

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

Lucas Fajardo Vilela

**A PRÁTICA DO MÉTODO LIAN GONG NO CAPS AD GLÓRIA-CRUZEIRO-
CRISTAL (GCC): uma experiência na formação em serviço no curso de
Educação Física através do PET-Saúde**

**Porto Alegre
2011**

Lucas Fajardo Vilela

**A PRÁTICA DO MÉTODO LIAN GONG NO CAPS AD GLÓRIA-CRUZEIRO-
CRISTAL (GCC): uma experiência na formação em serviço no curso de
Educação Física através do PET-Saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para graduação em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Alex Branco Fraga.

Porto Alegre

2011

Lucas Fajardo Vilela

**A PRÁTICA DO MÉTODO LIAN GONG NO CAPS AD GLÓRIA-CRUZEIRO-
CRISTAL (GCC): uma experiência na formação em serviço no curso de
Educação Física através do PET-Saúde**

Conceito final: A

Aprovado em 13 de dezembro de 2011

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Martha Roessler – UFRGS

Orientador: Prof. Dr. Alex Branco Fraga – UFRGS

Dedico este trabalho a todos os usuários de drogas e suas famílias, na perspectiva da reabilitação e realização na vida.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Antônio e Graciela, e a minha Avó, Haydée, pela educação e valores que me ensinaram; também por todo amor e carinho que dedicam a mim;

As minhas irmãs, Ana e Dani, pela amizade e apoio em todos os momentos que precisei;

À minha namorada, Sabri, pelo companheirismo durante todo o período da minha graduação;

Aos amigos (as), que me auxiliaram nos momentos de dificuldades e me proporcionaram muitos momentos de alegria e diversão;

Ao meu professor e orientador, Alex Branco Fraga, pelos ensinamentos proporcionados durante o trabalho realizado juntos e pelo exemplo de profissional que é;

A todos vocês, meu sincero agradecimento,

Obrigado!

RESUMO

O consumo de substâncias psicoativas não é uma novidade do nosso tempo. Os povos primitivos as usavam em cerimônias, rituais e festas de conotação religiosa. Atualmente, temos a sensação de que o uso constatou-se um aumento significativo na utilização de substâncias prejudiciais a saúde do ser humano como álcool, cocaína, maconha, entre outros, considerada por muitos uma epidemia mundial. Com isso, torna-se importante a utilização de medidas que auxiliem na prevenção e no tratamento da dependência de substâncias psicoativas. O papel do profissional de Educação Física no SUS mostra-se muito importante no trabalho com usuários de drogas. O presente trabalho aponta, através do relato da experiência pessoal no trabalho com dependentes de substâncias psicoativas, através do PET-Saúde, a necessidade em fomentar a formação de alunos de Educação Física para atuação no SUS, em especial em Centros de Atenção Psicossocial – álcool e drogas. A utilização do Lian Gong em 18 Terapias apresenta-se como uma excelente prática a ser adotada em tratamentos para reabilitação de dependentes em substâncias psicoativas, devido ao seu baixo custo, fácil aprendizagem e realização, e, principalmente, pelos benefícios relatados pelos praticantes dessa técnica.

Palavras-chave: CAPS ad; Educação Física; Lian Gong; PET-Saúde; SUS.

RESUMEN

El consumo de sustancias psicoactivas no es una novedad de nuestro tiempo. Los pueblos primitivos las usaban en ceremonias, rituales y fiestas de carácter religioso. En la actualidad, tenemos la sensación de un aumento significativo en el uso de sustancias perjudiciales a la salud del ser humano como ser, alcohol, cocaína, marihuana entre otras, lo cuál es considerada por muchos, una epidemia mundial. Con eso, se torna importante la utilización de medidas que auxilién en la prevención y en el tratamiento de la dependencia de sustancias psicoactivas. El papel que desempeña el profesional de Educación Física en el SUS se muestra muy importante en el trabajo con los usuario de drogas. El presente trabajo apunta a través del relato de la experiencia personal en el trabajo con dependientes de sustancias psicoactivas, a través del PET- Saúde, la necesidad de fomentar la formación de alumnos de Educación Física para actuar en el SUS, en especial en centros de Atención Psicosocial-alcohol y drogas. La utilización del Liang Gong en 18 terapias se muestra como una excelente práctica a ser adoptada en tratamientos para la rehabilitación de dependientes de sustancias psicoactivas debido a su bajo costo, fácil aprendizaje y realización y principalmente, por los beneficios relatados por los practicantes de dicha técnica.

Palabras clave: CAPS ad; Educación Física; Lian Gong; Pet Saúde; SUS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ideograma Lian Gong	25
Figura 2 - Movimento de pescoço	27
Figura 3 - Arquear as mãos	28
Figura 4 - Estender as palmas para cima	29
Figura 5 - Expandir o peito	29
Figura 6 - Despregar as asas	30
Figura 7 - Levantar o braço de ferro	31
Figura 8 - Empurrar o céu para o lado	32
Figura 9 - Girar a cintura e projetar as palmas	32
Figura 10 - Rodar a cintura com as mãos nos rins	33
Figura 11 - Abrir os braços e flexionar o tronco	34
Figura 12 - Espetar com a palma para o lado	34
Figura 13 - Tocar os pés com as mãos	35
Figura 14 - Rodar os joelhos à esquerda e à direita	36
Figura 15 - Flexionar as pernas e girar o tronco	36
Figura 16 - Flexionar e esticar as pernas	37
Figura 17 -Tocar os joelhos e levantar a palma	38
Figura 18 - Abraçar o joelho contra o peito	38
Figura 19 - Passos marciais	39

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVOS.....	12
1.1.1 Objetivo Geral	12
1.1.2 Objetivos Específicos	12
1.2 JUSTIFICATIVA.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1. CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	13
2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	15
2.3 PROGRAMA DE ENSINO PELO TRABALHO (PET) - Saúde.....	17
2.3.1 Definição	17
2.3.2 Objetivos	18
2.3.3 A Educação Física no PET-Saúde.....	20
2.4 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ÁLCOOL E DROGAS (CAPS ad)	20
2.4.1 Definição	20
2.4.2 Estrutura.....	21
2.4.3. CAPS ad Glória/Cruzeiro/Cristal	22
2.5 LIAN GONG.....	25
2.5.1 Definição	25
2.5.2 Origem	26
2.5.3 Primeira Parte	26
3 METODOLOGIA.....	40
4 RELATO DE EXPERIÊNCIA	41
5 CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS.....	50

1 INTRODUÇÃO

Percebe-se um aumento significativo no consumo de drogas ao longo dos anos. Esse crescimento tornou o tema como um problema de saúde pública, como aponta Pessini (1999). Dessa forma, os profissionais da saúde são desafiados a compreenderem o perfil do usuário de substâncias psicoativas e a pensarem maneiras de prevenção e tratamento para a população.

Segundo a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuário de Álcool e outras Drogas (2004, p. 9) “a dependência das drogas é transtorno em que predomina a heterogeneidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias”. Nesse caso, no tratamento, devem ser trabalhados aspectos familiares, profissionais, econômicos, comunitários, espirituais, médicos e psicológicos. O consumo de álcool e outras drogas pode ocorrer em qualquer classe social, raça, cor, religião, entre outros, ou seja, qualquer pessoa pode se tornar um usuário experimentando algum tipo de droga.

O consumo de substâncias psicoativas é uma característica comum das populações da maioria dos países, inclusive a do Brasil, sendo o tabaco e o álcool como as mais utilizadas (MOTA, 2007). São muitos os fatores que influenciam no uso de drogas, tornando difícil dizer se tal pessoa ou tais comportamentos irão desencadear o consumo. Sendo assim, diversas práticas são utilizadas para tornar o tratamento mais efetivo, como por exemplo, o repensar do lazer para os dependentes em drogas psicoativas através de práticas corporais recreativas (GIMENO et al., 1998).

Alguns tratamentos propostos, muitas vezes, partem de uma análise médica e psicológica, valendo-se do uso de medicamentos. Também, algumas formas adotadas levam ao afastamento ou exclusão do convívio social do usuário. O trecho a seguir descreve bem esse pensamento.

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema. Cabe ainda destacar que o tema vem sendo associado à criminalidade e práticas anti-sociais e à oferta de “tratamentos” inspirados em modelos de

exclusão/separação dos usuários do convívio social [...] A percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas promove a disseminação de uma cultura de combate a substâncias que são inertes por natureza, fazendo com que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.7)

A política do Ministério da Saúde (MS) para a atenção integral a usuário de álcool e outras drogas enumera cinco principais fatores que contribuem para a exclusão social dos usuários de drogas.

Principais fatores que reforçam a exclusão social dos usuários de drogas:

1. Associação do uso de álcool e outras drogas à delinquência, sem critérios mínimos de avaliação;
2. O estigma atribuído aos usuários, promovendo a sua segregação social;
3. Inclusão do tráfico como uma alternativa de trabalho e geração de renda para as populações mais empobrecidas, em especial à utilização de mão-de-obra de jovens neste mercado;
4. A ilicitude do uso impede a participação social de forma organizada desses usuários;
5. O tratamento legal e de forma igualitária a todos os integrantes da "cadeia organizacional do mundo das drogas" é desigual em termos de penalização e alternativas de intervenção; (MS, 2004, p.24).

Os benefícios referentes à prática de exercícios físicos, do ponto de vista músculo-esquelético, ajudam a melhorar as valências físicas como flexibilidade, força muscular, fortalecimento articular e ósseo. Considerando à saúde física, melhoras são observadas quanto à redução da pressão arterial em repouso, diminuição do percentual de gordura, entre outros. E, com relação à saúde mental, que está diretamente relacionada ao consumo de substâncias psicotrópicas, a prática freqüente de exercícios físicos pode auxiliar na regulação hormonal do organismo, pode melhorar o fluxo sanguíneo e controlar o estresse decorrente de problemas naturais do cotidiano. Mas só haverá efeito positivo no tratamento se a prática corporal fizer sentido para o usuário, pois do contrário, estes propalados efeitos orgânicos não se estabelecem, ou se estabelecem por pouco tempo.

