

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)

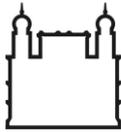
FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA (FESF-SUS)

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**O Olhar Sensível da Experiência de um Profissional de Educação Física em um
Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPSad):
Contribuições à Formação em Saúde da Família**

Salvador / BA

Fevereiro de 2017



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA (FESF-SUS)

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

O Olhar Sensível da Experiência de um Profissional de Educação Física em um Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPSad): Contribuições à Formação em Saúde da Família

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), em formato de Artigo Científico (Relato de Experiência), apresentado como requisito final obrigatório à Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no âmbito da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), para a obtenção do título de “Especialista em Saúde da Família”.

Residente / Autor Responsável:

Alexandre dos Santos Gonzaga

Orientador Responsável:

Renan Vieira de Santana Rocha

Salvador / BA

Fevereiro de 2017

ALEXANDRE DOS SANTOS GONZAGA

O OLHAR SENSÍVEL DA EXPERIÊNCIA DE UM PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPSAD): CONTRIBUIÇÕES À FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), apresentado no âmbito da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), em convênio com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), como exigência para a obtenção do título de “Especialista em Saúde da Família”, avaliado e aprovado na data abaixo referida.

Salvador/BA, _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Renan Vieira de Santana Rocha

Especialista em Saúde Coletiva (UFBA)
Apoiador Pedagógico (FESF-SUS/Fiocruz) / Orientador

Waldemir de Albuquerque Costa

Especialista em Saúde da Família (UFPEL)
Preceptor (FESF-SUS/Fiocruz) / Parecerista

Ana Paula Medeiros Pereira

Mestra em Saúde, Ambiente e Trabalho (UFBA)
Preceptora (FESF-SUS/Fiocruz) / Parecerista

Tamyres Lima Santos

Especialista em Saúde da Família (UFS)
Convidada Externa / Parecerista

No mundo do CAPS eu vi, senti e por muito ouvi
Vi cada um de um jeito especial
Ouvi pessoas do bem, falando do mal
Senti a raiva e o carinho habitando este protegido local.

Tentei entender quem não é entendido
Tentei compreender quem não é compreendido
Tinha dias que sim... Mas tinha dias que não...
Cada dia era diferente
A depender do que cada um trazia na mente e no coração
Brigas??? Tem sim!
Desculpas também!
De quem fez ou não o mal
E quer ou não o bem.

Ouvir dizer que o CAPS é uma família
E família não é só laços de sangue
Família também é quem a gente escolhe para viver, para cuidar, para aprender
Neste momento o foco não são as drogas
E sim pessoas
Pessoas que não quero que se sintam uma droga
Por usar a droga que usa as pessoas.

Estamos todos em alto mar
E para não afogar, entramos num barco chamado de CAPS
Uns estão mais molhados, outros menos
Mas estamos todos no mesmo barco
Temos duas opções
A de remarmos juntos em direção a um bom lugar
Ou deixar as ondas da vida jogarem o barco para onde elas bem quiserem.

O Mundo do CAPS - Alexandre Gonzaga

RESUMO

O presente artigo diz respeito ao processo de construção de um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), realizado em um determinado Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPSad) da cidade de Salvador/BA. O mesmo apresenta-se em formato de Relato de Experiência, onde buscou-se refletir o lugar de atuação teórico-técnica e de ação política de um Profissional de Educação Física inserido, enquanto residente, no serviço supracitado, por um período de dois (02) meses. Parte-se, assim, de uma introdução e fundamentação teórica de base, acerca das inserções destes profissionais em serviços de Saúde Mental orientados pela perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira, para posteriormente descrever a experiência do autor no serviço já mencionado e, em seguida, ponderar, consoante à literatura, os aspectos teóricos, técnicos, clínicos e políticos desta inserção profissional. Observou-se que a inserção do Profissional de Educação Física no serviço supracitado apresentou-se como benéfica para ambos: o profissional e o serviço. Não obstante, observou-se a lacuna que a literatura acadêmica apresenta quanto a este campo de atuação, demandando a produção de novos estudos, como o que aqui está colocado. Por fim, pondera-se a importância que há em possibilitar à formação dos profissionais que atuarão junto à Estratégia Saúde da Família (ESF) espaços de vivência e experiência nos serviços de Média Complexidade, tentando ampliar a compreensão destes profissionais para a sensibilização quanto a sofrimentos diversos (a exemplo do emocional e/ou psicossocial) e para a necessidade das constantes ações matriciais e de articulação de rede, dentro e fora da atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Palavras-Chave: Saúde Mental; Educação Física; Residência Multiprofissional; Estratégia Saúde da Família (ESF); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Álcool e Outras Drogas.

SUMÁRIO

1) Introdução	Pg. 07
2) Inserção do Profissional de Educação Física nas Ações em Saúde Mental	Pg. 11
3) Metodologia	Pg. 15
4) Relato de Experiência	Pg. 16
(4.1) Descrição do Campo de Práticas	Pg. 16
(4.2) Desenvolvimento das Práticas, Construção de Vínculos e Contribuições Iniciais	Pg. 18
(4.3) Práticas Corporais e Demais Estratégias Realizadas	Pg. 23
(4.4) Desafios, Dificuldades e Potencialidades à Formação em Saúde da Família	Pg. 29
5) Considerações Finais	Pg. 35
6) Referências Bibliográficas	Pg. 36
7) Apêndice: Registros Fotográficos	Pg. 39

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo diz respeito ao processo de construção de um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), oriundo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS/Fiocruz, no município de Camaçari/BA, onde se enseja apresentar, através de um relato de experiência, as vivências de um Profissional de Educação Física em um Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPSad) em Salvador/BA.

Historicamente, no Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi um movimento fortíssimo de inclusão social, representando de forma constitucional uma asseveração política de concordata do Estado brasileiro para com o cidadão e seus direitos (BRASIL, 1990). Isto se dá, em grande medida, pela influência da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (Cazaquistão), no ano de 1978, onde ficou estabelecido um plano mundial, através do documento final deste evento – a Declaração de Alma-Ata – em que se propõe a participação efetiva dos Estados na saúde do seu povo através da promoção de políticas de saúde que visassem o bem-estar físico, mental e social como direitos fundamentais dos seus habitantes, enfatizando-se principalmente os cuidados primários. Evidenciou-se também que a saúde é a mais importante meta social mundial e que, para a sua realização, faz-se necessária a integração com os diversos setores sociais e econômicos (SOUZA; COSTA, 2010).

Paralelamente a esse acontecimento histórico da saúde mundial, o Brasil passava por um momento de clamor coletivo por mudanças políticas voltadas para a redemocratização do país, que se intensificaram na década de 1980 por meio de manifestações populares pela eleição direta de um presidente civil, e, no campo da saúde, voltado para uma atenção abrangente, democrática e igualitária, tendo como principais atores sociais os intelectuais, as lideranças políticas, os profissionais da saúde, os movimentos estudantis universitários, os movimentos sindicais, entre outros, o que culminou com o esgotamento do modelo médico assistencial privatista vigente (SOUZA; COSTA, 2010, p. 510-511).

Já o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, em específico, é recente no panorama do “movimento sanitário”, transitando com mais força a partir da década de 1970, na mudança dos modelos de atenção e gestão das práticas em Saúde Mental, prevalecendo a equidade, defendendo uma saúde coletiva e integral, norteando os serviços ofertados pelo prisma da Atenção Psicossocial e destacando os usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e corresponsabilização do

cuidado a ser produzido, de forma a ser compartilhado entre estes, os gestores e os trabalhadores (DELGADO et al, 2007).

O Brasil, desde as décadas de 1970 e 80, apresenta contínuos movimentos de reforma nas políticas públicas, referentes ao cuidado em Saúde Mental. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica Brasileira se baseia na desinstitucionalização, refletida não somente no campo técnico-científico, mas também no campo social, no qual o portador de transtorno mental tem sua cidadania e liberdade garantidas (VINHA, 2011, p. 27).

Ainda que contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira apresenta a sua própria história, decorrente da tentativa de estabelecer uma conjuntura de superação da violência asilar fortemente demarcada nos cuidados da indústria psiquiátrica. Isto posto, o que vemos é que, na década de 1970, começa a se esboçar uma crise da assistência hospitalocêntrica psiquiátrica mundialmente (com destaque à experiência italiana, tendo como precursor Franco Basaglia), modelo este que se enfraquece com o aumento da participação popular no bojo dos movimentos sociais de base pelos direitos das "pessoas com transtorno mental". Sendo assim, veremos em Brasil (2005) que, fundado, ao final dos anos 1970, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, "o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior [ainda] do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde" (BRASIL, 2005, p. 06).

Como parte integrante do campo da Saúde Mental, temos ainda o debate que transversaliza a discussão sobre o uso abusivo de substâncias psicoativas. Se a Saúde Mental, de maneira ampliada, já encontra uma série de barreiras para ver sua efetiva reforma ocorrer, vê-se essa complexidade configurar-se duplamente ao se adentrar no campo de estudos acerca do uso de drogas, haja posto que este debate, em particular, vai ao encontro da conjunção entre Saúde e Justiça.

Sobre este aspecto, Bokany (2015) discorre que:

A Organização dos Estados Americanos (OEA), contudo, em sua 43ª Assembleia Geral (2013), reconhecendo que o problema mundial das drogas, incluindo seus custos políticos, econômicos, sociais e ambientais, gera efeitos negativos na saúde, na convivência social, na segurança cidadã, na integridade das instituições democráticas, no desenvolvimento e nas atividades econômicas afirmou, na Declaração de Antigua, subscrita também pelo Brasil, que os Estados ao enfrentarem a questão das drogas devem adotar políticas públicas que

incorporem a saúde pública, a educação e a inclusão social com absoluto e prevalente respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais. (BOKANY, 2015, p. 32-33).

