

## **O profissional de Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial: percepção dos limites e potencialidades no processo de trabalho**

### **The Physical Education professionals in the Psychosocial Care Center: perception of the limits and potentialities in the working process**

### **Los profesionales de la Educación Física en lo Centro de Atención Psicossocial: percepciones de los límites y potencialidades del proceso de trabajo**

Ameliane da Conceição Reubens Leonidio<sup>1</sup>

Emmanuelly Correia de Lemos<sup>2</sup>

Priscilla Pinto Costa da Silva<sup>3</sup>

Clara Maria Silvestre Monteiro de Freitas<sup>4</sup>

#### **Resumo**

Este estudo teve como objetivo analisar a percepção dos profissionais de Educação Física sobre seu processo de trabalho nos serviços de atenção psicossocial de Recife. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva, de campo. Doze profissionais de Educação Física participaram de um grupo focal, o qual foi utilizado como instrumento de coleta de dados. Para tratamento dos dados, foi utilizada a Análise Temática. Limitações organizacionais e políticas foram identificadas como a ausência de espaços físicos adequados para as práticas e dificuldades de articulação com a rede social. Contudo, observou-se que existem potencialidades na relação profissional-usuário, constituindo uma Composição Técnica centrada no Trabalho Vivo, o que favorece a integralidade e a resolução das necessidades dos usuários.

**Palavras-chave:** Processo de trabalho; Educação física; Saúde mental.

#### **Abstract**

This study aimed at analyzing the perception by physical education professionals of their working process in the psychosocial care centers in the city of Recife. It is a qualitative descriptive field research. Twelve Physical Education professionals participated in a focus group, which was used as an instrument of data collection. For the treatment of the data, the Thematic Analysis was used. Organizational and political constraints were identified, such as the absence of proper physical spaces for the practices and the difficulties in the articulation with the social network. However, it was observed that there are potentialities in the professional-user relationship, constituting a Technical Composition gathered at Live Work, which favors the completeness and the resolution of the users' needs.

**Keywords:** Working Process; Physical Education; Mental Health.

#### **Resumen**

Este estudio presentado como objetivo analizar la percepción de los profesionales de la educación física sobre su proceso de trabajo de los servicios de atención psicossocial en Recife. Este es un campo descriptivo cualitativo. Doce profesionales de la Educación Física participaron en un grupo de enfoque, que se utilizó como instrumento de recolección de datos. Los datos recogidos se utilizó el análisis temático. Limitaciones organizativas y políticas se han identificado, como la falta de espacios físicos adecuados para la práctica y la articulación dificultades con las redes sociales. Sin

<sup>1</sup> Mestranda em Educação Física pelo Programa Associado de Pós-graduação em Educação Física da Universidade de Pernambuco/Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade de Pernambuco/Secretaria Estadual de Saúde. Rua Manuel de Carvalho, 267, apto. 101, Afritos. Recife, Pernambuco. CEP: 52050-370. Tels.: (81) 3242-4473/8550-8614 - E-mail: ameliane.reubens@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Mestre em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães FIOCRUZ-PE.

<sup>3</sup> Doutoranda em Educação Física pelo Programa Associado de Pós-graduação em Educação Física da Universidade de Pernambuco/Universidade Federal da Paraíba.

<sup>4</sup> Doutora em Educação Física pela Faculdade do Desporto da Universidade do Porto (Apostilada pela Universidade de São Paulo). Pós-doutora em Educação Física pela Faculdade do Desporto da Universidade do Porto.

Leonidio, A. C. R., Lemos, E. C., Silva, P. P. C., & Freitas, C. M. S. M. O profissional de Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial: percepção dos limites e potencialidades no processo de trabalho

embargo, se señaló que existe la posibilidad de que el profesional-usuario, proporcionando una técnica de composición centrada en el trabajo en vivo, lo que favorece la integridad y la resolución de las necesidades del usuario.

