

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA ASSOCIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA
CURSO DE DOUTORADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Sanderson Soares da Silva

PROPOSIÇÃO DE UM MODELO TEÓRICO DOS INFLUENCIADORES DA
ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

JOÃO PESSOA

2023

SANDERSON SOARES DA SILVA

**PROPOSIÇÃO DE UM MODELO TEÓRICO DOS INFLUENCIADORES DA
ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa Associado de Pós-Graduação
em Educação Física UPE/UFPB como
requisito parcial para a obtenção do título
de Doutor.

Área de concentração: Saúde, Desempenho e Movimento Humano

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Socorro Brasileiro-Santos

Co-orientador: Prof. Dr. Felipe Ferreira da Costa

JOÃO PESSOA

2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586p Silva, Sanderson Soares da.

Proposição de um modelo teórico dos influenciadores da atuação do profissional de educação física nos centros de atenção psicossocial / Sanderson Soares da Silva. - João Pessoa, 2023.

123 f. : il.

Orientação: Maria do Socorro Brasileiro-Santos.

Coorientação: Filipe Ferreira da Costa.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Educação Física - Atuação profissional. 2. Saúde Mental - Profissional de educação física. 3. Sistema Único de Saúde - SUS. I. Brasileiro-Santos, Maria do Socorro. II. Costa, Filipe Ferreira da. III. Título.

UFPB/BC

CDU 796(043)

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA ASSOCIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA
CURSO DE DOUTORADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

A Tese PROPOSIÇÃO DE UM MODELO TEÓRICO DOS INFLUENCIADORES DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Elaborada por SANDERSON SOARES DA SILVA

Foi julgada pelos membros da Comissão Examinadora e aprovada para obtenção do grau de DOUTOR EM EDUCAÇÃO FÍSICA na área de concentração em Saúde, Desempenho e Movimento Humano.

Data: 22 de dezembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA:



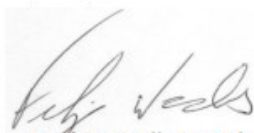
Prof.^ª Dr.^ª Maria do Socorro Brasileiro Santos
(UFPB) - Presidente da Sessão



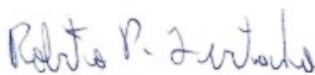
Prof.^ª Dr.^ª Clarice Maria de Lucena Martins
(UFPB) - Membro Interno



Prof. Dr. Iraquitan de Oliveira Caminha
(UFPB) – Membro Interno



Prof. Dr. Felipe Wachs
(UNIFESP) – Membro Externo



Prof. Dr. Roberto Pereira Furtado
(UFG) – Membro Externo

DEDICATÓRIA

Dedico esta Tese aos meus pais: Regina e João; ao meu irmão e a sua família: Fábio, Neide, Beatriz e Ana Clara; e a minha família: Alesandra, Valentina e Maya!

AGRADECIMENTOS

Concluída mais uma etapa nesta caminhada, venho aqui agradecer à(a) algumas/alguns que dela fizeram parte, sem as(os) quais tenho a certeza de que não seria possível concluí-la.

Inicialmente, agradeço a Deus, ao Espírito Santo, Oxalá, às Energias Cósmicas ou a qualquer outro ser espiritual, energético ou coisa assim que organiza isto que chamamos vida. Porque, com certeza, sem uma Energia Maior, nada disso seria possível.

Agradeço à minha mãe, Regina, aquela que me deu o DNA de falar sem parar, ao meu pai, João, o “João do Prédio”, que me deu a curiosidade para tentar consertar quase tudo, e quebrar, claro! Obrigado pelas qualidades mais importantes: o senso de honestidade, justiça, humildade e, ainda, por todo o suporte nas necessidades.

Ao meu irmão, Fábio, o “chatão”, com 60 anos ninguém vai aguentar. Mas, agradeço pelo exemplo de perseverança, foco nos objetivos, na atenção e cuidado com a família e no apoio em todos os momentos.

À minha família, na pessoa da Alesandra, a mãe da Maya, que chegou devagarzinho, com uma paciência e um foco que eu jamais tinha visto e foi conquistando tudo e todos, um grande exemplo de força, resiliência e competência profissional. Às minhas filhas humanas, Maya e Valentina, que chegaram no olho do furacão e nos fizeram virar uma família na velocidade do WhatsApp. Este trabalho também é por vocês! E à família da Alê, Sandrinha, Alerson, Gilvandro, Pelota e Miau, que me acolheram com carinho e alegria.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria do Socorro Brasileiro-Santos, “mãezona da pós”, que incontestavelmente assumiu um papel por obrigação do cargo e, mesmo quando não tinha mais essa obrigação, seguiu firme, com todas as minhas questões pessoais e profissionais, meus atrasos e solicitações de prorrogação, dando o suporte e participando ativamente da construção deste trabalho.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Filipe Ferreira da Costa, multiesportista e mestre cervejeiro, de colega de trabalho a amigo e companheiro de treinos, que me abriu as portas para o doutorado, para a saúde mental e ampliou meu olhar acerca das possibilidades da Educação Física. Obrigado por me deixar sonhar novamente.

Aos meus amigos: João Miguel, de colega de grupo de pesquisa a amigo para a vida. Ao Felipe Matos, amigo do amigo que virou amigo também. Ao Philipe Gabriel, meu amigo compadre, com um dos maiores corações que já vi. Ao João Paulo (JP), da

universidade chegamos à “rep de duas panelas (da carne e do macarrão)” e seguimos para a vida! À família Jo e Ja (Joana e Jaílson), companheirismo, cuidado e a certeza de boas risadas. Ao Miranildo Segundo, amigo-irmão que se fosse irmão de verdade não teria tantas semelhanças. Ao Igor, meu “filho” amigo, a distância nos separou, mas o coração não nos deixa ir. Ao Jean Faber, meu amigo irmão “véi”, lá se vão 40 e poucos anos e nem a distância nos afastou. Por mais 40 e muitos anos, pelo menos. Obrigado por estarem próximos nesta caminhada.

À uma família super especial na minha vida, D. Bertha, a matriarca, minha eterna “sogra”, Mirelle, Miranildo Segundo, Thalita, Heitorzinho, Flávia Elizabeth, Igor, Ian e minhas eternas filhas não humanas, Felícia, Florbela e Frida, agradeço a amizade, o carinho, o respeito, enfim, o amor, para sempre nos meus pensamentos, no coração!

Agradeço ao Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física/UPE-UEPB pela oportunidade de fazer parte do seu corpo docente e parabênzulo por todo o trabalho de formação de recursos humanos de qualidade que vem sendo realizado ao longo da sua criação.

Agradeço à(a) todas(os) as(os) voluntárias(os) desta empreitada pelo tempo dispendido, pela atenção e pela boa conversa, sem vocês esta proposição não seria possível.

Agradeço ao Ricardo, secretário da pós-graduação, um ser humano diferenciado que realiza seu trabalho com profissionalismo, humanidade e simpatia que raramente se vê. Nunca deixou de responder com maestria a cada uma das minhas dúvidas, solicitações e chateações.

Agradeço às(os) membras(os) desta banca de avaliação pelo acompanhamento deste trabalho e pelas valorosas contribuições para a sua conclusão.

Por fim, “o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”, obrigado!

EPÍGRAFE

“[...]considero-me absolutamente obrigado, de fato, a dizer-lhes aproximadamente o que estou fazendo, em que ponto estou, em que direção [...] vai este trabalho; e, nessa medida, igualmente, considero-os inteiramente livres para fazer, com o que eu digo, o que quiserem. São pistas de pesquisa, ideias, esquemas, pontilhados, instrumentos: façam o que quiserem. No limite, isso me interessa, e isso não me diz respeito. Isso não me diz respeito, na medida em que não tenho de estabelecer leis para a utilização que vocês lhes dão. E isso me interessa na medida em que, de uma maneira ou de outra, isso se relaciona, isso está ligado ao que eu faço”.

(Foucault, 1976, pág. 4)

APRESENTAÇÃO

Essa Tese foi concebida, inicialmente, a partir das minhas experiências como tutor no núcleo de Educação Física, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal da Paraíba, nas reuniões do grupo de pesquisa, no projeto de extensão “MOVE-MENTE” e nas visitas aos Centros de Atenção Psicossocial de João Pessoa.

A partir destas experiências emergiram questões que entendi serem relevantes na construção da atuação do Profissional de Educação Física no cuidado em saúde mental, sobre as quais debruçei-me sobre a literatura na busca de possíveis respostas.

No entanto, como “o que move o mundo não são as respostas mas as perguntas (autor e ano desconhecidos)”, acredito que este trabalho não se encerra em si mesmo, ele apresenta novos questionamentos acerca da presença da Educação Física no cuidado em saúde mental.

Assim, esta Tese aponta para um conjunto de aspectos que se relacionam entre si, descritos aqui sob a forma de modelo teórico, que acredito influenciarem a atuação do Profissional de Educação Física no cenário de disputas e subjetividades que se constitui o cuidado em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial.

Posto isso, esta Tese segue a Norma nº 001/2015 do PAPGEF UPE/UFPB que dispõe sobre o Exame de Qualificação, Pré-Banca e Defesa de Dissertação e Tese, e estabelece a finalidade e o regramento da realização das etapas da formação Stricto Sensu. A partir dela, optamos pelo formato de artigos, no qual constam, além dos itens textuais obrigatórios, a Introdução, Desenvolvimento (problemática, referencial teórico, procedimentos metodológicos, apresentação e discussão dos resultados) e Conclusão. Cabe destacar que a apresentação e discussão dos resultados é constituída pelos manuscritos da Tese, intitulados: I) A Atuação do Profissional de Educação Física nos Centros de Atenção Psicossocial: uma revisão sistemática; II) A Atuação dos Profissionais de Educação Física no CAPS: um estudo qualitativo; III) Proposição de um modelo teórico dos influenciadores da atuação do Profissional de Educação Física no CAPS.

RESUMO

Introdução: Na busca pela concretização e ampliação do modelo de atenção psicossocial, alguns dos CAPS passaram a contar com equipes multiprofissionais nas quais estão inseridos os Profissionais de Educação Física. No entanto, diferentes aspectos parecem influenciar a atuação deste profissional e o uso das práticas corporais na saúde mental. **Objetivos:** a) identificar os estudos acerca da atuação do Profissional de Educação Física nos Centros de Atenção Psicossocial; b) analisar as percepções dos Profissionais de Educação Física dos Centros de Atenção Psicossocial acerca da participação do profissional nos processos de trabalho no cuidado em saúde mental; c) propor um modelo teórico dos influenciadores da atuação do Profissional de Educação Física e para o uso das Práticas Corporais nos Centros de Atenção Psicossocial. **Métodos:** **estudo 1:** revisão sistemática na qual a metodologia de coleta e apresentação dos dados seguem as recomendações PRISMA. Foram inseridos os estudos conduzidos nos Centros de Atenção Psicossocial do Brasil, que analisaram a atuação do PEF a partir do seu próprio olhar, transversais ou longitudinais; **estudo 2:** estudo exploratório e descritivo com a abordagem qualitativa, no qual foram incluídos os PEF atuantes nos CAPS de diferentes regiões do país. Como critério de inclusão, deveriam atuar a, no mínimo, 90 dias no cuidado em saúde mental. Para a coleta dos dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada, realizada de forma remota. Para o tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo dedutiva; **estudo 3:** estudo teórico, com o objetivo de propor um modelo acerca dos influenciadores da atuação do PEF no CAPS. Subsidiaram esta proposição uma revisão sistemática para descrever a participação do PEF no processo de trabalho do CAPS; em seguida, a partir dos resultados do estudo 1, foi construída uma entrevista semiestruturada utilizada neste estudo exploratório e descritivo com 22 PEF de diferentes CAPS do país. Por fim, a construção do modelo foi criada a partir da análise de conteúdo dos resultados anteriores. **Resultados:** **estudo 1:** foram incluídos 12 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. Todos estudos transversais, qualitativos e um estudo com abordagem mista. Identificou-se que o PEF não participa em todo o processo de trabalho em todas as unidades pesquisadas. Em algumas destas a atuação é restrita a orientação das PC. Em outras participa nos processos de trabalho como o acolhimento, interconsulta e nas reuniões de equipe. Foi possível identificar, em alguns casos, o uso do território e a inserção do usuário na comunidade; **estudo 2:** a entrada do PEF no CAPS é marcada pela oportunidade, seja por concurso, direcionado do NASF ou Academia da Saúde ou indicação política. Foram relatadas a ausência de formação anterior para o trabalho na saúde mental. A participação nos processos de trabalho é diversa, em algumas unidades atua em todo o processo de trabalho, em outras atua apenas nas atividades de núcleo; **estudo 3:** o modelo proposto apresenta um fator principal: o PEF e a sua atuação no CAPS; e cinco fatores externos a ele sendo: a formação profissional, a estrutura física e material, a micropolítica, a macropolítica do serviço, os recursos do território e as necessidades do usuário. **Considerações finais:** **estudo 1:** A participação do PEF, não acontece em todas as etapas do processo de trabalho em todos os CAPS, por outro lado, as práticas corporais no CAPS fomentam a autonomia e a utilização do território é ferramenta de desinstitucionalização e inserção do usuário na comunidade; **estudo 2:** há um cenário abrangente e heterogêneo da atuação do PEF no CAPS. Por outro lado, recomenda-se o aprofundamento em questões que envolvem as relações macro e micropolíticas nos serviços a fim de garantir a consolidação do modelo de atenção psicossocial; **estudo 3:** Este é o primeiro estudo que sumariza a literatura acerca do tema proposto e apresenta um modelo teórico sintético da atuação do PEF no CAPS.

Palavras-chave: Educação Física; Serviços de Saúde Mental; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

Introduction: In the search for the implementation and expansion of the psychosocial care model, some of the CAPS now have multidisciplinary teams in which Physical Education Professionals are included. However, different aspects seem to influence the performance of this professional and the use of body practices in mental health. **Objectives:** a) identify studies on the role of Physical Education Professionals and the use of body practices in Psychosocial Care Centers; b) analyze the perceptions of Physical Education Professionals at Psychosocial Care Centers regarding professional participation in work processes and the use of bodily practices in mental health care; c) propose a theoretical model of the influences of the Physical Education Professional's performance and the use of Body Practices in Psychosocial Care Centers. **Methods:** **study 1:** systematic review in which the data collection and presentation methodology followed PRISMA recommendations. Studies conducted in Psychosocial Care Centers in Brazil were included, which analyzed the PEF's performance from its own perspective, transversal or longitudinal; **study 2:** exploratory and descriptive study with a qualitative approach, in which PEF working in CAPS from different regions of the country were included. As an inclusion criterion, they should have worked for at least 90 days in mental health care. To collect data, a semi-structured interview was used, carried out remotely. To process the data, deductive content analysis was used; **study 3:** theoretical study, with the objective of proposing a model about the influencers of the PEF's performance in CAPS. This proposition was supported by a systematic review to describe the PEF's participation in the CAPS work process; then, based on the results of study 1, a semi-structured interview was constructed and used in this exploratory and descriptive study with 22 PEFs from different CAPS in the country. Finally, the construction of the model was created based on the content analysis of previous results. **Results:** **study 1:** 12 articles that met the inclusion criteria were included. All cross-sectional, qualitative studies and one study with a mixed approach. It was identified that the PEF does not participate in the entire work process in all units surveyed. In some of these, the action is restricted to the guidance of the PCs. In others, it participates in work processes such as reception, interconsultation and team meetings. It was possible to identify, in some cases, the use of the territory and the user's insertion in the community; **study 2:** the PEF's entry into CAPS is marked by opportunity, whether through a competition, directed by the NASF or Health Academy or political nomination. The lack of previous training for working in mental health was reported. Participation in work processes is diverse, in some units it participates in the entire work process, in others it only participates in core activities; **study 3:** the proposed model presents one main factor: the PEF and its performance in CAPS; and five factors external to it: professional training, physical and material structure, micropolitics, macropolitics of the service, territory resources and user needs. **Final considerations:** **study 1:** PEF participation does not occur in all stages of the work process in all CAPS, on the other hand, bodily practices in CAPS encourage autonomy and the use of the territory is a tool for deinstitutionalization and insertion of user in the community; **study 2:** there is a comprehensive and heterogeneous scenario of PEF's performance and the use of CP in CAPS. On the other hand, it is recommended to delve deeper into issues involving macro and micropolitical relationships in services to guarantee the consolidation of the psychosocial care model; **study 3:** This is the first study that summarizes the literature on the proposed topic and presents a synthetic theoretical model of the PEF's performance in CAPS.

Keywords: Physical Education; Mental Health Services; Unified Health System

RESUMEN

Introducción: En la búsqueda de la implementación y ampliación del modelo de atención psicosocial, algunos de los CAPS cuentan hoy con equipos multidisciplinarios en los que se incluyen Profesionales de la Educación Física. Sin embargo, diferentes aspectos parecen influir en el desempeño de este profesional y en el uso de prácticas corporales en salud mental. **Objetivos:** a) identificar estudios sobre el papel de los Profesionales de Educación Física y el uso de prácticas corporales en los Centros de Atención Psicosocial; b) analizar las percepciones de los Profesionales de Educación Física de los Centros de Atención Psicosocial sobre la participación profesional en los procesos de trabajo y el uso de prácticas corporales en la atención de la salud mental; c) proponer un modelo teórico de las influencias del desempeño del Profesional de Educación Física y el uso de las Prácticas Corporales en los Centros de Atención Psicosocial. **Métodos:** **estudio 1:** revisión sistemática en la que la metodología de recolección y presentación de datos siguió las recomendaciones PRISMA. Se incluyeron estudios realizados en Centros de Atención Psicosocial de Brasil, que analizaron el desempeño del PEF desde su propia perspectiva, transversal o longitudinal; **estudio 2:** estudio exploratorio y descriptivo con enfoque cualitativo, en el que se incluyeron PEF que trabajan en CAPS de diferentes regiones del país. Como criterio de inclusión deberán haber trabajado al menos 90 días en atención de salud mental. Para la recolección de datos se utilizó una entrevista semiestructurada, realizada de forma remota. Para procesar los datos se utilizó el análisis de contenido deductivo; **estudio 3:** estudio teórico, con el objetivo de proponer un modelo sobre los influenciadores del desempeño del PEF en CAPS. Esta propuesta fue respaldada por una revisión sistemática para describir la participación del PEF en el proceso de trabajo del CAPS; luego, con base en los resultados del estudio 1, se construyó una entrevista semiestructurada que se utilizó en este estudio exploratorio y descriptivo con 22 PEF de diferentes CAPS del país. Finalmente, se creó la construcción del modelo a partir del análisis de contenido de resultados anteriores. **Resultados:** **estudio 1:** se incluyeron 12 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión. Todos estudios transversales, cualitativos y un estudio con enfoque mixto. Se identificó que el PEF no participa en todo el proceso de trabajo en todas las unidades encuestadas. En algunos de ellos, la acción se restringe a la guía de los PJ. En otros, participa en procesos de trabajo como recepción, interconsulta y reuniones de equipo. Se logró identificar, en algunos casos, el uso del territorio y la inserción del usuario en la comunidad; **estudio 2:** la entrada del PEF al CAPS está marcada por la oportunidad, ya sea a través de un concurso, dirigido por la NASF o la Academia de Salud o por nominación política. Se informó la falta de formación previa para trabajar en salud mental. La participación en los procesos de trabajo es diversa, en algunas unidades participa en todo el proceso de trabajo, en otras solo participa en las actividades centrales; **estudio 3:** el modelo propuesto presenta un factor principal: el PEF y su desempeño en CAPS; y cinco factores externos al mismo: formación profesional, estructura física y material, micropolítica, macropolítica del servicio, recursos del territorio y necesidades de los usuarios. **Consideraciones finales:** **estudio 1:** La participación del PEF no se da en todas las etapas del proceso de trabajo en todos los CAPS, por otro lado, las prácticas corporales en los CAPS fomentan la autonomía y el uso del territorio es una herramienta de desinstitutionalización e inserción del usuario en la comunidad; **estudio 2:** existe un escenario integral y heterogéneo del desempeño del PEF y el uso de la CP en el CAPS. Por otro lado, se recomienda profundizar en temas que involucran relaciones macro y micropolíticas en los servicios para garantizar la consolidación del modelo de atención psicosocial; **estudio 3:** Este es el primer estudio que resume la literatura sobre el tema propuesto y presenta un modelo teórico sintético del desempeño del PEF en CAPS.

Palabras clave: Educación Física; Servicios de salud mental; sistema único de Salud

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Delimitação do objeto de estudo.....	20
Figura 2.Fases da análise de conteúdo	39
Figura 3. Fluxo de arrolamento dos voluntários em rede ou “bola de neve”	43
Figura 4. Fluxograma de análise de conteúdo dedutiva	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Equipe mínima segundo a especificidade de atendimento.....	24
Quadro 2. Dimensões do Qualitative Research Review Guidelines – RATS	38
Quadro 3. Dados sociodemográficos dos participantes.....	40
Quadro 4. Roteiro para a entrevista semiestruturada	41

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	16
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A CONSTITUIÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	22
2.2 NECESSIDADES DO USUÁRIO EM SAÚDE MENTAL.....	24
2.3 OS PROCESSOS DE TRABALHO E AS TECNOLOGIAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE	27
2.4 USO DO TERRITÓRIO, ESTRUTURA FÍSICA E MATERIAL	28
2.5 O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, AS ATIVIDADES FÍSICAS E AS PRÁTICAS CORPORAIS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	30
3 OBJETIVOS	33
CAPÍTULO II	34
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	35
4.1 ESTUDO 1: REVISÃO SISTEMÁTICA.....	36
4.1.1 <i>Desenho do estudo</i>	36
4.1.2 <i>Crítérios de elegibilidade</i>	36
4.1.3 <i>Estratégia de busca</i>	36
4.1.4 <i>Apresentação dos dados</i>	37
4.2 ESTUDO 2: EXPLORATÓRIO E DESCRITIVO.....	40
4.2.1 <i>Desenho do estudo</i>	40
4.2.2 <i>Crítérios de inclusão/exclusão</i>	40
4.2.3 <i>Instrumentos</i>	40
4.2.4. <i>Aspectos éticos</i>	42
4.2.5. <i>Procedimentos</i>	42
4.2.5.1. Divulgação e arrolamento dos voluntários	42
4.2.5.2. Contato inicial com os voluntários	43
4.2.5.3. Entrevista semiestruturada	43
4.2.5.4. Análise dos dados	44
4.3. ESTUDO 3: PROPOSIÇÃO DO MODELO TEÓRICO.....	45
4.3.1. <i>Desenho do estudo</i>	45
CAPÍTULO III	47
5. RESULTADOS.....	48
5.1. ESTUDO 1: REVISÃO SISTEMÁTICA	48
5.2. ESTUDO 2 – EXPLORATÓRIO E DESCRITIVO	76
5.3. ESTUDO 3 – ESTUDO TEÓRICO	96
ANEXOS	120
ANEXO I – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO ESTUDO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS (CEP-UFPB).....	121
APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	124
APÊNDICE II - ROTEIRO DA ENTREVISTA ABERTA COM O PEF	125

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi um marco para a reorganização do modelo assistencial em saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente defendida pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) na década de 70, teve como principais bandeiras o cuidado humanizado aos usuários e melhores condições para os trabalhadores da área da saúde (Tenório, 2002). A partir do MTSM, fortaleceu-se a luta pela substituição do modelo hospitalocêntrico e manicomial, pelo modelo de Atenção Psicossocial, institucionalizado através da Lei 10.216, de 2001 (Brasil, 2001).

Neste cenário, a Atenção Psicossocial, de acordo com Costa-Rosa (2000), considera os fatores políticos e biopsicossocioculturais como determinantes da saúde do usuário, com destaque para a importância do sujeito e sua reintegração sociocultural, valoriza a família e o grupo social no qual ele está inserido. Além disso, não entende que o sofrimento psíquico será removido, mas que faz parte da existência do sujeito. Assim, a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, foram expandidos os Centros de Atenção Psicossocial que, dentre outras funções, têm o objetivo de articular a Rede de Atenção Psicossocial e promover uma política antimanicomial e reinserção do usuário ao cotidiano da família e da comunidade (Brasil, 2001, 2004).

A partir daí, na busca pela concretização do modelo de atenção psicossocial, iniciou-se a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos, ainda não consolidada, e a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estas unidades, compostas por equipes multiprofissionais com médicos, enfermeiros, assistentes sociais, Profissionais de Educação Física (PEF), dentre outros, devem buscar atender às necessidades em saúde mental dos usuários (Brasil, 2004).

No entanto, além da Reforma Psiquiátrica não ser um fato consolidado, diferentes aspectos parecem ser relevantes na prestação do cuidado em saúde mental e, consequentemente, influenciadores da atuação dos profissionais de saúde nos CAPS. Dentre eles, Dimenstein e Liberato (2009) citam, por exemplo, os impasses enfrentados tanto pela gestão quanto pelos trabalhadores, usuários e familiares para o processo de desinstitucionalização do cuidado. Num outro contexto, Ferreira et al. (2017) enfatizam a importância do entendimento da noção de território como espaço social, de produção de cultura, dentre outras subjetivações, como importante forma de (re)inserção dos usuários na comunidade.

Além destes, aspectos como o cuidado pautado na especialidade e na medicalização (Lima; Guimarães, 2019), desarticulação intrasetorial, aquela realizada dentro do próprio sistema de saúde, em especial com a atenção primária (Bezerra *et al.*, 2014; Sampaio; Bispo Júnior, 2021), falta de articulação intersetorial, aquela realizada com outras instituições que compõem o atendimento à população, a exemplo dos sistemas educacional, assistência social, dentre outros (Lima; Guimarães, 2019), insuficiência de serviços frente a demanda e dificuldades de acesso pelos usuários (Sampaio; Bispo Júnior, 2021) são relevantes na prestação do cuidado.

E, por fim, podemos apontar um conjunto de aspectos enumerados nos estudos inseridos nesta tese que tem sido objeto de reflexão para a melhoria do trabalho no CAPS e do cuidado em saúde mental. Dentre eles podemos citar o atendimento às necessidades dos usuários, o trabalho colaborativo, o combate às práticas manicomiais, a utilização do território como ferramenta de promoção da autonomia e inserção do usuário na comunidade, a macro e a micropolítica do serviço, dentre outros que serão destacados ao longo do texto (Da Silva *et al.*, 2017; Fraga, 2009; Furtado *et al.*, 2016a; Leonídio *et al.*, 2013; Pereira Furtado *et al.*, 2015; Reubens-Leonídio *et al.*, 2021; Wachs; Fraga, 2009a).

Para concluir, esta breve introdução tem o objetivo de apontar os caminhos a serem seguidos ao longo desta tese, no sentido de compreender a complexidade do trabalho em saúde mental. Entretanto, é preciso deixar claro que não tenho a pretensão de resolver os problemas identificados, mas apontar novos caminhos para a reflexão e melhoria da resolutividade e atendimento das necessidades dos usuários em saúde mental no CAPS. Assim, no tópico a seguir, apresentamos a problemática do estudo e o que entendemos como relevância deste para o trabalho do PEF e demais profissionais, gestores e usuários das unidades.

1.1 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

A partir da orientação para a formação de equipes multiprofissionais para o cuidado em saúde mental nos CAPS, algumas das unidades incluíram o PEF no Quadro de profissionais especializados.

Embora a inserção do PEF não seja obrigatória para o andamento das atividades no CAPS (ver tópico 2.1, Quadro 2), a utilização das práticas corporais como ferramenta de

cuidado tem sido demonstrada em diversos estudos na saúde mental, nacionais e internacionais.

Por exemplo, estudos de revisão identificaram o potencial da atividade física como terapia alternativa e/ou complementar no cuidado em saúde mental em diferentes transtornos (Ashdown-Franks *et al.*, 2020; Lederman *et al.*, 2019; Maurus *et al.*, 2019).

Outros estudos apontam efeitos positivos no estado clínico dos participantes (Ho *et al.*, 2016; Vancampfort *et al.*, 2017) e nas comorbidades associadas (Nyboe *et al.*, 2015a; Vancampfort *et al.*, 2013b). Ainda, numa outra perspectiva, alguns estudos apontam para a diminuição do isolamento social, comum aos usuários com transtorno mental, tanto em função dos sintomas do transtorno quanto por imposição da própria família e/ou comunidade (Brand *et al.*, 2018; McCormick *et al.*, 2009b; Vancampfort *et al.*, 2012).

Sendo assim, parece-nos que a inserção do PEF no CAPS dê importantes contribuições ao processo de cuidado dos usuários, demonstradas previamente por diversos estudos (Abib *et al.*, 2010b; Furtado *et al.*, 2017; Gomes *et al.*, 2017a; Korge; Nunan, 2018; Rosenbaum *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2017; Vancampfort *et al.*, 2015).