Segundo esta autora, ao aderir a convenções internacionais, o Brasil se “acorrentou” ao compromisso de combate às drogas e, por isso, adotou uma política criminalizadora irracional, ineficaz e desumana, causando danos à sociedade brasileira como um todo e prejuízos a diversos segmentos sociais subalternizados, em flagrante violação a princípios constitucionais e de Direitos Humanos. Desta feita, podemos afirmar que o combate às drogas – mesmo em sua movimentação financeira e sua produção de uma “urbanização das drogas” (SPINHEIRA, 2004) – precisa ser ultrapassado, no sentido de possibilitar outras reflexões importantes que circundam o tema, construindo um debate que interfira direta, concreta e pessoalmente na vida de cada indivíduo usuários de drogas.

Isto posto, há que se produzir uma dupla inventividade tecnológica neste campo, que consiga produzir vínculo e manejo clínico com sujeitos cujas trajetórias, tradicionalmente, encontram-se vilipendiadas e marcadas pela expressão da violência. Aqui podemos pontuar a potência que a articulação de redes possui no sentido do fortalecimento desta oferta de cuidado, haja vista a própria articulação entre Atenção Básica e Saúde Mental, refletindo as dimensões territoriais que marcam a vida dos diferentes sujeitos.

O Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas especifica que os serviços para esse tipo de atendimento, no SUS, devem estar interligados e abrangem aqueles de Atenção Básica, Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPSad), ambulatórios e unidades hospitalares especializadas e de referência. A rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil) deve complementar a assistência prestada. Serviços esses que atendem as principais diretrizes do SUS – integralidade, descentralização, hierarquização e equidade – e que vão ao encontro dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica (VINHA, 2011, p. 27).

Na Atenção Básica, para tanto, devemos usar como potência a equidade, percebendo cada sujeito em suas idiosincrasias, e observando atentamente os recursos profissionais que ofertamos a estes mesmos sujeitos. Nesse processo, como Profissional de Educação Física residente, tive curiosidades e algumas inquietações, sendo necessário rever meus conceitos e conhecimentos sobre âmbitos como o acolhimento, a construção de vínculos, as visitas domiciliares, etc. Repensar estas questões, inclusive, se apresenta como um dos pontos que baseia este trabalho, na medida em que me leva a buscar ampliar o meu leque de possibilidades para a oferta de cuidado em saúde.

Destarte, percebi o interesse pela Saúde Mental por enxergá-la como um espaço potente para a inserção do Profissional de Educação Física, e aqui proponho que seja feita a análise destas potências, a partir da reflexão orientada pelo “olhar sensível” do profissional que aqui se desvela. Por assim o ser, o objetivo geral deste trabalho é relatar a experiência de um Profissional de Educação Física em um Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPSad) da cidade de Salvador/BA. Já dentre seus objetivos específicos, temos: (1) analisar as dificuldades e potencialidades da prática de um Profissional de Educação Física em um Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPSad); (2) indicar estratégias de ações possíveis e necessárias para o fortalecimento da atuação de um Profissional de Educação Física no contexto da Saúde Pública e Coletiva, destacando-se o que tange à Saúde Mental.

Essas compressões iniciais são importantes para elucidar o quão instituinte ainda é o campo da Saúde Pública e Coletiva no Brasil, estando nessa mesma situação o campo da Saúde Mental. Desta feita, trata-se de um espaço ainda marcado por uma necessária inventividade tecnológica, o que demanda dos profissionais tanto um posicionamento como operador de políticas públicas, inclusive a partir de seus lócus de saberes disciplinares – questão central para a reflexão sobre a atuação do Profissional de Educação Física nesses espaços (KICH, 2013). Nesse tocante, reconhecendo a necessidade de avançar nos estudos nesta área, frente à lacuna existente sobre a atuação do profissional de Educação Física, bem como para ampliar a compreensão que tem-se sobre a atuação deste profissional no campo da Saúde Mental, apresenta-se e justifica-se o presente trabalho, intentando, inclusive, criar meios de refletir a prática deste profissional que aqui se apresenta, em toda a sua questão técnico-política, mas também afetiva.

2. INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NAS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL

De forma mais recente, em 2011, as pessoas com transtornos mentais passaram a ser especialmente amparadas pela Lei Nº. 10.216 de 06 de Abril de 2001, também conhecida como "Lei Paulo Delgado", que trata da garantia dos seguintes direitos (Art. 2º, § único):

[...] de ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; de ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; de ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; de ter garantia de sigilo nas informações prestadas; de ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; de ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; de receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; de ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e de ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de Saúde Mental (BRASIL, 2001).

Estas postulações irão marcar diretamente a Política Nacional de Saúde Mental, que passará a ter por objetivo mudar a realidade dos manicômios, propondo a substituição de um modelo de Saúde Mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial. E, conforme nos apresenta o Caderno de Atenção Básica Nº. 34 (2013), temos que: "Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica" (BRASIL, 2013, p. 21).

Segundo Wachs (2008) e Rocha e Centurião (2007), este processo nos levará à conclusão de que a proposta de reformulação do modelo de cuidado e estruturação de uma rede de atenção integral em saúde mental passa pela criação de novos serviços de saúde, mas também pela reformulação de suas práticas e saberes. Isso possibilita a inserção de uma equipe multiprofissional ampliando o olhar dentro da Saúde Mental e não centrada somente nos psicólogos, psiquiatras e enfermeiros psiquiátricos.

Dito isto, pensando na construção de uma fonte de conhecimento e vivências dentro da Saúde Mental como experiências potentes, podemos tomar como base de reflexão as potencialidades da atuação de um Profissional de Educação Física. A inserção deste profissional, quando feita de maneira

humanizada e interdisciplinar, possibilita o surgimento de um olhar diferenciado dessa competência no espaço da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Mental, deliberadamente saudando os benefícios equivalente a vantagens dessa profissão nesses equipamentos de saúde, desde um olhar sensível do acolhimento até o desenvolvimento das ações (ROBLE; MOREIRA; SCAGLIUSI, 2012). Disto, afirma-se então a necessidade de produzir este "olhar sensível", que nada mais é do que o treino para perceber as nuances do sofrimento e da produção de saúde de cada sujeito, em sua história única e própria, e com esta história trabalhar, na potência do vínculo, no sentido da produção de novos e melhores elementos de vida, pois, como nos dizem Roble, Moreira e Scagliusi (2012):

Acreditamos na formação dos novos profissionais convocados para o trabalho em saúde e apostamos naqueles que sabem que têm uma vida a ser dita e vivida, que deve ser questionada, debatida, afetada, refletida. É nesse contexto que o educador físico se insere, podendo contribuir e ampliar as possibilidades de intervenção (ROBLE; MOREIRA; SCAGLIUSI, 2012, p. 574).

A Educação Física é uma competência relativamente nova nesse contexto da saúde pública, principalmente no estado da Bahia, e espera-se, assim, que este Relato de Experiência possa contribuir nesse processo de informação e capacitação, tendo como foco a Saúde da Família, a Saúde Mental e o sujeito visto e compreendido de forma integral. Também vale frisar, percebemos que existe certa fragilidade na construção do currículo da formação acadêmica em Educação Física, que segue, na sua maioria, uma hegemonia acadêmica tecnicista de graduação, preparando o indivíduo – enquanto Profissional de Educação Física – quase que exclusivamente para o mercado capitalista. Isso se deve também ao processo histórico que por muitos anos se legitimou de forma exclusiva nesta área, com o foco centrado no biológico, visando uma saúde higienista focada nos médicos e militares (MENDES, 2009).

Tendo isto em vista, vale ainda pontuar que a Saúde Mental atualmente é uma das áreas ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) que é bastante acionada, pois a sociedade vem sofrendo cada vez mais com estresse, ansiedade e vários fatores que potencializam a desestruturação de uma condição mental saudável. De tal modo, uma Saúde Mental efetiva e integral, que auxilie as pessoas com sofrimentos psíquicos no sentido de sua reinserção social, de seu bem estar e de uma melhor qualidade de vida, precisa utilizar-se do manejo de práticas corporais, objeto central da Educação Física, e que vem sendo considerado um meio extremamente importante para auxiliar no tratamento das pessoas que apresentam problemas crônicos em Saúde Mental (SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012).

Scabar, Pelicioni e Pelicioni (2012) ampliam o debate, ao dizer que, no Brasil, os fatores culturais e socioeconômicos são uns dos maiores responsáveis pelo sedentarismo, afirmando ainda que recentes estudos confirmam que uma grande parte da população não costuma praticar atividades físicas dentro das recomendações necessárias, fazendo com que o sedentarismo se torne um alvo cada vez maior da Saúde Pública, despertando interesses em debates sobre temas ligados à ampliação das políticas públicas de saúde no Brasil que contemplem essa questão – lócus onde as práticas corporais e da atividade física (PCAF) ganham ampla visibilidade. Este componente tem influência direta sobre a produção de Saúde Mental para a população, estando as pessoas que possuem um quadro grave, severo e persistente de sofrimento psíquico ainda mais vulneráveis à falta de cuidado com questões que envolvem as práticas corporais.

Estes autores seguem ainda dizendo que estão surgindo, através das PCAF, concepções novas a respeito da qualidade de vida e um novo jeito de pensar saúde, incentivando elaborações de estratégias inovadoras e tendo como foco a Promoção da Saúde e a garantia da integralidade. Logo, em 2006, é criada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), sendo este um marco onde, a partir de tal, são inclusas dentre as prioridades da Política as ações de PCAF, na comunidade e na Rede Básica de Saúde. Essa se torna a grande porta de entrada do Profissional de Educação Física na Atenção Básica, sendo mais um especialista a compor as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atuando sob a perspectiva de melhorar a qualidade de vida num processo de ação e de Educação em Saúde, capacitando a comunidade. Decerto que estes avanços políticos representam um marco também para o campo da Saúde Mental, haja vista que a inserção de Profissionais de Educação Física na Atenção Básica possibilitará a inserção de melhores práticas corporais e de autocuidado a sujeitos que possuem um sofrimento psíquico grave, severo e persistente, bem como a seus familiares – em um claro movimento de produção de saúde que circula entre a Saúde da Família e a Média Complexidade.