Dentro desta perspectiva, torna-se importante divulgar alguns trabalhos com práticas corporais que de algum modo tiveram algum êxito, como o projeto da Ginástica Chinesa (*Lian Gong* em 18 Terapias) no CAPS ad do posto da Vila dos Comerciários, situado no bairro Cruzeiro, em Porto Alegre, RS. O presente trabalho

se configura em um relato da minha experiência como monitor do Programa de Ensino pelo Trabalho (PET) - Saúde Educação Física da UFRGS na implantação e condução desse projeto do processo de reabilitação de usuários de álcool ou outras drogas daquela localidade.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Relatar a experiência obtida no PET-Saúde UFRGS com a condução do método *Lian Gong* junto aos usuários do CAPS ad Glória-Cruzeiro-Cristal (GCC) e refletir sobre o processo de formação em Educação Física no contexto do SUS.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Apresentar o projeto PET-Saúde (Educação Física) e o CAPS ad no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Apresentar o método *Lian Gong em 18 Terapias*;
- Relatar as experiências com o Grupo da Ginástica Chinesa do CAPS ad GCC.

1.2 JUSTIFICATIVA

Através do relato de experiência o aluno tem a oportunidade de apresentar e compartilhar situações e aprendizados desenvolvidos durante as atividades práticas e que, muitas vezes, vão além dos conhecimentos assimilados em sala de aula. Assim, considero que apresentar minhas experiências sob a forma de Trabalho de Conclusão de Curso da graduação em Educação Física é um modo de expor situações inusitadas as quais enfrentei e que podem servir de exemplo durante momentos da formação acadêmica. Retomar esta trajetória como monitor do PET-Saúde também me proporcionou realizar uma reflexão não apenas do período em que estive realizando o trabalho, mas de todo processo de aprendizagem durante a minha graduação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para entender e responder aos objetivos do estudo apresenta-se a revisão da literatura sobre os principais assuntos que guiaram o desenvolver do trabalho. Ao esclarecer as questões importantes, acredito que ficará facilitada a compreensão das situações que serão descritas no relato de experiência.

2.1. CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O uso ou abuso de álcool e outras drogas implicam na disfunção normal do cérebro, acarretando modificação do comportamento do indivíduo, com possibilidade em decorrente dependência. Ao se buscar aprofundar sobre o tema da drogadição, apresentaram-se como definições quanto às drogas, conforme Carlini *et al* (2001, p. 3):

- Drogas: de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1981): 'qualquer entidade química ou mistura de entidades (mas outras que não aquelas necessárias para a manutenção da saúde como, por exemplo, água e oxigênio) que alteram a função biológica e possivelmente a sua estrutura'. Uma outra definição encontrada em muitos livros é: 'qualquer substância capaz de modificar a função de organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento'.
- Drogas Psicoativas: segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1981): 'são aquelas que alteram comportamento, humor e cognição'. Isso significa, portanto, que essas drogas agem preferencialmente nos neurônios, afetando o Sistema Nervoso Central.
- Drogas Psicotrópicas: pela OMS (1981), são aquelas que: 'agem no Sistema Nervoso Central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora sendo, portanto, passíveis de auto-administração' (uso não sancionado pela medicina). Em outras palavras, essas drogas levam à dependência.
- Drogas de Abuso: definidas em livros de Farmacologia como sendo: 'qualquer substância (tomada através de qualquer forma de administração) que altera o humor, o nível de percepção ou o funcionamento do Sistema Nervoso Central (desde medicamentos até álcool e solventes) (CARLINI *et al*, 2001, p. 3).

A seguir apresento a classificação de drogas psicotrópicas de acordo com Carlini *et al*. (2003), proposta por cientistas franceses, que classifica as drogas quanto à sua atuação no Sistema Nervoso Central (SNC), pois entendo que se faz

necessário situar o leitor quanto à atuação das drogas no organismo. Assim, são propostos três grupos: depressores, estimulantes e perturbadores da atividade do SNC.

Seguindo essa classificação, o grupo dos depressores da atividade do SNC, atuam na diminuição da atividade do cérebro, assim, as pessoas que fazem uso das drogas desse grupo tendem a tornar-se mais desatentas, lentas, sem interesse. Exemplos de drogas que atuam dessa forma são: álcool; soníferos; ansiolíticos; opiáceos ou narcóticos; e inalantes ou solventes.

Com relação ao segundo grupo, os estimulantes do SNC, são as substâncias que estimulam a atividade cerebral, assim, às pessoas que utilizam as drogas desse grupo caracterizam-se por ficarem mais atentas, sem sono. São exemplos de drogas: anorexígenos; cocaína.

Completando a classificação, o terceiro grupo é composto pelas drogas que alteram a qualidade de atuação no cérebro. Caracterizam-se por provocar delírios, ilusões e alucinações as pessoas que utilizam substâncias desse grupo. As drogas podem ser de origem vegetal ou sintética. São exemplos de origem vegetal: THC (da maconha); mescalina (dos cactos mexicanos); psilocibina (de alguns cogumelos). Exemplos de drogas sintéticas: LSD-25; *Ecstasy*; anticolinérgicos.

O uso de drogas esteve presente nas sociedades mais antigas e segue até os dias de hoje, de maneira que ao investigar os diferentes aspectos sobre esse consumo permitirá conhecer uma determinada realidade social (CARRANZA & PEDRÃO, 2005). Com isso, analisar o consumo de drogas em uma sociedade é um processo complexo e que se exige uma análise em diversos fatores de cunho político, econômico, social, cultural (BUCHER; OLIVEIRA, 1994). O consumo de substâncias psicoativas também está relacionado à obtenção de prazer e as diminuições do sofrimento como afirmam os autores do trecho a seguir.

O homem pela sua própria natureza tem buscado, através dos tempos, alternativas para aumentar seu prazer e diminuir o sofrimento. De início, os chás, os fumos mágicos, os óleos medicinais que eram empregados de forma controlada por normas sociais e ritos tinham sempre uma função curativa, ritualística, ou mesmo mística. (MARTINS; CORRÊA, 2004, p. 399).

Dados apontam que, no Brasil, no ano de 2001, o número de jovens que utilizavam ou já haviam utilizado drogas, que era de 15%, subiu para 25%, destes,

calculava-se que 1,5% eram dependentes (LEMOS, 2008). Para Carlini *et al* (2002), há maior uso de álcool, nicotina e outras drogas no estudo envolvendo 107 cidades do Brasil. O Ministério da Saúde (2004, p.9) julga importante considerar o consumo de drogas como um problema de saúde pública e, de maneira integrada prevenir, tratar e reabilitar o usuário. Através da criação da política de atenção a usuários de álcool ou outras drogas, o governo aponta para a necessidade de não mais entendermos a questão do tratamento para usuários de drogas apenas como o processo de abstinência. Trata-se, a partir desta política, o tratamento para o usuário de drogas uma questão de acolhimento do usuário e da história que traz consigo, tendo como objetivo não só a abstinência, mas a recuperação do ser humano. A questão do consumo de álcool e outras drogas ganha maior visibilidade a cada dia, devido às discussões a cerca da temática, presente nos variados meios de comunicação e no contexto de várias instituições (MARINHO, 2005).

2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema de saúde pública criado para oferecer atendimento igualitário, cuidar e promover a saúde de toda a população. O SUS constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. De acordo com o Ministério da Saúde, o SUS é definido como único porque segue os mesmos princípios em todo o território nacional e está sob a responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal. No entanto, cabe resgatar a origem desse sistema.

Com a aprovação da nova Constituição Brasileira pela Assembléia Nacional Constituinte no ano de 1988, foi incluída, pela primeira vez, uma seção sobre a Saúde. Nessa seção, foram adicionados, de forma considerável, os conceitos e propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, também se admite que a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária e do SUS. Essa constituição define o conceito de saúde, através de novos formatos. Para que se tenha saúde, é preciso ter acesso à alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, entre outros fatores.

No capítulo VIII da Ordem Social e na Seção II referente à Saúde da constituinte de 1988, definiu-se no artigo 196 que:

“A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

A concepção do SUS foi estruturada de maneira que o modelo de saúde fosse voltado às necessidades dos cidadãos, com o intuito de reafirmar o compromisso do Estado com o bem-estar social, especialmente no que se trata de saúde coletiva, assim, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. O SUS, mesmo sendo definido pela Constituição de 1988, foi regulamentado em setembro de 1990, através da Lei 8.080, na qual é definido o modelo operacional do sistema, orientando a sua forma de organização e de funcionamento (MENICUCCI, 2006).

O Sistema Único de Saúde é regido por três princípios doutrinários são eles: Universalidade; Equidade e Integralidade, descritos a seguir.

- Universalidade: a saúde é concebida como direito de todo e qualquer cidadão e como um dever do Estado. Portanto, todo e qualquer cidadão passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde e aqueles contratados pelo poder público.

- Equidade: as diferenças individuais (econômicas e sociais) não podem apresentar impedimentos para o consumo de bens e serviços de saúde. Todo o cidadão que necessite de atenção à saúde deverá ter direito às ações e serviços em todos os níveis do sistema (desde os mais simples até os mais especializados), de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégios e sem barreiras.

- Integralidade: o homem deve ser visto como um ser integral, portanto as ações de saúde não podem ser compartimentadas, mas sim conjugadas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A partir desses princípios, decorrem os princípios organizativos, quais sejam: Regionalização, Hierarquização, Descentralização, Participação dos Cidadãos. Os princípios de Regionalização e da Hierarquização podem ser definidos como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados a partir de níveis de complexidade tecnológica. Assim, são divididos em quatro níveis: primário, secundário, terciário e quaternário.

