

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

MARCELO SALIMEN RODOLPHI

**A FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA PARA ATUAÇÃO EM SAÚDE
MENTAL**

PORTO ALEGRE - RS

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

MARCELO SALIMEN RODOLPHI

**A FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA PARA ATUAÇÃO EM SAÚDE
MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para a obtenção do
Certificado de Especialização em Saúde
Pública.

**Orientadora: Prof^a Dr^a Alzira M^a Baptista
Lewgoy**

PORTO ALEGRE - RS

2014

RESUMO

O presente estudo foi realizado em Porto Alegre com a finalidade de analisar como vem se efetivando a formação e o trabalho do educador físico na área de saúde mental, em Porto Alegre. Foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas para educadores físicos que atuam em saúde mental, estudantes de educação física das universidades de Porto Alegre e os coordenadores dos cursos destas universidades para verificar como se constitui o processo de formação profissional do educador físico a partir das diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em educação física estabelecidas pela resolução nº7 de 2004 e identificar como vem se materializando as competências profissionais do educador físico exigidas pelas Diretrizes Curriculares no trabalho da área da saúde mental. Esta pesquisa contém um referencial teórico com temas como a formação profissional do educador físico, saúde mental e atuação do educador físico na saúde mental. Percebeu-se que apesar de terem ocorrido mudanças nas grades curriculares destas universidades com a introdução de disciplinas que contemplem conhecimentos sobre a saúde mental a formação acadêmica dos estudantes de educação física ainda é muito incipiente para uma atuação do profissional nesta área que necessita, obrigatoriamente, realizar estudos complementares após a sua formação para não ficar defasado em conhecimento em relação aos outros profissionais que atuam em conjunto nos grupos multidisciplinares.

Palavras chaves: Formação em educação física, saúde mental, competências profissionais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO FÍSICA	9
2.1 FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO FÍSICA E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	11
3 SAÚDE MENTAL: ORIGENS E EVOLUÇÃO	14
3.1 CONCEPÇÕES E REFLEXÕES.....	19
4 EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE MENTAL	23
5 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA	27
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES	30
6.1 FORMAÇÃO DO EDUCADOR FÍSICO NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL.....	30
6.2 O TRABALHO DO EDUCADOR FÍSICO NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL.....	37
7 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAIS.....	51
APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COORDENADORES DE CURSO.....	52
APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTUDANTES.....	53
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	54
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL.....	55

1 INTRODUÇÃO

A criação e a regulamentação do sistema único de saúde (SUS), no final da década de 80, mudaram radicalmente a estrutura e a organização dos serviços de saúde no Brasil (FRAGA, CARVALHO, GOMES, 2012). A institucionalização dos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, bem como das diretrizes operacionais baseadas na descentralização, regionalização, hierarquização e na participação popular, exige dos profissionais de saúde uma forma de atuar distinta, “calcada na ação intersetorial e no empoderamento da população” (HADDAD et al.,2010, p.386).

Contudo, a consolidação desses princípios passa, necessariamente, pela mudança no processo de formação dos profissionais, pois ainda vigora, no ambiente formativo da maioria dos cursos de graduação, uma visão predominantemente biomédica do processo saúde-doença e uma forma de organização curricular centrada na transmissão de conhecimento, hierarquizado e verticalizado (FRAGA, CARVALHO, GOMES, 2012).

A formação profissional em Educação Física constitui-se, desde a década de 80, uma questão crucial para a área no Brasil, tendo sido objeto de inúmeros estudos e debates (BETTI, 1996). De acordo com Borges (1998), a Educação Física vem assumindo diferentes significados sociais nos últimos anos, mas, para muitos, continua sendo um mecanismo de preparação apenas para o corpo. Deve-se a isso o fato de que a Educação Física era ensinada, primeiramente, por instituições militares que também eram responsáveis pela formação de profissionais da área, diferenciando assim, o professor de Educação Física dos demais professores de outras áreas (BORGES, 1998). Esta formação dentro das instituições de ensino vem se aprimorando cada vez mais na busca de alicerçar os saberes desse profissional para as diferentes práticas.

Após a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Educação Física em 2004, discussões sobre a formação profissional ocorreram e mudanças importantes efetivaram-se às atividades relativas à Educação Física. Segundo o artigo 4º da resolução nº7 do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior de 31 de março de 2004, o curso de graduação em Educação Física deverá assegurar uma “formação generalista, humanista e crítica, qualificadora da intervenção acadêmico-profissional, fundamentada no rigor científico, na reflexão filosófica e na conduta ética” (BRASIL, 2004).

A Saúde Mental relacionada à atividade física tem recebido uma maior atenção nos últimos anos. Podemos citar como possíveis causas o desenvolvimento de políticas públicas, bem como a abertura de novos horizontes profissionais como a possibilidade de atuação em saúde pública, saúde mental e coletiva. Dentro da perspectiva de atendimento no SUS, uma importante característica relacionada à saúde mental, é o atendimento a pessoas com transtornos mentais.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) preconiza que é responsabilidade dos profissionais, envolvidos com saúde pública, elaborarem projetos e fazerem estudos para o desenvolvimento do conhecimento em todas as áreas da saúde. Estes conhecimentos devem ser trabalhados dentro dos cursos de formação, os quais necessitam formar profissionais habilitados para atuar na atenção à saúde. Contudo, no cenário nacional, observamos a existência de poucos estudos e isoladas presenças efetivas de profissionais ou ações de Educação Física nos serviços de saúde pública, constatando assim, que ainda é pequeno o reconhecimento e a inserção deste profissional nesta área (OLIVEIRA et al., 2011).

Este estudo se torna importante para a saúde pública uma vez que a partir da criação da lei federal nº 10.216 de 2001 surge uma política de saúde mental instituindo um novo modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais no Brasil.

A grande incidência de doenças psiquiátricas é um fator que preocupa. Após a publicação da Política Nacional de Promoção de Saúde em 2006 e da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) o professor de Educação Física tem fundamento para justificar sua presença dentro do campo da saúde e suas intervenções na sociedade promovendo-a. A relevância do presente estudo se baseia nas possibilidades de novas perspectivas no campo de atuação dos professores de Educação Física, juntamente com o que este, com sua especificidade, pode agregar a saúde em especial a saúde mental. Um novo campo de atuação dos profissionais de Educação Física se constrói o que requer atenção às competências conferidas aos profissionais para o trabalho nesta área da saúde.

Durante a graduação, entre os anos de 2006 e 2011, nada levava a pensar a Educação Física atuando na área da saúde mental. Foi durante o estágio curricular no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) onde o serviço de Educação Física atua há mais de trinta anos que ocorreu o primeiro contato com esta área. Para Wachs, (2007), não é óbvia a proximidade desses campos, pois durante a formação acadêmica nada o remetia a imaginar a intervenção da Educação Física com pacientes psiquiátricos, ou indivíduos

acometidos de transtorno mental. O perigo da não proximidade com o campo do qual iremos intervir está na “transgressão” da formação, conforme previsto nas Diretrizes Curriculares, ou seja, assegurar o conhecimento fundamentado no rigor científico e na conduta ética. O interesse por esse tema surge desta experiência de estágio na área de Saúde Mental realizado no Hospital Psiquiátrico São Pedro, onde além das patologias, pude ver como o profissional de Educação Física atua dentro de grupos multidisciplinares.

Pensando na importância do educador físico na área da saúde e saúde mental tendo em vista que a Educação Física está cada vez mais inserida neste contexto, indaga-se neste estudo: como vem se constituindo o processo de formação em Educação Física, em Porto Alegre, de modo a contribuir para as competências profissionais preconizadas pelas Diretrizes Curriculares (2004) para o trabalho na área da saúde mental?

Nesse sentido a pesquisa a formação em educação física para atuação em saúde mental visa: a) analisar como vem se efetivando a formação e o trabalho do educador físico na área de saúde mental, em Porto Alegre, a fim de propor estratégias que contribuam para a concretização da competência profissional; b) conhecer como se constituiu o processo de formação profissional do educador físico a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física estabelecidas pela resolução nº7 de 2004 e c) identificar como vem se materializando as competências profissionais do educador físico exigidas pelas Diretrizes Curriculares no trabalho da área da saúde mental.

Este estudo foi realizado em Porto Alegre, onde foram realizadas um total de 15 entrevistas semi-estruturadas com educadores físicos que trabalham na área da saúde mental no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), no Hospital de Clínicas (HCPA) e no CAPS de Viamão, alunos graduandos dos cursos de Educação Física Bacharelado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), da pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e do Centro Universitário Metodista IPA e os coordenadores dos cursos de graduação em Educação Física das universidades anteriormente citadas.

Este trabalho contém um referencial teórico com três capítulos. O primeiro capítulo nomeado “Formação Profissional em Educação Física” fala sobre como se constrói a formação dos profissionais em educação física no Brasil. O segundo capítulo “Saúde Mental”, traz um histórico da saúde mental no Brasil e no mundo e conceitos de

saúde mental. Por fim, o terceiro capítulo “A Educação Física na Saúde Mental”, dispõe sobre o papel e atuação dos profissionais de educação física nesta área.

A grande incidência de doenças psiquiátricas é um fator que preocupa. Após a publicação da Política Nacional de Promoção de Saúde em 2006 e da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) o professor de Educação Física tem fundamento para justificar sua presença dentro do campo da saúde e suas intervenções na sociedade promovendo-a. A relevância do presente estudo se baseia nas possibilidades de novas perspectivas no campo de atuação dos professores de Educação Física, juntamente com o que este, com sua especificidade, pode agregar a saúde em especial a saúde mental. Um novo campo de atuação dos profissionais de Educação Física se constrói o que requer atenção às competências conferidas aos profissionais para o trabalho nesta área da saúde.

2 FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A construção do projeto Educação Física teve início, em território brasileiro, quando os primeiros grupos de colonos, imigrantes, militares, em diferentes partes do país, começaram a se estruturar em atividades afins, buscando o lazer, a formação corporal ou a disciplina. Em 1939, por meio do decreto-lei nº 1.212 foi criada a Escola Nacional de Educação Física e Desportos e se estabelece as Diretrizes Curriculares para a formação profissional. (NETO et al., 2004).

A partir da Lei de Diretrizes e Bases nº 4.024 de 1961, a formação do professor passou a exigir um currículo mínimo e um núcleo de matérias que procurasse garantir a formação cultural e profissional adequadas. Em 1969 há uma mudança no currículo, advinda da reforma universitária de 1968, que estabelece que os cursos de formação de professores passem a se restringir apenas aos cursos de Educação Física e técnico de desportos previsto para três anos de duração, com uma carga horária mínima de 1.800 horas aula. Em 1987, com a promulgação do parecer CFE nº 215/87 e da resolução CFE nº 03/87 foi estabelecida a criação do bacharelado em Educação Física, dividindo a Educação Física em Bacharelado e Licenciatura, modelo vigente nos dias atuais (NETO et al., 2004).

Marques (1992) comenta sobre o significado de ser Licenciado ou ser Bacharel em qualquer curso, considerando uma das principais diferenças citadas da licenciatura para o bacharelado. O primeiro reproduz lecionando, e o segundo cria e desenvolve.

Ainda segundo Marques (1992) O Bacharel pode ser considerado como alguém apto a atuar diretamente na área da saúde, rendimento, recreação e outras diversas áreas físicas, já o Licenciado seria direcionado para as escolas com um campo menos abrangente.

A formação profissional em Educação Física constitui-se, desde a década de 80, uma questão crucial para a área no Brasil, tendo sido objeto de inúmeros estudos e debates (BETTI, 1996). Esta formação dentro das instituições de ensino vem se aprimorando cada vez mais na busca de alicerçar os saberes desse profissional para as diferentes práticas. De acordo com Borges (1998), a Educação Física vem assumindo diferentes significados sociais nos últimos anos, mas, para muitos, continua sendo um mecanismo de preparação apenas para o corpo. Deve-se a isso o fato de que a Educação Física era ensinada, primeiramente, por instituições militares que também eram

responsáveis pela formação de profissionais da área, diferenciando assim, o professor de Educação Física dos demais professores de outras áreas (BORGES, 1998).

