



*DO SURGIMENTO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL: RELAÇÕES COM A EDUCAÇÃO FÍSICA*

**Jeferson Santos Jerônimo<sup>1</sup>**  
**Marlos Rodrigues Domingues<sup>2</sup>**

**RESUMO:** O Brasil oferece uma ampla rede de atenção à saúde mental pautada no modelo psicossocial, com diferentes profissionais, entre estes o educador físico. Entretanto, quais os pressupostos históricos para essa inserção? Objetiva-se demonstrar um panorama histórico sobre a loucura; sobre os processos de Reforma Psiquiátrica e suas implicações com a criação da rede atenção à saúde mental no Brasil, e com a participação do educador físico nessa rede. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica embasada na produção científica sobre atividade física e saúde; saúde mental; reforma psiquiátrica e história da loucura.

**Palavras-chave:** Atividade física. Atividade motora. Educação física e treinamento. Saúde mental.

*THE EMERGENCE OF PSYCHIATRIC HOSPITALS TO MENTAL HEALTH CARE NETWORK IN BRAZIL: RELATIONS WITH THE PHYSICAL EDUCATION*

**ABSTRACT:** The Brazil offers an extensive network of mental health care based psychosocial model, with different professionals, among these the physical educator. However, what are the historical assumptions for that insertion? Aims to demonstrate a historical panorama about the madness; about the Psychiatric reform processes and their implications with the creation of the mental health care network in Brazil, and with the physical educator's participation in this network. It is a bibliographical research based on scientific literature on physical activity and health; mental health; psychiatric reform and the history of madness.

**Keywords:** Physical activity. Motor activity. Physical education and training. Mental health.

---

<sup>1</sup> Educador Físico, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Educação Física/PPGEF da Escola Superior de Educação Física/ESEF da Universidade Federal de Pelotas/UFPel. Bolsista Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior/CAPES; E-mail: [jefersonsj@yahoo.com.br](mailto:jefersonsj@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Docente do PPGEF e da ESEF da UFPel.

## *LA EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS A LA RED DE SALUD MENTAL EN BRASIL: LAS RELACIONES CON LA EDUCACIÓN FÍSICA*

**RESUMEN:** El Brasil ofrece una extensa red de mental modelo psicosocial basado en salud, con diferentes profesionales, entre ellos el educador físico. Sin embargo, cuáles son los supuestos históricos para que la inserción? Pretende demostrar un panorama histórico sobre la locura; sobre los procesos de reforma psiquiátrica y sus implicaciones con la creación de la red de salud mental en Brasil, y con la participación del educador físico en esta red. Es una investigación bibliográfica, basada en la literatura científica sobre actividad física y salud; salud mental; reforma psiquiátrica y la historia de la locura

**Palabras clave:** Actividad física. Actividad motora. Educación y entrenamiento físico. Salud mental.

### **INTRODUÇÃO**

A literatura demonstra os benefícios da atividade física para a saúde física e mental e para melhora da aptidão física (FLORINDO, 2011; LEE et al., 2012); o que é reconhecido e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANITION/WHO, 2010).

Referente à saúde mental, estudos afirma que a atividade física é uma forma de terapia para agravos como depressão e ansiedade, além de contribuir para o controle de outras doenças: síndrome do pânico, esquizofrenia e alcoolismo, (MARTINSEN, 2000; PALUSKA; SCHWENK, 2000; STRÖHLE, 2009; BIDDLE; ASARE, 2011).

Nesse sentido, o Brasil oferece uma rede de atenção à saúde mental pautada no modelo psicossocial em substituição aos hospitais psiquiátricos, com diferentes tipos de serviços: centros de atenção psicossocial; residenciais terapêuticos e leitos psiquiátricos em hospitais gerais e com diferentes profissionais inseridos em equipes multiprofissionais, entre estes o educador físico (BRASIL, 2010; 2013).

A implementação dessa rede decorre do movimento social Reforma Psiquiátrica (AMARAMNTE, 2010). Entretanto, quais pressupostos históricos relacionam a Reforma psiquiátrica e a área da atividade física e saúde? Considerando as transformações sociais na área da saúde mental; a configuração da rede de atenção à saúde mental no Brasil; o desenvolvimento da área da atividade física e saúde e a inserção do educador físico na rede de atenção à saúde mental?

