

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

Oficina de trabalho corporal em um serviço de saúde mental

Carolina Cristina do Nascimento

Ribeirão Preto

2011

CAROLINA CRISTINA DO NASCIMENTO

Oficina de trabalho corporal em um serviço de saúde mental

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: O doente, a doença e as práticas terapêuticas

Orientadora: Profa. Dra. Ana Celeste de Araújo Pitiá

RIBEIRÃO PRETO

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E A DIVULGAÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Nascimento, Carolina Cristina do
Oficina de trabalho corporal em um serviço de saúde mental. Ribeirão Preto, 2011.
103 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientadora: Pitiá, Ana Celeste de Araújo.

1. Abordagem corporal 2. Fisioterapia 3. Oficinas terapêuticas em saúde mental. 4. Reabilitação. 5. Atenção psicossocial.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: NASCIMENTO, Carolina Cristina do

Título: Oficina de trabalho corporal em um serviço de saúde mental

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: O doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho exclusivamente à vida de minha saudosa mamãe, **Vera Lúcia**, que sempre acreditou nesta “pequena águia”, por me ensinar que, Naquele que nos fortalece, tudo pode ser possível.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha adorada filha, **Maria**, que nasceu nesse percurso, aflorando em mim o meu EU mãe, colorindo minha vida de rosa.

Ao meu esposo, amigo e companheiro **Thiago**, por trilhar comigo os caminhos da vida, pelo apoio, sempre compreensivo e dedicado, sem você nada disso teria sentido.

À minha irmã e amiga **Camila**, pelas idas e vindas, por ter aprendido a sempre “segurar na minha mão para atravessar a rua” e nunca mais soltar, pelas palavras fortalecedoras que me encorajaram a chegar até aqui.

Ao meu papai querido, **Camilo**, que fez dos momentos de silêncio o amigo acolhedor, por acreditar e confiar na minha capacidade, por orgulhar-se de mim.

Às “irmãs e primas”, **Daiane, Maria Cláudia, Marina, Débora, Patrícia e Solange**, que experimentam comigo meus momentos de conquista, pelas orações, pela escuta e incentivo.

Ao meu primo querido **Diego**, exemplo de luta e otimismo, por ouvir meus desabafos “enfurecidos” nos encontros do café à tarde.

Aos meus afilhados queridos, **Lucas, Pedro Henrique e Mariana**, por encantar minha vida quando preciso enfrentar meus desafios.

Aos meus anjos **Marcela e Isabela**, por fazerem parte da minha vida, por serem tão especiais e me inspirarem a persistir, mesmo quando tudo parece perdido.

À querida “babá” **Leni**, que entrou em minha vida quando mais precisei de alguém que cuidasse comigo do meu maior tesouro.

Aos **usuários e eternos amigos** do Núcleo de Oficinas Terapêuticas e do Trabalho, por todo carinho e amizade, pela fiel consideração, palavras jamais seriam suficientes para agradecê-los, meus queridos, meus professores, grandes mestres da vida.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. **Ana Celeste de Araújo Pitiá**, por ter me recebido em sua vida e ter feito parte dessa história, acreditando no meu trabalho, pelo incentivo e dedicação inesgotável, contribuindo com seus saberes e experiência, por orientar-me nos caminhos a serem trilhados.

Ao Prof. Dr. **Leonardo Martins Kebbe**, pela acessibilidade, por mostrar-se sempre disposto a ajudar na construção desse trabalho.

À Profa. Dra. **Sonia Maria Villela Bueno**, por transmitir seus conhecimentos com amor e carinho, por acolher os alunos como uma mãe acolhe seus filhos, por fazer os momentos de reflexões serem inesquecíveis.

Ao Prof. Dr. **Luiz Jorge Pedrão**, pela humildade com que transmite sua experiência, pela generosidade e amizade sinceras.

Aos colegas e amigos da pós-graduação, especialmente **Cleber Tiago Cirineu**, **Francine Baltazar Assad** e **Maria Cristina Santoro**, por serem meus companheiros nesse percurso, pelos desabafos, sorrisos e abraços, que Deus abençoe o caminho de vocês.

Aos membros do **Grupo de Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental**, por proporcionarem discussões que enriquecem nossas formas de ser e agir com o outro.

Aos **funcionários, usuários e familiares do Núcleo de Oficinas Terapêuticas e do Trabalho**, pela dedicação, pela luta, pela persistência, e principalmente, pelo incentivo em perpetuar a nossa história por meio desse trabalho.

Às **pessoas** que não foram mencionadas, mas que direta ou indiretamente fizeram com que esse trabalho pudesse ser desenvolvido, à vocês, queridos, que compreenderam (ou não) minha ausência, ofereço-lhes um poema de Cecília Meireles:

*Renova-te.
Renasce em ti mesmo.
Multiplica os teus olhos para verem mais.
Multiplica-se os teus braços para semeares tudo.
Destrói os olhos que tiverem visto.
Cria outros, para as visões novas.
Destrói os braços que tiverem semeado,
Para se esquecerem de colher.
Sê sempre o mesmo.
Sempre outro. Mas sempre alto.
Sempre longe.
E dentro de tudo*

[...] A águia é a ave que possui maior longevidade da espécie. Mas, para isso, precisa tomar uma séria e difícil decisão: morrer ou enfrentar um dolorido processo de renovação. Esse processo consiste em voar para o alto de uma montanha e se recolher em um ninho próximo a um paredão, onde consiga alimentos sem precisar voar. Com o peso das asas, a águia leva alguns dias para chegar no topo da colina. Muitas acabam desistindo da subida.

Quando consegue encontrar uma fenda escondida no topo das rochas, ela começa a bater com o bico na pedra, até que, com a ajuda das garras, arranca o próprio bico. Passado alguns dias, começa a nascer um novo bico, usando-o para arrancar as suas garras. Não consegue caminhar direito, fica parada no canto da pedra, até que garras novas nasçam em suas patas.

Com a ajuda do bico e das novas garras, a águia começa a tirar as suas penas. Esse é um tempo terrivelmente difícil. Muitas morrem nesse último estágio de transformação. Com o tempo, as penas começam a nascer. Após alguns meses, a renovada águia sai da toca para um longo vôo.

(Pe. Leo, scj Trecho do livro: Experienciar milagres, 2007, p.136)

RESUMO

NASCIMENTO, C.C. **Oficina de trabalho corporal em um serviço de saúde mental**. 2010. 103 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Com a reforma psiquiátrica surgiram novos serviços substitutivos na assistência à saúde mental, bem como novas propostas de estratégias de tratamento no processo de reabilitação psicossocial às pessoas em sofrimento psíquico. São possibilidades de assistência que tipificaram os serviços em saúde mental, como Oficinas Terapêuticas, dentre outras designações. As oficinas em saúde mental correspondem a atividades grupais de socialização e expressão, privilegiando a singularidade e subjetividade do sujeito em sofrimento psíquico, em espaços de trabalhos manuais, recreativos e sócio-econômicos. Este trabalho descreve a experiência dos efeitos terapêuticos de uma oficina de trabalho corporal, o Grupo FISIO, com usuários em sofrimento psíquico que freqüentaram o serviço de saúde mental Núcleo de Oficinas Terapêuticas e do Trabalho (NOTT), nos anos de 2006 a 2008, período em que o serviço esteve em funcionamento no município de Porto Ferreira, interior paulista. Buscou-se descrever e relatar a experiência de doze usuários que participaram do Grupo FISIO como estratégia de tratamento diante do processo de reabilitação psicossocial. Esta oficina corporal privilegiava a demanda espontânea para participação, aplicando técnicas de alongamento, relaxamento e exercícios lúdicos para obtenção da percepção corporal. O objetivo foi investigar a experiência desta oficina, bem como descrever suas contribuições no processo reabilitador psicossocial. Para tanto, realizou-se um estudo de caso, com o método qualitativo de investigação. Os instrumentos metodológicos que foram utilizados para investigar e descrever as contribuições do FISIO foram as anotações em diário de campo, registros nos prontuários médicos e prontuários do serviço NOTT e a entrevista semi-estruturada, que questionou sobre os efeitos corporais percebidos antes e depois de participarem do Grupo. Para tanto, a análise dos dados coletados foram trabalhados com a análise temática, pela construção de categorias que sinalizaram as falas mais expressivas dos participantes. Os resultados discutidos mostraram contribuições da oficina de trabalho corporal aos usuários em sofrimento psíquico no processo da reabilitação psicossocial, por meio do reconhecimento do corpo, melhora na auto-estima, autonomia e habilidades manuais, reconhecidas na execução das demais oficinas que compunham o serviço, bem como apontaram melhoras subjetivas nas atividades cotidianas. Os dados desse trabalho demonstraram que o fato do serviço estar desativado alterou a possibilidade de se avaliar um resultado mais plausível em termos da reabilitação psicossocial e resgate da cidadania. A descontinuidade de um dispositivo específico para essas pessoas interrompeu a assistência e a perspectiva de avanços positivos alcançados pela oficina de trabalho corporal.

Palavras-chave: Abordagem corporal. Fisioterapia. Oficinas terapêuticas em saúde mental. Reabilitação. Atenção Psicossocial

ABSTRACT

NASCIMENTO, C.C. **Office of bodywork in a mental health service**. 2010. 103 f. Dissertation (Master of Science in the field of Psychiatric Nursing) - School of Nursing of Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

With the reform of psychiatry in many new services substitutive mental health care as well as proposals for new treatment strategies in psychosocial rehabilitation to people in distress. Are possibilities of assistance that typify the mental health services, such as therapeutic workshops, among other designations. The workshops meet the mental health group activities for socialization and expression, emphasizing the uniqueness of the subject and subjectivity in psychological distress in space crafts, recreational and socio-economic factors. This paper describes the experience of the therapeutic effects of a workshop body, the Group FISIO, with users in psychological distress that attended the mental health service Center for Therapeutic Workshops and Labour (Núcleo de Oficinas Terapêuticas e do Trabalho - NOTT), in the years 2006 to 2008, a period where the service was operating in the municipality of Porto Ferreira, São Paulo. We sought to describe and report the experience of twelve users who participated in the Group as a treatment strategy for FISIO on the process of psychosocial rehabilitation. This workshop body favored the spontaneous demand for participation, applying techniques of stretching, relaxation exercises and playful to obtain body perception. The aim was to investigate the experience of this workshop, and describe their contributions to the psychosocial rehabilitation process. To this end, there was a case study, with the qualitative research. The methodological tools that were used to investigate and describe the contributions of FISIO were the notes in a field diary, in the medical records and records of service NOTT and semi-structured interview that asked about the bodily effects perceived before and after participating in the Group. To this end, the analysis of data collected were processed with the thematic analysis, the construction of categories that signaled the most significant speeches of the participants. The results discussed show contributions of the workshop the users body in psychological distress in the process of psychosocial rehabilitation, through the recognition of the body, improved self-esteem, autonomy and manual skills, recognized in implementing other workshops that made up the service, and showed subjective improvement in daily activities. The data from this study showed that the fact that the service is disabled changed to evaluate the possibility of a more plausible outcome in terms of psychosocial rehabilitation and recovery of citizenship. The discontinuity of a specific device for these people broke the assistance and the prospect of progress that the body workshop.

Keywords: Body approach. Physical Therapy. Therapeutic workshops on mental health. Rehabilitation. Psychosocial

RESUMEN

NASCIMENTO, C.C. **Taller de trabajo corporal en un servicio de salud mental.** 2010. 103 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Con la reforma psiquiátrica surgieron nuevos servicios substitutivos en la asistencia a la salud mental, como nuevas condiciones estratégicas en el tratamiento de rehabilitación psicossocial a las personas en sufrimiento psíquico. Son posibilidades en la asistencia que ejemplifican los servicios en salud mental, como Talleres Terapéuticos y otras designaciones. Los talleres en salud mental son actividades en grupo de socialización y expresión, privilegiando la singularidad y subjetividad del sujeto en sufrimiento psíquico, en hogares de trabajos manuales, recreativos y socio-económicos. Este trabajo describe la experiencia de los efectos terapéuticos de un taller de trabajo corporal, el Grupo FISIO, con usuarios en sufrimiento psíquico que estuvieran en un servicio de salud mental Núcleo de Oficinas Terapêuticas e do Trabalho (NOTT), en los años de 2006 a 2008, tiempo en que este servicio estuvo en funcionamiento en la ciudad de Porto Ferreira, en interior paulista. Se buscó describir y relatar la experiencia de doce usuarios que participaron del Grupo FISIO como estrategia de tratamiento ante el desarrollo de rehabilitación psicossocial. Este taller corporal privilegiaba la demanda espontánea para la participación, aplicando técnicas de alargamiento, relajamiento y ejercicios lúdicos para el propósito de percepción corporal. El objetivo fue investigar la experiencia de este taller, también describir sus contribuciones en el desarrollo de rehabilitación psicossocial. Para esto, fue hecho un estudio de caso, con el método cualitativo de investigación. Los instrumentos metodológicos que fueron utilizados para investigar y describir las contribuciones del FISIO fueron las anotaciones en diario de campo, registros en los prontuarios médicos y prontuarios del servicio NOTT y la entrevista semi-estructurada, con cuestiones a respecto de los efectos corporales percibidos antes y después de la participación en el Grupo. Para tanto, la analice de los datos colectados fueron trabajados con la analice temática, con la construcción de categorías que señalaron las palabras mas expresivas de los participantes. Los resultados discutidos mostraron contribuciones del taller de trabajo corporal en los usuarios en sufrimiento psíquico en el desarrollo de rehabilitación psicossocial, por el reconocimiento del cuerpo, mejora en la autoestima, autonomía y habilidades manuales, reconocidas en las ejecuciones de los otros talleres que tenia en el servicio, como también señalaron mejoras subjetivas en las actividades cotidianas. Los datos de ese trabajo demuestran que por el servicio encontrarse desatibado se altero la posibilidad de se ablear un resultado mas plausible en termos de rehabilitación psicossocial y rescate de la ciudadanía. La descontinuación de un servicio específico para esas personas interrumpieron la asistencia y la perspectiva de avanza positivos logrados por el taller de trabajo corporal.