Este processo, contudo, não se dá sem configurar-se como um desafio formativo e profissional. Ao pensarmos nos demais desafios que se apresentam a esta área profissional, no campo da Saúde Mental, a questão se amplia ainda mais se tomamos por base a atual discussão acerca do uso abusivo de substâncias psicoativas. Isto porque este aspecto vem se configurando como questão de Saúde Pública, convocando os profissionais de todas as categorias que constroem o Sistema Único de Saúde (SUS) a uma ação conjunta, que contemple a complexidade deste debate e a necessária formulação de estratégias de cuidado. Sobre isso, Costa et al (2014) dizem:

[...] a presença do professor de Educação Física no âmbito da saúde mental é fundamental para o projeto terapêutico de um CAPS, visto que o instrumento terapêutico deste profissional embasa-se nas práticas corporais, as quais são elementos constituintes de uma comunidade e se tornam fundamentais na recuperação/tratamento e reinserção social de usuários de álcool e drogas (COSTA et al, 2014, p. 02).

Porém apesar da fragilidade curricular em relação ao incentivo quanto à Saúde Coletiva, observa-se uma potencialidade da Promoção da Saúde na produção de um olhar não medicamentoso ou biologicista que pode otimizar e ser otimizado nas experiências desta categoria profissional nos serviços de Saúde Pública – destacando, ainda mais, os de Saúde Mental – somando com a proposta das equipes multidisciplinares e agregando, compartilhando saberes. Afinal, vale retomar Roble, Moreira e Scagliusi (2012): “Reivindicamos que os serviços de saúde se transformem, também, em espaços de encontros ricos de trocas e de produção de um novo, e não de repetições do que já está dado. Somos todos interlocutores, em busca de encontros que nos façam vibrar e que nos transformem” (ROBLE; MOREIRA; SCAGLIUSI, 2012, p. 574).

3. METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como de natureza Qualitativa e Exploratória (MINAYO, 2012). Os dados apresentados aqui dizem respeito a um Relato de Experiência, sendo, portanto, uma produção essencialmente orientada pela observação e inserção ativa do autor no contexto do cenário de práticas apresentado. Nesse tocante, o Relato de Experiência parte de uma experiência de escrita e análise da experiência sensível do vivido que é totalmente permeada dos afetos e da subjetividade do sujeito que vivencia a experiência, sendo, portanto, um processo de produção textual situado em uma seara que deve contemplar o “olhar sensível” de quem escreve e a necessária análise teórico-política da dinâmica vivenciada. Vejamos o que nos diz Oliveira (2012):

[...] em áreas como as das ciências exatas, em geral, prevê-se que um artigo científico (ou mesmo um relato de experiência) seja um texto o mais impessoal possível (se é que isso é possível!) e, nesse sentido, os estudantes são comumente orientados a empregar a impessoalidade textual, numa tentativa de distanciamento entre sujeito e objeto; diferentemente, nas ciências humanas, é cada vez mais comum que os artigos sejam escritos em primeira pessoa, o que acarretaria uma explícita afirmação da relação entre sujeito e objeto (OLIVEIRA, 2012, p. 312).

Isto posto, o artigo aqui construído apresentará o relato da experiência vivida por um Profissional de Educação Física no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPSad) localizado na cidade de Salvador/BA, sendo este relato analisado a partir de autores que possam dialogar com as vivências relatadas, no sentido de avançar no debate que articula os campos da Educação Física com a Estratégia Saúde da Família e a Saúde Mental. Assim, resumem-nos Oliveira: “[...] ora, trata-se de um *artigo*, que tem um *objetivo*, que se atrela a um *relato*” (OLIVEIRA, 2012, p. 316).

Em tempo, ratifica-se que, ainda que este estudo não venha a trabalhar diretamente enquanto “pesquisa envolvendo seres humanos”, o mesmo considera as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa descritas na Resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

4. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Neste tópico do texto, serão apresentados os elementos que compõem o relato propriamente dito, analisados a partir do olhar sensível do autor e da bibliografia acessada acerca dos temas que aparecem em destaque.

- 4.1 Descrição do Campo de Práticas

O serviço de saúde em questão trata-se de um Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPSad). Tem seu horário de funcionamento das 8h às 17h (das segundas às sextas-feiras), e foi inaugurado no dia 27 de Janeiro de 2012, financiado pelo Governo do Estado da Bahia em convênio com a Universidade Federal da Bahia (UFBA), sendo um serviço da Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC), programa de extensão permanente do Departamento de Saúde Família da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB). Localiza-se no Centro de Salvador, no campus da UFBA do Pelourinho, tratando-se, portanto, de região do Centro Histórico da cidade, rico pela importância cultural, mas marcado pela expressão da desigualdade social e do racismo soteropolitano.

Além do Centro Histórico, o CAPSad em questão abarca: Itapagipe; São Caetano/Valéria; Liberdade; Brotas; Barra/Rio Vermelho; Boca do Rio; Itapuã; Cabula/Beirú; Pau da Lima; Subúrbio Ferroviário e Cajazeiras. Tem como perfil os usuários adultos e jovens, que utilizam como principais substâncias, costumeiramente: álcool, tabaco, Crack, cocaína e maconha. A maioria do público acolhido tem escolaridade em torno do ensino fundamental e médio, grande parte incompletos.

O serviço do CAPSad é bastante movimentado e segue um fluxo de atendimento bem estruturado, para que o serviço aconteça de forma melhor organizada: o usuário e/ou familiar chega ao serviço pela Rede Interna/Externa ou espontâneo e se encaminham à recepção. Se não for demanda para ser acolhida no serviço, o mesmo é orientado para o equipamento de saúde cabível e, se for demanda para ser acolhida no serviço, o mesmo é encaminhado para o acolhimento individual. O próximo passo é o Grupo de Acolhimento, daí o usuário é admitido e se constrói o seu Projeto Terapêutico Singular (PTS). Nesse processo, o usuário é inserido nas atividades do CAPSad e da Rede Interna/Externa.

Sobre o processo de construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), temos:

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente, é dedicado a situações mais complexas. [...] O PTS incorpora a noção interdisciplinar que recolhe a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões (SILVA et al, 2013, p. 198).

Esta compreensão sobre a construção Projeto Terapêutico Singular (PTS) nos é muito cara, posto que a equipe do CAPSad é composta por um leque de profissionais de variados campos de saber, o que demanda que o cuidado seja pensado de maneira coletiva e estratégica, levando em conta os desejos do sujeito do qual cuidamos, mas também as possíveis contribuições de cada profissional ao quadro geral do caso que se apresenta.

No caso do CAPSad aqui em questão, o serviço dispõe de: seis (06) Redutores de Danos; um (01) Terapeuta Ocupacional; cinco (05) Psicólogos; dois (02) Médicos Psiquiatras; um (01) Médico Clínico Geral; uma (01) Supervisora de Campo; um (01) Farmacêutico; dois (02) Auxiliares de Serviços Gerais; quatro (04) Auxiliares Administrativos; duas (02) Enfermeiras; duas (02) Técnicas de Enfermagem; uma (01) Assistente Social; um (01) Assistente Administrativo; um (01) Coordenador Geral; um (01) Coordenador Administrativo-Financeiro; e um (01) Coordenador de Capacitação.

Em síntese, o serviço se configura em uma unidade de saúde docente-assistencial, especializada no acompanhamento de pessoas (crianças, adolescentes e adultos) que fazem uso prejudicial de drogas, assim como os seus familiares, e oferece diversas modalidades de acompanhamento com base no Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário, orientado pela estrutura do conjunto de estratégias voltadas para a Redução dos Riscos e Danos associados ao uso de substâncias psicoativas para pessoas que não querem ou não podem parar de usar drogas. Sendo assim, ideias centrais que aparecem nesta lógica de cuidado são: Respeito à liberdade de escolhas; Não exigir a abstinência; Ruptura com a criminalização do usuário; Estilo ético, estético e político de cuidado à saúde, visando à autonomia e a socialização do sujeito; etc.

Vale ressaltar a centralidade que a noção de Redução de Danos possui na estruturação das ações ofertadas no serviço aqui em questão, sendo este um marcador profundo do posicionamento clínico e político assumido por sua equipe. Sobre este conceito, vejamos o que nos diz Andrade (2004):

Redução de Danos não é um conceito de consenso na literatura ou entre os técnicos que o operacionalizam; entretanto, é de fácil definição a partir de suas práticas: trata-se de ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias. Tais ações se orientam por três princípios básicos: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade (ANDRADE, 2004, p. 87).

Agregando ao Acolhimento/Convivência (outra concepção central para o funcionamento não apenas deste serviço, mas para todos aqueles constituintes do SUS), o serviço oferta: Avaliações Profissionais (Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Enfermagem); Construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS); Atendimento Psicológico, Psiquiátrico, Social, de Enfermagem e Ocupacional; Atendimento em Grupo: Grupos Psicoterapêuticos, Oficinas de Serviço Social, Grupos de Educação em Saúde, Oficinas Terapêuticas e Expressivas diversas; Atendimento Familiar; Visitas Domiciliares; parceria com instituições representativas de Geração de Renda; e atividades comunitárias em geral, a exemplo de participação em eventos, caminhadas, centros comunitários, etc.

Como propõe a Reforma Psiquiátrica, as Oficinas ganham destaque, voltando seu foco para a expressão subjetiva, a reintegração social, a produção de autonomia e de cidadania dos usuários (GUERRA, 2004). Na agenda do CAPSad aqui em questão são ofertados diversos grupos e oficinas, que são bastante produtivas, às quais tive a oportunidade de participar da maioria e inclusive de mediar algumas, produzindo espaços em que acontecem diversas atividades de forma dinâmica, inclusive trabalhando a autonomia e a participação do usuário em reuniões, assembleias e construção de seus próprios PTS.