**Palabras clave:** proceso de trabajo; educación física; salud mental.

## Introdução

No decorrer da história da humanidade, o conceito de loucura, caracterizado como a perda da autonomia psicológica, variou pouco (Pessotti, 1999). No entanto, no século XVIII, é estabelecida a concepção de doença mental para o fenômeno (Foucault, 2005; Pelbart, 1989; Frayze-Pereira, 1984). A loucura tornou-se, então, objeto da Medicina, e as práticas manicomiais, caracterizadas pelas internações de longa permanência em instituições psiquiátricas, foram perpetuadas como principal forma de tratamento. Para Foucault (2005), essa conjuntura representou uma opressão à experiência humana fundamental, corroborando para práticas violentas.

No Brasil, as internações psiquiátricas foram adotadas como principal forma de tratamento em saúde mental até a publicação da Lei 10.216/01 (Brasil, 2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, propondo a substituição do modelo manicomial pelo psicossocial. Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2005) apontam que até 2001 existiam 52.962 leitos distribuídos em 246 hospitais psiquiátricos no país. Contudo, inspirada na experiência italiana de desinstitucionalização (Amarante, 2011; Rotelli, 2011; Basaglia, 1985), a nova Política Nacional de Saúde Mental legitimou o processo de substituição dos leitos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

No quadro geral, 3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental em função de transtornos severos e persistentes; 10 a 12% da população precisam de cuidados por episódios de sofrimento psíquico; e 12% acima de 12 anos apresentam transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas. Existem atualmente 2.174 CAPS no país (Brasil, 2013) que acolhem usuários com transtornos mentais severos ou relacionados ao consumo de álcool e drogas, visando a estimular a integração social e familiar e apoiando iniciativas de busca de autonomia.

Como característica principal, os CAPS buscam integrar os usuários a um ambiente social e cultural concreto. Designa-se território o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de

usuários e familiares que recebem a atenção psicossocial (Ministério da Saúde, 2004). A condução do cuidado ocorre por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), composto nas discussões da equipe e acompanhado por um profissional, o Técnico de Referência (TR) (Brasil, 2004b). Os CAPS, como pressuposto da atenção psicossocial, se articulam com outros setores e níveis de assistência à saúde por meio do matriciamento, um processo de construção compartilhada que permite a criação de uma proposta de intervenção integrada entre serviços (Chiaverini, 2011).

Além da mudança no lugar de tratamento, a atenção psicossocial possibilitou também a inserção de novas categorias profissionais na saúde mental, como a Educação Física (Brasil, 2004b). Para Guimarães,

Pascoal, Carvalho e Adão (2012), a incorporação da Educação Física gera impactos na melhoria da qualidade de vida, seja no âmbito social, cognitivo ou motor, podendo ser significativa no tratamento dos usuários. Wachs (2008) também destaca que as práticas corporais, conteúdos da Educação Física, podem se tornar um importante instrumento terapêutico, contendo sentidos e significados para os usuários.

Destarte, no município de Recife, capital do estado de Pernambuco, os profissionais de Educação Física foram inseridos, a partir de 2004, nos dispositivos de saúde mental – os CAPS e, articulados aos CAPS, os Albergues Terapêuticos que se destinam a albergar, por um curto período de tempo, usuários com vínculos fragilizados em decorrência do uso de álcool e outras drogas. Vale destacar que esses profissionais pertencem ao Programa Academia da Cidade (PAC) e detêm como objetivo a promoção da saúde por meio de atividades físicas e lazer (Secretaria Municipal de Saúde, 2009).

Atualmente, existem 17 CAPS no município de Recife, sendo oito destinados a adultos com transtornos mentais, seis à população usuária de álcool e drogas, conhecidos como CAPSad, e três para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, denominados de CAPSi. Há quatro Albergues Terapêuticos, cobrindo aproximadamente 1,19% da população municipal (Brasil, 2013). Em todas as unidades, há atuação de profissionais de Educação Física do PAC. Por meio de preleções sobre recursos disponíveis para o desenvolvimento do trabalho, relações entre profissionais-equipe e profissionais-usuários e práticas realizadas, a presente pesquisa teve como objetivo analisar a percepção dos profissionais de Educação Física sob o seu processo de trabalho nos serviços de saúde mental a partir das dimensões organizacionais, políticas e de cuidado.

## Trajetória Metodológica

Esta pesquisa se caracteriza como qualitativa descritiva, de campo, por aproximar o pesquisador das experiências com o cenário pesquisado, podendo ser realizada em condições naturais em que o fenômeno ocorre (Flick, 2009).

