possível perceber a dimensão política deste princípio na construção dos discursos nas relações com os colegas, nos ambientes de reunião, discussão de caso, assembleias e nas relações com os usuários e seus familiares.

Dessa forma, era necessário discorrer sobre a dimensão política da integralidade, a qual está presente em todos os processos, seja na forma de organizar a rotina de trabalho, na maneira como lida com os usuários e seus

familiares nos atendimentos, nas orientações e referenciamento, na construção da legitimidade do fazer do profissional de educação física na saúde mental e sua identidade enquanto também profissional de saúde mental.

A partir da pesquisa bibliográfica, pude encontrar fundamentação para minhas reflexões e questionamentos e, então, formular entendimentos sobre as experiências que a prática neste campo refletia em minha identificação enquanto profissional de educação física na/da saúde mental. Assim, esta pesquisa vem ao encontro dos meus anseios e necessidades profissionais, quanto a construção de um saber para fundamentar e direcionar minha atuação, bem como tem valor para as necessidades dos usuários da saúde mental que se envolvem com as práticas da educação física.

Conforme estudos (OLIVEIRA & CUTOLO, 2018; MATTOS, 2009) a integralidade tem relação com as necessidades de saúde da população. Um estudo realizado por Palhoni (2018), apontou o cuidado pessoal referente a alimentação e atividade física como necessidades em saúde, também o desejo de manutenção da saúde ou alterações orgânicas no corpo aparecem como “demandas de cuidado” que constituem parte das necessidades em saúde, as quais motivam a busca dos usuários por atendimento nas Unidades Básicas de Saúde.

Mattos (2009) trabalha os sentidos da integralidade dentro da perspectiva polissêmica de “imagem-objetivo”, assim, trazendo para o contexto da luta do movimento sanitário, na prática da saúde coletiva, a partir da reflexão sobre seus usos, o autor identifica que a integralidade se faz em três aspectos: nas atitudes individuais dos profissionais, na organização do trabalho nos serviços e nas políticas públicas de saúde.

Ressaltamos que, para este estudo, nos voltamos à integralidade no aspecto das políticas, em especial às relacionadas à atenção psicossocial. Entendemos que não é possível isolar um dos aspectos da integralidade, pois eles estão intrinsecamente interligados.

As mudanças reivindicadas pela Reforma Psiquiátrica, corroboram para o uso da integralidade no cuidado aos usuários com transtornos mentais, quando propõe um modelo de atenção que busca atender as necessidades de saúde nas

dimensões sociais e familiares, criticando uma abordagem centrada na doença mental (LUZIO & YASUI, 2010; NASI *et al.*, 2009; ALVES, 2009).

É neste sentido que a atenção psicossocial tem se construído, com a possibilidade de diversificação das estratégias de cuidado, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a desinstitucionalização e a reinserção social, na qual a educação física passa a ser uma opção para a composição das equipes de saúde mental. (BRASIL, 2011)

Ao observarmos experiências de inserção de profissionais de educação física no CAPS (WACHS, 2008; ABIB *et al.*, 2010; FURTADO *et al.* 2015; MACHADO, 2015, FURTADO *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2017, FERREIRA *et al.*, 2017; FURTADO *et al.*, 2018), podemos perceber que suas intervenções se baseiam no contexto da saúde mental e nas necessidades dos usuários.

Todavia, aplicar a integralidade na prática dos serviços de saúde mental é um desafio que começa desde a graduação, pois a própria organização das disciplinas se apresenta de forma fragmentada e com conhecimentos descontextualizados, esta situação traz limitações para atuação do futuro profissional (OLIVEIRA; CUTOLO, 2015). Dessa forma, os autores entendem que é fundamental a criação de “espaços de interlocução entre os diversos cursos da saúde e demais áreas, a fim de propiciar experiências práticas interdisciplinares e não somente discursivas como produção de integralidade” (OLIVERA & CUTOLO, 2015, p. 214).

A pesquisa apresenta reflexões à cerca da integralidade para a educação física na atenção psicossocial, originadas a partir de uma análise documental sobre as portarias e resoluções formuladas desde a criação da RAPS, em 2011, até os dias atuais. Foram encontrados nos textos da PNSM pontos favoráveis à integralidade e também pontos desfavoráveis. Quanto a educação física, sua inserção na RAPS tem acontecido de maneira inusitada a partir do esforço dos profissionais de educação física em buscar desenvolver ações na perspectiva da integralidade, todavia, são necessários avanços na PNSM para a garantia da presença deste profissional na composição das equipes de saúde mental e também na formação da graduação para a contemplação de conhecimentos referentes a saúde mental.

O texto dissertativo apresenta uma fundamentação teórica sobre a integralidade enquanto dimensão política, sua influencia no processo da Reforma Psiquiátrica e na construção do saber da educação física para a Saúde Coletiva. Também traz referências sobre a inserção do profissional de educação física nos serviços de saúde mental. A discussão levantada nesta pesquisa busca responder a seguinte pergunta: **Como a educação física pode contribuir para a integralidade do cuidado em saúde mental na RAPS?**

2 INTEGRALIDADE NA POLÍTICA DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

2.1 Integralidade como dimensão política

Ao abordarmos a integralidade, é importante entendermos a sua polissemia como refere Mattos (2009). Em seu estudo, o autor faz uma reflexão sobre os sentidos atribuídos ao termo integralidade e as políticas e ações relacionadas a ela, defendendo que além de ser uma diretriz do SUS é também uma “bandeira de luta”, ou seja, um conjunto de valores relacionados a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária. Neste sentido, Oliveira e Cutolo (2018, p. 149) contribuem com a discussão referindo que a integralidade vem “em busca da liberdade de escolhas garantida pela equidade, da corresponsabilização e da vivência do direito, que sai do escopo teórico da Constituição para a prática, fomentada pela reforma sanitária brasileira.”

No contexto histórico internacional, os movimentos Medicina Integral e Medicina Preventiva foram a base para a ideia de integralidade. No Brasil, o seu sentido veio a emergir na VIII Conferência Nacional de Saúde, embora não tenha sido mencionada desta maneira, mas como “integralização das ações” para a superação da dicotomia “preventivo-curativo”, também vemos na Constituição Federal a menção de “atendimento integral” priorizando as ações preventivas sem prejudicar as assistenciais (OLIVEIRA & CUTOLO, 2018; BRASIL, 1986; BRASIL, 1988).

Até aqui, podemos perceber que a integralidade em saúde compreende cuidados preventivos e assistenciais, entendendo-a, assim, como uma visão amplificada de saúde-doença como um processo que envolve fatores protetivos e adoecedores, onde requer-se intervenções não apenas nas necessidades agudas, mas no conjunto de condicionantes deste processo.

A Medicina Integral criticava o currículo das escolas médicas nos Estados Unidos que seguiam o modelo de ensino flexneriano, o qual priorizava o conhecimento das especialidades médicas ressaltando aspectos biológicos em detrimento dos psicológicos e sociais, levando a práticas reducionistas e fragmentárias, privilegiando o hospital e o laboratório como espaços de

aprendizagem, assim, a medicina integral propõe, a partir de sua crítica, reformas curriculares entendendo a integralidade como atitudes de “boa prática médica”. (MATTOS, 2009)

No Brasil, a Medicina Preventiva configurou-se como resistência ao regime militar e como um dos berços do movimento sanitário na década de 70, ao mesmo passo em que nascia a Saúde Coletiva, esta, surge como um campo de conhecimento que critica a saúde pública tradicional e a proposta dos Estados Unidos sobre medicina preventiva, a partir de contribuições de um outro movimento sendo ele a medicina social, destacamos sua premissa de considerar as práticas de saúde como práticas sociais. (MATTOS, 2009)

A Saúde Coletiva amplia a discussão da Medicina Integral, pois não atribui a prática fragmentária do profissional médico apenas às escolas médicas, mas também são resultado de relações no campo do trabalho e nas articulações entre as instituições (Estado, serviços de saúde e indústrias da área) (MATTOS, 2009), ou seja, a reforma curricular isolada não daria conta de garantir a integralidade na saúde.

Oliveira & Cutolo (2018, p. 148) entendem que o sentido do termo integralidade na saúde coletiva não corresponde ao sentido de “totalidade”, pois seria inatingível compreender a totalidade de uma pessoa, e também não é a soma das partes de um todo, pois assim implicaria na fragmentação das ações. Na tentativa de um sentido mais adequado, os autores mencionam uma expressão da língua inglesa “*comprehensiveness care*” que traduzindo significa “habilidade de compreender um amplo aspecto de determinado objeto”. É válido dizer que nesta expressão falamos sobre um dos seus múltiplos sentidos, pois os autores referem que “Integralidade não se define, não se conceitua; ela tem sentidos, sentidos múltiplos.”

Conforme mencionado sobre sua polissemia, um estudo realizado com formandos da área da saúde sobre suas percepções referentes a integralidade evidenciou que dentre nove sentidos apresentados pelos participantes, dois foram atribuídos a visão biopsicossocial e holística (OLIVEIRA; CUTOLO, 2015) as quais se opõem à visão cartesiana reducionista que influenciou as ciências e principalmente a saúde.

[...] na perspectiva da integralidade, considera-se a saúde como o resultado de aspectos múltiplos da vida de um indivíduo, que não pode ser reduzido a meras díades conceituais, ou mesmo, de relação causa-efeito. Esta ideia se fundamenta no fato de que, a partir da integralidade, quando falamos de saúde, ela nunca estará alienada da complexidade da vida de sujeitos e de suas contingências. (OLIVEIRA; CUTOLO, 2018, p. 151)

Ao olhar dos núcleos profissionais para as necessidades do usuário de forma fragmentada, “mesmo que se somem todos os olhares envolvidos, eles não darão conta do vazamento que as lógicas que habitam a produção do cuidado contêm”, fato este que confirma a expressão da integralidade nas relações cooperativas, de preferência interdisciplinares, entendendo que esta não é sinônimo de multidisciplinar, nem de pluridisciplinar e que a interdisciplinaridade pressupõe aumento da resolubilidade, da eficiência dos serviços e ainda produz conhecimento entre os pares do trabalho em equipe, pois “distintos saberes contribuem para uma ação conjunta na área da saúde” (OLIVEIRA; CUTOLO, 2018, p. 150)

Em seu sentido primordial, conforme Oliveira e Cutolo (2018), integralidade constitui um olhar para as necessidades apresentadas pelo sujeito buscando entendê-las e chegar a uma conclusão sobre seus aportes. Eles explicam que este sentido corresponde ao reconhecimento das necessidades, todavia, se engendra um outro sentido que corresponde as respostas dadas a elas. Tais sentidos, estão atrelados a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

Um outro sentido apontado por Oliveira e Cutolo (2018, p. 150) é o do cuidado humanizado que surge como resposta a superação da fragmentação das atitudes e ações em saúde, e corresponde a ter empatia pelo sujeito e “reconhecê-lo em sua dimensão biográfica, ética, familiar e social”. É válido ressaltar que os mesmos consideram que a humanização é intrínseca a integralidade, seguindo esta lógica, “retoma-se a integralidade como um processo construído no cotidiano e o cuidado humanizado como um produto gerado neste e pelo processo.”

Quando pensamos, então, sobre a Política de Humanização do SUS como integralidade, estamos adentrando na sua dimensão política, como mostra Mattos (2009), as ações políticas do governo que deliberam modos de intervir dos serviços de saúde em respostas às necessidades da população para garantir o direito à saúde de qualidade.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) também vem contribuir para a construção da integralidade do cuidado, pois visa possibilitar estratégias de produção de saúde com ações que respondam às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2010).

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham. (BRASIL, 2010, p. 11)

Dessa forma, a PNPS confere a ampliação da integralidade no SUS para além da “articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde” implicando na forma de acolher o usuário deslocando a atenção, antes voltada para o adoecimento e sintomas, agora para a história de vida e, assim, modificar a organização do trabalho sanitário. (BRASIL, 2010, p. 13)

O estudo de Palhoni (2018) mostra que os usuários da UBS formam suas concepções de necessidades em saúde no cotidiano, através das “experiências interativas aparentemente simples, mas permeadas de interesse pelo outro e, por isso, de grande valor para as pessoas.” A partir de Mattos (2009) vemos que, no campo da medicina integral as práticas estão limitadas aos médicos, todavia, a integralidade é atributo de todas as categorias da saúde, este sentido está correlato as atitudes individuais dos profissionais.

No sistema de saúde anterior a criação do SUS, conforme Mattos (2009), havia a dicotomia de práticas de saúde pública e práticas assistenciais, um dos sentidos da integralidade vem como crítica a esta forma de organização sistêmica e defende a articulação das duas práticas bem como a transformação das práticas fragmentadas e verticalizadas nas unidades de saúde em práticas unificadas e integralizadas, orientadas horizontalmente pelas necessidades da população assistida. O autor traz aqui um sentido de integralidade atribuído à organização dos processos de trabalho de modo a contemplar tanto a demanda programada quanto a demanda espontânea.

Nesse contexto, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Nesse sentido, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada desde o serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional. (MATTOS, 2009, p. 61)

Neste sentido, a integralidade se faz no encontro entre profissional e usuário, todavia, as configurações dos serviços podem facilitar ou dificultar sua realização na medida em que a cobrança por produtividade quantitativa é requerida.

Um outro sentido que Mattos (2009) atribui a integralidade é referente ao que ele denomina de “políticas especiais” que seriam respostas governamentais dadas a determinados problemas de saúde, ou às necessidades de grupos específicos. Aqui, o autor afirma que a integralidade diz respeito a uma recusa ao reducionismo dos sujeitos alvos das políticas a objetos descontextualizados, também expressa a convicção de que cabe ao governo produzir respostas que contemplem aspectos preventivos e assistências conjuntamente frente a certos problemas de saúde pública as quais sejam capazes de abarcar os diversos grupos atingidos pelo problema, considerando suas especificidades.

Para a Saúde Coletiva, a integralidade “contempla a regulação das políticas públicas do setor, a reorientação da realidade entre Estado e sociedade e considera o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano” (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2009, p. 222). Integralidade em sua dimensão política diz respeito a “articulação de políticas públicas sociais e econômicas de intervenção na determinação social do processo saúde-doença” o que demanda entendimento sobre as “políticas sociais e formas de governos instituídas e vivenciadas em nossa sociedade”, todavia, esta dimensão pode ser reconhecida como uma visão contra-hegemônica e, por conseguinte, passível de sofrer resistência, fato que possibilita a dedução de que seja esta característica que lhe confere um caráter utópico (OLIVEIRA & CUTOLO, 2018).

De acordo com o texto constitucional, deveria caber ao Estado a tarefa de garantir a saúde para todos, através de políticas sociais e econômicas voltadas tanto para a “redução do risco de doença e de outros agravos”, quanto “ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. [...] (MATTOS, 2009, p. 43)

Esta concepção de saúde como direito garantido pelo Estado é oriunda das reivindicações do movimento sanitário que ocorre no contexto da luta pela redemocratização do país, neste cenário a integralidade é tomada como uma “imagem-objetivo” cuja função é enunciar uma transformação desejável da realidade existente possível de ser concretizada num horizonte temporal definido (MATTOS, 2009).

As noções de integralidade, assim como os demais princípios e diretrizes do SUS, foram forjadas num lugar de oposição, a partir de uma crítica radical às práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde. Entretanto, os que defendem o SUS hoje o fazem de um lugar híbrido de situação / oposição. Como defensores do SUS, são por vezes instados a defendê-lo frente a ataques críticos, ao mesmo tempo em que têm o compromisso de seguir criticando as imperfeições do SUS para superá-las. Difícil tarefa para nossa cultura, na qual nos habituamos a criticar os adversários mais do que os aliados ou a nós mesmos. (MATTOS, 2009, p. 47)

Borges (2012, p. 44) refere que o SUS “nasceu com o germe da contradição de um sistema nacional de saúde sedimentado numa estrutura mercantilista” e entender a saúde na perspectiva do mercado significa ver o corpo como uma mercadoria. Esta visão mercantilista e individualista, conforme o autor, é contrária a visão de saúde como bem coletivo que implica em cuidados de responsabilidade do Estado que para tanto cria os sistemas nacionais de saúde, os quais tem a finalidade de trazer “mecanismos distributivos socialmente justos” para atender a sociedade.

Em meio as conquistas do SUS, como “inovações institucionais, descentralização, participação social, consciência do direito à saúde, formação de trabalhadores e tecnologias” encontramos em contradição “o crescimento do setor privado, segmentação do mercado e comprometimento da equidade nos serviços e nas condições de saúde,” assim, os maiores desafios que o SUS enfrenta são políticos, pois, relacionam-se ao financiamento, a articulação dos setores públicos e

privados e as desigualdades sociais que afetam o cuidado em saúde da população. (PAIM, 2015, p. 37)

O estudo de Borges (2012) mostra que a influência do neoliberalismo em reformas nos sistemas nacionais de saúde segue os interesses do setor privado sem considerar a demanda da população, orienta à terceirização dos serviços e consequente fragmentação, o que contraria o princípio da integralidade.

A iniciativa neoliberal encontra justificativa para a administração privada do financiamento público na sua suposta eficiência e agilidade, que promoveria serviços de qualidade superior a dos públicos, por um preço menor. Trata-se assim, da privatização dos sistemas públicos de saúde em que o Estado terceiriza seus serviços à iniciativa privada com o objetivo de dinamizar a gestão das unidades públicas, que para os neoliberais é burocrática, corrupta, ineficiente e mais cara. A partir desse pensamento, constitui-se a privatização do patrimônio público da saúde, passando-o às mãos das grandes corporações transnacionais do setor, que teriam retorno certo, livre de investimentos e riscos, porque quem de fato investe e assume os riscos continua a ser o Estado. (BORGES, 2012, p. 61)

Entretanto, o autor apresenta evidências de que os países que aderiram as reformas neoliberais não atingiram a universalização da saúde e ainda apresentaram grandes déficits orçamentários, e assim, deduz que a premissa de que sistemas públicos são insustentáveis e ineficientes constitui um mito usado para justificar a presença de administradoras transnacionais de seguros privados e a privatização dos serviços públicos, o que atenderia aos interesses do sistema financeiro internacional.

Mesmo que haja aumento dos recursos para o SUS, são necessárias outras lutas para “não permanecer refém da indústria de equipamentos e de medicamentos, dos hospitais privados e do corporativismo de profissionais” (OCKÉ-REIS, 2012 *apud* PAIM, 2015, p. 38).