- 4.2 Desenvolvimento das Práticas, Construção de Vínculos e Contribuições Iniciais

A inserção do Profissional de Educação Física no serviço supracitado se deu a partir da inserção do mesmo, enquanto residente, em estágio eletivo realizado em um CAPSad da cidade de Salvador/BA. Assim, durante as duas primeiras semanas de estágio, foi feita a observação do trabalho desempenhado pela equipe para acompanhar o funcionamento do serviço e conhecer o perfil dos usuários, bem como ampliar a relação profissional com os membros da equipe do serviço.

Vale pontuar que o estágio eletivo é uma das possibilidades de atuação inseridas no contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, onde é ofertada ao residente a possibilidade

de escolher e indicar um serviço ou instituição que este considere como potente colaborador de seu processo formativo. Optei, desta feita, por realizar esta experiência inserindo-me em um Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPSad), conforme descrito no tópico anterior do presente texto.

Para melhor compreensão do campo de estágio e como uma maneira de capacitação para as atividades que seriam desenvolvidas, me foi indicada a leitura dos seguintes materiais: (1) *“Cada CAPS é um CAPS”: Uma Coanálise dos Recursos, Meios e Normas Presentes nas Atividades dos Trabalhadores de Saúde Mental*¹; (2) *Do Asilo ao CAPSad: Lutas na Saúde, Biopoder e Redução de Danos*²; (3) *Política de Drogas: Mudanças e Paradigmas (Nas trincheiras de uma política criminal com derramamento de sangue: depoimento sobre os danos diretos e colaterais provocados pela guerra às drogas)*³; (4) *Signos, Significados e Práticas de Manejo da Crise em Centros de Atenção Psicossocial*⁴; (5) *Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011*⁵.

O material fornecido trouxe embasamento teórico inicial para entender um pouco do mundo que envolve o campo do uso de álcool e outras drogas no âmbito da Saúde Mental e de suas diretrizes. Fez-me melhor compreender a Política da Redução de Danos em sua devida importância, até porque eu acreditava que a contribuição do Profissional de Educação Física no serviço seria capacitar os usuários para que deixassem de usar drogas, substituindo as sensações fornecidas por estas por exercícios que estimulassem a produção de “hormônios do prazer”.

Somando-se a isto, a observação inicial do funcionamento do serviço cumpriu a função de me preparar, ainda que de forma bastante prematura, para entender um pouco mais acerca do mundo que circunda o CAPSad e que a relação entre cada usuário e as drogas que este consome vai muito mais

¹ RAMMINGER, Tatiana; BRITO, Jussara Cruz de. "Cada CAPS é um CAPS": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 150-160, 2011.

² DIAS, Rafael Mendonça. **Do Asilo ao CAPSad: lutas na saúde, biopoder e redução de danos** [dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense, 2008. 170p.

³ CARVALHO, Salo de. Política de Drogas: Mudanças e Paradigmas (Nas trincheiras de uma política criminal com derramamento de sangue: depoimento sobre os danos diretos e colaterais provocados pela guerra às drogas). **Revista da EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 63, Edição Especial, p. 46-69, 2013.

⁴ LIMA, Mônica; JUCÁ, Vlândia Jamile; OTTONI, Vitória Eugênia; NUNES, Mônica de Oliveira. Signos, Significados e Práticas de Manejo da Crise em Centros de Atenção Psicossocial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 16, n. 41, p. 423-34, 2012.

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de Crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília: Planalto, 2011.

além de hormônios, e sim de outras formas que produzam também sensações de afeto, bem-estar, motivação, ressocialização, alegria, prazer pela vida, diminuição de processos dolorosos, amor... Subjetividade.

Após esta etapa introdutória, me foi possível ampliar a inserção no serviço, passando à execução e participação direta nas atividades oferecidas institucionalmente. Assim, foi possível participar, ao longo do estágio, das reuniões de equipes, discussão de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e das assembleias, espaços que, para mim, são movimentos fortíssimos, pois impulsionam a necessidade de trabalhar em equipe de maneira concreta, despindo-nos dos saberes disciplinares exclusivos no sentido da produção de um trabalho efetivamente coletivo e multidisciplinar. Sobre isso, encontramos respaldo em Silva et al (2013), que irão nos dizer que:

[...] convém lembrar que o conceito e a prática do 'trabalho em equipe' tiveram sua origem na racionalização da assistência médica e na necessidade de integração de diferentes práticas no desenvolvimento da assistência à saúde, a partir da nova concepção do processo saúde-doença definida pela Organização Mundial da Saúde, que passou a incorporar as dimensões socioculturais e coletivas envolvidas no processo saúde-doença, e não mais apenas a dimensão biológica e individual. Nesse contexto, o trabalho em equipe deve promover a integração das diversas disciplinas envolvidas por meio da comunicação e do compartilhamento de ações e saberes (SILVA et al, 2013, p. 200).

O PTS, particularmente, já era uma ferramenta conhecida por mim enquanto trabalhador do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), local de minha inserção profissional enquanto operador da Atenção Básica, mas o CAPSad trouxe à tona a particularidade do próprio serviço – e da Saúde Mental – e uma forte necessidade de costurar conexões de redes em prol da resolutividade das ações.

As assembleias de usuários, por sua vez, sempre eram, concomitantemente, polêmicas e participativas, pois a maioria dos usuários possuía um perfil ativo e empoderado, ainda que tivéssemos a representatividade de um presidente e um vice-presidente, ambos escolhidos pelos usuários em eleições anteriormente realizadas. Nesse espaço saiam alguns encaminhamentos para o melhor funcionamento do serviço e das relações usuário-usuário e usuário-profissional-serviço. Para mim, é inegável a importância deste espaço enquanto recurso de desenvolvimento da cidadania daqueles usuários, haja vista o que nos expõe Campos (2000), ao sinalizar que estas assembleias têm por função:

[...] incluir os pacientes na gestão do cotidiano institucional, oferecendo espaço para que possam co-responsabilizar-se pela administração do espaço que utilizam e pelo tratamento que recebem. Essa estratégia visa a uma maior horizontalização das relações de poder dentro do tratamento, um dos objetivos do processo de Reabilitação Psicossocial. Caracteriza-se, idealmente, como um espaço de exercício e resgate da cidadania (CAMPOS, 2000, p. 111).

Além destes espaços, vale reconhecer a própria potência da experiência que pude vivenciar ao ir a campo acompanhar as ações dos redutores de danos, conhecendo um pouco mais o território, as pessoas da região, suas histórias, etc. Pude notar que a equipe de saúde, com a relevância do seu trabalho, tem “portas abertas” a lugares completamente protegidos pelos vendedores de drogas e usuários; o que não se configurava como impeditivo aos redutores de danos, em realizar as ações de educação em saúde, promoção da saúde e prevenção de agravos nesse território.

Como já estava amadurecendo esses movimentos ao longo da própria Residência Multiprofissional, no serviço em questão encontrei com essas competências na forma de produção dos vínculos no território de forma mais madura, melhor estruturada e resolutiva, despertando em mim observações de caráter técnico-político no aprendizado e no aprimoramento dessas ferramentas, para somar com a atuação no âmbito da Atenção Básica. Cabe reconhecer a dicotomia presente nos diferentes processos formativos. Enquanto minha graduação me possibilitou a produção de um saber disciplinar estruturado em meu campo de saber, a Saúde Mental e a Saúde da Família nos empurram a uma revisão das práticas profissionais, que não pode se dar sem um movimento de profundo enfrentamento de si mesmo. Sobre isto, Silva et al (2013) nos provoca:

A necessidade de trabalho multiprofissional nos cuidados com a saúde é reconhecida por todos, e vem sendo incorporada de forma progressiva na prática diária [da Saúde da Família]. Treinados durante a formação para atuar individualmente, os profissionais de saúde vivem uma fase contraditória na qual, mesmo sabendo o que é melhor, se vêem com dificuldades e pudores para definir limites, intersecções e interfaces. Este é um trabalho necessário, que exige coragem, determinação e contínua autocrítica para que os objetivos sejam atingidos (SILVA et al, 2013, p. 200).

Nesse sentido, como uma das várias provocações com as quais me deparei ao longo da vivência no CAPSad, passei a questionar-me em como produzia a construção dos vínculos os quais eu precisava para desenvolver o trabalho que me era proposto. Assim, primeiro procurei entender como funcionava o serviço na prática. Utilizei bastante os Espaços de Convivência para fortalecer o vínculo com a equipe e os usuários, e penso que o fato de eu ter sido criado numa comunidade popular

acelerou e fortaleceu esse vínculo mais ainda, pois me pareceu ser um dos fatores de quebra de barreiras no sentido da aproximação, haja vista que os usuários aparentemente encaravam a minha realidade como mais próxima da deles, o que criou certa identificação. Decerto que este não é o único fator facilitador dos vínculos construídos. O fato de eu estar em um lugar escolhido por mim, e de estar aberto às novas experiências que se desvelariam ante a mim, e acreditar e perceber no CAPSad um espaço rico de trocas, deixou tudo mais fluido nas relações, permitindo uma proximidade maior em um curto espaço de tempo com os usuários e os profissionais do serviço.

Desta feita, o CAPSad ampliou o meu campo do conhecimento, aumentando o meu cardápio de ofertas enquanto profissional, fazendo com que fosse possível somar e sequenciar as informações, conhecimentos e reconhecimentos do que é a Luta Antimanicomial (por exemplo) e quem são as pessoas que, às vezes, não são vistas como tal, e como elas se sentem e se vêem em um contexto social que os excluem sem conhecê-los a fundo, em suas trajetórias. Isto inclui, inclusive, um esforço de compreender os sujeitos os quais eu me propunha a cuidar em sua rede sociorrelacional. Quais os caminhos e descaminhos de suas vidas que os impulsionaram a um certo tipo de relação com o uso de drogas que pode se configurar como “perigoso”? Quais os seus arranjos familiares, conflitos territoriais, tensões trabalhistas? A experiência no CAPSad potencializou a percepção de uma produção de cuidados em saúde não pode se dar de maneira plena sem acesso, esse mergulho no cotidiano da vida dos sujeitos. Vejamos isto em Ávila (2003):

Portanto, é impossível pensar a Saúde sem pensar no homem vivo e completo, no homem participante da família, do grupo, da sociedade, do meio ambiente, e de todas as relações, orgânicas, inorgânicas ou simbólicas que compõem aquilo que denominamos como ser humano, o ser-de-relação (ÁVILA, 2003, p. 76).