Os sujeitos participantes do estudo foram 12 profissionais de Educação Física do PAC, atuantes nos CAPS/Albergues há mais de três meses, que se dispuseram a participar da pesquisa.

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se o grupo focal que, para Barbour (2009), consiste em gerar e analisar a interação entre os participantes de um grupo num processo de criar o consenso pela interação. Ocorreram dois momentos subsidiados por um roteiro de perguntas semiestruturado. Os dados foram registrados em mídia de MP4 e em vídeo e, posteriormente, transcritos. Cada momento teve duração média de duas horas.

Após a transcrição, o material foi tratado com base na sequência proposta por Minayo (2010), iniciando pela ordenação dos dados por meio do mapeamento,

releitura e codificação do material em ordem crescente, utilizando-se a abreviatura PEF e o número correspondente ao entrevistado. Após essa fase, os dados foram classificados utilizando-se as três dimensões analíticas utilizadas por Almeida e Ferreira (2009) com base em Merhy (1998):

1) dimensão da organização, considerando-se os recursos disponíveis e do conhecimento técnico adquirido para o trabalho, contemplando como unidades temáticas o espaço físico, os recursos materiais e a educação permanente, com destaque para a formação superior, capacitação, cursos e palestras;

2) dimensão da política, apreciando-se a possibilidade de participação nas decisões da equipe e de ser escutado como componente do grupo. Nesta dimensão, as unidades temáticas consideradas foram sentir-se escutado, participação na Reunião Técnica, reconhecimento e pertencimento à equipe;

3) dimensão do cuidado, com base no modo de operá-lo, tendo como unidades temáticas a interação com a equipe, a interação com os usuários, o saber-fazer específico, o saber-fazer no campo da Saúde Mental e as atribuições.

Finalizando, foi realizada a análise final, estabelecendo-se articulações entre dados e referenciais teóricos, a fim de responder às questões do estudo. Nessa etapa, foi utilizada a análise temática, modalidade de análise de conteúdo que visa a descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação na qual a presença ou frequência possuem significados para o objetivo analítico (Bardin, 2011).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco em 18 de setembro de 2012, sob o número do CAAE 07121112.6.0000.5207. Os participantes do estudo foram esclarecidos quanto aos objetivos, procedimentos e privacidade das informações e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **Dimensão da organização: os instrumentos e conhecimentos técnicos**

Todo processo de trabalho em saúde é composto por tecnologias que são indispensáveis para operar o cuidado (Franco & Merhy, 2012). Os espaços físicos e os instrumentos materiais, por exemplo, são considerados tecnologias duras, sendo fundamentais na dinâmica de trabalho. Já os conhecimentos técnicos caracterizam-se como tecnologias leve-duras, que colaboram para a escolha e execução das ações. Essas duas tecnologias compõem a dimensão da organização e definem as disponibilidades de recursos no exercício profissional.

Considerando essa dimensão analítica, no processo de trabalho dos profissionais de Educação Física nos CAPS/Albergues de Recife, foram identificadas limitações na disponibilidade e manutenção dos espaços físicos para as atividades peculiares da área, como ocorre na realidade de outros municípios brasileiros (Kantorski et al., 2011; Miranda, Freire, & Oliveira, 2011). Esse perfil provoca uma tendência à

adaptação, em que “[...] o profissional de Educação Física tá acostumado a se adaptar às condições” (PEF 09).

Para extrapolar essa limitação, uma alternativa seria a utilização de equipamentos sociais e comunitários. Segundo a publicação do Ministério da Saúde (Brasil, 2004b), intitulada *Saúde mental no SUS*, nos Centros de Atenção Psicossocial, a intersetorialidade deve permear a rede de saúde mental por meio da pactuação com outros dispositivos, inclusive além da saúde. Portanto, é possível a realização de atividades na comunidade, dependendo da estratégia terapêutica de reabilitação. De acordo com Yasui (2010), o cuidado com as pessoas precisa ocorrer em um determinado lugar, num território, tal como definido por Santos (1988): um espaço vivo de inter-relações.