Portanto, nesta pesquisa bibliográfica baseada em livros; artigos científicos e outros documentos relacionados às áreas da saúde mental e da atividade física. Objetiva-se apresentar um panorama histórico sobre a loucura; sobre os processos de

Reforma Psiquiátrica e suas implicações com a criação da rede atenção à saúde mental no Brasil, principalmente os centros de atenção psicossocial, e com a participação do educador físico nesse novo modelo de atenção à saúde mental.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO**

A Educação Física brasileira acompanha tendências científicas e políticas da área da saúde, desde a criação do primeiro curso no Brasil em 1931, observa-se uma tendência à formação em saúde (GUARDA; MARIZ; SILVA, 2009). O que possibilitou a inserção do curso na área da saúde e a constituição da área da atividade física e saúde, que envolve estudos na área da saúde mental (HALLAL et al., 2007; BRASIL, 2009; LEE et al., 2012).

Atualmente o Brasil conta com uma ampla política pública de atenção à saúde mental, pautada no modelo psicossocial em substituição ao modelo manicomial. Essa política atende pessoas com agravos psíquicos, sem o procedimento da internação, através de diferentes tipos de serviços: centros de atenção psicossocial; residenciais terapêuticos e leitos psiquiátricos em hospitais gerais e com diferentes tipos de profissionais, entre estes o educador físico. Segundo o Ministério da Saúde, a rede psicossocial conta com mais de 600 profissionais de Educação Física (BRASIL, 2010; 2013).

A partir de estudos clássicos observou-se uma relação inversa entre atividade física (AF) e problemas cardíacos (MORRIS et al., 1953; MORRIS; CRAWFORD, 1958), chegando a diferenciação entre exercício físico e AF (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985), o que gerou um aumento na produção científica sobre AF e saúde em diversos países e no Brasil (HALLAL et al., 2007; DUMITH, 2009).

Desde a década de 1980 estudos epidemiológicos demonstram a importância de ser ativo fisicamente, mas não necessariamente treinado. Esses estudos afirmam os benefícios da aptidão física relacionada à saúde (BLAIR; LAMONTE; NICHAMAN, 2004; NAHAS; GARCIA, 2010). O que também é evidenciado em relação à saúde mental (DUNN; TRIVEDI, O'NEAL, 2001).

A literatura tem demonstrado os benefícios da AF para a saúde mental (LEE et al., 2012), na melhora de agravos como depressão; ansiedade; síndrome do pânico, esquizofrenia e alcoolismo (MARTINSEN, 2000; PALUSKA; SCHWENK, 2000; STRÖHLE, 2009; BIDDLE; ASARE, 2011).

Esses achados contribuíram para a Organização Mundial da Saúde reconhecer o condicionamento físico como fator protetivo para agravos psíquicos, o que é evidenciado nas recomendações de prática de AF para a saúde da mesma instituição (WHO, 2010; 2012).

Dados históricos afirmam que a relação AF e saúde mental nasceu na Grécia antiga. Hipócrates, considerado pai da medicina e precursor do raciocínio epidemiológico, recomendava AF para seus pacientes com agravos psíquicos. Cientificamente, os primeiros estudos datam da década de 1970, atualmente a saúde mental está entre os principais temas pesquisados em epidemiologia da AF (PITANGA, 2002; MELLO et al., 2005).

Paralelamente ao desenvolvimento da área da AF e saúde; a constituição do curso de Educação Física na Brasil como um curso da saúde e a inserção do Educador físico na rede de atenção psicossocial. A partir da década de 1950, observam-se transformações na área da saúde mental com repercussões na saúde mental brasileira (AMARANTE, 2010).

Tais transformações constituíram o movimento social Reforma Psiquiátrica, que chegou ao Brasil na década de 1970 e desde então constrói um ambiente político favorável à criação e ampliação da rede de atenção psicossocial. Através da Lei 10.216/2001, tornou-se política pública, apresentando nos Centros de Atenção Psicossocial sua principal levante, como serviço alternativo de atenção à saúde mental sem o procedimento da internação e em substituição aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2001; AMARANTE, 2010).

A Reforma Psiquiátrica é um processo social em movimento e não simplesmente a criação de novos serviços, outras questões devem ser levantadas como reinserção social dos sujeitos em tratamento; como esse sujeito é visto na sociedade; excesso de medicalização; orçamento para a área; condições de trabalho dos profissionais; formação de equipes multiprofissionais e o conceito de loucura.