O nível primário deve atender e solucionar os principais problemas de atenção a população e refere-se às Unidades Básicas de Saúde (UBS). O nível secundário atende os casos mais específicos em centros de especialidades e que não podem ser resolvidos pelo nível primário. O nível terciário abrange os serviços de média e alta complexidade em hospitais de referência. O nível quaternário compreende a demanda de altíssima complexidade, como em casos de transplantes. Através desses níveis de organização é possível ter maiores conhecimentos da demanda de cada população, beneficiando as ações de saúde.

A Descentralização consiste em permitir ao órgão mais próximo do “problema” decidir qual solução realizar. Pois, desta forma, acredita-se que quanto mais próximo do problema, mais chance se tem de acertar na solução. Assim, transfere-se a responsabilidade de gestão dos problemas municipais ao Governo Municipal; o que se refere ao Estado, ao Governo Estadual e o que for à ordem nacional, será de responsabilidade do Governo Federal.

A Participação dos Cidadãos é a forma democrática de decidir os processos de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução junto à população através dos Conselhos Municipais de Saúde, que são compostos por Governo, profissionais da saúde, usuários e prestadores de serviço.

2.3 PROGRAMA DE ENSINO PELO TRABALHO (PET) - Saúde

2.3.1 Definição

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde é uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE, este em processo de implementação desde 2005. O Programa visa à educação pelo trabalho, envolvendo tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, sendo regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010.

De acordo com o Ministério da Saúde Governo Federal (BRASIL, 2011) o PET-Saúde é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, do Ministério da Saúde, a Secretaria de Educação Superior – SESu, do Ministério da Educação, e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

(SENAD/GSI/PR), sendo este projeto conduzido, principalmente, pela integração ensino-serviço-comunidade.

Os grupos do PET-Saúde/Saúde da Família são formados por um tutor acadêmico, trinta estudantes, desses doze estudantes monitores, que efetivamente recebem bolsas, e seis preceptores. Assim, possibilitando aos alunos, através da troca de experiências e dialogo entre tutores, preceptores e alunos, realizar da melhor forma possível o trabalho e, também, facilitando a ambientação ao cenário do SUS.

2.3.2 Objetivos

De acordo com Haddad *et al.* (2009) o objetivo geral do Programa é promover a relação ensino/serviço e comunidade na atenção básica através de grupos multidisciplinares de aprendizagem tutorial na Estratégia da Família, suscitando maior relação entre Universidade e a Sociedade, qualificando os profissionais da área da saúde, bem como a produção e divulgação de pesquisas voltadas as necessidades do SUS.

No Artigo 2º do Diário Oficial da União – seção 1, de 27 de janeiro de 2008, são apresentados os objetivos gerais propostos pelo PET-Saúde. Segue o Art.2º:

Art. 2º São objetivos do PET-Saúde:

I - possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais;

II - estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação;

III - desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar;

IV - contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde;

V - contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País;

VI - sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira;

VII - induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e
VIII - fomentar a articulação entre ensino e serviço na área da saúde (BRASIL, 2008, p. 27).

2.3.3 A Educação Física no PET-Saúde

A Educação Física ingressou em um segundo momento no PET-Saúde. Primeiramente, as áreas do ensino envolvidas no projeto desenvolvido ao longo de 2009, que contou com a participação de oito grupos de PET-Saúde, foram Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia.

De maneira a atender ao Edital número 18 de 16/09/2009 SGTES/MS, junto com a renovação dos oito grupos já existentes, foi feita a ampliação dos cursos participantes junto ao Programa. Os cursos de graduação que ingressaram no Programa foram Educação Física, Fonoaudiologia e Fisioterapia.

O projeto de atuação da Educação Física segue os objetivos propostos pelo PET-Saúde. Atuando, especificamente, no Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal (GCC), desde o início do ano de 2010, busca desenvolver com excelência o serviço a comunidade referida, bem como, nesse momento histórico quanto a atuação do profissional da Educação Física na saúde, promover a inserção desse profissional nas equipes do SUS.

2.4 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ÁLCOOL E DROGAS (CAPS ad)

2.4.1 Definição

O SUS apresenta uma rede ampliada de atendimento voltada ao acompanhamento de familiares e usuários de drogas. O acompanhamento acontece através dos CAPS, das equipes destinadas a Estratégia Saúde da Família, dos Consultórios de Rua, das Casas de Acolhimento Transitório, de Grupos Terapêuticos, de tratamentos medicamentosos e internações hospitalares, de acordo com a necessidade do usuário. Existem, aproximadamente, 231 Centros de Atenção Psicossocial, voltados exclusivamente para atender usuários de álcool e drogas (BRASIL, 2010).

O Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) é uma unidade de saúde do SUS, que visa atender pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes e também apoio aos seus familiares. Visando atender de forma mais especializada e específica, o CAPS se subdivide em CAPS I, CAPS II, CAPS III,

Álcool e Drogas (CAPS ad) e Infante Juvenil (CAPSi), definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

Através de regulamentação da Portaria SAS de 2002, o CAPS ad assiste pacientes com transtornos decorrentes do uso abusivo e/ou dependência de álcool e drogas, buscando a reinserção social de seus usuários. Para isso, oferece atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, de acordo com a necessidade de acompanhamento. A modalidade intensiva é destinada ao tratamento de pacientes com quadro clínico mais grave e que necessitam de cuidado diário; a modalidade semi-intensiva destina-se ao tratamento de pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, porém não diário; em casos de menor gravidade é indicado o tratamento na modalidade não-intensiva, onde a freqüência dos atendimentos é menor. Este serviço está alicerçado na reabilitação pessoal e familiar do indivíduo, almejando diminuir métodos de tratamento que o afastem do convívio social.

2.4.2 Estrutura

O CAPS ad presta um serviço ambulatorial de referência para a área de alcance, visando uma atenção psicossocial diária, para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, em municípios com população superior a 70.000 habitantes.

Assim como está documentado na Portaria n.º336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, os CAPS ad devem obedecer às seguintes normas:

- a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;
- b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;
- c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso. (PORTARIA N° 336, 2002, p. 4)

No que diz respeito à equipe técnica especializada, é necessário que esta equipe seja composta por um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; um médico clínico; quatro profissionais de nível superior nas áreas da psicologia, serviço social, enfermagem, terapia ocupacional, pedagogia ou outra área de relevância para o projeto terapêutico; e seis profissionais de nível médio, como técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão, considerando um atendimento diário de no máximo quarenta e cinco pacientes, sendo vinte e cinco pacientes por turno. (PORTARIA 336)

Visando melhorar a aderência e assiduidade ao tratamento, o CAPS ad presta assistência aos seus usuários através de algumas atividades como o atendimento individual, em grupo, ou de desintoxicação; oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares aos pacientes e seus familiares, e praticas para inserção social.

Além disso, os pacientes também poderão receber uma ou duas refeições diárias, quando ficarem assistidos por um ou dois turnos, respectivamente. (PORTARIA 336)

2.4.3. CAPS ad Glória/Cruzeiro/Cristal

Dados da Organização Mundial da Saúde (2001) apontam que aproximadamente 10% das populações dos centros urbanos mundiais fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, não importando seu poder aquisitivo, sexo,

idade e nível de instrução. Na região Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC)¹, situada no município de Porto Alegre, residem aproximadamente 150.980 habitantes (Gerência Distrital GCC, 2003), com isso estima-se que existem aproximadamente 15.000 usuários de substâncias psicoativas. Considerando a importância desses dados, fica clara a necessidade da intervenção do CAPS ad na região.

Em março de 2007, anterior a criação do CAPS ad GCC, o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul/Saúde Mental (PACS/SM, 2007) relatou que de um total de 1.917 pacientes atendidos, 383 pacientes receberam a indicação de internação, sendo que 52% destas indicações tiveram diagnóstico de algum tipo de transtorno causado pela drogadição. Desde 2008 o CAPS ad GCC produz um relatório anual que permite identificar o perfil dos usuários acolhidos pelo serviço.

Alguns dos resultados encontrados no relatório do ano de 2010 apontam que foram acolhidos 261 usuários de substâncias psicoativas, sendo 207 do sexo masculino, enquanto 54 foram do sexo feminino. A tabela 1 mostra a porcentagem dos usuários em relação ao tipo de drogas consumidas, no ano 2010.

Tabela 1 – Quadro do número e percentual de usuários de cada tipo de droga

Drogas	Quantidade de Usuários	% de usuários
Álcool	167	61
Crack	151	55
Crack com Maconha	não tem registros	-
Tabaco	93	34
Maconha	71	26
Coca Aspirada	63	23
Coca Injetável	3	1
Solventes/inalantes	3	1
Outros	1	0

Fonte: Levantamento de acolhidos – CAPS ad GCC (2010)

De acordo com os fundamentos legais e teóricos do CAPS ad GCC, são utilizadas diferentes teorias como forma de tratamento dos usuários, sendo assim

¹ Região Glória/Cruzeiro/Cristal: composta pelos bairros Medianeira, Santa Teresa, Belém Velho, Cascata, Glória e Cristal. (Observatório de Porto Alegre, 2010)

necessária uma equipe multidisciplinar. Atualmente o quadro de funcionários contratados é composto por uma terapeuta ocupacional, uma psiquiatra, duas psicólogas, um clínico geral, uma enfermeira, duas assistentes sociais, dois auxiliares de enfermagem e uma recepcionista. Além disso, o CAPS ad GCC também é composto por estagiários e residentes das áreas de psicologia clínica e enfermagem da UFRGS. Também recebe monitores vinculados ao PET SAÚDE/ SAÚDE DA FAMÍLIA, PRÓ-SAÚDE e PET SAÚDE/ SAÚDE MENTAL. Onde os alunos das áreas de psicologia, terapia ocupacional, educação física, fonoaudiologia, enfermagem e serviço social, realizam projetos e atividades.