Palabras clave: Abordaje corporal. Fisioterapia. Talleres terapêuticos em salud mental. Rehabilitación. Atención Psicossocial.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Fisioterapia, Corpo e Abordagens Corporais em Saúde Mental	18
1.2 Oficinas Terapêuticas: Estratégias da Reabilitação Psicossocial	35
2 OBJETIVOS	42
3 METODOLOGIA	44
3.1 Tipo de pesquisa	44
3.2 Cenário do estudo – O NOTT	45
3.3 Sujeitos	47
3.4 Instrumentos e Procedimentos de coleta dos dados	49
3.5 Procedimentos éticos	51
3.6 Procedimentos de análise	52
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
Contribuições da oficina de trabalho corporal no processo reabilitador	
Psicossocial – O Grupo FISIO	55
Quem eram os sujeitos FISIO?	60
O que falaram os sujeitos FISIO?	62
Categoria 1 – “A gente se tornava uma família”	63
Categoria 2 – “Corpo pesado, corpo cansado, corpo mole”	68
Categoria 3 – “Corpo leve, corpo aliviado”	71
Categoria 4 – “Corpo mole, pesado de novo, desanimado”	76
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
Contribuições do trabalho de uma fisioterapeuta em um serviço de saúde	
Mental	84
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES	97
ANEXOS	101

APRESENTAÇÃO

O presente estudo fez parte de um dos projetos em que pude refletir sobre a realização de uma experiência profissional, iniciada primeiramente com a graduação em Fisioterapia. Enquanto aluna, almejava estudar a composição do corpo humano como inteiro e que me fora apresentado em fragmentos, dissecado em partes específicas para melhor didática e ilustração. Na prática profissional, procurar compreendê-lo nessa inteireza é uma constante na minha trajetória.

Meu contato com a psiquiatria foi pela disciplina de Neuropsiquiatria, que nos proporcionou um estágio direcionado ao atendimento de pessoas portadoras de transtornos mentais. Tratava-se dos internos de uma clínica psiquiátrica, cuja prescrição para o atendimento fisioterapêutico era indicado àqueles com comprometimento físico crônico, como cadeirantes e hemiparéticos. Trabalhamos, em neuropsiquiatria, a reabilitação física das sequelas instaladas, condições que minimizam atividades diárias, tornando a pessoa dependente, proprietária de um corpo cujo membro não responde a seus comandos. No caso dos internos, a dependência física acentuava-se pela condição do transtorno mental, pelo fato de estarem institucionalizados, pelo abandono de seus familiares, pelo esquecimento de suas histórias, demonstradas nas linhas não preenchidas dos prontuários.

No decorrer da minha experiência clínica, procurava conhecer de quem era aquele corpo, e não qual segmento do corpo estava reabilitando. Ou seja, quem é o sujeito, aparentemente, escondido por detrás de um diagnóstico de transtorno psiquiátrico?

Na construção de minha identidade profissional, fui convidada, no ano de 2005, a participar das reuniões de família de pessoas portadoras de transtornos mentais que ocorriam uma vez ao mês no Ambulatório de Saúde Mental (ASM) do município em que moro, Porto Ferreira, conduzida por duas assistentes sociais.

Estava lançada a mobilização social em trazer ao município um lugar onde os usuários da saúde mental pudessem realizar trabalhos de oficinas terapêuticas, como artesanato, atividades recreativas, que oferecessem benefícios para sua socialização. Falava-se da reforma psiquiátrica brasileira, materializada com o financiamento e regulamentação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. E nesse contexto, as oficinas terapêuticas em saúde mental surgiram como espaços de convivência e criação, estratégias de reabilitação psicossocial aliadas ao tratamento clínico, propondo atividades de expressão da singularidade e subjetividade dos usuários (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

Assim, o serviço Núcleo de Oficinas Terapêuticas e do Trabalho (NOTT) foi inaugurado no município em 04 de fevereiro de 2006. Contava, inicialmente, com o trabalho voluntário de uma equipe da qual eu fazia parte, composta por três oficinheiros, um deles técnico ambiental e uma faxineira. Nossa equipe era apoiada pelo médico psiquiatra do ASM, duas auxiliares de enfermagem, uma assistente social e um psicólogo. O serviço foi desativado em novembro de 2008, mediante a perspectiva de se instalar no município um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), fato que ocorreu em 24 de janeiro de 2011. Naquele período entre o fechamento do NOTT e a abertura do CAPS os usuários eram assistidos no ASM, onde eram realizadas as consultas médicas eletivas e entrega de receitas de medicamentos. Os usuários que necessitavam de consultas urgentes eram encaminhados a municípios vizinhos.

Os encaminhamentos ao serviço NOTT eram realizados através do ASM. Os usuários eram recebidos por um membro da equipe. Após esse primeiro contato, seu histórico era discutido e avaliado por todos os componentes para possível admissão, ou não, no serviço. Quando admitido, o usuário era encaminhado para as oficinas de seu interesse. O abandono ou o ingresso no mercado formal ou informal de trabalho caracterizava a alta. No caso da não admissão, o usuário era encaminhado a outros serviços oferecidos pela rede de saúde e social da região. Tinha como plano terapêutico oferecer-lhes o processo da ressocialização, reabilitação psicossocial e o desenvolvimento da autonomia.

Propus-me, como fisioterapeuta, a trabalhar voluntariamente nesse serviço, trazendo comigo bagagens vivenciadas com a psiquiatria advinda dos meus estágios e o trabalho grupal que realizava na saúde coletiva. Com a intenção de encontrar uma possibilidade de assistência fisioterápica que convergisse com as perspectivas das oficinas terapêuticas, iniciei uma avaliação individualizada com os usuários. Os usuários apresentaram, fisicamente, desvios posturais crônicos, como escolioses e hipercifoses torácicas (desvio postural caracterizado pelo aumento da curvatura da região torácica). Alguns, inclusive, apresentavam debilidades na função respiratória, ocorrendo comprometimento pulmonar crônico, tosses e resfriados contínuos, reforçados pelo uso do tabaco, pela grande maioria.

Avaliar um sujeito em sofrimento psíquico exigia um esforço maior de minha parte: a maioria dos que avaliava atendia ao meu comando verbal e realizavam

testes especiais¹; outros, porém, não interagiam com minhas questões, não tinham orientação temporal e ou espacial e os testes eram suspensos. A maioria apresentava limitações de movimento, compensado por encurtamentos e fraquezas musculares em graus diferentes, debilidade na coordenação motora e letargia psicomotora, alguns sintomas associados a efeitos colaterais da medicação e ao transtorno mental.

Assim, meus objetivos focavam promover a melhora da coordenação motora, a melhora na postura e a interação social com o atendimento em grupo. Em busca de estratégias de atendimento que concretizassem meus objetivos, desenvolvi a oficina de trabalho corporal, posteriormente denominada de Grupo FISIO, por meio da proposta de uma abordagem corporal².

As diferentes formas de abordagem corporal que foram utilizadas caracterizaram-se por uma intervenção no corpo de maneira global, fazendo uso de recursos da fisioterapia, como alongamento, exercícios com bola e com bastões. No decorrer do atendimento em grupo, minhas avaliações correspondiam às condutas que eu aplicava. Como a existência do grupo era novidade para os usuários, conforme um deles expressou: *nunca tive uma terapeuta que cuidasse do corpo*, a demanda para a participação do grupo era espontânea. Bastava querer participar e conhecer a abordagem corporal que eu propunha. A oficina do Grupo FISIO era oferecida diariamente, no período da tarde, com 1 hora e 30 minutos de duração.

Ao adotar essa prática terapêutica, deparei-me com a dificuldade dos usuários em permanecerem concentrados, bem como uma “resistência”, por parte de alguns, em participar. Eu me colocava em frente do grupo e realizava os exercícios junto com eles. Alguns usuários expressavam tentativas de “acertar” o movimento, e para isso, o esforço refletia em um significativo gasto de energia. Observei a manutenção das diversas dinâmicas corporais que resultavam em movimentos exagerados (hipercinesia) ou movimentos diminutos e rígidos (hipocinesia), alguns “incoordenados”, “fora do ritmo”.

Com isso, percebi que a realização dos movimentos solicitados tinha propriedade subjetiva: algo desejável para o processo terapêutico como reflexo da

¹ Procedimentos específicos que objetivam avaliar a mobilidade ativa de um determinado segmento corporal (HOPPENFELD, 2004).

² O termo “abordagem corporal” deverá ser compreendido como designando técnicas que tem na intervenção direta sobre o corpo ou movimento humano seu instrumento terapêutico privilegiado (FURTADO, 1995).

experiência corporal relacionando-se com um contexto social. Outro aspecto importante foi observado: ao trazer os usuários para o contato com o corpo e com o que estava acontecendo ali, percebi que podia promover um momento em que se deixasse de “lado” alguns dos conflitos do mundo interno de produções psicóticas, com cunho delirante ou não, abrindo a possibilidade para se conectarem com o mundo externo por meio do corpo.

A apreensão dessa concepção me possibilitou conhecer certas dinâmicas corporais manifestadas um por um. O grupo passou a ser um espaço aberto para quaisquer formas de expressão, que se manifestavam pelos relatos verbais ao final da atividade do grupo, onde todos eram dispostos em círculos, para se autoavaliarem sobre o próprio corpo e sobre a maneira como as atividades alteravam suas percepções³ sobre seus corpos. Assim, os usuários, ao manifestarem suas inquietações e desconfortos corporais, iniciaram diversas associações com suas vidas no cotidiano, descrevendo, em relatos, suas experiências transformadoras.

Dessa maneira, compreendi que a minha intervenção colocava a fisioterapia em um ambiente diferente de suas práticas “convencionais”, que reduzia o olhar para as pessoas psicologicamente comprometidas a partir das disfunções físicas e do diagnóstico de transtorno mental, apenas. Isso me motivou a colaborar tanto na reconstrução das novas práticas terapêuticas em saúde mental como na prática da fisioterapia, criando possibilidades, alternativas e exemplos concretizados nos corpos/pessoas dos envolvidos nesse trabalho. Observei que, do atendimento fechado, individual e puramente reabilitador físico, iniciado nos meus primeiros contatos com a psiquiatria pelos estágios clínicos, passei a oferecer um atendimento aberto, grupal, preventivo e reabilitador, de abrangência psicossocial.

O meu corpo/pessoa, a partir do qual me revelo e sou, também se transformou e procurou compreender o corpo daquelas pessoas que frequentaram aquele serviço. Estava então motivada pelo interesse em saber se a fisioterapia poderia contribuir no processo da reabilitação psicossocial dos usuários do serviço NOTT. Poderia, com a proposta da abordagem corporal, somar-se com as demais atividades terapêuticas de um serviço de saúde mental?

³ A “percepção” a que nos referimos será determinada por um processo de identificação consciente, de acordo com valores singulares, éticos, morais e culturais (BALLONE; ORTOLANI; PEREIRA NETO, 2007).

A abordagem corporal, sob a ótica da assistência que valoriza a subjetividade de quem realmente convive com o sofrimento psíquico, apresentou algumas lacunas nas modalidades não tradicionais de assistência em saúde mental. Visando a modificar a forma como as pessoas em sofrimento psíquico percebem o corpo que são, e tendo a fisioterapia o corpo como seu objeto de trabalho, fez-se necessário, portanto, tecer um breve histórico sobre a fisioterapia e suas técnicas de assistência, conceitos referentes ao corpo no decorrer da história da psiquiatria e às abordagens corporais em saúde mental.

No contexto da reforma psiquiátrica brasileira, um panorama sobre as oficinas terapêuticas em saúde mental como estratégias de reabilitação inseridas no modo de atenção psicossocial foram descritos, valorizando, no entanto, os laços sociais e afetivos dos sujeitos envolvidos com este trabalho.

1.1 Fisioterapia, Corpo e Abordagens Corporais em Saúde Mental

A fisioterapia é uma profissão nova, relativamente, a outras profissões da área da saúde, algumas delas com tradição secular, como a medicina e a enfermagem, por exemplo. Ainda hoje, o acesso à assistência fisioterápica, por parte da população é limitado, e o conhecimento de qual seja sua atuação, até mesmo entre os outros profissionais da área da saúde, parece ser bastante restrito (AGUIAR, 2005).

Segundo a *American Physical Therapy Association* (APTA), a fisioterapia é uma profissão da área da saúde cujo principal propósito é a promoção da saúde por meio da aplicação de princípios científicos para evitar, identificar, avaliar, corrigir ou melhorar a disfunção aguda ou prolongada dos movimentos (TONELINI, 2009).

O Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional (CREFITO) define a fisioterapia como:

[...] ciência aplicada, tendo por objeto de estudo o movimento humano, em todas as suas formas de expressão e potencialidades, tanto nas alterações patológicas quanto nas repercussões psíquicas e orgânicas. Seu objetivo é preservar, manter (forma preventiva), desenvolver ou restaurar (reabilitação) a integridade de órgãos, sistema ou função. Como processo terapêutico, utiliza conhecimentos e recursos próprios, aplicando-os com

base nas condições psico-físico-social, tendo por objetivo promover, aperfeiçoar ou adaptar o indivíduo a melhoria de qualidade de vida. (CREFITO, 2011)

Barros (2002) definiu o fisioterapeuta como um profissional que trabalha com o movimento humano e sua funcionalidade; exerce suas atividades isoladamente ou em equipe, em todos os níveis de atenção à saúde, incluindo a prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde com indivíduos, famílias, grupos de pessoas ou comunidades.

A prática que fundamenta os recursos físicos da profissão da fisioterapia pode ser descrita desde os primórdios da civilização. Os povos mais antigos utilizavam os recursos da natureza, como o sol, o calor, a água e a eletricidade para alívio de dor e na cura de doenças, e o próprio movimento humano, incluindo músculos, articulações e respiração, para fins terapêuticos. Consta-se que a descoberta dos princípios terapêuticos da eletricidade vêm da época em que os homens viviam nas cavernas, e que um homem com dores crônicas no calcanhar, ao banhar-se num rio, encostou acidentalmente seu pé em uma enguia elétrica e obteve melhora dos sintomas (BARROS, 2002).

Hipócrates (460 a 377 a.C.) já citava o tratamento de fraturas e luxações, utilizando aparelhos de tração e Galeno (130 a 201 d.C.), utilizava a ginástica para tratamento de deformidades, descrevia uma ginástica planejada do tronco e dos pulmões para alívio de dores e percepção corporal (REBELATTO; BATOMÉ, 1999).

Estudos na área da psicologia nos revelam que os filósofos pré-socráticos preocupavam-se em definir a relação do homem com o mundo através da percepção. Discutiam se o mundo existe, porque o homem o vê, ou se o homem vê um mundo que já existe. Havia uma oposição entre os idealistas – a idéia forma o mundo, e os materialistas – a matéria que forma o mundo já é dada para a percepção. Sócrates (469-399 a.C.) postulava que a principal característica humana era a razão, inspirando-se na alma como fonte dos supremos valores humanos, onde se encontram os primeiros passos para a representação da alma corporal como processo de idealização do homem (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 1999; GUEDES, 1995).

Como herdeiro das idéias socráticas, Platão (427-347 a.C.) procurou definir um “lugar” para a razão no nosso próprio corpo; definiu este lugar como sendo a cabeça, onde acreditava estar a alma do homem. Platão concebia a alma separada

do corpo, acreditava que a alma estava ligada ao corpo por uma glândula cerebral (Pineal), onde ocorre a interação entre corpo e espírito. Aristóteles (384-322 a.C.), discípulo de Platão, contribuiu de forma inovadora ao postular que a alma e corpo não poderiam ser dissociados. Ficou conhecido como o “Pai da Cinesiologia” ao descrever a ação dos músculos, partindo do pensamento de que o corpo seria a sede da alma (BARROS, 2002; BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 1999).

Na Idade Média (séculos IV a XV), o corpo humano era considerado sagrado pela igreja. A ação dos músculos era atribuída ao exercício físico, que só existia com o objetivo de aumentar a potência corporal ou como lazer para os trabalhadores. Nessa época, René Descartes (1596-1659), um dos filósofos que mais contribuiu para o avanço da ciência, postulava a separação entre mente (alma) e corpo, afirmando que o corpo desprovido da alma é apenas uma máquina. Esse dualismo mente-corpo de Descartes tornou possível o estudo do corpo humano morto, possibilitando estudos da anatomia e da fisiologia (BARROS, 2002; BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 1999).

No Renascimento (séculos XIV a XVI), com a valorização da beleza física, desenvolveu-se a preocupação com o corpo refletido no culto ao físico. Assim, Don Francisco e Ondeano Amorós, em meados de 1779 a 1849, surgem com o nascimento da Cinesioterapia, terapia através do movimento, como uma atividade precursora da fisioterapia. Estes movimentos tinham a finalidade de manutenção da saúde, tratamento de enfermidades, correção das deformidades, propondo a adequação dos exercícios à condição de saúde da pessoa (MEYER, 2006; ROCHA, 2002; TESSITORE, 2006).

Na teoria mecanicista de Descartes, o corpo como sendo uma máquina, precedeu conceitos que sustentaram os valores sociais e econômicos dominantes no capitalismo, período marcado pela Revolução Industrial, que fortaleceram a capacidade produtiva da pessoa como critério de normalidade (TESSITORE, 2006).

A Revolução Industrial (séculos XVIII a XIX) caracterizou-se com os altos índices de acidentes de trabalho, marcada por submeter os trabalhadores a precárias condições de trabalho e jornadas extensas. Nesse contexto, surge a Medicina do Trabalho, com a presença da figura do médico dentro das fábricas como um meio de possibilitar a recuperação do trabalhador para seu rápido retorno ao trabalho. Essa atuação médica se manteve dentro de um enfoque biologicista e

individual, buscando a causa das doenças e acidentes de trabalho como objetos de abordagem (MEYER, 2006; PETRI, 2006).

Concomitante ao contexto histórico da revolução industrial e das abordagens em saúde, o surgimento da psicanálise foi um marco. Com a psicanálise, Sigmund Freud (1856-1939), fez uma investigação sistemática do modo de pensar a vida psíquica, criando um método de interpretação da fala do sujeito, que busca o autoconhecimento ou a cura, que pode ocorrer através deste (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 1999).

As técnicas de abordagens que olhavam para o corpo como instrumento terapêutico na saúde mental foi descrita por Wilhem Reich (1897-1957), que associou os movimentos corporais com a maneira como respiramos, repercutindo na saúde mental. Discípulo de Freud e considerado o “Pai das Psicoterapias Corporais”, psiquiatra e psicanalista austríaco, após anos de pesquisa dedicados aos processos energéticos vitais, baseou-se na psicanálise para se dedicar ao estudo do corpo e da mente. Enquanto psicanalista, descobriu que a associação da fala e os movimentos da respiração do corpo manifestavam-se na história de cada indivíduo. Assim, entre as décadas de 30 e 40, desenvolveu a técnica da Análise do Caráter, na qual ao analisar o indivíduo como um todo, observou gestos, posturas e tensões musculares, e pela manipulação dessas tensões retidas no músculo, Reich conseguiu alcançar o que chamou de memórias aprisionadas (VOLPI, 2005).

Nesta direção, enquanto Reich buscava a vivência plena humana como fator indispensável para a satisfação emocional, a fisioterapia começou a delinear-se, a partir do contexto econômico e político das grandes guerras e do pós-guerra, nas décadas de 30 e 40, que demarcaram o surgimento de pessoas lesadas e mutiladas, física e psicologicamente, decorrentes também do alto custo provocado pela perda abrupta de vidas por acidentes de trabalho ou por doenças relacionadas ao trabalho (REBELATTO; BATOMÉ, 1999).

Esses autores descreveram que a origem da fisioterapia parece estar associada ao controle de problemas que impedissem o indivíduo de produzir, havendo a necessidade de reabilitar essas pessoas ao convívio social e principalmente, para o retorno ao trabalho, sinalizando a preocupação atribuída ao corpo como máquina, fato que, veio a firmar-se, na década de 50, pela preocupação social atribuída à epidemia da poliomielite.

Assim, a fisioterapia sofre a influência mecanicista, o que interfere diretamente na compreensão do corpo enquanto existência do homem, enquanto ser social. Para Meyer (2006), o corpo é o mediador entre a individualidade e a coletividade, como sendo o lugar do indivíduo e assim promovendo a comunicação entre o mundo interno (subjetivo) e o externo (contexto sócio-cultural).

O processo de formação e a prática clínica do fisioterapeuta estiveram vinculados à Medicina. É uma profissão antiga e originária de várias profissões da área da saúde, e os fisioterapeutas caracterizavam-se por serem eminentemente técnicos, auxiliares do médico. O Parecer 388/63 do Conselho Federal de Educação definia o fisioterapeuta como técnico e auxiliar do médico, limitando sua prática às recomendações médicas (ROCHA, 2002). Será que houve mudanças nesse cenário, nos tempos atuais? Mesmo a fisioterapia sendo profissão de nível superior?

No Brasil, o Decreto-Lei 938 em 13/10/1969 reconheceu as profissões de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional como nível superior, mas foi a partir da Resolução nº 8/78 do Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional (COFFITO) que foram considerados o planejamento, a programação e a execução de métodos e técnicas fisioterápicas visando à saúde nos níveis primários, secundários e terciários, com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do sujeito (FREITAS, 2006; ROCHA, 2002).

A literatura que trata da abordagem do corpo, nos cursos de graduação em fisioterapia, consta de temas ligados a disciplinas, como: a cinesiologia, biomecânica, fisiologia e anatomia. As matérias de formação geral correspondem a disciplinas de ciências sociais e humanas como sociologia, antropologia, psicologia e saúde pública, que abrangem o estudo do homem, de suas relações sociais e o processo saúde-doença envolvido em suas múltiplas determinações (MEYER, 2006).

Kendall⁴ (1898-1979) é um autor muito utilizado na formação do fisioterapeuta, mas faz uma análise segmentar e fragmentada do corpo. A fragmentação dos saberes favorece a formação de especialistas, e a consequência disso é se saber mais do particular que sobre o todo, sem a preocupação de alcançarmos o sujeito como um ser humano em toda sua complexidade e contexto de vida (MEYER, 2006).

⁴ KENDALL, F.P. et al. **Músculos: Provas e Funções Com Postura e Dor**. 4ª ed. Manole: 1995

Um grande dilema que enfrentamos na prática profissional advém da influência mecanicista e diz respeito a trabalhar com o toque sobre o corpo do outro de forma próxima e incisiva. Vejo predominar a visão sobre o corpo fragmentado, segmentado. Mas, e o corpo somático, emotivo, que expressa suas sensações, dono de si? Será que é possível se tocar uma pessoa, de forma terapêutica, sem se estabelecer alguma noção de vínculo? Na citação de Meyer (2006), sua experiência revela que os profissionais da fisioterapia são graduados para lidarem não apenas com as doenças, mas também com suas sequelas, sejam elas de ordem física, psíquica ou social.

A definição de complexidade varia segundo a área de conhecimento. Para a fisioterapia, nas minhas leituras de preparação profissional, ansiosa pela busca em fundamentar a compreensão do corpo no sentido de que não somos um algo só⁵ (MORIN, 2006), pude conhecer, na literatura, fisioterapeutas como Françoise Mézières, seu discípulo Philippe Emmanuel Souchard, autores da técnica de Reeducação Postural Global (RPG) e Godelieve Denys-Struyf, que deram suas contribuições teóricas a esta visão ampliada e complexa do corpo humano, no sentido de que nossas estruturas musculares não trabalham separadamente.

No que se refere às práticas das abordagens corporais, destaco Godelieve Denys-Struyf (1931-2009), autora do Método homônimo GDS e do conceito de “cadeias musculares”, fundamentada na preocupação em trabalhar com o corpo na abordagem global, na sua complexidade humana, psicossomatizado, não meramente um arcabouço músculo-esquelético (BERTHERAT, 2002).

A noção comum entre as técnicas fisioterápicas que trabalham com a abordagem global é a de solidariedade muscular fundamentada na fisiologia do tecido muscular. Não existem contrações musculares isoladas, mas uma cadência de movimentos que se expande pelo corpo. Assim, recorre-se ao corpo inteiro para se tratar uma região (VIEIRA, 1998).

O método GDS ensina a “aprender a ver” o ser humano, considerando suas estruturas singulares. Denys-Struyf considerou imprescindível analisar a posição humana na forma ereta, na sua “pulsão global”, para verificar alterações decorrentes da imposição da gravidade, patologias e lesões. A visão acadêmica dos tipos

⁵ Edgar Morin (2006): Nos propõe em seu contexto sobre a condição humana de que *não somos um algo só*, somos sujeitos culturais, psíquicos, físicos e biológicos, onde a complexidade integra em si tudo o que põe ordem, clareza, distinção e precisão no conhecimento.

humanos transmitidas por seus professores parecia-lhe rudimentar e reducionista, e, em sua experiência de “ver” e “compreender” o outro, percebia que uma disfunção poderia alterar a tipologia original, afetando diferentemente cada indivíduo. Para Denys-Struyf, cada impulsão determina gestos preferenciais, e a repetição destes gestos fixa uma tipologia. Assim, criou o Método GDS, baseando-se na tipologia motora e comportamental de cada indivíduo (HAHN; BERTAZZO, 1995; VIEIRA, 1998).

Os “tipos” propostos pela autora não pretendem ser definitivos; na verdade, são espontâneos. Servem para que o sujeito entre em contato consigo mesmo, observe-se, perceba-se suas predisposições, seus pontos fortes e fracos, avalie seu cotidiano e identifique elementos que prejudiquem sua estrutura de base. Assim, integrou o funcionamento do corpo e suas conexões com o comportamento psicológico (HAHN; BERTAZZO, 1995).

A fisioterapia tradicional, vinculada ao modelo biomédico, trata o corpo de forma segmentar, tentando solucionar alterações e patologias neuro-músculo-articulares apenas pela visualização da “parte” afetada e do “problema” a ser solucionado. A visão deste modelo está no fato de o corpo ser tratado como um sistema independente de questões subjetivas. Denys-Struyf relacionou a gestualidade e a postura corporal com as características psíquicas das pessoas que avaliava e atendia, observando que a dominância de uma cadeia muscular correspondia a uma atitude psíquica (VIEIRA, 1998).