Após a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Educação Física em 2004, discussões sobre a formação profissional ocorreram e mudanças e mudanças importantes efetivaram-se às atividades relativas à Educação Física. Segundo o artigo 4º da resolução nº7 do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior de 31 de março de 2004, o curso de graduação em Educação Física deverá assegurar uma “formação generalista, humanista e crítica, qualificadora da intervenção acadêmico-profissional, fundamentada no rigor científico, na reflexão filosófica e na conduta ética” (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2004, SEÇÃO 1, P.18.1).

O profissional que atua nesta área precisa compreender que sua formação o capacita ou deveria capacitá-lo, para entender que este tem um papel fundamental dentro da sociedade, pois seu campo de atuação abrange o ser humano desde sua infância na escola e está presente até a terceira idade, e sua preocupação não pode estar focada somente em trazer benefícios para o corpo, pois o exercício físico e a atividade física é um meio de interação do ser humano com ele mesmo e com as outras pessoas, sendo também parte da própria sobrevivência humana estando ligado intimamente com o desenvolvimento social e cultural de diferentes sociedades.

De acordo com Santin (1987):

Com esta compreensão do movimento humano a educação física passa a ver o homem como um todo. Os exercícios, chamados físicos, não são simplesmente físicos, mas são exercícios humanos. Em nenhum momento o homem age separadamente. Assim, o gesto corporal é também espiritual ou psíquico. A vida é um movimento constante. É o movimento da vida que deve tornar-se o centro da educação física. Reduzir o movimento do homem aos exercícios físicos é reduzi-lo a extrema pobreza, a miséria. Neste espaço, penso eu, é urgente que a educação física passe a investir seus maiores esforços. (SANTIN, 1987, p.63).

A questão da formação dos cursos de graduação em educação física seja licenciatura ou bacharelado tem em seu currículo disciplinas voltadas para a prática esportiva, cultura do corpo. Contudo está longe de ser apenas uma prática voltada apenas para jogos ou exercícios físicos, sua abrangência vai muito além atingindo aspectos da anatomia, fisiologia, esquema corporal, motricidade, bioquímica, nutrição, recreação e socialização. “[...] demarcam-se posições diferenciadas, cada vez mais

explicitadas, nas discussões sobre as funções sociais da educação física, sua legitimidade e sua autonomia.” (BRACHT, 1992 p. 12),

Scherer (2005) nos explicita sobre os ramos da educação física abrirem caminhos para novas possibilidades, além do aumento das aptidões físicas, colégios, rendimentos e estéticas, foram inseridos campos dentro da saúde, da gestão de eventos, da recreação, dos esportes radicais, das terapias, das lutas, da dança e quase qualquer campo que seja relativo a movimento ou lazer e *hobbies*, e até mesmo práticas sociais, um leque quase infinito de possibilidades.

Quando se fala em possibilidades o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF, 2009) se posiciona e evidencia no site oficial, as atribuições do profissional:

Art. 12 – Compete ao Profissional de Educação Física, coordenar, planejar, programar, supervisionar, dinamizar, dirigir, organizar, orientar, ensinar, conduzir, treinar, administrar, implantar, implementar, ministrar, analisar, avaliar e executar trabalhos, programas, planos e projetos, bem como, prestar serviços de auditoria, consultoria e assessoria, realizar treinamentos especializados, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares e elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos, todos nas áreas de atividade física e do desporto.

Art. 13 – O Profissional de Educação Física intervém, segundo propósitos educacionais, de saúde e de lazer.

Em cima disso uma das possibilidades que se abre ao profissional de educação física é a atuação no SUS, legitimada pelo CONFEF, desde que possua uma formação adequada para tal.

2.1 Formação em Educação Física e Sistema Único de saúde (SUS)

Uma vez que o profissional de educação física tem sua presença legitimada pelo seu conselho no SUS devemos ver como se dá o processo de formação do mesmo para atuação no Sistema.

Tendo como principio constitucional a “saúde” como direito de todos e dever do estado, e a partir do conceito formulado na VIII Conferência Nacional da Saúde de que a saúde deve ser entendida não mais como ausência de doenças, mas como um fenômeno totalmente influenciado pelos determinantes sociais, é importante para as áreas da saúde compreenderem esses aspectos sobre o significado de saúde e considerando em seu atendimento a concepção adotada:

Saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, sendo antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.4).

Nesse sentido a saúde engloba todos os aspectos cotidianos da vida do ser humano abandonando o caráter biológico e entrando muito mais nas questões sócias e de relações que envolvem o homem.

A Educação Física historicamente teve sua área voltada para a saúde, mas de um modo voltada a atender pessoas com melhores condições sociais, realizando um trabalho direcionado para a obtenção de saúde em detrimento ao culto ao corpo, deixando de lado a maior parte da população que não tem acesso nem mesmo aos serviços básicos de saúde.

Entendendo o processo saúde/doença como também sendo, um fator social agravante, é importante que os profissionais da área da saúde na qual a Educação Física está inserida, tenham conhecimento e entendimento do significado do conceito saúde coletiva, sendo que, difere de saúde pública, levando em consideração a saúde como questão social e utilizando referenciais advindos das ciências humanas e sociais. Saúde coletiva difere conceitualmente da abordagem de saúde pública que tem uma visão medicalizante e biologicista, e que se baseia no modelo que tem como visão as medidas curativas (PAIM, 1980).

Considerando a complexidade do tema para a área da saúde é importante conhecer suas definições. Saúde coletiva de acordo com Luz (2007) é:

[...] compreendida como um campo de saberes e práticas que toma como objeto as necessidades sociais de saúde, com intuito de construir possibilidades interpretativas e explicativas dos fenômenos relativos ao processo saúde-doença, visando a ampliar significados e formas de intervenção. Entende-se, portanto, que nessa experiência relatada na forma “de processo” de constituição de um campo pode ser analisada sob o olhar da Educação Física de modo que esta conheça outras formas de pensar e agir no universo da saúde. (LUZ, 2007, p. 20).

O profissional da área da saúde, portanto deve receber uma formação na qual possa apropriar-se desses conceitos e dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a forma brasileira para prestação de serviços de saúde, e que deve ordenar o processo de formação profissional na área (SOARES, 2001).

De acordo com Campos (2001), O SUS e os conceitos de saúde visam superar o modelo anterior, baseado em medidas curativas, hospitalocêntricas e médico-centrado. Isso implicará na estimulação de uma atuação interdisciplinar na saúde, tendo um processo de formação profissional continuada e mais contextualizada, com ênfase em medidas de prevenção, cura e reabilitação, levando em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população.

Nesta perspectiva, a “[...] formação do profissional de saúde deve contemplar a preparação para atuar em equipes multiprofissionais com o ideal da interdisciplinaridade” (PUSTAI, 2004, p. 64), ou seja, adquirir um conhecimento que aborde os aspectos sociais, biológicos, culturais e econômicos da população, entendendo os modos de intervenção e assim poder seguir com um atendimento de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, como a universalidade, a equidade e a integralidade de atendimento. Assim os cursos de graduação em saúde devem formar profissionais para atuar no sistema de saúde vigente no país, abordando o trabalho em equipe e a atenção integral a saúde (SILVEIRA, 2004).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a universidade não pode ser independente da regulação e da direção política de estado. As mudanças nas áreas de trabalho em saúde e as novas exigências do perfil dos profissionais fazem com que profissões como a Educação Física entre outras passem a ter lugar em equipes multiprofissionais, tendo como principal desafio a questão da interdisciplinaridade, existem estratégias para ampliar a formação desses profissionais e prepará-los para atuar nas equipes, como por exemplo, a criação da Lei 11.129 de 2005 que criou a Residência Multiprofissional em Saúde com objetivo de formar os diferentes profissionais da área da saúde e adequar o perfil profissional as necessidades de atendimento do SUS.

Da mesma forma, a área da saúde mental exige um perfil profissional que esteja de acordo com as questões sociais sendo necessária uma formação que prepare o profissional para atuar nos novos serviços que estão substituindo os tradicionais espaços de institucionalização de portadores de transtornos mentais.

3 A SAÚDE MENTAL: ORIGENS E EVOLUÇÃO

Os seres humanos sempre se preocuparam com qualquer comportamento diferente daquele geralmente encontrado em seu meio. Às vezes, a origem dessa preocupação pode ser explicada pelo medo de conviver ou aceitar o que seja bizarro ou diferente. A compaixão, ou até mesmo a observação de comportamentos inadequados (nos casos extremos, até ameaçadores do bem estar da própria pessoa ou do grupo como um todo) pode ser origem de tanta preocupação. Ao longo da história, muitos são os rótulos aplicados às pessoas com transtornos mentais, tais como selvagem, excêntrico, pecador, lunático, insano ou louco. Todas estas denominações são fortemente influenciadas pelas crenças prevaescentes acerca da causa e da natureza dos transtornos mentais. A humanidade tem explicado e tratado o comportamento anormal de distintas maneiras em diferentes momentos. Tão longe como os primeiros inscitos da humanidade, há alusões às pessoas consideradas estranhas, bem como relatos de diversas condutas adequadas (STONE, 1999).

Na pré história, o tratamento dos doentes mentais consistia provavelmente, de ritos tribais com o objetivo de alterar o comportamento. Caso não surtisse efeito, o abandono e, por conseguinte, a morte, provavelmente, era a medida mais adequada (HOLMES, 1997).

Na antiga Grécia e Roma, a consideração pelos doentes era notável. Os gregos, particularmente, utilizavam seus templos como hospitais e empregavam como terapia os recursos naturais como o ar livre, a água pura e a luz solar. Encenações teatrais, cavalgadas, caminhadas e o contato com a natureza já eram métodos recomendados para a melhora do humor. Procedimentos rígidos como a inanição, correntes e flagelo, no entanto, também faziam parte do tratamento. Com relação aos romanos, poucas informações parecem estar disponíveis. A nosologia romana padrão da época foi simplesmente adotada dos autores gregos. Galeno baseava seus tratamentos nos seus predecessores gregos. Outros médicos empregavam sangrias, purgantes e banhos sulfurosos (ROEDER, 2003).

Embora a Idade Média fosse considerada o marco da “demologia”, sabe-se que as crenças de que o comportamento anormal era causado por forças sobrenaturais que assumiam o controle da mente e do corpo eram anteriores ao começo da história escrita. Evidências na forma de rolos de papiro, monumentos e os antigos livros da bíblia

revelam que egípcios, árabes e hebreus acreditavam que o comportamento anormal era decorrente de possessão por forças sobrenaturais, como deuses hirados, maus espíritos e demônios. A abordagem utilizada no tratamento constava de encantamentos, preces ou porções para persuadi-los a irem embora (ROEDER, 2003).

Hipócrates (460-377 d.C.), conhecido como o pai da medicina moderna, ensinou que o cérebro é o órgão responsável pelas doenças mentais. Ele também sugeriu que o comportamento era governado pelos níveis relativos de quatro humores (líquidos) no corpo: a bile negra, a bile amarela, a fleuma e o sangue. Ele acreditava que um excesso de bile negra causava a depressão; que a bile amarela estava relacionada à tensão, à ansiedade e à instabilidade pessoal; que níveis elevados de fleuma resultavam em um comportamento sombrio ou preguiçoso (fleumático); e que um excesso de volume sanguíneo estava relacionada a oscilações rápidas de humor. Utilizava como tratamento, a retirada do excesso de líquidos do corpo ou alterando dieta, exercício, ingestão de álcool ou mudança de estilo de vida em geral (ROEDER, 2003).

Na Idade Média (500-1500 d.C.), o tratamento dos doentes mentais foi deixado a cargo dos religiosos, e as credices supersticiosas floresceram, contrapondo a sexualidade anárquica e a corrupção do mundo greco-romano. A religião tornou-se a força dominante que reinava em todos os aspectos da vida européia, e a abordagem naturalista de Hipócrates e seus seguidores foi abandonada. Os insanos eram flagelados, acorrentados, escorraçados e deixados sem alimentos, na crença de que os demônios que os possuíam dessa maneira poderiam, assim, serem expulsos. Os fenômenos mentais eram agora explicados em termos quase morais envolvendo referências a espíritos maus, fantasmas, incubes, súcubus, etc. A técnica de “exorcismo”, através de chicotadas e imposições das mãos, era a prática mais utilizada. As pessoas perturbadas muitas vezes eram consideradas bruxas e, portanto, deviam ser mortas ou queimadas vivas. Estes indivíduos eram tidos como uma ameaça à sociedade e deviam ser extintos na tentativa de proteger os outros (ROEDER, 2003).