O programa de tratamento no CAPS ad GCC é composto por diversas atividades, sempre buscando tratar o usuário da forma mais personalizada possível. Atualmente a modalidade de tratamento intensivo encontra-se em processo de estruturação, contando apenas com serviços de tratamento semi-intensivo e não-intensivo. Em todas essas modalidades de tratamentos trabalha-se com atividades grupais, de oficinas e/ou de atendimento individual, abordando assuntos como drogas e a importância do engajamento familiar para um tratamento bem sucedido.

As atividades em grupo destinadas aos usuários se resumem: Grupo de Avaliação Clínica; Grupo de Cuidados com a Saúde; Grupo de Mulheres. Devido ao aumento da demanda na área de jovens e adolescentes, está sendo elaborado um grupo específico para este público. Além disso, ainda existe um Grupo Familiar, realizado semanalmente, visando dar apoio aos familiares dos usuários de drogas.

Também existem atividades sob forma de oficinas terapêuticas. Estas ocorrem semanalmente e se subdividem em: Oficina de Mosaico; Oficina de Atividades Manuais; Oficina de Velas; Oficina de Sabonetes; Oficina de Bijuterias.

Os atendimentos individuais acontecem de acordo com a necessidade de cada paciente. A partir disso, o usuário é encaminhado a consultas com psiquiatra, clínico geral, psicóloga, assistente social e/ou terapeuta ocupacional.

Contudo, além das atividades fixas, o CAPS ad procura realizar atividades externas como passeios culturais. Assim, reforçando o pensamento de inserção social do usuário.

2.5 LIAN GONG

A principal obra encontrada sobre o *Lian Gong* foi a de Maria Lúcia Lee, 1997, *Lian Gong em 18 Terapias Forjando um Corpo Saudável*. É uma obra pioneira no Brasil, criada a partir do contato direto que a referida autora teve com o Dr. Zhuang Yuen Ming, criador do método *Lian Gong*. Encontrou-se pouca literatura aplicada à Educação Física. Os itens a seguir estão, fundamentados na obra de Maria Lúcia Lee. Neste projeto, utilizamos apenas a primeira parte da prática do *Lian Gong*, que será apresentada posteriormente.

2.5.1 Definição

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC² (Ministério da Saúde, 2006) afirma que o *Lian Gong* é uma Ginástica Terapêutica Chinesa que se caracteriza por um conjunto de três partes de dezoito exercícios terapêuticos e preventivos cada uma, que alia os conhecimentos da medicina ocidental às bases da Medicina Tradicional Chinesa. A primeira parte subdivide-se em três séries com seis exercícios cada. O mesmo acontece com a segunda parte. Já a terceira parte é considerada uma continuação do *Lian Gong em 18 terapias*, nomeada de *I Qi Gong*, que também é composta por dezoito exercícios.

Uma das formas de representação do *Lian Gong* é através de seu ideograma, conforme figura 1.

Figura 1 - Ideograma Lian Gong



Fonte: Google Images (2011)

² Política que atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais destacam-se aquelas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa, da Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo-Crenoterapia.

Segundo Lee (1997), *Lian* significa treinar, exercitar e *Gong*, trabalho persistente e prolongado que atinge um nível elevado de habilidade.

2.5.2 Origem

O *Lian Gong* em 18 Terapias foi uma técnica desenvolvida e lançada em 1975 pelo Dr. Zhuang Yuan Ming, importante ortopedista da medicina tradicional chinesa, inclusive sendo diversas vezes premiado pelo Governo do Estado de Shangai – China.

Para o desenvolvimento da técnica, o Dr. Zhuang utilizou-se de sua vasta vivência na prática clínica e de estudos sobre Medicina Tradicional Chinês – MTC, artes guerreiras tradicionais e o *Dao in* (ginástica terapêutica que visa a indução da circulação do Qi³ e do Sangue).

No Brasil, a técnica foi apresentada por Maria Lúcia Lee, professora de artes corporais orientais na UNICAMP. A professora conheceu o Dr. Zhuang quando foi à Shangai - China, em 1987, e recebeu dele autorização para difundir a técnica do *Lian Gong* no Brasil.

O *Lian Gong* em 18 Terapias foi incluído, por meio da Portaria 971 de 03 de maio de 2006, pelo Ministério da Saúde nas práticas da Medicina Tradicional Chinesa a serem oferecidas à população pelo SUS.

2.5.3 Primeira Parte

Na primeira parte dos exercícios do *Lian Gong*, os movimentos são indicados para a prevenção e tratamento de dores no pescoço, nos ombros, nas costas e na região lombar, nos glúteos e pernas. É composto por três séries de seis exercícios cada, totalizando dezoito.

³ Qi - é invisível e intangível, não é energia nem matéria, é um elemento etéreo que potencialmente pode se transformar tanto em matéria (yin) quanto em energia (yang).
Tradução no ocidente – energia vital, ar vital.

2.5.3.1 Movimentos da Primeira série

Os objetivos dos exercícios dessa série são desfazer contraturas musculares, fortalecer o tônus muscular e articulações e melhorar a circulação sanguínea da região do pescoço, dos ombros e dos membros superiores. As indicações são para o tratamento de torcicolo, cervicalgia e periartrite. São os movimentos:

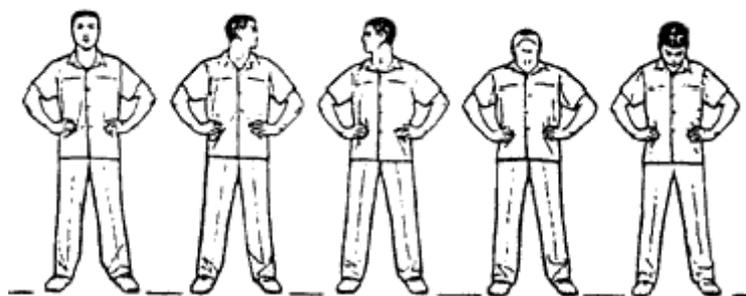
2.5.3.1.1 Movimento de Pescoço

O objetivo desse movimento é fortalecer os músculos do pescoço e aumentar a mobilidade das diferentes articulações da coluna cervical. É indicado no tratamento de torcicolos. Durante o exercício, a sensação deve ser de alívio nos músculos do pescoço.

Na execução do exercício, ao movimentar a cabeça, deve-se manter o pescoço ereto e o tronco paralisado sem incliná-lo, curvá-lo ou girá-lo. Também, deve-se alcançar a amplitude máxima do movimento, e ao inclinar a cabeça para baixo direcionar o queixo para o tórax, na região do Esterno.

Evitar sempre que inclinar a cabeça perder o equilíbrio, quando olhar para o lado. E ao olhar para cima ou pra baixo, não largar a cabeça, provocando a compressão do espaço intravertebral, exemplificado na figura 2.

Figura 2 - Movimento de pescoço



Fonte: Google Images (2011)

2.5.3.1.2 Arquear as Mãos

O objetivo desse movimento é fortalecer os músculos do pescoço, ombros e região superior das costas e melhorar a mobilidade da cintura escapular. É indicado

no tratamento de dores e enrijecimento da nuca, ombros e costas; no formigamento, adormecimento e inchaço nas mãos e nos braços; sensação de peito congestionado e angústia. Durante o exercício, a sensação deve ser de alívio nos músculos do pescoço, ombro e costas, juntamente há uma sensação prazerosa no peito.

Na execução do exercício, conforme figura 3, ao afastar os braços para os lados, os antebraços devem ficar na posição vertical e perpendiculares ao solo; aproximar o máximo possível as escápulas; e as mãos devem estar voltadas uma para outra quando formarem o triângulo em frente ao rosto.

Evitar projetar o cotovelo, para frente ou para trás, ao separar os braços; e na posição inicial os cotovelos não devem ficar esticados ou erguidos.

Segue figura ilustrativa:

Figura 3 - Arquear as mãos



Fonte: Google Images (2011)

2.5.3.1.3 Estender as Palmas para Cima

O objetivo desse movimento é fortalecer os músculos do pescoço, ombros e costas. É indicado no tratamento de dores no pescoço, ombros e costas; em problemas envolvendo a articulação dos ombros. Durante o exercício, a sensação deve ser de alívio nos músculos do pescoço, ombro. Na execução do exercício, esticar os braços, na extensão máxima, para cima, contraindo a região abdominal e sentir os pés bem apoiados ao solo.

Evitar projetar o abdômen e, não posicionar os braços paralelamente ao tronco. Na figura 4, segue ilustração.

Figura 4 - Estender as palmas para cima



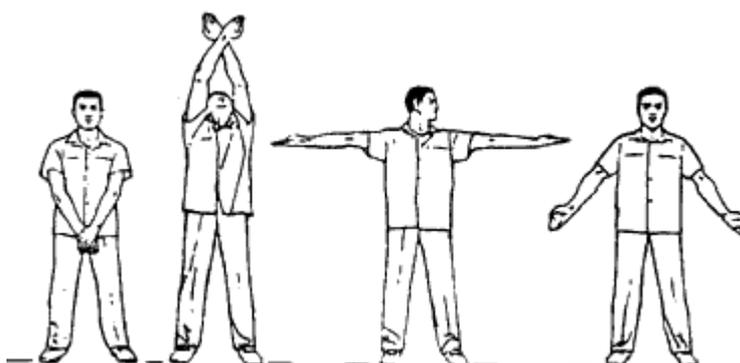
Fonte: Google Images (2011)

2.5.3.1.4 Expandir o Peito

O objetivo desse movimento é proporcionar um aumento na amplitude de movimento da articulação do ombro ao realizar a elevação, abdução e rotação externa dos braços. É indicado no tratamento de dores no pescoço e disfunção da articulação dos ombros. Durante o exercício, a sensação deve ser de alívio na região do pescoço, ombros e quadril.