Nesse direcionamento, Alexander Lowen (1910-2008), psicanalista freudiano, após experiência de ser cliente de Reich, criou o método de psicoterapia corporal denominado de Análise Bioenergética, pautado pelo pensamento que os processos energéticos contidos no corpo envolvem todas as manifestações da vida, nos movimentos, sentimentos e pensamentos. Em sua experiência, buscou pela abordagem corporal a compreensão de que todo ser vivo se compõe de uma unidade que abrange o psiquismo (mente) e o soma (corpo) (LOWEN, 1983).

Por meio dessa abordagem, Lowen objetivou reencontrar a capacidade do ser humano de regular a sua própria energia, e conseqüentemente, pensamentos e emoções. Fundamenta-se que todo espasmo muscular crônico é uma limitação da liberdade do movimento e da expressão do individual; é uma restrição da sua capacidade de prazer. O corpo, afinal, é sempre passível de movimentos novos,

reinvenções de atitudes, transformações criativas, estritamente emocionais e eminentemente humanas, que representam a existência (PITIÁ; SANTOS, 2005).

Se na ótica de determinadas sociedades o lugar que a pessoa em sofrimento psíquico ocupa é o da exclusão, pela família ou pela comunidade, sua tendência será a de retrair-se, isolar-se, recalcar-se, embutir no próprio corpo o seu manifesto de isolamento social a que é submetida. Um corpo retraído e isolado faz com que o tecido muscular perca sua elasticidade, levando à rigidez articular, movimentos descoordenados, deformidades e dor. Bertherat (2002) diz que tentamos sempre fugir da dor e também fazer com que ela não apareça. Por esta razão, corre-se o risco de suprimir movimentos e gestos para não desencadeá-la, instalando-se, então, o sofrimento.

Assim, a maneira como nos movemos com o corpo e também na vida, ou a maneira como não nos movemos, pode refletir como nos relacionamos conosco e com o mundo. Nossas experiências e vivências modificam nosso modo de pensar, agir, sentir, e a partir disso o corpo se modifica, organiza-se ou se desorganiza, tenta adaptar-se, para poder integrar-se ao seu contexto sócio-cultural, influenciando e sendo influenciado por esse contexto.

Conforme descrito por Cohen (2001), nós, seres humanos, somos capazes de adaptar respostas às demandas ambientais e às alterações de nossas próprias capacidades físicas. Os profissionais que trabalham com a reabilitação trabalham para auxiliar pessoas a aprender a adaptar-se, quando são incapazes de fazê-lo por si próprias. A capacidade de adaptação às modificações nos permite permanecer independentes a maior parte de nossa vida, sejam essas adaptações de origem morfológica, psicológica, social e ou pessoal.

Ao atender pessoas em sofrimento psíquico no serviço de saúde mental Núcleo de Oficinas Terapêuticas e do Trabalho (NOTT), observei então a relação da maneira como apresentavam o corpo, embutindo em seu isolamento um possível manifesto pela retração social. Foi nesse contexto que criei a oficina de trabalho corporal, o Grupo FISIO.

No serviço NOTT, as práticas de trabalhos manuais, como oficinas de artesanatos, culinária e trabalhos com o meio ambiente, foram inspirados nos

programas políticos e sociais da Economia Solidária⁶ e o De Volta Pra Casa⁷, criados como uma das propostas da reforma psiquiátrica brasileira, norteadas pelo objetivo da reabilitação psicossocial e socialização dos usuários em saúde mental.

Encontrei alguns estudos que ressoaram com a constatação de que a proposta da reforma psiquiátrica brasileira caminhava rumo à reinserção social das pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico, na intenção de incluí-los nos diferentes espaços da sociedade, com a criação de alternativas de cuidados na assistência substitutivas ao tratamento puramente hospitalar (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

Ao me propor oferecer um atendimento em grupo com um tipo de abordagem corporal centrada na subjetividade da pessoa a ser tratada, percorri um caminho que se difere um pouco da fisioterapia convencional, centrada apenas no aspecto físico. O olhar é clínico⁸ e está voltado para o sujeito, singular, complexo, que, apropriado sobre o seu corpo, mantém-se repleto de dúvidas, de desejos e de esperanças.

E então constatei que trabalhar com a reabilitação psicossocial era poder associá-la como estratégia por meio da qual as práticas terapêuticas na psiquiatria pudessem ser relacionadas ao processo de resgate da autonomia (GUERRA, 2004; PEREIRA, 2007; PITTA, 1996; SARACENO, 1996).

No levantamento dos estudos sobre essa temática, encontrei algumas concepções relativas à idéia de reabilitação psicossocial. Para Lussi, Pereira e Pereira Jr. (2006) a noção de reabilitação destina-se a aumentar as habilidades do sujeito, diminuindo as deficiências e danos da experiência do transtorno mental. A distinção terminológica de “deficiência e danos” é apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), descrita por Saraceno (2001): “Dano ou Hipofunção” – dano orgânico ou funcional a cargo de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. “Desabilitação” – limitação ou perda de capacidades operativas produzidas por hipofunções. E, “Deficiência” – desvantagem, consequência de uma hipofunção ou desabilitação que limita ou impede o desempenho do sujeito e suas capacidades.

⁶ Criado pelo governo federal, tem como proposta a instauração da solidariedade como norma social e a construção de empreendimentos coletivos e autogestionários como resposta à exclusão do mercado de trabalho (BRASIL, 2011).

⁷ Considerado auxílio-reabilitação psicossocial, também criado pelo governo federal para usuários egressos de longas internações psiquiátricas (BRASIL, 2011).

⁸ O termo “clínico” foi estabelecido pela relação entre profissional e cliente, com vistas ao levantamento de elementos de toda ordem, sejam físicas, psíquicas e sociais, contributivos ao plano terapêutico singular.

Para a fisioterapia, reabilitar implica restaurar movimentos ou funções comprometidas, capacitar mediante evolução das potencialidades para conseqüente interação social e autonomia (CREFITO, 2011). No entanto, quando pensava na pessoa em sofrimento psíquico, pensava-a como sujeito completo e contextualizado historicamente, sem dicotomias sobre o seu corpo e mente, diferente do que aponta a visão reducionista. E, por isso, lançava-me ao compromisso em participar da reabilitação psicossocial como uma estratégia que engloba uma prática física e terapeuticamente orientada, quando observava as manifestações subjetivas nos usuários que atendia no serviço de saúde mental NOTT.

Portanto, a reabilitação psicossocial está sendo considerada como um princípio abrangente, que propõe o cuidar e o resgatar da autonomia dos sujeitos que se transformaram em seres aprisionados em seu corpo, isolados do social e em estado de sofrimento psíquico. Para isso, foi considerada a complexidade do olhar sobre o sujeito.

Esse cuidar que a psiquiatria democrática coloca no lugar de curar da medicina clássica tem por função produzir uma mudança política na relação do sujeito doente com a doença. Reconhece-se a doença como um aspecto do sujeito, não como sua definição, daí a necessidade de tratamento e de cuidado que visem à construção da cidadania tão singular do portador de sofrimento psíquico (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

A noção do cuidado é considerada como uma atitude que precisa se expandir através das práticas dos vários profissionais da equipe de saúde. A atitude cuidadora sustenta no tempo uma forma simplesmente humana de ser. Na qualidade de portador de uma demanda de saúde, qualquer pessoa tende a ser objeto de conhecimento e intervenção; contudo, para se chegar ao bem-estar dessa pessoa, é preciso aspirar pelo cuidado de suas necessidades. Por isso, torna-se preciso ampliar o olhar sobre o sujeito, reforçar no processo terapêutico os aspectos que respeitem a cidadania, sobretudo das pessoas em sofrimento psíquico (AYRES, 2004).

O conceito de autonomia, então, implicará propiciar ao sujeito funções de suas rotinas de vida diária, que vão desde ações externas, como sair para ir ao mercado, a uma banca de jornal, até funções internas que exigem atitudes mais simples, como pentear os cabelos, fazer um bolo. Esses são resultados possíveis que podem definir a autonomia como a capacidade do indivíduo em gerar normas e

ordens para sua vida, conforme as diversas situações em que enfrente (PITIÁ; FUREGATO, 2009; PITIÁ; SANTOS, 2005).

No entanto, os conceitos de autonomia e socialização se apresentam de modo bastante conflituoso na prática diária das equipes de saúde e de saúde mental e nas suas relações com os usuários (OLIVEIRA; ALESSI, 2005). Essa lacuna contribui para a necessidade de pesquisas que explorem sobre o trabalho desenvolvido pelos profissionais da saúde, visando à construção de processos terapêuticos que respeitem a cidadania dos usuários e que tenham estratégias de intervenção que respeitem, de fato, o aspecto psicossocial na assistência em saúde.

Como profissional da saúde, o contexto de atuação do fisioterapeuta tem se ampliado consideravelmente nos últimos anos, podendo estar inserido em setores e serviços diferenciados, como clínicas, consultórios, hospitais, creches, empresas, escolas, universidades, centros de pesquisa, agremiações desportivas, unidades básicas de saúde, órgãos públicos, na saúde coletiva, dentre outros. No âmbito da saúde coletiva, que envolve a atenção primária à saúde, caberia incluir a atuação na saúde mental, visto tratarem de pessoas igualmente acometidas por distúrbios cinético-funcionais, independente de suas condições cognitivas, afetivas e ou sensoperceptivas (CREFITO, 2011; TONELINI, 2009).

Para Aguiar (2005), as possibilidades de atuação do fisioterapeuta não devem se restringir às concepções tradicionalmente facultadas a este profissional. Além da utilização de recursos terapêuticos específicos, em especial a cinesioterapia e a terapia manual, é de fundamental importância que sua atuação possa interferir no contexto social em que o usuário vive.

Para Barros (2002), a responsabilidade social do fisioterapeuta está na necessidade em criar condições para que a saúde se desenvolva. Referiu-se, no contexto de transformar a realidade da saúde da população brasileira, especialmente àquelas atendidas em Programas de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, ou seja, nas ações governamentais que incluem o portador de transtorno mental no nível primário de atenção, que:

[...] O fisioterapeuta é uma peça importante para a conquista e desenvolvimento de uma assistência à saúde da população que se baseia na inclusão social, centrada na comunidade e na participação efetiva desta, na conquista da saúde como instrumento através do qual cidadãos possam realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades, adquirindo a capacidade de mudar seu entorno ou enfrentá-lo. (BARROS, 2002, p. 8)

Na verdade, o fisioterapeuta é um profissional dedicado ao cuidado do ser humano. Conforme descrito por Ayres (2001), para cuidar, há que se sustentar uma relação entre corpo e mente, moldados na presença do mundo, como uma atitude que precisa se expandir como intervenção no campo da saúde mental.

Compreende-se que a reforma psiquiátrica representa muito mais do que a implantação de novos serviços em saúde mental. Trata-se de uma nova resposta social ao adoecimento (FURTADO; CAMPOS, 2005). Procuro essas novas respostas ao realizar o trabalho com a abordagem centrada no corpo, pautada pelo questionamento: a fisioterapia contribuiu para o avanço da socialização destes usuários?

No entanto, é preciso considerar, no que concerne ao corpo como veículo social e subjetivo de cada pessoa, para então, olhá-lo pela sua forma de expressão física e psíquica, denotando características intrínsecas por gestos e posturas, e assim, estabelecer a comunicação como resposta no social (PITIÁ; SANTOS, 2005).

Nessa perspectiva, busquei algum respaldo na literatura que sustentasse minha atuação como fisioterapeuta na saúde mental. Realizei uma pesquisa bibliográfica que trouxesse elementos que colaborassem com o presente trabalho.

Feito um levantamento nas bases de dados LILACS, SCIELO e MEDLINE, encontrei artigos e trabalhos científicos que se referem à abordagem corporal na psiquiatria, que eram desenvolvidos tanto pelo fisioterapeuta como por outros profissionais componentes da equipe de saúde mental preconizada pelo Ministério da Saúde.

Quando se olha para o campo da saúde mental, observa-se que a fisioterapia pouco desenvolve trabalhos teóricos que evidenciem questões sobre a relação de sua prática profissional nessa área. A publicação do fisioterapeuta brasileiro Juarez Pereira Furtado (1995) foi pioneira e serviu de referência para outros trabalhos desenvolvidos por fisioterapeutas que trabalharam com abordagem corporal na saúde mental, como: Munhos (1996), Marinho e Miolo (1997), Tessitore (2006), Veronese (2009), e, dentre outros que possam advir, encontra-se o que desenvolvo agora.

Em sua dissertação de mestrado, Furtado (1995) discorre sobre experiências de autores que trabalharam com a abordagem corporal em psiquiatria. Atualmente, Furtado é Professor Doutor em saúde coletiva, pesquisador em avaliação de programas e serviços de saúde nas interfaces saúde coletiva e saúde mental,

contribuindo com suas ações como fisioterapeuta no campo da saúde mental no Brasil. A experiência de Furtado percorreu sobre os primeiros achados literários da abordagem corporal e da fisioterapia na saúde mental, sumarizadas a seguir.