No entanto, percebe-se que há uma dificuldade de diálogo entre CAPS/Albergues e equipamentos comunitários em função do estigma da loucura e uso de drogas: “[...] não dá pra sair, já tentei [...] mas sofri muita resistência por parte das coordenações desses lugares, ainda mais sabendo que é transtorno [...]” (PEF 05). Para Goffman (1988), o estigma marca indivíduos considerados diferentes, que precisam lutar constantemente para construir uma identidade social. Percebe-se, portanto, uma tendência à exclusão que, de acordo com Fontes e Fonte (2010), está relacionada aos significados da loucura e da doença mental e deve ser extrapolada entendendo-se o ser humano em sofrimento como sujeito social.

Outra opção para romper os limites estruturais dos CAPS seria a utilização dos equipamentos comunitários do PAC. Para isso, desde 2008, houve uma reorganização no modelo de atuação. Os profissionais de Educação Física que atuam nos CAPS passaram a trabalhar também nos polos comunitários. Visava-se à maior participação dos usuários nas atividades cotidianas da comunidade a partir da vinculação profissional-usuário. Entretanto, por não se constituir como um procedimento inerente à dinâmica de trabalho, há uma tendência a responsabilizar o usuário pela presença/ausência nas atividades comunitárias. Esse fenômeno expõe uma fragilidade no processo e, de acordo com Ceccim e Bilibio (2007), isenta o profissional de uma intervenção mais cuidadora.

Em se tratando dos instrumentos materiais, identificou-se que eles são suficientes para as práticas embora alguns profissionais tenham questionado a carência de variedade. Pode-se justificar esse fato pela diferença no custo financeiro dos recursos materiais da Educação Física, quando comparada às demais categorias profissionais da saúde, que garante grande investimento político com baixo investimento econômico (Ceccim & Bilibio, 2007).

Ainda na dimensão organização, com relação à formação superior, os entrevistados, mesmo procedentes de regiões distintas do país, relataram precariedades para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, para a saúde mental. Esse perfil é decorrente da recente inserção dos profissionais

de Educação Física nos equipamentos públicos de saúde. Vale destacar que a profissão sempre se aproximou do campo da saúde. No entanto, só foi reconhecida como uma categoria do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 1998, a partir da Resolução nº 287. De acordo com Abib e Ferreira (2010), há predominância do modelo biomédico, pautado na necessidade de restabelecimento da condição orgânica do ser humano, que Luz (2012) considera uma tendência na busca de legislação científica. Nesse contexto, os conhecimentos técnicos que caracterizam as tecnologias leve-duras assumiram um caráter curativista.

Recentemente, Roble, Moreira e Scagliusi (2012) colocaram que a Educação Física vem negando a condição de mera reprodutora de modelos tradicionais, incorporando-se aos novos dispositivos. Dessa forma, ainda em 2012, o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) adotou a Saúde Mental como uma especialidade da área, com a Resolução nº 230, o que pode colaborar para abordagem do tema nos cursos de graduação. Atualmente, é possível perceber estudantes e profissionais de Educação Física em experiências no SUS, como no Programa de Educação pelo Trabalho (PET) e nas Residências Multiprofissionais em Saúde. Os entrevistados destacaram que, mesmo diante de deficiências para o campo da saúde mental e coletiva, suas formações proporcionaram a obtenção do conhecimento técnico para a atuação no núcleo, contemplando as atividades específicas da área: “[...] *Esporte, dança, ginástica, lutas, capoeira* [...]” (PEF 02).

Ceccim e Bilibio (2007) destacaram que esses conteúdos provocam disparos de interação entre profissional e usuário e são mais sensíveis à orientação do trabalho centrado nas tecnologias leves, potencialmente relacionais. Na questão educação permanente, identificou-se, também, uma escassez de sistematização das capacitações, embora tenham sido relatados momentos de formação com a temática saúde mental e uma iniciativa de criar um Grupo de Trabalho (GT) permanente, pelo PAC. Contudo, de maneira geral, os profissionais enfatizaram carência na preparação por parte do programa para atuação nos serviços de Saúde Mental e buscaram respaldo teórico nos grupos de estudos dos serviços e em outros espaços, como cursos a distância e congressos.