Na execução do exercício, vide figura 5, manter os braços esticados e eretos, durante o movimento de elevar e rodar os braços para trás, tendo o ombro como eixo. Evitar que braços fiquem relaxados.

Figura 5 - Expandir o peito



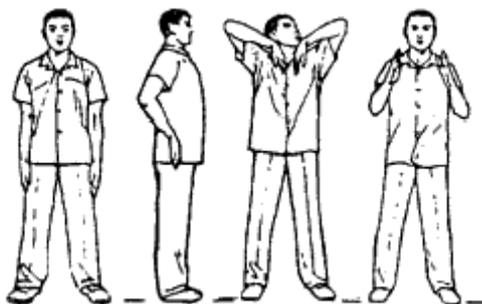
Fonte: Google Images (2011)

2.5.3.1.5 *Despregar as Asas*

O objetivo desse movimento é exercitar o movimento circular da articulação dos ombros. É indicado em caso de rigidez nos ombros, braços e em casos de tendinites, bursites, entre outros. Durante o exercício, a sensação deve ser de alívio na região do pescoço, ombros e costas.

Na execução do exercício, mãos e pulsos devem estar soltos, enquanto os cotovelos coordenam os movimentos antebraços. Ao movimentar circular o braço de baixo para cima e de trás para frente, não enrijecer os ombros conforme a figura 6.

Figura 6 - Despregar as asas



Fonte: Google Images (2011)

2.5.3.1.6 *Levantar o Braço de Ferro*

O objetivo desse movimento é melhorar o movimento de extensão do braço e aumentar a amplitude de movimento dos ombros. É indicado no tratamento de dificuldades decorrentes de rigidez nos ombros; dores no pescoço, ombros e quadril. Durante o exercício, sente-se uma sensação agradável no peito.

Na execução do exercício, veja figura 7, quando ao erguer e abaixar lateralmente o braço, o mesmo deve permanecer ereto e esticado. Quando a mão alcançar a região acima da cabeça, a palma deve estar direcionada para cima. Enquanto, quando houver a troca da mão posicionada nas costas, deve-se sobrepor a região onde o dorso da outra mão estava, assim subindo gradualmente até a região da coluna torácica. Deve-se ter o cuidado em não inclinar o tronco, enquanto o braço estiver sendo erguido.

Figura 7 - Levantar o braço de ferro



Fonte: Google Images (2011)

2.5.3.2 Movimentos da Segunda série

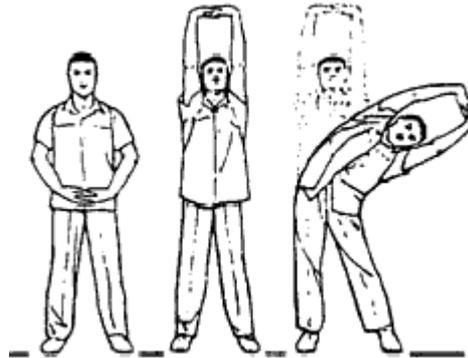
Envolvem a região torácica e lombar. Os objetivos dos exercícios dessa série são aliviar as dores nas costas e fortalecer a musculatura da região, melhorar a mobilidade da coluna e restabelecer a curva da espinha lombar. As indicações são para o tratamento de lesão aguda, desgaste da musculatura, dores nas costas e hérnia de disco. São os movimentos:

2.5.3.2.1 *Empurrar o Céu e Inclinat para o Lado*

O objetivo desse movimento é melhorar o alinhamento das vértebras, fortalecimento das articulações, ligamentos e músculos da região. É indicado quando há dificuldade de movimentação das articulações dos ombros, cotovelos e coluna vertebral.

Na execução do exercício, deve-se após realizar flexão de cotovelo, ao impulsionar as mãos entrelaçadas acima da cabeça, deixar os braços estendidos ao lado das orelhas, em seguida, mantendo braços retos e o olhar à frente, flexionar lateralmente o tronco na amplitude máxima. Deve-se cuidar para não girar o tronco. A figura 8 representa o movimento:

Figura 8 – Empurrar o céu para o lado



Fonte: Google Images (2011)

2.5.3.2.2 Girar a Cintura e Projetar as Palmas

O objetivo desse movimento é fortalecer os músculos envolvidos na rotação da espinha dorsal. É indicado para aliviar a rigidez do pescoço, da cintura, dos cotovelos e dos ombros.

Na execução do exercício, observar figura 9 deve-se buscar a máxima amplitude que for possível de rotação de tronco e cabeça, mantendo ombros alinhados e corpo ereto, quando levar uma palma da mão para frente e projetar o cotovelo do outro braço para trás realizar flexão de cotovelo. Quando trocar o braço à frente, a mão que estava fechada abre-se, e a outra fecha. Deve-se cuidar para não inclinar o tronco e cotovelos desalinhados.

Figura 9 – Girar a cintura e projetar as palmas



Fonte: Google Images (2011)

2.5.3.2.3 Rodar a Cintura com as Mãos nos Rins

O objetivo desse movimento é conservar ou ajustar a curvatura da coluna lombar. É indicado quando há dores na cintura.

Na execução do exercício, conforme representada na figura 10 devem-se manter pernas eretas ao realizar o movimento de grande círculo com os quadris, e quando inclinar para frente ou para trás o tronco, deve-se relaxar a musculatura dos ombros e cintura e manter o olhar para um ponto fixo durante a realização do movimento. O pescoço mantém na linha da coluna sempre. Deve-se cuidar para não rodar o tronco, apenas o quadril; não inclinar muito o tronco e elevar os cotovelos, quando o quadril estiver girando para trás.

Figura 10 – Rodar a cintura com as mãos nos rins



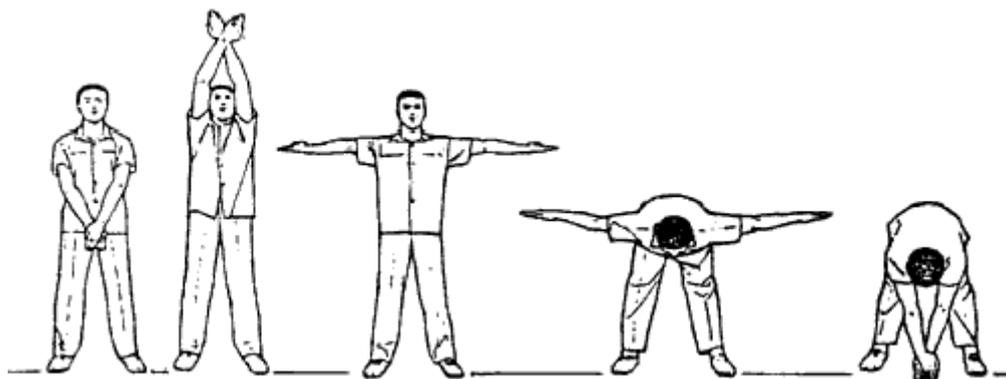
Fonte: Google Images (2011)

2.5.3.2.4 Abrir os Braços e Flexionar o Tronco

O objetivo desse movimento é melhorar e fortalecer a elasticidade dos ligamentos, músculos e articulações da coluna. Indicado quando há dores no pescoço, ombros, costas e cintura.

Na execução do exercício, flexiona-se o tronco a linha da articulação coxofemoral, costas e pernas permanecem estendidas, olhar a frente em um ponto fixo no chão e o quadril posicionado atrás das linhas dos pés. Ao elevar o tronco a cabeça mantém-se ereta, o olhar voltado para as mãos e o quadril volta a ficar alinhado com os pés. Devem-se manter os braços na linha dos ombros e pescoço firme quando inclinar o tronco, como exemplificado na Figura 11:

Figura 11 – Abrir os braços e flexionar o tronco



Fonte: Google Images (2011)

2.5.3.2.5 Espetar com a Palma para o Lado

O objetivo desse movimento é fortalecer a musculatura da coluna, da cintura, dos glúteos e das pernas. É indicado para dores no pescoço, ombros, costas e cintura.

Na execução do exercício, vide figura 12, a abertura das pernas deve ser a mesma da largura dos ombros, os tornozelos permanecem firmes e braço reto, tronco e cabeça eretos, perna de trás reta e perna da frente flexionada. Deve-se cuidar para não inclinar o tronco a frente; posicionar o braço estendido muito baixo; e tornozelos não firmes.

Figura 12 – Espetar com a palma para o lado

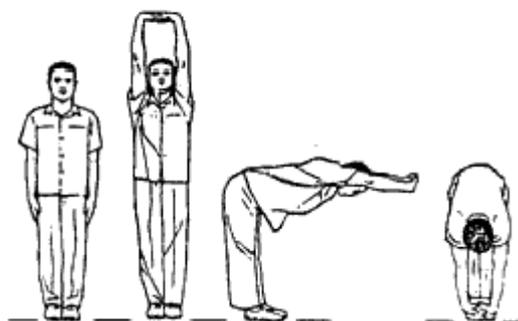


Fonte: Google Images (2011)

2.5.3.2.6 *Tocar os Pés com as Mãos*

O objetivo desse movimento é fortalecer a musculatura da coluna, glúteos e pernas. Na execução do exercício, quando ao flexionar o tronco deve-se permanecer com os braços e as pernas estendidas, o pescoço na linha da coluna e o quadril posicionado atrás da linha dos pés. Deve-se cuidar para não flexionar os joelhos. A figura 13 ilustra o movimento.