Nesse processo, pude ter o prazer de conhecer cada um dos usuários do jeito que eles se apresentavam, dia a dia mais e mais das suas histórias de vida. Conheci de uma forma amistosa e justa, de uma forma transparente, porque, para que isso aconteça, os usuários tiveram que deixar cair a máscara e o escudo que os protegem nas/das ruas e que impossibilitam que as pessoas os conheçam como pude conhecer, porque esses elementos (a máscara e o escudo) os protegem da injustiça do mundo social. Nas ruas eles têm que ser temidos ou necessitados, e no CAPSad eles não precisam lançar mão destes artefatos; eles têm nomes, eles têm uma história de vida, vivida e a ser vivida. Desta feita, o que o CAPSad parece desejar na construção de suas práticas, como equipe atuante que é, é que estes sujeitos sejam reconhecidos por todos de forma inclusiva no convívio social, que nesse mundo de todos eles sejam "Marias" e "Josés" e não apenas coitados ou temidos

estereotipados pela sociedade; que os usuários tenham autonomia de seguir em frente, que sejam seres capazes de construir e reconstruir tudo, inclusive a própria vida – conforme nos sugere Espinheira (2004), indicando caminhos possíveis na produção de vínculos e relações com os mais diferentes usuários de drogas.

A droga no mundo contemporâneo é globalizante; tanto ela quanto o usuário e as conseqüências engendradas do consumo extrapolam toda e qualquer individualização, seja de pessoa ou lugar, ou ainda de tempo. A linguagem mais indicada para estabelecer a comunicação com o usuário de drogas é aquela que compreende os significados que ele próprio atribui à sua ação, no conjunto mais amplo de formas como se relaciona com a sociedade em termos de reconhecimento, negação e rejeição (ESPINHEIRA, 2004, p. 25).

Compreendo como de grande relevância o caminho trilhado para chegar a essa sensação de que a troca de saberes entre residente, usuário, território, profissionais do CAPSad e da "rede viva" foi justa para todos. No início, observei bastante onde eu estava, quem eram aquelas pessoas, quanto e o que cada um carregava na sua bagagem cultural, o que significava aquele espaço para todos, e tive a oportunidade de saber quem é cada um do seu jeito e de me doar como profissional e com a minha sensibilidade às relações, graças ao vínculo forte estabelecido de forma espontânea e natural e ao fato de ser bem recebido pela equipe, o que tornou mais fácil esse trajeto.

- 4.3 Práticas Corporais e Demais Estratégias Realizadas

No processo de experiência, de convivência e de ações realizadas junto a oficinas e grupos, me percebi já mais inserido na dinâmica do CAPSad, mas ainda com bastante cuidado. Fui incentivado pelo coordenador a trabalhar com os usuários dentro da competência da Educação Física, porém procurei conhecer quem era aquele público e como eram as suas condições diárias para saber como trabalhar com eles e quais as principais demandas existentes, já que muitos dos usuários mais frequentes diariamente no serviço vivem em situação de rua, e tendo em vista que alguns não dormem à noite pelo uso de álcool e outras drogas, ou por medo de ameaças diversas, até mesmo pelo frio e demais intempéries noturnas. Ao tomar em conta estes pontos, percebi, então, que o uso da ludicidade seria o recurso que melhor me auxiliaria.

Sobre o uso da ludicidade e do brincar nas políticas públicas, especialmente aquelas que ensinam ampliar a participação social em seus bojos, Morais (2009) vai nos dizer que: "[...] brincar é

tudo o que nos dá prazer e alegria. É criar, dançar, cantar, trocar ideias e afetos e procurar levar a vida com senso de humor, espantando, assim, 'os fantasmas' da solidão, do desânimo, do cansaço e da doença" (MORAIS, 2009, p. 86).

Logo, no processo de observação realizado e depois de algumas discussões e contatos corporais entre eles, e até mesmo para com os profissionais do serviço, percebi a necessidade de trabalhar também com a escuta, já que muitas das desavenças que ocorriam no serviço, especialmente na relação usuário-profissional, eram por má comunicação; daí ponderei a oportunidade que haveria em trabalhar estas questões também com o uso de jogos e brincadeiras, haja posta a potencialidade dessa ferramenta.

O primeiro jogo proposto trazia uma ideia da diferença entre “Ouvir” e “Escutar”, dentro das possibilidades de usar a audição e o direcionamento motor. Antes de começar, fizemos um exercício de escuta para captar os sons específicos entre os diversos elementos que estavam naquele ambiente, onde estimulei a produção de sons a partir de diferentes recursos – quatro (04) garrafas de refrigerante vazias, dois (02) instrumentos musicais (uma meia-lua e um chocalho) e uma (01) bola de Futsal.

Cada um dos usuários escolhia qual dos instrumentos ele preferia concentrar-se para ouvir como referência de som, e assim escolhido, ele fecharia os olhos e os instrumentos eram tocados paralelamente, ao mesmo tempo, em direções opostas ou próximas, porém o escolhido por cada usuário estaria logo atrás das garrafas, e cada um, em sua vez, teria que acertá-las arremessando a bola na direção do som escolhido, com o objetivo de derrubar as garrafas. Logo a atividade foi ganhando forma e proporção, ampliando o nível de atenção dos participantes para a atividade proposta no momento. No início, a falta de foco e de atenção era evidente, posto que eles não tinham o hábito cotidiano de se concentrar; todavia, um dos pontos positivos se dá pelo fato de que todos os presentes fizeram questão de participar, mesmo aqueles que inicialmente estavam sentados e afastados, assistindo a atividade – mas que acabaram cedendo e se propondo a experimentar. Logo após o término do jogo, fizemos uma roda para a avaliação da atividade e as falas foram se completando dentro do foco de o quanto é importante a escuta, ter a audição seletiva e o quanto a calma e a concentração são importantes nesse processo de entendimento, para estabelecer melhores relações sociais, e o quanto isso interfere nas ações sensório-motoras, trabalhando, por fim, com a percepção de espaço, movimentos corporais, calma e, principalmente, concentração.

Deste primeiro momento, foi relatado pelo participantes o quanto é simples e às vezes não notória a percepção de um único som dentre tantos outros, demandando uma maior atenção para conseguir realizar uma “boa escuta”. Vale pontuar que um dos aspectos mais positivos do serviço em questão se dá pelo fato de que os profissionais também buscavam participar das atividades junto aos usuários, ampliando o vínculo entre todos estes agentes.

O segundo jogo realizado foi em uma das oficinas cotidianas do serviço, de nome "Grupo Movimento", que é mediada por uma Médica que me deu a oportunidade de mediar o espaço, dentro de uma sequência lógica do que ela já estava propondo, que era a de representação artística. Abri a atividade com um alongamento lúdico, onde esse alongamento remetia a movimentos funcionais do dia a dia de cada um, dando propriedade de entendimento dos movimentos. Logo após, fizemos uma roda e expliquei a importância do alongamento, onde foi sinalizada a importância de cada um tornar-se responsável por esse cuidado no seu cotidiano. Na própria roda fizemos um aquecimento, também de forma lúdica, usando a imaginação para desenvolver ações migrando movimentos imaginários do seu convívio de lazer ou afazeres para a realidade momentânea naquele espaço, onde cada um, em sequência, mediava com uma ação, por exemplo: pedalar uma bicicleta, nadar em um rio, varrer a varanda, etc. Após o aquecimento, usei um pedaço de papelão em formato cilíndrico para que esse objeto fosse um disparador imaginário para uma ação, que foi posicionado ao centro da roda. Comecei o jogo, peguei o objeto como se para mim ele fosse um microfone, cantando uma canção, e fui ovacionado durante a apresentação. Deste ponto, os usuários foram se entregando à atividade e indo ao centro da roda, usando a imaginação, e aquele papelão se transformou em vários objetos diferentes. Ao fim da atividade, fizemos uma roda para avaliação e os usuários trouxeram falas sinalizando que para haver diversão, socialização, basta ter imaginação, onde a diversão não necessariamente precisa estar somente atrelada ao capital, e sim ao que podemos aproveitar de algo que temos, que é a motivação criadora.

Aqui, vale destacar a potencialidade que o uso da criatividade possui em resgatar aspectos da vivência infantil de cada sujeito, trazendo a tona algo de uma “criança interior”, que se perde nos processos de amadurecimento e adultização a que somos acometidos. A Educação Física, ao resgatar o brincar como recurso terapêutico, nos provoca uma mobilização indubitavelmente produtora de saúde. Vejamos isto em Morais (2009):

Outros 'herdeiros' do brincar são: o humor, as atividades criativas – com as artes plásticas, a dança, a música, o teatro, a literatura – e a própria ciência. Enfim, todas as atividades que propiciam diversão – ou seja, que são executadas principalmente pelo prazer e satisfação que acarretam – preenchem função semelhante e proporcionam os mesmos benefícios dos jogos e brincadeiras infantis (MORAIS, 2009, p. 84).

O terceiro jogo realizado também foi feito no “Grupo Movimento”, onde fizemos um alongamento baseado nas observações trazidas pelos usuários dos animais que se alongam de forma instintiva, replicando esses movimentos para conosco. Em seguida, a proposta foi o resgate memorial de jogos e brincadeiras de infância, sendo o jogo escolhido “pular corda”. O material utilizado, portanto, foi uma corda, e daí foram resgatadas várias canções antigas ligadas à prática do “pular corda”; premiamos com desodorantes e sabonetes as pessoas que conseguiam pular a maior quantidade de vezes sequencialmente, reconhecendo que a premiação acabava por estimular uma maior adesão à atividade proposta.