O processo saúde-doença, em suas diversas dimensões, deve ser compreendido a partir da integralidade, isto significa que as ações vinculadas às políticas econômicas e sociais refletem nas condições de saúde da população (VASCONCELOS & PASCHE, 2007 *apud* OLIVEIRA; CUTOLO, 2018), pois estas são submetidas hierarquicamente à determinação social e, posto que “distribuição de renda, justiça social, redução das iniquidades se fazem com política, não com ações multiestratégicas sanitárias” (OLIVEIRA; CUTOLO, 2018, p. 150).

A partir de uma reflexão sobre tais estudos referentes aos sentidos da integralidade podemos perceber que há uma interrelação entre as diversas dimensões apontadas, seja como visão holística sobre os sujeitos, como atitudes dos profissionais na relação com os usuários, na organização dos serviços para atender a demanda programada e a demanda espontânea com ações conjuntas de assistência, prevenção e promoção da saúde, seja na elaboração de políticas voltadas a sanar problemas específicos de saúde, a integralidade é característica do SUS, portanto, para sua efetivação é primordial seu entendimento para os usuários, os profissionais, os gestores, os governantes e formuladores de políticas, mas principalmente no âmbito das políticas e dos movimentos sociais, pois foi neste lugar que ela se originou.

2.2 Integralidade na reforma psiquiátrica e a construção da atenção psicossocial

No século XX, após a Segunda Guerra Mundial, surgiram propostas de mudanças do modelo psiquiátrico centrado no hospital, tais propostas configuraram o início da Reforma Psiquiátrica no mundo (LANCETTI & AMARANTE, 2006). Conforme os autores, veio então a proposta da Comunidade Terapêutica, no Reino Unido e a Psicoterapia Institucional na França, baseada no modelo de cooperativa. Tais propostas trouxeram a oportunidade para o paciente participar do seu próprio tratamento, todavia, ainda se mantinha o modelo hospitalocêntrico com a ideia de lugar de cura. Os autores referem que, posteriormente, vieram propostas voltadas para a comunidade que buscavam reduzir as internações em hospitais, o modelo da Psiquiatria Preventiva nos EUA e a Psiquiatria de Setor francesa, ambas trouxeram a ideia de centros de saúde mental comunitários, porém o hospital continuava sendo a principal referência para as situações graves, é somente na década de 1970 que surgem experiências substitutivas ao modelo hospitalocêntrico e conseqüentemente o início do fechamento de hospitais psiquiátricos.

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em 1986, impulsionou mudanças no sistema de saúde reverberando na I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), realizada em 1987, onde debateu-se sobre a reversão da tendência "hospitalocêntrica e psiquiaticêntrica" para priorizar o

sistema extra-hospitalar e multiprofissional, incentivando estratégias de desospitalização com a criação de serviços onde não sejam reproduzidas práticas segregacionistas e cronificadoras. (BRASIL, 1988)

Podemos perceber no relatório final da ICNSM (BRASIL, 1988) propostas voltadas para um cuidado integral em saúde mental voltadas para a interdisciplinaridade, pois sugere a implantação e privilegiamento das equipes multiprofissionais na Atenção Básica e em hospitais gerais e psiquiátricos para propiciar uma visão integral do usuário, respeitando a especificidade de cada categoria. Propõe também a articulação entre a saúde e a educação para a revisão dos pressupostos das práticas preventivas e educativas em saúde mental, contemplando, assim a intersetorialidade. Nesta mesma lógica, defende que a promoção da saúde mental seja trabalhada através de ações integradas com outros programas assistenciais, organizações e movimentos comunitários e outras instituições da sociedade civil.

A partir desta ICNSM, são propostos onze objetivos para a construção de uma política de ações em saúde mental, são eles: universalização e equidade; articulação interinstitucional; ações integradas de saúde; regionalização e hierarquização; descentralização; prioridade do setor público; modificação do modelo assistencial; desenvolvimento de recursos humanos; supervisão e avaliação; epidemiologia; e política terapêutica (BRASIL, 1988). Temos aqui pulsões para o movimento da Reforma Psiquiátrica.

Em 1989, um ano após a criação da Constituição Brasileira, houve em Santos - SP o primeiro fechamento de um manicômio e início de uma rede de serviços substitutivos, foi a primeira cidade brasileira a implementar os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que deram origem aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tanto as equipes volantes de saúde mental quanto os CAPS deveriam trabalhar em conjunto com as equipes de Saúde da Família e também contribuir para sua capacitação. (LANCETTI & AMARANTE, 2006)

Assim, na década de 1990, enquanto o Brasil vivia um cenário de ampliação global das políticas econômicas neoliberais, a Reforma Sanitária se consolidava como política pública e, paralelamente, a Reforma Psiquiátrica se constituía como um movimento social formado pelos trabalhadores da saúde mental, com forte influência do movimento da psiquiatria democrática italiana, reforçada

internacionalmente pela Declaração de Caracas, a qual defendia a mudança do modelo de assistência psiquiátrica tradicional para a atenção psicossocial, cujas propostas estavam aos poucos sendo implantadas por alguns municípios brasileiros (LUZIO & YASUI, 2010; NASI *et al.*, 2009; ALVES, 2009).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental (IICNSM), realizada em 1992, traz um entendimento de processo saúde/doença mental onde, ao se olhar para o sujeito, deve-se considerar a qualidade e o modo de vida como determinantes para sua compreensão e, o exercício da cidadania está ligado ao novo conceito de saúde, assim, faz-se fundamental a existência de uma rede de atenção integral à saúde que esteja articulada com outras políticas sociais como educação, cultura, esporte e lazer, seguridade social e habitação para o desenvolvimento de ações preventivas e intersetoriais (BRASIL, 1994).

Neste período, o Ministério da Saúde lança portarias que mudam o sistema de remuneração das internações psiquiátricas com a finalidade de diminuir o período de internação e, criam novos procedimentos relativos à saúde mental, com isso, inicia uma nova Política Nacional de Saúde Mental. (LUZIO & YASUI, 2010).

Antes desta política a internação em hospital psiquiátrico era a única forma de tratamento para as pessoas até então reconhecidas como loucas e desajustadas, tais instituições funcionavam como asilos para abrigar e disciplinar os “alienados” que representavam perigo para si e para a sociedade (LANCETTI & AMARANTE, 2006). Outra justificativa que, segundo os autores, favorecia a internação, era o conceito de isolamento, explicado por Robert Castel, utilizado para que não houvessem interferências nas observações científicas, dessa forma, convinha que os internos fossem privados do contato com o mundo exterior, pois, também acreditava-se que uma instituição bem-estruturada que cumprisse um papel disciplinar poderia ajudar a pessoa a se reorganizar e, para tanto, era proposto o “tratamento moral”, porém, tais instituições tornaram-se cenário de maus-tratos, violência e violação dos direitos humanos.

Vale lembrar que na década de 1990 o cenário era desfavorável ao avanço das reformas no setor saúde e marcado por retrocessos, o que gerou novas mobilizações e, em meio a este contexto, temos a implementação da descentralização do SUS corroborando para a participação do Ministério da Saúde e das secretarias municipais e estaduais de saúde como os principais indutores do

processo da Reforma Sanitária enquanto que os movimentos sociais passam a desempenhar um papel secundário. (LUZIO & YASUI, 2010).

Um estudo realizado por Fleury et al (2010 *apud* BORGES, 2012) mostrou que a descentralização do SUS trouxe grades avanços, tais como:

[...] ampliou a capacidade de gestão em função das novas responsabilidades; aumentou a força de trabalho em saúde; gerou aumento na oferta de serviços ambulatoriais e ações de saúde coletiva; contribuiu na democratização do poder e na tomada de decisão no Estado; aperfeiçoou a capacidade de gestão local e induziu maior comprometimento de recursos do orçamento municipal com setor saúde. (FLEURY *et al.*, 2010 *apud* BORGES, 2012, p. 118)

A articulação entres os novos serviços e as associações de usuários e familiares que estavam surgindo como novos segmentos dos movimentos sociais, bem como ONGs e sindicatos, passaram a constituir o movimento da Reforma Psiquiátrica, essa configuração fez com que ela acontecesse tanto nos espaços do poder público como também se mantivesse enquanto movimento social através do Movimento da Luta Antimanicomial (MLM) (LUZIO & YASUI, 2010).

A Reforma Psiquiátrica critica a hospitalização e a medicalização ao passo que defende a interdisciplinaridade com base na integralidade do cuidado, pois esta considera “a liberdade do usuário, sua circulação nos serviços e na comunidade e a territorialização do atendimento como modos de intervenção” (COSTA-ROSA, 2000 *apud* NASI *et al.*, 2009)

Com a criação da portaria 224/92 os novos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos passam a ser regulamentados segundo os princípios do SUS e organizados hierarquicamente por níveis de assistência, embora esta portaria se limitasse a tratar apenas de novos procedimentos e não de serviços em si (LUZIO & YASUI, 2010). No mesmo ano, são criadas outras portarias complementares e a Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica originadas pelas propostas da II CNSM, diante disto, a Reforma Psiquiátrica passa a ser uma política pública (LUZIO & YASUI, 2010).

Já na entrada do século XXI, é sancionada a Lei nº 10.216, no ano de 2001, “que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de

transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em Saúde Mental” indicando a inclusão de serviços “psicológicos, ocupacionais, de assistência social e de lazer”, além dos serviços médicos, configurando, assim, o “atendimento integral ao sujeito com sofrimento psíquico”, além disso, neste mesmo ano é realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM) colaborando para a ampliação o debate da Reforma Psiquiátrica, a qual levou a publicação da portaria 336 no ano seguinte, a qual traz como proposta a criação de um novo modelo de assistência à saúde mental de base territorial definido como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) seguindo as experiências já existentes no país (LUZIO & YASUI, 2010; NASI *et al.* 2009).

A partir desta lei, concretiza-se a ideia de uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM), deliberada na II CNSM, conforme Nasi et al (2009). Segundo Alves (2009), a intersetorialidade e a diversificação são componentes indissociáveis da integralidade, portanto, a RAISM deve estar articulada com outras áreas que corroboram para o cuidado integral em saúde mental, dada a sua complexidade.

O financiamento neste novo modelo passa a acontecer mediante a Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), todavia:

Se, por um lado, esse modelo de financiamento representou um avanço, já que colocou a proposta de mudança de modelo assistencial, implícita no CAPS, como uma política de relevância e uma ação estratégica do Ministério da Saúde, por outro lado trouxe problemas, porque mantém a mesma lógica de produtividade, ao remunerar atos vinculados a um determinado diagnóstico psiquiátrico de um indivíduo, ignorando toda uma série de ações realizadas no âmbito do território, previstas na Portaria 336/02, tais como a supervisão de unidades hospitalares, o apoio matricial a equipes da Atenção Básica, a articulação com outros setores e segmentos sociais, etc. Continua-se a financiar a doença e não a promoção da saúde. (LUZIO & YASUI, 2010, p. 22).

Um fato importante que os autores destacam é a passagem dos principais atores, tanto da Reforma Sanitária como da Reforma Psiquiátrica, do movimento social para o poder público, pois esta situação parece enfatizar a regulamentação, através da criação de normas e portarias, como ação indutora das políticas do SUS, neste lugar não há mais oposição e quando há críticas do setor acadêmico são recebidas como ataques, e isto traz danos ao modelo assistencial.

No contexto inicial da Reforma Psiquiátrica, o CAPS não é uma proposta de serviço assistencialista, mas é uma estratégia de mudança de modelo assistencial à saúde mental que deve articular o cuidado em saúde mental nos mais diversos níveis do SUS (LUZIO & YASUI, 2010). Conforme Nasi et al (2009), não basta apenas criar novos serviços de saúde mental com vistas a garantir a integralidade, pois, para romper com o modelo biomédico é necessário construir um modo de atenção sob a orientação do paradigma psicossocial no qual aconteça a articulação de propostas que abarquem as “dimensões políticas, sociais, técnicas e científicas” na perspectiva ampliada do “cuidado” e não mais reduzida do “tratamento”.

O que determina uma visão integral no atendimento em saúde mental é a compreensão de que o cuidado deve ser centrado no sujeito e em seus problemas, e não no diagnóstico psiquiátrico e no isolamento produzido no modo manicomial (NASI *et al.*, 2009).

Para promover a integralidade nas ações de saúde mental aos usuários em sofrimento psíquico, é necessário o envolvimento de todos os níveis de atenção em saúde, desde os serviços da rede básica de saúde, como os serviços especializados, como os CAPS, até a internação em hospital geral. Destaque-se que nessa Rede de Atenção em Saúde Mental, os CAPS deveriam ter a função de articulação, possibilitando melhor fluxo e atendimento. (NASI *et al.*, 2009, p. 150)

Na sequência dos anos, a política em saúde mental vai sendo ampliada a partir da criação de várias portarias direcionadas para a qualificação das equipes e se estendem para ações que ultrapassam a área da saúde (LUZIO & YASUI, 2010). A proposta de rede de saúde converge com a ideia de horizontalidade que, conforme MATTOS (2006 *apud* NASI *et al.*, 2009), se apoia no princípio da integralidade onde garante que as ações dos serviços de saúde sejam organizadas partindo da necessidade da população assistida em sua diversidade cotidiana, e não baseado em programas verticalizados do Ministério da Saúde voltados para a doença.

Com base na interdisciplinaridade, Lyra (2007, *apud* NASI, 2009, p.151) refere que um desafio a ser vencido é a superação da hegemonia psiquiátrica e

“abarcando uma gama plural de outros profissionais para uma prática clínica que exige individualização do sujeito para que sua subjetividade seja escutada.”

O CAPS deve trabalhar conjuntamente com as equipes de saúde da família numa perspectiva comunitária (NASI *et al.*, 2009), para tanto, a partir de 2001 a Coordenação Geral da Saúde Mental (CGSM) – DAPE/SAS/MS desenvolveu uma série de documentos que orientam sobre a articulação entre o CAPS e a Atenção Básica (TANAKA & RIBEIRO, 2009). A atenção psicossocial propõe uma “organização programática em forma de equipamentos integrais”, nos quais, “a integralidade é considerada tanto em relação ao território, quanto em relação ao ato propriamente terapêutico” (COSTA-ROSA, 2012)

Neste sentido, a Portaria 154 de 2008 estabelece um importante dispositivo para as práticas de saúde mental na Atenção Básica, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual presta suporte técnico e institucional às equipes de saúde da família através do apoio matricial. (NUNES & LANDIM, 2016 *apud* AMARANTE & NUNES, 2018)

Podemos entender o apoio matricial em saúde mental como uma importante estratégia que acontece a partir do encontro entre duas equipes sendo uma da atenção básica e a outra é composta por profissionais com conhecimento especializado, trata-se de um processo de construção compartilhada, com “proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” para o cuidado integral em saúde mental na atenção básica (Brasil, 2011).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorialidade (IVCNSM-I), realizada em 2010, trouxe a intersetorialidade como diferencial em relação as conferências anteriores e reafirmou o campo da saúde mental como:

[...] intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc. (BRASIL, 2010, p. 09)

Nesta conferência, conforme podemos perceber em seu relatório final (BRASIL, 2010), é definido que o trabalho da rede de serviços de saúde mental deve seguir a lógica do território estando integrado aos demais serviços de saúde, fortalecendo e ampliando as ações da ESF, para tanto, propõe-se a obrigatoriedade de equipes de Saúde Mental na Atenção Básica como uma garantia de acompanhamento dos usuários em seu próprio território. Também vemos que para a superação do modelo asilar e a efetivação da reforma psiquiátrica, orienta-se que as relações entre trabalhadores, usuários e familiares sejam pautadas no acolhimento e no vínculo, visando evitar a reprodução da lógica manicomial nos serviços substitutivos, além disso, é exigido que a integração entre os CAPS e os demais serviços da rede de saúde seja fortalecida objetivando a integralidade e a continuidade do cuidado, promovendo a qualidade de vida, assim, são sugeridas ações preventivas e educativas com a participação de familiares e usuários como protagonistas.

A estruturação de fato desta rede de saúde mental proposta, se firma em 2011 quando o Ministério da Saúde institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria 3088, conforme Amarante & Nunes (2018, p. 2072), seus principais objetivos são:

[...] a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Destacam-se dentre as diretrizes da RAPS respeito aos direitos humanos, promoção da equidade, combate a estigmas e aos preconceitos, acessibilidade e qualidade nos serviços com oferta de cuidado integral e interdisciplinar, humanização, desenvolvimento de atividades no território visando a inclusão social, estratégias de redução de danos, ênfase em serviços de base territorial e comunitária e, por fim, lógica do cuidado centralizada na construção do projeto terapêutico singular (PTS). (BRASIL, 2015)

O PTS é uma importante ferramenta da clínica ampliada e da política de humanização utilizada pela equipe do CAPS, trata-se de um conjunto de propostas de atividades e condutas terapêuticas elaborado a partir da discussão de uma equipe interdisciplinar sobre um usuário ou um coletivo (BRASIL, 2007). Dentre as estratégias que o CAPS pode realizar no PTS, de acordo com Brasil (2015) estão: acolhimento inicial; acolhimento diurno e/ou noturno; atendimento individual; atenção às situações de crise; atendimento em grupo; práticas corporais; práticas expressivas e comunicativas; atendimento à família; atendimento domiciliar; ações de reabilitação psicossocial; promoção de contratualidade; fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares; ações de articulação de redes intra e intersetoriais; apoio matricial; ações de redução de danos; acompanhamento de serviço residencial terapêutico e apoio a serviço residencial de caráter transitório.

Os CAPS são definidos, então, como serviços substitutivos ao modelo asilar, de caráter comunitário, com equipe multidisciplinar atuando de forma interdisciplinar nas situações de crise ou para a reabilitação psicossocial das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, decorrentes ou não do uso de crack, álcool e outras drogas. (BRASIL, 2015)

Em 2012 o Ministério da Saúde instituiu uma nova forma de registrar e financiar os procedimentos das redes de atenção à saúde a partir do Registro das Ações ambulatoriais de Saúde (RAAS) o qual é compatível com o Sistema de Informação Ambulatorial (SAI), neste mesmo ano a portaria 854 insere a RAPS neste novo sistema de faturamento definindo o Código de Ocupação Brasileira (CBO) correspondente para cada ação multiprofissional (BRASIL, 2012).

Na RAPS os serviços são organizados em níveis de complexidade seguindo a lógica da hierarquização, quanto a esta questão, Zambenedetti & Silva (2008) alertam sobre a contradição gerada nesta sistemática onde reduz-se o problema saúde-doença a uma “questão de organização racional do sistema de saúde, baseado na relação custo-benefício” análoga a um sistema de produção de bens e materiais, dessa forma, o usuário é passado de um ponto a outro da rede semelhantemente a um produto em uma esteira de produção em uma fábrica, nesta sistemática, o fluxo dos usuários na rede acontece por meio da referência e contra-referência.