O início do século XVI foi marcado tanto pelo auge da Inquisição quanto pelo ressurgimento de pensamentos racionais e humanísticos com relação à vida mental, movimento este encabeçado por filósofos. Nesta época, quando as igrejas e os mosteiros, que tinham caráter asilar, desistiam do atendimento aos doentes mentais, os mais violentos eram guardados em masmorras ou colocados em celas. Em 1547, o hospital Saint Mary of Bethlehen, em Londres, foi dedicado aos cuidados das pessoas com transtornos mentais, tendo, como tratamento, o confinamento em celas sob

condições terríveis. Nos séculos XVII e XVIII, as masmorras de Paris empregavam sangrias, camisas de força e chicotes como exemplos de processos terapêuticos (ROEDER, 2003).

Com a Revolução Francesa, em 1789, que trazia como lema as palavras de ordem “liberdade, igualdade e fraternidade”, a visão de exclusão social passou a ser substituída por um processo de reabsorção dos excluídos, buscando-se alternativas para os “necessitados”, tais como o auxílio financeiro e atendimento médico domiciliar. Os loucos, entretanto, ainda permaneciam com seus corpos encarcerados e acorrentados (ROEDER, 2003).

Philippe Pinel (1745-1826), considerado o pai da psiquiatria moderna, foi uma das pessoas que contribuiu para o tratamento humanitário aos doentes mentais. Ele ordenou que os clientes de seu hospital, em Paris, fossem desacorrentados e que os alojamentos fossem renovados para tornarem-se mais agradáveis. Pinel fundamentava a alienação mental como sendo um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso e definia o cérebro como sede da mente, onde se manifestava a loucura. Dividiu os sintomas em mania, melancolia, demência e idiotismo. Na mesma época, Willian Tuke (1732-1822) abriu um retiro em uma propriedade rural, cujo tratamento embasava-se na noção de que o repouso, o ar fresco e a exposição à natureza tinham valor terapêutico. Por volta de 1830, difundiu-se um movimento para a construção de hospitais públicos apropriados. O sistema hospitalar público limitava-se, quase que exclusivamente, às grandes instituições construídas em áreas rurais. Acreditava-se, na época, que o ambiente tranquilo do campo acalmava as pessoas, e que a distância do local protegia, efetivamente, a sociedade dos indivíduos ali internados, tanto física quanto emocionalmente. Como a instituição tinha que suprir suas próprias necessidades em função da distância, surgiu daí uma espécie de comunidade autossuficiente, onde os clientes eram capazes de trabalhar na fazenda (cozinha, lavanderia, horta, etc). Para alguns destes, estas atividades provaram ser terapêuticas, pois proporcionavam-lhes uma tarefa significativa, aumentando o senso de autoestima e coesão de grupo. Por outro lado, o processo de institucionalização demonstrava ser um dos aspectos negativos dos hospitais psiquiátricos. Devido à distância e à perda do contato com os familiares, os clientes desligavam-se do convívio social e desistiam de adaptar-se ao meio e de exercer suas vidas socialmente, permanecendo nessas instituições o resto de suas vidas. Desta forma, os conceitos de saúde e de doença situavam-se numa perspectiva social, subordinados às normas do trabalho industrial e agrícola, e da moral

burguesa, com vistas à manutenção da ordem institucional. A prescrição do trabalho, rigorosamente indicada, era o principal elemento do tratamento moral utilizado nas instituições psiquiátricas, sendo realizado mediante oficinas de costuras, bordados, flores artificiais, alfaiataria, estopa, jardinagem e móveis, dentre outros. Os doentes trabalhavam ainda, como serventes de obra, nos refeitórios, nas enfermarias, etc. Outras modalidades aplicadas nos hospícios eram a clinoterapia (repouso no leito) e a balneoterapia (tratamento pelos banhos). (ROEDER, 2003).

O primeiro manual autêntico sobre transtornos psiquiátricos foi publicado em 1845. Pela primeira vez, a discussão sobre saúde mental realizava-se de forma paralela à de outras doenças. Assim, no século XIX, o termo psiquiatria começou a ser usado. Os psiquiatras preocupavam-se, cada vez mais, com o levemente enfermo e não apenas com os clientes internados. Agora estes indivíduos eram considerados como sofrendo de “doença” e não de “condições”. Nesta mesma época, surgia uma outra proposta terapêutica de grande importância, a assistência heterofamiliar, utilizada até hoje (ROEDER, 2003).

Outro fato importante foi a publicação de *A Mind That Found Itself*, por Clifford Beers, um ex paciente, em 1908, que trouxe ênfase à prevenção e intervenção precoce na doença mental (ROEDER, 2003).

Simultaneamente ao movimento pela higiene mental, surgiram as teorias de Sigmund Freud (1856-1939), que revolucionaram os conceitos ortodoxos da mente, e a psicologia analítica proposta por Carl Gustav Jung (1875-1961), que a partir de suas experiências tentou compreender, tratar e ajudar o ser humano a viver a sua plenitude. Freud tinha uma aguda consciência do corpo. Ele o via como fonte e local de experiências. Assim, ele tornou possível a integração do corpo na psicoterapia, embora nunca tenha ido além disso, provavelmente, por ter vivido na Era Vitoriana e pós Vitoriana, onde o clima era saturado de tabus (ROEDER, 2003).

Com a Segunda Guerra Mundial ocorreram mudanças significativas no mundo. Em função da situação encontrada nos hospitais psiquiátricos, foram feitas várias tentativas de modificá-los. Surgiram as experiências da Comunidade terapêutica e da Psicoterapia Institucional. A primeira, baseava-se na democracia das relações, procurando enfatizar a participação de todos na organização das atividades, na administração do hospital e no aspecto terapêutico. Eram realizadas reuniões e assembleias gerais onde a liberdade de comunicação constituía-se o foco principal da terapia. Tudo o que ocorria dentro da comunidade era objeto de análise do ponto de

vista individual e, principalmente, do interpessoal, e o trabalho era considerado de vital importância para a recuperação dos internos. A segunda, tendo como objetivo principal a restauração do aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico, buscava recuperar a função terapêutica das instituições, procurando dividir a comunidade em setores geográficos, com atendimento terapêutico realizado por diversas áreas (ROEDER, 2003).

Em 1946, foi aprovada a Lei Nacional para a Saúde Mental e criou-se o Instituto Nacional de Saúde Mental. Surgiu a necessidade de atingir-se um conhecimento maior em relação à causa, prevenção e tratamento das doenças mentais, bem como a consciência da importância de funcionários treinados de forma mais profissional para intervir na área da saúde mental. O diagnóstico domiciliar, programas de tratamento a curto e longo prazos e terapia orientada para a crise são frutos dessa época (ROEDER, 2003).

Com relação às terapias corporais, destacou-se Wilhelm Reich, que rompeu com a psicanálise tradicional e concentrou o seu interesse no corpo. Foi o primeiro a estabelecer a conexão entre neurose (rigidez psicológica) e tensão muscular (rigidez física), conhecida como couraça de caráter (onde o corpo desenvolve estratégias de tensão ou padrões de defesa, para proteger-se de certas emoções, traumas, estresses e lembranças) (ROEDER, 2003).

Na década de 60 iniciou-se, também, o movimento da antipsiquiatria, surgido na Inglaterra. Tratava-se de uma nova proposta de reformulação de assistência psiquiátrica e de questionamento da própria doença mental. Indagava-se o porquê da psiquiatria considerar a esquizofrenia como doença, já que, na sua visão, este tratamento não obtinha êxito, além de denunciar a violência com que a psiquiatria lidava com a esquizofrenia. Utilizando o modelo de Comunidade Terapêutica e considerando a loucura como um fato social, político, e até mesmo como uma experiência de libertação, considerava a família a chave neste processo, e a loucura como fruto da reação de um desequilíbrio familiar, que tinha apenas a modificação da realidade social como saída possível (BELMONTE et. al., 1998).

Ao contrário da antipsiquiatria, a psiquiatria italiana, que teve como criador Franco Basaglia, não negava a existência da doença mental, mas propunha uma maneira mais ampla de lidar-se com ela. Argumentado que a pessoa, ao ser classificada como doente mental, perdia todas as suas outras referências sociais, profissionais e culturais, preconizava que o tratamento devia acontecer na comunidade, desprezando, portanto, a

finalidade terapêutica do hospital psiquiátrico. Criaram-se centros de saúde, espaços abertos de atendimento em saúde mental que funcionavam 24 horas por dia, estruturas residenciais, e cooperativas de trabalho para o exercício da inserção social.

No final da década de 1970, observou-se um movimento em direção a internações mais breves e maior uso de programas alternativos no tratamento de transtornos mentais. Este fato deveu-se à observação de diversos especialistas em torno de pacientes esquizofrênicos que apresentavam trajetórias de vida uniformes onde, mesmo com tanto tempo de tratamento nos hospitais psiquiátricos, seus ajustamentos ainda eram considerados “marginais” (a maioria vivia em locais protegidos, tinha poucos contatos pessoais e continuava financeiramente dependente de familiares ou de subsídios do governo). Assim sendo, a visão de “cura” passou a ser substituída pela ótica do “real”, com preocupação de melhorar a vida dos clientes esquizofrênicos (ROEDER, 2003).

Visto que a qualidade de vida de muitos clientes esquizofrênicos está melhorando desde o final do século passado e os serviços alternativos, hoje considerados essenciais, tem crescido ao longo dos anos, tanto em quantidade como, principalmente, em qualidade, menos clientes têm permanecido em instituições de tratamento crônico (ROEDER, 2003).

Desta forma, são criadas as cooperativas de trabalho, numa tentativa de aglutinar o cuidado terapêutico com uma maneira de construção de possibilidades de inserção social. Essas cooperativas configuram-se como espaços de produção artística, intelectual e de prestação de serviços, assumindo um importante papel no atendimento na própria comunidade (ROEDER, 2003).

E nesse contexto o corpo, outrora subjugado e desprezado, constitui-se em um instrumento de liberdade e de realização ao longo da história. Neste sentido, não se concebe mais a natureza de um trabalho voltado para a cura da mente, se não para a cura do corpo, como uma manifestação íntima do elo psíquico que une a pessoa ao mundo e aos seus semelhantes (ROEDER, 2003).

3.1 Saúde Mental: concepções e reflexões

Segundo a Organização Mundial de Saúde, saúde é o estado do mais completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade .

Portanto, para que um indivíduo possa ser considerado saudável, é necessário que ele obtenha um estado de completo bem estar físico, mental e social. Neste contexto entra o conceito de saúde mental, já que as doenças mentais vem crescendo entre as populações e despertando ainda mais o interesse de profissionais envolvidos na área.

Saúde Mental, para Lino (1997), caracteriza-se pela maneira que uma sociedade, em determinada época, julga ou reage a comportamentos considerados apropriados e/ou adequados, baseando-se em normas culturais, regras e conceitos próprios. É um aprendizado da realidade através do enfrentamento e solução de conflitos e problemas vivenciados. O sujeito é sadio na medida em que mantém uma atitude adequada de interação com o meio em que vive, e não uma relação passiva, rígida ou fora dos padrões de normalidade determinados pela sociedade. É aquele que encontra soluções satisfatórias para seus conflitos e seus mecanismos de defesa são utilizados de forma considerada sadia, ou seja, adequada à sua situação de vida. Para Strock (1991), indivíduos mentalmente saudáveis vivenciam uma vasta gama de emoções, incluindo tristeza, raiva e frustração, assim como alegria, amor e satisfação. São capazes de enfrentar os desafios e as mudanças da vida cotidiana, estabelecendo relações afetivas com outras pessoas. Entende-se por transtornos mentais e comportamentais condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. Esses transtornos não constituem apenas variações dentro da escala do “normal”, sendo antes fenômenos claramente anormais ou patológicos. Para serem categorizadas como transtornos, é preciso que essas anormalidades sejam sustentadas ou recorrentes e que resultem em uma certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida (OMS, 2001).