A quarta atividade realizada se deu no âmbito da organização da Festa Junina, onde no dia combinado fizemos algumas programações e, dentre essas, estavam uma Mini-Gincana, uma Quadrilha, um Aulão de Zumba e uma apresentação da Oficina de Música – oficina voltada à oferta de contato musical para com os usuários, e da qual participei com frequência. Na Mini-Gincana, realizamos duas atividades, posta a disponibilidade de tempo, trabalhando a importância da coletividade, do trabalho em equipe, da “explosão”, da precisão, do movimento motor, da concentração, da atenção e do trabalho cognitivo. Utilizamos, na primeira atividade, dois (02) bonecos com a imagem de dois funcionários, um masculino e outro feminino, papel metro, fita colante e uma (01) bola de Futsal. Na segunda atividade, utilizamos copinhos de café, dois (02) baldes d’água e duas (02) garrafas vazias de refrigerantes.

Dividimos os participantes em duas equipes em fila indiana, onde o objetivo era passar a bola de mão em mão até chegar ao primeiro participante, que corria e pegava um dos membros do boneco que estava espalhado numa mesa e colava no mural, retornava até o fim da fila e o ciclo recomeçava até que o boneco se formasse por completo no mural. Depois de pronto, começava um processo inverso, tirando do mural e formando a mesma imagem na mesa. Na outra atividade, ficavam dois baldes com água no fim da fila de cada equipe e cada componente tinha em mãos o seu copinho de café, o último enchia o copinho no balde e ia passando a água do seu copo para o copo do componente seguinte, e assim passando até chegar ao primeiro que corria e colocava na garrafa, e assim acontecia sucessivamente com as duas equipes até atingir a marca na garrafa.

Cabe pontuar, continuamente, que a experiência do brincar não deve ter sua importância minimizada na vida de adultos e idosos. Ladvocat (2011) é que nos aponta isto com clareza, ao dizer:

O jogo é um dos caminhos para a promoção da saúde, não tendo somente a função do divertimento, pois tanto a criança como o adulto faz dele uma atividade significativa, algo cuja utilidade é proporcionar ao homem uma vida mais plena. Daí porque a atividade lúdica se faz necessária durante toda a vida do homem, pois ela não se esgota na infância. Sabe-se como no adulto, e até mesmo no idoso, o desejo de jogar manifesta-se como algo que pode aliviar tensões, proporcionar momentos de alegria, de entusiasmo. No adulto, o jogo funciona como catarse, na medida em que provoca evasão da realidade. Ele complementa a vida e proporciona àquele que joga um enriquecimento de si mesmo. Jogar é de certa forma sonhar acordado; é projetar-se, viver um devaneio. Enquanto auto-superação, o sonhar acordado é uma experiência silenciosa desenvolvida no interior do indivíduo (LADVOCAT, 2011, p. 08).

Ao nos sinalizar estes aspectos benéficos do jogo sobre a saúde, a autora nos leva à conclusão dos ganhos possíveis que pode haver acerca da presença de um Educador Físico nas equipes de saúde. Mais ainda, a experiência de usar-se do jogo como recurso de acesso aos usuários de drogas, no contexto da Saúde Mental de Média Complexidade, potencializa a prática dos Profissionais de Educação Física para um bom exercício no âmbito da Saúde da Família, ao evidenciar a precisão que há em trabalhar com o lúdico enquanto elemento que impulsiona a Promoção da Saúde. Destarte, Ladvocat (2011) arremata: “Considerando a promoção da saúde, a ação do profissional de educação física estará voltada para desenvolver programas de atividade física, jogos e brincadeiras que busquem alcançar a melhoria da qualidade de vida dos participantes” (LADVOCAT, 2011, p. 08).

A quinta atividade proposta ocorreu a pedido dos usuários, onde foi requisitada a minha presença no "Grupo de Futsal" – oficina realizada como estímulo à prática esportiva entre os usuários – onde desenvolvi, junto a eles, um alongamento com aquecimento e um bate-papo esclarecendo que aquele espaço é um espaço de Promoção da Saúde, lúdico e terapêutico, sem que o seu foco principal seja o de mera competição. Esta é uma importante ressalva, haja posto que, em alguns momentos, como o Futebol é um esporte de contato, o jogo acabava por ficar mais tenso em dados momentos, e eu tentava, a todo o tempo, seguir mediando os possíveis conflitos decorrentes da atividade.

Deste ponto, comecei a realizar uma série de atividades envolvendo jogos, brincadeiras e esportes junto aos usuários, sempre tendo como elemento balizador a potente função de Promoção da Saúde que o trabalho com práticas corporais possibilita ao profissional de Educação Física.

Realizamos também algumas atividades de inserção comunitária. Uma destas se deu no Parque da Cidade, área verde e de lazer do município de Salvador/BA, onde fizemos exercícios de alongamento, respiração e relaxamento, em área aberta, preparando o corpo para uma caminhada, ao mesmo tempo em que instruíamos os usuários sobre como realizar a prática e os benefícios associados.

Vale relatar ainda uma outra experiência. Na frente do CAPSad há um museu que estava com uma exposição sobre a história dos índios brasileiros, de nome "Os Primeiros Brasileiros", e o "Grupo Giro" do CAPSad – oficina responsável por participar de atividades culturais da cidade junto aos usuários – compareceu à exposição. Pensando nessa vivência, apresentei um vídeo sobre os Jogos Olímpicos Indígenas, onde simulei um circuito com o *Rõkrã* – uma espécie de jogo indígena – e criei um instrumento que simularia representativamente o arco e flecha e a zarabatana, onde o material utilizado foram dois (02) cabos de vassoura, duas (02) bolas, papel metro, milho de pipoca, bexigas, dois (02) canos de papelão e fita adesiva. Fiz um circuito para que fosse conduzida a bola com o cabo de vassoura e, ao fim, pegariam o instrumento simulador da zarabatana, tendo como munição o milho, para tentar estourar as bexigas que estavam cheias de ar e presas no papel metro a uma distância determinada por uma marcação. O objetivo era, associando a prática do esporte à informação apresentada sobre o mesmo, munir os usuários de um pouco mais de conhecimento acerca da cultura indígena, retratando que muito dos costumes e esportes presentes hoje foram derivados da matriz indígena brasileira.

Destaque seja feito à importância da inventividade tecnológica na produção de nossas práticas profissionais, seja como Profissional de Educação Física, seja como operador da Saúde da Família; estas demandam de ações como a que foi acima relatada, onde venhamos a utilizarmos de recursos de nossa história que possibilitem produzir uma nova cultura de cuidado, fortalecendo as próprias políticas públicas que orientam a nossa ação. Como nos diz Galvanese (2016): "Se a inventividade tem sempre uma base de tradição, resgatar experiências, ainda que somente por meio de traços de uma cultura de cuidado, pode servir à invenção de políticas públicas transformadoras" (GALVANESE et al, 2016, p. 448).

- 4.4 Desafios, Dificuldades e Potencialidades à Formação em Saúde da Família

Por toda a experiência que fora vivenciada, cabe avaliar a mesma a partir de três critérios basilares: os desafios, as dificuldades e as potencialidades experienciadas, correlacionando esta vivência no CAPSad especialmente no que tange à suas contribuições para a minha formação em Saúde da Família.

Logo a princípio, é preciso reconhecer que percebemos que uma grande parte dos usuários frequentadora assídua do serviço vive em situação de rua e em grande vulnerabilidade social, onde às vezes chegavam sob o efeito de drogas e até mesmo sonolentos, devido às noites mal dormidas ou em claro, dificultando a aceitação das atividades propostas, que acabavam, algumas vezes, sendo remarcadas.

O CAPSad fornece alimentação para os usuários que estão em atividades e oficinas, sendo que quem tem atividade pela manhã tem direito a um lanche matutino, quem tem atividade manhã e tarde tem direito ao lanche da manhã, almoço e o lanche da tarde, e quem tem atividade a tarde tem direito ao lanche do turno vespertino. Essas alimentações estão incluídas no Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário que delas usufrui. Contudo, ainda que isto fosse esclarecido constantemente junto a todos os usuários, parte destes ainda discutia acerca do porquê de alguns terem direito e outros não, sendo este ponto um motivo corriqueiro de diversos desentendimentos. A verba limitada e o quadro de funcionários menor que a demanda também são obstáculos para o funcionamento do serviço na sua plena potencialidade.

Crenças e estereótipos sobre o uso de drogas na sociedade e nas famílias; dificuldades acerca do desenvolvimento de questões como empregabilidade, cidadania e autonomia; extremas desigualdade e vulnerabilidade social, com a presença de grupos populacionais vulneráveis e acrescidos de riscos oriundos do imaginário social acerca da imagem do Pelourinho, haja vista ser esse um território historicamente marcado por conflitos; todos estes pontos se associam para formar o leque de dificuldades enfrentadas pelo serviço.

Decerto que parte das problemáticas vivenciadas pelo serviço aqui em questão não lhe são prerrogativas únicas, sendo vivenciadas de maneira sistemática por tantos outros CAPSad do Brasil, conforme nos apresentam Larentis e Maggi (2012):

A implantação dos CAPS representa um avanço nos tratamentos destinados às pessoas portadoras de transtornos mentais, e a regulamentação dos serviços destinados aos

usuários de álcool e outras drogas representa um início para quebrar com paradigmas relacionados à figura dos dependentes químicos, muito associada à criminalidade e justiça. No entanto, entende-se, também, que a rede substitutiva dos CAPS possui limitações, não estando ainda totalmente firmada, até mesmo por serem bastante recentes (LARENTIS; MAGGI, 2012, p. 129).

Estas dificuldades se somam à experiência formativa do Profissional de Educação Física, no reconhecimento das lacunas teórico-técnicas conceituais necessárias a uma boa prática como operador da Saúde Mental e, por sua vez, também da Saúde da Família.