É importante frisar que o trabalho em composição exige um conjunto de habilidades grupais e interpessoais que vai além das fronteiras disciplinares e profissionais. As mais importantes talvez sejam a confiança entre os membros da equipe, o entendimento de que a constituição de redes na comunidade é uma tarefa coletiva e de que a escuta do usuário em sua singularidade é condição básica na produção do cuidado. Essas habilidades transversais ao campo da saúde só são adquiridas em meio a um árduo trabalho artesanal, que toma o imprevisto e a criatividade como potências dos diferentes modos de cuidar (FERREIRA; DAMICO; FRAGA, 2017, p. 180).

Os serviços que compõem a RAPS estão organizados em sete grupos diferenciados quanto ao tipo de assistência: atenção básica em saúde; atenção psicossocial; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Conforme a portaria 3088/2011, a atenção básica dispõe da Unidade Básica de Saúde (UBS) a qual é responsável por desenvolver ações em saúde mental visando a promoção prevenção e cuidado dos transtornos mentais, além de redução de danos na temática das drogas contando com o suporte do NASF. Dispõe também da Equipe de Consultório na Rua que presta cuidados em saúde mental à população em situação de rua e os Centros de Convivência com atividades voltadas a sociabilidade e a cultura, atendendo a população em geral. A atenção psicossocial é formada pelos CAPS diferenciados conforme o porte da cidade e nível de funcionamento (CAPS I, CAPS II, CAPS III) e a população assistida podendo ser direcionado para as situações que envolvem transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPS AD) e a população intanto-juvenil (CAPS i) (BRASIL, 2011).

Na atenção a urgência e emergência os pontos de atenção são formados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto atendimento (UPA) 24h, os CAPS também são dispositivos que acolhem essa demanda. Já a atenção residencial de caráter transitório conta com a Unidade de Acolhimento (UA), destinada a pessoas em situações de vulnerabilidade social e familiar que demandem proteção em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas e o Serviço de Atenção em Regime Residencial onde entram as Comunidades Terapêuticas, também destinada ao cuidado contínuo de pessoas

com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Os pontos que formam a Atenção Hospitalar são a Enfermaria especializada em Hospital Geral que oferece tratamento para as situações graves, em especial abstinência e intoxicações severas e o Serviço Hospitalar de Referência destinado ao cuidado de comorbidades clínicas ou psíquicas, em especial as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Para as Estratégias de Desinstitucionalização foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) destinadas às pessoas egressas de internações de longa permanência. As Estratégias de Reabilitação Psicossocial são compostas por cooperativas, empreendimentos solidários e iniciativas de geração de renda e trabalho (BRASIL, 2011).

No ano de 2017 a portaria nº 3588 redefine a estrutura da RAPS e traz o hospital psiquiátrico especializado como um de seus componentes contrariando a reforma psiquiátrica que preconiza a extinção desta modalidade de serviço tendo em vista as evidências de violação dos direitos humanos, maus tratos e ineficiência quanto ao sofrimento psíquico ou transtorno mental. (BRASIL, 2017; LANCETTI & AMARANTE, 2006)

Neste ano de 2019 o Ministério da Saúde lança a Nota Técnica nº11 onde aborda a RAPS não mais como uma rede de serviços substitutivos ao modelo manicomial, mas agora considera os seus serviços como complementares e, assim, justifica que não mais fomentará a continuidade do processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos iniciado com a Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2019). O texto traz mudanças para os SRT, os quais surgem como estratégia de desinstitucionalização para pessoas que devido as internações de longa permanência, acabavam na condição de moradores de hospitais psiquiátricos, a proposta agora coloca a possibilidade de abrigar pessoas com transtorno mental em situação de rua e egressos de unidades prisionais comuns.

O paradigma das práticas em saúde mental discutido pela reforma psiquiátrica e explanado por Costa-Rosa (2012), nos leva a uma reflexão sobre as contradições entre o modelo asilar e o psicossocial:

Não será, portanto, com critérios como o de bom ou mau, melhor ou pior, humano ou desumano, democrático ou autocrático etc., que poderemos caracterizar a alternatividade de dois modos de ação em saúde mental. Por exemplo, poderemos concordar que um modelo 'hospitalocêntrico' e 'médicocentrado' é diferente de um modelo centrado no ambulatório e no trabalho da equipe multiprofissional; percebemos, porém, que nem por isso os dois são alternativos, pois tanto o ambulatório pode continuar ocupando o lugar de 'depositário' que é do hospital psiquiátrico, por exemplo, quanto a equipe interprofissional pode continuar depositando na medicação a expectativa da eficácia das suas ações, não prescindindo do hospital psiquiátrico para atender a clientela da área em que se situa; assim como pode continuar situando-se como sujeito da especialidade (da disciplina) perante a clientela concebida como objeto inerente de sua intervenção. (COSTA-ROSA, 2012, p. 144)

É importante refletir sobre o modo de funcionamento do modelo asilar, o qual a reforma psiquiátrica em sua crítica se propõe a desconstruir, para que as novas práticas em saúde mental não caiam no erro de reaplicá-las. Em síntese, Costa-Rosa (2012) refere que as características das práticas do modo asilar são a falta de momentos de conversa entre os profissionais sobre suas atividades comuns, a utilização do prontuário como elo de interconexão entre equipe, mesmo em meio a multiprofissionalidade, a determinação do problema continua sendo visto na dimensão biológica e, portanto, atribui-se a eficácia do tratamento à intervenção química.

Já no modelo de atenção psicossocial, ressalta-se como determinantes os “fatores políticos e biopsicossocioculturais”, dessa forma, além do aspecto individual, busca-se trabalhar como agentes de mudança a família e o grupo social nos quais o usuário está inserido, posto isto, não bastam ações estratificadas em “prevenção primária, secundária e terciária,” mas “é necessário uma ação integral que vise ao sujeito como existência-sofrimento” (COSTA-ROSA, 2012).

Após quase dez anos sem continuidade na realização das conferências nacionais de saúde mental e sob pressão dos movimentos sociais temos a IV Conferência Nacional de Saúde Mental e Intersetorialidade (IV CNSM – I), embora tenha a inovação da abertura para a participação de outros setores, estes se restringiram a setores do governo e não aos segmentos do movimento social ligados ao trabalho, cultura, educação, direitos humanos e outros. (AMARANTE & NUNES, 2018)

Podemos, então, perceber como as práticas de atenção em saúde mental do modelo psicossocial estão rodeadas de desafios que trazem os fantasmas do modelo manicomial culturalmente presentes no modo de pensar e fazer saúde, no cotidiano dos serviços, na convivência em comunidade, nos processos formativos. A presença da diversidade de núcleos na construção do campo da saúde mental demanda a ampliação de suas concepções e a necessidade de se desenvolver a interdisciplinaridade desde a formação para então se alcançar a integralidade.

2.3 Educação física na perspectiva da integralidade

Por anos a educação física, sendo uma área da saúde, esteve influenciada pelo modelo biomédico no qual se originaram práticas mecanicistas, biologizadas, segregacionistas e seletivas que visavam um corpo desprovido do seu caráter social (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2016). Por vezes, ela foi usada para disciplinar ou como recreação para ocupação do tempo livre, na tentativa de docilizar e normatizar os corpos utilizando padrões de homogeneização que não consideram a singularidade humana (GOMES *et al.*, 2013; GALAK, 2015)

A partir deste pensamento, a educação física adotou práticas voltadas para a “biometrização dos corpos, a psicopedagogização das práticas e a individualização biológica” (GALAK, 2015, p. 62) para sua legitimação como ciência, daí provem os testes físicos, avaliações físicas, valorização de exercícios voltados para o rendimento físico, justificados por um discurso higienista o qual direciona a população para a busca por um corpo forte e saudável, tal discurso vem a ser incorporado pelas políticas públicas de saúde.

A ideia de normatização trabalhada no estudo de Bonetti (2004), a partir de uma reflexão sobre as obras de Canguilhem sobre a doença, alinha-se com a concepção de ajustar conforme o desejável ou restabelecer a ordem natural como princípio terapêutico, neste sentido, saúde é entendida como normalidade. Ainda nesta perspectiva, Corbisier (2012) menciona sobre práticas manicomiais onde o tratamento consistia em “tentar corrigir o erro, o desvio, em tentar restituir a normalidade perdida.”

Para o modelo biomédico na saúde, tudo que foge do padrão assume valores negativos e induz a imaginação do sujeito sobre o que seria não estar doente, levando-o a atitudes que visam a concretização deste imaginário (BONETTI, 2004). Neste sentido, Minayo e Galhano (2016 *apud* CARVALHO e CARVALHO 2018) ressaltam que o corpo biológico é uma construção simbólica.

Por outro lado, a Saúde Coletiva tem produzido um pensamento crítico a respeito da formação profissional em saúde, por conseguinte, a graduação em Educação Física tem ganhado uma nova proposta voltada para a perspectiva de uma prática de cuidado integral para indivíduos e coletivos, não mais reduzindo a saúde à dimensão biológica do corpo, mas ampliando o seu conceito para os aspectos sociais, culturais, históricos, afetivos e subjetivos (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2016).

A formação em saúde precisa estar orientada para as necessidades em saúde e, deve haver maior valorização no atendimento às subjetividades nas políticas públicas de saúde. Às vezes resalta-se o quantitativo de consultas para o alcance de metas em saúde, sem levar em consideração o significado que um determinado atendimento profissional teve para aquela pessoa. (PALHONI, 2018, p. 89)

A formação profissional, em sua dimensão política, produz práticas de ensino carregadas de intencionalidade em defesa de um projeto social fundamentado por uma lógica argumentativa e ideológica dominante, onde na educação física tem sido tradicionalmente biologicista e segmentária, todavia, ao se aproximar da Saúde Coletiva, vislumbra-se uma nova política de formação fundamentada na democratização da cultura corporal, configurando, assim, as práticas corporais como um direito social enquanto forma de cuidado em saúde, para tanto, devem estar acessíveis a toda a população (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2016).

Esta resignificação da formação em Educação Física, apontada pelos autores, encontra fundamentação na integralidade, pois caminha para uma ampliação da visão do corpo e do movimentar-se onde a dimensão social é contemplada desencadeando uma expansão da percepção sobre as necessidades dos usuários. Os autores também consideram que, nesta nova concepção sobre a

saúde, as ações unidimensionais centradas na cura ou na prevenção e promoção das doenças são insuficientes.

[...] o ingresso mais formal e sistemático da educação física nos serviços públicos de saúde tem provocado a readequação da área, tanto em termos de formação, fato que se expressa nas mudanças curriculares, mas principalmente em termos de definição epistemológica (DAMICO & KNUTH, 2014, p. 331).

No ano de 2018, a Resolução CNE/CES N° 6, trouxe mudanças para a formação em educação física definindo que para o curso de bacharelado sejam contemplados conteúdos referentes ao campo de atuação em saúde, assim, espera-se que o SUS e a Saúde Coletiva não estejam apenas em disciplinas optativas ou projetos eventuais, mas que componham a grade curricular obrigatória, todavia, vale pontuar que o curso de licenciatura não compreende esta inclusão para a formação em saúde (BRASIL, 2018).

Nas políticas de saúde, segundo Nascimento e Oliveira (2016), a concepção de “práticas corporais” vem substituir o termo “atividade física”, pois, atende as mudanças requeridas pela Saúde Coletiva, permitindo o desprendimento do foco na biomecânica do movimento para um entendimento sobre o movimento ou o movimentar-se humano numa dimensão mais complexa, na qual os conhecimentos das ciências sociais e humanas são privilegiados.

Uma das críticas produzidas sobre a simbologia do uso da atividade física nas formulações de cunho epidemiológico está relacionada ao “modelo prescritivo através de uma espécie de neo-higienismo,” o qual caminha junto às formulações referentes a mudança no estilo de vida, estando ambas implicadas ao processo de “patologização e medicalização da vida” (DAMICO & KNUTH, 2014, p. 339). Segundo estes autores, o termo práticas corporais emerge no contexto da educação física escolar e apresenta um caráter polissêmico que vem resgatar um conjunto de objetos os quais seriam o cerne do fazer da educação física.

Carvalho e Carvalho (2018), entendem que, no campo da saúde, as práticas corporais são tecnologias de cuidado, as quais tem aparecido de forma crescente em relatos de iniciativas na atenção básica e na atenção psicossocial. Os autores ressaltam que no campo das políticas, a OMS e o Ministério da Saúde

contribuíram para alavancar estas práticas no SUS através da publicação da Estratégia Global sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, pela OMS em 2003, e da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006 dispendo com incentivo financeiro e técnico.

Neste contexto, Damico e Knuth (2014) referem que em meio a um histórico essencialmente centrado na assistência médica e paliativa, a saúde pública brasileira vem experimentando, de forma gradativa, práticas seguidas de políticas que privilegiam as ações de promoção da saúde, assim, segundo Brasil (2010, p. 9), a PNPS orienta-se pelo entendimento de que “o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos” do processo saúde-doença, pois está centralizado nos sintomas.

É pertinente refletir sobre as ações de intervenção dos profissionais de educação física no SUS, pois “as práticas unicamente baseadas nos conhecimentos técnicos-procedimentais e nos métodos prescritivos” não são condizentes com os fundamentos da Saúde Coletiva e com a integralidade no cuidado e das práticas corporais (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2016, p. 213). Tudo isto implica dizer que:

[...] o corpo em movimento tradicionalmente objeto de intervenção através da ótica biomédica, limitada aos aspectos fisiológicos, anatômicos e epidemiológicos, deve ser analisado pela ótica social, cultural, econômica, afetiva, psicológica, reconhecendo o corpo, em interação constante com o meio, como expressão e contato com o mundo (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2016, p. 213).

As reflexões produzidas por Carvalho e Carvalho (2018) sobre produções de experiências que envolvem as práticas corporais no SUS, mostram propostas de intervenções que unem benefícios biológicos e sociais. Bilibio e Damico (2011) propõem uma reflexão à cerca do que tem se afirmado no meio acadêmico sobre a relação da educação física com a saúde, de onde tem surgido a prática de prescrições sobre a adoção de estilos de vida indicados como mais saudáveis os quais são fomentados por uma biopolítica que busca regular a forma como as pessoas vivem a sua própria vida.

Ressaltamos a sugestão de Bueno (2012) quando refere que não é necessário descartar alguns direcionamentos referentes à aptidão física, os quais

trazem orientações sobre os efeitos dos exercícios físicos na dimensão biológica do corpo, mas é necessário dar relevância às influências das ciências sociais e humanas para a Educação Física, às práticas corporais na perspectiva da cultura corporal de movimento para formular um entendimento do fazer da Educação Física no SUS.

É importante que o planejamento das intervenções da educação física leve em consideração, além das condições de saúde relacionadas às questões físicas e fisiológicas colhidas tradicionalmente através de avaliações antropométricas, também as questões referentes à dinâmica familiar, social, o trabalho, visando aspectos da vida dos sujeitos (CARVALHO, 2016). O autor também entende ser necessário que o profissional esteja atento as reações dos usuários diante das atividades ofertadas, suas opiniões permitindo a ressignificação da prática, buscando diversificar as atividades considerando os determinantes e condicionantes de saúde para que todos possam participar conforme a sua condição de saúde.

Para que o profissional de educação física realize intervenções no SUS com base na integralidade, é essencial seguir a orientação trazida por Mattos (2009) o qual refere que se deve buscar escapar aos reducionismos. Todavia, a concretização de práticas voltadas para a integralidade não depende somente das atitudes do profissional, conforme a literatura explanada, devem ser somados esforços referentes ao modelo de formação e as políticas públicas de saúde.

3 EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

A aproximação entre as práticas de saúde mental e as práticas da educação física perpassam o modelo de atenção psicossocial em superação as práticas do modelo asilar, guiando-se pelo movimento reformador sanitário, pois é preciso pensar sobre o paradigma das práticas em saúde mental, conforme propõe Costa-Rosa (2012), a partir de dois pontos, sendo eles “jurídico-ideológico” e “teórico-prática” e, para tanto, o autor se vale de quatro parâmetros fundamentais referentes a definição do objeto e meios teórico-técnicos para a intervenção, a organização dos dispositivos, a relação entre profissionais, usuários e população e, por fim, a dimensão jurídica, teórica-técnica e ideológica da ética profissional embutida nos efeitos das práticas.

Para que a educação física venha compor a equipe interdisciplinar em saúde mental, é fundamental que as suas práticas sejam orientadas pela integralidade, pois, como afirma Furtado et al (2015), ela traz grandes contribuições para o CAPS se “compreendida para além do enfoque estritamente biológico”, com o devido cuidado para não reproduzir a lógica da “medicalização” que no contexto da medicina preventiva, conforme Mattos (2009) explica, trata-se de um processo social onde a medicina busca regular aspectos da vida social através de recomendações de hábitos e comportamentos sugestivos a um modo de vida mais saudável, além do uso de tecnologias de diagnóstico precoce em favor do impedimento do adoecimento partindo dos conhecimentos sobre a doença.

O profissional de educação física atuante nos serviços de saúde mental, deve pautar suas atividades em um referencial teórico que conjugue com os princípios e diretrizes do SUS, com a proposta da reforma psiquiátrica e com a perspectiva da Saúde Coletiva, compreendendo as dimensões socioeconômicas e culturais dos determinantes do processo saúde-doença (FURTADO *et al.*, 2015)

Deve evitar-se a imposição de atividades cujos usuários não tenham interesse ou não aceitem participar, do contrário, deve adotar uma postura sensível quanto a possibilidade de abrir mão do seu planejamento e diversificar as intervenções para realizar um cuidado qualificado. (MACHADO, 2015)

O estudo de Furtado *et al.* (2015) mostra que a cultura corporal parece ser um conhecimento interessante para a construção das práticas da educação física no campo da saúde coletiva. Neste mesmo estudo podemos perceber a experiência de inserção dos profissionais de educação física na Rede de Atenção em Saúde Mental de Goiânia onde destacamos no relato dos participantes a “inquietação a respeito da atuação específica da Educação Física no CAPS”.

Nesta experiência, antes de assumir as atividades nos serviços, os profissionais passaram por um momento formativo que acontece através de estudos, observação e acompanhamento da rotina do serviço, trata-se de uma preparação para a realidade de trabalho. O processo de construção das atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais participantes é marcado pela influência de suas experiências prévias nos projetos que buscam adaptar para a nova realidade e também pela falta de estrutura física e material, o que corroborou, entretanto, para a articulação intersetorial e a ocupação dos espaços fora dos serviços. Situações que convergem à desinstitucionalização e à diversificação das estratégias de cuidado.