Assim, Reforma Psiquiátrica deve ser entendida com “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 2010, p. 87).

A Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo [...] significa negar a instituição manicomial, romper com a racionalidade e o saber psiquiátrico sobre a doença mental, [...]; questionar o poder de especialista (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro etc.) em relação ao paciente e negar o seu mandato social de custódia de reclusão e exclusão (YASUI, 2010, p. 103-104).

Ao analisar a história da loucura e as práticas de tratamento, observa-se que desde a antiguidade as formas de tratar o sujeito em sofrimento psíquico são mutáveis e variaram ao longo da história de acordo com a percepção da sociedade geral sobre o louco, essas formas de tratamento relacionam-se com o surgimento dos hospitais psiquiátricos e com o conceito de loucura (AMARANTE, 2007).

Na antiguidade ocidental, a loucura era atrelada às divindades, os sujeitos enlouqueciam por vontade divina, como forma de punição ou privilégio e eram excluídos do meio social e largados ao acaso, portanto, já que a loucura era vontade dos deuses, a cura também era (PESSOTTI, 1994; SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Entretanto, inicialmente algumas pessoas consideradas loucas eram tratadas como visionários com capacidade de revelar vontades divinas, a ideia de doença foi construída com os escritos e práticas de Hipócrates e paulatinamente a causa divina foi substituída pela explicação biológica que pressupunha o tratamento físico, no cérebro e fígado principalmente (PESSOTTI, 1994; SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Na idade média, devido ao retrocesso no desenvolvimento científico e a retomado do poder político pela igreja, a loucura mais uma vez passa a ter causa mística, porém agora o demônio é essa causa. A “Doutrina Demonista” defendia que o louco era possuído pelo demônio e deveria ser tratado através do exorcismo (PESSOTTI, 1994, p. 82-105).

No século XVIII com o Iluminismo, a ciência retoma seu lugar de descobertas e a filosofia volta-se a explicação do homem, a loucura volta a ter causa biológica, passa a ser considerada doença e o louco passa a ser tratado nas casas de caridade (AMARANTE, 2007).

Entretanto, há um longo processo histórico desde a criação dos hospitais psiquiátricos até o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial e do modelo de atenção psicossocial à saúde mental no Brasil. Essa trajetória histórica tem relação com o conceito de loucura e com o surgimento de uma ciência denominada “Alienismo”, precursora da psiquiatria (AMARANTE, 2007, p. 21).

A França do século XVII vivia transformações importantes que apresentam repercussões nos dias atuais. Para a saúde mental, a principal mudança foi a transformação das casas de caridade em hospitais gerais (AMARANTE, 2007).

As casas de caridade foram criadas na idade média para abrigar, alimentar e dar assistência religiosa temporariamente a pobres; mendigos; desabrigados e doentes, entre estes os loucos, que permaneciam a maior parte do tempo acorrentados. Essas casas recebiam o nome de hospitais, porém com sentido diverso do atual, já que a palavra hospital, em Latim significa hospedaria, hospedagem, hospitalidade. Embora com o nome de hospitais, nesses locais, médicos faziam visitas esporádicas para tratar aqueles em situação de maior gravidade e risco de morte (AMARANTE, 2007; 2010).

Nesse período, as hospedarias representavam a organização social do estado absolutista, todos que simbolizassem ameaça a lei e à ordem social eram recolhidos e enclausurados. Devido à falta de condições sociais na maioria da população, as hospedarias ficaram lotadas de pessoas doentes e os médicos passaram a fazer visitas frequentes (AMARANTE, 2007; 2010).

Em 1656 foi criado o primeiro Hospital Geral da França, as casas de caridade passaram a ser um local de domínio médico; de produção de conhecimento científico da medicina; conhecimento pautado na história natural das doenças. Surgiram então os compêndios médicos com classificações e conceituações de patologias e sujeitos (AMMARANTE, 2007; 2010).

O Hospital tornou-se, [...] espaço de exame (como um laboratório de pesquisas que permitiu um novo contato empírico com as doenças e os doentes), espaço de tratamento (enquadramento das doenças e doentes, disciplina do corpo terapêutico e das técnicas terapêuticas) e espaço de reprodução de saber médico (hospital-escola, residência médica, local privilegiado de ensino e aprendizagem). [...] é verdade que este novo modelo produziu um saber original sobre doenças, [...] é verdade que este saber refere-se a uma doença institucionalizada, [...] doença modificada pela ação prévia da institucionalização, [...],doença isolada, em estado puro, como pretendia a história natural, [...] doença produzida, transformada pela própria intervenção médica (AMARANTE, 2007, p. 26).