Para Sander e Gruenberg (apud Clark et al., 1976), o termo Saúde Mental é usado numa variedade de formas. Estas vão desde descrever um estado de bem estar positivo, até um movimento nacional e internacional relacionado com pesquisa, prevenção e tratamento do mentalmente doente (World Federation for Mental Health, e National Association for Mental Health). Segundo Lotufo et al. (1995), é difícil definir o que é doença mental.

Os transtornos mentais podem levar: a) ao comprometimento, que significa perda ou anormalidade de estrutura e função, e manifesta-se psicologicamente por interferência das funções mentais como memória, atenção e funções emotivas; b) a incapacidade, definida no sistema da OMS como uma restrição ou falha da capacidade

de desempenhar uma atividade da maneira (ou dentro do limite) considerada normal para um ser humano (atividades da vida diária, costumeiras e usualmente necessárias, envolvidas em cuidado pessoal e sobrevivência relacionadas a higiene e vestuário, alimentação e excreção); e c) prejuízo, trata-se de uma desvantagem para o indivíduo que impede ou limita um papel que é normal para aquele indivíduo. Representa os efeitos do comprometimento ou incapacidade em um contexto social amplo que pode ser fortemente influenciado pela cultura (CID 10, 1993).

Na visão de Ribeiro (1996, 1999, adaptado), Saúde Mental é um vasto campo de conhecimento e uma área de atuação que congrega várias ciências e categorias profissionais, visando entender, estudar e pesquisar o homem num enfoque biopsicossocial e sua relação com o normal e o psicopatológico; prevenir as manifestações psicopatológicas que poderão advir-lhe; e utilizar técnicas e métodos de diagnóstico e tratamento das doenças mentais, dos distúrbios de comportamento e das diversas formas de anormalidade da vida psíquica. Restringe-se, de certa forma, a apresentar, mais ou menos uniformemente, a união de termos que se voltam para ‘ajustamento emocional’, ‘ausências de distúrbios mentais’, ‘adaptação’, ‘prazer e alegria de viver’, ‘auto realização’, ‘felicidade’, ‘eficiência’, ‘equilíbrio’, ‘dinamismo’, completada pela definição que a OMS tem de saúde – ‘estado de completo bem estar físico e mental’.

Saraceno (1999), define Saúde Mental de uma forma mais abrangente, como sendo o conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamentos referentes ao melhoramento ou à manutenção ou à restauração da saúde mental de uma população. A noção de saúde mental inclui a problemática da saúde e da doença, sua ecologia, a utilização e a avaliação das instituições e das pessoas que a usam, o estudo de suas necessidades e dos recursos necessários, a organização e a programação dos serviços de tratamento e de prevenção das doenças, e de promoção de saúde. A saúde mental, ou seja, a condição de saúde mental nos indivíduos e o conjunto de ações para promovê-la e mantê-la é entendida como algo muito mais complexo, que considera as dimensões psicológicas e sociais da saúde e os fatores psicossociais que determinam saúde e doença.

Saúde e Doença Mental, portanto, são conceitos que emergem da noção de bem estar coletivo. Anormal é uma virtude inscrita no próprio processo de constituição do normal. Assim, a doença mental precisa ser vista como realidade histórica, carente de

instrumental médico psicológico, fisiológico, sociológico e político para ser compreendida (ROUQUAYROL, 1994).

Para Sampaio (1992), a relação saúde/doença mental é um processo particular de expressão das condições de vida e do estilo de vida de uma sociedade, representando as diferentes qualidades do processo vital e as diferentes competências para enfrentar desafios, agressões, conflitos e mudanças, numa dupla e contraditória natureza: biológica e psicológica.

Saúde Mental segundo Cardoso (2000), significa ter pensamentos e sentimentos positivos sobre si mesmo, devendo sempre ser alimentado com emoções positivas, ter poucos aborrecimentos e bons pensamentos.

Para Nieman (1999), Saúde Mental é um termo genérico utilizado para se referir à ausência de distúrbios mentais e à capacidade de administrar com sucesso os desafios diários e as interações sociais da vida.

De uma forma geral, no âmbito da psicologia, os transtornos mentais são um somatório de comportamentos neuróticos. Neurose, por sua vez, é o comportamento disfuncional da personalidade. Trata-se, segundo Feijó (1998), de uma postura contrária à autoexpressão e à autorrealização, onde a improdutividade, a disfuncionalidade, a instabilidade emocional e a inadequação pessoal vão sendo incidiosamente cultivadas através de mecanismos meramente compensatórios, denominados de mecanismos de defesa. A instabilidade significa uma reação desproporcional e inadequada à intensidade e natureza dos estímulos recebidos, e a disfuncionalidade manifesta-se de início, por uma intensa e crescente instabilidade emocional (FEIJÓ, 1998).

Em qualquer definição que se adote, é preciso compreender que os atributos do adulto mentalmente saudável não são suscetíveis à medição precisa, como ocorre com os índices da saúde física. São inferidos através do comportamento, incluindo o que a pessoa diz sobre si mesma e sobre os outros (seus sentimentos e suas atitudes). Em geral, o comportamento socialmente aceitável é considerado um indicador de saúde mental e, portanto, está intimamente associado à cultura (ROEDER, 2003).

Neste contexto, pode-se considerar o nível de aceitação; o modo como uma pessoa percebe a realidade, suas ações e pensamentos, sua maturidade emocional; sua eficiência na solução de problemas, e por outros, como autonomia e eutodeterminação, exemplos de atributos do adulto mentalmente saudável (ROEDER, 2003).

4 A EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE MENTAL

A Educação Física compreende uma área de estudo, elemento educacional e campo profissional caracterizado pela análise, ensino e aplicação do conjunto de conhecimentos sobre o movimento humano intencional e consciente nas suas dimensões biológica, comportamental, sociocultural e de corporeidade (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2002).

A prática das atividades físicas é muito importante para a saúde, seja ela a física ou a mental. As práticas corporais conscientes podem ter um cunho terapêutico, não só pelas perspectivas dos benefícios fisiológicos ou das bases biológicas, mas também e com grande importância, para os aspectos dos benefícios sociais.

Nesse sentido, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por intermédio da resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998, reconheceu como da saúde 14 categorias profissionais, considerando-a como direito de todos e um dever do estado, e ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho e a importância das ações interdisciplinares no âmbito da saúde. As 14 categorias reconhecidas como de saúde são as seguintes: Assistentes Sociais, Biólogos, Biomédicos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais.

Segundo Nahas & Corbin (1992), o professor de Educação Física se apresenta como um profissional que tem uma grande responsabilidade em prestar serviços relacionados a atividades físicas e desenvolvimento humano. Nesse sentido, o profissional de Educação Física tem o amparo legal e os conhecimentos específicos para atuar em qualquer dimensão nas áreas de atividades físicas e desporto, bem como participar de equipes multiprofissionais e interdisciplinares de saúde.

De acordo com Florindo e Araújo (1997) o professor de Educação Física poderia atuar além de sua forma tradicional em escola, clubes, academias e parques, também como parte de uma equipe multidisciplinar na área da saúde, inclusive em centros de saúde, orientando a prática de atividades físicas, de acordo com as características populacionais, regionais e na reabilitação física das pessoas necessitadas. Além disso, com a quantidade e velocidade de produção de novas informações nas diversas áreas de conhecimento humano, torna-se praticamente impossível um determinado profissional dominar mais de uma dessas áreas, corroborando a necessidade de formação dessas

equipes multidisciplinares. Dessa forma, a identificação das percepções e visões dos profissionais de saúde a respeito dos profissionais de Educação Física seria um primeiro passo para a inclusão sistemática deste profissional, nessas equipes, quando sua presença profissional for necessária.

O artigo 5º, inciso III da Constituição do Brasil, afirma como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1990).

Assim, a Educação Física, no contexto do SUS, se propõe a objetivos, estratégias, intervenções e avaliações em programas de promoção em saúde para a população e a ampliação dos conhecimentos sobre os benefícios da atividade física na rede pública de saúde. Porém esta proposição precisa ser discutida e detalhada em termos de concepções, numa aproximação coerente e consistente com os contornos estabelecidos pelos princípios e diretrizes deste SUS.

Durante a rotina de atuação do Profissional de Educação Física a saúde é item constante e presente em seu trabalho e da mesma forma atua na saúde mental com foco na saúde integral da pessoa (CSORDAS, 2009). Através das transformações, após a Reforma Psiquiátrica, passamos a observar a importância de outras intervenções profissionais para que este sujeito “paciente” estivesse realmente em contato com uma “reabilitação” à sociedade. Neste sentido, as práticas que a Educação Física pode promover para esta população específica são muito importantes. Wachs e Malavolta (2005, p.18) destacam a corporeidade que „dentro de uma lógica de trabalho que transponha as barreiras manicomialis [...] surge a proposta de trabalho de uma oficina de corporeidade“.

Na abordagem da Educação Física dentro de um CAPS as atividades das oficinas devem ser observadas de forma criteriosa e com atenção principalmente em relação ao planejamento das atividades no contexto global. Csordas (2009), aponta a importância para o planejamento estar adaptado às necessidades do sujeito e a busca por informações acerca das histórias, traz a possibilidade de melhor programar as atividades e conseqüentemente aplicá-las.

Não podemos abordar sobre práticas corporais como uma função puramente relacionada à Educação Física na saúde mental, ou especificamente nos CAPS, mas sim que ela esta ligada a um conceito muito maior que é a da Qualidade de Vida. Atualmente a qualidade de vida é algo que é falado em muitos setores do conhecimento,

principalmente os ligados à saúde, constantemente está na mídia, nas revistas e fontes de informação em geral. Para Minayo et al (2000), a qualidade de vida é algo referente ao ser humano e tem sido relacionado com a satisfação que existe nas relações sociais, familiares, afetivas, amorosas, suas situações pessoais existenciais, sugerindo a possibilidade de articulação entre todos os fatores que a sociedade pode trazer, como relacionado à padronização de bem-estar e conforto. Segundo a autora, qualidade de vida é algo que significa situações variadas, abrange as vivências de cada um, as relações com seu meio, estigmas sociais e sua diversidade cultural.

Certamente os parâmetros de qualidade de vida e bem-estar podem ser diferentes, tendo em vista a sociedade a que nos referimos, ou as possibilidades que aquela população encontra para obter esta qualidade de vida. Talvez para esta população de frequentadores dos serviços substitutivos, algo relacionado à qualidade de vida seja a interação social que passam a ter contato, através das diversas oficinas e atividades oferecidas. Talvez ainda possamos traçar um paralelo desta qualidade de vida dos usuários, com a sua cidadania sendo exercida. Neste sentido, as práticas corporais ou atividades físicas se relacionam com cidadania, por assim dizer, quando se propõem estas atividades visando não só uma ferramenta de “cura” ou terapia, mas também, de lazer, tão naturais quando se fala em atividades sociais.

Silva et al (2007, p.6) aborda sobre a cidadania que, [...] como os usuários dos serviços de saúde mental estão sobre tutela do Estado é dever do mesmo oferecer os recursos necessários para que esta população possa exercer a cidadania. [...] para contemplar o exercício pleno da cidadania prescrita enquanto lei Federal encontra-se também o direito ao acesso as práticas de lazer. Conforme entendimento desta lei as práticas corporais de lazer, tema de nossa reflexão, são então de direito de todos, pessoas portadoras de algum diagnóstico de transtorno psíquico ou não.

Trazer esta reflexão sustenta a ideia e o entendimento da validade em se utilizar das atividades físicas ou práticas corporais, também pela perspectiva de lazer, além do terapêutico e do social, uma vez que todos estão entrelaçados na sustentação do foco no sujeito, ser humano. Sendo assim, as atividades recreativas e lúdicas, jogos coletivos, danças, artes marciais, caminhadas e todas as atividades que estão relacionadas de um modo geral a Educação Física, estariam capacitadas a fazer parte de um cotidiano da busca pela perspectiva da reintegração social, e de contexto terapêutico, por assim dizer.