Sivadon e Gantheret⁹ (1969 apud FURTADO, 1995 p. 46) são autores que descreveram talvez a única publicação específica sobre a abordagem corporal dentro de um hospital psiquiátrico. Tiveram o mérito de introduzir, na psiquiatria, as práticas de abordagem sobre o corpo como parte do tratamento. Basearam-se na constatação de que muitos esquizofrênicos crônicos eram incapazes de realizar trabalhos ou mesmo se expressarem verbalmente, mas se mostravam capazes de fazê-lo corporalmente. Com isso, desenvolveram técnicas de abordagem corporal, que incluiu hidroterapia, massagem, relaxamento e educação física como forma de contato, para a aquisição gradual da autonomia. As técnicas objetivavam o controle do corpo em relação ao outro, por imitação de gestos; controle do corpo em relação aos objetos através da manipulação; controle do corpo nos deslocamentos, por transposição de obstáculos, e controle do corpo em relação a si mesmo, através da educação das sensações cinestésicas e consciência das tensões musculares.

No Programa de Terapia Psicomotora e Fisioterapia, Herman Van Coppenolle¹⁰ et al., fisioterapeutas (1989 apud FURTADO, 1995 p. 54) distinguiram formas de tratamentos para diferentes grupos internados em hospital psiquiátrico, tratando-se de esquizofrênicos, anoxéricos e depressivos não psicóticos. Seu trabalho se caracterizou pelo desenvolvimento de jogos esportivos e lúdicos, exercícios de condicionamento físico e de percepção corporal. Para a avaliação psicomotora adotaram a escala “*Louvain Observation Scales in Psychomotor Therapy*” (LOFOPT), que avalia as relações afetivas, atividade ou passividade, controle de movimentos, descontração, atenção, expressividade, confiança em si mesmo, comunicação verbal e capacidade de submeter-se a regras.

Apesar de não mencionar os resultados desses referidos trabalhos, Furtado considera que “[...] a abordagem corporal em geral e na psiquiatria em particular contribui para a re-subjetivação e reabilitação psicossocial do paciente psiquiátrico” (FURTADO, 1995, p. 64).

⁹ SIVADON, P.; GANTHERET, F. **La rééducation corporelle des fonctions mentales**. Paris, Lês Éditions Sociales Françaises; 1969.

¹⁰ COPPENOLLE, H.V.; et al. **The louvain observation scales for objectives in psychomotor therapy**. Adapted Physical Quarterly, p. 145-153; 1989.

Munhos (1996) descreveu sua experiência de atendimento fisioterapêutico em pacientes psicóticos e alcoolistas de ambos os sexos, em um hospital psiquiátrico. A autora estabeleceu um atendimento nos segmentos corporais, respaldada pelo conceito das couraças musculares propostas pelo conceito da bioenergética, mobilizando-os durante as terapias. Na sua experiência, evidenciou melhoras nas relações interpessoais em vários sujeitos, sugerindo que a atuação da fisioterapia pode ser um somatório terapêutico na psiquiatria.

Marinho e Miolo (1997) aplicaram técnicas de alongamento e relaxamento em pessoas portadoras de sofrimento psíquico de um serviço psiquiátrico. Pelos depoimentos analisados com os envolvidos neste estudo foi demonstrado que os resultados obtidos foram satisfatórios nos vários aspectos psicossociais que envolvem o sujeito em sofrimento psíquico, histórico, cultural, clínico e social. As autoras relataram a proposta da abordagem corporal como alternativas ao tratamento clínico, denominando a terapia física de coadjuvante ao tratamento convencional. Reforçaram que a substituição do tradicional tratamento psiquiátrico por novas estratégias de atenção à saúde mental poderia evitar a cronificação do transtorno mental, bem como a cristalização de saberes dos profissionais que atuam na área.

No levantamento da literatura internacional não foram encontradas publicações específicas da área da fisioterapia em saúde mental, apenas trabalhos que relacionam exercícios físicos à saúde mental, como os estudos de Ellis et al. (2007) e Crone e Guy (2008).

Ellis et al. (2007) realizaram uma revisão de literatura, após minucioso critério de escolha dos artigos. O critério utilizado foi a intervenção com exercícios supervisionados que estivessem ocorrido entre 10 e 12 semanas, aplicados em sujeitos sob assistência psiquiátrica. Os achados da pesquisa demonstraram que há um efeito positivo nos sujeitos que realizaram exercícios físicos, tornando-os mais ativos e socialmente mais integrados. Mais recentemente, Crone e Guy (2008) descreveram a experiência de pessoas que participaram de grupos de exercícios como adjuntos ao tratamento convencional em ambiente de internação psiquiátrica. Foram realizadas entrevistas com os usuários participantes dos exercícios físicos aplicados, sendo demonstrado que os exercícios físicos favoreceram a integração dos pacientes, mostrando que a terapia física foi bem aceita pelos participantes.

Outros fisioterapeutas também se destacaram com seus trabalhos na área da saúde mental, como a dissertação defendida por Tessitore (2006), que trabalhou com expressão corporal por meio da dança, como abordagem corporal nas pessoas em sofrimento psíquico, descrevendo as diferentes maneiras com que essas pessoas se comunicavam corporalmente através das expressões corporais relacionados a mecanismos somáticos de defesa da dor, física ou emocional, alterando o tônus muscular e desenvolvendo as compensações musculares.

A autora revelou que tratou o corpo contemporâneo, corpo pós-moderno, que abarca e imprime as transformações de uma transição social; corpo que ao mesmo tempo é reflexo da própria subjetividade e condição decorrente de seus acometimentos, ressaltando que não vivemos fora de um corpo vivo. Assim, necessitando-se de adaptações decorrentes de todas as formas que o corpo foi visto durante a história. Por isso torna-se preciso a adaptação de nossa própria percepção corporal no individual para o coletivo, para o complexo, para o global.

Na experiência de Tessitore (2006) foi considerado, por meio de relatos e depoimentos dos participantes de seu grupo, que os usuários atendidos apresentaram movimentos corporais livres de dor e repercussão no âmbito psicossocial, motivando a intervenção da fisioterapia com esta população.

Essas experiências nos revelaram que a partir dos estudos concretos dos fisioterapeutas com pessoas em sofrimento psíquico pode ocorrer uma ampliação na atuação da profissão, no sentido de incorporar à profissão da fisioterapia na assistência a essas pessoas, mesmo que com abordagens técnicas de analgesia muscular e exercícios biomecânicos para alívio de dores e tensões musculares.

São reflexões que me levam a crer que a fisioterapia pode fundamentar-se em um trabalho globalista¹¹, compreendendo as relações entre mente e corpo. Os conceitos atribuídos ao corpo, a maneira de entendê-lo, de tentar formar algum conhecimento a seu respeito, por trás da filosofia, vincula-se à organização da sociedade de cada época histórica. Existe uma ideologia que precisa ser considerada, o corpo não precisa ser visto como máquina, não precisa ser tratado em fragmentos. E neste trabalho, sobretudo, o foco é sobre o olhar para a abordagem do corpo/pessoa, considerando sua mente em sofrimento, sua história de vida.

¹¹ Globalista: Concepção não analítica de tratamento; conceito do corpo enquanto uma organização músculo-esquelética disposta em cadeias musculares (VIEIRA, 1998).

Os estudos voltados ao exercício físico na saúde mental alcançaram bons resultados a considerar pelo aspecto físico, como uma alternativa viável ao tratamento clínico (ADAMOLI; AZEVEDO, 2009; BRINK; SOARES, 2005; ROEDER, 1999; SLOBODA, 2002). Porém, a maneira pela qual considerei este trabalho tem o foco no corpo como pessoa liberta do isolamento hospitalar. No corpo, pessoa, que alcançou respaldos éticos e políticos que humanizassem a assistência. Corpo/pessoa que precisa ser acolhido e identificado. Corpo/pessoa, que precisa ser aceito, pertencido, realizado, para que tudo ou qualquer coisa que faça propicie algum sentido, algum fundamento, alguma significância, algum valor de contato com a realidade.

A lida terapêutica sobre o corpo tem sido uma constante na história da saúde mental. Foi tratada e vista segundo diferentes concepções e contextos filosóficos e antropológicos. Foi também considerada um veículo de comunicação social que diz respeito à nossa relação com o mundo. A noção de corpo e de sua relação com o mundo tem sido construída pela história, que se dedicou a compreender e especular sobre o homem, ser sociável que porta sua interioridade, enquanto indivíduo, e resgata algumas compreensões, como de quantos corpos fomos em cada época que essa história descreveu (PITIÁ; SANTOS, 2005).

A abordagem sobre o corpo/pessoa, presente no contexto da saúde mental, tratou o corpo encarcerado, institucionalizado, segregado e contido, no espaço físico das instituições que impedia a possibilidade de manifestação das singularidades, das subjetividades suprimidas nos dormitórios coletivos, no abandono do pátio, no refeitório impessoal, no controle dos deslocamentos pelo grande número de portas trancadas, nas celas destinadas ao isolamento dos mais rebeldes. A fragmentação do corpo da pessoa em sofrimento psíquico evidenciava-se na intervenção de sua motilidade quando assumia novas formas de comportamento. As manifestações motoras tinham relevância na avaliação psiquiátrica, onde as desordens dessa motilidade se configuravam com a materialização do transtorno mental, caracterizando as condutas motoras como agitação motora (FURTADO, 1995).

Dentro deste contexto da saúde mental, o corpo/pessoa parecia desprovido de significados subjetivos e eram expostos na rotina da instituição asilar, no uso de uniformes, na nudez dos banhos coletivos, no descaso sobre as necessidades sexuais, na tristeza da solidão refletida pelo isolamento, denunciado na privação do contato com a própria imagem, uma vez que os espelhos considerados

potencialmente perigosos foram retirados do ambiente de internação (FURTADO, 1995).

Na classificação do DSM-IV-TR (2002) é referido que as pessoas em sofrimento psíquico desenvolvem uma série de disfunções motoras, cognitivas e emocionais, que dificultam o desenvolvimento de atividades de vida diária, como andar, comer, vestir-se. São pessoas que, na maioria das vezes, portam uma debilidade na percepção corporal e comumente desenvolvem uma postura rígida, que implicam em limitações físicas e incapacidades.

De acordo com Guedes (1995), pensar o corpo não apenas como instrumento terapêutico maquinário almeja uma nova forma de interpretação. A autora refere que:

“a necessidade em descobrir uma nova maneira de vê-lo requer uma amplitude de conhecimentos que inclua a complexidade humana com suas incertezas, que contenham uma conotação da palavra ‘corpo’ em um sentido mais completo” (GUEDES, 1995, p. 76, grifos nossos).

Olhar para o corpo do “ser” humano de modo complexo implica em desempenhar atitudes terapêuticas que priorizem o sujeito, em todas as suas dimensões, cultural, espiritual, mental e física, não apenas em seu aspecto biológico. Lowen (1983) propôs a psicoterapia corporal como uma atitude terapêutica, para alcançar o desbloqueio das tensões musculares como intervenção ao trabalho emocional sobre a expressividade desse sujeito.

Apesar das experiências corporais apontadas na integração corpo e mente, Meyer (2006) demonstrou, em estudo, o quanto a formação do profissional fisioterapeuta se cristaliza no pensamento anátomo-funcional fragmentado e específico. A autora desenvolveu um estudo aplicando questionário aos alunos da graduação em fisioterapia, com questões abertas acerca de como pensavam sobre o corpo. Analisando os resultados, o estudo demonstrou que os alunos da fisioterapia pensam no corpo biológico, “[...] negando o entendimento do homem como construção cultural e necessariamente social” (MEYER, 2006, p. 63). Se compreendermos o corpo de maneira mais complexa, ampliaremos o olhar para o que Meyer (2006, p. 64) chamou de “humanização do corpo”.

Morin (2006) refere que atuar com humanização permite reconhecer o humano no outro como ser complexo. Para Ayres (2004), o cuidar vincula-se pela busca da totalidade existencial do sujeito, no sentido de conhecer sua realidade e

procurar entendê-la. Meyer (2006) considera que o conhecimento e a compreensão do corpo é fundamental para uma abordagem mais humana na área de saúde.

Parto desta perspectiva, da compreensão de corpo/pessoa complexa, enquanto condição de existência, subjetivo, emocional e humano. Não se trata apenas em promover a autonomia no sentido de recuperar suas habilidades, trata-se, pois, de um trabalho terapêutico, como descrito por Tessitore (2006), voltado à reconstituição das pessoas enquanto pessoas que sofrem como sujeitos.

Embora os trabalhos referenciados fundamentassem os vários aspectos que envolvem o sujeito em sofrimento psíquico, como aspecto histórico, social, corporal e clínico, encontro algumas lacunas quando busco estratégias terapêuticas que possam envolver uma abordagem corporal mais subjetiva, além das propostas de passeios com as pessoas e caminhadas ao ar livre. Busco promover o encontro do sujeito com o próprio corpo a partir de sua subjetividade no contexto da realidade social, e que, neste trabalho, tem na oficina terapêutica do Grupo FISIO o veículo necessário como contribuição dos efeitos psicossociais de seus participantes.

1.2 As Oficinas Terapêuticas: Estratégias da Reabilitação Psicossocial

As oficinas terapêuticas fazem parte das várias estratégias do modo de atenção psicossocial e contribuem com a reconstrução dos direitos dos usuários de criar, opinar, escolher e relacionar-se. Por essa liberdade de expressão é que as oficinas se traduzem como terapêuticas, a partir do momento que seja para o sujeito um espaço de produção e criação (MENDONÇA, 2005).

Resgatando um pouco da história, no Brasil da década de 40, o grande deflagrador do processo reabilitador social foi a experiência de implantação da arte como estratégia de intervenção dentro de um hospital psiquiátrico, a partir do trabalho de Nise Magalhães da Silveira (1905-1999), médica psiquiatra, que introduziu no Rio de Janeiro a arte-terapia. Sua história foi vivida no contexto político da ditadura de Getúlio Vargas, durante o Levante Comunista de 1935. Nesse período pós-guerra, começou a se pensar no portador de sofrimento psíquico como cidadão, com a ascensão dos direitos humanos, sujeito de direitos e também de deveres (MENDONÇA, 2005; VIGNOLI, 2000).