Costa-Rosa (2012) refere que a conjuntura e a organização estrutural da instituição incidem sobre as práticas terapêuticas dos profissionais, tanto em termos ideológicos como no teórico-técnico, assim, o planejamento das atividades desenvolvidas nos CAPS baseiam-se nas condições estruturais e materiais dos serviços, bem como na sua política ideológica e nos recursos do território. O Ministério da Saúde orienta que as práticas corporais podem fazer parte das atividades oferecidas nos CAPS, sinalizando para sua composição “atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.” (BRASIL, 2015)

Uma ferramenta importante no cuidado em saúde mental é o vínculo entre o usuário e o profissional, segundo Furtado *et al.* (2015), o vínculo é fundamental para uma relação humanizada e a escuta qualificada busca identificar as necessidades do usuário, as quais determinarão as oficinas terapêuticas, atendimentos individuais e coletivos que farão parte do seu PTS.

Podemos identificar a presença da educação física em serviços de saúde mental antes mesmo da reforma psiquiátrica, como mostra o estudo feito por Wachs (2008), mas é a partir do ano 2000 que o profissional de educação física ganha

espaço no SUS passando a ser requisitado no CAPS, no NASF, na Academia da Saúde e na Residência Multiprofissional (MENDES et al, 2014). A abertura do campo da saúde para estes profissionais decorre de uma conquista política da saúde coletiva que possibilitou a ampliação das categorias profissionais no SUS, e permitiu a inserção da educação física na composição das equipes dos serviços de atenção psicossocial como um dos núcleos a contribuir para o cuidado integral do usuário (BRASIL, 2015). Este núcleo é definido por Ferreira et al (2017) como todo o seu acúmulo histórico, em especial as manifestações da cultura corporal de movimento e os conhecimentos associados.

Os autores apresentam expectativas sobre a participação do trabalhador de educação física nas equipes de saúde mental para a realização de ações tanto específicas da sua categoria, podendo ser a condução de oficinas e grupos terapêuticos envolvendo diferentes manifestações da cultura corporal de movimento e atendimentos individuais, como também ações de campo comuns aos serviços de saúde mental, como acolhimento, acompanhamento de técnico de referência, planejamento, atendimento em rede, participação em conselhos e assembleias no território entre outras.

No entanto, a inserção deste profissional no campo da saúde mental está permeada por desafios situados na atribuição de conceitos referentes a saúde e as interferências da educação física, de onde decorrem as suas práticas, neste sentido, Wachs (2008, p. 98) problematiza sobre as especificidades do CAPS na educação física, pois, segundo o autor, a inserção da educação física nestes dispositivos não deve ser resumida a transposição de um “repertório de atividades prontas” e protocoladas.

A inserção da cultura corporal na prática dos profissionais de educação física no CAPS, segundo o estudo realizado por Furtado et al (2018, p. 359), representa uma pluralidade de temas para as intervenções com propostas que se relacionam com perspectivas distintas, por outro lado temos atividades tradicionais relacionadas à “perspectiva da aptidão física como legitimadora da prática do profissional”.

Ainda sobre as atividades do profissional de educação física no CAPS, o estudo de Ferreira *et al.* (2017) mostra que frequentemente sua atuação está reduzida a atividades exclusivas do núcleo que se apresentam como um conjunto de

demandas pré-concebidas, fruto das representações históricas sobre saberes e práticas, o que reduz este trabalhador à função de um simples “executor de tarefas” e muitas vezes o afasta de rotinas coletivas dentro das equipes como visitas domiciliares, discussões de caso e elaboração de PTS. Conforme este estudo, também ocorre de sua carga horária estar distribuída em diversos serviços com territórios e equipes distintas, o que minimiza o vínculo deste trabalhador com a equipe e com os usuários, dificultando sua capacidade de composição em um determinado cenário de prática.

Já no estudo de Furtado *et al.* (2016), a rotina dos profissionais de educação física participantes da pesquisa contempla atividades de campo como acolhimento, consulta conjunta, visita domiciliar e atendimento familiar, ainda que em menor frequência em relação ao núcleo.

Outro estudo realizado por Silva *et al.* (2017), mostra que as práticas realizadas pelos profissionais de educação física no CAPS são diversificadas e compreendem desde esportes, lutas, danças, jogos, recreação, ginástica, caminhada, alongamento e exercícios físicos diversos, no entanto, para uma prática qualificada e condizente com o cuidado em saúde mental, aponta-se a necessidade de investimento em capacitações e mudanças curriculares na graduação de modo a contemplar conteúdos e competências referentes ao campo da saúde mental, bem como contribuir para a realização de práticas mais humanizadas e pautadas nos princípios da reforma psiquiátrica e na integralidade.

Estas atividades são realizadas em espaços internos e externos ao CAPS dispostos no território adscrito, como praças, parques, academia ao ar livre, beira-rio e ginásio esportivo, e fazem parte da rotina do serviço tendo horários e dias programados (SILVA *et al.*, 2017). Os autores ressaltam que a participação de atividades fora do CAPS contribui para o processo de desinstitucionalização e reinserção dos usuários.

Ressaltamos o entendimento de Wachs (2008) quando refere que a realização de oficinas esportivas em espaços fora do CAPS parece tirar o foco no combate à doença/sofrimento mental para colocar no sentido de “viver saúde,” principalmente quando a motivação de ocupação dos espaços do território não está atrelada a simples necessidade de uma quadra ou de recursos físicos inerentes à realização das atividades, mas, do contrário, é intencional para a promoção da

socialização de usuários e para a criação de novas redes de pertença, com práticas corporais que lhes façam sentido.

A reinserção social é uma prerrogativa que move o CAPS para fora do seu espaço físico em direção à comunidade, dessa forma, as oficinas de práticas corporais devem ter esse papel desinstitucionalizante atentando para não se tornar apenas um espaço de convivência entre os usuários (WACHS, 2008). Este movimento “extra-CAPS” é orientado pela IV CNSMI.

Corroborando com este pensamento, Furtado *et al.* (2016) também identificaram a realização de oficinas terapêuticas de práticas corporais acontecendo no território, as quais têm se mostrado como espaço de legitimidade de intervenção do profissional de educação física e reiteram a sua potencialidade para o processo de desinstitucionalização e reinserção social. No entanto, é importante atentarmos, conforme Furtado *et al.* (2018, p. 355), para a possibilidade destas oficinas terapêuticas serem, por vezes, elaboradas numa “perspectiva funcionalista de ocupação do tempo livre.”

Uma característica que vale destacar sobre a realização das oficinas terapêuticas observadas por Furtado *et al.* (2018) é a presença de profissionais de outras categorias em uma ação conjunta com o profissional de educação física para compor uma prática coletiva e interdisciplinar. Neste estudo, este tipo de atividade se apresenta potencialmente como parte da rotina no processo terapêutico dos usuários.

Destacamos que quando estas atividades acontecem nos espaços públicos fora do CAPS possibilitam uma “construção de diálogo com a cidade e potencializam o processo de desestigmatização dos usuários” (FURTADO *et al.*, 2018, p. 358), todavia, os autores consideram que há necessidade de avaliar em que medida os serviços entendem essa ocupação ou utilização destes espaços, simplesmente como uma questão estrutural para tornar possível a realização das oficinas e não atentando para o processo educativo.

Pois, como afirma Machado (2015), para que as intervenções do profissional de educação física possam ter significado de instrumento terapêutico na RAPS, é fundamental o desenvolvimento de práticas permeadas de sentido para os usuários, as quais façam parte da cultura local. Esta forma de pensar a prática

assemelha-se com a proposta das práticas corporais incentivadas na PNPS (BRASIL, 2010).

Para a realização do cuidado psicossocial no CAPS, é necessário que o trabalhador de educação física esteja implicado em todas as atividades como aquele que compõe o trabalho em equipe e não apenas esteja fazendo tarefas inerentes a sua área de formação. Os espaços de troca entre os profissionais dos diferentes núcleos mostram-se extremamente potentes para a composição da equipe, tendo em vista que é favorável para o desenvolvimento da efetivação do apoio mútuo e a afirmação dos processos coletivos de trabalho (FERREIRA *et al.*, 2017). Ao compor a equipe, assume uma identidade de profissional de saúde mental onde incorpora e é incorporado por um projeto político-terapêutico e sob estas condições constrói suas práticas que não se limitam à sua especificidade (WACHS, 2008).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Considerações iniciais sobre o processo da pesquisa

Acredito que seja pertinente fazer algumas colocações à cerca de vivências proporcionadas durante o curso de mestrado sendo preliminares ao produto deste estudo e que foram necessárias para possibilitar chegar até ele. Ao ingressar no programa de mestrado encontrava-me atuante no SUS como trabalhadora de um CAPS, fato que contribuiu para a escolha de estudar a saúde mental.

A aproximação com referenciais da Saúde Coletiva em um ambiente acadêmico me permitiu entrar na esfera da produção de conhecimento crítico e me levou a uma autoanálise sobre minha atuação profissional, identidade profissional, sonhos de carreira e desejo em contribuir para o crescimento da minha profissão. Porém, tinha receio em escrever sobre o meu campo específico de atuação, a educação física, devido aos afetos e valores envolvidos, os quais poderiam contaminar o processo de escrita.

Decidi, então, me desprender da posição de profissional de educação física atuante no CAPS para assumir o papel de pesquisadora. Para tanto, desvinculei-me (apesar de o vínculo ser apenas afetivo) do CAPS para, então, estar como mestranda bolsista da CAPES. A partir desta nova posição entreguei-me a um processo de afastamento e estranhamento de algo já conhecido para buscar refazer minha visão. Como sugerem Bilibio e Damico (2011), é necessário um exercício de estranhamento do íntimo, de afastamento do muito próximo afim de criar condições de possibilidades para o surgimento de novas afirmações.

Tomando a riqueza das experiências oportunizadas durante a atuação no campo da saúde mental posso trazer elementos que me possibilitem fazer reflexões e questionamentos diante da aproximação com as teorias produzidas sobre o tema, pois, como apostam Bilibio e Damico (2011, p. 102), “quanto mais questionarmos nossos saberes e práticas, quanto mais tensionarmos nossos próprios conhecimentos e nossas próprias atividades”, mais tornaremos criativas nossas produções e “mais potente será a contribuição da Educação Física na vida.”

A princípio, a ideia era pesquisar sobre o apoio matricial em saúde mental, mas, durante as discussões produzidas nas disciplinas do curso, e em especial a disciplina “Cultura e práticas populares de saúde,” onde tive contato com a tese de doutorado de Monteiro (2015) intitulada “Dizem que sou louco: o caso Damião Ximenes e a Reforma Psiquiátrica em Sobral/CE”, passei a refletir sobre minhas experiências enquanto profissional de educação física na saúde mental e senti-me instigada a mudar a pesquisar alinhando-a com meu percurso profissional e identificação com a saúde mental.

Após compartilhamento com meu orientador, senti-me encorajada por seu apoio e, então, traçamos um novo projeto de pesquisa. Agora vinham uma infinidade de questionamentos sobre a formação na graduação, a legitimação profissional no campo da saúde mental, as formas de intervenção na prática, veio então a angustia em como delimitar a pesquisa. Em meio as leituras, o universo desconhecido sobre a educação física e a saúde foi se abrindo e os caminhos possíveis de pesquisa foram surgindo, mas considero pertinente dizer que a escolha do caminho aconteceu em meio a fé, por acreditar que todo trabalho deve significar benefício para um coletivo, a escolha pela integralidade como lente para visualizar a educação física na saúde mental emergiu de um momento de oração à Deus, e ao me aprofundar sobre este princípio pude compreender a amplitude e complexidade dos questionamentos iniciais.

Agora restava definir o meio como a pesquisa se concretizaria, pensamos em utilizar entrevistas, observações de campo, mas a medida em que o tempo avançava foi necessário redefinir o meio de viabilizar o estudo, então o caminho foi contemplar as políticas através do estudo de documentos.

4.2 A pesquisa

Este estudo é de abordagem qualitativa e exploratória, no qual utilizamos a pesquisa documental para coleta de dados e a análise de conteúdo para interpretação dos mesmos. A base de dados foi composta pela legislação brasileira disponível na base de dados digital SAUDE LEGIS sobre as políticas da atenção psicossocial a partir do ano da regulamentação que institui a RAPS em 2011 até

metade do ano de 2019, período em que se encerra a pesquisa para a conclusão da dissertação de mestrado, também foram consultados os relatórios das conferências nacionais de saúde mental, artigos, teses e dissertações referentes ao tema “integralidade e educação física nos serviços de saúde mental e reforma psiquiátrica”.

As informações foram trabalhadas através da análise de conteúdo onde são identificadas unidades de análise para categorização e cruzamento dos temas-chaves encontrados, para tanto seguimos as fases enunciadas por Bardin (2010 apud URQUIZA & MARQUES, 2016): organização da análise; codificação; categorização; tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos dados.

Sendo assim, o processo metodológico se constituiu primeiramente de uma pesquisa bibliográfica não sistemática na BVS com os descritores integralidade, atenção psicossocial e educação física seguindo as seguintes combinações: “integralidade + atenção psicossocial”; “educação física + atenção psicossocial”; “integralidade + educação física” objetivando a construção de um referencial teórico que possibilite fazer uma reflexão sobre o tema abordado, onde procuramos explorar questões referentes as políticas que garantem a integralidade na atenção psicossocial e a educação física como estratégia para as necessidades em saúde mental.

A análise do material selecionado nesta primeira fase nos levou a outros termos correlacionados ao tema: reforma psiquiátrica; intersetorialidade; promoção da saúde; tecnologias leves no SUS e neoliberalismo no sistema de saúde. Por conseguinte, consultamos referências que explorassem estes termos com o intuito de produzir maior esclarecimento.

Na sequência, foi realizada uma busca por documentos referentes a legislação da atenção psicossocial no site SAUDE LEGIS utilizando o descritor “psicossocial” e selecionada data de início 01/01/2011 e data final 01/06/2019, foram encontrados 391 documentos, em sua maioria referentes a habilitação de serviços e formas de financiamento. Em conformidade com os objetivos da pesquisa, a partir de leitura flutuante para identificação do conteúdo, foram excluídos os documentos que apenas repassavam recursos para a habilitação de novos serviços ou os classificavam, ou os cancelavam. Foram selecionados para leitura detalhada apenas

os documentos referentes as normas que regulamentam as políticas de saúde mental fazendo um total de 10 documentos.

Tendo em vista os objetivos do estudo, buscamos identificar nos textos elementos que se correlacionassem à seguinte categoria geral, “educação física para a integralidade na atenção psicossocial”. A análise nos permitiu levantar três categorias: pontos favoráveis à integralidade nas políticas da atenção psicossocial; pontos desfavoráveis à integralidade nas políticas de atenção psicossocial e pontos de contemplação da educação física nas políticas de atenção psicossocial. Destacamos o potencial da aplicação técnica da análise de conteúdo quanto a formulação de questões ou hipóteses e a busca para descobrir o que pode estar por traz dos conteúdos expostos (GOMES, 2002).

Com base no material analisado e na experiência de campo que precedeu a pesquisa realizamos a discussão levantando questionamentos, reflexões e inferências. Organizamos os resultados em dois momentos, primeiro colocamos os achados sobre a integralidade na formulação das políticas de atenção à saúde mental e num segundo momento discutimos sobre os achados referentes a educação física como estratégia para a integralidade do cuidado na atenção psicossocial.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Formulação das políticas em saúde mental e a garantia da integralidade

A partir da pesquisa sobre as formulações de políticas em saúde mental disponíveis no banco de dados SAUDE LEGIS, utilizando o termo “psicossocial” e delimitando o período entre 2011 e 2019, conforme exposto anteriormente no processo metodológico, foi possível selecionar três resoluções e sete portarias com conteúdos pertinentes para a compreensão a cerca da integralidade e da educação física na atenção psicossocial. Em 2011 encontramos a Resolução N°. 29, Resolução N°. 448 e a Portaria N°. 3088. Em 2012 temos a Portaria N°. 854, Portaria N°. 855, Portaria N°. 856 e a Portaria N°. 857. Em 2017 foram encontradas a Resolução N°. 32 e a Portaria N.º 3588. Por fim, em 2018 temos a Portaria N°. 544. Ressaltamos que nestes mesmos anos e em outros não mencionados, foram encontradas normas para habilitar, classificar e desabilitar serviços de saúde mental, contudo, estas não se relacionavam com os objetivos da pesquisa e por este motivo foram descartadas.

Durante a análise buscamos unidades de registro que se correlacionassem com os sentidos da integralidade e com a educação física. Foram identificados pontos favoráveis ao fortalecimento da integralidade e pontos desfavoráveis que enfraqueciam a sua construção na saúde mental. Estes dados encontram-se organizados e contextualizados nos quadros 01 e 02, respectivamente.

Quadro 1 – Pontos favoráveis à integralidade na PNSM.

PONTOS FAVORÁVEIS À INTEGRALIDADE NAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
RESOLUÇÃO - RDC N° 29 DE 2011
- Diversificação de atividades em serviços residenciais destinado a pessoas

com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, visando à reinserção social, com acessibilidade a portadores de necessidades especiais. Declaração de concordância do usuário para a sua admissão e permanência voluntária. Proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais. Deve indicar os serviços de atenção integral à saúde disponíveis.