Wachs (2007) utiliza a ideia da liberdade exercida pelas atividades da Educação Física nos locais tradicionais de saúde, como hospitais, em contrapartida à clausura dos

consultórios de médicos, psicólogos, enfermeiros etc. As atividades exercidas fora do ambiente mais característico de tratamento podem possibilitar ao usuário certa relação com o seu eu, deixando de lado por alguns momentos, a doença presente em sua rotina. Algumas situações são pertinentes ao trabalho do Educador Físico em um CAPS, quando abordamos a relação da montagem das atividades propostas para os usuários. Segundo Csordas (2009), não há uma receita ou padronização na montagem, destas atividades pelo Educador Físico nos CAPS. Elas podem trazer retorno para alguns usuários e outros não obterem sucesso.

Novamente aponta-se o planejamento das atividades em concordância a população que se trabalha. A percepção do sujeito de forma integral, dentro de um grupo, é ponto essencial nesta questão. Para Fernandez (1991), existe a diferenciação da figura de treinador, professor e mestre, e conseqüentemente, seu paralelo competidor, aluno e discípulo. Esta divisão tem interferência no grupo, no entanto, ela pode mudar tendo em vista o objetivo do coletivo, ou a intenção individual dos participantes e o comportamento do docente frente a isso é importante.

Como profissional da área de saúde, dentro do âmbito da Educação Física, deve estar apto a desenvolver ações de prevenção, reabilitação, promoção e proteção da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. O profissional de Educação Física deve assegurar que sua prática seja realizada de forma segura, integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Deve realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto de natureza individual como coletivo (CNE / CES, 2007).

5 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi desenvolvido no contexto da metodologia qualitativa, que estando aplicada à saúde, não busca a compreensão do fenômeno em si, mas sim entender o significado individual ou coletivo para a vida dos sujeitos, tornando-se indispensável saber o que a doença e vida representam para eles (TURATO, 2005).

A pesquisa qualitativa permite compreender as representações de um determinado grupo e entender o valor cultural que estes atribuem a determinados temas (MINAYO, 2006).

Este estudo foi realizado em Porto Alegre, onde foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com: a) educadores físicos que trabalham na área da saúde mental no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), no CAPS Viamão e no Hospital de Clínicas (HCPA), num total de 2 profissionais por instituição; b) alunos graduandos dos cursos de Educação Física Bacharelado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e do Centro Universitário Metodista IPA (IPA), sendo 2 alunos por universidade e c) Coordenadores dos cursos de graduação em Educação Física das 3 universidades anteriormente citadas, totalizando 15 sujeitos entrevistados. Os critérios para escolha dos sujeitos foram: estar trabalhando na área de saúde mental há pelo menos 2 anos (para os profissionais); estar formado em Educação Física há pelo menos 5 anos e exercendo o cargo de coordenação há pelo menos 1 ano (para os coordenadores); estar no último semestre da faculdade de Educação Física de uma das universidades investigadas (para os estudantes). Os critérios de exclusão foram: estar trabalhando há menos de 2 anos na área da saúde mental (para os profissionais); exercer cargo de coordenação há menos de 2 anos e/ou estar formado há menos de 5 anos (para os coordenadores); não estar no último semestre do curso de graduação (para os estudantes).

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os coordenadores, estudantes e com os profissionais da equipe dos hospitais pesquisados. As entrevistas continham um total de 7 perguntas, que eram diferentes para cada grupo entrevistado. A entrevista, por possuir uma natureza interativa, permite tratar de temas mais complexos, que normalmente são difíceis de serem tratados nos questionários, facilitando a exploração mais profunda das questões e informações (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 2001).

As entrevistas com os profissionais foram realizadas em seu local de trabalho e com os coordenadores de curso e estudantes foram realizadas no ambiente da universidade, em salas específicas. As entrevistas duraram cerca de 40 minutos. O roteiro para realização da entrevista com os profissionais encontra-se no apêndice A, com os coordenadores no apêndice B e com os estudantes no apêndice C.

As informações foram coletadas e tratadas de forma qualitativa. A partir dos dados obtidos foi realizada a transcrição, a análise, categorização e discussão dos resultados contextualizados com referências bibliográficas.

Segundo Bardin (1977) categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos.

As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdos) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (BARDIN, 1977).

A categorização é um processo do tipo estruturalista e comporta duas etapas: o inventário (isolar os elementos); a classificação (repartir os elementos e, portanto, procurar ou impor uma certa organização às mensagens) (BARDIN, 1977).

A categorização tem como primeiro objetivo, da mesma maneira que a análise documental, fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos (BARDIN, 1977).

Quanto aos aspectos éticos respeitou-se a resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que passou por uma revisão e em sua nova versão, de 2012, incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os referenciais básicos da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012). Portanto, este estudo envolvendo seres humanos, respeitou os aspectos éticos estabelecidos nesta resolução. Assim, os sujeitos da presente pesquisa foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e receberam para leitura e assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo A).

A participação dos sujeitos nessa pesquisa não representou nenhuma espécie de risco à saúde e integridade físico-emocional dos mesmos, a participação foi voluntária e não foi fornecido por ela qualquer tipo de pagamento ou despesa. A qualquer momento

poderá ser solicitado esclarecimento sobre o trabalho que foi realizado, não houve a publicação de nomes, endereços e outras indicações pessoais.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES

Neste momento do estudo, trata-se, de descrever, analisar e discutir os dados coletados através das entrevistas semi-estruturadas realizadas com 6 profissionais de Educação Física que atuam ou já atuaram na área da saúde mental, 3 profissionais de Educação Física responsáveis pela coordenação dos cursos de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e Centro Universitário Metodista IPA (IPA) e 6 alunos graduandos destas mesmas universidades, sendo 2 de cada uma totalizando quinze entrevistas, objetivando analisar como vem se efetivando a formação e o trabalho do educador físico na área de saúde mental, em Porto Alegre, conhecer como se constitui o processo de formação profissional do educador físico a partir das Diretrizes Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física estabelecidas pela resolução nº7 de 2004 e identificar como vem se materializando as competências profissionais do educador físico exigidas pelas Diretrizes Curriculares no trabalho da área da saúde mental.

Acredita-se que, o modo como procedeu-se à realização da pesquisa impõe que as reflexões estejam em acordo com os objetivos pré-estabelecidos para responder o problema norteador da pesquisa A formação em educação física para atuação em saúde mental: como vem se constituindo o processo de formação em educação física, em Porto Alegre, de modo a contribuir para as competências profissionais preconizadas pelas diretrizes curriculares (2004) para o trabalho na área da saúde mental? Sendo assim, organizou-se as categorias de análise: 1- Formação do educador físico na área de saúde mental; 2- O trabalho do educador físico na área da saúde mental.

6.1 FORMAÇÃO DO EDUCADOR FÍSICO NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL

Quando tratamos da graduação realizada por estudantes de educação física em Porto Alegre, podemos perceber com evidência, baseando-se nos relatos feitos pelos profissionais de educação física, coordenadores dos cursos universitários e pelos próprios estudantes que os currículos dos cursos universitários de Porto Alegre ainda

estão mais voltados para a área do desporto, do fitness e do treinamento personalizado. Isto fica evidente nos seguintes relatos:

“Aqui na graduação a gente passa a maior parte do tempo aprendendo a montar plano de aula e tática de jogo,[...]” (aluno 2)

“A faculdade nos proporciona muito mais essa questão esportiva do que propriamente a questão de saúde mental, [...]” (aluno 6)

A prática esportiva está presente desde os primórdios da humanidade, onde o seu verdadeiro sentido pode se transformar dependendo do objetivo buscado que pode ser a busca por uma condição física ou até a atividade competitiva em si.

Para Rubio (2002) o esporte é, na atualidade, um dos principais fenômenos sociais e uma das maiores instituições do planeta. Ele tem refletido a forma como a sociedade vem se organizando, espelhando as diferenças entre estados, povos e classes sociais, além de se tornar um dos principais elementos da indústria cultural contemporânea, matéria prima dos meios de comunicação de massa e uma das poucas formas, reconhecidamente, honestas de rápida ascensão social.

“[...] cada faculdade, em determinados momentos, se voltava para uma direção e a educação física do IPA era muito voltada pra educação física escolar e um pouco também voltada para uma educação física dita da saúde, mas uma saúde, dita assim, mais biológica, biomédica, esse modelo da questão da causa e efeito do exercício físico, [...], essa questão da medicalização da educação física, [...]” (profissional 1)

Para Damico (2007) a educação física, para ocupar um lugar de protagonista num modelo de saúde pública como o SUS, necessita liberar-se das amarras da verdade e do saber biomédico, livrar-se das disciplinas totalizantes e dos interesses corporativos, econômicos e políticos para estabelecer uma dimensão cuidadora e desarmada de tecnologias fragmentadas.

“[...] na graduação foi muito difícil, pois ficou muito centrado nas questões biológicas e respostas fisiológicas ao exercício,[...]” (profissional 2)

De acordo com Albuquerque e Giffin (2009), nos currículos dos cursos ditos da área saúde os aspectos biológicos e o desenvolvimento técnico-científico são privilegiados em detrimento das questões de ordem social, política e ética, sendo assim

o principal enfoque na nossa formação fica centrado nos componentes biológicos e na falta de oferta de estágios em serviços públicos e, por conseguinte, acarreta *na* baixa capacidade de reflexão sobre a prática profissional.

“A formação do profissional de educação física está defasada. [...] a origem da educação física, que é uma origem mais higienista, [...], a educação física na década de 90, início de 2000, ela estava muito forte com a oferta de mercado com a área do fitness, [...], eu acho que ela veio muito pra essa área e desenvolveu muito essa formação voltada para o fitness,[...]” (profissional 6)

“[...] ainda é muito novo pro estudante da esef da UFRGS essa possibilidade de atuação, eles seguem mais o caráter biológico.” (coordenador 3)

De acordo com Borges (1998) a educação física vem assumindo diferentes significados sociais nos últimos anos, mas, para muitos, continua sendo um mecanismo de preparação apenas para o corpo.

“[...] acho que o currículo tem disciplinas que possibilitam esse conhecimento, mas entendo que existem algumas limitações, limitações de ordem histórica da educação física, com relação ao caráter ainda marcadamente biológico, eu diria até biomédico.” (coordenador 3)

Para Fraga, Carvalho e Gomes (2012) ainda vigora, no ambiente formativo da maioria dos cursos de graduação, uma visão predominantemente biomédica do processo saúde-doença e uma forma de organização curricular centrada na transmissão do conhecimento hierarquizado e verticalizado.

Analisando as entrevistas dos sujeitos da pesquisa, pôde-se perceber que dentro dos currículos das escolas de educação física de Porto Alegre o tema da saúde mental, saúde pública e coletiva ainda é pouco abordado e, quando abordado, é de uma maneira muito superficial, apresentando poucas ou, às vezes, nenhuma disciplina em suas grades curriculares, como os mesmos descrevem:

“[...] as cadeiras passaram e forma muito sucinta pelo tema, muito por não ser o foco principal delas, [...]” (aluno 2)

“[...] a disciplina que oferece a temática exclusiva de saúde mental é eletiva e as vezes acaba colidindo com uma cadeira obrigatória, [...].” (aluno 2)

“[...] eu tive uma disciplina que não era a disciplina da graduação, ela eram tópicos então, se não me engano ela teve só 2 semestres, que abordava um pouco do sistema único, como que ele funcionava, mas bem superficial, nada muito aprofundado.” (aluno 3)

“[...] tu sai da faculdade sem saber o que é, como funciona, como funciona o SUS, o que trabalha, onde o professor de educação física pode se inserir, [...].” (aluno 3)

Para Soares (2001) o profissional da área da saúde, deve receber uma formação na qual possa apropriar-se desses conceitos e dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a forma brasileira para prestação de serviços de saúde, e que deve ordenar o processo de formação profissional na área.