Nise da Silveira, após 18 meses presa pela condenação de ativista comunista (embora fosse apenas simpatizante do movimento), ao retornar ao cargo de psiquiatra, recusou-se a usar os métodos usuais clássicos da época, como eletrochoques, e foi deslocada para o setor considerado menos nobre do Centro Psiquiátrico, onde trabalhava. Nesse lugar, conheceu a terapêutica ocupacional, a partir do envolvimento dos pacientes com os serviços de limpeza. Nise foi a única mulher entre 157 alunos a estudar medicina. Em sua biografia é possível observar que características de sua personalidade impulsionavam a realização de trabalhos de pesquisa motivada pelo amor ao ser humano (CARVALHO; AMPARO, 2006).

Assim, ao observar a utilidade terapêutica nos trabalhos ocupacionais desenvolvidos por pacientes, fundou, em 1946, a Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR), criando ateliês e vários tipos de atividades. A orientação era de que os monitores não interferissem na produção dos pacientes, apenas estabelecessem o contato afetivo com eles. Fundou também em 1952 o Museu de Imagens do Inconsciente e em 1956 criou a Casa das Palmeiras. Para tanto, aplicava técnicas elaboradas de fortalecimento e expressão do eu, concebidas a partir da descoberta psicanalítica do inconsciente, em oficinas de expressão como pintura, escultura, música, teatro, dança e trabalhos manuais, além de atividades recreativas, como jogos, passeios e festas, dando suporte aos pacientes egressos do hospital psiquiátrico para reintegrarem-se à vida em comunidade (VIGNOLI, 2000; MENDONÇA, 2005).

Todo seu trabalho enfatizou o relacionamento afetivo com a pessoa em sofrimento psíquico e toda sua pesquisa visou a descobrir o melhor caminho para encontrar o outro. Dizia que não observava o paciente sentada em seu gabinete, deixava claro que não havia distância entre sua prática e a psiquiatria que acreditava ser possível (CARVALHO; AMPARO, 2006).

Nessa direção, a história da reforma psiquiátrica brasileira, concomitante ao processo da reforma sanitária, propunha mudanças na atenção e gestão das práticas de saúde, defendendo o acesso público e universal à sua assistência (BRASIL, 2005). Tratou-se de um processo de mudança que envolveu pessoas de todas as classes sociais, trabalhadores dos serviços de saúde, políticos, familiares e usuários, todos atores sociais das transformações históricas de um modelo de atendimento psiquiátrico centrado no hospital.

A meta da reforma psiquiátrica foi inserir socialmente pessoas que padecem de sofrimento psíquico, a partir de suas diferenças subjetivas. Essa proposta tem a intenção de incluí-los em diferentes espaços da sociedade. O processo denominado de desinstitucionalização, no Brasil, propôs a redução dos leitos psiquiátricos e a expansão de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico por meio de programas psicossociais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Residências Terapêuticas. Assim, a desinstitucionalização continua sendo o objetivo e a inspiração para o movimento da reforma psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2011).

Historicamente esse processo originou-se a partir da experiência italiana de reforma psiquiátrica fundamentada no discurso e trabalho prático de Franco Basaglia, psiquiatra considerado autor da Reforma Psiquiátrica na Itália, representante da ruptura com o paradigma asilar e constituinte de uma nova relação com a experiência do sofrimento psíquico (BRASIL, 2005; GALLETTI, 2004; OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

Segundo Guerra (2004), o entendimento sobre reabilitação psicossocial nasceu nos Estados Unidos, a partir da experiência dos encontros de ex-pacientes de hospitais psiquiátricos chamado “Não Estamos Sós” (*WANA – We Are Not Alone*), que recebeu auxílio da Fountain House¹², que ofereciam aos sujeitos participantes programas de educação, trabalho e moradia, com o objetivo de melhorar a condição de vida dessas pessoas regressas da internação hospitalar.

Com a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o então deputado Paulo Delgado (PT/MG) deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei, o qual propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Porém, foi somente após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país, com modificações importantes no texto original normativo, promulgando a Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001 (MESQUITA, 2008).

Essa Lei impõe novo ritmo e novo impulso para o processo da reforma psiquiátrica no país, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, como, por exemplo, ter acesso ao melhor tratamento de

¹² Conhecido como um clube social, foi criado por um grupo de mulheres em 1948, na cidade de Nova Iorque, Estados Unidos. Disponível em <<http://www.fountainhouse.org/content>>

saúde, ser tratada em ambiente terapêutico, preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2005).

Para Galletti,

[...] Desmontar o aparato jurídico institucional legitimador da instituição manicomial é tarefa árdua Além disso, redesenhar a loucura, substituir os hospitais psiquiátricos e resgatar o louco, não só do manicômio, mas de outras clausuras – como os medicamentos e as terapias – exige não apenas uma política partidária de saúde com seus dispositivos discursivos, mas um compromisso efetivo com essas ações. (GALLETTI, 2004, p. 27).

Assim, o Ministério da Saúde considerou a atualização das normas constantes da Portaria nº 189 de 22 de março de 2002, que tipifica as Oficinas Terapêuticas como unidades fundamentais da rede de atenção à saúde mental, definindo como atividades grupais de socialização, expressão e inserção social. São consideradas atividades de encontro de vidas entre as pessoas em sofrimento psíquico, promovendo o exercício da cidadania e a expressão da liberdade, da singularidade e subjetividade, através da inclusão pela arte, num espaço de convivência, que favorece a interação entre as pessoas. Exemplos dessa idéia estão mostradas nas oficinas de geração de renda, onde os produtos fabricados são competitivos no mercado comercial e o lucro é distribuído entre os participantes (KANTORSKI et al., 2011; LAPPAN-BOTTI, 2004; MENDONÇA, 2005; VALLADARES et al., 2003).

Desde o ano de 2004, a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Economia Solidária /SENAES, do Ministério do Trabalho e Emprego, vem trabalhando em parceria para construir ações concretas para a reinserção social e econômica dos usuários da rede pública de saúde mental. Instituído pela Portaria nº 1169 de 07 de julho de 2005, a experiência de iniciativas de geração de trabalho e renda foram sendo fortalecidas por meio da construção de redes de empreendimentos sociais solidários aos municípios, apoiados financeiramente pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Embora os diversos serviços da rede de atenção à saúde mental fomentem a criação de cooperativas e associações e realizem oficinas de geração de renda, caracterizam-se ainda por sua frágil sustentação institucional e financeira (BRASIL, 2011).

A “frágil sustentação” mencionada pelo Ministério da Saúde pode ser relacionada à experiência prática do Grupo FISIO, vivenciada no serviço NOTT. Esta não correspondia a um serviço autossustentável, pois dependia da prefeitura municipal para reposição dos materiais utilizados na confecção das oficinas e para o pagamento dos funcionários. Apesar dessa dependência, a iniciativa de dividir o lucro dos produtos vendidos, entre os usuários participantes, servia de estímulo para a continuação da oficina na prática.

Achados na literatura científica nos contam que as oficinas terapêuticas, pensadas como reabilitação psicossocial estão relacionadas como formas de atitude, no sentido de agir, de inserir socialmente os indivíduos então encarcerados e segregados pelo próprio serviço que se propõe tratá-los. A finalidade, afinal, de se recuperar o sujeito em sofrimento psíquico como cidadão deve se dar por meio de atividades artísticas, expressivas e artesanais, que permitam a produção dos sentidos, em que as diversas subjetividades estão envolvidas e que se unem pelo substrato comum do transtorno mental (LAPPAN-BOTTI, 2004; RAUTER, 2000).

O Ministério da Saúde trata esses novos serviços como substitutivos da hospitalização, e não como complementares. Define que os serviços do tipo oficinas terapêuticas podem ser construídos a partir de oficinas expressivas, espaços de expressão corporal, verbal, musical, artística, além de artesanatos, oficinas geradoras de renda e alfabetização (BRASIL, 2005). No entanto, sabe-se que algumas oficinas são inseridas dentro dos CAPS, objetivando, muitas vezes, espaços de ocupação pela ocupação, sem construção de sentido para o sujeito envolvido (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005). Nesse aspecto, para que serviria a prática das oficinas terapêuticas?

Quando pensamos na assistência à saúde, pensamos na aplicação de tecnologias que priorizem o bem estar físico e mental das pessoas (AYRES, 2004). Neste sentido, a atenção psicossocial se constitui, segundo Torre e Amarante (2001), pela criação de rede de serviços abertos que assistem o portador de sofrimento psíquico como cidadão, como protagonista de uma nova relação social.

Atualmente, Benedetto Saraceno, diretor de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS se apresenta como um dos principais representantes da expressão do conceito de reabilitação psicossocial. Como estratégia de intervenção incluída em um modo de atenção psicossocial, não pode ser confundida com uma transformação nos serviços de saúde mental ou como uma modificação na

organização institucional das formas de cuidado ou dos processos de trabalho, mas a reabilitação deve ser considerada como uma invenção no modo de cuidar o sofrimento humano (YASSUI, 2009).

Assim, a proposta de reabilitação para Saraceno (2001) coincide com a necessidade de se criar estratégias de ação, também proposto por Galetti (2004), que estejam na mais real relação do sujeito com a sua realidade e com a sua condição de sofrimento psíquico.

Neste trabalho, ao se trazer a experiência da participação dos usuários no serviço NOTT, através do que foi vivenciado no Grupo FISIO, mencionamos a preocupação em proporcionar suporte assistencial, a partir da produção possível do trabalho vivido nas oficinas. Essa reintegração foi possível não só pela experiência da venda dos produtos e dos lucros financeiros, mas pelos efeitos da transformação corporal refletida nos depoimentos sobre suas vidas.

Neste trabalho, parte-se do princípio de que a desinstitucionalização requer uma desconstrução cotidiana de ideologias e de práticas cristalizadas, a partir da ação dos sujeitos profissionais de saúde mental. A idéia é poder contribuir para com a reconstrução da assistência ao sujeito atendido na saúde mental no sentido de expandir novos horizontes, de conhecer sua realidade e procurar entendê-la, seguindo critérios que considerem sua singularidade.

Nesta perspectiva de inovação e construção de novas práticas de cuidados em saúde mental, neste trabalho se apresenta uma experiência de assistência possibilitada pela oficina de trabalho corporal, do Grupo FISIO, realizada no NOTT. O princípio fundamental que se traz como eixo é de que não temos um corpo, mas sim, somos o nosso corpo, na forma mais singular possível.

A reabilitação psicossocial está sendo pensada a partir da proposta em se descrever a contribuição dessa oficina de trabalho corporal frente aos efeitos do processo reabilitador junto aos usuários, analisando as transformações ocorridas no corpo e, ao haver transformações, se essas contribuíram na vida de cada um, ou seja, não do corpo apenas físico, mas do corpo como pessoa, para além das habilidades funcionais que esse corpo físico possa ter recuperado.

- Investigar sobre a experiência da oficina de trabalho corporal (Grupo FISIO) enquanto estratégia de intervenção terapêutica em saúde mental junto às demais oficinas que compunham o serviço Núcleo de Oficinas Terapêuticas e do Trabalho (NOTT)
- Descrever as contribuições psicossociais desta oficina, a partir da análise dos relatos dos usuários que participaram da mesma

Para alcançar os objetivos deste estudo utilizamos os pressupostos da abordagem qualitativa de investigação, que considera a subjetividade e a intencionalidade presente nas atitudes das pessoas. E, a partir das relações dessas atitudes nos contextos sócio-culturais, econômicos-políticos e ideológicos, há a incorporação dos significados, que são subjetivos (MINAYO, 1999).

3.1 Tipo de pesquisa

Minayo (2010) aponta que a investigação das relações sociais estabelecidas pelos seres humanos enquanto sujeitos de sua história, crenças e valores, inserem-se no campo de atuação da pesquisa social. E é por isso que, na abordagem qualitativa, todos os sujeitos participantes, investigador e investigado, influenciam na construção do conhecimento produzido.

A autora descreve que a pesquisa qualitativa tem sua origem nos estudos sociais e na sociologia compreensiva. Assim, a compreensão da realidade social é qualitativa, como uma vivência única capaz de ser captada pela ciência, como uma forma de linguagem que a prática científica transforma em conceito. Antes de sermos seres sociais somos primeiramente individuais, dentro do contexto subjetivo, norteado por princípios e valores que acreditamos fazerem parte da construção que nos identifica. Ayres (2001) descreve que nossa identidade se constrói através da linguagem como fenômeno de comunicação, particular a cada experiência de encontro com o outro.

Descrever os possíveis efeitos subjetivos da oficina de trabalho corporal no Grupo FISIO inspirou o desenvolvimento do estudo de caso aqui descrito, que estuda algo singular, com valor em si mesmo, que descreve o encontro particular como uma unidade dentro de um sistema mais amplo (MARTINS, 2008). Para Ventura (2007), o estudo de caso preserva em seu objeto de estudo o caráter unitário, considerando a unidade como um todo que se pretende investigar. O interesse, portanto, incide naquilo que a oficina de trabalho corporal do Grupo FISIO teve de único e de subjetivo.

Segundo Yin (2001), o estudo de caso representa uma investigação empírica, compreendendo-se como método que abrange a lógica do planejamento, da coleta e

da análise dos dados. Assim, por sua flexibilidade, pode ser aplicado para a (re) construção de hipóteses e teorias.