RESOLUÇÃO Nº 448 DE 2011

- Considera a emergência e a gravidade epidemiológica e social da incidência do álcool e outras drogas, para a articulação e atuação intersetorial objetivando potencializar a Política Pública de Acolhimento e Atenção aos Problemas de Saúde Mental com ações de curto e médio prazo que poderão gerar mudanças objetivas nas condições de vida e trabalho da população brasileira;

- Inserção de entidade ou instituição na RAPS orientada pela adesão aos princípios da reforma antimanicomial, em especial, no que se refere ao não isolamento de indivíduos e grupos populacionais;

- Intersetorialidade nas políticas de enfrentamento da temática de Álcool e Drogas, parcerias para a promoção, prevenção e apoio ao tratamento, agenda aberta e acolhimento humanizado, capaz de prestar atenção em saúde mental, álcool e outras drogas de forma resolutiva, equânime e multiprofissional, com condições de garantir o cuidado do usuário no território, a partir da construção de um PTS, com vistas à redução de danos à reinserção social, controle social, participação dos familiares e da comunidade nos serviços de saúde;

PORTARIA Nº 3.088 DE 2011

- Institui a RAPS, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e seus familiares, com vistas a ampliar e diversificar os serviços do SUS, respeitando os direitos humanos, a autonomia, a liberdade, equidade e reconhecendo os determinantes sociais da saúde, combatendo estigmas e

preconceitos, com acesso e qualidade nos serviços, cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar e centrada no PTS por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e atenção às urgências, atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, diversificação das estratégias de cuidado com atividades no território que favoreçam a inclusão social, estratégias de Redução de Danos, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares sendo a organização dos serviços em rede regionalizada, com ações intersetoriais para a reabilitação e a reinserção por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária, estratégias de educação permanente, produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado, e os serviços disponíveis na rede;

- Equipe multiprofissional na UBS responsável por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, objetivando a atenção integral para impactar na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

- Centro de Convivência com espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade, estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas;

- NASF com profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, atuando de maneira integrada, responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas;

- CAPS com equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes

e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo, com atividades realizadas prioritariamente em espaços coletivos, articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes;

- PTS construído pela equipe, usuário e sua família, ordenado pelo CAPS ou ABS com cogestão e acompanhamento longitudinal;

- CAPS AD e CAPS i abertos e de caráter comunitário;

- Pontos de atenção de urgência e emergência articulados com os CAPS;

- Unidade de Acolhimento para situações de vulnerabilidade social e/ou familiar com demanda de acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório;

- Articulação entre Comunidade Terapêutica com ABS e CAPS AD.

- Estratégias de desinstitucionalização com Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) para o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas a internações longas, são moradias inseridas na comunidade com a perspectiva de garantir direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social; Programa de Volta para Casa, provê auxílio reabilitação para egressos de internação em hospital psiquiátrico de longa duração; ações intersetoriais destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho;

- Internação em hospital psiquiátrico apenas enquanto a RAPS estiver em processo de implantação e expansão;

- Enfermaria especializada em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar interdisciplinar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas, articulado com o PTS, admissão intermediada pelo CAPS e caso seja a porta de entrada na rede, deve ser referenciado ao CAPS;

- Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool

e outras drogas por meio de internações de curta duração, segundo a lógica de redução de danos, para situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica;

- Para implantação da RAPS pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR) e pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio da SES, analisam a situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros.

PORTARIA Nº 854 DE 2012

- Rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção social;

- Acolhimento diurno em CAPS como recurso do PTS, que recorre ao afastamento do usuário das situações conflituosas, visa ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimentos decorrentes de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência - e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário;

- Atendimento individual em CAPS para responder às necessidades individuais -incluindo os cuidados de clínica geral -que visam à elaboração do PTS ou dele deriva, promova as capacidades dos sujeitos, de modo a tornar possível que eles se articulem com os recursos existentes na unidade e fora dela;

- Atendimento grupal em CAPS são ações coletivas que explorem as potencialidades das situações grupais com variadas finalidades, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades

relacionais, possibilitar experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.

PORTARIA Nº 855 DE 2012

- Unidade de Acolhimento realiza um conjunto de atividades de caráter terapêutico e protetivo, em espaço residencial transitório, tendo como eixo organizador a moradia, a educação, trabalho e convivência social/familiar, na perspectiva da reintegração social, destinado à pessoas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar orientada pelo PTS. Apresenta as modalidades adulto e infanto-juvenil.

PORTARIA Nº 856 DE 2012

- Unidade de Atenção em Regime Residencial de caráter transitório que inclui a Comunidade Terapêutica na RAPS. Realiza um conjunto de atividades individuais e coletivas de caráter terapêutico e protetivo inseridas no PTS, realizado em espaço de regime residencial de caráter transitório, destinado às pessoas adultas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas para estimular o convívio social e focar lazer, cultura, esporte, alimentação e outros, dentro e fora da entidade, com promoção de reuniões, assembleias, orientação e prevenção do uso de álcool, crack e outras drogas e sobre os direitos dos usuários do sistema único de saúde. A demanda deve ser regulada pelo CAPS.

PORTARIA Nº 857 DE 2012

- Incentiva o SRT destinado a ações de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial, com foco no resgate cuidadoso das dimensões do morar, propiciando a construção de um espaço promotor de autonomia e ressignificação cotidiana. Devem oportunizar vivências de escolhas, protagonismo na caracterização dos espaços, resgate da convivência comunitária e reinserção social, sempre de forma articulada à rede de saúde

disponível no território.

RESOLUÇÃO Nº 32 DE 2017

- Veda a ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária;
- Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental para prestar atenção multiprofissional no nível secundário, apoiando de forma articulada a atenção básica e demais serviços das redes de atenção à saúde;
- CAPS AD IV, com funcionamento 24 horas, prestando assistência de urgência e emergência, para ofertar linhas de cuidado em situações de crises de uso de drogas, especialmente o crack, de forma multiprofissional e intersetorial.
- Reestrutura a equipe multiprofissional mínima requerida para o funcionamento das enfermarias especializadas em Hospitais Gerais;
- Fortalece a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT em relação às Comunidades Terapêuticas.

PORTARIA Nº 3.588 de 2017

- Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/ Unidades Ambulatoriais Especializadas, têm por objetivo prestar atenção multiprofissional em saúde mental nos casos moderados, respondendo à necessidade de atendimento especializado identificado e organizado pela atenção básica a partir da estratificação de risco, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde, garantindo direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial;
- Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral;
- Define o CAPS AD IV como lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade com disponibilidade para acolher e tratar casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso, deve produzir,

em conjunto com o usuário e seus familiares, um PTS que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais para inserção, proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de reabilitação psicossocial, com equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade, priorizado espaços coletivos, com profissional de referência para cada usuário, adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida, ofertar cuidados às famílias de usuários, independentemente da vinculação do usuário com o serviço, compartilhar a responsabilidade pelos usuários nas internações e em outros Pontos de Atenção, articulado com a Rede de Atenção às Urgências e emergências, com as equipes de Consultório de Rua, Rede de Assistência Social;

- Veda ampliação do número de leitos por hospitais psiquiátricos além dos já cadastrados no CNES.

- SRT TIPO I, modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social. SRT TIPO II, destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente. Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com o PTS elaborado por ocasião do processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária, referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção na rede social existente. O ambiente doméstico deve ser adequado e adaptado no espaço físico para melhor atender às

necessidades dos moradores.

Quadro 2 – Pontos desfavoráveis à integralidade na PNSM.

PONTOS DESFAVORÁVEIS À INTEGRALIDADE NAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	
RESOLUÇÃO - RDC Nº 29 DE 2011	
- Admissão com critério diagnóstico e possibilidade de admissão por mandato judicial em serviços residenciais destinado a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.	
RESOLUÇÃO Nº 448 DE 2011	
- Internação involuntária.	
RESOLUÇÃO Nº 32 DE 2017	
- Inclui o Hospital Psiquiátrico Especializado como componente da RAPS; - Reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o seu porte;	
PORTARIA Nº 3.588 de 2017	
- Delimita as categorias para a composição da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental em psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo.	
PORTARIA Nº 544 de 2018	
- A Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental poderá ser cadastrada em hospitais e clínicas especializadas.	

É importante abordar a Nota Técnica nº 11 de 2019, embora não tenha aparecido na pesquisa do SAUDE LEGIS, pois traz o detalhamento das mudanças

na Política Nacional de Saúde Mental provocadas pela portaria 3588/2017. Durante o texto discorreremos sobre este documento.

Em sua maioria, o conteúdo das portarias e resoluções seguem o princípio da integralidade e buscam fortalecer o movimento da reforma psiquiátrica no âmbito das políticas. No geral, orientam sobre a organização da rede de serviços, procedimentos, finalidades dos dispositivos, forma de financiamento, funções e formas de avaliação da qualidade da assistência.

Observando as duas resoluções de 2011, nº 29 e nº 448, as quais antecedem a portaria nº 3.088 que institui a RAPS, percebemos que a demanda sobre as necessidades de saúde decorrente do consumo de álcool e outras drogas tem espaço garantido na atenção à saúde mental. Na primeira, destacam-se os serviços residenciais, como a Comunidade Terapêutica (CT), que historicamente vem com uma proposta terapêutica de reclusão do indivíduo por um determinado período a fim de buscar reorganizar-se, privilegiando um viés espiritual e moral (SCHLEMPER, 2018).

Notamos que esta resolução se preocupa em garantir que a reinserção social seja contemplada e em proteger o usuário no sentido de evitar situações de privação da liberdade, violência e maus tratos, tão comuns nos hospitais psiquiátricos. É importante refletir sobre as consequências deste tipo de serviço onde se requer um controle total sobre a rotina do usuário e este precisa se adequar as regras do serviço, assim, questionamos até que ponto a autonomia e o protagonismo podem ser desenvolvidos em meio a esta dinâmica e como resguardar o usuário da vulnerabilidade social colocando-o em subordinação ao regime do serviço e daqueles que o dirigem. Parece que os esforços são para mudar (moldar) o usuário, todavia, intervir clinicamente no sujeito que sofre não é suficiente para mudar o cenário dos problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas.

Esta condição de que este tipo de serviço de regime residencial não tem capacidade para responder aos transtornos mentais decorrentes do uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas pode ser questionada quando é deliberado que ao final da permanência, seja indicado ao usuário dar continuidade do acompanhamento terapêutico nos serviços de atenção integral à saúde disponíveis no seu território.

Todavia, dentre os pontos que desfavorecem a integralidade, conforme o quadro 2, vemos o diagnóstico de transtorno mental como critério de admissão e ainda a possibilidade de um mandato judicial indicar a admissão de pessoas nas Comunidades Terapêuticas. Ainda que o usuário tenha que declarar sua concordância, como garantir que de fato, esta seja sua vontade? Entendemos que a integralidade vai contra a centralidade no diagnóstico e a imposição de um tratamento que tira a liberdade e a autonomia do usuário. O fato de uma pessoa estar numa CT via mandato judicial parece conceder a esta admissão um caráter punitivo e vai contra a condição de respeitar a liberdade de escolha do usuário em poder interromper o tratamento na entidade a qualquer momento.

Neste ponto, Schlemper (2018, p. 49) comenta sobre questões bioéticas na garantia da autonomia do sujeito quando se coloca a condição de concordância da internação em CT, ressaltando que não se aplica situações de coação física, psíquica e moral:

“Entretanto, só existe autonomia se o indivíduo tiver direito a mais de uma opção, para que ele possa exercer seu direito de escolha. Além da liberdade de optar, a autonomia pressupõe também a liberdade de ação, ou seja, que a pessoa seja capaz de agir conforme sua decisão, independentemente de seu grau de conhecimento.”

A segunda resolução evidencia a importância da intersetorialidade para se construir estratégias de cuidado nesta temática, a partir de ações que poderão modificar objetivamente as condições de vida e trabalho da população. Neste sentido, percebemos a aplicação da integralidade ao reconhecer a influência dos determinantes sociais e a amplitude do problema para além da abrangência dos serviços de saúde.

Nesta resolução, reforça-se a garantia do cuidado acontecer no território, também orienta-se a não aceitação do isolamento de indivíduos e grupos populacionais como forma de tratamento nos componentes da RAPS, todavia, há um contrassenso em relação a resolução anterior, pois, a qual inclui um tipo de serviço que basicamente isola um grupo de pessoas a partir de uma condição específica de saúde. Cabe aqui uma reflexão sobre como construir práticas de

integralidade com teorias subsidiadas por ela, mas em instituições fundamentadas em uma perspectiva biomédica e segmentada? Como colocar a integralidade em prática em estruturas sustentadas por um modelo avesso a ela?

Ainda nesta resolução vemos a garantia do controle social, da participação dos familiares e da comunidade no cuidado ao usuário, ou seja, as ações não devem ser verticalizadas, com atividades prontas sem levantar as contribuições dos outros atores (usuário, familiar, comunidade). Todavia, conforme o quando 02, vemos a possibilidade de internação involuntária, entendemos que neste sentido, prevalece o poder médico que subjuga o usuário dizendo o que é melhor para ele.

De certa forma, internar uma pessoa ou mantê-la em um hospital involuntariamente não seria uma forma de violência mesmo que recheada de boa intenção? Não seria reduzi-la a um objeto passível de intervenção? Lembro de situações onde o vínculo do usuário com profissionais era desfeito em decorrência das internações involuntárias e em outras situações as “crises” que motivavam a busca por internação, na verdade, eram resultado de conflitos familiares que não se resolviam com esta abordagem. Penso sobre quais elementos tornam esta internação indesejada pelo usuário? Se fosse por qualquer outra condição não psiquiátrica, haveria tanta resistência? Haveria outra opção nestas situações para um cuidado mais integral e humanizado? Estas são reflexões pertinentes para a continuidade da reforma psiquiátrica nos tempos atuais.

Ao analisarmos a portaria nº. 3088, a qual regulamenta a RAPS no SUS atendendo as reivindicações da reforma psiquiátrica e garantindo o cuidado à saúde mental como direito de cidadania, percebemos conteúdos referentes a integralidade como autonomia, equidade e reconhecimento dos determinantes sociais. O texto mostra a força de um movimento político antimanicomial transformador e reformador ao propor um combate a estigmas e preconceitos, uma assistência sob a lógica da interdisciplinaridade e centrada no PTS. A ideia de uma rede articulada que garanta um cuidado integral em todos os níveis de assistência demanda um sistema complexo e diversificado que atenda às necessidades da população, conforme preconiza esta portaria.

Percebemos que há uma aposta na intersetorialidade como estratégia para a reabilitação e reinserção social de forma que a saúde é vista pelas

dimensões do trabalho, renda e moradia, conforme as propostas da IV CNSM-I. Neste ponto, percebemos outras características da integralidade.

Além de ações relacionadas à assistência, observamos a preocupação com a formação para os profissionais e a informação para a população, quando entram no texto a educação permanente e as estratégias de divulgação dos direitos conquistados, dos serviços disponíveis e de formas de prevenção e cuidado. É importante perceber que o ato de repassar folhetos informativos não é suficiente para garantir este objetivo.

Enquanto trabalhadora da saúde mental, lembro-me que, neste propósito, quando divulgávamos os CAPS em eventos da cidade, não apenas entregávamos os folhetos mas também conversávamos com as pessoas e muitas delas desconheciam a existência e função dos CAPS, algumas sabiam que existia um CAPS para tratar transtornos mentais, porém desconheciam que também existia a modalidade CAPS AD. Entendemos que este tipo de atividade merece ser incentivada, pois, além de estar contemplada nesta portaria, se revela com grande potencial para a superação do estigma e fortalecimento do movimento da reforma psiquiátrica.

Temos a proposta de uma equipe multiprofissional voltada para as demandas da atenção básica cuja abrangência das ações deve abarcar a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, na perspectiva de contemplar a integralidade, todavia, podemos refletir se seria cabível todas essas ações para um equipe, aja vista que lidar com a assistência já seria uma tarefa que demanda muito da agenda dos profissionais.

Mais uma vez, precisamos pensar sobre a realidade da prática profissional para não formular teorias bonitas, mas que não cabem na dinâmica dos serviços. Lembro-me de momentos de discussão em equipe onde a demanda de transtornos mentais leves e moderados parecia não ter lugar no CAPS e nem na Atenção Básica, hoje, através do estudo de artigos sobre os sistemas de saúde, percebo que, na verdade, essa “falta de lugar” ou “fila de espera” pode ser resquício de um modelo de assistência ambulatorial anterior ao SUS, mas que ainda existe no imaginário dos usuários e profissionais.

Também recorro de momentos de apoio matricial em Centros de Saúde da Família (CSF) onde os problemas esbarravam em questões de segurança, condições financeiras, moradia as quais escapavam de nossas mãos. Vale destacar, também, a importância de atentarmos a não reprodução de práticas de medicalização que reduzem o problema à centralidade da doença e não alcançam a integralidade da questão, pois remediar os sintomas do sofrimento é uma intervenção individualista e não alcança os determinantes sociais envolvidos. Dessa forma, a palavra “multidisciplinar”, se não acompanhada do sentido da integralidade como lógica interdisciplinar, não tem como suprir as reais necessidades em saúde mental.

Uma proposta que parece ser interessante para a reinserção social dos usuários são os Centros de Convivência localizados estrategicamente nos territórios como espaços de sociabilidade, estreitando a relação dos usuários com a comunidade através da cultura. Vale aqui relatar sobre uma experiência positiva com uma oficina de artes onde tínhamos a oportunidade de participar, junto com os usuários, dos cursos promovidos pela prefeitura voltado para o artesanato, nestes espaços, os usuários se “misturavam” entre os demais participantes, formavam vínculos de amizade, reforçavam e valorizavam sua identidade de cidadão se despreendendo da imagem de “doente mental”.

O NASF aparece como uma estratégia de apoio e assistência para a equipe da atenção básica nas demandas de saúde mental. Destacamos aqui a importância de estratégias que favoreçam a articulação e interação entre os profissionais do NASF, da atenção básica e do CAPS, pois, é a partir da interação entre estes profissionais que o cuidado integral ganha força, todavia, a presença destes profissionais de forma isolada não garante a realização da integralidade, se não houver comunicação de qualidade para as tomadas de decisões, pactuações e intervenções, o cuidado segue fragmentado. Por exemplo, a organização da agenda é determinante, pois, muitas vezes vivenciei momentos de apoio matricial onde profissionais do NASF de referência do usuário em questão não estavam presentes porque naquele dia sua agenda contemplava outra unidade de saúde e isso limitava a articulação do PTS.

A lógica interdisciplinar também deve estar na organização das equipes dos CAPS, vale ressaltar que para isto acontecer é fundamental que haja momentos

de encontro entre os profissionais envolvidos no PTS rotineiramente nos serviços cuidando para que o prontuário não seja o meio de comunicação, mas de registro das ações e evoluções. Um dos temas de discussão em reuniões de equipe, das quais participei, era a formação de ambulatórios de especialidades no CAPS e a dificuldade em encontrar espaço na agenda para pequenas discussões de caso com a participação de todos os envolvidos dada a grande demanda de assistência e urgências.

Uma característica que não deve ser esquecida quanto a realização das atividades deste dispositivo é a priorização dos espaços coletivos articulados com outros pontos da rede. Isto significa que não é uma questão estrutural que move os profissionais e usuários para fora do espaço físico do CAPS, mas a busca estratégica da reinserção social trabalhada não apenas nos usuários, mas também na sociedade. Neste sentido, uma das características potenciais dos grupos de práticas corporais que realizávamos era a priorização dos espaços do território.