Figura 13 – Tocar os pés com as mãos



Fonte: Google Images (2011)

2.5.3.3 Movimentos da Terceira série

Envolvem a região dos glúteos e pernas. Os objetivos dos exercícios dessa série são aliviar melhorar a flexibilidade das articulações quadril, coxo-femorais, joelhos e tornozelos. Também visa promover o fortalecimento da musculatura dos glúteos, coxas e pernas. As indicações são para lesões e dores nos joelhos e pernas. São os movimentos:

2.5.3.3.1 *Rodar os Joelhos à Esquerda e à Direita*

O objetivo desse movimento é fortalecer a musculatura das coxas, de forma a fortalecer os ligamentos do joelho, possibilitando melhor estabilidade da articulação. É indicado em casos de dores nos joelhos e tornozelos. Na execução do exercício, como mostra a figura 14, girar os joelhos de forma lenta e continuamente, realizando

com a máxima amplitude do movimento. Deve-se cuidar para não levantar os calcanhares do chão e inclinar o tronco à frente.

Figura 14 – Rodar os joelhos à esquerda e à direita

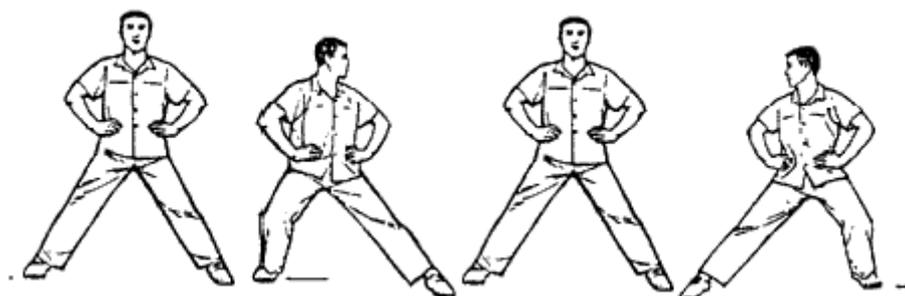


Fonte: Google Images (2011)

2.5.3.3.2 Flexionar as Pernas e Girar o Tronco

O objetivo desse movimento é fortalecer a musculatura das coxas. Possibilitar a melhora nos movimentos de abdução e adução das pernas. Também visa estabilizar a articulação do quadril. É indicado em casos de dores envolvendo cintura, glúteos, pernas. Na execução do exercício, exemplificado na figura 15, posicionar os pés com amplo afastamento, e deixando as pontas dos pés paralelas e voltadas para frente. Quando realizar a flexão do joelho e o giro do tronco, modificando o centro de gravidade, deve-se manter o joelho alinhado com a ponta do pé, e perpendicular ao solo. O tronco permanece ereto. Deve-se cuidar para não posicionar o joelho flexionado desalinhado com a ponta do pé.

Figura 15 – Flexionar as pernas e girar o tronco



Fonte: Google Images (2011)

2.5.3.3.3 Flexionar e Esticar as Pernas

O objetivo desse movimento é fortalecer a musculatura dos glúteos. Possibilitar a melhora nos movimentos de abdução e adução das pernas. Também visa estabilizar a articulação do quadril. É indicado em casos de dores envolvendo glúteos, coxas e a articulação dos joelhos. Na execução do exercício, representado na figura 16, relaxar os músculos das nádegas quando estiver agachando, e manter o olhar voltado para frente. Quando realizar a extensão do joelho, pressionando os pés com as mãos, voltar o olhar para frente e no chão. Realizar a extensão completa dos joelhos.

Figura 16 – Flexionar e esticar as pernas



Fonte: Google Images (2011)

2.5.3.3.4 Tocar os Joelhos e Levantar a Palma

O objetivo desse movimento é trabalhar a potência da musculatura das coxas e a estabilidade do quadril, joelhos e tornozelos. É indicado em casos de dores no pescoço, ombros, cintura e pernas. Na execução do exercício, posicionar os pés bem afastados, vide figura 17. Quando estiver na posição de “montar o cavalo” centralizar o peso entre as pernas. Evitar inclinar o tronco e projetar.

Figura 17 – Tocar os joelhos e levantar a palma



Fonte: Google Images (2011)

2.5.3.3.5 Abraçar o Joelho Contra o Peito

O objetivo desse movimento é trabalhar fortalecer os músculos das nádegas e a articulação do quadril. É indicado em casos de dores nas regiões trabalhadas. A figura 18 ilustra a execução do exercício, onde se deve manter o centro de gravidade alinhado e abraçar o joelho mais próximo possível do peito. Evitar realizar um passo à frente muito largo e cuidado para não curvar o tronco quando abraçar o joelho.

Figura 18 – Abraçar o joelho contra o peito



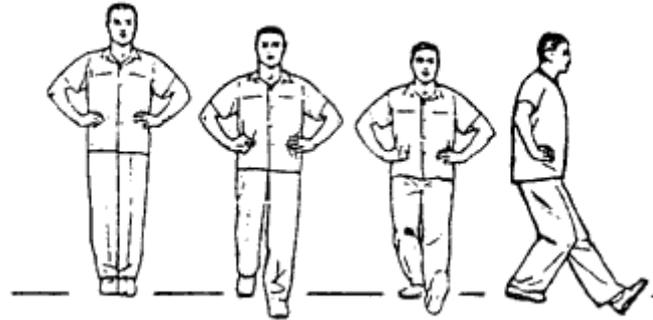
Fonte: Google Images (2011)

2.5.3.3.6 Passos Marciais

O objetivo desse movimento é trabalhar coordenação nos movimentos das pernas. É indicado em casos de limitações de movimentos das articulações das pernas. Representada na figura 19, a execução do exercício quando realizar o

movimento de avançar deve-se expandir o peito. No movimento de recuar, a perna que está atrás deve sustentar o peso, e o pé da perna que fica estendido aponta para o céu. Evitar inclinar o tronco na quando a perna de trás estiver flexionada.

Figura 19 – Passos marciais



Fonte: Google Images (2011)

3 METODOLOGIA

O presente trabalho tem natureza qualitativa descritiva no qual utilizo o relato de experiência através do projeto da Ginástica Chinesa – *Lian Gong* em 18 Terapias – desenvolvido no CAPS ad GCC de Porto Alegre, RS. Tendo como início das atividades a data do dia 19/05/2010 e como término a data do dia 16/12/2010, faço uso do meu diário de campo. A partir das anotações, apresento meu aprendizado que considero importante, pois resulta das diferentes situações ocorridas durante a realização do projeto.

Ao relatar minhas experiências, faço uso do referencial teórico apresentado acerca dos pontos que possibilitaram a realização do projeto, assim facilitando ao leitor, maior ambientação as circunstâncias e diretrizes que nortearam meu trabalho.

4 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Conforme já apresentado, este relato é resultado do projeto desenvolvido a junto ao grupo PET-Saúde. Nesse sentido, cabe relatar como foi todo o processo, desde o conhecimento do programa até a experiência que tive ao participar do mesmo.

Por meio da divulgação do processo seletivo do grupo PET-Saúde, via email, enviado aos alunos da Escola de Educação Física (ESEF) da UFRGS no final do mês de janeiro do ano de 2010, tive o meu primeiro contato. A seleção dos bolsistas, realizada no início do mês de fevereiro do mesmo ano, foi dividida em duas etapas. A primeira consistia no envio de uma Carta de Intenção ao professor responsável. Já a segunda, foi composta por uma entrevista no Campus Olímpico da UFRGS. Desse processo, foram selecionados 12 alunos bolsistas, dos quais um era eu.

Após receber a confirmação da minha seleção para ingressar ao grupo, surgiram muitos questionamentos, tais como dúvidas sobre a atuação no SUS, bem como o que realmente era o SUS. Na época, estava iniciando o 7º semestre da minha graduação, faltando apenas mais dois semestres para a conclusão do curso. Destaco isso, pois percebi, naquele momento, que em nenhuma disciplina que já havia cursado tinha sido apontada qualquer relação entre Educação Física e o SUS, e tampouco sobre a atuação em saúde coletiva.

Pode-se dizer que na disciplina de Fundamentos da Educação Especial tive um contato superficial com o assunto, na qual foram discutidos os princípios e as diretrizes do SUS. Considero importante esse relato, pois esse problema, na formação dos profissionais da educação física, vem sendo destacado pelos profissionais que se interessam por essa área de atuação. Como relata Wachs (2007), quando aponta o déficit de conteúdo abordando o tema da saúde coletiva na sua formação.

Finalizada a etapa de seleção e formação do grupo, o próximo passo foi conhecer os postos de saúde e as respectivas comunidades. Recordo-me, que ao conhecer o PSF Santa Teresa, logo que fomos apresentados como estudantes da Educação Física, uma agente comunitária disse: “Agora sim! O pessoal da Educação Física vai nos ajudar a emagrecer [...]” (Diário de Campo, s.d). Esse comentário me fez refletir sobre a imagem que se tem quanto ao papel do professor de educação física e, assim, a maneira como atua. Imediatamente, me veio à mente

a imagem de um *personal trainer* focado apenas no resultado físico e estético do aluno. Além de uma atuação totalmente assistencialista, sem cunho educativo ou preventivo. Contudo, percebi que essa forma assistencialista de atuação era contrária aos princípios e diretrizes do SUS, como apresentado no capítulo que o faz referência. A partir dessa reflexão, percebi que a influência da Educação Física estava além dos resultados físicos, acarretando no amadurecimento mental e social das pessoas. Assim, utilizo a abordagem referente à educação física trabalhando o corpo e a mente de Williams:

Quando a mente e o corpo eram considerados duas entidades separadas, a educação física era obviamente uma educação do físico... com o novo entendimento da natureza do organismo humano, na qual a totalidade do indivíduo é o fato proeminente, a educação física tornou-se educação através do físico. Com essa visão operativa, a educação física tem interesse por respostas emocionais, relacionamentos pessoais, comportamento grupal, aprendizagem mental e outras conseqüências intelectuais, sociais, emocionais e estéticas (WILLIAMS, 1964 *apud* BARBANTI, 2009, p.2).