### **Dimensão da política: aspectos do micropoder no espaço de intervenção**

Entendendo-se o trabalho em saúde como um espaço de produção do cuidado, verifica-se a necessidade de se estabelecer uma rede de relações, composta por diversos olhares, que vão definindo os atos (Roble et al., 2012). Dessa forma, organizam-se os aspectos do micropoder no espaço de intervenção, estruturados nos recursos de interação presentes em cada unidade de saúde.

No caso dos CAPS/Albergues, a integração durante as Reuniões Técnicas, momento destinado à discussão de casos, torna-se um importante recurso para romper com as fragilidades de diálogo, pois o fluxo

comunicativo entre profissionais facilita a horizontalização do poder (Franco, 2006). No entanto, em Recife, embora reconheçam a importância do momento, há profissionais de Educação Física que não participam da Reunião Técnica pela incompatibilidade com os horários disponibilizados ao exercício profissional.

Dessa forma, não houve consenso com relação ao sentir-se escutado pela equipe. Percebeu-se, entretanto, que os profissionais de Educação Física mais antigos nos serviços estabeleciam um melhor diálogo com a equipe e que as dificuldades observadas estavam relacionadas especialmente com a fragilidade da vinculação à instituição e com possíveis pretensões de hierarquia profissional de outras categorias.

A ausência na Reunião Técnica também pode contribuir para a exclusão dos profissionais de Educação Física da construção dos PTS, ou seja, do plano de tratamento a ser realizado pela equipe dos CAPS/Albergues específico de cada usuário (Pinto et al., 2011). Identificou-se, conseqüentemente, uma carência de profissionais de Educação Física atuando como TR, responsáveis por acompanhar os casos (Martinhago & Oliveira, 2012). Mesmo surgindo opiniões divergentes, de modo geral os entrevistados destacaram que poderiam ser TR, havendo respaldo da equipe do PAC e maior disponibilidade de horários.

Os entrevistados apontaram que equipes e usuários reconhecem a importância da Educação Física nos CAPS/Albergues. No entanto, acreditam que o trabalho poderia ser ainda mais reconhecido se o profissional tivesse a mesma carga horária que os demais técnicos e participasse da rotina dos serviços. A sensação de pertencimento à equipe por parte dos profissionais também foi relacionada com sua dinâmica no serviço. Vários profissionais destacaram que não se sentem parte da equipe justamente por não realizarem todas as atividades. Contudo, sentem-se integrantes do serviço. Essas características da dimensão política, de acordo com Guimarães, Jorge e Assis (2011), conduzem à fragmentação das ações, impactando a organização do trabalho e repercutindo na produção do cuidado: “[...] *eu me sinto parte do CAPS, eu não me sinto parte da equipe* [...]” (PEF 02). Assim, torna-se necessário treinamento específico dos profissionais referente à integração entre os demais que fazem parte da equipe, a fim de contribuir com melhorias da equipe multiprofissional.

### **Dimensão do cuidado: o uso das tecnologias leves**

Considerando que as tecnologias duras e leve-duras são importantes, embora não sejam primordiais para a ocorrência do trabalho, Franco e Merhy (2012) destacam que o trabalho permeado apenas por elas caracteriza-se como morto, sendo, portanto, essencial a exploração das tecnologias leves nas práticas de saúde. Essas tecnologias são compostas pelos aspectos relacionais que ocorrem na interação

profissionais/usuários e permitem a efetivação do Trabalho Vivo em ato, capaz de intervir nas reais necessidades dos sujeitos.

Assim, o cuidado caracteriza-se pela atenção, zelo e desvelo (Pinheiro & Mattos, 2005), sustentado pelas práticas de diálogo e responsabilidade entre os sujeitos. Na pesquisa em questão, identificou-se a integração dos profissionais de Educação Física com outros membros da equipe durante a realização de Grupos Terapêuticos, principal estratégia de intervenção dos CAPS/Albergues que compõe a Clínica Ampliada e busca a integração de várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz, criando um contexto favorável para que se possa expressar os sentimentos em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo profissional (Brasil, 2009).

Os entrevistados reconheceram a contribuição dos diversos olhares no trabalho em saúde mental. Foi referido, de maneira geral, um bom vínculo profissional-usuário, incluindo a participação dos usuários nas decisões e avaliações das atividades que, para Schrank e Olschowsky (2008), seria o cuidado produzido como resultado de uma força coletiva: “[...] eles escolhem pra onde eles querem ir [...], a gente trabalha com a escolha também do tema que eles querem realizar, né? [...]” (PEF 01).