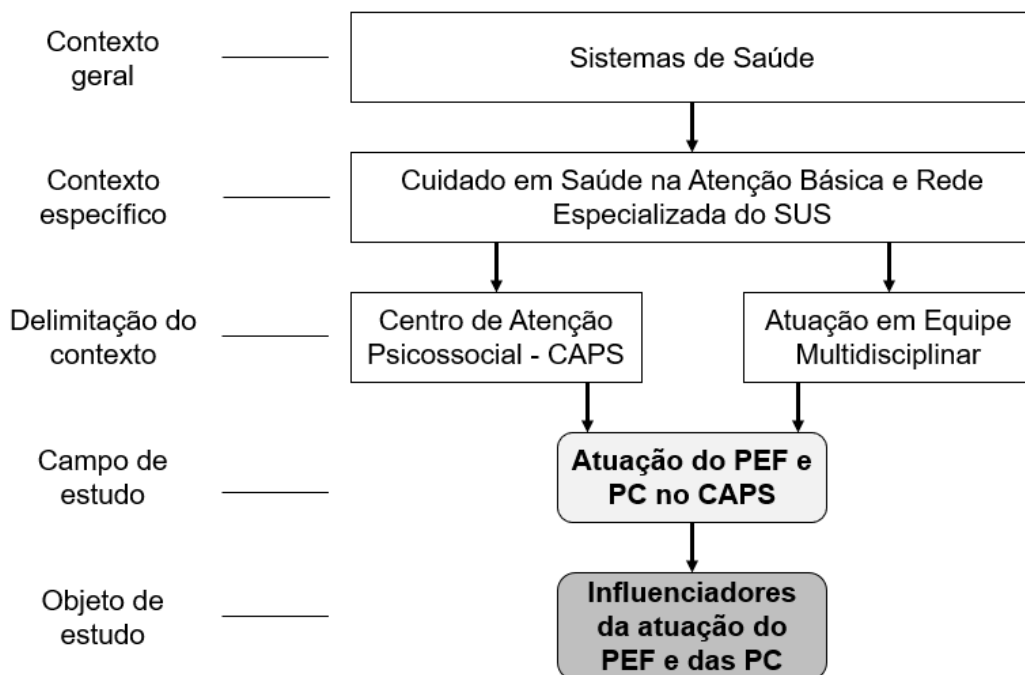
No Brasil, a partir da abordagem psicossocial adotada no cuidado em saúde mental no SUS, estudos têm demonstrado a importância das PC como estratégia antimanicomial, uma vez que possibilita a realização de atividades extramuros dos CAPS (ex. Furtado *et al.*, 2017; Reubens-Leonidio *et al.*, 2021), para a melhoria do protagonismo destes usuários, incomum na realidade vivenciada por eles (ex. Abib *et al.*, 2010b) e, ainda, para a reinserção social (ex. Furtado *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2017).

Num outro contexto, podemos citar as dificuldades de inserção do PEF nos processos de trabalho da unidade, enquanto membro da equipe multidisciplinar, a fim de superar o modo “tarefeiro/monitor” de atividades (Ferreira; Damico; Fraga, 2017). Nesse contexto, a falta de formação específica para o trabalho no SUS e desconhecimento da realidade dos serviços de saúde mental (Machado; Gomes; Romera, 2015; Silva *et al.*, 2017).

Desta forma, apesar do sistema de saúde apresentar um amplo escopo de pesquisa (Figura 1), este estudo está inserido no contexto específico do Cuidado em Saúde na Atenção Primária e Rede Especializada do SUS. Nele, destaca-se o CAPS como dispositivo de atenção psicossocial e sua equipe multidisciplinar para o cuidado em saúde mental no qual delimitamos o contexto desta pesquisa.

Em razão deste contexto apresentar um conjunto de especialidades profissionais, este trabalho tem como foco o campo de atuação do PEF no CAPS, no qual o nosso objeto de estudo são os aspectos influenciadores da atuação deste profissional.

Figura 1. Delimitação do objeto de estudo



Fonte: o autor

A seguir, apresentamos a problemática e a tese a ser desenvolvida após o recorte feito neste trabalho.

1.2 A PROBLEMÁTICA E A TESE

Apesar dos benefícios proporcionados com as PC no cuidado em saúde mental mencionados acima, parece-nos que diferentes aspectos podem influenciar na atuação do PEF no cuidado. Dentre eles, autores apontam que a formação profissional tem sido insuficiente ou inespecífica. Destarte, enquanto em alguns dos estudos a atuação do PEF é marcada pela monitoria ou, simplesmente, a condução de atividades esportivas, de lazer e o uso de jogos de tabuleiro em outros o PEF se faz presente nas atividades gerais da unidade (Furtado *et al.*, 2016a, 2018a; Leonídio *et al.*, 2013; Wachs; Fraga, 2009a). Neste cenário,

são escassos ou inexistentes os trabalhos que analisam a formação profissional do PEF para atuação no CAPS.

Em outro contexto, estudos apontam as dificuldades com a falta de estrutura física e materiais adequados (Furtado *et al.*, 2016a; Leonídio *et al.*, 2013), outros autores afirmam sobre a importância do ambiente construído, constituído pela estrutura física da unidade de saúde e o território adjacente (praças, parques, quadras e ginásios esportivos, dentre outros) para as PC (Dos Santos; Hino; Höfelmann, 2019; Hino; Reis; Florindo, 2010; Kantorski *et al.*, 2011b; Kantorski; Jardim; Quevedo, 2013a).

Nesse sentido, enquanto núcleo de Educação Física, sentimos falta de discussões que abordem, por exemplo, a disponibilidade e a importância de estrutura física e material adequado, assim como a quantidade e a qualidade do espaço físico para o trabalho do PEF nos CAPS. Além destes, são escassos os estudos com foco no uso do território, numa perspectiva antimanicomial que, além de utilizarem os equipamentos públicos e/ou privados da região, buscam a inserção do usuário na comunidade.

Por outro lado, enquanto campo de saúde, é escassa a discussão acerca das relações do PEF com os demais profissionais da equipe (ações intrasetoriais) ou com outros serviços (ações intersetoriais) como a Assistência Social e a Educação. Além disso, parece-nos importante compreender o papel da macropolítica, aqui definida como o conjunto de leis, normas e regras impostas para o trabalho no CAPS e da micropolítica, definida como o conjunto de relações que se desenvolvem nos serviços, como elementos influenciadores nos processos de trabalho.

Por fim, com base no exposto o problema de pesquisa está no desconhecimento dos aspectos que influenciam a atuação do PEF no cuidado em saúde mental nos CAPS. Portanto, para o avançar deste trabalho formulamos as seguintes questões:

- a) Qual a participação do PEF nos processos de trabalho do CAPS e qual o papel das PC no CAPS?
- b) Quais os aspectos influenciadores da atuação do PEF no CAPS?
- c) A partir destes aspectos influenciadores é possível definir um modelo teórico da atuação do PEF no CAPS?

Para concluir, a tese a ser defendida neste trabalho pode ser definida como: “*A atuação do PEF no CAPS é marcada por um conjunto de aspectos influenciadores que podem ser representados por um modelo teórico.*”

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A CONSTITUIÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Por volta da década de 70, período de aumento dos investimentos privados no país, um processo um tanto quanto incoerente, uma vez que o aspecto econômico prevaleceu sobre os interesses sociais, o Brasil viveu os primeiros movimentos organizados com vistas a mudança no paradigma do cuidado em saúde mental (Almeida; Campos, 2019; Amarante; Nunes, 2018; Macedo *et al.*, 2017).

Nesse sentido, o primeiro grupo organizado, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), foi o resultado das percepções de um grupo de profissionais, recém-formados, sobre a precariedade, descaso e violência nas instituições de cuidado (Amarante; Nunes, 2018). A partir daí percebeu-se que o modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental, precário, de abandono e maus-tratos, precisava ser repensado para um modelo de resgate e valorização da cidadania e da dignidade do usuário. Além disso, promover a inserção social e combater o preconceito em relação a doença mental, transformando as relações entre o usuário em saúde mental e a sociedade (Maciel, 2012).

Nos períodos seguintes, de 1980 a 2005, pós ditadura militar e com intensa luta pela democracia, eventos importantes foram realizados no sentido de discutir, rever, propor modificações e novas leis para a, até então, política de saúde e saúde mental e repensar o futuro destas áreas, podendo destacar: 1986 – 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual contou com a participação popular e discussões sobre a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado; 1987 – 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, com destaque para a luta antimanicomial, questões sociais, exclusão e cidadania; 1989 – proposição do Projeto de Lei que propôs a regulamentação dos direitos dos doentes mentais e a extinção do modelo manicomial; 2000 – Constituição dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); 2001 – Promulgação da Lei da Saúde Mental (Lei nº 10.216) que determinou a substituição do modelo hospitalocêntrico por Hospitais-dia, lares e os CAPS; 2003 – Criação do Programa Volta para Casa; 2005 – aumento dos investimentos para a qualificação profissional, educação continuada e permanente (Amarante; Nunes, 2018; de Sousa Severo; L'abbate; Onocko Campos, 2014; Macedo *et al.*, 2017).

A partir daí, pudemos perceber o fortalecimento da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica destacando-se: a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantida pela Constituição de 1988; a reorganização do sistema de saúde e saúde mental, baseado nos princípios da universalização do atendimento; descentralização das decisões; regionalização da assistência; integração e hierarquização dos serviços; além do modelo de atenção integral a saúde mental iniciado no estado de São Paulo (Almeida; Campos, 2019). Com efeito, após 10 anos de Reforma Psiquiátrica, houve redução significativa, em torno de 40%, no número de leitos de internação psiquiátrica, aumento no número de serviços comunitários assim como no perfil dos profissionais da equipe de cuidado, com destaque para a integração de psicólogos e assistentes sociais. Além disso, o serviço passou a adotar diferentes modelos de cuidado e a fornecer medicação psicotrópica gratuita aos usuários (Andreoli *et al.*, 2007).

Nesse contexto de Reforma Psiquiátrica, os CAPS, que até então estavam presentes na cidade de Santos e de São Paulo, foram ampliados para todo o Brasil (Nascimento; Galvanese, 2009). Surgiram com o objetivo de articular o serviço especializado de atenção em saúde mental com a atenção primária do SUS. Apresentam características distintas das instituições manicomiais, tendo como base o cuidado humanizado e multiprofissional ao usuário, com acompanhamento clínico e (re)inserção social, na família e na comunidade (Brasil., 2004; Brasil, 2004; Moreira; Onocko-Campos, 2017).

Apesar desse contexto de transformação, de acordo com Macedo et al. (2017), uma discussão mais ampla sobre a Política Nacional de Saúde Mental só foi possível após a aprovação da Portaria 3.088/2011 (Brasil; Ministério da Saúde, 2011), cujo objetivo foi integrar a rede de atenção em saúde mental, da seguinte forma: a) atenção primária; b) CAPS; c) serviços de urgência e emergência; d) atenção residencial e transitória; e) atenção hospitalar; f) estratégias de desinstitucionalização; g) reabilitação psicossocial.

Os CAPS são unidades especializadas, de portas abertas, que atendem a população em toda sua área de abrangência, sendo a referência no cuidado em saúde mental na atenção primária. Ou seja, atendem usuários de todas as faixas etárias (crianças, adolescentes, adultos e idosos), com diferentes transtornos mentais a exemplo das psicoses, neuroses, bem como usuários de álcool e drogas (Brasil., 2004).

Assim, para o atendimento das demandas em seu território de abrangência, estão definidos, além da composição mínima da equipe de atenção integral, a estrutura física mínima, composta por: consultórios individuais (consultas, entrevistas, terapias), sala para atividades em grupo, espaço para o convívio entre os usuários, sala para a realização de

oficinas variadas, refeitório, sanitários, área externa adequada as oficinas, recreação e esportes (Brasil., 2004). E, nesse cenário, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), a equipe mínima (Quadro 1) do CAPS deve ser composta pelos seguintes profissionais, considerando a especialidade de cada unidade:

Quadro 1. Equipe mínima segundo a especificidade de atendimento da unidade

CAPS	Equipe Multiprofissional			
I	01 médico com formação em saúde mental	03 profissionais de nível superior	04 profissionais de nível médio	
II	01 médico psiquiatra	01 enfermeiro com formação em saúde mental	04 profissionais de nível superior*	06 profissionais de nível médio
III	02 médicos psiquiatra	01 enfermeiro com formação em saúde mental	05 profissionais de nível superior	08 profissionais de nível médio
AD	02 médicos 01-psiquiatra 01-clínico	01 enfermeiro com formação em saúde mental	04 profissionais de nível superior	06 profissionais de nível médio
ADIII	02 médicos 01-psiquiatra 01-clínico	01 enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental	05 profissionais de nível superior	04 profissionais de nível médio 04 técnicos enfermagem 01 técnico administrativo
CAPSi	01 médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental	01 enfermeiro	04 profissionais de nível superior	04 profissionais de nível médio

*AD: Álcool e Drogas; ADIII: Álcool e Drogas III; CAPSi: infantil; Fonte: Brasil (2013)

2.2 NECESSIDADES DO USUÁRIO EM SAÚDE MENTAL

No trabalho em saúde, a atenção às necessidades do usuário constitui-se como o principal objetivo dos profissionais, independente da especialidade, e tem despertado o interesse de diversos pesquisadores (Campos; Mishima, 2005; Cecílio, 2001; Cecílio; Matsumoto, 2006; Da Mata *et al.*, 2011; De Moraes; Bertolozzi Rita; Hino, 2011; Dos Santos; Bertolozzi; Hino, 2010; Gomes Barros; Maria Chiesa, 2007; Hino; Reis; Florindo, 2010; Petersen *et al.*, 2016).

Nesse sentido, o atendimento às necessidades deve seguir os princípios da integralidade, entendida como a organização dos processos de trabalho em saúde a fim de apreender, de forma ampliada e através do diálogo, as necessidades momentâneas aparentes,

uma simples queixa fisiológica de dor, e as necessidades ampliadas do usuário, como as sociais e emocionais. Ou seja, o atendimento às necessidades em saúde deve ultrapassar meramente o modelo curativo individual ou coletivo, mas deve ser visto como o atendimento às necessidades assistenciais (Cecílio, 2001; Mattos, 2003; Pinheiro, 2001).

Desse modo, a fim de atender às necessidades do usuário, Cecílio (2001) definiu duas dimensões para a integralidade, a citar: a “integralidade focalizada”, aquela determinada por cada profissional ou equipe de serviço em saúde, no atendimento as necessidades “momentâneas” do usuário, sejam elas uma aferição da pressão arterial, necessária e, talvez, a única necessidade daquele momento ou, ainda, a medicação para um dado Quadro emergencial. No entanto, o mesmo autor (Cecílio, 2001) adverte que este é um modelo de atenção fragmentada, que desconsidera um conjunto mais amplo de necessidades, expressas a partir de outros contextos como, por exemplo, no modo de “andar a vida” de cada usuário.

A outra dimensão, “integralidade ampliada”, tem como foco a atenção das necessidades do usuário que, apesar de individuais e “atendida” por um profissional ou uma equipe, deve ser ampliada para o trabalho em rede. Ou seja, a partir de necessidades individuais do usuário, deve haver uma articulação dos fluxos de atenção em saúde em toda a rede, partindo do profissional, passando pela equipe, até o sistema de saúde como um todo, agregando, a partir de cada um destes componentes da “teia” de assistência, seus saberes, suas potencialidades e capacidades. Ainda, a integralidade na atenção em saúde não deve ser restrita aos serviços de saúde, uma vez que o conjunto de necessidades do usuário deve ser entendida em diferentes contextos ou, como proposto por Barros e Chiesa (2007), sendo elas: biológicas, psicológicas e sociais.

Assim, a integralidade na atenção em saúde deve ser entendida como um processo de escuta e busca constante de resolução das necessidades apresentadas pelos usuários nos diferentes contextos da vida e que, cada uma dessas necessidades, pode alterar-se em função, por exemplo, da estrutura socioeconômica, do estilo de vida, da disponibilidade de recursos tecnológicos e avanços científicos (Dos Santos; Bertolozzi; Hino, 2010).

Um aporte teórico para o entendimento das necessidades de saúde é dado pela Taxonomia das Necessidades de Saúde (Cecílio, 2001; Cecílio; Matsumoto, 2006). Para os autores, podemos dividir as necessidades em saúde da seguinte forma: “necessidade de boas condições de vida”, entendidas como os fatores externos, ambientais, que determinam os processos de saúde-doença, assim como os lugares ocupados pelos sujeitos no processo produtivo, num modelo capitalista. Com efeito, tanto a ocupação exercida quanto a posição

social do sujeito são determinantes na percepção de suas necessidades. Ou seja, atuar no escritório ou no “chão” de uma fábrica, por exemplo, assim como saneamento básico e situação de moradia, são determinantes da percepção de necessidades de saúde (Cecílio, 2001; Cecílio; Matsumoto, 2006).

Outro conjunto de necessidades é definido pelo acesso e o consumo das tecnologias de saúde para a melhoria e manutenção da vida, numa perspectiva de longevidade (Cecílio, 2001; Cecílio; Matsumoto, 2006). E um terceiro conjunto de necessidades de saúde baseia-se na criação de vínculos entre usuário e profissional/equipe de saúde, numa troca efetiva de confiança ao longo do tempo, numa relação pessoal e calorosa recheada de simbolismos e subjetividades (Cecílio, 2001; Cecílio; Matsumoto, 2006).

Dessa forma, a partir de um processo de escuta do usuário, o profissional de saúde deve ser capaz de compreender, e apreender, num sentido profundo e amplo da palavra, as necessidades reais, objetivas e subjetivas, do usuário. Ainda, a atenção às necessidades do usuário deve passar por um processo de educação em saúde, que possibilite a (re)construção dos significados e sentidos de suas vidas em diferentes contextos (Cecílio, 2001).

Por fim, o atendimento às necessidades do usuário deve ser compartilhado pela equipe multiprofissional. Dessa forma, através desse compartilhamento de saberes na elaboração do PTS deve-se buscar o atendimento as necessidades individuais de cada usuário. Vale destacar que a proposição de um conjunto de atividades, simplesmente, não garante o atendimento integral ao usuário.

Em relação a atuação do PEF, por exemplo, Furtado et al. (2016) relataram pouca atuação deste profissional no atendimento domiciliar e em consultas conjuntas, o que pode ser um dificultador do entendimento ampliado das necessidades do usuário e, ainda, restringir a sua contribuição no PTS. Por exemplo, num estudo que avaliou o perfil das oficinas terapêuticas conduzidas pelo PEF nos CAPS de Goiânia, Furtado et al. (2015), demonstrou que as oficinas são organizadas e os usuários devem se inserir, em função do seu interesse. A partir desse modelo, questiona-se até que ponto as necessidades dos usuários são efetivamente atendidas e se o cuidado dispensado é realizado em função da mera conveniência e disponibilidade de estrutura física e equipamentos. Num outro estudo (Furtado *et al.*, 2016b), os autores identificaram um conjunto variado de atividades realizadas pelo PEF, entretanto, não está claro até que ponto estas oficinas estão articuladas com o cuidado integral ao usuário, suas necessidades ou, até mesmo, com as diretrizes da política de saúde mental.

Para concluir, concordamos com os autores (Furtado *et al.*, 2015, 2016b) sobre a realização de estudos que busquem um melhor entendimento sobre a articulação das atividades do PEF com os processos de trabalho do CAPS, nomeadamente, a construção e condução da atenção ao usuário.

2.3 OS PROCESSOS DE TRABALHO E AS TECNOLOGIAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE

Dando continuidade aos tópicos que alicerçam as bases teóricas desta proposta para a formulação de um modelo teórico da utilização da atividade física e da atuação do PEF no cuidado em saúde mental, trataremos neste tópico sobre os processos de trabalho em saúde e as tecnologias das relações, especificamente, sobre o fluxograma analisador do processo de trabalho em saúde proposto Merhy (1997).

As reflexões sobre os processos de trabalho em saúde foram um dos pilares da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil, na década de 70, a partir da análise da prática médica e dos movimentos de reforma a época (Teixeira; Couto; Delgado, 2015). Nesse contexto, a partir da perspectiva Marxista, a partir da qual o trabalho é um processo no qual o homem transforma a natureza em objetos úteis para a sua vida, Bruno Gonçalves ((1994), apud Peduzzi; Anselmi (2002a)) estabeleceu os constituintes do processo de trabalho em saúde como a conformação entre os seguintes elementos: o objeto - aquele que sofre a ação do trabalho; os instrumentos – os saberes necessários a atividade; atividade humana - o trabalho propriamente dito (Merhy, 2003; Peduzzi; Anselmi, 2002b).

A partir daí, diversos autores têm se dedicado aos estudos sobre os processos de trabalho em saúde (Ferreira; Varga; Silva, 2009; Leonídio *et al.*, 2013; Merhy, 2003; Peduzzi; Anselmi, 2002b; Santos; Mishima; Merhy, 2018). Destarte, a partir das diretrizes do SUS para o trabalho multiprofissional, num processo de mudança nos paradigmas de cuidado em saúde para um modelo integral, o estudo dos processos de trabalho em saúde tem como principal objetivo a compreensão e a avaliação das práticas em saúde com vistas a proposição de novos “modelos” de atenção e cuidado (Santos; Mishima; Merhy, 2018).

Neste contexto, os processos de trabalho em saúde mental serão compreendidos e analisados a partir da micropolítica do serviço e dos conceitos de “trabalho vivo” e “trabalho morto” (Franco; Merhy, 2012; Malta; Merhy, 2010; Merhy; Franco, 2003). Assim, o trabalho vivo é o trabalho propriamente dito, “o trabalho em ato”, aquele que é realizado pelo próprio

trabalhador, e o trabalho morto aquele realizado a partir dos equipamentos e materiais (Franco; Merhy, 2012).

Além disso, os autores destacam a importância das tecnologias relacionais (Merhy, 1997) associadas aos processos de trabalho, nomeadamente: Tecnologias Leves são as relacionais, com destaque para o acolhimento, a produção de vínculo, autonomia e gestão; Tecnologias Leve Duras são aquelas relacionadas aos saberes estruturados, sendo algumas delas a clínica médica, a clínica psicanalítica e a epidemiologia; Tecnologias Duras são aquelas relacionadas aos equipamentos, máquinas, normas e as estruturas organizacionais.

Nessa perspectiva, o trabalho vivo, no contexto da atuação do PEF, é baseado na relação com o usuário e com os demais profissionais do serviço. O trabalho morto, por sua vez, faz referência aos protocolos, prescrições e a disponibilidade de recursos, de estrutura física e de equipamentos do território, tratados no tópico a seguir.

A partir dessa leitura, Leonídio et al. (2013) realizaram um estudo qualitativo nos CAPS de Recife, com objetivo de analisar as percepções do PEF sobre o seu processo de trabalho em saúde mental. De acordo com as autoras, foram identificadas limitações organizacionais e políticas, determinadas pela ausência de espaços físicos adequados para as práticas e dificuldades de articulação com a rede de apoio social. Entretanto, as autoras afirmam sobre o potencial do trabalho vivo em ato, determinado pela relação profissional-usuário, aspecto relevante para um cuidado integral e busca de solução para as necessidades do usuário. Num outro estudo, Wachs e Fraga (2009) destacam a necessidade de um novo olhar do PEF e da utilização da atividade física no CAPS como ferramenta de desinstitucionalização, sinalizando a importância da reflexão e mudança nos processos de trabalho. No entanto, os poucos trabalhos relativos aos processos de trabalho do PEF na saúde mental descrevem desenhos e perspectivas mais funcionalistas e objetivas, a partir do modelo prescritivo e ou de oficinas de atividades físicas. Deste modo, até onde sabemos, não há estudos que aprofundaram a análise dos processos de trabalho a partir da perspectiva do trabalho vivo e do trabalho morto, assim como na perspectiva da micropolítica do serviço, com a avaliação dos profissionais da equipe multiprofissional.

2.4 USO DO TERRITÓRIO, ESTRUTURA FÍSICA E MATERIAL

Com a Reforma Psiquiátrica, os CAPS surgiram em substituição ao modelo manicomial, de isolamento social, violência e precariedade do cuidado ao usuário em saúde

mental. E, seguindo os princípios da Política Nacional de Humanização, criou-se o conceito de ambiência no SUS, entendido como o tratamento dado ao espaço físico, espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora, resolutiva e humana às necessidades do usuário (Brasil, 2005).

Para tal, espera-se que este novo modelo de atenção, ofereça, além do cuidado integral e multiprofissional, num serviço comunitário e de portas abertas, uma estrutura física adequada, e faça uso do território adjacente, não apenas como espaço geográfico, mas de pessoas, usuários e familiares, o lugar de “andar a vida”, de participação e inclusão social (Brasil, 2005, 2013b; Kantorski; Jardim; Quevedo, 2013b). Com efeito, alguns autores têm demonstrado interesse no estudo da estrutura física, da ambiência e da utilização do território em saúde, em especial no SUS (Bestetti, 2014; Kantorski *et al.*, 2011a; Kantorski; Jardim; Quevedo, 2013b; Olschowsky *et al.*, 2009).

Para Bestetti (2014), apesar da objetividade da estrutura física (ex. ambiente, cor, forma, temperatura, iluminação, dentre outras), ela é capaz de emitir estímulos subjetivamente interpretados pelo usuário num processo de interação com o meio, proporcionando prazer ou desprazer, conforto ou desconforto quando há disparidade com os limites do nosso corpo. Com efeito, o ambiente deve ser capaz de proporcionar bem-estar, prazer, e atender às necessidades do indivíduo (Bestetti, 2014). Dessa forma, a relação recíproca entre a qualidade do ambiente e saúde são coisas indissociáveis, tem relação direta nas relações sociais, na qualidade de vida da população e, ainda, nos processos de trabalho desenvolvidos na unidade (Olschowsky *et al.*, 2009).

Dessa forma, ao tratarmos da utilização das práticas corporais e da atuação do PEF no interior dos CAPS, além do importante papel do ambiente e da ambiência no bem-estar do usuário, temos que levar em consideração a relação direta com a atuação do núcleo de Educação Física e suas especificidades para o uso do ambiente.

Por outro lado, os CAPS são estruturados de forma a atenderem o território adscrito (Brasil, 2005), ou seja, entende-se que os processos de trabalho extrapolem os “muros” da unidade, sendo necessário que este ofereça as condições necessárias, tanto a população quanto aos profissionais de saúde para uma atenção integral.

Nesse contexto o território adscrito ao CAPS é considerado o ambiente construído, disponível para a atuação do PEF. Assim, além dos aspectos climáticos e topografia, o ambiente a ser considerado deve levar em conta a disponibilidade de estruturas físicas disponíveis para a prática de atividades físicas (ex. praças, quadras poliesportivas, parques,

outros), as condições para a locomoção (ex. ruas, calçadas, faixas de pedestres) e segurança (Brownson *et al.*, 2009; Sallis, 2009). Nessa perspectiva, houve, nos últimos anos, um aumento considerável da produção científica acerca da relação entre a atividade física e o ambiente construído (Bortoni *et al.*, 2009; Florindo *et al.*, 2013; Hino; Reis; Florindo, 2010).

A partir destes aspectos, o uso de território e ambiente construído foi inserido no modelo teórico proposto, uma vez que o uso da atividade física é umas das ferramentas essenciais do PEF para o cuidado em saúde mental. Além disso, a maioria, se não todos os trabalhos sobre o tema, consideram o uso da atividade física para a população em geral, indivíduos autônomos e independentes.

No entanto, Motta da Costa e Silva *et al.*, (2017) avaliaram o uso do território pelo PEF. Segundo os autores, todos os profissionais avaliados faziam uso do território adjacente para o desenvolvimento das suas atividades físicas, sejam em praças, parques, academia ao ar livre ou em quadras poliesportivas. Desta forma, percebe-se uma preocupação dos profissionais avaliados com o processo de desinstitucionalização, reinserção social na comunidade e, ainda, supera possíveis problemas com a falta de disponibilidade de espaços adequados na unidade de saúde (Motta da Costa e Silva *et al.*, 2017).

2.5 O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, AS ATIVIDADES FÍSICAS E AS PRÁTICAS CORPORAIS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A atuação em saúde e saúde mental pode ser caracterizada pela integralidade no cuidado, reinserção social e trabalho multiprofissional, aspectos relevantes para o atendimento as necessidades do usuário. Para tal, parece-nos sensato que os profissionais a compor tais equipes tenham uma formação adequada para o trabalho em saúde mental, seguindo os princípios e diretrizes propostas pelo SUS, algo que, no cenário atual, deve sobrepor sua formação inicial (Furtado *et al.*, 2016b; Wachs; Fraga, 2009b).

Entretanto, são escassos os estudos sobre a formação do PEF para o trabalho no SUS, apesar do reconhecimento da importância dessa discussão em alguns trabalhos (Furtado *et al.*, 2015, 2016b; Miranda; Freire; Oliveira, 2011). Por exemplo, Silva e colaboradores (2017), num estudo com o objetivo de caracterizar o perfil e as atividades realizadas pelo PEF em seis CAPS do Rio Grande do Sul, identificou que nenhum dos profissionais que atuavam nessas unidades receberam alguma formação para o trabalho em saúde mental.