“[...] me sinto, hoje, muito inseguro, com a base que tive, de atuar na saúde mental, [...].” (aluno 3)

“Em relação à saúde mental ele está bastante defasado, pois não há nada que se fale sobre o assunto, [...].” (aluno 4)

“No caso da saúde mental vou te dizer que eu não lembro de nada muito específico sobre o assunto.” (aluno 5)

“[...] a gente, normalmente, tem uma visão da área hospitalar, uma visão da área de saúde, mas não especificamente na saúde mental.” (coordenador 1)

“[...] há uma invisibilização desse conhecimento na formação em educação física, que mesmo que a gente tenha essas disciplinas, esses conhecimentos contemplados no currículo agora, não há uma sequência do conhecimento construído e acumulado como capital cultural na formação desse sujeito, [...].” (coordenador 3)

Para Anjos e Duarte (2009), na atual conjuntura dos cursos de graduação a formação não está em sintonia com as reais demandas dos serviços públicos de saúde.

Segundo Pasquim (2010) a saúde coletiva, de forma geral, incluindo a saúde mental, encontra-se marginalizada nos currículos da graduação.

Em contrapartida, se compararmos as falas de estudantes de educação física e coordenadores dos cursos onde estes alunos estão realizando sua atual formação acadêmica com os relatos dos profissionais de educação física que possuem uma formação mais antiga e estão atuando na área da saúde mental, podemos ver que houve algumas mudanças nos atuais currículos, com introdução de novas disciplinas que, pelo menos, tencionam abordar este tema nos seus conteúdos, pois, como dizem estes profissionais formados, sua formação foi praticamente desprovida de conteúdos que lhes proporcionassem um conhecimento para a atuação na área da saúde mental, pública e coletiva, como vemos a seguir:

“[...] na minha formação, [...], eu não tive nenhuma disciplina, nenhuma palestra, nenhum momento em que esse assunto fosse abordado, falado, discutido, debatido, [...].” (profissional 1)

“A minha graduação foi muito deficitária em relação à atuação na saúde, [...].” (profissional 2)

“[...] na graduação o debate sobre saúde mental era totalmente frágil e praticamente inexistente, [...].” (profissional 2)

“[...] minha formação acadêmica mal abordou o tema saúde, [...], não existia nenhum ramo do curso que estudasse mais a fundo o tema saúde.” (profissional 3)

“Não tive nenhuma cadeira que falasse sobre o SUS, nada, saúde mental muito menos, [...].” (profissional 5)

“[...] não da pra considerar como ter um suporte da faculdade para esta área.” (profissional 6)

“[...] a formação que eu vivi na graduação não é suficiente para se atender na saúde mental porque tu tem que conhecer um pouco dos sintomas e manejo pelo menos com as doenças mentais mais recorrentes, [...].” (profissional 6)

“Meu primeiro contato real com a área da saúde mental foi depois da graduação, na residência.” (profissional 6)

Reforçando essa ideia de que a reformulação dos currículos está, aos poucos, introduzindo novas disciplinas e proporcionando alguma formação nesta área da saúde mental, podemos citar o fato de estar havendo um aumento na oferta de estágios na área

para os estudantes que possuírem interesse em aprofundar seus conhecimentos para posterior atuação profissional nesta área. Isto fica claro a partir dos seguintes dizeres:

“[...] tem também um estágio no São Pedro que é um estágio específico da saúde mental, [...].” (aluno 1)

“Eu estou tendo contato com a saúde mental nesse semestre em que eu fiz o meu estágio curricular num caps e também fiz o meu trabalho de conclusão nesse caps, [...].” (aluno 2)

“Todo semestre são oferecidas algumas vagas no estágio em saúde mental.” (aluno 2)

“[...] nós temos gente no Hospital de Clínicas, nós temos gente no São Pedro, tem a unidade básica de saúde também, [...].” (coordenador 1)

“[...] a gente tem parceria com o Instituto Penal, com o Hospital São Pedro e a gente tem uma parceria cada vez mais forte com o Hospital São Lucas, [...].” (coordenador 2)

“O Hospital de Clínicas oferece estágio em educação física no serviço de recreação terapêutica para atuação em pediatria, oncopediatria, pacientes adolescentes, adultos e idosos, caps II e caps I, além de dependência química, [...], e no serviço de psiquiatria, com pacientes adultos internados.” (profissional 3)

“O HCPA recebe alunos das mais diversas universidades para seu estágio extra curricular, mas para o estágio curricular mantém convênio com a UFRGS.” (profissional 3)

“[...] a gente recebe também estagiários que estão fazendo estágio em diversas áreas dentro da educação física e a primeira experiência deles com saúde mental vai ser com a gente aqui.” (profissional 4)

Para Mafuani (2011) a experiência do estágio é essencial para a formação integral do aluno, considerando que cada vez mais são requisitados profissionais com habilidades e bem preparados. Ao chegar à universidade o aluno se depara com o conhecimento teórico, porém muitas vezes, é difícil relacionar teoria e prática se o estudante não vivenciar momentos reais em que será preciso analisar o cotidiano.

Segundo Bianchi et al. (2005) o estágio supervisionado é uma experiência em que o aluno mostra sua criatividade, independência e caráter. Essa etapa lhe proporciona

uma oportunidade para perceber se a sua escolha profissional corresponde com sua aptidão técnica.

Para Filho (2010) o estágio supervisionado vai muito além de um simples cumprimento de exigências acadêmicas. Ele é uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional. Além de ser um importante instrumento de integração entre universidade, escola e comunidade.

Ainda dentro da formação dos educadores físicos podemos notar que mesmo que algumas disciplinas sobre o tema saúde pública, mental e coletiva já estejam no currículo das universidades de Porto Alegre e estejam sendo ministradas aos alunos há algum tempo, ainda há uma dificuldade na estruturação dos conteúdos destas disciplinas e uma adequação à realidade dos estudantes de educação física, muito pelo fato de alguns dos professores destas disciplinas não possuírem formação adequada na área para estarem repassando os conteúdos ou serem profissionais de outras áreas que estão no comando destas disciplinas pelo fato de não haver uma quantidade adequada de educadores físicos com qualificação específica para ministrarem estas disciplinas. Isto fica claro nas falas dos alunos:

“A organização dos sistemas de saúde no Brasil foi ministrada por uma professora substituta, ela tem formação em psicologia,[...]”
(aluno 2)

“[...] práticas corporais na rede de atenção básica em saúde, por ser uma disciplina nova, também estava sendo ministrada por um professor substituto, que tinha formação em educação física, porém a linha de pesquisa dele não era a saúde pública, então o professor se esforçava, mas dava para perceber que ele não dominava aquele conteúdo.” (aluno 2)

“[...] tinha pouco diálogo, pouca conversa na disciplina mesmo, até por falta de conhecimento dos próprios professores que não tem formação nenhuma, [...]” (aluno 6)

Sobre essa questão, os coordenadores dos cursos de educação física de Porto Alegre dizem que:

“Essa disciplina de princípios do SUS é ministrada por um profissional do núcleo das ciências da saúde.” (coordenador 1)

“[...] a disciplina de saúde coletiva que é dada em parceria com a faculdade de medicina da PUCRS, [...]” (coordenador 2)

“[...] como profissionais de educação física a gente tem uma certa limitação, principalmente em fazer formação específica dentro da área da saúde coletiva porque isso é quase que uma exclusividade da medicina, digamos assim, em termos de mestrados e doutorados.”
(coordenador 2)

“[...] não existe uma exigência específica de que o professor tenha uma formação ampla e geral e específica nessa área de saúde coletiva.” (coordenador 2)

“Nós não temos nenhum professor específico que tenha vindo de concurso dessa área, o que nós temos são professores que discutiam saúde, uma concepção de saúde é claro, e começaram a se aproximar das discussões na saúde coletiva junto com o Ceccim e outros desses sujeitos e aí começaram a trazer para cá essas discussões, [...]”
(coordenador 3)

“São professores de educação física, tem mestrado e doutorado em educação, mas eles transitam na saúde coletiva, nessas discussões sobre saúde coletiva, então o conhecimento deles vem daí, desse transitar, [...]” (coordenador 3)

6.2 O TRABALHO DO EDUCADOR FÍSICO NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL

Nesta categoria será discutido como se constrói e se efetiva o trabalho do educador físico na área da saúde mental e, para tal, foram analisadas questões como a motivação destes sujeitos para a entrada nesta área e a construção do conhecimento, das competências e habilidades necessárias para um efetivo exercício da sua profissão.

Quando tratamos da motivação pessoal para a construção ou uma possível construção de uma carreira profissional nesta área fica claro que pouca ou nenhuma abordagem deste tema nos cursos de graduação de Porto Alegre acaba por inibir os alunos na escolha da construção de uma carreira profissional nesta área, onde os poucos que nela seguiram ou pretendem seguir, acabam ingressando, muitas vezes, por fruto de um estágio buscado por conta própria, do acaso ou da busca por um conhecimento diferente daquele que lhe era proporcionado no seu curso de graduação, obtendo sua motivação através de experiências vividas em estágios e do exercício do trabalho, uma vez que a faculdade pouco pôde oferecer para que este aluno ou profissional pudesse

estar conhecendo o campo, se motivando e se preparando para uma possível atuação. Isto fica claro a partir dos seguintes relatos:

“[...] a minha motivação nesse período todo foi o desafio, o mistério,[...], o desafio de ter que buscar um conhecimento que a minha formação como professor de educação física naquela época não tinha [...].” (profissional 1)

“[...] a experiência, a oportunidade que se abriu num lugar onde eu não tinha ideia de que isso fosse acontecer, não foi algo que eu busquei, foi algo que aconteceu,[...].” (profissional 1)

“Em determinado momento deste estágio, uma psiquiatra do hospital sabia que tinha um acadêmico de educação física no hospital desenvolvendo esse trabalho com funcionários e me abordou e perguntou se eu tinha interesse em desenvolver alguma atividade com pacientes da psiquiatria da unidade de internação [...].” (profissional 1)

Para Wachs (2007) não é óbvia a proximidade da educação física com a saúde mental, pois durante a formação acadêmica nada o remetia a imaginar a intervenção da educação física com pacientes psiquiátricos, ou indivíduos acometidos de transtorno mental.

“Inicialmente eu comecei com a recreação terapêutica, onde eu tive contato com as equipes de saúde mental e a partir daí eu tive necessidade de aprofundar mais, comecei a me interessar pela área e fui buscar um estágio especificamente em saúde mental, [...].” (profissional 2)

“a minha motivação pro trabalho vem de uma construção histórica, desde os tempos da graduação, dos estágios e depois da residência multiprofissional, [...].” (profissional 2)

“eu comecei a trabalhar aqui na pediatria do hospital e a minha colega que trabalhava com saúde mental no caps adoeceu, então foi meio assim: vai que tá precisando de alguém lá. Comecei assim, [...], então a partir dessa experiência, que não foi buscada por mim, me foi imposta, vamos dizer assim, eu conheci a área, me interessei, me apaixonei e agora não quero mais sair.” (profissional 3)

“Minha motivação surgiu do trabalho no campo.” (profissional 3)

“Antes de entrar aqui a graduação não te dá uma base boa pra isso então essa motivação eu só adquiri trabalhando aqui, na prática mesmo, [...]” (profissional 5)

“Eu meio que caí de paraquedas na área da saúde mental, eu entrei na residência, uma formação de pós graduação, sem ter muita ideia de como funcionava a parte prática da saúde mental e a educação física, mas eu queria buscar uma formação complementar ao curso de graduação, então foi assim que eu acabei entrando na área da saúde mental.” (profissional 6)

“A motivação vem de poder trabalhar com doenças que nós não estamos acostumados a trabalhar no dia a dia da educação física convencional, [...]” (aluno 1)

“[...] apareceu a questão da saúde mental nos estágios e já que tinha que fazer o bacharel, preferi fazer estágio em uma área que eu não tinha conhecimento nenhum, [...]” (aluno 2)

“[...] é uma área basicamente esquecida dentro da graduação, o que faz com que poucas pessoas se motivem e conheçam realmente o trabalho em saúde mental.” (aluno 6)

Ainda segundo Wachs (2007) o perigo da não proximidade com o campo do qual iremos intervir está na “transgressão” da formação, conforme previsto nas Diretrizes Curriculares, ou seja, assegurar o conhecimento fundamentado no rigor científico e na conduta ética.