Um número significativo dos profissionais de Educação Física é responsável pelo Grupo Movimento criado em 2004. Nesse dispositivo, são empregados elementos do núcleo da Educação Física que contempla saberes e práticas específicas da área (Campos, 2000). Dentre as atividades citadas, estavam os esportes adaptados, construção de jogos com material reciclável, alongamentos, ginástica, *step*, capoeira, brincadeiras populares, danças, jogos de mesa, rodas de diálogo, exibição de vídeos, atividades recreativas, relaxamentos e exercícios de consciência corporal. Foi possível identificar duas tendências que, em alguns momentos, encontram-se entrelaçadas, uma mais voltada para ênfase em aspectos recreativos e outra que explora as capacidades físicas.

A primeira corrobora o pensamento de Wachs e Fraga (2009) quando apontam que a brincadeira permeia o fazer profissional da Educação Física em saúde mental. Nesse caso, as atividades devem e podem favorecer a reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico, potencializando a saúde: “[...] realizo atividades esportivas, atividades recreativas, [...] construção de jogos com material reciclável [...]” (PEF 04). A segunda tendência, que mantém similaridade com a proposta de Roeder (2003), está associada às melhorais funcionais e psicológicas associadas a um programa de exercício regular: “[...] faço atividades de ginástica, sempre buscando mais a questão do equilíbrio, coordenação motora [...]” (PEF 03). Sobre a escolha e objetivos das práticas, identificou-se pouca relação com a proposta da Política Nacional de Saúde Mental, com o Projeto Terapêutico da Instituição e com o PTS do usuário (Brasil, 2004b).

Na questão saberes/fazer em saúde mental, foram relatados acompanhamentos do Passeio Terapêutico,

atividades grupais com outros técnicos e corpo a corpo, momento entre a realização dos grupos no qual os profissionais se mantêm circulando pelo CAPS/Albergue e dialogando com os usuários. Embora alguns entrevistados tenham informado que realizavam todas as atividades que os demais técnicos, diferenças foram percebidas: além da carga horária distinta, a maioria dos profissionais não atuava como TR, não realizava matriciamento e muitos não participavam da Reunião Técnica. Essas condições, que já foram discutidas, são suficientes para limitar a atuação de campo dos profissionais de Educação Física nos serviços de saúde mental de Recife.

Vale destacar que nem todos os entrevistados registravam a evolução dos usuários em prontuários após a realização de suas atividades. Entendendo que o prontuário estimula e fortalece o trabalho em equipe e o diálogo entre profissionais, sustentando as construções coletivas e estimulando o empenho no trabalho (Brasil, 2004a), a ausência de registros minimiza a importância das práticas e dos objetivos propostos. Paradoxalmente, muitos consideraram como atribuições dos profissionais de Educação Física “[...] fazer parte da equipe [...]” (PEF 12), realizando tudo o que os demais profissionais desempenham no exercício do trabalho.

## A Composição Técnica do Trabalho da Educação Física na Saúde Mental

Considerando as tecnologias (duras, leve-duras e leves) que compõem o processo de trabalho em saúde, Franco e Merhy (2012) apresentam, como Composição Técnica do Trabalho (CTT), a correlação entre Trabalho Morto e Trabalho Vivo em ato. Os autores baseiam-se na conceituação de Marx, na qual o Trabalho Morto é o que já foi realizado com a incorporação de máquinas e instrumentos de trabalho e não vai resultar em produto, enquanto o Trabalho Vivo se realiza na atividade do trabalhador, como trabalho em ato, oferecendo altos graus de liberdade no exercício profissional. Vale ressaltar que a CTT não é mensurável, mas representa um analisador qualitativo das tecnologias de cuidado presentes no processo de trabalho, indicado pelos graus de liberdade e pelo autogoverno.