Por outro lado, o país conta, recentemente, com cursos de pós-graduação *Lato Sensu* na área, as Residências Multiprofissionais em Saúde Mental, criadas com o intuito de anteder a Política de Reforma da Saúde Mental e do SUS (Lei 10.216 e Portaria 3.088) e que, em algumas delas, está contemplado o núcleo de Educação Física.

Apesar disso, em relação ao PEF, a oferta de profissionais especializados ainda é baixa ao considerarmos a quantidade de CAPS existentes no país. E, dentre aqueles PEF que atuam no cuidado em saúde mental, sem a formação adequada, alguns expressam alguma insegurança para na atuação na área. No entanto, é compreensível, visto ser o trabalho em saúde mental um contexto novo e desafiador. Sendo assim, entende-se a necessidade de maior atenção dos cursos de formação, seja na graduação ou na pós-graduação, uma vez que se trata de um campo de trabalho pouco explorado e, no qual, a atuação do PEF tem enorme potencial ação (Furtado *et al.*, 2015; Leonídio *et al.*, 2013; Motta da Costa e Silva *et al.*, 2017).

Destarte, ao realizarmos a revisão da literatura, identificamos inúmeros trabalhos sobre o tema atividade física e saúde mental. Em sua maioria, os trabalhos buscam evidências acerca dos efeitos agudos e/ou crônicos da atividade física em diferentes transtornos, seja na condição clínica, seja nas comorbidades associadas, como por exemplo, síndromes metabólicas, alterações motoras, cognitivas e isolamento social (Brand *et al.*, 2018; Gomes *et al.*, 2017b; Ho *et al.*, 2016; McCormick *et al.*, 2009a; Nyboe *et al.*, 2015b; Vancampfort *et al.*, 2012, 2013a, 2016b, 2016a).

Além destes, com predominância nos periódicos nacionais, estão os estudos acerca da atuação do PEF e da utilização da atividade física na saúde mental, principalmente com a caracterização das atividades desenvolvidas (Furtado *et al.*, 2015, 2016; Leonídio *et al.*, 2013; Motta da Costa e Silva *et al.*, 2017; Wachs; Fraga, 2009), intervenções com a atividade física sob a forma de oficinas (Abib *et al.*, 2010a; Guimarães *et al.*, 2012) e sobre a percepção dos usuários (Almeida; Campos, 2019).

Apesar das evidências sobre os efeitos positivos da atividade física nos transtornos mentais e comorbidades associadas, alguns autores apontam que, em se tratando de cuidado em saúde mental, é necessário um olhar diferenciado para o cuidado. Nesse sentido, é mister entender os conceitos apresentados anteriormente, nomeadamente, integralidade no cuidado, trabalho multiprofissional, atenção às necessidades dos usuários e inserção social, uma vez que, assim como em indivíduos ditos saudáveis, a aderência e a adesão dos usuários a

programas de atividade física, com caráter meramente prescritivo e pautado pela biomedicina, constitui-se um desafio, tanto para o usuário quanto para o PEF.

Aqui vale destacar o papel dos diferentes fatores, principalmente aqueles inerentes aos transtornos como, por exemplo, déficits motores e cognitivos, isolamento social e, ainda, aqueles caracterizados pelo ambiente social, como apoio familiar, disponibilidade financeira, existência de espaços e equipamentos adequados e acessíveis como limitadores da participação do usuário na prática de atividade física. Com efeito, percebe-se que o uso da atividade física e atuação do PEF deve ultrapassar o rigor dos métodos e diretrizes, dos volumes e intensidades, para abarcar um atendimento integral e com vistas a necessidades individuais.

Entretanto, dentre os poucos estudos sobre a atuação do PEF e uso da atividade física no cuidado em saúde mental, é possível perceber a prática prescritiva ou como oficinas terapêuticas. Por outro lado, Furtado e colaboradores (2016a), num estudo com o objetivo de identificar a rotina do PEF nos CAPS de Goiânia, relatou que a presença do PEF no cuidado nos CAPS investigados representou em aproximadamente 34% de atividades relacionadas aos conteúdos específicos do núcleo de Educação Física e 65% em outras atividades do serviço e outras oficinas terapêuticas.

Já o estudo de Silva et al. (2017), ao caracterizarem o perfil e as atividades do PEF nos CAPS do Rio Grande do Sul, identificaram as práticas esportivas e recreativas como predominantes naquelas unidades. Num outro estudo, Furtado et al. (2018), com o objetivo de apresentar o perfil das oficinas terapêuticas nos CAPS de Goiânia, identificou como tema mais abordado os exercícios físicos e ginásticos.

Em outro estudo, Wachs e Fraga (2009), realizaram um estudo em três CAPS II do Rio Grande do Sul com o objetivo de investigar a atuação do PEF, as percepções e os sentidos das atividades físicas desenvolvidas no serviço. Ao fim, os autores relataram que as práticas adotadas pelo PEF ultrapassam as esperadas para a Educação Física. Num dos exemplos, o PEF realizou uma oficina “pré-alta”, afim de articular o usuário com a comunidade. Em outro exemplo, realizou oficinas de geração de renda e pintura.

A partir dos exemplos, parece claro que o PEF deve ser um profissional de saúde mental, ancorado na especificidade da sua formação, mas aberto a novos diálogos e proposições, que busquem, num sentido amplo, a atenção às necessidades do usuário. Por fim, a atuação do PEF deve fugir ao modelo prescritivo, deve estar inserida na perspectiva multiprofissional, do cuidado integral e nos processos de trabalho da unidade.

3 OBJETIVOS

- ✓ Identificar os estudos acerca da atuação do Profissional de Educação Física nos Centros de Atenção Psicossocial;
- ✓ Analisar as percepções dos Profissionais de Educação Física acerca da sua participação nos processos de trabalho no cuidado em saúde mental;
- ✓ Propor um modelo teórico dos influenciadores da atuação do Profissional de Educação Física e para o uso das Práticas Corporais nos Centros de Atenção Psicossocial.

CAPÍTULO II

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este projeto de tese teve início em 2018 com a construção do referencial teórico (pág. 25). A partir dele, percebeu-se que a problemática inicial da proposta, compreender a atuação do PEF no contexto da saúde mental, exigiria um desenho metodológico mais amplo que buscasse entender, além do cenário atual de pesquisa, a percepção dos sujeitos envolvidos naquele contexto da saúde, com suas complexidades e subjetividades (Soares, Souza, Carvalho *et al.*, 2021; Filho 1997).

Sendo assim, entendeu-se que a revisão sistemática seria um dos caminhos para acompanhar o curso científico num dado período, em busca de direcionamentos viáveis para a elucidação de nossa problemática (Gomes; Caminha, 2014). Desta forma, o Estudo 01 consiste numa revisão sistemática com o objetivo de identificar os estudos acerca da atuação do PEF nos CAPS.

Após a síntese do Quadro teórico da área (Estudo 1) identificou-se um conjunto de aspectos que parecem ser relevantes nesta atuação para que a mesma esteja em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Políticas de Saúde Mental do país. Em seguida, com base no Quadro teórico sintetizado anteriormente, e na necessidade de aprofundamento sobre o tema, foi proposto um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, realizado através de entrevistas semiestruturadas, em diferentes regiões do país (Estudo 2).

A abordagem qualitativa foi escolhida por possibilitar um maior entendimento sobre a complexidade das relações que se desenvolvem no trabalho em saúde nos CAPS (Lima; Guimarães, 2019; Lima; Sampaio; Souza, 2023).

Por fim, a partir dos estudos realizados (Estudo 1 e Estudo 2) chegou-se à proposição da tese deste trabalho (Estudo 3), com o objetivo de descrever e sistematizar, através de um modelo teórico, os aspectos influenciadores da atuação do PEF s no CAPS. Optou-se pelo modelo teórico devido a possibilidade de representação simplificada da realidade estudada e da possibilidade de submetê-lo à experiência, a fim de identificar suas qualidades e seus limites (Bunge, 2008).

Na sequência, estão descritos os métodos utilizados em cada um dos estudos realizados.

4.1 ESTUDO 1: REVISÃO SISTEMÁTICA

4.1.1 Desenho do estudo

Revisão sistemática na qual a metodologia de coleta e apresentação dos dados seguem as recomendações para revisões sistemáticas PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (Liberati *et al.*, 2009).

4.1.2 Critérios de elegibilidade

Para formulação da síntese, procurou-se por artigos científicos que atendessem adequadamente aos seguintes critérios: I) estudos acerca da atuação do PEF conduzidos na Rede de Atenção Psicossocial do Brasil. Não foram aplicadas restrições quanto ao idioma. Foram excluídos estudos de revisão, ensaios teóricos, opiniões, relatos de experiência, dissertações, teses e artigos publicados em revistas não indexadas. Além destes, foram excluídos os artigos que analisaram a atuação do PEF a partir da percepção de outros profissionais de saúde ou a partir das percepções dos usuários do serviço.

4.1.3 Estratégia de busca

As buscas na literatura foram limitadas ao período compreendido entre janeiro de 2001, ano de promulgação da Lei Nº 10.216 sobre a proteção, os direitos e o redirecionamento do modelo assistencial das pessoas portadoras de transtornos mentais (Brasil, 2001), e 31 de dezembro de 2022. Foram realizadas nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); PubMed (US *National Library of Medicine, National Institutes of Health*); SCOPUS, *SPORTDiscus* e *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO). A partir do DeCS/MeSH (Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings*), foram definidas as seguintes combinações dos termos utilizados, em português e inglês: Serviço de Saúde Mental (*Mental Health Service*) OR Serviços Comunitários de Saúde Mental (*Community Mental Health Services*) OR Serviço de Higiene Mental (*Mental Hygiene Service*); OR Centro de Atenção Psicossocial – CAPS (*Center for Psychosocial Care*) OR Rede de Atenção Psicossocial (*Psychosocial Care Network*); AND (Esportes (*Sports*) OR Exercício Físico (*Physical Exercise*) OR Atividade Física (*Physical Activity*) OR Educação Física (*Physical Education*) OR Oficinas Terapêuticas (*Therapeutics*

Workshops) OR Atividade Motora (*Motor Activity*)); AND (Sistema Único de Saúde – SUS (*Unified Health System*) OR Brasil (*Brazil*)). Ainda, foram realizadas buscas nas referências dos artigos lidos na íntegra.

Cessadas as buscas, foi realizada a seleção dos artigos de interesse, sendo excluídos os artigos duplicados e aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão, da seguinte forma: a) leitura do título; b) leitura do resumo; c) leitura do texto completo. Por fim, a busca nas bases de dados e a leitura na íntegra dos artigos selecionados foi realizada por dois autores independentes. No caso de alguma inconsistência ou desacordo entre eles foi realizada a consulta a um terceiro autor.

4.1.4 Apresentação dos dados

Os dados dos estudos inseridos nesta revisão foram tabulados de acordo com as seguintes variáveis: autor/ano; objetivos do estudo, amostra do estudo, cidade e estado, principais resultados. Além destes, foram apresentados o desenho do estudo, a abordagem e o método de coleta de dados.

4.1.5 Avaliação do rigor metodológico dos estudos

A avaliação do rigor metodológico dos artigos foi realizada através do *Qualitative Research Review Guidelines – RATS* (Clark, 2003) adaptado conforme Taquette e Minayo (Taquette; Minayo, 2016), na tentativa de uniformizar e reduzir a subjetividade da avaliação. O RATS (Quadro 2) é composto por quatro dimensões: R- Relevância justificada da questão do estudo; A- Adequação da metodologia qualitativa; T- Transparência dos procedimentos; S- Solidez da abordagem interpretativa; e 15 itens de avaliação, pontuados em 0 ou 1, com escore máximo de 15 pontos. Assim, a partir do escore, os estudos foram classificados em “consistentes= 12-15 pontos”, quando atendiam a maioria dos itens propostos; “parcialmente consistentes= 8-11 pontos”, quando era apenas descritivos, pouco consistentes, interpretações insuficientes e/ou não havia transparência metodológica; e “inconsistentes= 7 pontos ou menos”. A análise foi realizada por dois pesquisadores independentes. No caso de inconsistências, um terceiro foi consultado.

Quadro 2. Dimensões do *Qualitative Research Review Guidelines* – RATS

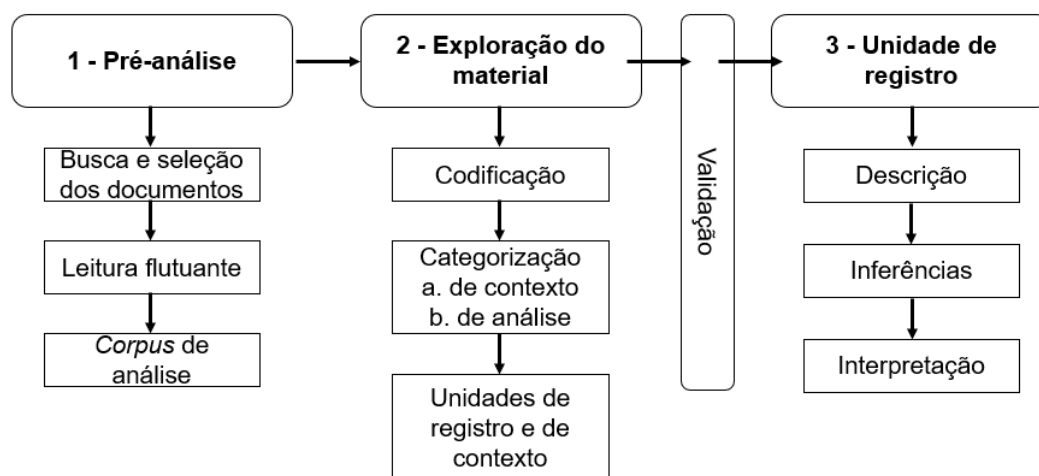
R	Relevância justificada da questão do estudo	3 pontos
1	definição clara do objeto e do objetivo em estudo	
2	quadro teórico referencial consistente e com pressupostos	
3	objeto de estudo relevante	
A	Adequação da metodologia qualitativa	3 pontos
4	método escolhido justificado	
5	instrumentos utilizados adequados incluindo-se itens do roteiro	
6	critérios de inclusão explícitos	
T	Transparência dos procedimentos	4 pontos
7	cenário do estudo/estratégia de entrada no campo	
8	descrição sobre como se deu a coleta de dados /amostragem	
9	descrição de como se deu o registro da coleta de dados	
10	aspectos éticos (incluindo o papel do pesquisador)	
S	Solidez da abordagem interpretativa	5 pontos
11	análise apropriada, como foi decomposto o material analisado	
12	contextualização histórico-espacial-social	
13	interpretações claras, apoiadas na evidência e com diálogo com a literatura atualizada	
14	limitações descritas	
15	texto bem escrito, sem jargões	
	Total	15 pontos

Fonte: Taquette; Minayo (2016), adaptado de Clark(2003)

4.1.6 Análise dos dados

Esta tese apresentou dois modelos de análise dos dados coletados, com base na análise de conteúdo (Bardin, 2011; Creswell, 2014; Elo; Kyngäs, 2008; Krippendorff, 2004; Figura 2). Nesse sentido, para análise dos dados da revisão sistemática (Estudo 1) foi utilizada a análise de conteúdo indutiva (Figura 3), na qual o processo de codificação é aberto para a criação das categorias de análise (Elo; Kyngäs, 2008).

Figura 2. Fases da análise de conteúdo

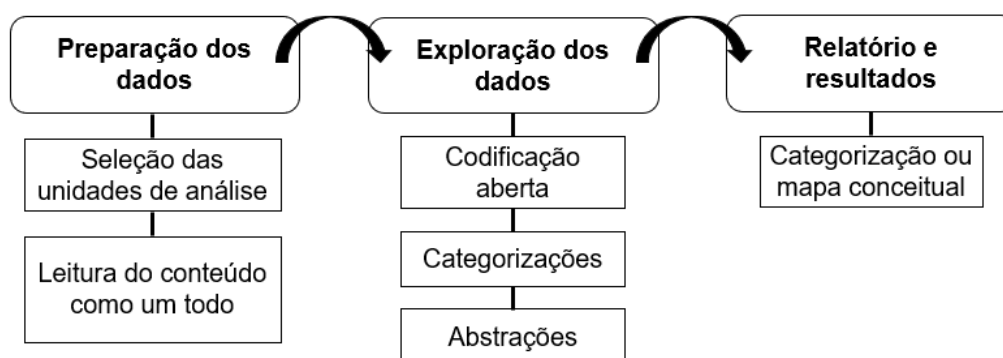


Fonte: adaptado de Bardin(2011)

4.1.6.1. Fases da análise de conteúdo indutiva

Esta fase, esquematizada abaixo (Figura 3), foi composta pelas etapas de pré-análise, seleção do material, exploração para codificação e categorização das informações extraídas dos artigos inseridos na revisão (Bardin, 2011; Creswell, 2014; Elo; Kyngas, 2008; Krippendorff, 2004). Desta forma, a partir dos resultados deste estudo foi construído o mapa conceitual que subsidiou a criação do instrumento de coleta de dados, baseado em eixos temáticos, utilizado no Estudo 2 (exploratório e descritivo), a seguir.

Figura 3. Análise de conteúdo indutiva



Fonte: adaptado de Elo e Kyngäs (2008)

4.2 ESTUDO 2: EXPLORATÓRIO E DESCRITIVO

4.2.1 Desenho do estudo

Este estudo adotou uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, recorte do projeto intitulado “Práticas corporais no cuidado em saúde mental: um estudo com profissionais de Educação Física e coordenadoras(es) de diferentes Centros de Atenção Psicossocial do Brasil”.

4.2.2 Critérios de inclusão/exclusão

Participaram do estudo os PEF atuantes nos CAPS de diferentes regiões do país a fim de apresentarmos um panorama ampliado sobre o tema. Foram incluídos nos estudo os PEF que atuavam há, pelo menos, 90 dias no cuidado em saúde mental no CAPS. Foram excluídos os PEF de férias ou ausentes do trabalho por motivo de atestado médico; aqueles que não comparecerem em até três agendamentos de qualquer etapa do projeto; não responderam algum dos instrumentos da pesquisa e aqueles que manifestaram interesse em abandonar o estudo.

4.2.3 Instrumentos

Com o intuito traçar o perfil dos participantes da pesquisa, foi solicitado aos voluntários o preenchimento do questionário sociodemográfico após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este instrumento contou as variáveis de interesse apontadas no Quadro abaixo (Quadro 3).

Quadro 3. Dados sociodemográficos dos participantes

IDENTIFICAÇÃO	FORMAÇÃO	PROFISSIONAL
Idade	Graduação	Tipo de CAPS
Sexo	Formação Continuada	Tipo de Vínculo Trabalhista
Cidade e Estado de atuação	Especialização	Tempo de atuação no CAPS
		Carga horária semanal no CAPS
		Vínculos Trabalhistas (quant.)

Fonte: o autor

Para a coleta dos dados qualitativos foi utilizada a entrevista semiestruturada composta por seis eixos temáticos, definidos *a priori*, e um pergunta disparadora para cada eixo (Quadro 4). A definição *a priori* dos eixos temáticos teve como base o referencial teórico desta tese (tópico 2: Referencial Teórico) e o mapa conceitual criado a partir dos resultados encontrados no Estudo 1, revisão sistemática.

A opção pela entrevista semiestruturada se deu em função da complexidade do fenômeno estudado e a necessidade de compreensão aprofundada sobre as relações entre as variáveis (Minayo, 2011). Além disso, de acordo com Minayo (2011), a entrevista semiestruturada pode ser composta por questões abertas e fechadas, o que possibilita ao sujeito discorrer com ampla liberdade sobre o tema.

Quadro 4. Roteiro para a entrevista semiestruturada

Eixos temáticos	Pergunta disparadora
Autopercepções do PEF sobre sua atuação e atividades realizadas.	Fale-me sobre a sua atuação no cuidado em saúde mental.
Formação profissional do PEF que atua no CAPS.	Fale-me sobre a sua formação e a relação com a sua atuação no CAPS.
Percepções do PEF sobre as necessidades de saúde do usuário	Fale-me sobre os usuários, os motivos da busca pela CAPS, suas necessidades e como você/equipe as atendem.
Estrutura física, recursos e uso do território.	Fale-me sobre a estrutura física, os recursos disponíveis e território adjacente à unidade
Política Nacional de Saúde Mental e sua influência no cuidado (Macropolítica).	Fale-me sobre a Política Nacional de Saúde Mental e as influências na atuação do PEF
O trabalho multiprofissional (micropolítica)	Fale-me sobre o trabalho multiprofissional, a relação com seus colegas e com a gestão da unidade.

Fonte: o autor

Além desses, em função da necessidade de aprofundamento e/ou expressão de algum tema de interesse levantado pelo participante, foram incluídas ao longo da entrevista temas de aprofundamento.

4.2.4. Aspectos éticos

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética na Pesquisa (CEP) com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob o CAEE: 39045720.0.0000.5188.

4.2.5. Procedimentos

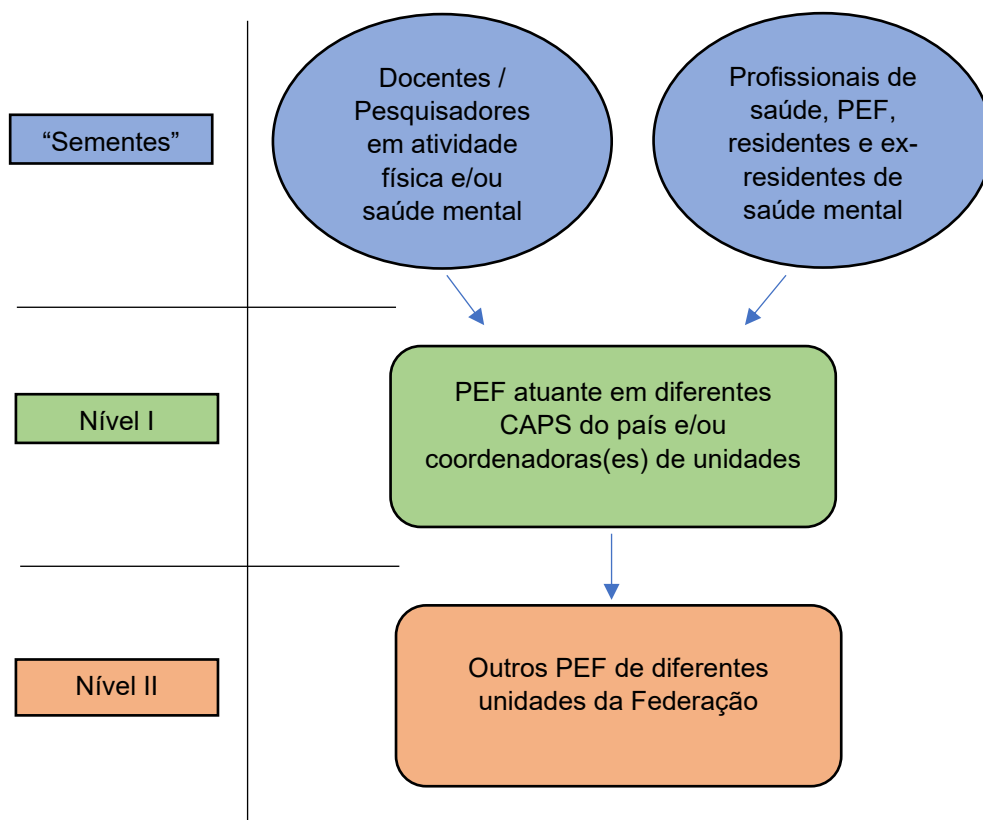
4.2.5.1. Divulgação e arrolamento dos voluntários

Para a divulgação e o arrolamento dos voluntários foi utilizada a técnica de “bola de neve” (Goodman, 2011). A técnica consiste no contato inicial com potenciais participantes e/ou indivíduos que tenham relação com o tema, as chamadas “sementes”. No caso do nosso estudo, essa fase foi composta por docentes e pesquisadores da área da saúde mental, profissionais de saúde (PEF, residentes ou ex-residentes de programas multiprofissionais em saúde mental) atuantes em serviços de saúde/saúde mental de diferentes estados da federação. Além de ser uma técnica de arrolamento dos voluntários, pode ser caracterizada por uma técnica de amostragem por conveniência e julgamento, uma vez que foram definidas características específicas para os participantes, estes foram solicitados a indicarem outros potenciais voluntários.

Em caso afirmativo, o primeiro contato foi realizado pelo pesquisador. As(os) voluntárias(os) foi apresentado o projeto de pesquisa, objetivos, riscos, métodos e, em caso de confirmação da participação, foi marcada a próxima fase do estudo, a entrevista. Em caso de insucesso no contato inicial ou presença no agendamento, foram realizadas mais duas tentativas.

Nos casos de sucesso na realização da entrevista, foi solicitado a estes profissionais a indicação de outros PEF e/ou coordenadoras(es) de unidades. Seguiu-se assim, sucessivamente, até o encerramento do processo de arrolamento de novos voluntários, definido a partir dos critérios de saturação da amostra (Fontanella *et al.*, 2011; Fontanella; Ricas; Turato, 2008). A seguir apresenta-se o fluxograma de arrolamento dos voluntários (Figura 2).

Figura 3. Fluxo de arrolamento dos voluntários em rede ou “bola de neve”



Fonte: o autor

4.2.5.2. Contato inicial com os voluntários

No contato inicial com os voluntários foi realizado o agendamento, de acordo com a disponibilidade de cada um, e a pactuação sobre a ferramenta virtual para a entrevista online. Além disso, foi solicitado aos participantes que reservassem um lugar calmo, sem barulho ou interrupções e um tempo aproximado entre 1 e 2 horas para cada entrevista.

Posteriormente, no dia do agendamento, foi realizada a apresentação do projeto e seus objetivos. Aqueles que mantiveram o interesse em participar receberam o link para a assinatura virtual do TCLE.

4.2.5.3. Entrevista semiestruturada

Após a assinatura do TCLE iniciou-se a entrevista semiestruturada, realizada de forma remota (entre março e julho de 2021) e gravada através do programa Google Meet,

em função do período de isolamento social promovido pela pandemia de COVID-19 (2020-2022).

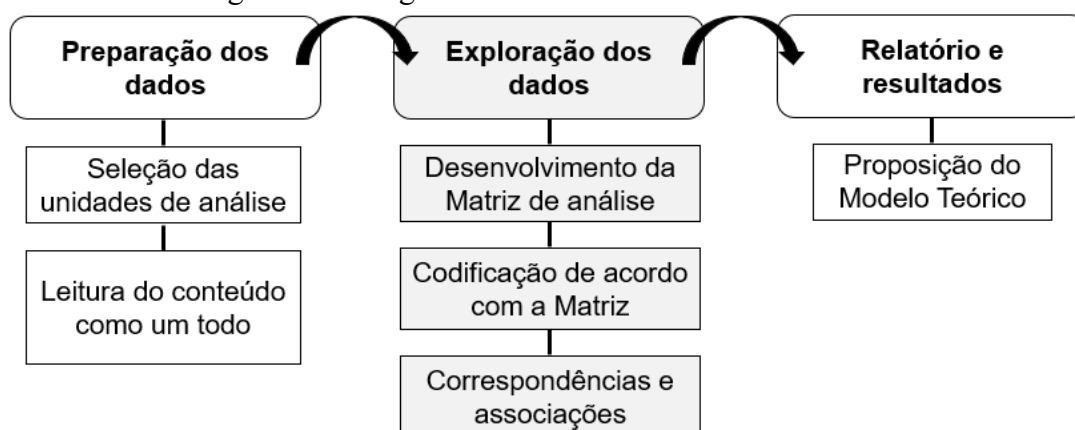
Todas as entrevistas com os PEF iniciaram pelo Eixo I (Autopercepções do PEF sobre sua atuação e atividades realizadas), com a seguinte pergunta disparadora: “*Fale-me sobre a sua atuação no cuidado em saúde mental*”. No entanto, os demais eixos não seguiram uma sequência rígida, o participante ficou livre para sua exposição e, eventualmente passar pelos demais eixos sem ser estimulado. Nesse caso, o entrevistador deu sequência ao eixo, trazendo os demais na sequência, assim como o aprofundamento no eixo em questão, sempre que necessário.

4.2.5.4. *Análise dos dados*

A análise dos dados foi composta pelas variáveis sociodemográficas, de caracterização dos participantes, e estão divididas em: a) variáveis numéricas (idade, tempo de atuação, carga horária semanal no CAPS, número de vínculos trabalhistas) apresentadas com a média e o desvio padrão; b) variáveis nominais (sexo, cidade e estado de atuação, graduação, formação continuada, curso de especialização, tipo de CAPS e tipo de vínculo trabalhista) apresentadas através da análise de frequência (absoluta e relativa). Os dados qualitativos, coletados através das entrevistas semiestruturadas, foram transcritos “*verbatim*” e interpretados a partir da técnica de análise de conteúdo dedutiva (Bardin, 2011; Creswell, 2014; Elo; Kyngäs, 2008; Krippendorff, 2004).