O fato da formação na graduação não preparar melhor o Profissional de Educação Física para os espaços da abordagem a usuários de álcool e outras drogas torna a adaptação ao serviço um desafio, e foi/é assim tanto na Saúde Mental como também na Atenção Básica. Ainda assim, como esta experiência, em particular, acontece no bojo de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família, conseguimos por meio de Matriciamentos e participações em atividades coletivas compartilhar melhor os saberes e aprender com a prática de outros profissionais. Porém, grande parte do que segue aqui relatado só é passível de aprendizado se concretizado na vivência, recorrendo às pesquisas e referenciais bibliográficos como suportes, demandando também uma constante auto-análise e auto-avaliação acerca de como temos produzido o nosso processo de trabalho e a nossa gestão da clínica.

Dito isto, façamos um retorno no tempo. No ano de 2015, entrei como Residente da Estratégia Saúde da Família, pela FESF-SUS/Fiocruz, no Município de Camaçari/BA, compondo o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Pude atuar durante um ano diretamente na Atenção Básica, aprendendo, trocando e atuando na Saúde Pública do município em questão. Já no ano de 2016, o programa da Residência Multiprofissional me permitiu passar pelo processo de seis (06) meses vivenciando outros equipamentos de saúde, fazendo sempre uma troca, deixando um produto para o serviço, matriciando e sendo matriciado, e fortalecendo as redes de conexão entre estes serviços e a Atenção Básica. Dentro destes seis (06) meses, me foi possível vivenciar a inserção bimestralmente em dois serviços especializados da Saúde Mental, que de alguma forma hoje se complementam na construção do conhecimento que pude concretizar ao longo desta vivência.

Um dos serviços escolhidos foi o Centro de Especialidades em Saúde Mental (CESME), no município de Camaçari/BA, que trata-se de um serviço ambulatorial (com características de CAPS), sendo o serviço seguinte o CAPSad aqui em questão, escolhido na condição de Estágio Eletivo.

Quando cheguei ao CAPSad encontrava-me carregado de toda uma experiência de inserção em um ano na Atenção Básica, então somada a um curto mergulho na Saúde Mental, a partir da inserção bimestral junto ao CESME. Sentia-me já mais sensibilizado para a prática em Saúde Mental, ainda que soubesse que a inserção direta no campo do uso de álcool e outras drogas traria toda uma trama de novos enredos, vivências, sofrimentos e aprendizados como Educador Físico e como trabalhador da Estratégia Saúde da Família.

Dentre os benefícios diretos que esta prática me proporcionou, ainda é possível listar: a (re)descoberta da importância de constituir vínculos fortes entre profissionais e usuários; a ampliação do cardápio de ofertas envolvendo atividades junto a oficinas e grupos; a possibilidade de acompanhar de perto a oferta de diversas modalidades de acompanhamento, com base no Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário; a construção do trabalho em rede, intra e intersetorialmente, promovendo, ao mesmo tempo, o crescimento da autonomia entre os serviços com a partilha do cotidiano de cuidado e socialização. Todos estes pontos ainda vêm acompanhados de novas constatações, no que tange à abordagem a usuários de álcool e outras drogas, a saber: é necessário produzir um conjunto de estratégias (tecnologias leves) voltadas para a redução dos riscos e danos associados ao uso de substâncias psicoativas para pessoas que não querem ou não podem parar de usar drogas; é preciso respeitar à liberdade de escolha; é preciso não exigir a abstinência; é preciso promover uma ruptura com a criminalização do usuário; e impulsionar constantemente o exercício da ética e do ser político das relações

Trata-se, portanto, de toda uma revisão da forma como nos relacionamos com os usuários os quais ensejamos cuidar, e no que concerne aos usuários de drogas, trata-se mais ainda de não replicar a violência cotidiana à qual os mesmos já são acometidos, institucionalizando essa violências em nossas práticas profissionais. Decerto que a Saúde da Família já nos revela, a todo o tempo, pistas deste movimento de nos revisitarmos como profissionais no estabelecimento de relações genuínas para com o outro; todavia, na Saúde Mental, esta dimensão da produção de relações sociais mais saudáveis se amplia ao extremo, na medida em que o sofrimento psíquico – e o uso abusivo de drogas – revela, em si, algo de um grande sofrimento precisamente nisto, que é o campo das relações sociais (ESPINHEIRA, 2004). Desta feita, cabe ressaltar a reflexão proposta por Merhy e Feuerwerker (2009):

[...] o trabalhador também pode reconhecer o usuário como gestor legítimo de sua própria vida, portador de necessidades, mas também de desejos, valores, saberes e potências, que precisam ser levadas em consideração, tanto para compreender a singularidade da situação vivida, como para construir o melhor plano de cuidado. O trabalhador afeta e deixa-se afetar

pelo outro, sua vida e seu contexto e coloca seu saber a serviço do melhor arranjo para aquele usuário conduzir sua vida na nova condição. Projeto terapêutico produzido em conjunto possibilita singularização do cuidado, de acordo com necessidades identificadas e recursos disponibilizados (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p. 73).

Acredito que o Profissional de Educação Física tem a seu favor o poder da observação, observação das relações e das percepções do ser humano no seu próprio espaço e na sua relação sensorial e motora com este. Nesse sentido, a Educação Física tem como uma potente ferramenta, parceira de seu processo de trabalho, o uso das tecnologias leves de cuidado – que ganham em si a dimensão de cuidado desenvolvido na própria relação, no ato de se relacionar, fortalecendo vínculos, usando como trunfo a conversa/escuta qualificada, o compartilhamento de ideias nas relações de humanização, diversão/lazer, ludicidade, etc. (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

As tecnologias leves têm uma ligação muito forte com o *trabalho vivo em ato*, que segundo Leonídio (2013) trata-se de compreender os sujeitos em suas complexas relações com o mundo, acolhendo suas demandas, mas alertando sobre a necessidade de autocuidado, tendo como suas principais ferramentas o estímulo à produção das subjetividades e a própria interação usuário-profissional – ou seja, é a relação que maneja o cuidado pelo próprio ato de se relacionar, no aqui-e-agora, e que ao se debruçar sobre os usuários de drogas, pressupõe a articulação firme com os pressupostos da Redução de Riscos e Danos. A tecnologia leve se faz, portanto, necessária em todos os níveis de atenção à Saúde, haja posto que só pode haver produção de cuidado onde há relação, condição esta *sine qua non* para o desenvolvimento das práticas dos Profissionais de Educação Física.

Vejamos isto em Leonídio (2013):

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 Composição Técnica do Trabalho 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.

Este é, sem dúvidas, um dos principais pontos que podemos ressaltar nas contribuições que há à formação de um Profissional de Educação Física, que se insere em serviços especializados de atenção à Saúde Mental. O *trabalho vivo em ato* é um diferencial e uma forte marca a ser usada pelo Profissional de Educação Física, permitindo ao mesmo mais criatividade nas intervenções (a tal inventividade tecnológica, de que tratamos no começo deste artigo), com mais liberdade nas relações, intentando sempre extrapolar as barreiras de um “trabalho morto”. O uso do vínculo como instrumento de manejo das relações, de estímulo a práticas mais saudáveis para sujeitos que, via de regra, são reduzidos a uma extrema condição de vulnerabilidade social, se revela como ampliação da potência de trabalho dos mais diferentes agentes que operam sobre a Atenção Básica – aspecto este em que tanto a Saúde da Família como a Saúde Mental podem ser parceiras, confluindo na produção de um saber que se debruça sobre as reais necessidades do sujeito que se nos apresenta, e não sobre a necessidade da equipe ou de uma sociedade higienista. Estes são aspectos, inclusive, que devem estar no fronte de reflexão e atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em sua função precípua de costurar redes, ampliando as possibilidades de produção de cuidado no âmbito da rede SUS.

Cabe ainda ressaltar as benesses que há em introduzir um trabalho sob a ótica da Educação Física tanto nos espaços da Saúde da Família como da Saúde Mental. Para Ramos (1997 apud GODOY, 2002) existem vantagens propiciadas pelo exercício físico regular, como a melhora na estabilidade articular; aumento da massa óssea; aumento do colesterol HDL; diminuição da frequência cardíaca de repouso; diminuição do risco de arteriosclerose, varizes, acidente vascular cerebral (AVC) e lombalgia; aumento da flexibilidade, força e resistências aeróbia e anaeróbia; facilitação da correção de vícios posturais; facilitação da mecânica respiratória; e, mais importante à reflexão aqui proposta, diminuição do estresse psicológico. Isto se amplia pelo que nos apresentam Elbas e Simão (1997 apud GODOY, 2002), ao frisarem as contribuições do exercício físico regular na vida dos diferentes sujeitos: "Aumento da habilidade do sistema nervoso mandar e receber mensagens; Aumento da resistência psicofísica, aumentando a performance em atividades físicas e trabalhos mentais; Melhoria da sensação de bem-estar; Redução da fadiga e ansiedade; Aumento da auto-estima" (ELBAS; SIMÃO, 1997 apud GODOY, 2002, p. 08).

Estas ponderações nos revelam a potência que há em articular o campo do saber-fazer da Educação Física com o da Saúde Mental. Isto porque a extrema valorização do aspecto relacional na produção do cuidado circula entre estes campos como questão central na construção de tecnologias leves que se debruçam concretamente sobre as vidas dos sujeitos que ensejamos cuidar – aspecto que, de longe, foi o que mais colaborou com meu processo de formação profissional enquanto

operador da Saúde da Família nesta experiência que pude construir em um Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPSad).

Por fim, vale ainda ponderar sobre um último elemento, que considero ter sido central neste processo de aprendizado. Para a Saúde da Família, a noção de trabalho com o território é de extrema relevância, não apenas pelas ações de territorialização, mas também pelo aspecto da valorização social, histórica e cultural que dadas comunidades constroem com o espaço em que residem, vivem, trabalham, se relacionam e se afetam cotidianamente. Para a Saúde Mental, isto não assume um status diferente; contudo, a dimensão da relação afetiva com os espaços se amplia de maneira marcante, onde muitas vezes a expressão do sofrimento do sujeito trará marcas que indubitavelmente se correlacionam com a vivência cotidiana em seus territórios de vinculação (SANTOS; NUNES, 2011).