Assim, o desenvolvimento deste estudo de caso percorreu três fases: a fase exploratória, a fase da coleta de dados ou delimitação do estudo e a da análise dos dados, organizando e descrevendo o material coletado, com a leitura e releitura do material para iniciar o processo de categorização (MARTINS, 2008). Para Ventura (2007), o estudo de caso não aceita um roteiro rígido para a sua delimitação, mas define seu delineamento seguindo as fases propostas por Martins (2008).

3.2 Cenário do estudo – (O Núcleo de Oficinas Terapêuticas e do Trabalho NOTT: Origem e Funcionamento)

O município de Porto Ferreira, interior do estado de São Paulo, abrigava o serviço NOTT. Como cidade do interior paulista, nasceu às margens do rio Mogi-Guaçu. É conhecida como “Capital da cerâmica artística”. Possui uma média de 54.000 habitantes, com área de extensão territorial de 246 quilômetros quadrados¹³. Para uma melhor visualização e compreensão do cenário onde originalmente decorreu a idéia para esta pesquisa, trago a descrição do serviço NOTT:

O serviço NOTT foi inaugurado no município de Porto Ferreira, em 04 de fevereiro de 2006 e desativado em 20 de novembro de 2008. Tinha suas instalações físicas às margens do rio Mogi-Guaçu, com área ambiental de preservação permanente de 42.000 metros quadrados. A casa, alugada pela Prefeitura Municipal, possuía cômodos amplos, assim como toda a extensão do terreno.

A equipe era composta por profissionais da saúde e de pessoas da comunidade em geral conhecidas pelos atributos artesanais, culinários, que fossem solidárias ao trabalho voluntário. Os “oficineiros” eram empenhados apenas pela satisfação de fazer o “algo a mais” para os usuários. Essa equipe então era formada por “terapeutas cidadãos que exercem cidadania”, como citado por Saraceno (1999). Havia reuniões semanais para discussão de casos, esclarecimentos de dúvidas com o médico psiquiatra, que, frente ao sofrimento psíquico fazia suas indicações terapêuticas medicamentosas.

¹³ Fonte: IBGE, 2005. Disponível em <<http://www.portoferreiras.gov.br>>

Logo na entrada do serviço, havia uma área coberta que envolvia as laterais da casa. A porta da área dava acesso a uma sala grande, onde realizávamos a oficina de vídeo, e uma outra sala paralela, com mesas e cadeiras para a realização das oficinas de arte. No corredor que levava à cozinha, na porta lateral funcionava o escritório, único cômodo fechado dentro da casa. A cozinha era extensa e lá era realizada a oficina de culinária; as refeições eram preparadas e servidas pelos usuários e um monitor. Ali se serviam o café-da-manhã, almoço e o lanche da tarde. Às sextas-feiras, quando realizávamos a oficina de vídeo, o lanche era pipoca no saquinho de papel. Nenhum usuário costumava faltar nesse dia.

A área terminava nos fundos da casa, dando acesso a uma vista do rio e à escada lateral que levava ao piso superior. A área ampla do piso superior possuía dois banheiros, masculino e feminino, e um espaço para desenvolver quaisquer atividades lúdicas. Comecei a atender os usuários nessa área superior, formando então o Grupo FISIO, que, por ser o objeto desse estudo, será relatado no próximo capítulo.

O NOTT funcionava diariamente, de segunda a sexta-feira, das 8:00h às 16:30h. Era um serviço aberto, onde os usuários chegavam e saíam a hora que lhes fosse possível. Mesmo assim, havia um transporte disponibilizado pela Prefeitura Municipal que buscava e levava os usuários no NOTT, em pontos pré-estabelecidos próximos de suas residências.

A relação geral das oficinas desenvolvidas no local era: tapeçaria, cestaria, horta, culinária, coleta seletiva de lixo reciclável, vassoura de garrafa pet, teatro, vídeo, coral, dança, pintura em tecido, fuxico, crochê e o Grupo FISIO.

A oficina do Grupo FISIO acontecia simultaneamente às demais oficinas do serviço, ocorrendo até duas em cada período. Os usuários escolhiam as de que participariam a partir do seu interesse. Fizemos um cronograma com as oficinas condizentes ao dia da semana, com cores diferentes que pudessem servir de memorização aos usuários que não sabiam ler, para então saberem os dias certos de cada oficina.

Desenvolvíamos atividades sociais, recreativas, educacionais, sócio-econômicas e de lazer, como passeios, comercialização e venda dos produtos confeccionados pelos usuários, assembléias, caminhadas, que reforçavam a integração social e ao mercado formal ou informal de trabalho. Realizávamos festas de comemoração dos aniversariantes do mês, festa junina, gincana do dia 18 de

maio – Dia Nacional da Luta Antimanicomial e idas ao cinema com periodicidade mensal.

Na época da coleta de dados, que ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2010, o serviço NOTT já se encontrava inexistente, no entanto, como foi possível resgatar o contato com os usuários do NOTT, foi marcado o ASM como local para a obtenção dos dados.

O ASM funciona dentro do Centro de Especialidades Médicas, serviço de assistência geral em saúde. Na época da coleta, a sala onde funcionava o ambulatório contava com uma auxiliar de enfermagem, responsável pela articulação de entrega das receitas dos medicamentos, visitas domiciliares, encaminhamentos dos usuários em crise a outros municípios e demais serviços relacionados à saúde mental. Atualmente, em 24 de janeiro de 2011, foi inaugurado o CAPS no município, que oferece aos usuários atendimento médico e assistência terapêutica.

3.3 Sujeitos

O NOTT assistia cerca de 30 usuários por dia, sendo 92 no total cadastrados. Todos os usuários que se beneficiavam com o serviço já haviam estado em internação psiquiátrica pelo menos uma vez. A frequência era de duas ou três vezes por semana, dada a indicação do médico psiquiatra responsável.

O Grupo FISIO funcionou durante os anos de 2007 e 2008 e contou com a participação de 18 usuários.

Como critério de inclusão para a participação nesta pesquisa, foi considerado o desejo e a disponibilidade para concessão de entrevistas, a partir das respostas obtidas pelo instrumento de coleta de dados.

Dos 18 sujeitos participantes do Grupo FISIO, 12 colaboraram com esta pesquisa, sendo 06 mulheres e 06 homens. Todos eram adultos e apresentavam condições variadas quanto ao aspecto sócio-cultural e econômico.

Apenas 02 sujeitos negaram-se a responder o instrumento de pesquisa. Dos demais que não participaram 02 evoluíram a óbito, 01 encontrava-se em internação psiquiátrica e 01, como trabalhava na lavoura de uma cidade vizinha, onde residia,

não conseguiu deslocar-se para participar no dia da entrevista. Assim, deu-se a configuração de um grupo de 12 pessoas como sujeitos desta pesquisa.

A descrição dos sujeitos que participaram está detalhada no quadro que se segue.

Sexo	Total	Diagnóstico	Total	Idade	Total	Estado Civil	Total	Escolaridade	Total
H	06	Retardo mental	01	40-49 anos	01	Solteiros	01	Analfabetos e semi-analfabetos	06
		Esquizofrenia	04	40-49 anos	04	Solteiros	03		
				50-59 anos		Casados	01		
		Transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool	01	50-59 anos	01	Casado	01		
M	06	Atraso mental médio	03	30-39 anos	03	Solteiras	03	Analfabetas e semi-analfabetas	06
				40-49 anos					
		Transtorno orgânico ou sintomático específico	01	40-49 anos	01	Solteiras	01		
		Esquizofrenia	01	50-59 anos	01	Casadas	01		
		Transtorno afetivo bipolar	01	50-59 anos	01	Viúva	01		
TOTAL		12 PARTICIPANTES							

Quadro 1 - Descrição dos sujeitos participantes da pesquisa

Ao que podemos observar, houve uma equivalência entre os gêneros masculino e feminino dos sujeitos participantes da pesquisa, dados exatos 06 mulheres e 06 homens que totalizaram os 12 participantes. Os sujeitos homens apresentaram predominância do diagnóstico de esquizofrenia, enquanto as mulheres apresentaram o atraso mental médio como diagnóstico predominante.

Podemos observar também que a maioria dos sujeitos que formaram o Grupo FISIO se tratava de pessoas solteiras, com idade de 30 a 59 anos. E, na totalidade, todos tinham o grau de escolaridade classificados como analfabetos ou semi-analfabetos, conforme dado coletado nos prontuários.

3.4 Instrumentos e Procedimentos de coleta dos dados

O convite para participar da pesquisa foi realizado verbalmente, em uma assembléia com usuários e equipe, enquanto funcionava o serviço NOTT no ano de 2006. No decorrer da elaboração do projeto desta pesquisa, entre 2008 e 2009, o serviço foi então desativado, ocorrendo uma ruptura no vínculo estabelecido entre mim e os usuários. Portanto, as assembléias e reuniões de família deixaram de existir, ocasiões essas onde eu procurava atualizar os participantes sobre o andamento da pesquisa, através do estabelecimento de uma comunicação direta. Entretanto, como a seleção dos sujeitos da pesquisa já havia sido realizada quando o serviço estava ativo, foi necessário se proceder à busca do contato desses sujeitos, pelos arquivos de prontuários quando foram todos deslocados para o serviço do ASM do município, após a desativação do NOTT.

Como profissional componente da equipe NOTT, eu estava, portanto, desligada desse serviço. Assim, era preciso se obter autorização para utilizar os equipamentos do ASM: uso dos prontuários, sala fechada para a entrevista, utilização do telefone para o contato, tendo em vista que foram transferidos para este serviço todos os prontuários dos usuários e demais documentos do NOTT, como atas de reuniões e cadernos de presença dos usuários, utilizados para registro do número de participantes das oficinas, que deveriam constar no relatório mensal que entregávamos para a Prefeitura.

Quando foram solicitados os prontuários dos usuários do NOTT à enfermeira responsável do ASM, foi surpreendente saber que não havia nenhum profissional que continuasse se responsabilizando pelos materiais que pertenceram a esse serviço após o seu fechamento. Os documentos do NOTT foram localizados no fundo de uma sala desativada do chamado Centro de Especialidades, no ASM, contidos em duas caixas de papelão, em meio à poeira e aos insetos, parecendo esquecidos no tempo.

Procedi então, à separação dos prontuários dos usuários que participaram do Grupo FISIO, para, em seguida, fazer-se o contato por telefone, quando foi agendado uma reunião com os familiares e usuários para o dia 11 de fevereiro de 2010. Estiveram presentes a essa reunião, dezessete pessoas, dentre elas usuários e familiares. Alguns usuários foram sozinhos, alguns familiares compareceram sem

os usuários. A reunião, prevista para ocorrer no tempo de uma hora, encerrou-se duas horas após seu início, devido à agitação coletiva entre os presentes que acreditavam que essa reunião se tratava da reabertura do serviço NOTT.

Após os devidos esclarecimentos quanto ao objetivo dessa reunião, os presentes receberam as informações referentes ao projeto de pesquisa e assim puderam expressar a concordância ou não na participação como sujeitos deste estudo. Para os que aceitaram participar foi solicitado e esclarecido que deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) no momento da entrevista. Com eles, foi agendado início da coleta de dados a partir do dia 18 de fevereiro de 2010, onde cada participante respondeu o instrumento de coleta de dados desta pesquisa, em períodos distintos, no tempo de uma hora, dada a disponibilidade da ocupação na sala fornecida pelo ASM. A última entrevista ocorreu em 04 de março de 2010, sendo preciso remarcar alguns que faltaram no dia agendado.

Ao todo, foram realizadas 12 entrevistas, das quais 02 foram cedidas na própria residência do usuário e as demais entrevistas ocorreram no ASM, em sala fechada. A maioria dos usuários foram à entrevista acompanhados pelos seus responsáveis, ficando estes aguardando na sala de espera. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Nessa entrevista, os usuários responderam a 07 questões norteadoras: 04 referentes à assistência psiquiátrica e 03 relacionadas aos efeitos constatados por cada um na experiência da participação na oficina corporal (Apêndice B).

A entrevista foi semi-estruturada, em parte, por questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, oferecendo amplas interrogativas provindas de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem respostas do entrevistado (MARTINS, 2008). Segundo o autor, a entrevista é um instrumento que aborda a prática do estudo de caso por oferecer diferentes olhares sobre o evento comum a todos.

No instrumento de coleta de dados, as primeiras questões eram referentes à assistência psiquiátrica no intuito de se introduzir a conversa e assim, serem ouvidas suas opiniões. Conforme colocado por Silveira (2003), na entrevista semi-estruturada o pesquisador faz uso de um roteiro com perguntas previamente elaboradas, que se prestam muito mais a conduzir a conversa realizada com o entrevistado do que ser algo seguido de forma rígida, o que acabaria por limitar as

possibilidades de um aprofundamento na temática em questão, bem como impedir uma relação construída de forma fluída com o entrevistado.

As demais questões foram direcionadas especificamente ao objeto da pesquisa, referentes às contribuições que a oficina corporal possa ter proporcionado no corpo e contexto social dos sujeitos participantes.

Também foi utilizado como fonte de dados o prontuário de registro do ASM, com os diagnósticos e observações médicas a respeito da evolução do usuário bem como medicamentos administrados, internações e condutas terapêuticas. No prontuário do NOTT, havia dados desde a inserção no serviço, permanência, desenvolvimento progressivo, oficinas de interesse e respectivas evoluções fornecidas pelos monitores. O prontuário da Fisioterapia, continha avaliações e descrições da participação no Grupo FISIO e anotações no diário de campo.