De acordo com os dados, observa-se, diante da participação dos usuários nas decisões dos grupos e vinculação usuário-profissional, que a CTT dos profissionais de Educação Física nos serviços de atenção psicossocial de Recife caracteriza-se pela predominância do Trabalho Vivo em ato que, segundo Ceccim e Bilibio (2007), torna a intervenção mais criativa, com altos graus de liberdade: “[...] ao mesmo tempo acho que nossa intervenção se torna mais leve [...]” (PEF 06). Entretanto, não se deve desconsiderar as fragilidades identificadas nas dimensões analíticas, especialmente as que tratam das tecnologias duras e leve-duras, já que o Trabalho Vivo em ato não pode se libertar plenamente do Trabalho Morto.



Dessa forma, o modelo técnico-assistencial adotado será importante na medida em que o Trabalho Vivo em ato interroga as ações que acentuam o Trabalho Morto, permitindo a articulação de novos arranjos para a produção do cuidado considerando as necessidades dos usuários e ofertando possibilidades que reinventam a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade.

## Considerações Finais

O processo de trabalho dos profissionais de Educação Física nos CAPS/Albergues de Recife comporta algumas características próprias que os diferenciam dos demais profissionais que compõem as equipes técnicas desses serviços, começando pela própria vinculação a outro programa, o PAC, e pela carga horária reduzida.

No entanto, percebeu-se que as limitações extrapolam esses pontos. Espaços físicos, ausência de articulação com a rede social comunitária, formação profissional insuficiente para a atuação na área, carência de processos de educação permanente, ausências nas Reuniões Técnicas e dificuldades de diálogo com a equipe compõem entraves para a concretização da proposta de atuação.

Essas características colaboram para a sensação de não-pertencimento às equipes e possível minimização das ações realizadas por esses profissionais nos espaços de intervenção dos CAPS/Albergues. Contudo, notou-se que o processo de trabalho dos profissionais de Educação Física nos CAPS/Albergues potencializa a produção do cuidado centrado no Trabalho Vivo, pois extrapola as barreiras do Trabalho Morto, historicamente inerente aos processos de trabalho em saúde, especialmente no modelo manicomial de saúde mental, e passa a considerar os sujeitos em suas singularidades, atuando em função da desinstitucionalização.

Porém, é necessário que o poder público forneça os subsídios necessários, melhorias estruturais e formativas, e que os profissionais de Educação Física possam se equiparar aos demais da equipe, a partir da compreensão da integralidade da saúde, descartando ações meramente pontuais.

## Referências

- Abib, L. T. & Ferreira, L. A. S. A. (2010). Cultura corporal no contexto da saúde mental. *Didática Sistemica*, Edição Especial, 11-23.
- Almeida, C. S. & Ferreira, V. S. C. (2009). In T. B. Franco, C. S. Andrade, & V. S. C. Ferreira (Orgs.). *A produção subjetiva do cuidado: cartografias da Estratégia da Saúde da Família* (pp. 103-122). São Paulo: Hucitec.
- Amarante, P. (Org.). (2011). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barbour, R. (2009). *Grupos focais*. Porto Alegre: Artmed.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Editora 70.
- Basaglia, F. (Org.). (1985). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal.
- Brasil. *Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998*. (1998). Conselho Nacional de Saúde. Dispõe da relação das categorias profissionais de saúde de nível superior. Diário Oficial da União, seção 1.
- Brasil. *Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001*. (2001, 09 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004a). *Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico*. Recuperado em 11 julho, 2013, de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prontuario.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004b). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Recuperado em 11 julho, 2013, de [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde (2005). *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Recuperado em 11 julho, 2013, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15\\_anos\\_caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Clinica Ampliada e Compartilhada*. Série B. Textos Básicos de saúde. Recuperado em 11 julho, 2013, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)
- Brasil. *Resolução nº 230, de 10 de maio de 2012* (2012). Conselho Federal de Educação Física. Dispõe sobre Especialidade Profissional em Educação Física na área de Saúde Mental, Diário Oficial da União, seção 1.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Sala de Apoio à Gestão Estratégica*. Recuperado em 11 julho, 2013, de <http://189.28.128.178/sage/>
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230.