Posteriormente, em função da proposta de estudo e da natureza dos dados coletados, entrevistas online, entendeu-se que a transcrição não natural, aquela focada apenas no discurso verbal, atende aos objetivos do estudo (Oliver; Serovich; Mason; 2005). Em seguida, foi realizada a análise de conteúdo dedutiva (Figura 3), aquela realizada a partir de uma matriz de análise (Elo; Kyngäs, 2008), composta por três etapas: a) preparação dos dados; b) exploração dos dados; c) relatório e resultados. No caso deste estudo, a matriz de análise, dividida em seis eixos, é baseada no mapa conceitual construído a partir do Estudo 1 desta tese.

Figura 4. Fluxograma de análise de conteúdo dedutiva



Fonte: adaptado de Elo e Kyngas (2008)

Por fim, após as etapas de preparação e exploração dos dados, a fase de relatórios e resultados deram os subsídios teóricos para a proposição do Modelo Teórico (Estudo 3), objetivo principal deste trabalho, a seguir.

4.3. ESTUDO 3: PROPOSIÇÃO DO MODELO TEÓRICO

O Estudo 3 é a conclusão da proposta desta tese de doutorado. Para tal, ele foi construído com base nos dois estudos anteriores (Estudo 1 e Estudo 2) que forneceram os subsídios teóricos para a proposição do modelo teórico que descreve possíveis influenciadores da atuação do PEF nos processos de trabalho do CAPS.

4.3.1. Desenho do estudo

Este é um estudo teórico que se propõe a fazer a exploração lógica de um conjunto de crenças e suposições, através da sistematização do conhecimento e aplicá-lo num conjunto de circunstâncias a fim de explicar um conjunto específico de relações (van Ryn, 1992). Ou, conforme Wacke (1998), a teoria aponta para um conjunto de relações observadas ou aproximadas do mundo empírico.

4.3.2. Operacionalização do estudo e construção teórica

A operacionalização deste estudo se deu a partir da triangulação de métodos (Denzin, 2009; Patton, 1999) entre o referencial teórico e os estudos deste trabalho (Estudo 1 e Estudo 2), os quais forneceram a base teórica para a construção do modelo teórico, objetivo deste trabalho de doutorado. A partir deles foi possível realizar a construção teórica deste Estudo 3, com base em quatro aspectos: a) definição dos termos ou variáveis; b) domínio de aplicação da teoria; c) relação entre as variáveis; d) predições específicas (Denzin, 2009; Patton, 1999).

Nesse sentido, o referencial teórico foi responsável por apresentar-nos o cenário ampliado da saúde mental no CAPS e as definições dos termos utilizados na área. Por outro lado, o Estudo 1 foi responsável por apontar e delimitar o domínio de aplicação do Quadro teórico acerca da atuação do PEF no cuidado em saúde mental. Por fim, o Estudo 2 subsidiou o entendimento das relações entre as variáveis apontadas no Estudo 3, a fim de confirmar tanto destas variáveis quanto a relação entre elas.

CAPÍTULO III

5. RESULTADOS

Os resultados desta tese são apresentados no modelo alternativo, de acordo com a norma 002/2015 do Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física UPE/UFPB, que dispõe sobre o exame de qualificação, pré-banca e defesa.

5.1. ESTUDO 1: REVISÃO SISTEMÁTICA

Submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva

Qualis A1, Fator de Impacto: 1.6

A Atuação do Profissional de Educação Física nos Centros de Atenção Psicossocial: uma revisão sistemática

Abstract

Objective: to synthesize the results of original articles on the participation of Physical Education professionals in work processes and their disciplines at CAPS in Brazil. **Method:** systematic review on which data collection and presentation methodology follows PRISMA recommendations. Continuous studies were included in the Psychosocial Care Centers in Brazil, which analyzed the performance of the PEF from its own perspective, transversal or longitudinal. **Result:** 12 articles that met the inclusion criteria were included. All cross-sectional, qualitative studies and one study with a mixed approach. In data collection, semi-structured interviews predominated, followed by participant observation, cartography, field diary, a mixed questionnaire and an experience report. All presented a level of evidence of “four” and, regarding the recommendation, six studies were classified as “b” and five “c”. From the analysis, we identified that the PEF does not participate in the entire work process in all the units researched. In some of its activities, its role is restricted to guiding activities or monitoring. In others, they participate in the user reception, consultation, and planning of the Individual Therapeutic Plan. It was possible to identify the use of the territory, public spaces and, consequently, the user's insertion in the community. **Final considerations:** The participation of the PEF, as a health professional, does not occur in all stages of the work process in all CAPS investigated, on the other hand, bodily practices in CAPS are identified as one of the ways

to foster autonomy and use of the territory possibilities for deinstitutionalization and insertion of the user into the community.

Keywords: Physical Education; Mental Health Services; Unified Health System

Resumo

Objetivo: sintetizar os resultados de artigos originais sobre a participação do profissional de Educação Física nos processos de trabalho e suas intervenções nos CAPS do Brasil. *Método:* revisão sistemática na qual a metodologia de coleta e apresentação dos dados seguem as recomendações PRISMA. Foram inseridos os estudos conduzidos nos Centros de Atenção Psicossocial do Brasil, que analisaram a atuação do PEF a partir do seu próprio olhar, transversais ou longitudinais. *Resultado:* Foram incluídos 12 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. Todos estudos transversais, qualitativos e um estudo com abordagem mista. Na coleta dos dados predominou a entrevista semiestruturada, seguida pela observação participante, cartografia, diário de campo, um questionário misto e um relato de experiência. Todos apresentaram nível de evidência “quatro” e, quanto a recomendação, seis estudos classificam-se como “b” e cinco “c”. A partir da análise, identificamos que o PEF não participa em todo o processo de trabalho em todas as unidades pesquisadas. Em algumas delas sua atuação está restrita a orientação de atividades ou monitorias. Em outras participa nos processos de recepção ao usuário, interconsulta e planejamento do Plano Terapêutico Individual. Foi possível identificar o uso do território, dos espaços públicos e, conseqüentemente, a inserção do usuário na comunidade. *Considerações finais:* A participação do PEF, enquanto profissional de saúde, não acontece em todas as etapas do processo de trabalho em todos os CAPS investigados, por outro lado, as práticas corporais no CAPS são apontadas como uma das formas de fomentar a autonomia e a utilização do território possibilidades de desinstitucionalização e inserção do usuário na comunidade.

Palavras-chave: Educação Física; Serviços de Saúde Mental; Sistema Único de Saúde

Introdução

Influenciado pela psiquiatria democrática italiana de Franco Basaglia, surgiu no Brasil, nos anos 70, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, questionando o modelo de cuidado em saúde mental¹. Esse movimento foi motivado pela precariedade,

descaso e violência nas instituições de saúde mental, buscando substituir o modelo hospitalocêntrico por uma Rede de Atenção Psicossocial¹⁻³. Na sequência, numa das primeiras medidas para a mudança do modelo hospitalocêntrico, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com o objetivo de ofertar o cuidado integral, humanizado, em ambiente terapêutico, com vistas a autonomia e a (re)inserção do usuário na comunidade⁴.

Para alcançar tais objetivos, o processo de trabalho no CAPS é conduzido por equipes multiprofissionais compostas por médicos psiquiatras, enfermeiros e outros profissionais de nível superior, incluindo o profissional de Educação Física, com o objetivo de atender às necessidades dos usuários⁷. Este processo de trabalho pode ser visualizado como uma linha de produção de cuidado, representada no "fluxograma analisador" do trabalho em saúde, proposto por Mehry e Franco⁸, que consiste em três momentos de interação entre o profissional e o usuário, sendo: a recepção, a decisão de ofertas e a definição do projeto terapêutico singular⁸. Esses momentos são fundamentais para garantir uma abordagem individualizada e colaborativa, onde são acolhidas as demandas e preferências do usuário, resultando em um plano de cuidados personalizado.

Assim, o processo de trabalho no CAPS busca proporcionar um cuidado integral e humanizado, visando à autonomia e reintegração do usuário na comunidade⁹. No entanto, a atuação do profissional de Educação Física (PEF) nos processos de trabalho do cuidado em saúde mental ainda apresenta algumas lacunas. Ferreira *et al.* (2017)¹⁰ identificaram dois modos de trabalho: o modo tarefeiro, em que o PEF utiliza os elementos da cultura corporal (ginásticas, atividades de lazer, prática esportiva, etc.), e o modo compositor, em que o profissional amplia sua atuação para o campo da saúde, participando ativamente nos processos de trabalho da unidade, como recepção ao usuário, interconsulta e reuniões gerais e de equipes. Em outro estudo, Figueiredo, Oliveira e Espírito-Santo (2020)¹¹ destacaram que o trabalho do PEF é reconhecido pelos demais profissionais do serviço como voltado para a promoção da atividade física, realização de atividades extramuros e trabalho em equipe em diferentes grupos terapêuticos.

Considerando as informações apresentadas, é evidente a diversidade de atuação do profissional de Educação Física na área de saúde mental. No entanto, ainda não está claro em quais etapas específicas do processo de trabalho esse profissional está inserido. Para uma compreensão mais aprofundada e abrangente dessa atuação, é necessário ampliar o olhar sobre a participação do PEF nos processos de trabalho e nas atividades

desenvolvidas por ele no cuidado em saúde mental nos CAPS. É fundamental compreender a integração do trabalho do PEF com a equipe multiprofissional o escopo da sua atuação.

Portanto, este estudo se desenvolve a partir dos seguintes questionamentos: a) Qual a participação do PEF nos processos de trabalho do CAPS? b) Qual o papel das práticas corporais no cuidado em saúde mental no CAPS? Desta forma, o principal objetivo desse estudo é sintetizar os resultados dos artigos originais sobre a participação do PEF nos processos de trabalho e sobre a utilização das práticas corporais nos CAPS do Brasil.

Métodos

Esta é uma revisão sistemática, na qual a metodologia de coleta e apresentação dos dados seguem as recomendações PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*^{12,13}.

Critérios de seleção

Para formulação da síntese, procurou-se por artigos científicos que atendessem adequadamente aos seguintes critérios: I) estudos conduzidos na Rede de Atenção Psicossocial do Brasil; II) estudos descritivos e/ou analíticos da atuação do profissional de Educação Física nos CAPS; III) publicação em periódico nacional ou internacional. Foram excluídos estudos de revisão, ensaios teóricos, opiniões, relatos de experiência, dissertações, teses e artigos publicados em revistas não indexadas. Além destes, foram excluídos os artigos que analisaram a atuação do PEF a partir da percepção de outros profissionais de saúde ou a partir das percepções dos usuários do serviço.

Estratégias de busca

As buscas na literatura foram limitadas ao período compreendido entre janeiro de 2001, ano de promulgação da Lei Nº10.216, sobre a proteção, os direitos e o redirecionamento do modelo assistencial das pessoas portadoras de transtornos mentais¹⁴, a 31 de dezembro de 2022. As seguintes bases de dados foram pesquisadas: Biblioteca

Virtual em Saúde (BVS); PubMed (US *National Library of Medicine, National Institutes of Health*); SCOPUS, *SPORTDiscus* e *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO). Foram definidas as seguintes combinações dos termos utilizados, em português e inglês: Serviço de Saúde Mental (*Mental Health Service*) OR Serviços Comunitários de Saúde Mental (*Community Mental Health Services*) OR Serviço de Higiene Mental (*Mental Hygiene Service*); OR Centro de Atenção Psicossocial – CAPS (*Center for Psychosocial Care*) OR Rede de Atenção Psicossocial (*Psychosocial Care Network*); AND (Esportes (*Sports*) OR Exercício Físico (*Physical Exercise*) OR Atividade Física (*Physical Activity*) OR Educação Física (*Physical Education*) OR Oficinas Terapêuticas (*Therapeutics Workshops*) OR Atividade Motora (*Motor Activity*)); AND (Sistema Único de Saúde – SUS (*Unified Health System*) OR Brasil (*Brazil*)).

A busca nas bases de dados foi realizada por dois autores independentes (S.S.S e J.M.S.N.). No caso de alguma inconsistência ou desacordo entre eles foi realizada a consulta a um terceiro autor (F.F.C). Cessadas as buscas, os avaliadores (S.S.S e J.M.S.N.) realizaram a seleção dos artigos de interesse, sendo excluídos os artigos duplicados e aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão, conforme apresentado no fluxograma do estudo (Figura 1). A abordagem utilizada pelos avaliadores para seleção dos estudos, se deu da seguinte ordem: a) leitura do título; b) leitura do resumo; c) leitura do texto completo.

Após os estudos serem selecionados, a tabulação dos resultados se deu pela apresentação do autor/ano; objetivos do estudo, amostra do estudo, cidade e estado, principais resultados (Quadro 2). Além desses, no Quadro 3, são apresentados: desenho do estudo, abordagem e método de coleta de dados, a avaliação da qualidade metodológica dos estudos e o nível de evidência/recomendação. E, por fim, foi realizada a análise de conteúdo indutiva dos dados. Para concluir, Figura 2 uma descrição, através do recurso da “nuvem palavras”, das atividades que contaram com maior participação do PEF nos serviços analisados.

Qualidade dos Estudos

A avaliação do rigor metodológico dos artigos foi realizada através do *Qualitative Research Review Guidelines – RATS*¹⁵, adaptado conforme Taquette e Minayo¹⁶ na tentativa de uniformizar e reduzir a subjetividade da avaliação. O RATS é composto por

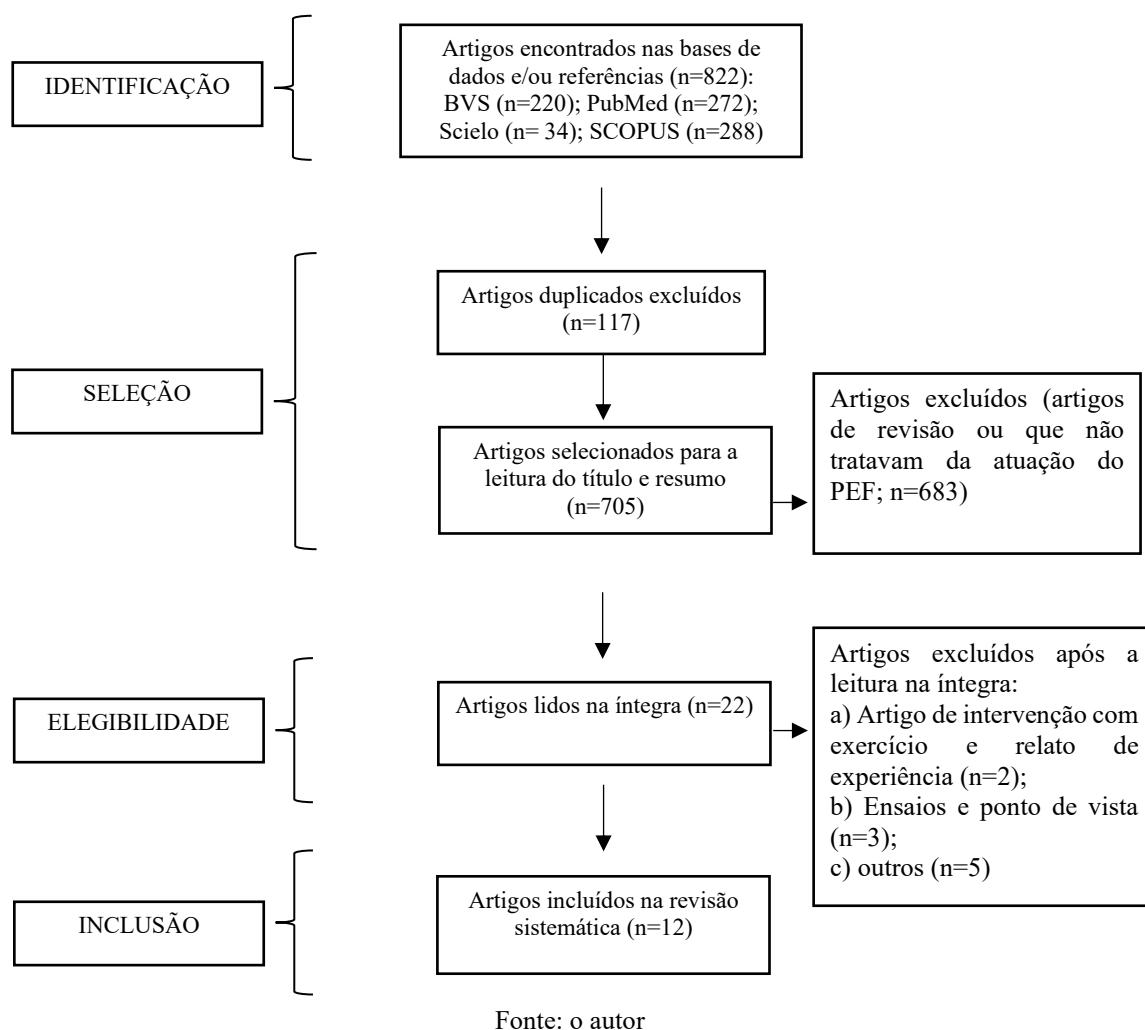
quatro dimensões: R- Relevância justificada da questão do estudo; A- Adequação da metodologia qualitativa; T- Transparência dos procedimentos; S- Solidez da abordagem interpretativa; e 15 itens de avaliação, pontuados em 0 ou 1, com escore máximo de 15 pontos. Assim, a partir do escore, os estudos foram classificados em “consistentes =12-15 pontos”, quando atendiam a maioria dos itens propostos; “parcialmente consistentes =8-11 pontos”, quando era apenas descritivos, pouco consistentes, interpretações insuficientes e/ou não havia transparência metodológica; e “inconsistentes =7 pontos ou menos”.

Resultados

Seleção dos Estudos

A busca inicial nas bases de dados resultou num total de 820 artigos a partir das combinações definidas. Desse total, foram excluídos 117 artigos duplicados. A partir da leitura do título ou resumo, foram excluídos 683 artigos que fugiram ao tema “atuação do PEF nos processos de trabalho do CAPS e intervenções realizadas”. Para a leitura na íntegra restaram 22 artigos, destes, dez foram excluídos por se tratarem de: ensaios teóricos, ponto de vista, relato de experiência e artigos que analisaram, além do PEF, outros profissionais de saúde que atuavam na mesma unidade, sem deixar claro os aspectos relacionados ao núcleo Educação Física. Por fim, restaram 12 artigos que responderiam aos questionamentos iniciais deste estudo. Na Figura 1 apresentamos o detalhamento da busca e seleção dos artigos.

Até onde sabemos, esta é a primeira revisão sistemática sobre a participação do PEF nos processos de trabalho e sobre suas intervenções no cuidado em saúde mental nos CAPS. Apesar do PEF fazer parte das equipes multiprofissionais de alguns CAPS desde a sua fundação, os estudos acerca dessa participação no cuidado em saúde mental tiveram um aumento nos últimos 10 anos, sendo o primeiro deles proposto por Wachs e Fraga (2009)¹⁶.

Figura 1. Fluxograma da busca e seleção dos estudos.

Características dos Estudos

As características principais dos 12 estudos desta revisão são apresentadas no Quadro 1. Apesar do trabalho do PEF no CAPS não ser recente, percebemos um predomínio dos estudos a partir de 2016 ($n = 9$; Quadro 2). Como pode ser observado no Quadro 2, houve predominância de publicações na região Centro-Oeste ($n = 6$), seguidas das regiões Sul ($n = 2$), Sudeste ($n=2$) e Nordeste ($n = 2$). Nenhum estudo na região Norte do país foi localizado.

Quadro 1. Características metodológicas dos artigos inseridos na revisão.

Autor/ano	Desenho do estudo	Método/Instrumento
Wachs & Fraga (2009) ¹⁶	Estudo de caso	Estudo com abordagem qualitativa; Cartografia: análise de documentos e diários de campo.
Da Costa et al. (2017) ¹⁷	Estudo transversal	Estudo quali-quantitativo; Questionário com perguntas abertas e fechadas.
Furtado et al. (2015) ¹⁸	Estudo de séries de caso	Estudo com abordagem qualitativa; Observação participante e relato de experiência.
Leonídio et al. (2013) ¹⁹	Estudo transversal	Estudo com abordagem qualitativa; Grupo focal: roteiro de perguntas semiestruturadas.
Furtado et al. (2016) ²⁰	Estudo transversal	Estudo com abordagem qualitativa; Observação da rotina de trabalho: roteiro estruturado/diário de campo.
Furtado et al. (2017) ²¹	Estudo transversal	Estudo com abordagem qualitativa; Observação participante; Entrevista semiestruturada
Furtado et al. (2018) ²²	Estudo transversal	Estudo com abordagem qualitativa; Observação com roteiro estruturado
Machado et al. (2016) ²³	Estudo de séries de caso	Estudo com abordagem qualitativa; Observação e registro em diário de campos; Entrevistas semiestruturadas
Daltio et al. (2020) ²⁴	Estudo de caso	Estudo com abordagem qualitativa; Cartografia: diário de campo
Furtado et al. (2020) ²⁵	Estudo transversal	Estudo com abordagem qualitativa; Entrevistas semiestruturadas
Reubens-Leonídio; Carvalho & Santos (2021) ²⁶	Estudo de caso	Estudo com abordagem qualitativa; Entrevista semiestruturada e observação não-participante.
Furtado et al. (2022) ²⁷	Estudo transversal	Estudo com abordagem qualitativa; Entrevistas semiestruturadas

Fonte: dados do estudo

Os objetivos dos estudos analisados consistiram em: a) analisar o trabalho do PEF nos CAPS; b) analisar a percepção do PEF acerca dos processos de trabalho; c) descrever e analisar as rotinas e práticas corporais utilizadas no cuidado ao usuário; d) descrever a atuação no cuidado de pessoas com uso prejudicial de álcool e drogas; e) identificar os desafios dos CAPS na consolidação de intervenções de cuidado; características das oficinas terapêuticas conduzidas pelos PEF; f) analisar os valores da Política Nacional de Humanização presentes na atuação dos PEF; g) identificar as dimensões do processo de trabalho dos PEF nos CAPS (Quadro 2).

Nos estudos acerca da atuação do PEF na saúde mental podemos visualizar o predomínio do desenho transversal de coleta de dados e, na sua maioria, com abordagem qualitativa. Uma exceção, Da Costa *et al.* (2017)¹⁷, realizou um estudo com abordagem quantitativa e qualitativa (quanti-quali). Em relação ao método de coleta de dados foi

predominante a entrevista semiestruturada, seguida pela observação participante, a cartografia e o uso de diário de campo. Além destes, o estudo de Da Costa et al. (2017)¹⁷ utilizou um questionário quanti-quali, com questões abertas e fechadas e Furtado et al. (2015)¹⁸ realizou um relato de experiência.

Qualidade dos Estudos

A avaliação dos estudos inseridos nesta revisão identificou que a maioria deles ($\cong 80\%$) apresenta-se “consistente” quanto a qualidade metodológica^(16,17,19-21,23-27). Nenhum deles apresentou escore máximo, sendo a “ausência de justificativa para o método escolhido”, “a ausência de menção a forma de registro dos dados” e a “descrição das limitações” os itens menos presentes no texto. E, apenas dois dos estudos inseridos ($\cong 20\%$) são “parcialmente consistentes” pois, somadas as ausências acima, não fez menção aos “aspectos éticos da pesquisa”^(18, 22).

Atividades Desenvolvidas pelo PEF na sua Atuação no CAPS

Sobre as atividades desenvolvidas pelo PEF na sua atuação no CAPS, verificou-se que as intervenções com os usuários incluem acolhimento, planejamento, oficinas, visitas domiciliares, bem como desenvolvem-se práticas como futebol, dança, ginástica, capoeira, basquetebol, bocha, jogos de mesa, caminhada, entre outras¹⁶⁻²⁷. Na Figura 2, abaixo, percebe-se que o foco das atividades do PEF no CAPS passa pelos elementos da cultura corporal, seguidos pela atuação no território. Em relação a participação nos processos de trabalho, ganham destaque a participação nas reuniões técnicas, no acolhimento e como técnico de referência. Os resultados destacam a necessidade de uma educação física contextualizada no CAPS, impulsionando movimentos desinstitucionalizantes no cuidado em saúde mental. Os aspectos positivos incluem a potencialização do Trabalho Vivo em ato. Enquanto as fragilidades identificadas foram: espaços físicos inadequados; falta de articulação com a rede comunitária, ausência de formação adequada, falta de educação permanente e participação nas reuniões técnicas, além da falta de diálogo com a equipe. Observou-se também que é importante a formação adequada dos profissionais e a superação de atitudes hospitalocêntricas.

Figura 2. Participação do PEF nos processos de trabalho



Fonte: o autor

Quadro 2. Objetivos, amostra e principais resultados dos estudos inseridos nessa revisão

Autor(ano)	Objetivos do Estudo	Amostra, Cidade/Estado	Principais Resultados
Wachs & Fraga (2009) ¹⁶	Analisar o que se faz em nome da educação física em CAPS II e os sentidos que ali circulam sobre a presença de professores dessa área no serviço de saúde mental.	Três PEF do CAPS II da Região de Saúde de Porto Alegre - RS	Os resultados apontam a necessidade de uma educação física do CAPS em contraposição a uma educação física imposta no CAPS; a presença da educação física potencializa movimentos desinstitucionalizantes no modelo de cuidado em saúde mental.
Da Costa et al. (2017) ¹⁷	Caracterizar as atividades desenvolvidas pelos Profissionais de Educação Física dos CAPS. Ainda, caracterizar os profissionais considerando a sua formação, o vínculo profissional e a prática profissional nos serviços de saúde mental.	Seis PEF da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS.	São desenvolvidas as seguintes atividades: futebol, dança, ginástica, capoeira, basquetebol, bocha, jogos de mesa, caminhada, <i>crossfit</i> , aero box, funcional, jogos cooperativos e música. Profissionais com experiência na atuação em saúde mental, no entanto, sem formação acadêmica específica. São três profissionais com Licenciatura Plena, dois com Licenciatura, um com Licenciatura/Bacharelado, todos formados em Instituição Privada de Ensino Superior. No total, dois são coordenadores e quatro professores no serviço. Quanto a carga horária, um atua 40h/sem, três atuam 20h/sem, um atua 16h/sem e um atua apenas 2h/sem.
Furtado et al. (2015) ¹⁸	Analisar as principais características da intervenção profissional da Educação Física	Três PEF atuantes nos CAPS de Goiânia-GO	Participação nas atividades diárias do CAPS (acolhimento, planejamento, reuniões, oficinas, cursos, visita domiciliar e matriciamento). O planejamento é feito a partir da estrutura física e material disponível nos CAPS e os recursos do território. Dificuldade inicial na criação de vínculo com os usuários.
Leonídio et al. (2013) ¹⁹	Analisar a percepção dos Profissionais de Educação Física sobre o seu processo de trabalho nos serviços de saúde mental a partir das dimensões organizacionais, políticas e de cuidado.	Doze PEF dos CAPS do Recife-PE.	Aspectos positivos: potencialização do Trabalho Vivo em ato. Aspectos negativos: Espaços físicos inadequados, ausência de articulação com a rede comunitária, falta de formação para a atuação na área, ausência de educação permanente e participação nas reuniões técnicas, falta de diálogo com a equipe.
Furtado et al. (2016) ²⁰	Caracterizar as rotinas de trabalho e como as práticas corporais estão presentes na rotina dos Profissionais de Educação Física	Dezessete PEF atuantes em sete CAPS de Goiânia-GO.	A rotina de trabalho dos Profissionais de Educação Física é composta pelas seguintes atividades: a) Oficinas Terapêuticas; b) Referente dia; c) Acolhimento; d) Consulta conjunta; e) Passeios; f) Atendimento familiar; g) Visita domiciliar; h) Confraternização. As práticas corporais desenvolvidas foram: futebol, futsal, lutas, exercícios ginásticos, práticas corporais integrativas, dança, práticas corporais de aventura, jogos, brincadeiras, avaliação física, recreação e natação.