Para tanto, caminha, concomitante ao entendimento teórico do território, uma dimensão de hermenêutica e humanização, que vem da necessidade de transpor as barreiras da diferença do lugar social ocupado pelos sujeitos envolvidos na clínica e voltar-se para o território de 'carne e osso', ou seja, como produto de relações sociais das quais os usuários são protagonistas, ainda que em posição desigual (SANTOS; NUNES, 2011, p. 723-724).

No campo da abordagem aos usuários de álcool e outras drogas, esta debate ganha ainda mais força, especialmente se tomarmos em conta, como aqui já foi relatado, que grande parte destes encontra-se em situação de rua, sendo precisamente este o espaço de maiores trocas afetivas (positivas e negativas) estabelecido em seu cotidiano. Pude vivenciar a potência que o trabalho com o território (circular por este, caminhar por este, interagir com este) traz à intervenção dos operadores da Saúde Mental, e enquanto Profissional de Educação Física, isto soma ainda mais à percepção de como os diferentes corpos se relacionam com seus espaços de vivência, e como estes espaços de vivência podem também atuar (direta ou indiretamente) nos sentidos da produção de saúde de cada sujeito.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação Física tem muito a contribuir nos espaços de produção de saúde e cuidado, destacadamente aqueles que incorporam o Sistema Único de Saúde e as diferentes redes neste inseridas (Saúde da Família, Saúde Mental, etc.). Nesse ínterim, estimular a troca de saberes entre estes campos pode servir como um estímulo para que possamos construir e fortalecer cada vez mais as tecnologias leves em toda a sua potência de intervenção – se reconhecemos que nossa oferta de cuidado só pode se dar em relação, que façamos então do ato de se relacionar um ato terapêutico, um ato de cuidado.

A possibilidade de melhor me aproximar das estratégias de Redução de Riscos e Danos também se apresentou como de grande valia, onde pude constatar que o resultado das atividades tem uma maior representatividade perante os usuários, que percebem naquele momento um cuidado com seu corpo e sua mente, além dos benefícios fisiológicos e da sensação de cuidado pelo profissional, estimulando o próprio autocuidado.

Quanto ao estágio eletivo em si, reconheço que este ampliou o meu olhar, me fez ter condições de reconhecer esses usuários na Atenção Básica, entender suas reações e ser capaz de buscar garantir a equidade e a integralidade do cuidado a esses sujeitos com mais responsabilidade e comprometimento. Pondero também que saio mais amadurecido no que tange aos conhecimentos perante a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), bem como sobre a importância de haver resolutividade neste, fortalecendo a ideia da conexão de rede, uma “rede viva”, com trabalho vivo e com cuidado continuado. Isto soma-se, ainda com a relevância que há em perceber a potência do trabalho territorial e de articulação de rede no sentido desta integralidade do cuidado, que só pode dar-se com o reconhecimento dos desafios e dificuldades e o estímulo a uma inventividade tecnológica que os transponha.

Em suma, cabe ressaltar os aspectos positivos que uma inserção mais aprofundada em serviços especializados em Saúde Mental pode proporcionar à vivência e à experiência de trabalhadores da Atenção Básica, e estimula-se que outras práticas como esta possam ser construídas, experienciadas e analisadas teórica e tecnicamente, no sentido de fortalecer continuamente a formação destes trabalhadores – sejam os da Educação Física, sejam os das demais áreas profissionais.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, Tarcísio Mattos de. **Redução de Danos: um novo paradigma?** In: ALMEIDA, A. R. B. et al. (Orgs.). *Drogas: Tempos, Lugares e Olhares sobre seu Consumo*, Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, p. 87-95, 2004.
2. ÁVILA, Lazslo Antonio. Saúde Mental: uma questão de vínculos. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 4, p. 69-76, 2003.
3. BOKANY, Vilma. **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015. 221 p.
4. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília: Planalto, 2012.
5. BRASIL. Lei Nº. 10.216 de 06 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília: Planalto, 2001.
6. BRASIL. Lei Nº. 8.080 de 19 de Setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília: Planalto, 1990.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Planalto, 2005.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica Nº. 34: Saúde Mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.
9. COSTA, Márcia Kelly Fonseca da et al. Educação Física e saúde mental: compart(r)ilhando experiências no atendimento de usuários de álcool e outras drogas no CAPSad em Macapá-AP. **FIEP BULLETIN** - Volume 84 - Special Edition - ARTICLE I - 2014.
10. DELGADO, Pedro Gabriel Godinho, et al. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre (RS): Artmed, p. 39-83, 2007.

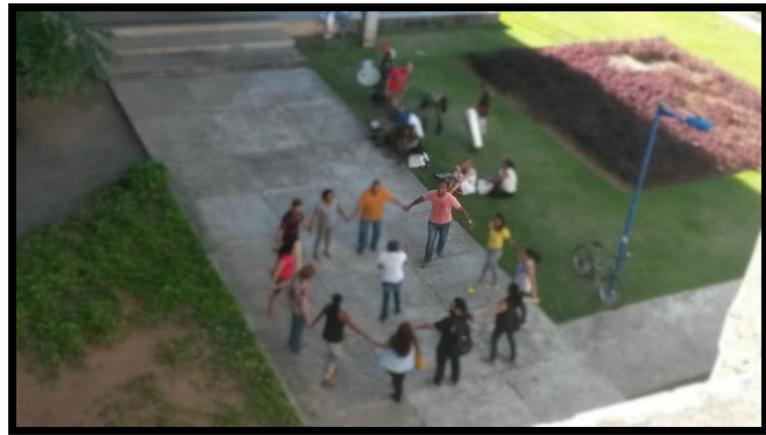
11. ESPINHEIRA, Gey. **Os Tempos e os Espaços das Drogas**. In: ALMEIDA, A. R.; FERREIRA, O. S.; MACRAE, E.; NERY FILHO, A.; TAVARES, L. A. (Orgs.). *Drogas, Tempos, Lugares e Olhares sobre o seu Consumo*. Salvador: EDUFBA, CETAD/UFBA, p. 01-26, 2004.
12. GALVANESE, Ana Tereza Costa et al. Arte, Saúde Mental e Atenção Pública: traços de uma cultura de cuidado na história da cidade de São Paulo. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-452, 2016.
13. GODOY, Rossane Frizzo de. Benefícios do Exercício Físico sobre a Área Emocional. **Revista da Escola de Educação Física da UFRGS**, v. 8, n. 2, p. 07-15, 2002.
14. GUERRA, Andréa Máris Campos. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 7, n. 2, p. 83-96, 2004.
15. KICH, Rosecler Tavani. **Educação física: formação, inserção e práticas em equipes de saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2013. 39 p.
16. LADVOCAT, Márcia Barçante. **Saúde e Ludicidade: um olhar diferenciado para a forma de cuidar**. Disponível em: <<http://www.cbce.org.br/cd/resumos/025.pdf>>, 2011.
17. LARENTIS, Chalana Piva; MAGGI, Alice. Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e a Psicologia. **Aletheia** [online], n.37, p. 121-132, 2012.
18. LEONÍDIO, Ameliane da Conceição Reubens et al. O Profissional de Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial: percepção dos limites e potencialidades no processo de trabalho. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 8, n. 2, p. 159-165, 2014.
19. MENDES, Maria Izabel Brandão de Souza. Do Ideal de Robustez ao Ideal de Magreza: Educação Física, saúde e estética. **Movimento**, Porto Alegre, v. 15, n. 4, p. 175-191, 2009.
20. MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. **Novo Olhar sobre as Tecnologias de Saúde: uma necessidade contemporânea**. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). *Leituras de Novas Tecnologias e Saúde*. São Cristóvão: Editora UFS, p. 29-74, 2009.
21. MINAYO, Maria Cecília de S.; DESLANDES, Suely F.; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 32 ed. Petrópolis: Vozes, 2012. 108p.

22. MORAIS, Maria de Lima Salum e. Ludicidade, Humor, Diversão e Participação Social: motivos de bem-estar em todas as idades. **BIS, Bol. Inst. Saúde** [online], n.47, p. 84-86, 2009.
23. OLIVEIRA, Adilson Ribeiro de. Do relato de experiência ao artigo científico: questões sobre gênero, representações e letramento na formação de professores a distância. **SCRIPTA**, Belo Horizonte, v. 16, n. 30, p. 307-320, 2012.
24. ROBLE, Odilon José; MOREIRA, Maria Inês Badaró; SCAGLIUSI, Fernanda Baeza. Educação física na saúde mental: construindo uma formação na perspectiva interdisciplinar. **Interface (Botucatu)** [online], v. 16, n. 41, p. 567-578, 2012.
25. ROCHA, Vera Maria da; CENTURIÃO, Carla Hass. **Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social**. In: FRAGA Alex Branco. WACHS, Felipe (ORGS). Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p. 17-31, 2007.
26. SANTOS, Marcos Roberto Paixão; NUNES, Mônica de Oliveira. Território e Saúde Mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 38, p. 715-726, 2011.
27. SCABAR, Thaís Guerreiro; PELICIONI, Andrea Focesi; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Atuação do Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. **J. Health Sci. Inst.**, v. 30, n. 4, p. 411-418, 2012.
28. SILVA, Esther Pereira da et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. **R. Bras. Ci. Saúde**, v. 17, n. 2, p. 197-202, 2013.
29. SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.
30. VINHA, Iris Renata. Cenário da Assistência em Saúde Mental/Uso de Substâncias Psicoativas na Região de Saúde de Piracicaba, São Paulo, Brasil. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. Port.)**, v. 7, n. 1, p. 25-31, 2011.
31. WACHS, Felipe. **Educação física e mental: uma prática de cuidado emergente em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**. / Porto Alegre: Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008. 133 p.

7. APÊNDICE: REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Neste tópico do texto, serão apresentados os registros fotográficos referentes à experiência relatada ao longo do artigo, em sentido complementar. As fotos são de propriedade do autor, estando a divulgação das mesmas autorizada por todos os participantes das atividades descritas. Vale ressaltar que parte do material abaixo foi editado, no intuito de resguardar a identidade e o sigilo dos usuários participantes das atividades descritas.





* * *