Nesse modelo de medicina centrado na doença e não na pessoa que sofre a doença, o médico é personagem principal. Foi nesse contexto que no século XVIII, Philippe Pinel, médico; filósofo; deputado no período da Revolução Francesa e diretor do Hospital de Bicêtre, em 1793 liberta os loucos das correntes e lança suas teorias sobre “alienação mental”, conceituada como distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo de perceber a realidade, seu principal método de tratamento era o isolamento (AMARANTE, 2007, p. 30). Com Pinel, os alienados passam a ter um local específico de tratamento, o hospital psiquiátrico. Embora libertos das correntes, “permaneceram enclausurados, não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico” (AMARANTE 2007, p. 35). Os métodos pinelianos tomam força, surgem em diversos países instituições tentando reproduzir sua lógica terapêutica. Logo os primeiros hospitais psiquiátricos ficaram superlotados. A dificuldade em determinar loucura e sanidade; as denúncias por maus tratos e violência e o papel de segregação social desses hospitais, semelhante às casas de caridade, colocam em discussão o hospital psiquiátrico; seus métodos de tratamento e própria psiquiatria (AMARANTE, 2007; 2010).

Surgem então as primeiras tentativas de reformas, as reformas pinelianas, tendo como principal expressão as Colônias de alienados, construídas em áreas agrícolas, os internos poderiam sair para trabalhar na agricultura. Esse modelo também foi implementado no Brasil e durou até a década de 1950, chegando a ter 16 mil internos na Colônia de Juquery em São Paulo. Contudo, as colônias se transformaram em asilos de recuperação pelo trabalho, onde os sujeitos eram abandonados (AMARANTE, 2007).

Após a II Guerra Mundial, a sociedade comovida pelas atrocidades ocorridas no período da guerra, percebe nos hospícios uma situação semelhante aos campos de concentração. Comunidades científicas da área da saúde mental, na Inglaterra; França; Estados Unidos da América e Itália divulgam teorias de reconfiguração dos hospitais psiquiátricos. Surgem então as “Reformas psiquiátricas” (AMARANTE, 2007, p. 40).

Os movimentos de reformas podem ser divididos em dois grandes grupos (AMARANTE, 2007, p. 41; OLIVEIRA, 2012): o grupo das reformas, que envolve os movimentos da Comunidade Terapêutica; da Psicoterapia Institucional; da Psiquiatria de Setor e da Psiquiatria Preventiva e o grupo das rupturas, que engloba os movimentos da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática.

O grupo das reformas entendia que o insucesso dos tratamentos psiquiátricos estava na forma de gestão e no modelo hospitalar de tratamento, portanto, eram necessárias mudanças na instituição e no modelo de tratamento. Já o grupo das rupturas, acreditava que o problema estava no “modelo científico psiquiátrico”, tanto as práticas psiquiátricas, quanto o próprio hospital deveriam ser negados (AMARANTE, 2007, p. 41).

## **GRUPO DAS REFORMAS**

A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, movimentos iniciados na Inglaterra e na França respectivamente na década de 1950, defendiam que apenas mudanças no hospital psiquiátrico seriam suficientes para o tratamento ser efetivo, com essas duas vertentes foram introduzidas modificações importantes tanto no hospital quanto na forma de tratamento, surgiram às reuniões de pacientes e de familiares, objetivando discutir seus planos terapêuticos; a equipe de tratamento passou a ser ouvido e o termo psicossocial surgiu nesse período. Nesses modelos, se tentou reconstituir dentro do hospital, a comunidade em que o paciente vivia e para a qual voltaria com sua alta (AMARANTE, 2007; 2010; OLIVEIRA, 2012).

A Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva iniciaram-se na França e nos Estados Unidos respectivamente no final da década de 1950. Com a Psiquiatria de setor surge à ideia de território, as cidades foram divididas em setores com no máximo 60 mil habitantes e após uma análise desses territórios, o hospital também era dividido em setores com o intuito de reproduzir as características dos respectivos territórios. Assim, os pacientes eram internados em determinado setor do hospital de acordo com o setor em que vivia na cidade (AMARANTE, 2007; 2010; OLIVEIRA, 2012).