Furtado et al. (2017) ²¹	Analisar os desafios dos CAPS para a consolidação de intervenções de cuidado que utilizam recursos do território	Dezoito PEF de Goiânia-GO	Os resultados foram sintetizados em duas categorias inter-relacionadas: (1) desinstitucionalizar o cuidado; e (2) institucionalizar parcerias. A desinstitucionalização do cuidado requer superação de dificuldades relacionadas a estigmas, preconceitos e inseguranças, presentes na sociedade e que ainda reverberam entre os profissionais de saúde mental investigados. A institucionalização de parcerias aponta para a necessidade de enfrentamento das precárias condições de trabalho e da fragilidade das políticas de gestão que dificultam a formalização de parcerias interinstitucionais e comprometem a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial.
Furtado et al. (2018) ²²	Analisar as principais características das oficinas terapêuticas conduzidas por Profissionais Educação Física dos CAPS	Dezesseis PEF atuantes nos CAPS de Goiânia-GO	Os principais resultados apontam que as oficinas terapêuticas são conduzidas através dos elementos da cultura corporal: jogos e brincadeiras; atividades recreativas; hidroginástica; exercícios físicos e ginásticos; futebol; dança; práticas integrativas; avaliação física e lutas. Predominam as seguintes temáticas: caminhada, corrida, ginástica e alongamentos.
Machado et al. (2016) ²³	Conhecer e analisar a atuação do professor de Educação Física no tratamento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.	Três PEF de dois CAPS de Vitória-ES	Há certa semelhança nas atividades desenvolvidas pelos professores em ambos os CAPS. Apesar de algumas dificuldades, os professores entendem que a lógica nos serviços não deve privilegiar as atividades corporais sob a perspectiva meramente orgânica. Além disso, ressaltam a importância da estreita relação entre professor de Educação Física, usuários e demais membros da equipe multidisciplinar para que o trabalho seja realizado de modo significativo.
Daltio et al. (2020) ²⁴	Analisar a organização e a constituição das práticas corporais no cuidado de usuários de um CAPS do município da Serra/ES, tendo como base os conceitos de autonomia e empoderamento presentes nas Políticas de Promoção da Saúde e de Saúde Mental	Um PEF do CAPS de Serra-ES.	Os encontros com a Educação Física proporcionaram aos usuários acesso às práticas corporais e sua efetivação no mundo do trabalho e no espaço de tratamento desses indivíduos que aconteceram em meio a tensões e disputas.
Furtado et al. (2020) ²⁵	Analisar as justificativas das intervenções relacionadas com o núcleo da Educação Física relatadas por professores que trabalham nos Centros	Dezoito PEF de Goiânia-GO	Os resultados indicaram que ao iniciarem seus trabalhos nos CAPS os professores dão sequência às atividades já existentes ou constroem propostas a partir das condições estruturais presentes. Na fase da estabilização e consolidação, estruturam suas ações com melhor fundamentação teórica e com maior interlocução com as necessidades dos usuários identificadas pela equipe ou por eles mesmos. Nesta fase, o professor se percebe integrado com a equipe e passa a ser mais reconhecido pelos outros profissionais.
Reubens-Leonídio; Carvalho; Santos (2021) ²⁶	Identificar como se apresentam valores da Política Nacional de Humanização (PNH) no fazer de profissionais de Educação Física (PEF) em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	Quatro PEF atuantes no CAPS e no Programa Academia da Cidade de Recife-PE	Os resultados apontaram que valores da PNH transitam no fazer do PEF em CAPS, no entanto ainda é possível identificar atitudes hospitalocêntricas.

Furtado et al. (2022) ²⁷	Identificar e analisar os temas da cultura corporal mobilizados nas intervenções dos profissionais de Educação Física que trabalham em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e compreender a presença destes centros nos espaços urbanos exteriores aos CAPS	Dezoito PEF de Goiânia-GO	Os resultados indicaram que as intervenções envolvem temáticas diversas. As atividades que no imaginário social estão mais relacionadas com a perspectiva de desenvolvimento da aptidão física estão presentes, com “esportes” e “exercícios físicos e ginásticos” os mais relatados. Entretanto, percebe-se uma abrangência para outras que são menos marcadas pela expectativa de desenvolvimento da aptidão física.
-------------------------------------	---	---------------------------	--

Fonte: dados do estudo

Discussão

Este estudo revisou a literatura sobre a participação do PEF nos processos de trabalho e a utilização das práticas corporais no cuidado em saúde mental nos CAPS do Brasil. A partir dele, verificou-se a escassez de estudos a partir da abordagem adotada nesta revisão, principalmente referente aos CAPS da região Norte do país, que não apresentou nenhum manuscrito. Ademais, a região Centro-Oeste apresentou trabalhos apenas no Estado de Goiás, Goiânia; a região Sudeste apresentou trabalhos apenas no Estado do Espírito Santo, Vitória e na cidade de Serra; na região Nordeste os trabalhos foram concentrados na capital Recife e, por fim, na região Sul, trabalhos realizados na capital Porto Alegre e na cidade de Alegrete. Neste cenário, a ausência de pesquisas na região Norte pode estar associada a ausência de grupos de pesquisa com foco na atuação do PEF no CAPS e a escassez de programa de Pós-Graduação em Educação Física, existindo apenas um, nível mestrado, nesta região do País. Por outro lado, os resultados apontam um aumento da quantidade de estudos a partir de 2016 (n=9), período no qual a literatura revela uma maior inserção de PEF no SUS²⁸.

Quanto aos objetivos dos estudos¹⁶⁻²⁷, temos uma prevalência de estudos de análise e caracterização da atuação do PEF na saúde mental^{16-25,27}. Além destes, um estudo teve como objetivo a relação entre a atuação do PEF e a Política Nacional de Humanização (PNH)²⁶. Aqui, parece-nos que a recente inserção do PEF no CAPS expressa a necessidade, até então, de um maior conhecimento sobre o que se faz em nome da Educação Física no CAPS¹⁶, como o PEF justifica suas intervenções²⁵ e, ainda, como se desenvolve o trabalho do PEF¹⁹ na equipe multidisciplinar.

Para a coleta de dados, os estudos realizaram, predominantemente, a entrevista e o diário de campo¹⁶⁻²⁷, métodos característicos de pesquisa qualitativa. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Educação Física tem se destacado, sendo mais comumente associado às áreas da antropologia, educação e sociologia³¹. A importância dos estudos qualitativos no campo da Educação Física e saúde foi destacada por Hallal e Knuth (2011)³². Entretanto, apesar da maioria dos estudos terem sido publicados em periódicos das Ciências da Saúde/Educação Física, a prevalência dos estudos qualitativos se dá nas áreas sociocultural e pedagógica³². Ou seja, parece-nos que a opção pelos estudos qualitativos nos trabalhos realizados no CAPS reflete a busca por compreender, de forma mais ampla, toda a complexidade da atuação neste contexto²⁵. A emergência dessa categoria de pesquisa fortalece esse entendimento, proporcionando uma conexão

valiosa para uma melhor compreensão das práticas e experiências relacionadas ao atendimento à saúde, em especial na saúde mental.

Ao analisar os estudos desta revisão¹⁶⁻²⁷, percebe-se que a atuação do PEF no CAPS requer uma abordagem diferenciada, alinhada aos princípios do SUS e à proposta dos CAPS. Para Furtado et al. (2015)¹⁸ é necessário romper com a perspectiva tradicional e adotar referenciais que considerem as diretrizes do SUS e da atenção à saúde mental. Nesse sentido, a Educação Física deve compreender a importância das dimensões socioeconômicas e culturais na determinação da saúde e promover diálogos numa perspectiva de saúde coletiva¹⁸. Isso possibilitará a criação de novas possibilidades de ação e uma abordagem mais ampla e integrada.

No entanto, uma mudança de perspectiva e de modos de fazer no cuidado à saúde exige o estabelecimento de aprendizagem significativa, produção de sentidos, autoanálise e autogestão, o que certamente não é alcançado em tão pouco tempo³³. Tomando emprestado o conceito de "trabalhador moral" de Cecílio³⁴, é improvável que tenhamos mudanças radicais nas percepções e modos de atuação profissional, incluindo o PEF, como resultado de uma capacitação pontual, mesmo que desenvolvida segundo abordagens problematizadoras e libertadoras³³.

A promoção da educação permanente revela-se fundamental para enfrentar as fragilidades identificadas, tais como a falta de articulação com a rede comunitária, deficiências na formação profissional, ausência de capacitação contínua e baixa participação em reuniões técnicas³⁴. Através da educação permanente, os profissionais têm a oportunidade de atualizar seus conhecimentos, adquirir competências e aprimorar suas habilidades em consonância com as práticas mais recentes no âmbito do CAPS. Ademais, a educação permanente fomenta a troca de experiências entre os profissionais, propiciando uma atuação integrada e qualificada no cuidado em saúde mental. O investimento em educação permanente consolida o trabalho em equipe, otimiza a qualidade dos serviços prestados e assegura uma assistência mais eficaz aos usuários do CAPS³⁴.

Nesse contexto, é compreendido que a atuação do PEF nos processos de trabalho do CAPS vai além do papel de executor de atividades físicas, característico das atividades do núcleo específico. De acordo com Wachs e Fraga (2009)¹⁶, a participação do PEF no CAPS envolve não apenas a realização de atividades da Cultura Corporal, mas também uma atuação integrada à equipe de saúde mental, em prol das necessidades dos usuários.

Segundo os autores, o trabalho em saúde mental deve ter um objetivo comum, independentemente das identidades profissionais, e nesse sentido, o PEF agrega valores à sua atuação ao fazer parte da equipe de cuidado em saúde. Isso resulta em uma Educação Física que emerge do próprio CAPS, ao invés de ser apenas uma Educação Física que ocorre dentro do CAPS¹⁶.

Para ilustrar, os resultados desta revisão¹⁶⁻²⁷ revelaram que a atuação do PEF ocorre por meio de diferentes intervenções com os usuários, iniciando-se no acolhimento, perpassa o planejamento, as oficinas, as reuniões de equipe e as visitas domiciliares. Além disso, são desenvolvidas as atividades de núcleo, baseadas nas práticas esportivas, atividades lúdicas, dança e exercícios físicos como ginástica e caminhada, equoterapia, visita e utilização de espaços externos à unidade. Tais práticas têm o seu valor no dia-a-dia dos usuários e da gestão dos recursos devido a possibilidade de trabalho em grupo e o baixo custo associado a elas, além de promoverem o encontro entre usuários e a comunidade.

Por fim, com base nas perguntas deste estudo e a partir da análise qualitativa dos estudos, foi possível identificar algumas das temáticas presentes no dia-a-dia do PEF no CAPS, sendo: *a) Participação do PEF nos processos de trabalho da unidade; b) Intervenções desenvolvidas pelo PEF no CAPS; c) Atividades desenvolvidas em articulação com os recursos disponíveis no território; d) A importância da estrutura física e material para a atuação do PEF;*

Participação do PEF nos processos de trabalho da unidade

A análise da participação do PEF nos processos de trabalho no CAPS teve como referencial o “fluxograma analisador” dos processos de trabalho em saúde, no qual são definidas as seguintes etapas: a recepção ao usuário, a decisão de ofertas e o cardápio⁸. A recepção foi caracterizada pela participação do PEF no acolhimento ao usuário. Por sua vez, o acolhimento é uma postura ética, com o objetivo de ouvir as queixas e pedidos, articular e encaminhar o usuário no interior do serviço de saúde e/ou na rede de assistência a fim de dar resolutividade às necessidades do usuário³⁶. A decisão de ofertas foi caracterizada como a participação do PEF em ações como a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), nas reuniões de planejamento, na interconsulta ou consulta conjunta, nas visitas domiciliares e na atuação como técnico de referência. O cardápio

caracteriza-se como a participação do PEF como monitor de atividades variadas, sejam práticas corporais, práticas manuais de artes e/ou artesanato, música e outras, condução da prática esportiva, jogos, brincadeiras, caminhadas e passeios. A partir destas definições, buscou-se nos artigos selecionados, identificar as etapas do processo de trabalho nas quais o PEF se fez presente.

Nesse sentido, entende-se que a atuação do PEF nos processos de trabalho da unidade deva ultrapassar o modelo “tarefeiro/monitor” de atividades, característico das atividades de núcleo do PEF^{25,37}. Para Ferreira, Damico e Fraga (2017)³⁷ a atuação do PEF deve se estender a todas as etapas do processo de trabalho da unidade, num modelo “compositor”, utilizando-se de saberes e práticas voltados às necessidades dos usuários. Além disso, Figueiredo, Oliveira e Espírito-Santo (2020)³⁸, apontam a importante relação da atuação ampliada do PEF para superação do modelo manicomial e foco na desinstitucionalização. Para Wachs e Fraga (2009)¹⁶, a participação do PEF no CAPS ultrapassa a formação de núcleo, do fazer a partir das atividades da Cultura Corporal, para uma atuação na equipe de saúde mental, em prol das necessidades do usuário. Para os autores, o trabalho em saúde mental deve apontar para um objetivo comum, independente das identidades profissionais. E, nesse sentido, ao fazer parte da equipe de cuidado em saúde o PEF agrega valores a sua atuação, sem perder sua especificidade e faz emergir uma Educação Física “do” CAPS e não uma Educação Física “no” CAPS (WACHS; FRAGA, 2009)¹⁶.

Num outro estudo, Leonídio et al. (2013)¹⁹ identificaram a participação do PEF nos grupos terapêuticos, uma das intervenções de equipe realizada nos CAPS, a partir da integração de várias abordagens para um cuidado eficaz. Aqui destaca-se a perspectiva de “equipe integração” apontada por Peduzzi (2001)³⁸ como aquela que se utiliza de uma relação recíproca entre os diversos profissionais, num trabalho coletivo de união de saberes éticos, para a construção dos projetos assistenciais³⁸. Por outro lado, as autoras¹⁹ destacam a incompatibilidade de horários de alguns dos PEF para a participação nas reuniões temáticas da equipe, fato que prejudica a interação entre os profissionais e a participação na tomada de decisões para o cuidado, por exemplo, na construção do PTS. Além disso, contrariando as expectativas de atuação do PEF³⁷, identificou-se a carência deste como Técnico de Referência (TR), ausente no matriciamento e na evolução do prontuário dos usuários.

Apesar da importância da participação PEF nos processos de trabalho das unidades de forma ampliada, esta realidade é diversa. Por exemplo, no estudo de Machado, Gomes e Romera (2016)²³, apresenta-se duas realidades distintas. Num dos CAPS analisados os PEF compõem a equipe multidisciplinar, seja nos cuidados com a horta da unidade, como TR e membro de diferentes comissões. No outro faltam reuniões de equipes, nas quais o processo de trabalho é sistematizado, compartilhado e dá sentido às ações.

Intervenções desenvolvidas pelo PEF no CAPS

Dentre os achados nos artigos inseridos nesta revisão¹⁶⁻²⁷ percebe-se que as práticas corporais nos CAPS investigados têm sido marcadas por um conjunto de práticas da cultura corporal, nomeadamente: as práticas de caminhada, as corridas, as lutas, o futebol, o futsal, as práticas corporais integrativas e de aventura, a dança, os jogos, as brincadeiras, a recreação, a natação, os jogos com bola e a ginástica. Por outro lado, alguns destes artigos destacam a importância da atuação do PEF desenvolver em diferentes dimensões nos CAPS, não apenas naquilo que é imediatamente característico do núcleo de Educação Física^{16-20,23-24,26}. Nesse sentido, a lógica das intervenções na saúde mental deve fugir ao paradigma tradicional, no qual os exercícios físicos são vistos como remédio¹⁸, para uma proposta que vá de encontro as diretrizes do SUS e do cuidado em saúde mental, numa perspectiva social, econômica, cultural e coletiva de determinação da saúde¹⁸. Como exemplo, podemos citar o estudo de Leonídio et al. (2013)¹⁹ no qual são apresentadas outras formas de trabalho em saúde mental. No estudo, são apresentadas a construção de jogos com material reciclável, jogos e brincadeiras populares, danças e jogos de mesa que, além de fugirem a lógica tradicional de “exercício físico para o gasto calórico”, valorizam a cultura, as experiências e os saberes do grupo.

Nesse cenário, umas das maiores dificuldades para a consolidação de propostas ampliadas, que atendam às necessidades dos usuários numa perspectiva que respeite suas diferenças, reside no fato dos PEF trazerem em sua caixa de ferramentas experiências prévias, em sua maioria, de fora da saúde mental²⁶, além da falta de conhecimento, com pouca ou nenhuma formação específica para o trabalho no SUS e/ou em saúde mental durante a graduação^{17,18,23}.

Apesar do contexto anterior dar indícios de práticas prescritivas, numa perspectiva meramente biológica, entendemos que elas constituem a “caixa de ferramentas” de trabalho do PEF. Deste modo, acredita-se no valor das práticas corporais com objetivos claros, numa abordagem psicossocial, interdisciplinar e intersetorial, com o objetivo claro de libertar, dar autonomia, cidadania e atender às necessidades dos usuários²³.

Atividades desenvolvidas em articulação com os recursos disponíveis no território

O CAPS é caracterizado como um serviço de atenção especializada, responsável pela articulação da Rede de Atenção Psicossocial com outros serviços de atenção ao usuário em saúde mental. Com efeito, deve se articular-se com outros equipamentos de saúde e de suporte ao usuário, a partir das relações intrasetoriais, intersetoriais e com a comunidade, a fim de proporcionar a inclusão^{4,39}. Por exemplo, o CAPS deve se articular com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com os serviços de assistência social, com a Secretaria de Segurança Pública, com as instituições de geração de renda, com as Secretarias de Educação e as Escolas, com as Secretarias de Esportes e Lazer, dentre outras instituições capazes de atender às necessidades dos usuários, numa perspectiva de cuidado ampliado.

Dessa forma, a partir dos artigos inseridos nesta revisão^{16,17,19,21,24,26} foi possível identificar que a atuação do PEF não está limitada entre os muros institucionais, mas sim tem possibilitado aos usuários vivenciarem e participarem da vida comunitária⁴¹. Percebe-se a partir destes estudos que as atividades desenvolvidas pelo PEF, articuladas com o território, teve como foco a utilização dos elementos da cultura corporal (caminhadas, ginástica, futebol, tênis, outras). Por exemplo, um dos estudos desta revisão¹⁶ aponta que as atividades realizadas pelo PEF eram realizadas em ambientes externos como a praça pública, para as oficinas de tênis e voleibol. Para os autores¹⁶, a utilização dos espaços externos tanto possibilita aos usuários vivenciarem a comunidade, num convívio mais próximo entre o indivíduo com sofrimento psíquico e a sociedade, quanto ensina valores como o respeito as diferenças. Além deste, outra possibilidade de rompimento com a institucionalização da loucura, apontada por Leonídio et al. (2013)¹⁹, foi a utilização dos PEF dos CAPS no Programa Academia da Cidade, ofertado na cidade do Recife, possibilitando uma maior integração do usuário no dia-a-dia da comunidade. Este cenário parece promissor se atentamos para algumas problemáticas enfrentadas por

alguns CAPS do país. Falta de estrutura ou espaço adequado^{20,23}, manutenção da lógica ambulatorial, falta de articulação com o território, dentre outros aspectos, mantém uma certa cronicidade⁴² da lógica manicomial que afeta diretamente o ideário da Reforma Psiquiátrica. Ou seja, o sentido de uso do território enquanto espaço de liberdade e cidadania deve ser compreendida num contexto para além do geográfico, mas sim de inclusão dos usuários nos espaços físicos, sociais e relacionais⁴².

A Importância da estrutura física e material para a atuação do PEF

Presente na Política de Humanização do Ministério da Saúde⁴⁴ e no Manual de Estrutura Física dos CAPS e Unidades de Acolhimento⁶, a estrutura física e material, considera a ambiência como espaço de social, de relação entre profissionais e usuários, que foi incorporada pela saúde mental⁴³. Para Kantorski et al. (2011)⁴⁵ a ambiência, definida pela cor, conforto, privacidade, segurança e os espaços de expressão de subjetividades são decisivos no processo de atenção psicossocial.

Nesse sentido, a ausência de espaços adequados e materiais para a realização das atividades diárias emerge, em alguns dos estudos desta revisão¹⁷⁻²¹, como uma das dificuldades para o trabalho do PEF em alguns dos CAPS do Brasil. Nesse cenário, os espaços físicos e recursos materiais, consideradas tecnologias duras no processo de trabalho em saúde, em conjunto com as tecnologias leve-duras, definidas como o conhecimento técnico especializado e as relações que desenvolvem no espaço de trabalho, tecnologias leves, organizam e definem a atuação profissional em saúde^{8,46}.

Aqui cabe destacar que, apesar da desinstitucionalização ser o foco do cuidado em saúde mental, inúmeros aspectos do processo de trabalho se desenvolvem no interior das unidades, fazendo-se necessária uma estrutura adequada ao atendimento psicossocial na sua amplitude. Nascimento e Galvanese (2009)⁴⁶, por exemplo, apontam que muitos dos CAPS de São Paulo funcionam em imóveis alugados, em instalações físicas inadequadas para os atendimentos grupais.

Abordagens Futuras

Até onde sabemos, esta é a primeira revisão sobre a inserção do PEF nos processos de trabalho do CAPS. Sendo assim, faz-se importante a realização de estudos sobre o

tema a fim de dar subsídios teórico-práticos para a formação e atuação do PEF no CAPS. Estudos acerca da produção do conhecimento em Educação Física e Saúde Mental no CAPS; estudos sobre os processos formativos do PEF numa perspectiva psicossocial e, ainda; estudos que avaliem a percepção dos profissionais de saúde, em especial gestores e coordenadores das unidades acerca da inserção do PEF nas equipes multiprofissionais. Acreditamos que ampliação do acerca da atuação do PEF pode servir de base para a reflexão e a (re)organização dos cursos de formação graduada e continuada na área, a fim de fornecerem subsídios para a melhoria da atuação deste profissional nos processos de trabalho do CAPS. Por fim, parece-nos que uma análise a partir da macropolítica, representada pela organização dos serviços a partir das leis, decretos, notas técnicas, dentre outros instrumentos legais e da micropolítica do serviço, representada pelas inúmeras relações que se desenvolvem no interior do CAPS representam pontos relevantes para a análise da atuação profissional nesse contexto. Ainda, faz-se necessário mais estudos sobre a percepção dos usuários acerca do trabalho do PEF nas unidades.

Considerações Finais

É possível identificar a participação do PEF nos processos de trabalho e o uso das práticas corporais como ferramenta de cuidado em alguns dos CAPS analisados. Os estudos apontam para o potencial de trabalho do PEF na saúde mental, além daquela de tarefeiro, tradicionalmente associada à Educação Física. Além disso, podemos destacar o potencial de uso do território e a inserção do usuário na comunidade através da utilização dos equipamentos de prática esportiva e de lazer. Apesar disso, não se pode negar a importância da estrutura física, da ambiência e de recursos materiais adequados a recepção dos usuários. Eles se constituem como espaço de acolhimento, de cuidado e, ainda, de trabalho para o PEF, uma vez que o trabalho com práticas corporais, seja elas de movimento ou meditativas, necessitam espaços adequados para tal. Nesse sentido, percebe-se uma escassez de trabalhos que apontem para o valor e qualidade da estrutura física e recursos materiais para o trabalho nos CAPS.

Apesar da inserção do PEF como profissional de saúde inserido na equipe interdisciplinar do CAPS, o mesmo não se faz presente em todas as etapas do processo de trabalho em todas as unidades investigadas, além de apresentar uma formação insuficiente para o trabalho no SUS. Entretanto, considerando as dimensões continentais

do Brasil e a existência de CAPS em todos os estados do País, uma das limitações deste estudo diz respeito a escassez de estudos que apresentem a realidade da atuação do PEF num contexto ampliado de estados e municípios.

Referências

1. AMARANTE, Paulo D. C. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015a.
2. TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, p. 25-59, 2002.
3. AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2067-2074, 2018.
4. BRASIL. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, 2004.
5. ROBLE, Odilon José; MOREIRA, Maria Inês Badaró; SCAGLIUSI, Fernanda Baeza. A educação física na saúde mental: construindo uma formação na perspectiva interdisciplinar. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 567-578, 2012.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

7. SANTOS, Debora de Souza; MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconFiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 861-870, 2018.
8. MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.
9. BRASIL, Casa Civil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. 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**, n. s2001, 2001.
10. FERREIRA, Luiz Alberto dos Santos; DAMICO, José Geraldo Soares; FRAGA, Alex Branco. Entre a composição e a tarefa: estudo de caso sobre a inserção da educação física em um serviço de saúde mental. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 39, p. 176-182, 2017.
11. FIGUEIREDO, Sara Maria Teles; OLIVEIRA, Bráulio Nogueira; ESPÍRITO-SANTO, Giannina. Atuação do profissional de educação física em CAPS representada pelos demais profissionais do serviço. **Pensar Prática** (Online), 2020.
12. LIBERATI, Alessandro et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. **Annals of Internal Medicine**, v. 151, n. 4, p. W-65-W-94, 2009.
13. MOHER, David et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **Annals of Internal Medicine**, v. 151, n. 4, p. 264-269, 2009.

14. BRASIL, Casa Civil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. 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**, n. s2001, 2001.
15. Clark JP: How to peer review a qualitative manuscript. In **Peer Review in Health Sciences**. Second edition. Edited by Godlee F, Jefferson T. London: BMJ Books; 2003:219-235.
16. TAQUETTE, Stella Regina; MINAYO, Maria Cecília. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 417-434, 2016.
17. WACHS, Felipe; FRAGA, Alex Branco. Educação física em centros de atenção psicossocial. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 31, n. 1, 2009.
18. DA COSTA, Tatiane Motta et al. Educação física e saúde mental: atuação profissional nos centros de atenção psicossocial. **Pensar a Prática**, v. 20, n. 3, 2017.
19. FURTADO, Roberto Pereira et al. O trabalho do professor de educação física no CAPS: aproximações iniciais. **Movimento**, v.21, n.1, 41-52, 2015.
20. LEONIDIO, Ameliane Conceição Reubens et al. O profissional de Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial: percepção dos limites e potencialidades no processo de trabalho. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 8, n. 2, p. 157-165, 2013.
21. FURTADO, Roberto Pereira et al. Educação Física e Saúde Mental: uma análise da rotina de trabalho dos profissionais dos CAPS de Goiânia. **Movimento**, p. 1077-1090, 2016.

22. FURTADO, Roberto Pereira et al. Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 183-195, 2017.
23. FURTADO, Roberto Pereira et al. O trabalho do professor de educação física nos Caps de Goiânia: identificando as oficinas terapêuticas. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 40, p. 353-360, 2018.
24. MACHADO, Gelsimar José; GOMES, Ivan Marcelo; ROMERA, Liana Abrão. A atuação do professor de educação física nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas da grande Vitória-ES. **Movimento**, v. 22, n. 2, p. 485-496, 2016.
25. DALTIO, Gabriela Linhares; ABIB, Leonardo Trápaga; GOMES, Ivan Marcelo. Possibilidades e tensões no trabalho com as práticas corporais no cuidado em saúde mental: reflexões construídas em um CAPS II na cidade de Serra/ES. **Pensar a Prática**, v. 23, 2020.
26. FURTADO, Roberto Pereira; SOUSA, Marcel Farias de; OLIVEIRA, Marcos Flávio Mércio de; FURTADO, Patrícia Santiago Vieira; PASQUIM, Heitor Martins; NEVES, Ricardo Lira de Rezende. Do choque com a realidade à estabilização: justificativas para as intervenções da educação física nos centros de atenção psicossocial de Goiânia. **Movimento** (Porto Alegre), v.26, p. e26099, jan./dez. 2020.
27. REUBENS-LEONIDIO, Ameliane da Conceição et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na formação em educação física: reflexões de uma experiência na perspectiva da tutoria. **Saúde e Sociedade**, v. 30, 2021.

28. FURTADO, Roberto Pereira et al. Educação Física e atenção psicossocial: reflexões sobre as intervenções nos CAPS e outros espaços urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 173-182, 2022.
29. VIEIRA, Leonardo Araújo et al. Análise temporal da inserção de Profissionais e Residentes de Educação Física no Sistema Único de Saúde de 2009 a 2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 837-850, 2023.
30. THOMAS, Jerry R.; NELSON, Jack K.; SILVERMAN, Stephen J. **Introdução à pesquisa em atividade física**. Métodos de Pesquisa em Atividade Física, v. 6, p. 23-44, 2012.
31. SILVA, Sanderson Soares da et al. Produção do conhecimento em educação física nas pesquisas com abordagens qualitativas: áreas de conhecimento e temáticas. **Movimento**, v. 28, 2022.
32. HALLAL, Pedro Curi; KNUTH, Alan Goularte. Epidemiologia da atividade física e a aproximação necessária com as pesquisas qualitativas. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 33, p. 181-192, 2011.
33. CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 161-168, 2005.
34. CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 345-351, 2007.
35. CORDEIRO, Priscilla Regina; MENDES, Rosilda; LIBERMAN, Flavia. Educação Permanente em Saúde: experiências inovadoras em saúde mental na Atenção Básica à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 210-222, 2021.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema

- Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília; 2004
37. NEVES, Claudia Abbês Baêta; ROLLO, Adail. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (Série B. Textos básicos em Saúde), v. 2, 2006.
 38. PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de saúde pública*, v. 35, p. 103-109, 2001.
 39. FERREIRA, Luiz Alberto dos Santos; DAMICO, José Geraldo Soares; FRAGA, Alex Branco. Entre a composição e a tarefa: estudo de caso sobre a inserção da educação física em um serviço de saúde mental. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 39, p. 176-182, 2017.
 40. FIGUEIREDO, Sara Maria Teles; OLIVEIRA, Braulio Nogueira; ESPÍRITO-SANTO, Giannina. Atuação do profissional de educação física em CAPS representada pelos demais profissionais do serviço. **Pensar Prática (Online)**, 2020.
 41. BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 28, p. 632-645, 2008.
 42. FERREIRA, T. P. S. et al. Produção do cuidado em saúde mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 373-384, 2016.
 43. LIBERATO, Magda Dimenstein Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. *Cad. Bras. Saúde Mental [CD-ROM]*, v. 1, n. 1, 2009.

44. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008a.
45. KANTORSKI, Luciane Prado et al. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 4, p. 2059-2066, 2011.
46. NASCIMENTO, Andréia de Fátima; GALVANESE, Ana Tereza Costa. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, p. 8-15, 2009.
47. FRANCO, T. B. & MERHY, E. E. (2012). Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 151-163.

5.2. ESTUDO 2 – EXPLORATÓRIO E DESCRITIVO

Submetido à Cadernos de Saúde Pública

Qualis A1, Fator de Impacto: 2.8

A Atuação dos Profissionais de Educação Física e o uso das Práticas Corporais no CAPS: um estudo qualitativo

Resumo

Objetivo: analisar a atuação do Profissional de Educação Física e a utilização das práticas corporais no cuidado em saúde mental em diferentes CAPS, a partir da visão do PEF e dos coordenadores dessas unidades. **Método:** estudo exploratório e descritivo com a abordagem qualitativa, no qual foram incluídos no estudo os PEF atuantes nos CAPS de diferentes regiões do país afim de apresentarmos um panorama ampliado sobre o tema. Como critério de inclusão, deveriam atuar a, no mínimo, 90 dias no cuidado em saúde mental. Para a coleta dos dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada, realizada de forma remota. Para o tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo. **Resultados:** a entrada do PEF no CAPS é marcada pela oportunidade, seja por concurso, direcionado do NASF ou Academia da Saúde ou indicação política. Um dos problemas desta inserção reside na ausência de formação anterior a entrada no serviço. A participação nos processos de trabalho é diversa, em algumas unidades atua em todo o processo de trabalho, em outras atua apenas nas atividades de núcleo. Nesse sentido, as práticas hegemônicas influenciam a micropolítica de serviço desvelando uma atuação médica centrada e limitando a atuação do PEF enquanto profissional de saúde. **Considerações:** este estudo apresentou um cenário abrangente e heterogêneo da atuação do PEF no CAPS. Apesar disso, recomenda-se o aprofundamento em questões que envolvem as relações macro e micropolíticas nos serviços a fim de garantir a consolidação do modelo de atenção psicossocial.

Palavras-chave: Educação Física; Serviços de Saúde Mental; Sistema Único de Saúde

Abstract

Objective: to analyze the performance of the Physical Education Professional and the use of bodily practices in mental health care in different CAPS, from the perspective of the PEF and the coordinators of these units. Method: exploratory and descriptive study with a qualitative approach, in which PEFs working in CAPS in different regions of the country were included in the study to present an expanded overview of the topic. As an inclusion criterion, they should have worked for at least 90 days in mental health care. To collect data, a semi-structured interview was used, carried out remotely. Content analysis was used to process the data. Results: PEF's entry into CAPS is marked by opportunity, whether through a competition, directed by the NASF or Health Academy or political nomination. One of the problems with this insertion lies in the lack of training prior to entering the service. Participation in work processes is diverse, in some units it participates in the entire work process, in others it only participates in core activities. In this sense, hegemonic practices influence the micropolitics of the service, revealing a medical-centered performance and limiting the role of the PEF as a health professional. Considerations: this study presented a comprehensive and heterogeneous scenario of the PEF's performance and the use of CP in CAPS. Despite this, it is recommended to delve deeper into issues involving macro and micropolitical relationships in services to guarantee the consolidation of the psychosocial care model.

Keywords: Physical Education; Mental Health Services; Unified Health System

Introdução

O processo de mudança do modelo de cuidado em saúde mental no Brasil incluiu a ampliação dos serviços substitutivos, destacando-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹. Os CAPS são parte da rede de atenção especializada em saúde mental do SUS, adotando um modelo de cuidado interdisciplinar, que promove a troca de saberes e experiências entre as diferentes áreas de atuação². No contexto das unidades CAPS, a interdisciplinaridade é essencial para a colaboração entre os diversos núcleos de conhecimento, buscando superar diferenças e construir um saber comum³. Neste cenário, o trabalho em equipe é fundamental para atender às necessidades complexas dos usuários e para a organização do sistema de saúde e dos serviços em rede⁴.

No entanto, a interação entre os profissionais que atuam nestas unidades, incluindo o Profissional de Educação Física (PEF), pode apresentar desafios significativos⁵. Para os autores, nesta complexa relação entre os diferentes saberes profissionais destacam-se a hegemonia biomédica, com consequente hierarquização da atuação, a atuação técnico instrumental e a desvalorização dos saberes e experiências de cada núcleo profissional.

Entretanto, a Reforma Psiquiátrica do Brasil, concebida sob a perspectiva da atenção psicossocial, pressupõe uma “caixa de ferramentas” ampliada para os profissionais que ali atuam⁶. Ou seja, tanto na perspectiva de campo da saúde quanto na perspectiva de núcleo de atuação o objetivo deve ser o cuidado ético, compartilhado, de diálogo e corresponsabilidade na construção coletiva de um projeto assistencial comum entre os diferentes profissionais⁵⁻⁸.

Por outro lado, apesar da inserção do PEF e das práticas corporais terem se fortalecido na atenção psicossocial a partir da Lei 10.216/2001⁹, os estudos apontam diferentes formas atuação, inserção e visões acerca da atuação do PEF e os uso das práticas corporais nos CAPS do país¹⁰⁻¹⁴. Figueiredo, Oliveira e Espírito-Santo¹⁵ realizaram um estudo com o objetivo de analisar a atuação do PEF sob o olhar dos usuários do serviço e, os resultados apontam que atuação do PEF é baseada no trabalho em equipe com foco na mudança de comportamentos para a melhoria da saúde. Já Reubens-Leonídio, Carvalho e Santos¹⁶ com o objetivo de identificar como se apresentam valores da Política Nacional de Humanização (PNH) na atuação do PEF e na utilização das práticas corporais nos CAPS, identificaram que os profissionais realizavam as atividades de núcleo (ex. práticas corporais, práticas integrativas, jogos de salão e atividades de educação em saúde) trazidas de outros cenários de práticas como os clubes, as escolas e outros. Em relação as atividades a serem ofertadas aos usuários, Daltio, Abib e Gomes¹⁷ analisaram a organização e a constituição das práticas corporais no CAPS e verificaram que a organização das atividades construídas com os usuários, respeitando seus desejos, anseios e demandas, numa perspectiva de autonomia e empoderamento, segue os pilares da Reforma Psiquiátrica.

Apesar dos estudos acima apontarem indícios de uma prática voltada aos princípios da Reforma Psiquiátrica, sabe-se que a formação graduada em Educação Física carece de direcionamento e aprofundamento para o trabalho numa perspectiva de saúde coletiva, no SUS e nos CAPS¹⁸⁻²⁰. Com a finalidade de caracterizar a atuação do PEF em

CAPS do sul do país, Da Costa e Silva et al.²¹ identificaram que, apesar dos participantes daquela amostra atuarem no CAPS a, no mínimo, um ano, nenhum deles recebeu qualquer tipo de formação em saúde mental ou para o trabalho no SUS, situação compartilhada com outras áreas de formação em saúde há algum tempo (p.ex. Ceccim; Feuerwerker²²).

Posto isto, percebe-se que os estudos apresentam uma diversidade de abordagens na atuação do PEF e na utilização das práticas corporais nos CAPS. Apesar de alguns deles apontarem para a importância de se considerar valores da Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial como a desinstitucionalização^{13,15} e a Política Nacional de Humanização¹⁶, outros apontam a carência na formação voltado ao trabalho em saúde mental^{15, 20, 21}.

Sendo assim, faz-se necessário realizar uma análise abrangente, em distintas regiões do país, afim de identificar estes e/ou outros possíveis influenciadores da atuação do Profissional de Educação Física (PEF) no cuidado em saúde mental nos CAPS. Desta forma, uma abordagem ampliada nos permitirá compreender melhor os aspectos que moldam a prática do PEF neste contexto específico, considerando as particularidades regionais, as demandas dos usuários e a presença, ou não, das diretrizes SUS no dia-a-dia do trabalho deste profissional. Além disso, espera-se contribuir com o desenvolvimento de estratégias mais efetivas para fortalecerem a atuação do PEF nos CAPS e promover um cuidado com o olhar na integralidade do indivíduo^{23, 24}. Portanto, o principal objetivo deste estudo foi analisar a atuação do PEF e a utilização das práticas corporais como ferramenta de cuidado no CAPS, a partir das autopercepções dos profissionais de diferentes regiões do Brasil.

Métodos

Estudo com abordagem qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, recorte do projeto intitulado “Práticas corporais no cuidado em saúde mental: um estudo com profissionais de Educação Física e coordenadoras(es) de diferentes Centros de Atenção Psicossocial do Brasil”. Participaram do estudo os PEF atuantes nos CAPS de diferentes regiões do país afim de apresentarmos um panorama heterogêneo sobre o tema. Como critério de inclusão, o profissional deveria atuar há no mínimo 90 dias no cuidado em saúde mental.

Para o arrolamento dos voluntários foi utilizada a estratégia de amostragem baseada em cadeia de referências “método bola de neve”²⁵. Esta técnica não probabilística consiste na definição dos contatos de referência (1º nível) que indicam potenciais participantes (2º nível), de acordo com os objetivos do estudo e estes, por sua vez, indicam novos participantes e assim sucessivamente. O arrolamento de voluntários foi encerrado a partir do critério de saturação dos dados²⁶.

Para a coleta dos dados qualitativos foi utilizada a entrevista semiestruturada composta por seis eixos temáticos, definidos *a priori*, e um pergunta disparadora para cada eixo. A definição *a priori* dos eixos temáticos teve como base o referencial teórico acerca da atuação do PEF na saúde mental e o mapa conceitual criado a partir dos resultados encontrados na revisão sistemática realizada pelo nosso grupo (em avaliação). Com o consentimento dos participantes, iniciou-se a entrevista semiestruturada, realizada de forma remota (entre março e julho de 2021) e gravada através do aplicativo *Google Meet*, em função do período de isolamento social promovido pela pandemia de COVID-19 (2020-2022).

Os dados qualitativos passaram pela análise de conteúdo dedutiva, aquela realizada a partir de uma matriz de análise definida *a priori*²⁷, composta por três etapas: a) preparação dos dados; b) exploração dos dados; c) relatório e resultados. No caso deste estudo, a matriz de análise, dividida em seis eixos, foi baseada no estudo de revisão sistemática realizada pelo nosso grupo (em avaliação). Em função dos objetivos e da natureza dos dados coletados, entendeu-se que a transcrição não natural, aquela focada apenas no discurso verbal, atendia aos objetivos do estudo²⁹.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa (CEP) com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), CAEE: 39045720.0.0000.5188.

Resultados

Participaram do estudo 22 PEF (8 mulheres), sendo 13 trabalhadores contratados com base na Consolidação das Leis Trabalhistas, oito profissionais efetivos (concursados) das secretarias de saúde dos municípios e um residente em saúde mental. Destes, nove possuíam dois vínculos de trabalho, predominantemente no Ensino Básico. O tempo de atuação no cuidado em saúde mental variou entre um e 25 anos nos CAPS. Em relação à

região/estado de atuação no país, temos: um do Centro-Oeste (GO); três do Norte (AM, TO); quatro do Sul (RS, PR); sete do Nordeste (PB, RN, SE); sete do Sudeste (SP). Destes, três PEF acumulavam, além da função técnica, o cargo de coordenadores das unidades. Por fim, a carga horária de trabalho dedicada ao CAPS variou entre 6h e 60h semanais.

Na análise dos resultados foi empregada a análise de conteúdo dedutiva. Nesse sentido, as análises das entrevistas buscaram compreender a relação entre o discurso do participante e os eixos temáticos a seguir.

a) Autopercepções sobre a atuação e as atividades realizadas

O início da atuação é marcado pelo desconhecimento sobre a saúde mental e a ocasionalidade da atuação no CAPS. Os PEF atuantes nos CAPS investigados percebem a importância da sua atuação para o cuidado com os usuários, relataram a importância da atuação com foco na integralidade, no olhar ampliado para as necessidades apresentadas pelos usuários. Em relação às atividades realizadas, o foco das atividades tem se concentrado nos elementos da cultura corporal como as físico-esportivas, as caminhadas e o futebol. Além destes, revelaram relações interprofissionais como oficinas de teatro e música com os profissionais destas áreas.

"...eu faço participo no grupo terapêutico, faço visitas domiciliares, acolhimento..." (V14)

Num dos tópicos principais do eixo, a atuação enquanto profissional do campo de saúde, revelou um cenário diverso. Em alguns CAPS é possível participar em diferentes etapas do processo de trabalho, ora no acolhimento, ora como técnico de referência, nas visitas domiciliares, na oferta de atividades. Entretanto, é comum o relato de participação apenas nas atividades de núcleo, com limitações da atuação em função da hegemonia médico centrada. Num dado cenário, houve o relato da *"hegemonia psicologista"* na qual os encaminhamentos do trabalho são dados pelo médico ou psicólogo, com este representando um segundo poder nas relações da unidade. No caso daquele, mesmo com a ausência nos processos de trabalho da unidade, no que tange as reuniões de equipe, discussão do PTS, dentre outras atividades da equipe multidisciplinar.

"...o paciente vem com problema de álcool e já é logo internado..." (V9)

O início da atuação no CAPS foi marcado por três aspectos: atuação enquanto profissional do NASF que divide atenção com o CAPS, através de concurso na área da saúde e, posteriormente, é encaminhado para a saúde mental, e através de contrato temporário. Este último foi marcado pelas relações de poder que permeiam a macropolítica. Num dos relatos o voluntário apontou que entrada dos profissionais para o CAPS se dá, geralmente por indicação em ano de eleição. Por fim, outra temática emergente foi a (des)valorização e o reconhecimento da atuação do PEF por outros profissionais do serviço. Os relatos apontam que a Educação Física é vista como um conjunto de brincadeiras com o objetivo de diminuir a ansiedade e relaxar os mais “exaltados” ou para ofertar o exercício físico para o gasto calórico. Neste contexto, a percepção do PEF é de desvalorização e exclusão por parte da equipe, revelando o modelo médico centrado e relegando a tarefa do PEF apenas como recreador. Outros relataram sentir-se desvalorizados em função do não reconhecimento por parte dos colegas, pelos baixos salários e pela falta de estrutura física material. Nestes relatos, percebe-se uma sutileza, alguns dos PEF com espaço físico e material adequado preocuparam-se menos com o reconhecimento e valorização dos colegas, enquanto outros sentiram-se incluídos, uma vez que as atividades são melhor organizadas, há espaço e material para todas as áreas e percebe-se menos disputas internas.

b) Formação profissional

É unânime a menção acerca da falta de disciplinas voltadas a saúde mental durante a graduação. Desta forma, alguns dos PEF apontam a necessidade de algum tipo de formação ao iniciarem nos serviços além de alguma disciplina voltada ao SUS durante a graduação. Igualmente, há relatos acerca da negligência com a formação continuada ou permanente pela gestão de algumas das unidades. Com efeito, alguns dos participantes buscam as suas formações, sejam em cursos de curta duração, sejam em pós-graduação *Lato Sensu*. Alguns fazem menção ao “sonho” de fazerem mestrado, apontam para a necessidade de aprofundamento acadêmico e, ao mesmo tempo, o desconhecimento da estrutura da pós-graduação *Stricto Sensu*, baseado na pesquisa e não na preparação para a atuação na ponta do serviço. Alguns dos relatos apontam que a busca pela formação na

área tem relação com a desvalorização, e um segundo relato, expõe que a busca pela formação em saúde mental aumenta a valorização pela equipe multidisciplinar.

c) Autopercepções sobre as necessidades em saúde dos usuários

Este tópico foi aquele revelou maiores dificuldades nos relatos. Compreender as necessidades dos usuários passa pela participação dos processos de trabalho da unidade, do acolhimento ao atendimento domiciliar, pelas reuniões de equipe, pela relação com outros profissionais da unidade. Além do viés médico centrado, há realidades nas quais o acolhimento é feito apenas pela assistente social, numa clara definição de tarefas por núcleo de atividades.

"...algumas medidas são tomadas sem saber o que tá acontecendo...é a dinâmica do CAPS" (V16)

Em outros contextos, o acolhimento, assim com a função de técnico de referência e as visitas domiciliares são compartilhadas. Os relatos apontam para a importância destes momentos como aqueles em que o PEF, assim como os demais profissionais tomam conhecimento da realidade dos usuários, suas necessidades aparentes e aquelas não tão aparente assim. Num dos relatos, o PEF aponta que, por exemplo, na visita domiciliar ele percebe que o usuário vive em condições extremamente precárias, em que sua necessidade precisa ser atendida por outros profissionais além daqueles do CAPS.

"...eu tento montar as atividades de acordo com a necessidade que ele traz...as vezes é muito difícil porque eles têm muitos problemas..." (V10)

Nesse cenário, todas as necessidades percebidas são levadas à equipe multidisciplinar para a busca de uma solução em conjunto e encaminhamento do atendimento. Por outro lado, há relatos de realidades nas quais o PEF recebe o encaminhamento do usuário sem o conhecimento das suas necessidades ampliadas, cabendo-lhe apenas executar as atividades de núcleo.

d) Estrutura física, recursos materiais e uso do território

Falta de estrutura física e recursos materiais é outro tópico quase unânime. Os relatos apontam para a ausência de espaços adequados ou, quando existem prédios ou casas novas, estes não contam com material suficiente. Um relato frequente é o PEF e outros profissionais do serviço realizarem “vaquinhas” para arrecadarem dinheiro para a compra de materiais. Por outro, lado a formação de parcerias faz parte dos relatos de alguns dos participantes. Parcerias intersetoriais e parcerias com a iniciativa privada surgem com alternativa para a falta de estrutura física adequada e materiais, mas também como importante recurso de desinstitucionalização e (re)inserção dos usuários.

“eu consigo quadra, consigo ingresso mais barato para as apresentações de música...” V(7)

“...conseguimos ingresso para o cinema...vamos pedindo as pessoas...” (V2)

De outra forma, a busca de parcerias é uma busca frequente algumas realidades, uma vez que os recursos não chegam para todas as áreas. Há relatos, por exemplo, da existência materiais para alguns núcleos, com alguma facilidade, mas não para a Educação Física. Segundo eles, isso revela a desvalorização da área. Num outro contexto, é comum a inexistências de espaços, na maioria dos CAPS, para o trabalho com os elementos físico-esportivos, caminhadas, ginástica, teatro, dança dentre outros. Num dos relatos, emergiu desvalorização do trabalho na saúde mental a partir da falta de interesse de investimentos na melhoria da unidade.

“...eles não querem investir porque o CAPS não dá voto...” (V18)

Apesar disso, há a menção de prédios novos e estruturas extremamente antigas, CAPS com piscina e CAPS sem espaço para qualquer tipo de prática corporal. quase unânime a importância da utilização dos espaços extramuros, das quadras, praças, centros de cultura, dentre outros, para retirar o usuário da unidade. Há a menção da importância da desinstitucionalização como ferramenta de inclusão dos usuários na comunidade. Num dos relatos, o PEF aponta que os usuários participam de atividades da comunidade “como se fossem normais e as pessoas não percebem que são usuários do CAPS”.

e) Micropolítica

A micropolítica dos serviços é marcada pela gestão médico-centrada. O cuidado tem como Figura central o médico e, em alguns casos, o psicólogo. Um dos entraves a participação do PEF nas relações de poder que se desenvolvem no CAPS, diz respeito a forma com que ele é visto pelos demais colegas, ainda como aquele profissional prescritor de exercício físico, jogos e brincadeiras.

"...o médico não chama os demais profissionais para discutir...quando chama já é muito tarde..." (V11)

Esta postura parece ter relação direta com a forma com que o cuidado é visto nestas unidades, ainda sob o olhar de causa e efeito acerca das doenças, assim como da participação do PEF neste contexto, como aquele que prescreve um “remédio” para aliviar uma dor. Há relatos em que o núcleo medicina sequer tem interação com os demais profissionais, é ausente das reuniões, da construção do PTS, dentre outras atividades e outros em que a psicologia é a área de referência.

"...a gente não consegue trabalhar junto no CAPS... o tratamento não é homogêneo..."(V10)

No que tange a participação do PEF nos processos de trabalho e a relação com a equipe multidisciplinar, os relatos passam por adquirir o respeito com o tempo. O PEF entra no CAPS e tem que mostrar o seu valor, tem que mostrar que sabe sobre o SUS, sobre a saúde mental sendo este o momento em que ele consegue se impor, ganha o respeito e o reconhecimento dos demais profissionais. Por outro lado, há relatos do isolamento a que o PEF está acostumado e quando entra no CAPS, passa a atuar na equipe multidisciplinar, superando uma prática comum da área em outros contextos.

f) Macropolítica

Outro ponto com alguma dificuldade nos relatos trata da macropolítica. No entanto, um dos relatos dá a dimensão de um cenário preocupante dentro do CAPS. O distanciamento das ações da macropolítica dos serviços. Num dos relatos o PEF afirma

que há um distanciamento das políticas para com o serviço, elas não chegam lá. Emerge em alguns dos discursos algum desconhecimento sobre algumas diretrizes e notas técnicas, mas o dia-a-dia do serviço é de ações objetivas. Num outro relato afirma-se que as políticas existem, mas elas não atendem quem precisa.

“...no CAPS vai gente que tem condições para fazer consulta e pedir remédio, mas tem muita gente que precisa e a política na atende” (V11)

“...intersectorialidade é muito difícil, não tem intersectorialidade...” (V2)

Um ponto sensível, diz respeito as ações intersectoriais, inexistentes na maioria dos relatos. De acordo com um dos profissionais, as pessoas não precisam só do CAPS. Há relatos de necessidades de moradia, de alimentação, de trabalho e isso o CAPS não pode atender, outras áreas precisam fazer a sua parte. Percebe-se a insatisfação com a forma com a gestão da saúde gere a rede de atenção psicossocial. Além disso, alguns relatos apontam uma responsabilidade macropolítica pela ação médico-hegemônica no CAPS.

Por fim, a seguir discute-se os resultados acima a luz da literatura pertinente, na certeza que esta discussão não se esgota em si própria.

Discussão

Os resultados deste estudo apresentam um cenário ampliado na leitura do trabalho no CAPS através das percepções do PEF de diferentes estados do país. Apesar da heterogeneidade da proposta de levantamento dos dados percebe-se que o trabalho no CAPS é marcado por semelhanças, independentemente da região do país. Tal fato não parece surpreendente, uma vez que os principais balizadores do trabalho em saúde mental são definidos ao nível da macropolítica do país, sendo eles os princípios da Reforma Psiquiátrica, as leis, decretos e normas técnicas subjacentes a ela, com abrangência nacional. Ou seja, o que se espera, a partir delas, é uma prática pautada nas ações antimanicomiais, voltadas a desinstitucionalização, práticas intra e intersectoriais que possam atender ao conjunto de necessidades dos usuários, assim como a disponibilidade de recursos físicos e materiais que possam atender a prática profissional. Por outro lado, é notório que estes princípios balizadores ganham formas e usos de acordo com o cenário de poder no qual eles estão inseridos. Posto isso, este é o contexto de complexidades que

cerca o trabalho em saúde mental no CAPS, representado aqui por um conjunto de eixos temáticos apresentados em trabalhos anteriores^{10-13,15-17}.

Assim, a partir dos resultados é possível identificar, ou confirmar, um conjunto de aspectos que parecem influenciar, de diversas formas a atuação do PEF no CAPS. Neste cenário, além dos eixos propostos para a reflexão, percebeu-se a interrelação dos elementos que constituem o fazer em saúde mental, através da teia de relações que se desenvolvem no trabalho vivo em ato, através do uso das tecnologias leves, e através do trabalho morto, das tecnologias leve-duras e duras²⁹.

Desta forma, o primeiro cenário que se desenvolveu neste trabalho trata das autopercepções sobre a atuação e as atividades realizadas pelo PEF. Um fato inicial, que emerge dos relatos, trata da entrada do PEF no trabalho em saúde mental. Segundo relatos, essa entrada acontece por oportunidade, algumas vezes por um concurso público para a saúde, seja para o trabalho no NASF ou outro setor e, posteriormente são encaminhados ou dividem a atenção com o CAPS ou por indicação política, principalmente em épocas de eleição. A divisão da atenção vai de encontro a outros relatos da literatura, principalmente acerca da divisão do tempo entre a Academia da Saúde e a saúde mental²¹. Entretanto, conforme relatam as autoras, aos olhos do PEF esse cenário é visto como ponto negativo. No contexto da indicação, até onde sabemos não se apresentou tal situação na literatura. No entanto, o contexto revela as nuances do papel da macropolítica no setor e a precariedade do trabalho, que muitas vezes costuma acontecer por cooperativas e ficam sujeitos a interrupções por interesses políticos³⁰. Importante relatar que este não é um cenário exclusivo do PEF, de acordo com as autoras, é comum a outros profissionais do serviço.

Outro importante aspecto da atuação do PEF, diz respeito a falta de formação para o trabalho em saúde mental, uma unanimidade nos relatos deste estudo que se repete em estudos anteriores¹⁰⁻¹⁴. Este é um cenário preocupante, uma vez que temos um histórico de mais de 20 anos da Reforma Psiquiátrica e da Lei 10.216³¹, um dos marcos da mudança de paradigma assistencial em saúde mental e, igualmente, desde 1997, com a Resolução 2018 do Conselho Nacional de Saúde³², o PEF é considerado profissional de saúde. Ou seja, ao longo dos últimos 20 anos o que se percebe em termos de formação em saúde voltada para a saúde mental, é a participação do PEF em curso de formação pós-graduada, cursos de curta duração de formação continuada ou permanente, as residências multiprofissionais em saúde mental e disciplinas e estágios em saúde mental, em algumas

universidades do país. Apesar disso, é possível apontar alguns avanços, principalmente no contexto do trabalho na atenção primária e a inserção de disciplinas como Epidemiologia e conhecimentos sobre o SUS¹⁹ e, por último, as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Física que inseriu os conhecimentos sobre o SUS no eixo saúde da formação do bacharel³³. Assim, a construção de um currículo mínimo acerca do SUS e da saúde mental, alicerçaria o PEF, por exemplo, em conhecimentos acerca da integralidade do cuidado e a importância do entendimento das necessidades do usuário, acerca do trabalho multiprofissional e outros aspectos relevantes no dia-a-dia do trabalho no CAPS.

Dessa forma, a compreensão das necessidades de saúde dos usuários surge como o objetivo da atenção em saúde e da saúde mental, a fim de se alcançar a integralidade do cuidado, substituindo o modelo saúde-doença-cura por uma visão ampliada do sujeito, que considere sua inserção no contexto familiar, social e cultural. Dessa forma, prestar um cuidado integral é garantir a assistência ao usuário nas suas mais variadas necessidades, um princípio fundamental do SUS. No entanto, a carência de formação para o SUS¹⁹ e a saúde mental pode ser um dos entraves ao entendimento deste princípio fundamental para o trabalho no CAPS. Além deste, entender as necessidades dos usuários passa pela participação nos processos de trabalho da unidade, fato não consolidado em alguns dos relatos. Nesse sentido, em alguns dos cenários o PEF tem suas atividades restritas a monitoria de atividades, em outros, conforme relatos, os processos de acolhimento e escuta são realizados apenas pelo núcleo hegemônico, ora a medicina, ora a psicologia, eventualmente a assistência social. Conforme aponta Cecílio³⁴, entender as necessidades de saúde passar por entender quatro conjuntos de informações, sendo: a) necessidade de boas condições de vida, de forma ampliada, não figurando apenas como as condições materiais e ambientais, mas a respeito do lugar que esse indivíduo, seja homem ou mulher, ocupa na sociedade; b) necessidade de usufruir das tecnologias de saúde capazes de melhorarem e prolongarem sua vida; c) a criação de vínculo entre profissionais e usuários através de uma relação contínua, pessoal, calorosa e intransferível, um encontro de subjetividades; d) necessidade de autonomia enquanto possibilidade de reconstrução dos sentidos de sua vida e isso afete de forma significativa o seu modo de viver, incluindo a satisfação de suas necessidades. Assim, parece-nos que o atendimento das necessidades dos usuários passa pela necessidade de reconfiguração dos processos de trabalho da unidade, assim como o estabelecimento do trabalho

multiprofissional na sua essência, na qual as responsabilidades são partilhadas e compartilhadas por todos os profissionais da equipe.