A construção do PTS, conforme esta portaria, deve acontecer em colaboração da equipe profissional envolvida, do usuário e sua família. Vemos aqui um desafio, pois, conforme mencionado anteriormente, o encontro entre os profissionais já é dificultado pela agenda e a demanda excessiva de atendimentos, outra dificuldade pode acontecer é a disposição e disponibilidade dos familiares participarem. Mas de fato, é imprescindível que esta ação não fique na incumbência de um profissional como mera atividade administrativa. A implicação do usuário neste processo é fundamental para a eficácia do cuidado e o sucesso das intervenções.

As modalidades CAPS AD e CAPS infantil tem uma característica que os diferencia do CAPS destinado a transtornos mentais severos e persistentes para a população geral, enquanto este tem o fluxo de entrada regulado pela referência das unidades básicas de saúde e das unidades de internação psiquiátrica em hospital geral, os outros dois, com população específica, são porta de entrada para a rede de saúde mental, estando, assim, aberto a demanda espontânea que o busque.

Neste ponto, é válido ressaltar que quando o usuário vem referenciado pela unidade básica de saúde amplia-se a visão, pois este serviço tem informações privilegiadas dada a condição de estar no território de circulação do usuário e sua família.

Além de estar articulado com a atenção básica, o CAPS também deve se articular com os serviços de atenção à urgência e emergência para que de fato o cuidado aconteça de forma integral. Entendemos que esta articulação deve ser construída e mantida através da interação entre os profissionais intervindo de forma conjunta em situações rotineiras, mas também é necessário investir na criação de espaços de compartilhamento de saberes entre os diversos pontos da rede com o objetivo de aproximar as equipes para potencializar as ações de forma a gerar mais resolutividade e evitar encaminhamentos equivocados.

A vulnerabilidade social e familiar acompanha os usuários com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e em alguns casos os demais transtornos. Em vista desta realidade, propõe-se a Unidade de Acolhimento de caráter transitório com a função de acolher estas situações através de um acompanhamento terapêutico e protetivo articulado com o CAPS. Dessa forma, percebemos que os vínculos familiar e social são fundamentais nas situações de saúde mental, portanto, resgatá-lo faz parte da proposta da reforma psiquiátrica e, olhar o sujeito na perspectiva da integralidade implica nas dimensões familiares e sociais, assim, o cuidado é singular e ao mesmo tempo coletivo.

Vemos também a CT se apresentar como um dos pontos da RAPS, conforme já mencionado anteriormente, de caráter residencial que poderia funcionar também para os casos de vulnerabilidade familiar e social. Nesta portaria, busca-se garantir a articulação entre esta instituição e a ABS e o CAPS AD, todavia, é necessário atentar para as diferenças entre a lógica destes serviços, pois a atenção básica e o CAPS AD baseiam-se na saúde coletiva e na redução de danos, já a Comunidade Terapêutica segue a lógica da abstinência (SCHLEMPER, 2018).

A partir do referencial teórico, sabemos que o movimento da reforma psiquiátrica aliado ao movimento da luta antimanicomial reivindicam a substituição dos hospitais psiquiátricos por estratégias de desinstitucionalização, os SRT se prestam ao cuidado integral das pessoas que devido as longas internações tornaram-se moradores dos hospitais, esta condição implica na perda da autonomia e da cidadania, por isso estes novos dispositivos devem ter uma conformação de moradia, estar inserido na comunidade e buscar a reinserção social destas pessoas. Ainda buscando a desinstitucionalização dos egressos de longas internações, são citadas nesta portaria outras propostas como o programa de Volta para Casa, o qual

provê auxílio moradia, e ações intersetoriais na perspectiva do trabalho como meio para a reabilitação psicossocial.

É importante ressaltar a orientação de que as pessoas beneficiadas por estas estratégias devem ser acompanhadas pelos CAPS, estando inseridas nas atividades do território, portanto, entendemos que a proposta do SRT é de funcionar como um “lar” para essas pessoas e não como um asilo, assim, deve presar por uma dinâmica que não desvirtue esta condição, ainda que seja apenas uma aproximação do que seja um “lar”.

Entendendo que a desinstitucionalização acontece de forma processual, a partir da desconstrução do modelo manicomial e a construção da RAPS, aceita-se nesta portaria que a internação em hospital psiquiátrico ainda ocorra enquanto a RAPS estiver sendo implantada. Isso nos leva a entender que o fechamento dos hospitais psiquiátricos deve acontecer como resultado do surgimento da RAPS, ou seja, a lógica do hospital psiquiátrico é inversa a lógica da RAPS e a proposta é de extinção deste tipo de hospital.

Na RAPS, a demanda por atenção hospitalar deve ser assistida em enfermaria especializada em hospital geral com tratamento interdisciplinar e articulado com o PTS, ou em Serviço Hospitalar de Referência com tempo curto de internação e seguindo a lógica da redução de danos.

Assim, no ano de 2011, temos configurada a RAPS como proposta para um cuidado integral em saúde mental que atenda as necessidades da população com ações intersetoriais, interdisciplinares, desinstitucionalizantes centradas no PTS sob a lógica do território.

No ano de 2012 destacamos quatro portarias. Primeiro, temos a portaria nº 854, a qual certifica que a RAPS preste assistência centrada na atenção comunitária, articulada com outras redes enfatizando a promoção da reabilitação e reinserção social. Também valoriza o acolhimento como recurso do PTS para o manejo das situações de crise e de conflitos, ambas relacionadas a rupturas familiares, comunitárias, comunicação limitada e convivência impossibilitada, com vistas ao resgate das relações interpessoais familiares e comunitárias.

Esta mesma portaria faz referência aos atendimentos individual e grupal realizados no CAPS, onde o primeiro vem atender às demandas individuais e o

segundo são ações coletivas que exploram os potenciais das interações grupais com a intenção de promover sociabilidade. Vale destacar que o texto coloca o grupo como um recurso onde o profissional pode trabalhar as relações, desde as dificuldades relacionais, as construções compartilhadas, trocas de afeto e desenvolver a autoestima, a autonomia, sentimento de pertencimento e o exercício da cidadania. É importante perceber que a proposta não é de um ambulatório de especialidades, nem de atividades para ocupação do tempo, por isso, consideramos importante a avaliação constante como parte da organização destes atendimentos.

A portaria nº 855 define que a Unidade de Acolhimento deve ser organizada tendo como eixo a moradia, a educação, o trabalho e a convivência familiar e social, nesse sentido, entendemos que as atividades devem atender estes aspectos, também deve buscar a reintegração social. Como a acolhida neste dispositivo deve ser orientada pelo PTS, é imprescindível sua articulação com os CAPS. Percebemos que este tipo de serviço contempla a dimensão social e familiar dos problemas relacionados ao sofrimento e aos transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas que, muitas vezes, colocam os usuários em situações de vulnerabilidade social e familiar, neste ponto atende-se a perspectiva da integralidade.

Em seguida temos a portaria nº 856, a qual trata de um outro tipo de serviço, também de caráter residencial e transitório, a Unidade de Atenção em Regime Residencial onde a CT se enquadra e pode, então, compor a RAPS. As atividades seguem caráter protetivo e terapêutico, com enfoque no lazer, cultura, esporte, alimentação e outros para estimular o convívio social, sendo desenvolvidas dentro e fora da entidade, também devem estar no PTS. Dessa forma, a Comunidade Terapêutica deve estar articulada com o CAPS para a admissão dos usuários e condução do PTS.

No entanto, como identificar a demanda que se beneficiaria com esta proposta? Pois, a Política Nacional de Saúde Mental, até aqui, orienta o CAPS a trabalhar com a lógica da redução de danos, mas a CT trabalha com a lógica da abstinência, o CAPS busca a reabilitação psicossocial a partir do território onde o usuário está inserido, já a Comunidade Terapêutica trabalha a reabilitação retirando este usuário do território e do seu convívio familiar e social.

Encontramos na portaria nº 857 o incentivo ao SRT para possibilitar a desinstitucionalização dos egressos de internação longa nos hospitais psiquiátricos. Aqui podemos perceber que os períodos longos em hospitais psiquiátricos acabavam tornando essas pessoas em moradores institucionalizados e muitas vezes sem mais vínculo com seus familiares, o ambiente hospitalar, ao que parece, torna-se a sua referência de pertencimento, por isso, o SRT tem a proposta de resgatar as dimensões do morar, a autonomia, o convívio em comunidade através de articulação com os dispositivos do território.

Esse é um desafio complexo mas significativo para a reforma psiquiátrica pois requer uma abertura da sociedade e também dos usuários, além disso, requer um trabalho de desconstrução da figura de “doente mental”, a rotina destes serviços deve ser pensada de forma cuidadosa para que não se repita um padrão de hospitalização e esteja o mais próximo possível a ambiência de uma casa.

Em 2012, destacamos uma preocupação maior sobre os transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas e como respostas vemos uma aposta nos serviços de caráter residencial como a UA e a CT.

No ano de 2017, vemos a resolução nº 32 e a portaria nº 3588. Na resolução citada, temos a reafirmação do modelo assistencial de base comunitária que justifica a vedação da ampliação dos leitos de internação em hospitais psiquiátricos, vale lembrar que no início da reforma psiquiátrica iniciou-se a diminuição dos leitos a fim de chegar ao fechamento deste tipo de serviço. No entanto, há uma contradição, nesta mesma resolução vemos a inclusão do Hospital Psiquiátrico Especializado como um dispositivo da RAPS. Quando a reforma psiquiátrica cria a rede de saúde mental para substituir este modelo de assistência, como poderia este tipo de dispositivo agora fazer parte da RAPS? Como pode o SUS destinar verba para financiar este tipo de tratamento que se contrapõe ao modelo de cuidado integral proposto pelo CAPS?

Como esclarecimentos e justificativa para essa disparidade, o Ministério da Saúde lança a Nota Técnica nº 11/2019 onde ele denomina as ações anteriores a esta portaria de “antiga Política Nacional de Saúde Mental” e tem então um marco da “Nova Política de Saúde Mental” com ações que retrocedem ao hospital psiquiátrico e afirma que “a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos” (BRASIL, 2019, p. 5).

O texto ainda afirma que nos casos de internações compulsórias o prestador de serviço não tem governabilidade para realizar alta e ao mesmo tempo critica a condição do sistema prisional abrigar uma população de “doentes mentais graves” tornando-se o “maior manicômio do Brasil na atualidade” (Brasil, 2019, p. 5). Neste ponto, é importante refletir se o setor judiciário teria competência para decidir sobre uma forma de tratamento de saúde mental para o indivíduo penalizado, ao ponto de tirar a competência dos profissionais de saúde em decidir sobre a alta hospitalar. Nestas condições, estes Hospitais Psiquiátricos não estaria, então, assumindo o lugar de manicômio judiciário?

A referida Nota Técnica também critica o déficit na oferta de leitos de internação hospitalar afirmando que tal fato ocasionou este aumento da população de “doentes mentais” tanto no sistema prisional como na situação de rua:

Tal cenário é fruto direto dos equívocos de fechamento de leitos psiquiátricos no Brasil, nas últimas duas décadas principalmente. Além do aumento do número de pacientes com transtornos mentais graves nos cárceres brasileiros, problemas na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental acabou concorrendo também para o aumento das taxas de suicídio, aumento de pacientes com transtornos mentais graves na condição de moradores de rua, aumento e proliferação das crackolândias, aumento da mortalidade de pacientes com transtornos mentais e dependência química, principalmente de crack, aumento do afastamento do trabalho de pacientes com transtornos mentais, superlotação de Serviços de Emergência com pacientes aguardando por vagas para internação psiquiátrica. (BRASIL, 2019, p. 5)

Apesar dos elementos encontrados no texto do Ministério da Saúde serem contrários ao movimento da Reforma Psiquiátrica, o qual é formado a partir das reivindicações das associações de usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental e do MLAM, vemos a afirmativa de que “as medidas atendem aos anseios de movimentos sociais, aos desafios enfrentados diariamente por profissionais da RAPS” (BRASIL, 2019, p. 5)

Há na resolução nº32/2017 a proposta das Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental para uma assistência no nível secundário para dar suporte nos casos da atenção básica e outros serviços de saúde. Ao que parece, esta assistência atenderia a demanda ambulatorial de diferentes tipos de necessidade comuns à saúde mental como psiquiatria, terapia ocupacional,

psicologia, serviço social e fonoaudiologia, todavia, a articulação com a atenção básica não deve se reduzir ao encaminhamento da demanda.

Para que as ações sejam interdisciplinares, não basta ofertar uma variedade de especialidades, também é preciso pensar como a equipe da atenção básica poderia participar de forma conjunta com a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental e a articulação interna entre a própria equipe, dada a dificuldade de espaço na agenda já evidenciada nos momentos de apoio matricial dentro da própria unidade, pois, para que cuidado tenha por base a integralidade não basta apenas garantir a oferta. E como seria esta articulação com o apoio matricial do NASF e do CAPS?

As situações envolvendo o uso de crack e outras drogas ganha ênfase com o CAPD AD IV que tem um funcionamento de 24h para dar assistência as urgências e emergências intervindo em cenas de uso de drogas através de ações multiprofissionais e intersetoriais. Abordar cenas de uso envolve um trabalho complexo, podemos imaginar os espaços de cena de uso como casas de usuários de drogas, casas próprias para o uso oferecidas pelos traficantes, espaços na cidade ocupados por usuários de drogas entre outros espaços, são condições que ultrapassam a área da saúde, envolvem a segurança e o direito.

É preciso saber em que perspectiva essa abordagem se baseará, pois corre-se o risco de baixa resolutividade se não for respeitado o estágio de contemplação do usuário e as ações se pautarem na imposição de um tratamento contrário a vontade do usuário. É importante também pensar no vínculo terapêutico com a equipe do CAPS pois uma ação intersetorial com dispositivos da segurança será interpretada como pelo usuário? É necessário que o profissional do CAPS AD IV tenha clara a sua função dentro da ação nas cenas de uso. Para esclarecer a posição do atual Ministério da Saúde sobre a abordagem aos usuários com transtornos mentais decorrentes ao uso de álcool e outras drogas a Nota Técnica 11/2019 orienta a mudança da abordagem da redução de danos para a abstinência (BRASIL, 2019).

A intersetorialidade aparece também na proposta de fortalecimento de parceria entre os Ministérios da Saúde, da Justiça, do Desenvolvimento Social e do Trabalho com a Comunidade Terapêutica, vemos aqui uma aposta neste tipo de dispositivo dentro da temática das drogas. No entanto, nos preocupamos em saber

se esta intersetorialidade está correspondendo a integralidade ou simplesmente busca solucionar um problema pelo viés da cura, pois na Nota Técnica 11/2019 fala-se em “doente mental” (BRASIL, 2019).

A portaria nº 3588 reafirma as propostas da resolução nº 32/2017 e deixa mais claro a proposta da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental quando da mesma forma coloca a Unidade Ambulatorial Especializada, ambas com objetivo de dar assistência aos casos moderados identificados na atenção básica, os quais pareciam não ter lugar nem no CAPS, nem nas Unidades Básicas de Saúde. Apesar de a proposta se tratar de um modelo ambulatorial, exige-se que haja um cuidado transdisciplinar e ação intersetorial. O desafio está na articulação destes dispositivos com redes assistenciais, pois a assistência ambulatorial parece não ser suficiente para lidar com as necessidades de saúde mental das coletividades, haja vista que a abordagem centra-se nas queixas individuais, e, conforme me lembro em minha vivência na rede de saúde mental, nas experiências de ambulatórios de categorias como psiquiatria, psicologia, serviço social e terapia ocupacional sempre haverá uma crescente lista de espera.

Um ponto a se considerar desfavorável à integralidade é a delimitação das categorias para a composição da equipe, pois nega a diversidade das estratégias quando exclui outras possibilidades de cuidado as quais vem se emancipando na saúde mental, como é o caso da educação física e da psicopedagogia.

Esta portaria define o CAPS AD VI como referência para os usuários com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas e seus familiares nos casos de crise e maior gravidade. O PTS deve contar com profissional de referência, considerar aspectos do cotidiano e as necessidades do usuário, podendo contar com atendimento interdisciplinar priorizando os espaços coletivos, nisto atende-se ao princípio da integralidade.

A portaria também veda a ampliação dos leitos de internação em hospitais psiquiátricos e tem a Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral como opção para os casos que demandem internação de curta duração (90 dias), mas também reafirma a possibilidades de ampliação de leitos de internações longas em Hospitais Psiquiátricos modernos. E como estratégia para a desinstitucionalização dos casos de internações de longa duração em hospitais

psiquiátricos estabelece dois tipos de SRT, distintas segundo o grau de dependência dos usuários. Estes serviços devem estar articulados com os CAPS e apoiados no PTS e visando a integralidade do cuidado.

No entanto, a Nota Técnica nº 11/2019 esclarece que os SRT agora podem receber a população em situação de rua e os egressos do sistema prisional os quais apresentem transtornos mentais graves (BRASIL, 2019). Sobre esta mudança é preciso refletir quanto aos objetivos de reinserção social com os devidos cuidados para não retomar ao modelo asilar.

A última portaria dentre as pesquisadas foi editada em 2018 com o nº 544, a qual aceita a inclusão da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental em hospitais e clínicas especializadas, o que nos parece um ponto desfavorável à integralidade já que a lógica destes dispositivos não costuma seguir a interdisciplinaridade, mas sim, baseiam-se na fragmentação dos saberes no modelo biomédico. Como a RAPS pode garantir que atenção ao usuário seja organizada com base na integralidade se os serviços hospitalares e clínicas referenciados aqui são privados e tem sua lógica própria?

Um ponto importante para a integralidade é o vínculo entre profissional e usuário, pois tem sido apontado como uma das estratégias para o cuidado em saúde mental, no entanto, não foi observada nenhuma proposta de fortalecimento ou incentivo desta estratégia na Política Nacional de Saúde Mental, porém, a fragilidade de vinculação dos profissionais aos serviços de saúde devido a forma de contrato acaba prejudicando este cuidado, haja vista que gera uma rotatividade frequente de trabalhadores.

No âmbito da gestão do sistema, pode-se afirmar que a burocratização e a verticalização, o baixo investimento na qualificação e educação dos trabalhadores, os poucos dispositivos de fomento à cogestão, os desrespeitos constantes aos direitos dos usuários do SUS e a desvalorização dos trabalhadores da saúde são causas que geram diversos efeitos negativos na produção do cuidado em larga escala. Entre os principais efeitos, estão o desestímulo e a apatia para com o processo de trabalho, e a conseqüente naturalização das condições insalubres; a baixa capacidade de retenção profissional, pois a alta rotatividade gera problemas na criação de vínculos com a população e a incapacidade de vislumbrar o cuidado de forma longitudinal; não reconhecimento do outro como ser autônomo e a manutenção da prática biomédica prescritiva e punitiva, desconsiderando o sujeito em sua singularidade; os atendimentos desumanizados, com períodos de consultas mais curtos e alinhados à lógica da produtividade procedimental etc. (CARNUT, 2017, p. 1183).