Nos setores externos, isto é, na cidade, foram criados centros de saúde mental, onde os pacientes continuavam o tratamento após a alta, surge à ideia de regionalização e de equipe multiprofissional, marcos importantes para a saúde pública como um todo, em relação à saúde mental, “o tratamento passava a ser considerado não mais exclusivo do médico psiquiatra, mas de uma equipe com vários profissionais” (AMARANTE, 2007, p. 46; OLIVEIRA, 2012).

A Psiquiatria Preventiva surge com “um imaginário de salvação” e adota conceitos da saúde coletiva de prevenção primária, secundária e terciária, além do conceito de território para identificar indivíduos na sociedade que pudessem apresentar algum sintoma de loucura (AMARANTE, 2010, p. 37).

Esse modelo de reforma, também trouxe avanços para a saúde mental, como o conceito de “desinstitucionalização”, entendida como o conjunto de medidas de “desospitalização” que visam reduzir o ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos e promover altas. Além do conceito de crise (AMARANTE, 2007, p. 50).

## **GRUPO DAS RUPTURAS**

A Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática nasceram na Inglaterra na década de 1960 e na Itália na década de 1970, respectivamente. A Antipsiquiatria questionou o saber psiquiátrico, afirmando que o conhecimento gerado pela psiquiatria não consegue suprir as demandas existentes e necessita de uma reformulação. A Psiquiatria Democrática, orientada por Franco Basaglia, apropriou-se de conceitos das teorias anteriores, porém como principal diferencial, defende a extinção dos hospitais psiquiátricos. (AMARANTE, 2007; 2010; OLIVEIRA, 2012).

## **REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

A Reforma Psiquiátrica brasileira apresenta fortes influências da reforma italiana, o movimento chegou ao Brasil no final da década de 1970 através do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, inspirados, entre outros movimentos, na Reforma sanitária do estado do Rio Grande do Sul (AMARANTE, 2007; 2010; OLIVEIRA, 2012).

Através de denúncias das péssimas condições de tratamento para pessoas em sofrimento psíquico, desencadearam-se diversos acontecimentos políticos, como o surgimento da associação de usuários do serviço de saúde mental Loucos pela Vida; a criação do Centro de Atenção Psicossocial - Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo em 1982, o primeiro do Brasil e a I Conferência Nacional de Saúde

Mental em 1987, gerando ambiente político favorável à criação da atual rede de atenção à saúde mental (AMARANTE, 2010; OLIVEIRA, 2012).

Tais fatos culminaram no Projeto de Lei 3.657/89 de autoria do então deputado Paulo Delgado, colocando o debate da Reforma Psiquiátrica na esfera jurídica, o projeto regulamentava os direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico com relação ao tratamento e previa a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados e sua substituição por serviços alternativos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a partir do modelo psicossocial, como se observa abaixo (YASUI, 2010).

	<b>Modelo Psiquiátrico</b>	<b>Modelo Psicossocial</b>
Objeto	Doença mental	Relação existência-sofrimento
Pressuposto teórico	Neurociências	Transdisciplinariedade
Intervenção	Isolamento e perspectiva biológica	Diversidade social e invenção
Agente de cuidado	Médico	Coletivo de profissionais
Lugar do cuidado	Hospitalização	Rede e intersetorialidade
Prática social	Exclusão/violência	Inclusão e solidariedade

Quadro adaptado de Yasui (2010, p. 110).

Nesse sentido, os CAPS não são apenas locais de cuidado à saúde mental sem internação. Segundo Yasui (2010, p. 96-99), vivenciamos um movimento social complexo, a insurgência de um novo paradigma, que coloca em questão saberes científicos, técnicos, políticos e defende a ruptura com a racionalidade biomédica da psiquiatria e “não aceita o sofrimento humano como o objeto simples da doença mental, mas por considerá-lo em sua complexidade”.