Após o período de conhecimento de parte dos postos abrangidos pela área GCC e conhecer a realidade do SUS, o grupo foi dividido em duplas, para facilitar a inserção junto ao local selecionado. A dificuldade em entender de que forma aconteceriam as intervenções, a dificuldade em conciliar os horários entre monitores, preceptores e a demanda dos locais de atuação, acabaram tardando o início das atividades. A solução encontrada foi encaminhar os alunos que tinham os mesmos horários livres compatíveis aos dos postos. Assim, acabei sendo direcionado para o CAPS ad GCC junto com meu colega.

Definido o local de trabalho, o próximo passo foi definir a atividade a desenvolvida com um público com uma realidade diferente da nossa, a qual nem eu e nem meu colega havíamos trabalhado anteriormente. Como não tínhamos experiência com usuários de drogas, imaginávamos que oferecer uma oficina de futebol ou boxe, esportes que tínhamos maior conhecimento, seria mais fácil, pois geraria maior integração e aceitação. Além disso, não tínhamos tido nenhuma referência nas disciplinas já cursadas na faculdade que abordasse as melhores formas ou tipos de práticas a serem utilizadas com esse público específico.

Dessa forma, a decisão quanto à atividade estava partindo do conhecimento que eu e meu colega tínhamos, sem considerar a necessidade dos usuários do

serviço. No dia 19 de maio de 2010 fomos ao CAPS ad, pois, através de nossas preceptoras do projeto do PET-Saúde, tomamos conhecimento que nesse dia aconteceria um grupo de conversa coordenado pelas psicólogas da equipe. Cito uma anotação feita em meu diário de campo para mostrar o quão importante foi participar desse grupo e, assim, repensar a maneira como iria se desenvolver o projeto da educação física no CAPS ad.

Essa intervenção foi muito importante para o planejamento da atividade que iríamos trabalhar com os pacientes. A intervenção foi presenciar um grupo de conversa voltado aos viciados em drogas, em especial usuários de crack. Estavam presentes na sala cinco usuários, duas psicólogas, meu colega e eu. Fiquei comovido com os relatos dos usuários, realmente pude ver o poder das drogas em destruir a vida das pessoas. Primeiramente a atividade que iríamos tentar realizar era o futebol ou boxe. Contudo, com a intervenção, percebemos que aqueles sujeitos necessitavam de alguma atividade que lhes trouxesse outra perspectiva de vida (DIÁRIO DE CAMPO, 19/05/2010).

A partir dessa intervenção, pude refletir que de nada adianta planejar atividades, oficinas ou grupos, sem antes conhecer o público com o qual será realizado o trabalho. Como mostra minha anotação, ao ouvir o relato dos usuários que em sua maioria eram dependentes de crack, as drogas são capazes de destruir a saúde e desestruturar as famílias dos usuários. Como apresentado no capítulo sobre o consumo de álcool e outras drogas, os efeitos das drogas no organismo das pessoas bem como em uma sociedade são os mais diversos. Analisando as diretrizes do SUS, destaco a necessidade de se compreender um pouco mais o funcionamento de uma comunidade antes de pensar modificá-la. Assim, ao ouvir o relato daqueles homens, muitos sem alguma expectativa na vida, sem se importar com os efeitos nocivos causados pelas drogas, eu e meu colega percebemos a oportunidade de realizar um trabalho no qual fizesse os usuários estreitarem a relação com o seu próprio eu, ou seja, corpo e mente.

Compreendido esse ponto, definimos objetivos para atingir de maneira eficaz esse grupo específico e, posteriormente, pesquisamos atividades que preenchessem tais finalidades. Durante vivência prática de uma disciplina chamada Educação Física Terceira Idade, a qual eu cursava naquele semestre, tive o primeiro contato com a prática do Lian Gong. Ao conhecer os objetivos e benefícios oportunizados

por esta técnica, que se caracteriza por ser uma prática corporal introspectiva⁴, percebi que poderia ser o método Lian Gong a atividade que procurávamos. Então se tornou necessário realizar uma nova intervenção, onde questionamos aos usuários presentes, sobre a possibilidade da criação de um grupo, onde praticaríamos o Lian Gong em 18 terapias. A maioria mostrou-se interessada pelo projeto proposto.

Com o intuito de facilitar a compreensão dos usuários e de uma melhor divulgação, denominamos essa prática de Grupo de Ginástica Chinesa. O horário da realização das atividades também foi questionado durante esta intervenção. Apresentamos os benefícios da realização deste trabalho no início da manhã, como uma característica cultural dos países orientais, que acreditam que praticar ginásticas introspectivas logo no início do dia melhora o funcionamento do corpo e da mente. Além disso, esse horário também tinha como objetivo estabelecer um compromisso logo cedo para os usuários, auxiliando na formação de uma nova rotina diária.

Vinte e sete de maio foi o dia da primeira prática do grupo. Apenas uma usuária, em tratamento no CAPS ad devido ao excesso do consumo de álcool, esteve presente. Foi a primeira vez que ministrei uma prática de Lian Gong. Meu colega e eu optamos por organizar a atividade tendo eu como referência para a realização dos movimentos, e ele auxiliando a usuária quando necessário. Em alguns momentos, foi preciso auxiliar a usuária, pois ela apresentava déficit na capacidade de concentração e dificuldades de coordenação motora. Nesse dia, desenvolvemos apenas a primeira série da primeira parte dos movimentos, pois ainda não tínhamos conhecimento de todos os movimentos, repetindo quatro vezes cada exercício. Utilizamos durante a realização da prática músicas orientais, assim como tinha realizado na disciplina onde conheci o método, para auxiliar na concentração. No término da prática, sentamos de maneira a formar um círculo, frente a frente, para que pudéssemos fazer um *feedback* da atividade, expondo sensações, dificuldades e observações que surgiram no decorrer da prática. Esse momento foi muito bom, pois foi possível uma melhor apresentação por parte da

⁴ Prática Corporal Introspectiva – Caracteriza-se por movimentos suaves e situações de aparente imobilidade, como o caso de uma determinada postura ou de um exercício respiratório consciente, voltados para a obtenção de uma maior consciência corporal, como consequência da atenção prestada às sensações somáticas produzidas por essas ações (GONZÁLEZ; FRAGA, 2009, p.178)

usuária e, também nossa para ela. Ao ouvir da usuária que ela havia gostado da atividade e que iria convidar mais pessoas participantes de outras oficinas oferecidas no CAPS ad, fiquei motivado e confiante na realização do projeto. Utilizo trecho de meu diário de campo, onde relatei essa primeira experiência:

Primeiro dia de aula. Estava bastante ansioso, principalmente pela falta de experiência com o público que iríamos encontrar e também, por estar trabalhando pela primeira vez com a Ginástica Chinesa. Nesse dia chovia muito e estava bastante frio. Achei que ninguém iria, até que chegou a Maria⁵[...] A aula transcorreu tranquilamente. A atividade foi realizada como o planejado e no final fizemos um *feedback*. (DIÁRIO DE CAMPO, 27/05/2010).

Então, a primeira prática foi importante para definir como seriam organizadas as atividades, assim, e mantivemos durante todo o projeto a mesma estrutura das práticas, apenas alternando entre eu e meu colega quem seria a referência e quem auxiliaria nas atividades. Outro aprendizado foi que em dias de chuva e frio, o número de usuários no grupo ficava reduzido. Com isso, meu colega e eu decidimos sempre reforçar a necessidade da assiduidade nas práticas, para a evolução na realização dos movimentos, mas, principalmente, como respeito aos professores e colegas.

De maneira geral, a sequência do trabalho se desenvolveu tranquilamente. No entanto, muitos usuários frequentavam de maneira irregular as atividades, alguns por questões particulares e trabalho, outros devido ao consumo abusivo de drogas. Mas o grupo teve quatro alunos (usuários), que frequentavam quase todas as atividades. A Maria, o Chico, o Luiz e o Beto⁶ se engajaram realmente no projeto e participavam assiduamente do grupo. O Chico era o mais jovem e estava próximo de completar trinta anos enquanto os outros três tinham entre cinquenta e sessenta anos de idade. Com isso, os resultados começaram a aparecer rapidamente. Em um encontro, alguns participantes manifestaram melhora em suas atividades diárias, como segue a anotação no diário de campo do dia 23 de setembro:

Hoje, o Beto relatou que estava mais disposto para realizar suas tarefas. Logo, os outros participantes também se manifestaram. Maria disse que as dores no braço direito tinham diminuído, possibilitando realizar as atividades domésticas. O Luiz sentia-se

⁵ Maria é um nome fictício dado a usuária, a fim de preservar sua identidade.

⁶ Chico, Luiz e Beto são nomes fictícios, a fim de preservar a identidade dos usuários.

mais resistente em suas atividades, além da diminuição da vontade de beber nos dias dos encontros (DIÁRIO DE CAMPO, 23/09/2010)

A relação entre todos do grupo se tornava cada vez mais forte e próxima. As conversas, no fim das atividades, já não abordavam só as sensações que surgiam durante a realização dos movimentos, mas outros assuntos. Passamos a dialogar com mais liberdade sobre temas como família, o consumo de drogas, atualidades. Enfim, o grupo atingia o objetivo de integrar os usuários, não importando as dificuldades que enfrentavam ou a maneira como agiam, e assim se estabeleceu uma relação de amizade entre todos. A seguir, apresento uma observação anotada no dia 10 de outubro de 2010, na qual descrevo essa melhora no relacionamento com os alunos e também aponto a maneira como abordava o tema do consumo de drogas:

No diálogo com os usuários falamos sobre família, esportes e o consumo de drogas. Ao questionar-los se haviam feito uso de drogas na semana, no dia, incentivávamos a diminuição do uso e em não se preocupar se não estavam conseguindo deixar de fazer uso da drogas, mas sim, na necessidade de diminuir o consumo, até o dia que conseguissem parar por completo e/ou até o dia que o consumo da droga na interferisse nas obrigações e atividades (DIÁRIO DE CAMPO, 05/10/2010).