Em se tratando das competências e habilidades necessárias ao profissional de educação física para que este possa exercer com qualidade sua profissão junto à outros profissionais de outras áreas dentro da saúde mental fica claro que, com uma formação deficitária na área da saúde, o educador físico precisa, necessariamente, buscar o conhecimento através de programas de pós graduação específicos para poder acompanhar os demais profissionais de outras classes, que possuem uma formação que contempla o trabalho nesta área. Nesse sentido o educador físico chega com uma defasagem de conhecimento em relação aos demais profissionais dentro de um grupo multidisciplinar. Podemos verificar isto através dos relatos dos sujeitos:

“[...] eu entrei no São Pedro como professor por causa do bom trabalho que eu fiz como estagiário, mas quando minha responsabilidade cresceu eu tive de buscar uma melhor capacitação para poder lidar com as nuances do trabalho.” (profissional 1)

“[...] num primeiro momento eu vi que estava ficando para trás nesse sentido e comecei a buscar cursos para me qualificar e enfrentar estas situações.” (profissional 1)

“[...] a residência multiprofissional onde eu aprofundei, onde eu pude ampliar o leque de possibilidades de atuação nessa área, [...], e também no mestrado onde eu tenho estudado as questões multiprofissionais das equipes.” (profissional 2)

“[...] eu estou com a qualificação da residência e já estou sentindo falta de algum outro suporte para continuar qualificando o meu trabalho,[...]” (profissional 6)

Num plano além da graduação existe a possibilidade de formação com ênfase na saúde mental e coletiva voltada para o trabalho no SUS, que são as residências multiprofissionais em saúde mental. No município de Porto Alegre existem três programas de residência multiprofissional em saúde mental e coletiva que contemplam a educação física, que seriam a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre e a Faculdade de Educação da Universidade federal do Rio Grande do Sul.

Segundo Brasil (2006) no processo de formação dos residentes multiprofissionais busca-se pensar e produzir espaços de saúde, a partir do reconhecimento que problemas complexos necessitam de respostas coletivas, promovendo o cuidado de forma interdisciplinar e intersetorial, sempre conectados às questões sociais, econômicas culturais, políticas e religiosas que fazem parte do modo de viver e adoecer da comunidade.

“[...] no pós graduação que eu pude ampliar e realmente me apropriar do conhecimento produzido nesta área, [...]” (profissional 2)

“[...] nós somos, com certeza, da equipe multiprofissional, os que mais precisam correr atrás de conhecimento nessa área, [...]” (profissional 4)

“[...] acho que hoje, o profissional de educação física não tem condições de se formar e trabalhar nessa área sem ter um aprendizado, uma vivência antes.” (aluno 1)

“[...] a faculdade em si dá um primeiro passo, abre a porta, digamos assim, mas é claro que, como em qualquer outra área, o aluno que

tem interesse especificamente na área da saúde mental vai ter que buscar algo mais, [...]. (coordenador 2)

“[...] acho que eles tem que buscar dentro da universidade outros espaços complementares, seja na especialização, seja participando de grupos de pesquisa, seja, até mesmo, buscando outras formas, outros cursos, alguma coisa assim, que pudessem dar uma certa profundidade, que eu acho que está nos faltando aqui nesse momento.” (coordenador 3)

O processo de formação e do exercício profissional do educador físico voltada para a área da saúde, mais precisamente a saúde mental, deve estar vinculado ao conhecimento técnico e científico e o entendimento mais ampliado sobre questões como saúde pública, saúde coletiva e como isso interfere diretamente na vida dos usuários desses serviços. Da mesma forma, esta formação não pode estar desarticulada das competências profissionais exigidas. Segundo Lewgoy (2010) a competência, a partir da década de 1980, passou a ser um ponto relativamente central no sistema educativo. Desse modo, o ensino deixou de estar centrado em saberes disciplinares para se centrar num ensino que visa à produção de competências verificáveis em situações específicas. As reformulações do conceito de formação ocorreram à medida que o mercado de trabalho foi exigindo novas competências e habilidades.

Algumas das significações conferidas à noção de competências são inseparáveis da ação; expressam o conjunto de conhecimentos, qualidades, capacidades e aptidões que habilitam para a intervenção; supõem conhecimentos fundamentados. Geralmente “[...] considera-se que não há competência total se os conhecimentos teóricos não forem acompanhados das qualidades e da capacidade que permitem executar as decisões sugeridas [...]” (TANGUY, 1997, p. 16). A ideia que se difunde, então, é a apropriação da noção de competência pelo sistema de ensino, uma vez que este seria capaz de promover o encontro entre formação e trabalho. No plano pedagógico, constatam-se a organização e a legitimação da passagem de um ensino centrado em saberes disciplinares a um ensino definido pela produção de competências verificáveis em situações de tarefas específicas. Essas competências devem ser definidas com referência às situações que os alunos deverão compreender e dominar (LEWGOY, 2010).

7 CONCLUSÃO

Para uma melhor reflexão da conclusão do presente estudo, entende-se importante resgatar o questionamento que norteou a pesquisa: *Como vem se constituindo o processo de formação em Educação Física, em Porto Alegre, de modo a contribuir para as competências profissionais preconizadas pelas Diretrizes Curriculares (2004) para o trabalho na área da saúde mental?*

Neste sentido, busca-se responder a este questionamento, direcionando o olhar e refletindo os objetivos, que seguem com as categorias de análise e possibilitando o entendimento e conclusões interpretadas na trajetória do estudo. No entanto considera-se que:

Após a realização de 15 entrevistas com estudantes de educação física, professores de educação física e coordenadores dos cursos de graduação em educação física de Porto Alegre e análise e discussão dos dados obtidos, chegou-se a algumas conclusões.

Este assunto causa muitas inquietações nos profissionais de educação física que já atuam há algum tempo em saúde mental, pois o entendimento do trabalho realizado pelo profissional de educação física e as competências necessárias, ao menos na visão destes profissionais não estiveram presentes na graduação dos mesmos. Foi imperativo que todos estes profissionais buscassem este conhecimento através de programas de pós graduação como a residência multiprofissional, mestrados, doutorados além de todo tipo de cursos oferecidos e leituras que lhes pudessem agregar valores, uma vez que, notadamente, o professor de educação física é, dentro de um grupo multidisciplinar de trabalho em saúde mental, o profissional com maior desvantagem na sua formação acadêmica. O interesse por esse campo de atuação, a busca por uma prática apoiada por uma teoria, faz com que estes profissionais encontrem soluções para os problemas enfrentados, realizando reflexões diárias no que se está desenvolvendo dentro da educação física no âmbito da saúde mental.

Apesar de a formação acadêmica do educador físico ainda ser muito incipiente em se tratando de saúde mental, em comparação com a formação destes profissionais que já estão atuando na área ela possui alguma evolução no sentido de tentar trazer este acadêmico para dentro das discussões da saúde pública, mental e coletiva, familiarizá-lo com a área e tentar despertar o interesse pela mesma através da introdução de algumas

disciplinas no currículo obrigatório e oferta de estágios curriculares, ainda assim, algumas destas novas disciplinas são mal estruturadas com relação aos seus conteúdos, alguns dos professores que ministram estas aulas, quando educadores físicos, não possuem a formação adequada, havendo um prejuízo nas mesmas, outros não são formados em educação física, desconhecendo a realidade e a possibilidades de atuação deste profissional dentro da saúde mental.

Com tudo isso, podemos dizer que as mudanças nos currículos das escolas de educação física de Porto Alegre estão acontecendo, mas de uma forma muito pequena e lenta o que nos leva a concluir que o profissional formado nestas escolas ainda não está habilitado para uma competente intervenção na área da saúde mental, necessitando obrigatoriamente de uma continuidade nos seus estudos.

A educação física é uma esfera de cuidados inserida dentro de um contexto que conta com outros profissionais de outras áreas atuando em conjunto. Os usuários de um serviço de saúde mental recebem cuidados de Psiquiatria, Psicologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, entre outros. Cada uma destas esferas tem a sua importância, mas sozinha, nenhuma delas consegue resultado satisfatório, apenas a atuação em conjunto pode conseguir resultados positivos.

Nesse sentido o profissional de educação física está inserido em um grupo multidisciplinar possuindo as mesmas responsabilidades dos demais profissionais, portanto torna-se imperativo que este esteja preparado e habilitado para tal função.

Baseado nos resultados fica a sugestão para novas pesquisas sobre a formação do profissional de educação física para que este esteja apto a atuar no campo da saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V. S. GIFFIN, K. M. **Globalização Capitalista e Formação Profissional em Saúde: uma agenda necessária ao ensino superior.** Trabalho Educação Saúde, v. 6 n. 3, p. 519-537, nov.2008/fev.2009.
- ALVES, Mazzoti; ALDA, Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.
- ANJOS, T. C. dos; DUARTE, A. C. G. de O. **A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1127-1144, 2009.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo** – Presses Univarsitaires de France .Lisboa PT: Ed.Edições 70, 1977
- BARDIN L. **Análise de Conteúdo.** 3. ed. Lisboa: Editora 70, 2004.
- BAUER, M. W; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático.** Editora Vozes, Petrópolis, 7 ed, 2004.
- BELMONTE, P. R.; REIS, V. L. M.; PEREIRA, M. F. de M.; CONSTA A. L. **Temas de saúde Mental. Textos Básicos do CBDA.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 1998.
- BETTI, I.C.R.; BETTI, Mauro. Novas perspectivas na formação profissional em educação física. **MOTRIZ – Revista de Educação Física**, Rio Claro, v.2, n.1, p.10-15, jun.1996.
- BIANCHI, A. C. M., et al. **Orientações para o Estágio em Licenciatura.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.
- BORGES, Cecília M. F. **O professor de Educação Física e a construção do saber:** Campinas: Papirus, 1998.
- BRACHT, Valter. **Educação Física e aprendizagem social.** Porto Alegre: Magister, 1992.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional da Educação / Câmara de Educação Superior. **RESOLUÇÃO CNE / CES N° 7/2004**. Brasília, 2004. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12707&Itemid=866>. Acesso em 15 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Anexo 1. 2006. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687_2006_anexo1.pdf>. Acesso em 15 de dezembro de 2012.

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

BRASIL. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, Conselho Nacional de Saúde. 1996.

BRASIL. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

CAMPOS, Francisco E. de **Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica**. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v.5, n. 2, mai./ago. 2001.

CARDOSO, S. H. **Cuidando de sua saúde mental**. UNICAMP. Disponível em: <[HTTP://www.nib.unicamp.br/svol/mente.html](http://www.nib.unicamp.br/svol/mente.html),2000>. Acesso em: 25 de maio de 2014.

CECCIM, Ricardo B; FEUERWERKER, Laura C. M. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, p. 1400-1410, set./out. 2004.

CID-10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**- Coord. Organização Mundial de saúde; trad. Dorgival Caetano. - Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Art. 12.** Disponível em:
<http://www.confef.org.br>. Acesso em: 15 de abril. 2014.

_____. **Art. 13.** Disponível em:
<http://www.confef.org.br>. Acesso em: 15 de abril. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Sistema Único de Saúde.** Brasília: CONASS, 2007.

CSORDAS, Michele Casser. A importância da atividade física. In: ZAVASCHI, Maria Lucrécia Sherer. **Crianças e adolescentes vulneráveis:** o atendimento interdisciplinar nos centros de atenção psicossocial. Porto Alegre: Artmed, 2009 p. 255-268.

DAMICO, J. G. S. **Das possibilidades as incertezas: instrumentos para intervenção do profissional de educação física nos posto de saúde.** In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (orgs.) **Educação Física e Saúde Coletiva Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção.** Porto Alegre: UFRGS Editora, 2007.

FEIJÓ, Olavo Guimarães. **Corpo e Movimento:** uma psicologia para o esporte. Rio de Janeiro. Shape Ed. e Promoções, 1992.

FERNÁNDEZ, Félix Sáenz. **Didáctica y técnica de Karate.** Bilbao, Espanha: Fher, 1991.