A literatura e o Ministério da Saúde discutem e afirmam o papel social dos CAPS no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. Esse modelo de serviço deve configurar-se em um espaço social de interação; de construção de novos processos sociais; de protagonismo e subjetividade; local de desconstrução de formas de pensar e agir; de superação de modelos e conceitos arcaicos, como alienação; louco/loucura e medicalização excessiva (AMARANTE, 1995; TORRE; AMARANTE, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Devem ser um local de exercício da cidadania, articulado com a rede de atenção básica, que promova a reinserção social do indivíduo em sofrimento psíquico, evitando sua internação psiquiátrica, dando-lhe a possibilidade de acesso ao mercado de trabalho. Deve ser um local de resgate de direitos e de sujeitos de direito, sujeitos diversos, com realidades diversas e com direitos iguais, sujeitos que interagem, se emocionam, vivem (AMARANTE, 1995; TORRE; AMARANTE, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Portanto, segundo Yasui (2010, p. 115)

[...] Caps, o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação de assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. [...] não se limita ou se esgota na implementação de um serviço. [...] é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade de tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidados.

Desde a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, foram doze anos para a aprovação da Lei 10.216/2001 que de fato regulamentou direitos para pessoas que sofrem de agravos psíquicos e instituiu a rede de atenção psicossocial como política pública de saúde no Brasil, a qual vem crescendo ano a ano (BRASIL, 2001; 2012; AMARANTE, 2010).

Segundo o Plano de Ação para a Saúde mental da Organização Mundial da Saúde, estima-se que até 2020 a cobertura de serviços de atendimento a problemas mentais terá aumento em 20%; 80% dos países terão programas multissetoriais de promoção à saúde mental; 50% dos países terão políticas jurídicas de atenção à saúde mental e 80% dos países apresentarão indicadores nacionais de saúde mental (WHO, 2013). Portanto, espera-se um aumento no número de serviços de atenção psicossocial em nível global e também no Brasil.

No Brasil existem 1.742 CAPS e observa-se uma redução de 38% no número de leitos psiquiátricos e um aumento proporcional nos serviços alternativos como: CAPS, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, consultórios de rua, iniciativas de geração de renda, residenciais terapêuticos e programas sociais (BRASIL, 2012).

Os CAPS efetivam-se com equipes multiprofissionais visando à reinserção social e construção da subjetividade de pessoas com agravos psíquicos através de atendimentos individuais e em grupos, são realizadas oficinas terapêuticas de artes; música; teatro; artesanato e outras ações como prática de AF (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, a figura do trabalhador é peça chave. A literatura demonstra que os processos de reforma não são homogêneos, as formas de tratamento do usuário, principalmente em relação à crise, dependem da noção teórica do trabalhador sobre a reforma. Portanto, o multiprofissionalismo da equipe, com múltiplas visões e ações conjuntas poderá guiar a reforma a rumos pautados em princípios de saúde pública (HIRDES, 2009; MELO, 2012).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao analisarmos a rede de atenção à saúde mental no Brasil, observamos uma relação com os processos históricos das reformas. Conceitos utilizados hoje são decorrentes das teorias desenvolvidas no período das reformas, além disso, esses conceitos deram subsídios para a inserção do educador físico na rede.

Das Comunidades Terapêuticas e a da Psicoterapia Institucional, surgiram o termo psicossocial; reuniões de equipe, de pacientes e familiares para a discussão dos planos terapêuticos. Da Psiquiatria de Setor e a da Psiquiatria Preventiva, surgiram as ideias de território; equipe multiprofissional; o conceito de desinstitucionalização; de crise e foram criados centros de saúde mental, levando o atendimento para fora do hospital, para além do domínio médico.

Na Antipsiquiatria se questionou o saber psiquiátrico e na Psiquiatria Democrática, defendeu-se e defende-se a extinção dos hospitais psiquiátricos. Esses conceitos estão relacionados à atual da rede de atenção à saúde mental no Brasil. Assim, o educador físico pode oferecer grande contribuição, já que pode trabalhar na perspectiva da não farmacologização e do desenvolvimento do corpo para a saúde.

Portanto, considerando os benefícios da prática de AF para a saúde mental; os processos históricos da Reforma Psiquiátrica; a configuração da rede de atenção psicossocial no Brasil e o número de educadores físicos nessa rede. Talvez seja possível afirmar essa relação, através dos conceitos: psicossocial; equipe multiprofissional; território, centros de saúde mental e principalmente de desinstitucionalização, sugerindo que os hospitais psiquiátricos não são tão necessários se substituídos por serviços alternativos centrados na liberdade e no indivíduo como ser social.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Universidade Federal de Pelotas/UFPel, ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da UFPel e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/CAPES.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. New Subjects; New Rights: *The Debate About the Psychiatric in Brazil*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, Jul/Sep, 1995.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. (Coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 5ª reimpressão - 2ª edição, revista e ampliada: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

BIDDLE, S. J.; ASARE, M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. **British Journal of Sports Medicine**, London, v. 45, n. 11, p. 886-895, 2011.