Diante do exposto, podemos perceber que a integralidade predomina como princípio teórico na construção das políticas de saúde mental, todavia, há uma mistura de propostas que favorecem e desfavorecem a prática deste princípio em meio as portarias e resoluções, o que nos leva a refletir sobre o processo de formulação destas políticas, quais as entidades envolvidas, como os movimentos sociais, como o MLA e as associações de familiares, usuários e profissionais da saúde mental e a sociedade em geral tem participado? Até que ponto a reforma psiquiátrica tem acontecido na dimensão das políticas? Como estão seus avanços e retrocessos para a integralidade do cuidado?

6 PRODUÇÕES DE UMA EDUCAÇÃO FÍSICA ESTRATÉGICA PARA O CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL

Podemos reconhecer a educação física como possibilidade de cuidado terapêutico para os dispositivos da RAPS a partir das políticas, embora ainda de forma tímida, como podemos conferir no quadro 3, todavia, as produções científicas de experiências envolvendo a atuação de profissionais de educação física em CAPS tem revelado suas contribuições na área da saúde mental.

Quadro 3 – Educação física nas políticas da RAPS

PONTOS DE CONTEMPLAÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NAS POLÍTICAS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> - Atividade física e desportiva, atividade lúdico-terapêutica variada e área para prática de atividades desportivas nos serviços residenciais destinado a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas; - Profissional de educação física na composição da equipe da Unidade de Acolhimento; - Profissional de educação física na composição da equipe da Comunidade Terapêutica; - CAPS AD IV com profissional de educação física e espaço para atividade física/esporte.

O quadro 3 foi construído a partir da análise das portarias e resoluções mencionadas no capítulo anterior. Temos algumas indicações para a atuação do profissional de educação física em serviços de caráter residencial como a Comunidade Terapêutica, na Unidade de Acolhimento e no CAPS AD IV. As portarias 855 e 856 de 2012, incluem o CBO 2241 referente ao profissional de educação física para alguns procedimentos nos serviços de caráter residencial, isto é fundamental para que as atividades desenvolvidas por este profissional tenham

visibilidade no SUS, porém as modalidades de CAPS, apesar de ter o registro de práticas corporais, não contam com este CBO em seus procedimentos, sendo necessário utilizar outro para registrar as atividades desenvolvidas.

Esta situação impossibilita o registro da atuação do profissional de educação física no CAPS e coloca para a gestão municipal a decisão de arcar com a inserção e permanência deste profissional, quando for do seu interesse, pois como mencionado anteriormente, para o RAAS, estes profissionais não estão condicionados a realizar os procedimentos comuns dos CAPS, pois o seu CBO não aparece como opção para o cadastro que registra as atividades realizadas, ao passo que nos leva a entender que a visão política sobre a atuação da educação física na RAPS está reduzida ao seu núcleo de atuação. Isto não condiz com o que mostram os estudos de Wachs (2008), Abib et al (2010), Furtado et al (2015), Machado (2015), Furtado et al (2016), Silva et al (2017), Ferreira et al (2017) Furtado et al (2018), os quais mostram que a educação física tem atuado de forma interdisciplinar em ações de campo, além das específicas do seu núcleo.

Uma opção utilizada em um CAPS AD, de acordo com a pesquisa de Machado (2015), para registrar atividades do profissional de educação física foi o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPAC) onde são aceitas atividades específicas da área como prescrição de caminhada e demais afins.

Esta lacuna na RAAS, no período em que atuava no CAPS, me intrigou, busquei saber com a coordenação do serviço sobre o motivo de minhas atividades serem registradas com um CBO de função diferente, mas a resposta era simplesmente de que não existia esta opção no sistema da RAAS e caberia ao Ministério da Saúde determinar a inclusão deste CBO tanto para procedimentos específicos da educação física como para os procedimentos do campo.

Neste contexto, podemos refletir sobre as colocações de Wachs (2008, p. 98):

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

A educação física não se resume (ou não deveria se resumir) a um repertório de atividades prontas que podem ser transportadas para o CAPS.

Ao se propor atividade física ou esportiva como parte do PTS é preciso levar em conta a cultura corporal do usuário e não apenas inseri-lo em um programa de atividades simplesmente porque é benéfico ao seu organismo num sentido fisiológico, mas se nos pautarmos na integralidade precisaremos romper com as barreiras do cartesianismo e entender que uma mesma atividade não produzirá os mesmos resultados na saúde de todos os seus praticantes como se fosse uma medicação, ou melhor dizendo, uma vacina.

Cabe ao profissional de Saúde estar atento ao problema, porém sem perder de vista o todo, de modo que possa com cada sujeito perceber e criar novas possibilidades de arranjo para lidar com o problema. O profissional de Saúde não deve olhar fixamente para o sofrimento ou a doença, ou apenas a queixa, mas deve se lembrar que seu trabalho é produzir vida de forma mais ampla, e para isso cuidar de maneira integral. (BRASIL, 2013, p. 33)

Machado (2015) chama a atenção para o risco de os profissionais de educação física reproduzirem práticas manicomializadas entendendo que o modelo de atenção psicossocial proposto pela reforma psiquiátrica é construído através do contato com a saúde mental no cotidiano dos serviços, portanto, é processual. Destacamos a aptidão física, combate ao sedentarismo e hábitos saudáveis como algumas das atribuições do profissional de educação física relacionadas ao modelo biomédico, as quais o autor cita a partir do projeto de um CAPS AD estudado em sua pesquisa. Neste mesmo projeto temos também sob a incumbência deste profissional, em outra perspectiva mais voltada para a integralidade, o conhecimento de si mesmo e a criatividade pessoal.

Da mesma forma, a integralidade na organização do processo de trabalho “se caracteriza como um processo contínuo de busca da apreensão das necessidades de saúde da população.” (OLIVEIRA; CATULO, 2015 p. 216) Com isso, podemos pensar que há atributos à integralidade nas práticas da educação física, porém, também perduram vertentes provenientes do pensamento da biomedicina. Quanto a formulação das políticas específicas para a educação física na saúde mental, percebemos a mesma dicotomia.

Conforme Seixas et al (2016, apud PALHONI, 2018, p. 77) explica:

[...] o modelo biomédico hegemônico, fruto do paradigma cartesiano, está fortemente arraigado na organização dos serviços de saúde e consiste em uma visão biológica e mecanicista do corpo, que precisa ser entendido por partes com a finalidade de conhecer o conjunto. Nele, a saúde é entendida como ausência de doenças.

Para que a educação física aconteça como cuidado integral em saúde mental é necessário que as atividades não sejam segregacionistas, nem estejam centradas na doença considerando-a como um problema retalhado e descontextualizado e que pode ser solucionado com práticas biologicistas de causa-efeito. É preciso considerar a diversidade de seus determinantes, não basta agir isoladamente.

O Ministério da Saúde orienta que as práticas corporais podem fazer parte do PTS desenvolvido no CAPS e as descreve como “estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde” (BRASIL, 2015, p. 11)

A pesquisa de Machado (2015) mostra que os profissionais de educação física têm realizado em sua rotina nos CAPS atividades que vão além da sua área específica, mas que são pertinentes à realidade do serviço. Sobre esta questão, um dos trabalhadores entrevistados fala algo que merece reflexão, é importante cuidar para que este profissional não se perca na interdisciplinaridade, pois a medida em que o serviço o envolve em atividades da instituição, a sua identidade enquanto profissional de educação física pode ser descaracterizada.

Corroborando, Furtado et al (2016) entendem que existe uma tensão no processo de trabalho dos profissionais de educação física, a qual é comum na área da saúde em todas as categorias, onde há uma dualidade entre a identidade do campo de saber específico da formação e a necessidade de desprendimento dessa identidade.

Mas deve ser compreendida como uma tensão necessária, pois a saúde é uma produção social e o cuidado deve considerar a integralidade da

produção social da vida. As perspectivas unicamente disciplinares diminuem o potencial do cuidado, pois fragmentam e simplificam a multiplicidade de determinações do processo de saúde e doença, não considerando os nexos entre os diversos determinantes das condições de vida e das condições de saúde e, conseqüentemente, os nexos entre as diversas ciências e práticas sociais que estudam e transformam tais condições. É nessa perspectiva que consideramos importante destacar que a clínica ampliada, a integralidade no cuidado, a reinserção social e o trabalho interdisciplinar, entre outros importantes princípios da atenção psicossocial, exigem que todos os profissionais desenvolvam atividades que extrapolam o âmbito de sua formação inicial (FURTADO *et al.*, 2016, p. 1086).

Durante o período em que atuei na saúde mental, pude experimentar desta tensão. No início as atividades específicas da categoria tomavam a maior parte da minha carga horária, haja vista que me inseri numa estrutura de atividades já existente e dividida para três serviços, mas com a dinâmica do serviço e a medida em que ganhava experiência no campo, fui me inserindo em atividades do campo da saúde mental e para tanto tive que abrir mão de algumas atividades específicas da educação física, ressaltamos que esta reorganização acontecia conforme as necessidades do serviço iam mudando seja pelo perfil dos usuários, seja pelo quadro de funcionários. Quanto mais imersa no campo da saúde mental, mais aumentada o desprendimento da identidade profissional e a descaracterização, fato que era evidenciado quando um usuário novo ou um profissional de outro serviço me confundiam com outras categorias profissionais comumente relacionadas à saúde mental. Então, quando estava nos grupos de práticas corporais me via em um jogo de duas identidades, a de profissional de educação física e a de profissional de saúde mental.

Isto nos leva a uma reflexão sobre as estratégias inerentes à educação física, enquanto campo de saber específico e, portanto, a legitimam e devem ser desenvolvidas pelos profissionais de educação física nos serviços de saúde mental dentro do arranjo interdisciplinar. Entendemos que é importante esta reflexão para uma boa organização do processo de trabalho destes profissionais.

Um fato importante, apontado na literatura (MACHADO, 2015), para que a atuação do profissional de educação física na saúde mental esteja adequada com a integralidade, é necessário que haja identificação com o campo de trabalho, e para tanto, o contato com a teoria e a prática nesta área precisa ser iniciado desde a graduação através de estágios e disciplinas específicas que aproximem os futuros

profissionais do conhecimento sobre o SUS, a Saúde Coletiva e a Reforma psiquiátrica.

Acrescento aqui a importância de se investir em Residências Multiprofissionais em Saúde Mental como um ponto favorável para o fortalecimento da atuação deste profissional na RAPS. Silva *et al.* (2017) identifica que experiências anteriores em serviços de saúde mental facilitam a inserção dos profissionais de educação física nos CAPS, assim como a participação nas reuniões de serviço e em capacitações são estratégicas para suprir a falta de conhecimentos em saúde mental na graduação.

Silva *et al.* (2014) corroboram com a percepção de que esta lacuna na formação dificulta a inserção do profissional de educação física nos serviços de saúde mental e para minimizar as barreiras sugerem a inserção de disciplinas problematizadoras sobre a atuação profissional no campo da saúde mental nos currículos das graduações, além, das vivências de estágios e projetos de pesquisa e extensão na área.

Através dos estudos podemos perceber que o repertório das atividades oferecidas pelos profissionais de educação física é formado tendo como base suas experiências e conhecimentos, por isso, esta diversidade é permitida no conceito de cultura corporal. Percebemos, também, que cada modalidade de prática realizada no CAPS é adaptada ao objetivo de contribuir para um cuidado integral na perspectiva das necessidades em saúde mental, ou seja, reinserção social, desinstitucionalização, autonomia, exercício de cidadania, desestigmatização, protagonismo, portanto, se diferencia dos objetivos relacionados à aptidão física, performance, estética, entre outros.

No entanto, o fato de a prática dessas atividades exigir um certo esforço corporal, requer atenção ao estado de saúde do usuário, como mostra Machado (2015), quando relata sobre um episódio em que o profissional de educação física percebeu sinais de problema cardíaco em um dos praticantes podendo encaminhá-lo a realização de exames e o devido acompanhamento. Esta atitude do profissional é condizente com a visão de integralidade, conforme Mattos (2009), quando relata sobre o sentido da integralidade construído na prática profissional. Neste mesmo sentido, Machado (2015) relata sobre a postura deste profissional como um incentivador, sempre atento as necessidades dos usuários e nunca obrigando ou

decidindo sozinho sobre a realização das atividades, conforme Mattos (2009) atributos para uma boa prática profissional baseada na integralidade.

É importante mencionar que os benefícios ao funcionamento do organismo não são anulados e fazem parte dos ganhos proporcionados pelas práticas corporais, podemos percebê-los nos relatos de usuários, durante minha atuação no CAPS pude ouvir dos usuários melhora do sono, da flexibilidade, sensação de bem estar, diminuição da ansiedade, maior disposição para atividades diárias e cuidados pessoais, neste sentido Machado (2015) também refere relato sobre controle da ansiedade e outros fatores.

As práticas apresentadas pelo autor e por outros como Abib *et al.* (2010), são similares as que vivenciei, as caminhadas aconteciam de forma diversificada, em praças em contato com outros caminhantes e transeuntes, às vezes como passeio por pontos específicos da cidade, as atividades lúdicas e espontâneas resgatadas e construídas a partir da cultura corporal própria dos usuários, o alongamento coletivo que promovia o autoconhecimento e o conhecimento do outro.

As oficinas envolvendo práticas corporais (como o futebol) dentro dos CAPS – tendo em vista a reinserção social dos sujeitos em suas comunidades como um dos objetivos – emergem dentro desse novo modelo de atenção proposto pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira. (ABIB *et al.*, 2010, p. 6)

O protagonismo dos usuários na oficina de futebol mencionado por Abib *et al.* (2010), mostra como as práticas corporais possibilitam a mudança de posição do usuário de “indivíduo que recebe o cuidado” para “sujeito do cuidado,” transcendem o ato em si e, para o CAPS, tem função de exercício de reinserção. Os autores ao concluírem a pesquisa, consideram ser:

“[...] a oficina de futebol um espaço terapêutico capaz de potencializar o protagonismo dos usuários, promovendo a sua organização pessoal e coletiva, além de contribuir na resolução de alguns conflitos pontuais que surgem no ato de jogar uma partida entre usuários do serviço de saúde mental.” (ABIB *et al.*, 2010, p. 12)

A pesquisa realizada por Furtado *et al.* (2016) indica que as oficinas terapêuticas contam com a participação do profissional de educação física de

maneira significativa fazendo desta atividade um espaço de legitimação da sua intervenção. Dessa forma, os autores enfatizam a importância de se investigar sobre os elementos que determinam a escolha das práticas corporais e como eles se relacionam com os princípios da PNSM bem como com as necessidades dos usuários. Furtado *et al.* (2018) apostam nas oficinas com temas da cultura corporal como potencialidades da identidade da educação física no processo terapêutico.

Observamos que a maior parte da rotina de trabalho do profissional de Educação Física está concentrada nas atividades de cuidado terapêutico e, nessas, as oficinas terapêuticas foram as principais, indicando maior legitimidade de intervenção. Todavia, a pouca participação desse profissional em atividades de atendimento familiar e consultas conjuntas pode indicar certo distanciamento da Educação Física em relação à dimensão clínica do cuidado e ao trabalho multiprofissional em atividades dessa natureza. (FURTADO et al, 2016, p. 1087)

Um fato mencionado por Machado (2015) ocorrido durante suas observações em um CAPS AD merece ser discutido, pois nos leva a refletir sobre a lógica da redução de danos na prática dos serviços:

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. (MACHADO, 2015, p. 61)

É importante relatar que, conforme o autor, nestas situações o usuário é levado a sala de desintoxicação caso precise e em seguida é liberado para retornar à sua casa. Este fato me leva a refletir sobre situações que vivenciei enquanto profissional de educação física em serviço CAPS AD, era comum que usuários aparecessem sob efeito de substância tanto no serviço como em atividades nos espaços da cidade, diante disso, nos grupo de esportes e de práticas corporais realizados em quadras esportivas de instituições parceiras não tínhamos o suporte técnico do serviço para estas situações, no entanto, para decidir sobre como abordar

um usuário nesta condição a lógica da redução de danos era a base, os usuários costumavam vincular com estes grupos com mais facilidade do que com o próprio serviço chegando a frequentá-los mais do que aos atendimentos realizados no espaço do CAPS AD e levando em consideração este vínculo, não barrávamos a participação do usuário nesta atividade, posto que o grupo não se reduzia a prática específica do esporte ou de qualquer outra atividade utilizada no momento, então, aquela situação se configurava propícia a uma sensibilização do usuário e dos demais participantes sobre os riscos decorrentes do uso da substância e dos seus prejuízos visíveis. Após a finalização da atividade ou, se necessário, durante a sua realização conduzíamos o usuário ao CAPS AD ou à sua casa.

Assim, o grupo se fazia protagonista, incentivando a autonomia e a valorização dos usuários, além do resgate da sua condição de cidadão com direitos e responsabilidades dentro de um coletivo onde as regras não são impostas verticalmente num processo de subordinação. Trabalhávamos o sentimento de pertencimento onde o grupo não era do profissional ou do CAPS, mas ele existia para atender as necessidades dos usuários, por tanto, não deveria haver imposição de regras, mas sim, a construção delas a partir do entendimento construído pelo coletivo formado pelos profissionais e usuários.

A caminhada aparece como uma atividade que favorece potencialmente a reinserção social pois incentiva o usuário a estar em espaços de convívio social na cidade, como mostra Machado (2015), além de propiciar conversas pertinentes sobre o estado de saúde e situações do cotidiano dos usuários de forma espontânea. De fato, a caminhada, em minha vivência, permitiu a aproximação dos usuários com a comunidade dividindo o mesmo espaço e alguns dos usuários passavam até a realizar esta atividade independentemente do CAPS.

As atividades não devem ser impostas sem considerar os interesses dos usuários, mas devem ser organizadas de forma diversificada (SANTOS *et al.* 2011 apud MACHADO, 2015), ou seja, para o cuidado integral em saúde mental é essencial que o profissional de educação física precisa estar sensível para perceber se deve dar seguimento as atividades planejadas ou não (MACHADO, 2015), podendo adequá-las ao momento.