FILHO, A. P. O Estágio Supervisionado e sua importância na formação docente. Revista P@rtes. 2010. Disponível em:
<http://www.partes.com.br/educacao/estagiosupervisionado.asp>.
Acesso em: 15 junho. 2014.

FLORINDO, A.A.; ARAÚJO, A.S. O papel do profissional da Educação Física na Saúde Pública. In: Congresso Internacional Unicastelo, 4, 1997, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1997.

FRAGA, A.B.; CARVALHO, Y.M.; GOMES, I.M. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, nov. 2012.

GUEDES, D. P. **Exercício físico na promoção da saúde**. Londrina: Midiograf, 1995.

HADDAD, Ana Estela et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública (USP)**, São Paulo, v.44, p.383-393, 2010.

HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. **Supervisão de estágio em Serviço Social: desafios para a formação e para o exercício profissional**. 2ed,-São Paulo.

LINO, M. **A comunicação terapêutica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1997.

LOTUFO, F. N.;L. H. G. de; GENTIL, V.F. **Diagnóstico e classificação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LUZ, Madel T. **Novos saberes e prática em saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007.

KONDER, L. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

MAFUANI, F. **Estágio e sua importância para a formação do universitário**. Instituto de

Ensino superior de Bauru. 2011. Disponível em:

<http://www.iesbpreve.com.br/base.asp?pag=noticiaintegra.asp&IDNoticia=1259>.

Acesso em:

03 junho de 2014.

MARQUES, Mario Osório. **A formação do profissional de educação**. Ijuí: Unijuí, 1992.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo (SP)/Rio de Janeiro (RJ): Hucitec/Abrasco; 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. [S.I.]. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2000. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002>
Acesso em: 29 de maio 2014.

NAHAS, M.V, CORBIN, C.B: Educação para aptidão física e saúde: justificativa e sugestões para implementação nos programas de Educação Física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.8, n. 3, p. 14-24, 1992.

NETO, S. de Souza et al. A formação do profissional de educação física no Brasil: uma história sob a perspectiva da legislação federal no século XX. **Revista Brasileira de Ciência e Esporte**, Campinas, v.25, n.2, p.113-128, jan.2004.

NIEMAN, D.C. **Exercise testing and prescription**. Mountain View: Mayfield Publish Company, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) e ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental - nova concepção, nova esperança**.Biblioteca da OMS, 2001. São Paulo.

PAIM, J. S. **As ambigüidades da noção de necessidade em saúde**. Salvador: Planejamento, 1980.

PASQUIM, H. M. **A Saúde Coletiva nos Cursos de Graduação em Educação Física**. Saúde Sociedade, São Paulo, v.19, n.1, p.193-200, 2010.

PUSTAI, O. J. **O sistema de saúde no Brasil**. In: DUNCAN, Bruce B; SCHIMIDT, Maria I; GIUGLIANI, Elsa R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004. V. 3, p. 69-75.

RIBEIRO, P.R.M. **Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação**. São Paulo: EPU, 1996.

ROEDER, M.A. **Atividade Física, saúde mental e Qualidade de Vida**. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

RUBIO, Kátia. **Do olímpo ao pós - olimpismo: elementos para uma reflexão sobre o esporte atual.** *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, v.16, nº.2, 2002.

SAMPAIO, J.C. **Epidemiologia da imprecisão/processo de saúde – doença mental como objeto da epidemiologia.** Tese (Doutorado em Medicina Social), Faculdade de medicina social de Ribeirão Preto. 1992.

SARACENO, B. **Libertando Identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te corá, 1999.

SANTIN, Silvino. **Educação Física: uma abordagem filosófica da corporeidade.** Ijuí: Editora UNIJUI, 1987.

SCHERER, Alexandre. **O conhecimento pedagógico do professor de educação física na escola pública da rede estadual de ensino e sua relação com a prática docente.** 2000. 254f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

_____. **Educação Física e os mercados de trabalho no Brasil:** Quem somos, onde estamos e para onde vamos? In Formação Profissional em Educação Física e mundo do trabalho. Vitória: Gráfica da Faculdade Salesiana, 2005.

SILVA, Ana Paula Salles; BERGERO, Verónica Alejandra; SORIANO, Leonardo; CARNEIRO, Vitor de Souza. Reflexões sobre a loucura e a cidadania na dimensão das práticas corporais de lazer. In: Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte, 15, 2007 e Congresso Internacional de Ciências do Esporte / Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte, 2, 2007. **Anais...** São Paulo, 2007.

SILVEIRA, João L. G. C. da. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Odontologia: historicidade, legalidade e legitimidade.** *Revista Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e clinica Integrada*. João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 151-156, maio./ago. 2004.

SOARES, Darli A.; ANDRADE, Selma M. de; CAMPOS, João J. B. de. Epidemiologia e indicadores de saúde. In: CORDONI, Jr. Luis (org.). **Bases da saúde coletiva.** Londrina: Ed. UEL, 2001. P. 183-210.

STONE, M.H. **A cura da mente:** a história da psiquiatria da antiguidade até o presente. Trad. Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 1999.

STROCK, M. **Informações sobre saúde mental e doença mental.** Rio de Janeiro: National Institute of Mental Health., 1991.

TAFFAREL, Celi N. Z. **A formação do profissional da educação: O processo de trabalho pedagógico e o trato com o conhecimento no curso de Educação Física.** Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1993.

TANGUY, Lucie. Introdução. In: TANGUY, Lucie; FRANCOISE Ropé. **Saberes e competências:** o uso de tais noções na escola e na empresa. São Paulo: Papirus, 1997.

TOLEDO, A. S. **As representações sociais do profissional de Educação Física construídas por profissionais de saúde.** 2003. 76p. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – UCB, Brasília, 2003.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v.39, n.3, p. 507-14, 2005.

WACHS, Felipe. **Educação Física e o campo de saúde mental:** uma reflexão introdutória. In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (org). **Educação Física e saúde coletiva** políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2007.

WACHS, Felipe. MALAVOLTA, Márcio de Almeida. Pode ser a oficina de corporeidade uma alternativa terapêutica na saúde mental? **Boletim da Saúde,** Porto Alegre, v.19, n.2, p.13-20, jul/dez. 2005.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS EDUCADORES FÍSICOS

IDENTIFICAÇÃO:

Entrevista nº: _____
Data da entrevista: _____
Idade: _____
Ano de Graduação: _____
Cargo ou função: _____
Tempo que trabalha na Instituição _____

1. O que você entende por saúde mental?
2. Qual a motivação para trabalhar nesta área?
3. Como se dá o processo de trabalho do educador físico nesta área?
4. Qual o perfil de pacientes que você trabalha?
5. Sua formação acadêmica foi suficiente para desempenhar o trabalho na área? Por quê?
6. Que conhecimentos, atitudes e habilidades são necessárias para atuação do educador físico nesta área?
7. Como vem se qualificando para atua nesta área de trabalho?

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS COORDENADORES DE CURSO

IDENTIFICAÇÃO:

Entrevista n°: _____
Data da entrevista: _____
Cargo ou função: _____
Idade: _____
Ano de Graduação: _____
Tempo que trabalha na Instituição _____

1. O que você entende por saúde mental?
2. Na grade curricular do curso de educação física desta universidade existem disciplinas sobre saúde pública, mental e coletiva?
3. Como os professores se qualificam para ministrarem as disciplinas saúde pública, mental e coletiva?
4. Como os alunos têm acesso a estágios e experiências práticas nesta área?
5. Qual o perfil de alunos que o curso tem?
6. Que conhecimentos, atitudes e habilidades são necessárias para atuação do educador físico nesta área?
7. Você acha que os profissionais aqui formados possuem as competências necessárias para o trabalho na área da saúde mental? Por quê?

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ESTUDANTES

IDENTIFICAÇÃO:

Entrevista nº: _____

Data da entrevista: _____

Semestre: _____

Disciplinas cursadas: _____

1. O que você entende por saúde mental?
2. Qual a motivação para o trabalho na área de saúde mental?
3. Você já está trabalhando? Em que área?
4. Durante a sua formação você teve disciplinas que contemplem conteúdos sobre saúde pública, mental e coletiva?
5. Como você vê a atuação do educador físico na área da saúde mental?
6. Que conhecimentos, atitudes e habilidades são necessárias para atuação do educador físico nesta área?
7. Você acha que a sua formação lhe preparou da forma adequada para trabalhar na área da saúde mental? Por quê?

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador: Marcelo Salimen Rodolphi .

e-mail: marcsalimen@hotmail.com

Eu, _____ abaixo assinado, declaro, ao assinar este termo, que estou ciente de que participarei de um estudo com a finalidade de elaboração do trabalho de conclusão do curso de Pós-Graduação em Saúde Pública/UFRGS, que tem como título “**A formação em Educação Física para atuação em saúde mental**”, sob a orientação da Prof^a Dr^a Alzira Maria Baptista Lewgoy, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Afirmo também, que recebi do pesquisador as seguintes orientações:

a) Fica-me garantido, o direito de receber esclarecimento das dúvidas que possam surgir durante o estudo e que poderei desistir a qualquer momento da pesquisa, sem acarretar prejuízo, riscos ou custos.

b) Poderei solicitar informações durante todas as etapas da pesquisa, inclusive após publicação. Caso surjam novas dúvidas sobre o estudo, o pesquisador ficará à disposição pelo telefone (51) 99599473 ou o Comitê de Ética e Pesquisa do UFRGS pelo telefone (51) 3308.5066

c) A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista, que será gravada, para posteriormente ser transcrita, sendo que será arquivada por cinco anos no Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Formação e Exercício Profissional- GEFSS/UFRGS, na sala 318 do Instituto de Psicologia e após, destruída.

d) Fica assegurado que os dados da pesquisa serão sigilosos e privados, bem como minha identidade preservada.

Tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do SUL, o mesmo será assinado em duas vias, de igual teor, uma permanecendo comigo e outra com o pesquisador.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2013.

Assinatura (de acordo): _____

Nome do Entrevistado: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL

Prezado (a) Senhor (a):

Solicitamos sua autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado “A Formação em Educação Física para atuação em Saúde Mental”, de autoria de MARCELO SALIMEN RODOLPHI que está sendo orientada pela PROF^a DR^a ALZIRA MARIA BAPTISTA LEWGOY. Este projeto pretende analisar como vem se efetivando a formação e o trabalho do educador físico na área de saúde mental, em Porto Alegre, a fim de propor estratégias que contribuam para a concretização da competência profissional. A realização dessa pesquisa se justifica pelo fato de que seus resultados poderão contribuir para a formação profissional do educador físico bem como qualificar o trabalho na área de saúde pública. O procedimento adotado será a realização de entrevista individual de aproximadamente 1 hora com profissionais desta instituição. A participação da instituição é voluntária, bem como do profissional. Se a instituição ou o profissional decidirem por não participar ou quiserem desistir de continuar em qualquer momento, têm absoluta liberdade de fazê-lo. Os materiais coletados ficarão armazenados no Grupo de Pesquisa e Estudos sobre Formação e Exercício Profissional em Serviço Social - GEFES, que está vinculado ao Curso de Serviço Social da UFRGS, no Instituto de Psicologia, sob a responsabilidade da orientadora desta pesquisa, e serão incinerados após o período de cinco anos. A participação no estudo não acarretará custos para o participante, assim também como este não será ressarcido pela participação. Para a publicação dos resultados desta pesquisa, a identidade do profissional será mantida em sigilo, sendo omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a). Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente a sua instituição estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Esta investigação será submetida à análise e aprovação do Comitê de Ética do Instituto de psicologia da UFRGS de Porto Alegre, cujo telefone é (51) 33085066. Os procedimentos previstos obedecem aos Critérios de Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Caso surjam novas dúvidas sobre o estudo, a pesquisadora ficará à disposição pelo telefone (51) 99599473.

Autorização Institucional

Eu, _____, responsável pela instituição _____ declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta Instituição. Sei que a qualquer momento posso revogar esta Autorização, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional. Declaro, também, que não recebi ou receberei qualquer tipo de pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Pesquisador

Responsável Institucional

Orientador