Em outro contexto, a estrutura física e os recursos materiais surgem como um dos pontos que apresentam as maiores falhas no cuidado em saúde mental. Longe de ser um problema apenas interno, a ausência de condições estruturais e materiais representa um problema de gestão da macropolítica do cuidado em saúde mental e tem sido relatado em outros estudos sobre o trabalho do PEF no CAPS^{11,35}. Longe de ser um profissional de núcleo, apenas, o PEF se utiliza, dos recursos das práticas corporais como ferramenta de cuidado, integração e inserção social dos sujeitos, dentre outros, no seu dia-a-dia do trabalho no CAPS. Por exemplo, Daltio et al.¹⁷ apresenta o uso das práticas corporais como práticas de empoderamento e autonomia. As autoras¹⁷ relatam que as atividades são desenvolvidas tanto dentro do CAPS quanto externamente a unidade, contribuindo para a reinserção dos usuários na comunidade local. Em outro estudo Abib et al.³⁶ aponta o futebol como uma das práticas corporais inseridas na cultura local fato que desperta o interesse dos usuários. Por outro lado, em alternativa a falta de estrutura física, a utilização do território atende a um dos princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica, ações antimanicomiais e a (re)inserção do usuário na comunidade e na vida social. Alguns dos relatos apontam as práticas no território como forma de integrar o usuário na comunidade, nas atividades sociais, no dia-a-dia da vida cotidiana. Num outro relato, o PEF traz as parcerias com fundamentais para o andamento das atividades no território. Atividades como visitas ao centro cultural, ao cinema, até a participação em competições e eventos são garantidas através do contato pessoal e da formalização de parcerias com seu grupo. A formação de parcerias é uma ferramenta de ampliação do território, de intersetorialidade, de articulação com as políticas públicas e com a sociedade³⁷. No entanto, conforme aponta Furtado et al.¹³, levar o usuário do CAPS para o extramuros significa vencer um conjunto de preconceitos e dificuldades que começa ainda dentro da própria equipe multiprofissionais.

Nesse sentido, a micropolítica surge como o ponto fundamental das relações que se desenvolvem no ambiente do CAPS, construindo teias comunicativas e de valores que refletem tanto nos processos de trabalho quanto na percepção de valorização profissional, como pode ser observado nos relatos acima. Ou seja, é possível perceber que a inserção do PEF no CAPS é cercada de nuances que necessitam ser superadas dia-a-dia nas unidades. Desde a ausência de formação específica, cujo o resultado é a indicação deste

profissional como tarefeiro/conductor de atividades recreativas, aos equívocos na percepção do trabalho do PEF, a superação dos modelos hegemônicos de poder que se configuram naquele ambiente tem sido relatado em outros estudos³⁸. Neste cenário, Almeida e Merhy³⁹ afirmam que é na micropolítica dos processos de trabalho, no encontro entre trabalhadores e usuários, que se constroem os atos de cuidado e que o antimanicomial pode ou não se fortalecer. De acordo com os autores, apesar das condições de trabalho de trabalho serem um dos pontos de precarização do trabalho, as relações afetivas se constituíam como um dos elementos das insatisfações frequentemente relatadas por profissionais de saúde no CAPS. Conforme apontam Almeida e Merhy³⁹, os bons encontros geram paixões alegres, aumentam a nossa potência de agir. Estes resultados colaboram com nossos resultados quando os participantes relatam desvalorização profissional, falta de reconhecimento e a busca de formação a fim de alcançar o seu valor dentro da unidade. Por outro lado, encontros potentes, de valorização e reconhecimento produzem sentimentos bons que, no caso do trabalho no CAPS, se converte em iniciativas que buscam atender as necessidades dos usuários, geram valores subjetivos e desejo de permanecer por ali.

Por fim, a macropolítica surge como o ordenador de todo o serviço, a partir da organização das instituições de fora para dentro. No entanto, apesar da organização dos serviços ser definida por um conjunto de normas e procedimentos, ter como base a Reforma Psiquiátrica e a Lei 10.216³¹, ela não é suficiente para a garantia do funcionamento do CAPS da forma como está posto. Neste cenário, os relatos apontam que a simples publicação de leis, protocolos não garantem a presença das políticas de gestão na saúde mental. Outros reconhecem o valor das políticas públicas, mas não percebem até que ponto elas efetivamente chegam à ponta, no serviço. Num olhar mais aprofundado, percebe-se por exemplo, que a ausência de uma atuação em conjunto entre a equipe, reflete a ausência dos princípios norteadores da atenção psicossocial. Neste o cenário, autores relatam a ausência do PEF, por exemplo, nas reuniões de equipe ou, ainda, participam nas reuniões, mas não participam nos momentos decisórios acerca da organização dos processos de trabalho²⁰. Por fim, devemos entender o papel da macropolítica não apenas como um conjunto de leis e normas, mas sim como uma rede de pessoas numa ação relacional e comunicativa com o objetivo de conectar e organizar os processos de atendimento das necessidades não só dos usuários, mas daqueles que atuam diretamente para atendê-las, os profissionais do serviço.

Considerações Finais

Os relatos deste estudo revelam um cenário ampliado da atuação do PEF no CAPS e revela importantes pontos da participação deste profissional nos processos de trabalho de diferentes unidades. A heterogeneidade dos participantes, no que tange as diferentes regiões do país, aponta para um cenário com semelhanças e diferenças que merece estudos de aprofundamento. Dentre eles, podemos citar a ausência de estrutura física e recursos materiais adequado ao trabalho multiprofissional, restrito a alguns núcleos em cenários específicos, a manutenção do modelo médico centrado e a relação entre a micropolítica do serviço e as autopercepções do PEF acerca do reconhecimento e valorização profissional.

Num outro contexto, a ausência de formação profissional para o cuidado em saúde mental e os princípios do SUS revelam um cenário prejudicial para a consolidação da atenção psicossocial e seus princípios. Além deste, as dificuldades citadas para realização de ações intersetoriais, fundamentais para o cuidado integral, e a existência de precariedade dos contratos temporários revelam o distanciamento da macropolítica na gestão eficiente dos serviços. Por fim, uma limitação deste estudo está na impossibilidade de generalização dos resultados, ainda que a heterogeneidade dos participantes tenha sido considerada.

Referências

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de estrutura física dos centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios. 2013.
2. FURTADO, Juarez Pereira. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 1, p. 178-189, 2009.
3. FURTADO, Juarez Pereira. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 239-255, 2007.

4. PEDUZZI, Marina et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.
5. FERREIRA, Luiz Alberto dos Santos; DAMICO, José Geraldo Soares; FRAGA, Alex Branco. Entre a composição e a tarefa: estudo de caso sobre a inserção da educação física em um serviço de saúde mental. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 39, p. 176-182, 2017.
6. Merhy EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2007.
7. PEDUZZI, Marina; ANSELMINI, Maria Luiza. O Processo De Trabalho D E E N F E Rmagem : a Cisão Entre Plan Ejam Ento E Execução Do Cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 55, n. 4, p. 392–398, 2002.
8. PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, RA (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 65–112.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
10. FIGUEIREDO, Sara Maria Teles; OLIVEIRA, Braulio Nogueira; ESPÍRITO-SANTO, Giannina. Atuação do profissional de educação física em CAPS representada pelos demais profissionais do serviço. **Pensar Prática** (Online), 2020.
11. FURTADO, Roberto Pereira et al. O trabalho do professor de educação física no CAPS: aproximações iniciais. **Movimento**, v.21, n.1, 41-52, 2015.
12. FURTADO, Roberto Pereira et al. Educação Física e Saúde Mental: uma análise da rotina de trabalho dos profissionais dos CAPS de Goiânia. **Movimento**, p. 1077-1090, 2016.
13. FURTADO, Roberto Pereira et al. Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 183-195, 2017.

14. SILVA, Priscilla Pinto Costa da et al. Práticas corporais na reabilitação de usuários de álcool e drogas: uma configuração no estilo de vida. **Motricidade**, v. 13, p. 74-86, 2017.
15. FIGUEIREDO, Sara Maria Teles; OLIVEIRA, Braulio Nogueira; ESPÍRITO-SANTO, Giannina. Atuação do profissional de educação física em CAPS representada pelos demais profissionais do serviço. **Pensar Prática** (Online), 2020.
16. REUBENS-LEONIDIO, Ameliane da Conceição et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na formação em educação física: reflexões de uma experiência na perspectiva da tutoria. **Saúde e Sociedade**, v. 30, 2021.
17. DALTIO, Gabriela Linhares; ABIB, Leonardo Trápaga; GOMES, Ivan Marcelo. Possibilidades e tensões no trabalho com as práticas corporais no cuidado em saúde mental: reflexões construídas em um CAPS II na cidade de Serra/ES. **Pensar a Prática**, v. 23, 2020.
18. DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 01, n. 01, p. 1–9, 2009.
19. LOCH, Mathias Roberto; RECH, Cassiano Ricardo; COSTA, Filipe Ferreira da. A urgência da Saúde Coletiva na formação em Educação Física: lições com o COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3511-3516, 2020.
20. LEONIDIO, Ameliane Conceição Reubens et al. O profissional de Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial: percepção dos limites e potencialidades no processo de trabalho. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 8, n. 2, p. 157-165, 2013.
21. DA COSTA, Tatiane Motta et al. Educação física e saúde mental: atuação profissional nos centros de atenção psicossocial. **Pensar a Prática**, v. 20, n. 3, 2017.
22. CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.
23. CLEMENTINO, Francisco de Sales et al. Atendimento integral e comunitário em saúde mental: avanços e desafios da reforma psiquiátrica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, 2019.
24. KEMPER, Maria Lenz Cesar et al. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 995-1003, 2015.

25. GOODMAN, Leo A. Comment: On respondent-driven sampling and snowball sampling in hard-to-reach populations and snowball sampling not in hard-to-reach populations. **Sociological methodology**, v. 41, n. 1, p. 347-353, 2011.
26. FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.
27. ELO, Satu; KYNGÄS, Helvi. The qualitative content analysis process. **Journal of Advanced Nursing**, v. 62, n. 1, p. 107-115, 2008.
28. OLIVER, Daniel G.; SEROVICH, Julianne M.; MASON, Tina L. Constraints, and opportunities with interview transcription: Towards reflection in qualitative research. **Social forces**, v. 84, n. 2, p. 1273-1289, 2005.
29. Merhy EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
30. MIRANDA, Lilian; OLIVEIRA, Thaíssa Fernanda Kratochwill de; SANTOS, Catia Batista Tavares dos. Estudo de uma rede de atenção psicossocial: paradoxos e efeitos da precariedade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, p. 592-611, 2014.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. 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**, 2001.
32. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 218, de 6 de março de 1997. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 de maio 1997, Seção 1, n. 83, p. 8932-33, 1997.
33. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Institui diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Educação Física e dá outras providências. Resolução n. 6, de 18 de dezembro de 2018. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 de dezembro de 2018, Seção 1, p. 48-49, 2018a.
34. CECÍLIO, LC de O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde, v. 4, 2001.
35. MACHADO, Gelsimar José; GOMES, Ivan Marcelo; ROMERA, Liana Abrão. A atuação do professor de educação física nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas da grande Vitória-ES. **Movimento**, v. 22, n. 2, p. 485-496, 2016.
36. ABIB, Leonardo Trápaga; FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe; ALVES, Cleni Terezinha de Paula. Práticas corporais em cena na saúde mental: potencialidades de

- uma oficina de futebol em um centro de atenção psicossocial de Porto Alegre TT - The body practices concerning mental health: a football workshop capabilities and possibilities in a psychosoc. **Pensar prá. (Impr.)**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 1–15, 2010.
37. AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
38. WACHS, Felipe; FRAGA, Alex Branco. Educação física em centros de atenção psicossocial. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 31, n. 1, 2009.
39. ALMEIDA, Simone Alves; MERHY, Emerson E. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. **Revista Psicologia Política**, v. 20, n. 47, p. 65-75, 2020.

ESTUDO 3 – ESTUDO TEÓRICO

A ser submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública

Qualis A1, Fator de Impacto: 2.8

Proposição de um modelo teórico dos influenciadores da atuação do Profissional de Educação Física no CAPS

Resumo

Um dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi a atenção psicossocial, realizada por equipe multidisciplinar. Nesse contexto, o Profissional de Educação Física é um destes profissionais que tem sua participação cuidado mental reconhecida em alguns CAPS. Este é um estudo teórico, com o objetivo de propor um modelo teórico acerca dos influenciadores da atuação do PEF no CAPS. Para tal, foi realizada uma revisão sistemática para descrever o processo de trabalho do PEF e, em seguida, a partir dos resultados estudo, foi construída uma entrevista semiestruturada para identificar os possíveis aspectos influenciadores da atuação do PEF no CAPS. Este estudo foi realizado no período de março a junho de 2022, com vinte dois profissionais de Educação Física de diferentes regiões do país. Este é o primeiro estudo que sumariza a literatura acerca do tema proposto e apresenta um modelo teórico sintético da atuação do PEF no CAPS. Assim, acredita-se que ele possa subsidiar novas reflexões e possibilidades tanto teóricas quanto práticas acerca do trabalho do PEF no CAPS.

Palavras-chave: Educação Física; Serviços de Saúde Mental; Sistema Único de Saúde

Abstract

One of the assumptions of the Brazilian Psychiatric Reform was psychosocial care, carried out by a multidisciplinary team. In this context, the Physical Education Professional is one of these professionals whose participation in mental care is recognized in some CAPS. This is a theoretical study, with the objective of proposing a theoretical model about the influencers of the PEF's performance in CAPS. To this end, a systematic review was carried out to describe the PEF's work process and then, based on the study results, a semi-structured interview was constructed to identify the possible influencing aspects of the PEF's performance and the use of CP in CAPS. This study was carried out

from March to June 2022, with twenty-two Physical Education professionals from different regions of the country. This is the first study that summarizes the literature on the proposed topic and presents a synthetic theoretical model of the PEF's performance in CAPS. Thus, it is believed that it can support new reflections and possibilities, both theoretical and practical, regarding the work of the PEF at CAPS.

Keywords: Physical Education; Mental Health Services; Unified Health System

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental protagonizou o período de lutas e denúncia da violência dos manicômios e de críticas ao modelo hospitalocêntrico de cuidado em saúde mental. Foi o impulsionador da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Brasil, 2005).

No entanto, além da Reforma Psiquiátrica não ser um fato consolidado, diferentes aspectos parecem ser relevantes na prestação do cuidado em saúde mental e, consequentemente, influenciadores da atuação dos profissionais de saúde nos CAPS.

A partir da abordagem psicossocial, estudos têm demonstrado a importância do Profissional de Educação Física (PEF) e das práticas corporais (PC) como estratégia antimanicomial e reinserção dos usuários na comunidade (ex. Furtado *et al.*, 2017; Reubens-Leonidio *et al.*, 2021).

Entretanto, o PEF tem enfrentado dificuldades de inserção nos processos de trabalho da unidade, a fim de superar o modo “tarefeiro/monitor” de atividades (Ferreira; Damico; Fraga, 2017). Nesse contexto, aspectos como a falta de estrutura física e material, além da falta de formação específica para o trabalho no SUS e o desconhecimento da realidade dos serviços, são alguns dos empecilhos para a inserção deste profissional na equipe multidisciplinar (Machado; Gomes; Romera, 2015; Silva *et al.*, 2017).

Entretanto, espera-se que os diferentes aspectos da gestão dos serviços e dos processos de trabalho, dentre outros, estejam organizados de forma a garantir que os profissionais que ali circulam não reproduzam o modelo manicomial do passado (Bessa; Waidman, 2013).

Neste cenário de complexidades, nosso interesse concentra-se na atuação do Profissional de Educação Física (PEF) e nos possíveis influenciadores da sua atuação no CAPS. Assim, o objetivo deste trabalho é apresentar um modelo teórico acerca dos influenciadores da atuação do PEF no CAPS, na pretensão de servir como ferramenta de reflexão e organização político institucional e de formação para a área.

2 MÉTODOS

Este é um estudo teórico, recorte do projeto intitulado “*Práticas corporais no cuidado em saúde mental: um estudo com profissionais de Educação Física e coordenadoras(es) de diferentes Centros de Atenção Psicossocial do Brasil*”.

Para tal, foram utilizadas duas estratégias para embasar este modelo. Na primeira, foi realizada uma revisão sistemática a fim de descrever o processo de trabalho do PEF no CAPS. A partir dos resultados desta revisão, foi construído o mapa conceitual para a embasar a entrevista semiestruturada, realizada num estudo qualitativo, com objetivo de identificar os possíveis aspectos influenciadores da atuação do PEF no CAPS. Este estudo foi realizado no período de março a junho de 2022, com vinte dois profissionais de Educação Física de diferentes regiões do país. A coleta de dados ocorreu em formato remoto em virtude da pandemia da COVID-19. Para o tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo temática (Bardin, 2011; Creswell, 2014; Elo; Kyngas, 2008; Krippendorff, 2004). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, CAEE: 39045720.0.0000.5188.

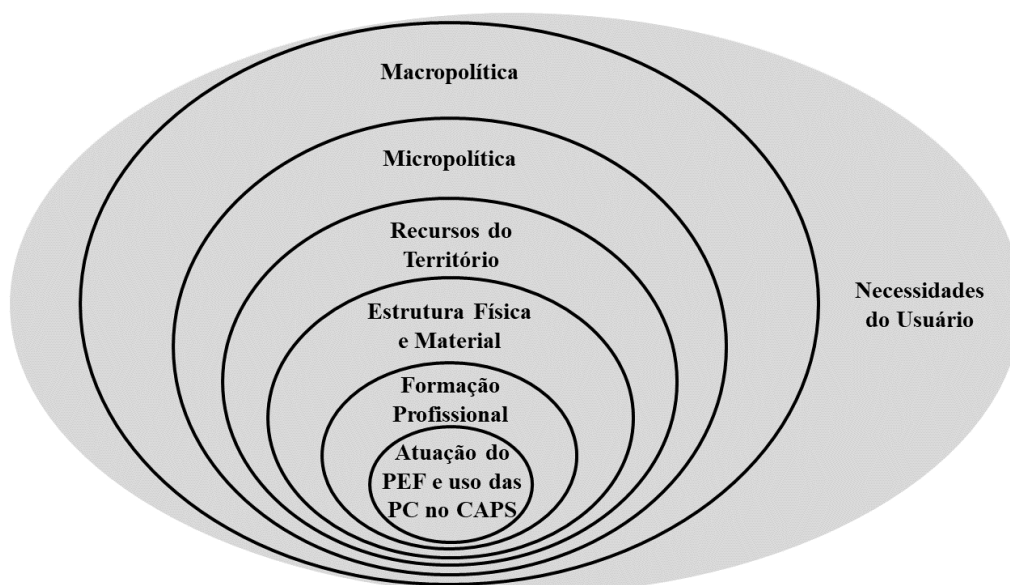
3 PROPOSIÇÃO DO MODELO TEÓRICO E SEUS ELEMENTOS

O CAPS é um serviço especializado da Rede de Atenção Psicossocial, responsável pela articulação do cuidado em saúde mental no país. É composto por equipes multiprofissionais, nas quais, em algumas unidades, estão inseridos os PEFs. Neste cenário, diferentes aspectos apontam para a complexidade do processo de trabalho nas unidades (Milhomen; Oliveira, 2007). Assim, a partir dos dados da revisão sistemática e os dados empíricos, entende-se que a atuação do PEF, ou qualquer outro profissional de saúde no CAPS, se dá em diferentes níveis de relações interpessoais e com o ambiente.

Posto isso, foi proposto um modelo teórico socioecológico dos aspectos influenciadores da atuação do PEF, adaptado do modelo ecológico de Bronfenbrenner (1992). Esta abordagem se justifica por entendermos que o trabalho no CAPS é realizado por pessoas que se interagem diariamente no ambiente macro e micropolítico do trabalho que, ao longo do tempo, podem ser modificadas através destas interações.

Desta forma, o modelo proposto apresenta um fator principal: o indivíduo, aqui representado pelo PEF e a sua atuação no CAPS; e cinco fatores externos a ele que se interagem mutuamente, possibilitando a troca de experiências com o meio, sendo eles: a formação profissional, a estrutura física e material, a micropolítica, a macropolítica do serviço, os recursos do território e as necessidades do usuário (Figura 1).

Figura 1. Modelo Socioecológico da atuação do PEF no CAPS



Fonte: o autor

A seguir, são definidas cada categoria que compõe o modelo e suas características e algumas implicações no contexto do trabalho.

3.1 ATUAÇÃO DO PEF E USO DAS PCS NO CAPS

Esta primeira categoria, ou principal, representa o indivíduo, sua personalidade, seus conhecimentos e suas experiências de vida. Ela representa a menor unidade no

ecossistema de trabalho no CAPS e toda a “bagagem de vida” que este indivíduo traz parece ser um elemento importante na relação com os demais atributos no modelo.

3.2 FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Na formação profissional se enquadram os cursos de graduação, pós-graduação, educação continuada ou permanente aos quais o PEF teve ou tem acesso ao longo da sua carreira. Apesar da Política Nacional de Educação Permanente ser uma proposta estratégica para qualificação das práticas de saúde, da organização das ações e dos serviços (Brasil, 2004) ela não atende as demandas iniciais dos profissionais ao adentrarem no CAPS.

3.3 ESTRUTURA FÍSICA E MATERIAL

A estrutura física e material é representada pelas instalações das unidades, da ambiência e dos recursos materiais presentes na unidade. Nesse sentido, estudos têm demonstrado a falta de estrutura em diversas unidades, o que dificulta o trabalho com as práticas corporais (Furtado et al., 2015).

No que tange ao trabalho do PEF, a estrutura física e material parece ser fundamental para um trabalho variado com as PCs. No entanto, a ausência de espaço físico e material é tratado de forma diferente entre os PEFs. Conforme Leonídio et al. (2013) as possibilidades de trabalho com as PCs vão da confecção de equipamentos com materiais reciclados aos passeios terapêuticos.

3.4 RECURSOS DO TERRITÓRIO

Os recursos do território se caracterizam como os espaços externos ao CAPS, podendo ser praças, quadras poliesportivas, parques, cinemas, teatros e outros. De acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, os CAPS nasceram da necessidade de extinção dos manicômios. Assim, a utilização dos recursos do território com estratégia de reinserção dos usuários na comunidade é fundamental. Entretanto, a utilização do território adjacente às unidades, ou os espaços da cidade, não são uma realidade em todas

as unidades e para todos os PEFs e esbarram, por exemplo, na estigmatização e no preconceito acerca da loucura (Furtado et al., 2017).

3.5 MICROPOLÍTICA

A micropolítica do serviço é representada pelo conjunto de relações que se desenvolvem no ecossistema da unidade de saúde, a partir dos encontros entre profissionais e profissionais e usuários (Malta; Merhy, 2003). Ela se realiza num cenário de disputas entre forças instituídas as quais podem ser determinantes tanto na realização do trabalho vivo, quanto do trabalho morto (Malta; Merhy, 2003). A fragilidade de redes de conexão que multipliquem a potência de agir dos trabalhadores, empobrece as possibilidades de ampliação das práticas de mudança nos serviços de saúde (Almeida; Merhy, 2020).

3.6 MACROPOLÍTICA

A macropolítica é definida como o conjunto de leis, normas, decretos, normas técnicas e outras normativas definidas por agentes externos ao trabalho em saúde a fim de regulamentar, organizar os serviços e ações em saúde. para a atuação no CAPS. Um exemplo de ação macropolítica recente foi a revogação da Portaria GM/MS n 3.588 de 28 de setembro de 2017, que trazia grandes prejuízos à organização da Rede de Atenção Psicossocial. Para efeitos desse modelo, o efeito da macropolítica na atuação do PEF pode ser representada pela ausência de obrigatoriedade deste profissional na equipe multidisciplinar do CAPS (Brasil, 2013a), falta de financiamento às unidades, dentre outros.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é o primeiro estudo que sumariza a literatura acerca do tema proposto e apresenta um modelo teórico sintético da atuação do PEF no CAPS. Assim, acredita-se que ele possa subsidiar novas reflexões e possibilidades tanto teóricas quanto práticas acerca do trabalho do PEF no CAPS. Para tal, ele apresenta um modelo socioecológico, multinível, de relações ambientais, de dentro para fora, a partir do indivíduo e suas

relações com os fatores externos. Apesar disso, ele não tem a pretensão de representar um conjunto de relações lineares no contexto da micropolítica estabelecida no dia-a-dia do trabalho no CAPS. Entretanto, entendemos que ele representa uma possibilidade de reflexão acerca dos processos de trabalho do PEF, ou de qualquer profissional que ali circule, a partir de dimensões consolidadas na literatura. Apesar disso, ele é a primeira reflexão e proposição para um tema que carece de maiores discussões e aprofundamentos, estando aberto a novas construções, avaliações e testes de representatividade empíricas.

3.7 As necessidades do usuário

As necessidades do usuário constituem-se como o principal objetivo dos profissionais de saúde, independente da especialidade. Sendo um conceito complexo, vamos adotar a proposta da Taxonomia das Necessidades apontada por Cecílio (2001). Segundo o autor, o conjunto de necessidades do usuário se constitui de: boas condições de vida, não apenas materiais e ambientais mas acerca do lugar que o indivíduo, homem ou mulher, ocupa na sociedade; possibilidade de usufruir das tecnologias de saúde capazes de melhorarem e prolongarem sua vida; criação de vínculo numa relação contínua, pessoal, calorosa e intransferível, um encontro de subjetividades; e autonomia enquanto possibilidade de reconstrução dos sentidos de sua vida e isso afete de forma significativa o seu modo de viver, incluindo a satisfação destas necessidades.

5. Referências

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, novembro de 2005.

FURTADO, Roberto Pereira et al. Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. *Saúde e Sociedade*, v. 26, p. 183-195, 2017.

REUBENS-LEONIDIO, Ameliane da Conceição et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na formação em educação física: reflexões de uma experiência na perspectiva da tutoria. *Saúde e Sociedade*, v. 30, 2021.

- FERREIRA, Luiz Alberto dos Santos; DAMICO, José Geraldo Soares; FRAGA, Alex Branco. Entre a composição e a tarefa: estudo de caso sobre a inserção da educação física em um serviço de saúde mental. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 39, p. 176-182, 2017.
- MACHADO, Gelsimar José; GOMES, Ivan Marcelo; ROMERA, Liana Abrão. A atuação do professor de educação física nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas da grande Vitória-ES. *Movimento*, v. 22, n. 2, p. 485-496, 2016.
- SILVA, Priscilla Pinto Costa da et al. Práticas corporais na reabilitação de usuários de álcool e drogas: uma configuração no estilo de vida. *Motricidade*, v. 13, p. 74-86, 2017.
- BESSA, Jacqueline B.; WAIDMAN, Maria A. P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. *Texto & Contexto em Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 61-70, 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- CRESWELL, J. . **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2014.
- ELO, Satu; KYNGÄS, Helvi. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, v. 62, n. 1, p. 107-115, 2008.
- KRIPPENDORFF, K. **Content Analysis: An Introduction to Its Methodology**. 2. ed. Thousand Oaks: CA: Sage Publications, 2004.
- MILHOMEM, Maria Aparecida G. Corrêa; DE OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro. O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial–CAPS. *Cogitare Enfermagem*, v. 12, n. 1, p. 101-108, 2007.
- BRONFENBRENNER, Urie (1992). *Ecological systems theory*. London, England: Jessica Kingsley.
- FURTADO, Roberto Pereira et al. O trabalho do professor de educação física no CAPS: aproximações iniciais. *Movimento*, v.21, n.1, 41-52, 2015.
- LEONIDIO, Ameliane Conceição Reubens et al. O profissional de Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial: percepção dos limites e potencialidades no processo de trabalho. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 8, n. 2, p. 157-165, 2013.
- MALTA, Débora Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 61-66, 2003.

ALMEIDA, Simone Alves de; MERHY, Emerson Elias. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. **Revista Psicologia Política**, v.20, n.47, pp. 65-75, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**, v. 4, 2001.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese teve como objetivo analisar e propor um modelo teórico dos influenciadores da atuação do PEF no CAPS. Para tal, foram realizados três estudos com a finalidade de responder ao objetivo desta Tese. O primeiro estudo, uma revisão sistemática, identificou os estudos acerca da atuação do Profissional de Educação Física nos CAPS, descrevendo os aspectos relevantes da atuação do PEF e as atividades realizadas no cuidado em saúde mental. A partir dos resultados, observou-se que a atuação do PEF acontece de diferentes formas nos CAPS investigados. Em alguns CAPS o PEF participa de todas as etapas do processo de trabalho, ou seja, atua nas atividades do campo saúde, enquanto membro da equipe multiprofissional, realiza o acolhimento, participa nas reuniões de equipe e atua como técnico de referência. Além destas, atua com suas ferramentas de núcleo, ofertando atividades com base nos elementos da cultura corporal como, por exemplo, prática esportiva, caminhadas, ginásticas e outras. No entanto, em outros estudos, os autores apontam uma atuação restrita à orientação das práticas corporais. Outros importantes resultados tratam da ausência de formação específica para a atuação no SUS e na saúde mental, além do fato de alguns dos CAPS não apresentarem estrutura física e material adequada. Com base neste estudo de revisão sistemática, é possível perceber a diversidade da atuação do PEF e a necessidade de uma melhor organização dos serviços de forma atenderem os pressupostos para o trabalho em saúde e na saúde mental definidos na Reforma Psiquiátrica e para a atuação no SUS.