Para a construção das estratégias de intervenção, o profissional pode fazer uso das tecnologias duras, leve-duras e leves, onde, segundo Ceccim e Bilibio

(2007 apud MACHADO, 2015), as primeiras se referem a todo aparato material, vestuário e protocolos próprios para a realização das atividades, as segundas correspondem aos saberes específicos adquiridos durante a formação necessários para a condução das atividades, por fim, as últimas são o contato do profissional com os usuários e as suas atitudes diante das necessidades ocorridas durante o momento da intervenção.

Uma das dificuldades encontradas por Machado (2015) para a realização das atividades do profissional de educação física no CAPS AD estava relacionada aos efeitos sedativos da medicação nos usuários. Isto me faz lembrar de algumas cenas de usuários dormindo durante os grupos ou se queixando de sonolência e sedação, nestes casos realizávamos interconsulta com o médico de referência para que este reavaliasse sua prescrição e quando possível era reajustada a dosagem ou o horário de uso para que esta dificuldade fosse sanada, ou em outras vezes a medicação poderia estar sendo administrada de forma incorreta pelo usuário ou familiar responsável.

Outra dificuldade apontada pelo autor e por outros (Silva et al, 2017) é a falta de material que, na fala dos profissionais de educação física, influencia na qualidade e diversidade das atividades. Entretanto, em minha vivência, também não tínhamos o fornecimento de materiais específicos para as práticas corporais de forma satisfatória, mas isto não se configurava como uma dificuldade para a realização das atividades, pois, fazíamos bom uso da intersetorialidade articulando parcerias que supriam esta necessidade nos fornecendo espaço e materiais. Em uma determinada situação faltava-nos uma bola de futsal, modalidade de comum interesse entre os usuários, e para solucionar esta falta, eles se organizaram colaborando com uma quantia de dinheiro que chegasse ao valor da bola desejada, eles mesmos foram até uma loja de material esportivo e a compraram.

A utilização dos espaços do território, quando alinhada com a integralidade se utiliza da intersetorialidade para contribuir para a desinstitucionalização e reinserção social. Neste sentido, Machado (2015, p. 94), afirma:

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.

Ressaltamos que dentre os princípios e estratégias sobre as práticas clínicas no território descritos na IV CNSM-I encontramos a necessidade de implementar políticas públicas intersetoriais visando à cultura, educação, esporte, lazer e geração de renda com a integração entre os serviços públicos e as organizações comunitárias de seus territórios, aproveitando os espaços públicos e apoiando a criação de centros culturais e esportivos, centros de convivência, praças, parques e outros (BRASIL, 2010).

Quanto ao desenvolvimento da interdisciplinaridade, o autor observa situações rotineiras no cotidiano dos serviços onde, tanto o profissional de educação física se articula com outras categorias para compartilhar o cuidado compondo a integralidade, quanto também é procurado por outros trabalhadores para colaborar com aspectos da educação física.

As atividades coletivas têm a potencialidade da formação de grupos heterogêneos, o que fará as pessoas vivenciarem as diferenças e perceber que elas não devem ser impeditivas e, sim, constituintes da diversidade que é inerente à condição humana. Além disso, o estabelecimento de um ambiente acolhedor no qual as diferenças sejam tratadas de maneira positiva tornará as atividades mais atrativas” (CARVALHO, 2016, p. 654).

A partir desta análise, entendemos que o conhecimento sobre o processo da Reforma Psiquiátrica é fundamental para a integralidade na organização do processo de trabalho dos profissionais de educação física inseridos na RAPS, pois o que observamos nas portarias e resoluções nos direcionam tanto para a cultura corporal como cuidado em saúde mental quando se inclui os grupos de práticas corporais, como para o uso da atividade física como lazer e aptidão física.

Porém, para a efetivação da inserção deste profissional na Política Nacional de Saúde mental é necessário que haja um CBO compatível na RAAS que permita o registro de suas atividades, vale destacar que o procedimento “práticas

corporais” inerente à educação física é registrado com CBO de outras categorias como médico, psicólogo, terapeuta ocupacional e outros.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desta pesquisa onde buscamos compreender a dimensão política da integralidade para estabelecer um entendimento sobre a participação da educação física nas estratégias de cuidado em saúde mental considerando a Reforma Psiquiátrica e a PNSM, chegamos ao consenso de que as intervenções dos profissionais de educação física na RAPS tem se legitimado como estratégia para a integralidade na construção do cuidado em saúde mental, embora não esteja efetivada como categoria componente nos procedimentos da RAAS para a Atenção Psicossocial.

Podemos perceber a integralidade como um termo polissêmico cabendo atribuímos, dentre os seus sentidos, a visão biopsicossocial e holística (OLIVEIRA; CUTOLO, 2015) as quais se opõem à visão cartesiana reducionista que influenciou as ciências e principalmente a saúde. Conforme Mattos (2009), a integralidade na composição do SUS vem criticar a dicotomia de práticas de saúde pública e práticas assistenciais e vem em defesa da articulação destas duas práticas de maneira a transformar as práticas fragmentadas e verticalizadas em práticas unificadas e integralizadas, baseadas nas necessidades da população. Enfatizamos a dimensão política da integralidade para a articulação entre as políticas públicas sociais e econômicas as quais interveem nos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Conforme Nasi et al, (2009) o que determina uma visão integral no atendimento em saúde mental é a compreensão de que o cuidado deve ser centrado no sujeito e em seus problemas, e não no diagnóstico psiquiátrico e no isolamento produzido no modo manicomial. Todavia, apesar de a literatura estudada apontar que a reforma psiquiátrica começa com a redução do financiamento dos hospitais psiquiátricos com a intenção de extingui-lo e no entanto, no ano de 2017 assistimos a um retrocesso quando a portaria 3588 regulamenta o financiamento de Hospitais Psiquiátricos Especializados, significa o Ministério da Saúde incentivando financeiramente o fortalecimento do modelo manicomial ainda que sejam colocadas algumas restrições quanto a permanência e reinternação.

Quando falamos na educação física na atenção psicossocial, é importante lembrar que a Saúde Coletiva tem produzido um pensamento crítico a respeito da formação profissional em saúde, por conseguinte, a graduação em Educação Física tem ganhado uma nova proposta voltada para a perspectiva de uma prática de cuidado integral para indivíduos e coletivos, não mais reduzindo a saúde à dimensão biológica do corpo, mas ampliando o seu conceito para os aspectos sociais, culturais, históricos, afetivos e subjetivos (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2016).

Para a construção das ações da educação física nos serviços da RAPS ressaltamos o entendimento de Carvalho e Carvalho (2018), os quais afirmam que as práticas corporais são tecnologias de cuidado, as quais tem aparecido de forma crescente em relatos de iniciativas na atenção básica e na atenção psicossocial. É necessário que o trabalhador de educação física esteja implicado em todas as atividades como aquele que compõe o trabalho em equipe e não apenas esteja fazendo tarefas inerentes a sua área de formação.

Os espaços de troca entre os profissionais dos diferentes núcleos mostram-se extremamente potentes para a composição da equipe, tendo em vista que é favorável para o desenvolvimento da efetivação do apoio mútuo e a afirmação dos processos coletivos de trabalho (FERREIRA et al, 2017). Ao compor a equipe, assume uma identidade de profissional de saúde mental onde incorpora e é incorporado por um projeto político-terapêutico e sob estas condições constrói suas práticas que não limitam a sua especificidade (WACHS, 2008).

Sobre a integralidade na PNSM, conforme a portaria 3088 de 2011 a Comunidade Terapêutica pode fazer parte do PTS do usuário assistido pelo CAPS AD, no entanto, não fica claro o objetivo a que se presta já que cabe a atenção básica os cuidados clínicos e ao CAPS AD compete a indicação, o acompanhamento especializado, o planejamento da saída e o seguimento do cuidado, bem como articulação intersetorial para a reinserção do usuário na comunidade (BRASIL, 2011). Dessa forma, cabe perguntar qual a competência dada a Comunidade Terapêutica neste processo de cuidado? Tendo em vista seu caráter residencial, podemos deduzir que nos casos de usuários em situação de rua e sem apoio familiar poderiam receber abrigo e cuidados nestas instituições até que retomem seus vínculos familiares e sociais, todavia, as Unidades de Acolhimento também se prestam a estas situações.

Se as internações involuntárias desfavorecem a integralidade, da mesma forma, a inserção em oficinas terapêuticas de práticas corporais não deve ser baseada na imposição segundo a opinião de profissionais quanto aos possíveis benefícios fisiológicos evidenciados cientificamente por pesquisas de cunho tecnicista.

O profissional de educação física apresenta potenciais para a composição da integralidade na RAPS com diversificação de estratégias de cuidado, intervenções que envolvem a promoção da saúde mental, a reinserção social, a autonomia, o protagonismo, a intersetorialidade, no entanto, percebemos a necessidade investimento na formação e na organização do sistema de registro da RAPS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIB, L. T.; FRAGA, A. B.; F, ALVES CTP. 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** 2010;13(2):1-15. Disponível em: < <https://www.revistas.ufg.br/fef/article/view/7934>>. Acesso em: 18 ago. 2019

AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 23. N. 6. P. 2067-2074, 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2019

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO. 2009. [on line] p. 171 – 180 Disponível em: < <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019

BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B.; FERIGATO, S. H. **Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental**. O Mundo da Saúde São Paulo: 2009;33(2):218-224. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/218a224.pdf> Acesso em: 02 out. 2019

BILIBIO, L. F. S.; DAMICO, J. G. S. Carta a um jovem professor. **Cadernos de Formação RBCE**, p. 92-103, jul. 2011. Disponível em: <<http://revista.cbce.org.br/index.php/cadernos/article/view/1258>>. Acesso em: 30 out. 2019.

BONETTI, A. O ser doente: uma reflexão à luz de Georges Canguilhem. **Pensar a Prática** 7(1): 45-58, Mar. 2004. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fef/article/view/65/64>>. Acesso em: 10 set. 2019.

BORGES, F. T. **Desafios e perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS) diante do neoliberalismo**. 2012. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba. 182f. Acesso em: 05 jul. 2019 Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/104216>>

BRASIL. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e

Temática. Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2019.

_____. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

_____. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 04 jun. 2019

_____. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

_____. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclarcimentos_sobre_as_mudanc%CC%A7as_da_Politica_de_Sau%CC%81de_Mental.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2019.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2019.

_____. **Portaria nº 276, de 30 de março de 2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0276_30_03_2012.html>. Acesso em: 10 out. 2019

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Republicado no DOU nº 96 de 21/05/2013, seção 1. P. 37 e 38. 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=21/05/2013&jornal=1&pagina=37&totalArquivos=176>>. Acesso em: 14 out. 2019.

_____. **Portaria nº 3.099 de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3099_23_12_2011.html>. Acesso em: 14 out. 2019.

_____. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Disponível em: <<http://138.68.60.75/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2019.

_____. **Portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html> acesso em: 14. Out. 2019.

_____. **Portaria nº 855 de 22 de agosto de 2012.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0855_22_08_2012.html>. Acesso em: 14 out. 2019.

_____. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2019.

_____. **Resolução nº. 448 de 06 de outubro de 2011.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2011/prt0448_06_10_2011.html> Acesso em: 14 out. 2019

_____. **Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017.** DOU de 22/12/2017 nº 245, Seção 1, pág. 239. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_27593248_RESOLUCAO_N_32_DE_14_DE_DEZEMBR_O.aspx>. Acesso em: 15 out. 2019

_____. **Resolução CNE/CES 6/2018.** Diário Oficial da União, Brasília, 19 de dezembro de 2018, Seção 1, pp. 48 e 49. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=104241-rces006-18&category_slug=dezembro-2018-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 07 jun. 2019.

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.** Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde debate:** Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out-dez 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1177.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

CARVALHO, F. F. B. de. Práticas corporais e atividades físicas na atenção básica do sistema único de saúde: ir além da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis é necessário. **Movimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, 647-658, abr./jun. de 2016. Disponível em:

<<https://www.seer.ufrgs.br/Movimento/article/viewFile/58174/37391>>. Acesso em: 10 out. 2019.

CARVALHO, F. F. B. de.; CARVALHO, Y. M. de. Outros... lugares e modos de “ocupação” da educação física na saúde coletiva/saúde pública. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 21, n. 4, out./dez. 2018. Disponível em:<

<https://www.revistas.ufg.br/fef/article/view/51336/pdf>>. Acesso em: 31/10/19.

CORBISIER, C. A Reforma Psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Loucura & Civilização collection. 3ª impressão 2012. p. 279 – 299. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/htjgj>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Loucura & Civilização collection. 3ª impressão, 2012. 316 p. [online] Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/htjgj>>. Acesso em: 16 nov. 2018

DAMICO, J. G. S.; KNUTH, A. G. O des(encontro) das práticas corporais e atividade física: Hibridizações e borramentos no campo da saúde. **Movimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 01, p. 329-350, jan/mar de 2014. Disponível em: < <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/39474>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

DIAS, M. S. de A. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(1):103-114, 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0103.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

FERREIRA, L. A. dos S.; DAMICO, J. G. S.; FRAGA, A. B. Entre a composição e a tarefa: estudo de caso sobre a inserção da educação física em um serviço de saúde mental. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbce/v39n2/0101-3289-rbce-39-02-0176.pdf>> Acesso em: 10 fev. 2018

FURTADO, R., P. *et al.* Educação física e saúde mental: uma análise da rotina de trabalho dos profissionais dos CAPS de Goiânia. **Movimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 4, 1077-1090, out./dez. de 2016. Disponível em: < <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/62158>> >. Acesso em: 04 jun. 2019.

FURTADO, R., P. *et al.* O trabalho do professor de educação física no CAPS: aproximações iniciais. **Movimento**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 41-52, jan./mar. de 2015. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/43457>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

FURTADO, R., P. *et al.* O trabalho do professor de educação física nos CAPS de Goiânia: identificando as oficinas terapêuticas. **Rev Bras Ciênc Esporte**. 2018;40(4):353-360. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32892018000400353>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

GALAK, E. “A educação física busca o aperfeiçoamento da raça”: políticas públicas, saúde, eugenia e educação dos corpos. In: GOMES, I. M.; FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. de. (org.) **Práticas corporais no campo da saúde: uma política em formação** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. P. 47-74. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/praticas-corporais-no-campo-da-saude-uma-politica-em-formacao-pdf>>. Acesso em: 22 set. 2019

GOMES, A. C. V.; SILVA, A. L. dos S.; VAZ, A. F. O Gabinete Biométrico da Escola de Educação Física do Exército: medir e classificar para produzir corpos ideais, 1930-1940. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, n.4, out.-dez. 2013, p.1551-1569. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v20n4/0104-5970-hcsm-20-04-01551.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2019.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, ed: 21. 2002. p. 67 – 79. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2019.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. **In: Tratado da Saúde Coletiva**. CAMPOS et al (org). São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2006, p. 615-634.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000100003>. Acesso em: 23 jul. 2019.

MACHADO, G. J. **A atuação do professor de educação física nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**. Dissertação (Mestrado em Educação

Física) – Centro de Educação Física e Desportos , Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. IN: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: 8ª Edição. CEPESC. IMS/UERJ. ABRASCO. 2009. p. 43 – 68. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

MENDES, M. F. M.; MORAES, M.; ANDRADE, S. C.; ROCHA, C. M. F. Educação física e a rede de saúde pública: dilemas, possibilidades e desafios entre a formação e a intervenção. **Motrivivência** v. 26, n. 43, p. 133-149, dezembro/2014. Disponível em: < <https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/view/2175-8042.2014v26n43p133>>. Acesso em: 21 nov. 2018

MONTEIRO, R. M. P. **Dizem que sou louco**: o caso Damião Ximenes e a Reforma Psiquiátrica em Sobral/Ce. 2015. Tese (Doutorado em Sociologia), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015

NASCIMENTO, P. M. M.; OLIVEIRA, M. R. R. de. Perspectivas e possibilidades para a renovação da formação profissional em educação física no campo da saúde. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 19, n. 1, jan./mar. 2016. Disponível em: < <https://www.revistas.ufg.br/fef/article/view/36253>>. Acesso em: 13 jul. 2019.

NASI, C; CARDOSO, A. S. F.; SCHINEIDER, J. F.; OLSCHOWSKY, A.; WETSEL, C. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **reme - Rev. Min. Enferm.**;13(1): 139-146, jan./mar., 2009. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/174>>. Acesso em: 19 jun. 2019.

OLIVEIRA, I. C.; CUTOLO, L. R. A. Integralidade: algumas reflexões. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 42 (3): p. 146-152; 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n3/1981-5271-rbem-42-3-0146.pdf>> Acesso em: 04 jul. 2019.

OLIVEIRA, I. C.; CUTOLO, L. R. A. Percepção dos Alunos dos Cursos de Graduação na Saúde sobre Integralidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2015; 39 (2), 208-217. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200208> Acesso em: 04 jul. 2019

PAIM, J. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. In: GOMES, I. M.; FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. de. Orgs. **Práticas corporais no**

campo da saúde: uma política em formação [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. P. 21-45.

PALHONI, A. R. G. **Teoria sobre atenção às necessidades em saúde: um olhar sensível para além da doença**. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

SCHLEMPER, B. R. J. Bioética no acolhimento a dependentes de drogas psicoativas em comunidades terapêuticas. **Rev. Bioét.** vol.26 no.1 Brasília Jan./Mar. 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n1/1983-8042-bioet-26-01-0047.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2019

SEIXAS, C. T. *et al.* La integralidade desde la perspectiva del cuidado em salud: uma experiência del Sistema Único de Salud em Brasil. **SaludColectiva**, Buenos Aires, v. 12, n. 1, p. 113-123. 2016. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/scol/2016.v12n1/113-123>> Acesso em: 19 jun. 2019

SILVA, J. R. A. da *et al.* Atividade física e saúde mental: uma experiência na formação inicial em Educação Física. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**. p. 133-140. Disponível em: < <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/2886>>>. Acesso em: 28 jul. 2019.

SILVA, T. M. da C. *et al.* Educação física e saúde mental: atuação profissional nos centros de atenção psicossocial. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 20, n. 3, jul./set. 2017. Disponível em: < <https://www.revistas.ufg.br/fef/article/view/45242>>. Acesso em: 26 jun. 2019.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 14(2):477-486, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232009000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 07 ago. 2019.

WACHS, F. **Educação física e saúde mental: uma prática de cuidado emergente**. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

Disponível em:

<http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/EDUCACAO_FISICA/dissertacao/Educacao-Fisica-e-saude-mental.pdf>

Acesso em: 20 dez. 2018.

ZAMBENEDETTI. G.; SILVA, R. A. N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, 14(1), 131-150. 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/D%C3%A9bora/Downloads/292-Texto%20do%20artigo-894-1-10-20081106.pdf>> Acesso em: 22 ago. 2019.