Quanto à abordagem sobre a continuidade do consumo de álcool e outras drogas pelos usuários, adotamos a maneira como descrevi no diário de campo, citado anteriormente. A partir do incentivo da diminuição da droga e não a abstinência da droga diretamente, foi como acreditamos ser melhor e mais eficaz quando se conversava sobre o consumo de alguma substância psicoativa. Faço referência a esse detalhe, pois decidimos discutir dessa forma por nossa decisão e não por indicações de professores ou de alguma disciplina na faculdade que nos aconselhasse seguir de uma maneira ou outra. Naquele momento, estávamos agindo de forma empírica, tratando o momento como uma conversa entre amigos.

Diante disso, aponto a necessidade da formação em Educação Física discutir a atuação na saúde pública em sua grade curricular. Hoje, o aluno para ter conhecimento das concepções do SUS, princípios e diretrizes, de maneira mais ampla e aprofundada, depende do seu interesse e iniciativa em pesquisar na literatura. Faço essa consideração, pois foi assim que ocorreu comigo. Com sucesso, encontrei a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a

Usuário de Álcool e outras Drogas, onde apresenta a nova forma como deve ser trabalhado pelas equipes voltadas à reabilitação de usuários de drogas. A seguir, transcrevo o trecho da política de redução de danos apresentada pelo Ministério da Saúde:

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por quê? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos se oferece como um método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam. (MS, 2004, p.10).

Em uma das reuniões quinzenais do PET-Saúde da Educação Física, nosso tutor, Prof. Alex Branco Fraga, comentou no grupo que em uma reunião no CAPS ad as preceptoras e a equipe haviam elogiado o nosso trabalho com a ginástica chinesa. Os usuários comentavam para psicólogos, médicos, entre outros, que a atividade estava ocorrendo de forma positiva. Novamente, percebíamos a validade do projeto e também o reconhecimento pela equipe do CAPS ad, que bem no início havia demonstrado certo receio quanto às repercussões desta atividade nos usuários. Foi gratificante ver que naquele momento a equipe reconhecia o nosso trabalho. É importante salientar todo o apoio e incentivo que, desde o início do projeto, nossas preceptoras⁷ depositaram em nossas decisões. Deram-nos autonomia para desenvolver o projeto e também nos auxiliaram em momentos de

⁷ Duas preceptoras, uma assistente social e a outra terapeuta ocupacional, ambas integram a equipe multidisciplinar do CAPS ad GCC, e estão vinculadas ao PET-Saúde.

dúvidas e incerteza, conforme pode ser observado em um relato que consta em meu diário de campo:

Hoje na reunião do grupo da educação física, o Alex elogiou o trabalho realizado por nós. Qualificou nosso trabalho como exemplar, e comunicou os elogios da equipe do CAPS ad. Agora continuar e melhorar alguns movimentos e seguir auxiliando os usuários (DIÁRIO DE CAMPO, 29/10/2010).

Descrevo, a partir de uma análise pessoal, as melhoras significativas dos usuários Maria, Chico, Luiz e Beto, que foram os mais assíduos. Quanto aos usuários que frequentavam aleatoriamente as atividades, não conseguimos ter referências para uma observação mais segura.

A Maria apresentou melhora na amplitude dos movimentos e a concentração nas atividades. No início, ela apresentava muita dificuldade em realizar os movimentos e durante a realização dos exercícios perdia a concentração e errava os movimentos. O Chico, talvez tenha sido o que mais evoluiu. Ele, além das dificuldades impostas pelo consumo de drogas, tinha esclerose múltipla. No início, ele não conseguia realizar quase nenhum movimento por completo. Com a prática, passou a realizar todos os movimentos e memorizou grande parte deles. O Luiz e o Beto melhoraram a amplitude e o controle dos movimentos.

De maneira geral, considero a principal evolução a capacidade de realizar os movimentos que conciliam técnica e respiração e, por conseqüência, uma clara melhoria na realização das atividades diárias dos usuários. Também, aponto como uma conquista a relação de amizade criada pelo grupo, através das conversas e questionamentos sem medo de expor sentimentos ou pensamentos.

No dia dezesseis de dezembro de 2010, aconteceu o último encontro e encerramento do grupo. Para o ano de 2011, foi solicitada a separação e o reencaminhamento dos monitores para outros postos da região, para que tivéssemos a possibilidade de conhecer outras realidades.

5 CONCLUSÃO

O presente trabalho buscou relatar a experiência obtida com a prática do método *Lian Gong* no CAPS ad Glória-Cruzeiro-Cristal (GCC) através do PET-Saúde.

Quanto à prática do método *Lian Gong* em 18 Terapias, a mesma mostrou-se ser eficaz como uma forma de intervenção junto ao tratamento de usuários de substâncias psicoativas. Auxiliando na reabilitação dessa população, bem como proporcionando a inserção dos usuários no convívio social.

Quanto à inserção do profissional em Educação Física na rede pública de saúde, destaca-se a necessidade de que sejam apresentados e discutidos os princípios e diretrizes do SUS na graduação, para assim melhor preparar os profissionais para essa realidade e, também, tornar clara a possibilidade de atuação no âmbito do SUS.

Nesse contexto, o PET-Saúde apresentou-se como uma excelente porta de entrada para a atuação no SUS, pois prepara e capacita o aluno com a realidade vivenciada pelas equipes que trabalham com a saúde coletiva.

De maneira geral, pode-se afirmar que o trabalho alcançou os objetivos propostos, apresentando, através da experiência vivenciada com o Grupo da Ginástica Chinesa do CAPS ad GCC, uma alternativa de atuação no SUS para profissionais em Educação Física.

Como limitações do presente relato, pode-se apontar a falta de assiduidade dos usuários, dificultando a evolução da prática dos exercícios, acarretando a aplicação apenas da primeira parte do método *Lian Gong*, e, portanto, não trabalhando todas as três partes propostas no método. Um projeto com o método *Lian Gong* em longo prazo e com encontros mais freqüentes poderia possibilitar a realização das três partes e identificar maiores benefícios aos praticantes.

Por fim, ressalta-se que a realização deste relato de experiência foi motivadora e contribuiu para a minha formação enquanto profissional da saúde, mais especificamente, um profissional em Educação Física.

REFERÊNCIAS

- BARBANTI, Valdir. O que é educação física. 2009, p.2. Disponível em < <http://www.eeferp.usp.br/paginas/docentes/Valdir/O%20que%20e%20Educacao%20Fisica.pdf>> Acessado em: 29 de set. 2011
- BRASIL, Constituição Federal do Brasil, artigos 195 a 200 de 05 de outubro de 1988. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, 2003.
- BRASIL, Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006, Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Gabinete do Ministro**. 2006.
- BRASIL, Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002. **Atualização das normas sobre os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2002.
- BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**, Brasília, Ministério da Saúde. 2. ed. rev. ampl. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)**. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1597> Acesso em: 19 jun. 2011.
- BUCHER, R.; OLIVEIRA, S. R. M. O discurso do combate às drogas e suas ideologias. *Revista Saúde Pública*. São Paulo. v. 28, n. 2, p. 137-145, 1994
- CAPS AD – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ALCOOL E OUTRAS DROGAS. **Levantamento anual**. Porto Alegre, 2010.
- CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, S.A. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID:UNIFESP, 2002.
- CARLINI, E.A.; NAPPO, S.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, S.A. Drogas psicotrópicas – O que são e como agem. **Revista IMESC**, n.3, p.9 – 35, 2001.
- CARRANZA, D. V. V.; PEDRÃO, L. J. Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas em el ambiente familiar durante la fase de tratamiento em um instituto de salud mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, p. 836-844, 2005.
- GIMENO, José Manuel Rodríguez; et al. La prevención de drogodependencias mediante actividades cooperativas de riesgo y aventura. **Apunts**, Catalunha, n.59, p.46-54, 1998.
- GONZÁLES, F. J.; FRAGA, A. B. Referencial Curricular de Educação Física. In: Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Educação. Departamento Pedagógico. (Org.). Referenciais Curriculares do Estado do Rio Grande do Sul: Linguagens, Códigos e suas Tecnologias – Volume II. 1ª Ed. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Educação do Rio Grande do Sul, 2009, v. 2, p. 113-181.

HADDAD, Ana Estela; CAMPOS, Francisco Eduardo de; FREITAS, Maria Silvia Bruni Fruet de; BRENELLIL, Sigisfredo Luís; PASSARELA, Teresa Maria; RIBEIRO, Thais Campos Valadares. Programa de educação pelo trabalho para a saúde – PET – Saúde. **Cadernos ABEM**, v. 5, 2009.

LEE, Maria Lúcia. **Forjando um Corpo Saudável – Ginástica Chinesa do Dr. Zhuang Yuan Ming**. São Paulo: Editora Pensamento, 1997.

LEMOS, T. – Ações e efeitos das drogas de abuso - Prevenção ao uso indevido de drogas. Cadernos temáticos dos desafios educacionais contemporâneos, Secretaria de Estado da Educação, Curitiba, v.3, p. 152, 2008.

MARINHO, M. B. O demônio nos “paraísos artificiais”: considerações sobre as políticas de comunicação para a saúde relacionadas ao consumo de drogas. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, 345-354, 2005.

MARTINS, E. R.; CORRÊA, A. K. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, p. 398-405, 2004.

MENICUCCI, T. M. G. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 72 – 87, 2006.

Observatório da cidade de Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.portoalegre.rs.gov.br>> Acesso em: 20 de junho 2010.

Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2001.

PESSINI, Léo. Drogas: o holocausto silencioso. **Mundo da Saúde** (Impr.), (1995); 23 (1): 3-4, 1999.

WACHS, Felipe. Educação física e o campo da saúde mental: uma reflexão introdutória. In: FRAGA, Alex Branco. WACHS, Felipe (Orgs.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p.87 – 98.