O segundo estudo se propôs a analisar as percepções dos Profissionais de Educação Física dos Centros de Atenção Psicossocial acerca da participação do profissional nos processos de trabalho no cuidado em saúde mental, num estudo qualitativo, em diferentes estados do país. Um dos pressupostos deste estudo foi atender uma das limitações identificadas no estudo anterior, revisão sistemática, no que diz respeito a pouca diversidade de regiões estudadas. Nesse sentido, a partir de uma amostra de todas as regiões do país, num total de 22 participantes, foi possível identificar e confirmar os achados da literatura. Nesse sentido, nosso estudo apresentou a mesma diversidade de atuação dos estudos anteriores, além do fato do PEF não fazer parte de todo o processo de trabalho no CAPS, não haver formação específica para o trabalho em saúde e no CAPS. Por fim, acrescentou a literatura existente a precariedade dos contratos, assim como a participação da macropolítica, de diferentes formas, no processo de trabalho

do CAPS. Nesse último, infelizmente, emanaram dos discursos o distanciamento das ações da macropolítica dentro do CAPS, por exemplo, na manutenção do modelo médico centrado, assim como na manutenção da precariedade dos vínculos profissionais.

Por outro lado, este estudo subsidiou a formulação do modelo teórico proposto para esta tese, apresentado no terceiro manuscrito. Este teve o objetivo de propor um modelo teórico dos influenciadores da atuação do Profissional de Educação Física e o uso das Práticas Corporais nos Centros de Atenção Psicossocial. Nesse sentido, a partir dos achados dos artigos anteriores, foi possível definir um modelo teórico que propõe relação de influência dos fatores formação profissional, estrutura física e material, recursos do território, micropolítica e macropolítica sobre a atuação do PEF no CAPS.

Posto isso, esta tese tem o potencial de colaborar nas discussões acerca da atuação do PEF na saúde mental. Nesse sentido, da proposição de melhorias da participação da macropolítica como organizador do sistema até a reformulação dos currículos da formação de Educação Física, esta tese, e os manuscritos que dela fazem parte, sumarizam e ampliam o conhecimento produzido até os dias atuais acerca do tema.

Por fim, sugere-se que estudos futuros devam ser encaminhados a fim de testarem o modelo aqui proposto, analisarem realidades diversas daquelas que aqui foram estudadas e, ainda, analisarem os pontos nele abordados através do olhar de outros profissionais do CAPS.

7 REFERÊNCIAS

ABIB, L. T.; FRAGA, A. B.; WACHS, F.; ALVES, C. T. de P. Práticas corporais em cena na saúde mental: potencialidades de uma oficina de futebol em um centro de atenção psicossocial de Porto Alenm

gre. **Pensar a Prática**, v. 13, n. 2, p. 1–15, 2010a.

ABIB, L. T.; FRAGA, A. B.; WACHS, F.; ALVES, C. T. de P. Práticas corporais em cena na saúde mental: potencialidades de uma oficina de futebol em um centro de atenção psicossocial de Porto Alegre TT - The body practices concerning mental

health: a football workshop capabilities and possibilities in a psychosoc. **Pensar prá.**

(**Impr.**), v. 13, n. 2, p. 1–15, 2010b. Disponível em:

<<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fef/article/view/7934/7388>>.

ALMEIDA, I. S. de; CAMPOS, G. W. de S. Análise sobre a constituição de uma rede de Saúde Mental em uma cidade de grande porte. **Ciencia & saude coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2715–2726, 2019.

AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, 2018.

ANDREOLI, S. B.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARTIN, D.; MATEUS, M. D. M. L.; MARI, J. de J. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 1, p. 43–46, 22 fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000100013&lng=en&tlng=en>.

ASHDOWN-FRANKS, G.; FIRTH, J.; CARNEY, R.; CARVALHO, A. F.; HALLGREN, M.; KOYANAGI, A.; ROSENBAUM, S.; SCHUCH, F. B.; SMITH, L.; SOLMI, M.; VANCAMPFORT, D.; STUBBS, B. Exercise as Medicine for Mental and Substance Use Disorders: A Meta-review of the Benefits for Neuropsychiatric and Cognitive Outcomes. **Sports Medicine**, v. 50, n. 1, p. 151–170, 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BESTETTI, M. L. T. 1809-9823-Rbgg-17-03-00601. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n. 3, p. 601–610, 2014.

BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B.; GONDIM, A. P. S.; DE LIMA, L. L.; VASCONCELOS, M. G. F. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: Processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na atenção primária. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 18, n. 48, p. 61–74, 2014.

BORTONI, Wi. luIZ; FLORINDO, A. An.; PÉRICLES, Eman.; SALVADOR; REIS4, R. dE Siq. Desenvolvimento E Reprodutibilidade De Um Instrumento De Avaliação Objetiva Do Ambiente Para Aplicação Em Estudos De Atividade Física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 1, p. 38–47, 2009.

BRAND, S.; COLLEDGE, F.; LUDYGA, S.; EMMENEGGER, R.; KALAK, N.; BAHMANI, D. S.; HOLSBOER-TRACHSLER, E.; PÜHSE, U.; GERBER, M. Acute bouts of exercising improved mood, rumination and social interaction in inpatients with mental disorders. **Frontiers in Psychology**, v. 9, n. MAR, p. 1–11, 2018.

BRASIL. **Portaria nº 198. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o**

desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.2004.

BRASIL. LEI nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 20012001.

BRASIL. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial2004.

BRASIL. 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. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, 2005. .

BRASIL. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. [s.l: s.n.].

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.088. nstitui 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 (SUS).2011.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, v. 31, n. 1, p. 13–27, 2013.
Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. London, England: Jessica Kingsley.

BROWNSON, R. C.; HOEHNER, C. M.; DAY, K.; FORSYTH, A.; SALLIS, J. F. Measuring physical activity environments: State of the Science. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 36, n. 4, p. S99-123, 2009.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado Health needs according to civil society and the state. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 4, p. 1260–1268, 2005.

CAMPOS, O. O ESTUDO DA DEMANDA E DAS NECESSIDADES E SUA IMPORTÂNCIA PARA O PLANEJAMENTO DE SAÚDE. **Rev Saude Publica**, v. 3, n. 1, p. 79–81, 1969.

CECÍLIO, L. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

CLARK JP. How to peer review a qualitative manuscript. **Peer review in health sciences**, p. 219–235, 2003.

COSTA-ROSA, A. 8 - O modo psicossocial. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]**, p. 141–168, 2000.

CRESWELL, J. . **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2014.

DA MATA, F. G.; NEVES, F. S.; LAGE, G. M.; DE MORAES, P. H. P.; MATTOS, P.; FUENTES, D.; CORRÊA, H.; MALLOY-DINIZ, L. Avaliação neuropsicológica do processo de tomada de decisões em crianças e adolescentes: Uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 3, p. 106–115, 2011.

DA SILVA, P. P. C.; DOS SANTOS, A. R. M.; DE JESUS COSTA DOS SANTOS, P.; DE FREITAS, C. M. S. M. Práticas corporais na reabilitação de usuários de álcool e drogas: Uma configuração no estilo de vida. **Motricidade**, v. 13, p. 74–86, 2017.

DE MORAES, P. A.; BERTOLOZZI RITA, M.; HINO, P. Perceptions of primary health care needs according to users of a health center Portuguese]. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 1–2, 2011. Disponível em:

<<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&db=cin20&lang=es&site=ehost-liv>>.

DE SOUSA SEVERO, A. K.; L'ABBATE, S.; ONOCKO CAMPOS, R. T. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 18, n. 50, p. 373–379, 2014.

Denzin N. The research act: a theoretical introduction to sociological methods. Routledge: London; 2009

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 01, n. 01, p. 1–9, 2009.

DOS SANTOS, D. S.; HINO, A. A. F.; HÖFELMANN, D. A. Iniquities in the built environment related to physical activity in public school neighborhoods in Curitiba, Paraná State, Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 35, n. 5, 2019.

- DOS SANTOS, P. T.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Necessidades de saúde na atenção primária: Percepção de profissionais que atuam na educação permanente. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 788–795, 2010.
- ELO, Satu; KYNGÄS, Helvi. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, v. 62, n. 1, p. 107–115, 2008.
- FERREIRA, L. A. dos S.; DAMICO, J. G. S.; FRAGA, A. B. Entre a composição e a tarefa: estudo de caso sobre a inserção da educação física em um serviço de saúde mental. **Revista Brasileira de Ciencias do Esporte**, v. 39, n. 2, p. 176–182, 2017.
- FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Da. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1421–1428, 2009.
- FILHO, N. D. A. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1972, p. 1–18, 1997.
- FLORINDO, A. A.; MIELKE, G. I.; GOMES, G. A. D. O.; RAMOS, L. R.; BRACCO, M. M.; PARRA, D. C.; SIMOES, E. J.; LOBELO, F.; HALLAL, P. C. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 1–10, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/GELUTAS/AppData/Local/Mendeley Ltd./Mendeley Desktop/Downloaded/Florindo et al. - 2013 - Physical activity counseling in primary health care in Brazil a national study on prevalence and associated (2).pdf>.
- FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; MELO, D. G. Amostragem em pesquisas qualitativas: Proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saude Publica**, v. 27, n. 2, p. 389–394, 2011.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008.
- FRAGA, B. Redalyc.EDUCAÇÃO FÍSICA EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. 2009.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, p. 151–163, 2012.
- FURTADO, R. P.; AZEVEDO, M. da C.; NEVES, R. L. de R.; VIEIRA, P. S. The work of the physical education teacher at the Caps in Goiânia: identifying the

therapeutic workshops. **Revista Brasileira de Ciencias do Esporte**, v. 40, n. 4, p. 353–360, 2018a.

FURTADO, R. P.; DE SOUSA, M. F.; MARTINEZ, J. F. N.; RABELO, N. S.; DE OLIVEIRA, N. S. R.; SIMON, W. de J. Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: Desafios dos profissionais de educação física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. **Saude e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 183–195, 2017.

FURTADO, R. P.; NETO, R. C.; RIOS, G. B.; MARTINEZ, J. F. N.; OLIVEIRA, M. F. M. de. Educação Física E Saúde Mental: Uma Análise Da Rotina De Trabalho Dos Profissionais Dos CAPS De Goiânia. **Movimento**, v. 22, n. 4, p. 25–31, 2016a.

FURTADO, R. P.; NETO, R. C.; RIOS, G. B.; MARTINEZ, J. F. N.; OLIVEIRA, M. F. M. de. EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE DA ROTINA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DOS CAPS DE GOIÂNIA. **Movimento (ESEFID/UFRGS)**, v. 22, n. 4, p. 1077, 2016b.

FURTADO, R. P.; OLIVEIRA, M. F. M. de; SOUSA, M. F. de; VIEIRA, P. S.; NEVES, R. L. de R.; RIOS, G. B.; SIMON, W. de J. O Trabalho Do Professor De Educação Física No Caps: Aproximações Iniciais. **Movimento (ESEFID/UFRGS)**, v. 21, n. 1, p. 41–52, 2015. Disponível em:

<<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/43457/33331>>.

FURTADO, R. P.; RIOS, G. B.; OLIVEIRA, M. F. M. de; SIMON, W. de J.; NEVES, R. L. de R.; SOUSA, M. F. de; VIEIRA, P. S.; NEVES, R. L. de R.; RIOS, G. B.; SIMON, W. de J. O Trabalho Do Professor De Educação Física No Caps: Aproximações Iniciais. **Movimento (ESEFID/UFRGS)**, v. 21, n. 1, p. 41, 2018b. Disponível em:

<<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/43457/33331>>.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. **Saude e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 11–19, 2014.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 63–76, 2017.

GOMES BARROS, D.; MARIA CHIESA, A. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, p. 793–8, 2007. Disponível em: <www.ee.usp.br/reecusp/>.

GOMES, E.; BASTOS, T.; COSTA, R.; CORREDEIRA, R. Efeito de um programa de atividade física na capacidade funcional para o exercício e nível de atividade física de pessoas com esquizofrenia – um estudo piloto. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 18, n. 18, p. 44–50, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

GOMES, I. S.; CAMINHA, I. D. O. Guide to systematic review of studies: An option for the methodology of human movement sciences. **Movimento**, v. 20, n. 1, p. 395–411, 2014.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. Rio de Janeiro: HUCITEC ABRASCO, 1994. 1–278 p.

GUIMARÃES, A. C.; PASCOAL, R. C. A.; CARVALHO, I. Z. de; ADÃO, K. do S. A Inserção Social através de Práticas de Educação Física como Medidas Interventivas para Pacientes Psicóticos e Neuróticos Graves do CAPS de São João del-Rei/ MG.

Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 7, n. 2, p. 1–6, 2012.

HAY et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 390, n. 10100, p. 1260–1344, 2017.

HEIDMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P. de; BOEHS, A. E.; WOSNY, A. de M.; MONTICELLI, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 352–358, 2006.

HINO, A. A. F.; REIS, R. S.; FLORINDO, A. A. Ambiente construído e atividade física: Uma breve revisão dos métodos de avaliação. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 12, n. 5, p. 387–394, 2010.

HO, R. T. H.; FONG, T. C. T.; WAN, A. H. Y.; AU-YEUNG, F. S. W.; WONG, C. P. K.; NG, W. Y. H.; CHEUNG, I. K. M.; LO, P. H. Y.; NG, S. M.; CHAN, C. L. W.; CHEN, E. Y. H. A randomized controlled trial on the psychophysiological effects of physical exercise and Tai-chi in patients with chronic schizophrenia. **Schizophrenia Research**, v. 171, n. 1–3, p. 42–49, 2016.

I, S. B. A.; III, N. A.; I, D. M. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget ? The case of Brazil É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o

orçamento da saúde mental ? O caso do Brasil. v. 29, n. 1, 2007.

KANTORSKI, L.; KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C.; DEMARCO, D. de A.; ESLABÃO, A. D.; NUNES, C. K.; GUEDES, A. da C. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. **Journal of Nursing and Health**, v. 1, n. 1, p. 4–13, 2011a. D

KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C.; SILVA, E. N. F. da; GUEDES, A. da C.; CORTES, J. M.; SANTOS, F. dos. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial TT - Qualitative assessment of the environmentt in a Psychosocial Care Center. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2059–2066, 2011b.

KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. da R.; QUEVEDO, A. L. A. de. AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA E PROCESSO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 4, p. 728–735, 2013.

KIRCHHERR, J.; CHARLES, K. Enhancing the sample diversity of snowball samples: Recommendations from a research project on anti-dam movements in Southeast Asia. **PLoS ONE**, v. 13, n. 8, p. 1–17, 2018.

KORGE, J.; NUNAN, D. Higher participation in physical activity is associated with less use of inpatient mental health services: A cross-sectional study. **Psychiatry Research**, v. 259, n. November 2017, p. 550–553, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.030>>.

KRIPPENDORFF, K. **Content Analysis: An Introduction to Its Methodology**. 2. ed. Thousand Oaks: CA: Sage Publications, 2004.

LEDERMAN, O.; WARD, P. B.; FIRTH, J.; MALONEY, C.; CARNEY, R.; VANCAMPFORT, D.; STUBBS, B.; KALUCY, M.; ROSENBAUM, S. Does exercise improve sleep quality in individuals with mental illness? A systematic review and meta-analysis. **Journal of Psychiatric Research**, v. 109, p. 96–106, 2019.

LEONÍDIO, A. da C. R.; LEMOS, E. C. De; PINTO, P.; MARIA, C.; MONTEIRO, S. 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. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 8, n. 2, p. 157–165, 2013.

LIBERATI, A.; ALTMAN, D.; TETZLAFF, J.; MULROW, C.; GÖTZSCHE, P. C.; IOANNIDIS, J. P. A.; CLARKE, M.; DEVEREAUX, P. J.; KLEIJNEN, J.; MOHER, D. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of

studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. **BMJ**, v. 21, p. 1–106, 2009.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 883–896, 2019.

LIMA, I. C. S.; SAMPAIO, J. J. C.; SOUZA, K. C. A. A complexidade do trabalho precário na Atenção Psicossocial Territorial: reflexão crítica sobre o contexto brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 136, p. 215–226, 2023.

MACEDO, J. P.; ABREU, M. M. de; FONTENELE, M. G.; DIMENSTEIN, M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 155–170, 2017.

MACHADO, G. J.; GOMES, I. M.; ROMERA, L. A. a Atuação Do Professor De Educação Física Nos Centros De Atenção Psicossocial Álcool E Drogas Da Grande Vitória-Es. **Movimento (ESEFID/UFRGS)**, v. 22, n. 2, p. 485, 2015.

MACIEL, S. C. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 4, n. 8, p. 73–82, 2012.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 14, n. 34, p. 593–605, 2010.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. *Rev. Min. Enf.*, v. 7, n. 1, p. 61–66, 2003.

MATTOS, R. . Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. *In*: PINHEIRO R, M. R. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p. 45–59.

MAURUS, I.; HASAN, A.; RÖH, A.; TAKAHASHI, S.; RAUCHMANN, B.; KEESER, D.; MALCHOW, B.; SCHMITT, A.; FALKAI, P. Neurobiological effects of aerobic exercise, with a focus on patients with schizophrenia. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 269, n. 5, p. 499–515, 2019.

MCCORMICK, B. P.; FREY, G. C.; LEE, C. T.; GAJIC, T.; STAMATOVIC-GAJIC, B. Brief communication A pilot examination of social context and everyday physical activity among adults receiving Community Mental Health Services. **Acta Psychiatr Scand**, v. 119, n. 2, p. 243–247, 2009a.

MCCORMICK, B. P.; FREY, G. C.; LEE, C. T.; GAJIC, T.; STAMATOVIC-GAJIC,

B.; MAKSIMOVIC, M. A pilot examination of social context and everyday physical activity among adults receiving Community Mental Health Services. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 119, n. 3, p. 243–247, 2009b.

MERHY, E. . Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E.E. E ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. [s.l: s.n.]p. 71–114.

MERHY, E. . Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. *In*: Merhy et al, “**O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**”. [s.l.] HUCITEC, 2003.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelo tecno-assistenciais. **Saúde debate**, v. 27, n. 65, p. 316–323, 2003.

MIRANDA, E. D.; FREIRE, L. de A.; OLIVEIRA, A. R. C. de. Os desafios da Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial de Coari (AM). **Saúde & Transformação Social Health & Social Change Experiências**, v. 1, n. 2, p. 163–169, 2011.

MOREIRA, M. I. B.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saude e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 462–474, 2017.

MOTTA DA COSTA E SILVA, T.; MACHADO DOS SANTOS, F.; BRAUN DA SILVA, R. C.; DA ROSA OLIVEIRA, H. L.; VILANOVA ILHA, P.; GRAUP, S. EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE MENTAL: ATUAÇÃO PROFISSIONAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. **Pensar a Prática**, v. 20, n. 3, p. 539–551, 2017.

NASCIMENTO, A. de F.; GALVANESE, A. T. C. Evaluation of Psychosocial Healthcare Services in the City of São Paulo, Southeastern Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 43 Suppl 1, p. 8–15, 2009.

NOY, C. Sampling knowledge: The hermeneutics of snowball sampling in qualitative research. **International Journal of Social Research Methodology**, v. 11, n. 4, p. 327–344, 2008.

NYBOE, L.; VESTERGAARD, C. H.; MOELLER, M. K.; LUND, H.; VIDEBECH, P. Metabolic syndrome and aerobic fitness in patients with first-episode schizophrenia, including a 1-year follow-up. **Schizophrenia Research**, v. 168, n. 1–2, p. 381–387,

2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2015.07.053>>.
- OLIVER, D. G.; SEROVICH, J. M.; MASON, T. L. Constraints and opportunities with interview transcription. **Social Forces**, v. 84, n. 2, p. 1273–1289, 2005. Disponível em: <<https://academic.oup.com/sf/article-abstract/84/2/1273/2234980?redirectedFrom=fulltext&login=false>>.
- OLSCHOWSKY, A.; GLANZNER, C. H.; MIELKE, F. B.; KANTORSKI, L. P.; WETZEL, C. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 781–787, 2009.
- Patton, M.Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Sciences Research*, 34, 1189–1208.
- PEDUZZI, M.; ANSELM, M. L. O Processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 4, p. 392–398, 2002a.
- PEDUZZI, M.; ANSELM, M. L. O Processo De Trabalho D E E N F E Rmagem : a Cisão Entre Plan Ejam Ento E Execução Do Cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 4, p. 392–398, 2002b.
- PEREIRA FURTADO, R.; FLÁVIO MÉRCIO DE OLIVEIRA, M.; FARIAS DE SOUSA, M.; SANTIAGO VIEIRA, P.; LIRA DE REZENDE NEVES, R.; BATISTA RIOS, G.; DE JESUS SIMON, W. O trabalho do professor de EDucação Física no CAPS: aproximações iniciais. **Movimento**, v. 21, n. 1, p. 41–52, 2015.
- PETERSEN, I.; EVANS-LACKO, S.; SEMRAU, M.; BARRY, M. M.; CHISHOLM, D.; GRONHOLM, P.; EGBE, C. O.; THORNICROFT, G. Promotion, prevention and protection: Interventions at the population- and community-levels for mental, neurological and substance use disorders in low- and middle-income countries. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 10, n. 1, p. 1–13, 2016.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 65–112.
- PINTO, P.; RAQUEL, A.; JESUS, P. De; AMÉLIA, E.; COSTA, P.; SILVESTRE, M.; FREITAS, M. De. Práticas corporais no Centro de Atenc , ão Psicossocial de Álcool e Drogas : a percepc , ão dos usuários. v. 41, n. 1, 2019.
- REUBENS-LEONIDIO, A. da C.; CARVALHO, T. G. P. de; SANTOS, A. R. M. dos.

O fazer do profissional de Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial: uma análise do cuidado a partir da Política Nacional de Humanização. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 43, 2021.

REUBENS-LEONIDIO, A. da C.; DE CARVALHO, T. G. P.; ANTUNES, M. B. de C.; DE BARROS, M. V. G. Interprofessional education and collaborative practice in physical education training: Reflections of an experience from the perspective of tutoring. **Saude e Sociedade**, v. 30, n. 3, p. 1–11, 2021.

ROSENBAUM, S.; TIEDEMANN, A.; SHERRINGTON, C.; CURTIS, J.; WARD, P. B. Physical activity interventions for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Science and Medicine in Sport**, v. 18S, p. e136–e162, 2014.

SALLIS, J. F. Measuring Physical Activity Environments: A Brief History.

Rehabilitation Outcome Measures, v. 36, n. 4, p. 71–81, 2009.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saude Publica**, v. 37, n. 3, 2021.

SANTOS, D. de S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: Potencialidades da subjetividade do cuidado para reconFiguração do modelo de atenção. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861–870, 2018.

SEDGWICK, P. Convenience sampling. **Bmj**, v. 347, n. oct25 2, p. f6304–f6304, 2013.

SOARES, SAMIRA SILVA SANTOS; SOUZA, NORMA VALÉRIA DANTAS DE OLIVEIRA; CARVALHO, ELOÁ CARNEIRO; FARIAS, S. N. P. **O Complexo Mundo do Trabalho em Saúde e as Implicações para Enfermagem**. [s.l.: s.n.]113 p. TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos Brasileiros entre 2004 e 2013. **Physis**, v. 26, n. 2, p. 417–434, 2016.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006-2011). **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 32, n. 4, p. 695–703, 2015.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25–59, 2002.

- VANCAMPFORT, D.; DE HERT, M.; SWEERS, K.; DE HERDT, A.; DETRAUX, J.; PROBST, M. Diabetes, physical activity participation and exercise capacity in patients with schizophrenia. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 67, n. 6, p. 451–456, 2013a.
- VANCAMPFORT, D.; FIRTH, J.; SCHUCH, F. B.; ROSENBAUM, S.; MUGISHA, J.; HALLGREN, M.; PROBST, M.; WARD, P. B.; GAUGHRAN, F.; DE HERT, M.; CARVALHO, A. F.; STUBBS, B. Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. **World Psychiatry**, v. 16, n. 3, p. 308–315, 2017.
- VANCAMPFORT, D.; FIRTH, J.; SCHUCH, F. B.; ROSENBAUM, S.; PROBST, M.; WARD, P. B.; VAN DAMME, T.; DE HERT, M.; STUBBS, B. Dropout from physical activity interventions in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. **Mental Health and Physical Activity**, v. 11, n. October, p. 46–52, 2016a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.mhpa.2016.09.002>>.
- VANCAMPFORT, D.; KNAPEN, J.; PROBST, M.; SCHEEWE, T.; REMANS, S.; DE HERT, M. A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 125, n. 5, p. 352–362, 2012.
- VANCAMPFORT, D.; PROBST, M.; DAENEN, A.; DAMME, T. Van; DE HERT, M.; ROSENBAUM, S.; BRUYNINCKX, D. Impact of antipsychotic medication on physical activity and physical fitness in adolescents: An exploratory study. **Psychiatry Research**, v. 242, p. 192–197, 2016b.
- VANCAMPFORT, D.; STUBBS, B.; MITCHELL, A. J.; DE HERT, M.; WAMPERS, M.; WARD, P. B.; ROSENBAUM, S.; CORRELL, C. U. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. **World Psychiatry**, v. 14, n. 3, p. 339–347, 2015.
- VANCAMPFORT, D.; WAMPERS, M.; MITCHELL, A. J.; CORRELL, C. U.; DE HERDT, A.; PROBST, M.; DE HERT, M. A meta-analysis of cardio-metabolic abnormalities in drug naïve, first-episode and multi-episode patients with schizophrenia versus general population controls. **World Psychiatry**, v. 12, n. 3, p. 240–250, 2013b.
- VAN RYN, Michelle; HEANEY, Catherine A. What's the use of theory?. *Health education quarterly*, v. 19, n. 3, p. 315–330, 1992.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; DE ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: Uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saude Publica**, v. 25, n. SUPP 2, p. 217–226, 2009.

WACHS, F.; FRAGA, A. B. Educação física em centros de atenção psicossocial. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, v. 31, n. 1, p. 93–107, 2009.

WACKER, John G. A definition of theory: research guidelines for different theory-building research methods in operations management. *Journal of operations management*, v. 16, n. 4, p. 361–385, 1998.

ANEXOS

ANEXO I – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO ESTUDO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS (CEP-UFPB)

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atividade Física e Saúde Mental: um estudo com profissionais de Educação Física e Coordenadores dos CAPS da Paraíba

Pesquisador: Sanderson Soares da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39045720.0.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.479.824

Apresentação do Projeto:

Atividade Física e Saúde Mental: um estudo com profissionais de Educação Física e Coordenadores dos CAPS da Paraíba

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os determinantes do uso da atividade física no cuidado integral ao usuário em saúde mental nos CAPS da Paraíba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: De acordo com os autores:

Os potenciais riscos ou incômodos que este estudo possa acarretar serão minimizados com a utilização de instrumentos validados e/ou adequados à pesquisa com seres humanos. Estimase que os riscos apresentados por essa pesquisa estejam relacionados com as respostas aos questionários e entrevistas realizadas.

Benefícios: De acordo com os autores:

Academicamente, o estudo constitui uma importante discussão sobre aspectos relevantes no trato da atividade física no contexto do cuidado em saúde mental, numa perspectiva integral e humanizada.

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N		CEP: 58.051-600
Bairro: CASTELO BRANCO		
UF: PB	Município: JOÃO PESSOA	
Telefone: (83)3215-7791	Fax: (83)3215-7791	E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.479.024

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está estruturado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não houve pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1599658.pdf	01/12/2020 18:32:10		Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP_UFPB.pdf	01/12/2020 18:31:38	Sanderson Soares da Silva	Aceito
Outros	Anuencia_Gestao_Saude_PB.PDF	01/12/2020 18:19:38	Sanderson Soares da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Comite_Etica_TESE_Sanderson_alterado.pdf	01/12/2020 18:16:46	Sanderson Soares da Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma_alterado.pdf	01/12/2020 18:16:20	Sanderson Soares da Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	23/07/2020 11:56:32	Sanderson Soares da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/07/2020 10:25:32	Sanderson Soares da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/07/2020	Sanderson Soares	Aceito

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	09:17:20	da Silva	Aceito
----------------	--------------------	----------	----------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 21 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

APÊNDICES

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**IDENTIFICAÇÃO**

Data de coleta: ____/____/____

Entrevistador _____ CÓD.: _____

Instituição: _____ CEP: _____

Nome: _____ Data

Nasc.: ____/____/____

Sexo: () M () F

Função: () Prof Ed. Física () Gestor

Tipo de

vínculo: _____

Atuação na Saúde Mental (meses): _____ Graduação: _____

Ano: ____/____/____

Pós-graduação: _____ Em Saúde Mental? () Sim () Não

Educação continuada em Saúde Mental? () Sim () Não

Curso: _____

Exerce outra atividade remunerada? () Sim () Não

Qual? _____

APÊNDICE II - ROTEIRO DA ENTREVISTA ABERTA COM O PEF

Perguntas “disparadoras”
Eixo I: Fale-me sobre a sua atuação no cuidado em saúde mental
Eixo II: Fale-me sobre a sua formação e a relação com a sua atuação no CAPS.
Eixo III: Sobre os usuários, fale-me sobre eles, os motivos da busca pela CAPS, suas necessidades e como você/equipe as atendem.
Eixo IV: Fale-me sobre a estrutura física, os recursos disponíveis e território adjacente à unidade
Eixo V: Fale sobre a Política Nacional de Saúde Mental e as influências na atuação do PEF
Eixo VI: Me fale sobre o trabalho multiprofissional, a relação com seus colegas e com a gestão da unidade