BLAIR, S. T.; LAMONTE, M. J.; NICHAMAN, M. Z. The evolution of physical activity recommendations: how much is enough? **American Journal of Clinical Nutrition**. Bethesda, v. 79, suppl., p. 913-920, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior (Sesu). **Construção dos referenciais nacionais dos cursos de graduação – Bacharelados e Licenciaturas: Ciências biológicas e da saúde**, 2009. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/convergencia\\_denominacaosaude.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/convergencia_denominacaosaude.pdf)>. Acesso em: 17 de setembro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 7**, ano V, nº 7. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>>. Acesso em: 17 de setembro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 10**, ano VII,

nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>>. Acesso em: 18 de setembro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Saúde mental**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925#](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925#)>. Acesso em: 17 de setembro de 2013.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. *Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research*. **Public Health Reports**, Washington, v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

DUMITH, S. C. Physical activity in Brazil: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, Sup 3, p. 415-S426, 2009.

DUNN, A. L.; TRIVEDI, M. H.; O'NEAL, H. A. *Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety*. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, Indianapolis, v. 33, n. 6, Suppl., 2001, p. S587-S597, 2001.

FLORINDO, A. A. **Atividade física e doenças crônicas**. in: FLORINDO, A. A.; HALLAL, P. C. *Epidemiologia da atividade física*. São Paulo: Editora Atheneu, 2011, p. 159-186.

GUARDA, F. R. B.; MARIZ, J. V. B.; SILVA, R. N. *Atividade física & saúde pública: contribuições e perspectivas*. Recife: Flávio R. B. da Guarda (editor), 2009.

HALLAL, P. C. et al. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 453-60, 2007.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

LEE, I-M. et al. *Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy*. **The Lancet**, UK, v. 380, n. 9838, p. 219-229, jul. 2012.

MARTINSEN, E. W. *Physical activity for mental health*. **Tidsskrift for Den Norske Laegeforening**, Noruega, v. 120, n. 25, p. 3054-3056, 2000.

MELO, A. M. C. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 9, p. 84-95, jul./dez., 2012.

MELLO, M. T. et al. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 11, n. 3, p. 203-207, mai/jun, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Centros de Atenção Psicossocial – CAPS**. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1)>.  
Acesso em: 18 de setembro de 2013.

MORRIS, J. N.; CRAWFORD, M. D. Coronary heart disease and physical activity of work evidence of a national necropsy survey. *British Medical Journal, United Kingdom, Dec., n. 20, p. 1485-1496, 1958.*

MORRIS, J. N. et al. *Coronary heart-disease and physical activity of work. The Lancet*, v. 262, n. 6796, p. 1111-1120, nov. 1953.

NAHAS, M. V.; GARCIA, L. M. T. Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 135-48, 2010.

OLIVEIRA, W. F. Reforma psiquiátrica e atenção psicossocial: contextualização sócio histórica, desafios e perspectivas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 9, p.52-71, 2012.

PALUSKA, S. A.; SCHWENK, T. L. *Physical activity and mental health: current concepts. Sports Medicine, Berlin*, v. 29, n. 3, p. 167-180, 2000.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Editora 34, 1994.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v.10 n. 3, p. 49-54, 2002.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência da saúde mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 591-595, 2005.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

STRÖHLE, A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. **Journal Neural Transmission**. New York, v. 116, n. 6, p. 777-784, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health, 2010**. Disponível em:  
<[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf)>. Acesso em: 15 de setembro de 2013.

**Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan, 2012**. Disponível em:

<[http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/risks\\_to\\_mental\\_health\\_EN\\_27\\_08\\_12.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf)>  
. Acesso em: 18 de setembro de 2013.

**Draft comprehensive mental health action plan  
2013–2020, 2013.** Disponível em:  
<[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_10Rev1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-en.pdf)>. Acesso em: 18  
de setembro de 2013.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.** Rio  
de Janeiro: Fiocruz, 2010.