- Leonidio, A. C. R., Lemos, E. C., Silva, P. P. C., & Freitas, C. M. S. M. O profissional de Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial: percepção dos limites e potencialidades no processo de trabalho
- Ceccim, R. B. & Bilibio, L. F. (2007). Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In A. B. Fraga & F. Wachs (Orgs.). *Educação Física e saúde coletiva: Políticas de formação e perspectivas de intervenção* (pp. 47-61). Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Chiaverini, D. H. (Org.). (2011). *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Flick, U. (2009). *Uma introdução à pesquisa qualitativa* (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Fontes, B. A. S. M. & Fonte, E. M. M. (2010). *Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: Análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: Editora da UFPE.
- Foucault, M. (2005). *História da loucura: Na Idade Clássica* (8a ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Franco, T. B. (2006). As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In R. Pinheiro & R. A. Matos (Orgs.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC. Recuperado em 12 julho, 2013, de [http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/redes\\_na\\_micropolitica\\_do\\_processo\\_trabalho\\_tulio\\_franco.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_tulio_franco.pdf)
- Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2012). Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 151-163.
- Frayze-Pereira, J. A. (1984). *O que é loucura* (3a ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (4a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Guimarães, A. C., Pascoal, R. C. A., Carvalho, I. Z. de, & Adão, K. do S. (2012). A inserção social através de práticas de educação física como medidas interventivas para pacientes psicóticos e neuróticos graves do CAPS de São João del-Rei/ MG. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 7(2), 254-259.
- Guimarães, J. M. X., Jorge, M. S. B., & Assis, M. M. A. (2011). (In) satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2145-2154.
- Kantorski, L. P., Coimbra, V. C. C., Silva, E. N. F., Guedes, A. C., Cortes, J. M., & Santos, F. (2011). Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2059-2066.
- Luz, M. T. (2012). *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: Estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais* (3a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Martinhago, F. & Oliveira, W. F. (2012). A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. *Saúde em Debate*, 36(95), 583-594.
- Merhy, E. E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In C. Campos, D. Malta & A. Reis (Org.), *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã. Recuperado em 12 julho, 2013, de [https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/10722/mod\\_resource/content/1/artigo%20emerson%20merhy.pdf](https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/10722/mod_resource/content/1/artigo%20emerson%20merhy.pdf)
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (12a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Miranda, E. D., Freire, L. A., & Oliveira, A. R. C. (2011). Os desafios da Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial de Coari (AM). *Saúde e Transformação Social*, 2(1), 163-169.
- Pelbart, P.P. (1989). *Da clausura do fora ao fora da clausura*. São Paulo: Brasiliense.
- Pessoti, I. (1999). *Os nomes da Loucura*. São Paulo: Editora 34.
- Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (2005). *Cuidado: As fronteiras da integralidade* (3a ed.). Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO.
- Pinto, D. M., Jorge, M. S. B., Pinto, A. G. A., Vasconcelos, M. G. F., Cavalcante, C. M., Flores, A. Z. T. et al. (2011). Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: Uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 20(3), 493-302.
- Roble, O. J., Moreira, M. I. B., & Scagliusi, F. B. A. (2012). Educação física na saúde mental: construindo uma formação na perspectiva interdisciplinar. *Interface – Comunicação Saúde Educação*, 16(41), 567-577.
- Roeder, M. A. (2003). *Atividade física, saúde mental e qualidade de vida*. Rio de Janeiro: Shape.
- Rotelli, F. (2011). Superando o manicômio: O circuito psiquiátrico de Trieste. In P. Amarante (Coord.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp. 149-169). Rio de Janeiro: Fiocruz.



Leonidio, A. C. R., Lemos, E. C., Silva, P. P. C., & Freitas, C. M. S. M. O profissional de Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial: percepção dos limites e potencialidades no processo de trabalho

Santos, M. (1988). *Metamorfoses do espaço habitado*. São Paulo: Hucitec.

Schrank, G. & Olschowsky, A. (2008). O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev. da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 127-34.

Secretaria Municipal de Saúde. (2009). *Programa Academia da Cidade: Nota técnica*. Recife.

Wachs, F. (2008). *Educação Física e Saúde Mental: Uma prática de cuidado emergente em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Wachs, F. & Fraga, A. B. (2009). Educação física em centros de atenção psicossocial. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 31(1), 93-107.

Yasui, S. (2010). *Rupturas e Encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Recebido: 17/07/2013  
Aprovado: 03/10/2013