O diário de campo foi utilizado para registrar os momentos vivenciados na oficina corporal e minhas percepções frente aos relatos escutados e ao comportamento de cada um durante a realização das oficinas.

3.5 Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, em 19 de outubro de 2009, parecer n. 236/2009 (Anexo I). Após essa aprovação, o projeto foi encaminhado, via protocolo, à Prefeitura Municipal de Porto Ferreira, ao Departamento de Saúde, para ser autorizada a utilização do espaço do ASM, propiciando privacidade às entrevistas.

Esta pesquisa já havia sido permitida, num primeiro momento, pelo Chefe do Centro de Especialidades Médicas, do qual o ASM faz parte (Anexo II), e pela coordenadora do NOTT (Anexo III), para obtenção dos dados sobre as anotações nos prontuários.

Para garantir o absoluto sigilo dos entrevistados, seus nomes verdadeiros foram omitidos e substituídos aleatoriamente por nomes próprios extraídos da Bíblia. Isso permitiu se evitar toda e qualquer forma de identificação dos participantes. A escolha por nomes bíblicos está sendo considerada uma homenagem a todos os

usuários do NOTT, tendo em vista a importância que dão à religião como base de apoio de suas vidas.

3.6 Procedimento de análise

Para início do procedimento de análise foram selecionados os relatos dos participantes do Grupo FISIO enquanto este ainda funcionava (2006-2008), manifestados por cartas, que eram anexadas aos prontuários de cada um, nos quais eram feitas as observações sobre os efeitos do trabalho realizado pela oficina corporal. A intenção foi aprofundar a compreensão sobre o corpo que somos, quando interagimos com o coletivo, principalmente dentro do contexto de uma prática de saúde mental do tipo oficina terapêutica de abordagem centrada no corpo, considerando aspectos do seu isolamento e abandono.

Os conteúdos das informações encontradas nesses relatos caracterizaram o grupo com o qual foi feito o trabalho do Grupo FISIO: da participação e envolvimento com o que era proposto como atividade no dia e preocupações relativas a estética, dentre outros.

A análise de conteúdo é a abordagem eleita neste estudo para análise dos depoimentos, através das quais as respostas dos entrevistados foram categorizadas em temáticas. Para Bardin (2010), essa análise pode ser compreendida como:

[...] Um conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição e interpretação do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção /recepção destas mensagens. (BARDIN, 2010, p. 44)

Em termos operacionais, através da análise de conteúdo, o investigador propõe-se a alcançar sentidos (estruturas semânticas) e significados (estruturas sociológicas) quando estes se relacionam com fatores que determinam as características do entrevistado, como variáveis psicossociais, contexto histórico-cultural e processo de produção de mensagem (MINAYO, 1999).

Muito embora a análise de conteúdo propicie o observar, o deduzir e o interpretar das significações contidas nas mensagens, a partir do momento em que

temos que codificar estas mensagens, deve-se produzir um sistema de categorias. A categorização, conforme Bardin (2010), tem como objetivo fornecer uma representação simplificada dos dados, impondo à investigação a classificação dos elementos comuns que permitam, portanto, o seu agrupamento. E acrescenta: “A categorização é um processo do tipo estruturalista e comporta duas etapas: o inventário, para isolar os elementos; e a classificação, para repartir os elementos, e procurar ou impor uma certa organização às mensagens” (BARDIN, 2010, p. 146).

Análise por categorias é a mais utilizada e funciona por desmembrar o texto em unidades, segundo reagrupamentos analógicos. Entre as possibilidades de categorização, escolhemos a investigação dos temas, ou análise temática, por ser “[...] rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos e simples” (BARDIN, 2010, p. 199).

Ao serem agrupadas as categorias, a partir da seleção dos elementos comuns entre os sujeitos participantes, foi considerada a complexidade do objeto estudado. Esse direcionamento implica uma intencionalidade própria do processo investigativo e possibilita aprofundamento sobre a análise dos relatos colhidos dos participantes, pelo pesquisador.

Assim, o que se almeja é poder incrementar contribuições consoantes com o campo de atenção psicossocial, por meio da discussão dos resultados produzidos no trabalho realizado no Grupo FISIO em um serviço que agrupava oficinas terapêuticas em saúde mental – o NOTT.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A discussão e a análise dos resultados foram sendo tecidas à medida em que se estabelecia o envolvimento com os dados colhidos, relacionando-os ao objetivo desta pesquisa, que se propôs a investigar e descrever a experiência de uma oficina terapêutica de abordagem sobre o corpo dos usuários de um serviço de saúde mental.

Nesse sentido, a análise dos conteúdos obtidos foi sistematizada passo a passo, enfocando as contribuições desse trabalho terapêutico realizado.

Contribuições da oficina de trabalho corporal no processo reabilitador psicossocial – O Grupo FISIO

O Grupo FISIO teve uma vida limitada por dois anos (2006-2008) de funcionamento. No entanto, pareceu criar alternativas na reabilitação psicossocial de seus participantes. Trago uma descrição detalhada sobre a experiência desse Grupo, com a finalidade de introduzir a discussão dos resultados desta pesquisa.

O Grupo FISIO originou-se como uma oficina adjunta às oficinas terapêuticas que compunham o serviço NOTT. A iniciativa deu-se pela preocupação em se trazer algo lúdico para os usuários, em meio a um grupo onde eles pudessem interagir em atividades que movimentassem o corpo todo. A criação do grupo foi exposta nas reuniões de família, que realizávamos, quando se sustentava a ideiação de se trabalhar com o foco em oficinas terapêuticas. Desse modo, o Grupo FISIO surgiu em 2006 e se manteve ativo até 2008.

As técnicas do trabalho corporal utilizadas inicialmente foram baseadas na perspectiva em entender o corpo como global, provido de cadeias musculares que trabalham em conjunto, sendo o corpo veículo de comunicação social, que se relaciona, pensa, age, expressa-se (PITIÁ; SANTOS, 2005), e que, segundo Volpi (2005) somatiza os conflitos da mente.

Bertherat (2002) descreve que existe uma relação entre o corpo anátomo-funcional com o corpo psicossomático. Essa afirmação foi sendo demonstrada a partir de uma posterior avaliação diária, observacional, onde aquelas pessoas se revelavam em corpos somatizados, que expressavam os conflitos emocionais,

refletidos na qualidade do tônus muscular (estado permanente de contração muscular), expressões faciais, ritmo respiratório, postura e tom de voz.

Os objetivos propostos aos usuários que participavam da oficina corporal eram esclarecidos desde o início das atividades, bem como a dinâmica de funcionamento. Ressaltava-se a importância em se melhorar toda alteração postural e dor que os usuários apresentaram na avaliação fisioterápica. Como foi percebido posteriormente, o olhar inicial reduzia-se ao campo biomecânico, como um dos aspectos da fisioterapia.

Para participar da oficina os usuários deveriam se apresentar, mediante interesse próprio. O grupo então não possuía critérios de inclusão. Os objetivos e condutas, a partir do trabalho como fisioterapeuta, eram:

- Melhorar os desvios posturais e os encurtamentos musculares com exercícios de alongamento;
- Promover percepção corporal aplicando técnicas de relaxamento e automassagem;
- Promover a interação grupal, com atividades em dupla e pelo próprio atendimento em grupo, utilizando técnicas de massagem, atividades lúdicas de exercícios com bolas, bexigas, bastões.

A oficina de trabalho corporal foi iniciada no período da tarde, com 1 hora e 30 minutos de duração, compondo-se de 10 pessoas, dentre elas 06 usuários e 04 monitores. A proposta voltou-se para o auto-conhecimento sobre seus corpos como pessoas que se apresentavam às atividades. Os movimentos eram direcionados ao alongamento, ora estático segmentar, ora dinâmico global.

O alongamento estático segmentar normalmente é utilizado para alongar isoladamente um músculo até um ponto tolerável e sustentar a posição por cerca de um tempo. O alongamento global, por sua vez, atinge vários músculos simultaneamente, pertencentes à mesma cadeia muscular, partindo do pressuposto de que um músculo encurtado cria compensações nos que estão próximos ou distantes (ROSÁRIO et al., 2008).

Na fisioterapia, o alongamento é utilizado como técnica para corrigir e ou prevenir desvios posturais, porque propicia o ganho da amplitude de movimento e flexibilidade em músculos encurtados, deixando os movimentos livres da dor (ROSÁRIO; MARQUES; MALUF, 2004). Trata-se de um recurso em que a pessoa pode realizar movimentos ativos, e assim, serviu-me como primeira conduta

avaliativa perante aquelas pessoas em sofrimento psíquico que começavam a fazer parte de um trabalho sobre seus corpos. A isso se somou a perspectiva do auto-conhecimento corporal e que foi se intensificando em aspectos subjetivos.

A oficina foi oferecida diariamente, ganhando novas participações, totalizando 18 usuários no ano de 2008. Havia interesse dos monitores do NOTT e estes participavam esporadicamente desta oficina, quando coincidia sua disponibilidade de tempo. Geralmente, antes do ingresso de novos usuários participantes observava-se que alguns observavam a realização da oficina corporal para depois participarem ativamente.

Durante sua existência, no decorrer de dois anos, foi dado início a ofertas diferenciadas de trabalho sobre o corpo dos usuários. Eram condutas tomadas conforme a demanda do grupo e o número de participantes vigentes, associadas ao olhar clínico que percebi desenvolver no contato com aquelas pessoas. Os exercícios de alongamento passaram a ser realizados em duplas, alcançando, além do próprio alongamento corporal, o contato com o corpo do outro. Assim, conforme os participantes experimentassem a sensação do toque, foi proposto o trabalho com a massagem, que também em dupla, utilizavam-se das mãos como ferramenta, agregada ao uso de bolinhas de tênis, friccionando-as sobre a parte do corpo de si e do outro, que estava sendo massageada.

O que foi percebido é que, de fato, o toque faz parte das nossas vivências humanas. Desde bebês, aprendemos a conhecer o mundo pelo tato. Essa percepção traduziu-se em conhecimento e sensibilizava-me à observação/questionamento sobre as possíveis lacunas afetivas que os usuários pudessem ter. A terapia através da massagem utiliza-se do toque e é descrita por Veronese (2009) como uma das técnicas da fisioterapia que objetiva o alívio de dores musculares, devolvendo ao corpo o equilíbrio físico-emocional pelo relaxamento das tensões musculares. No entanto, percebia que, além disso, aquelas pessoas construíram vínculos umas com as outras pelo toque aplicado entre os corpos.

Através do comando verbal, os participantes executavam movimentos de toque sobre os corpos uns dos outros, produzindo deslizamentos regulados por quem recebia a massagem e regrava a força aplicada.

Pelo menos dois dias da semana eram dedicados a atividades de relaxamento. A técnica de relaxamento aplicada era principalmente direcionada ao controle da respiração e ao ganho da percepção corporal (HORN, 1995). Todos

deitavam em colchonetes individuais. Às vezes era colocado o som de uma música instrumental, para induzi-los ao relaxamento. Também se utilizava a auto-massagem como recurso terapêutico, auxiliando no auto-conhecimento sobre pontos de tensões musculares a serem trabalhados. Alguns usuários dormiam, outros achavam graça. Alguns nem sequer fechavam os olhos, mas prestavam atenção ao que era dito. Ao observá-los, tinha a sensação de que ali eles podiam deixar de lado seus delírios, suas inquietações, suas preocupações. Era um momento em que a confiança parecia se instalar entre todos!

Na área da saúde, algumas técnicas como o relaxamento e o alongamento, quando integradas na prática, favorecem a conduta de quaisquer profissionais da saúde, mediante o objetivo que almejem alcançar em sua clínica terapêutica na prestação do cuidado aos usuários do serviço. Elas não são práticas unicamente conduzidas pelo profissional fisioterapeuta. Gava (2004) afirma que as atividades integradas, entre as disciplinas do curso de fisioterapia e outros cursos da área da saúde são de extrema importância para a formação humanizada, levando em conta alguns princípios da interdisciplinaridade, como a parceria e a habilidade de comunicação, o que não deixa de preservar a identidade de cada profissional.

Durante a existência do Grupo FISIO, todos os dias, após as atividades o grupo realizava um relatório da experiência. Nós nos colocávamos em círculos, sentados no chão e discutíamos verbalmente sobre as sensações experimentadas pelo exercício. Cada um esperava sua vez de falar. Alguns não manifestavam suas sensações na fala e sim na escrita. Os relatos serviam de avaliação frente às condutas utilizadas. Por meio dos depoimentos e relatos, poder-se-ia saber:

- Relato inicial: referente às sensações apresentadas antes do início do grupo, como estavam se sentindo;
- Relato final: dizia respeito às sensações vivenciadas durante a oficina de trabalho corporal e como estavam se sentindo após sua realização.

Conforme refere Cristina do Nascimento e Pitiá (2010), foi possível se perceber que as atividades expressivas corporais contribuem para o avanço do processo de socialização de usuários de serviços em saúde mental.

Assim, o Grupo FISIO foi sendo construído, ganhando cor, cheiro e vários sabores. Um grupo se constrói pela presença constante de elementos que criam vínculos entre eles (FREIRE, 2010).

Foi observado o surgimento de preferências às atividades de alongamento e relaxamento realizadas no FISIO. O interesse coletivo por essas atividades era justificado pelos relatos de conforto na região da coluna, local do corpo onde a maioria sentia dores decorrentes das alterações posturais. Dessa maneira, era percebida a importância em não se seguir um protocolo prévio. Muitas vezes essas atividades prevaleciam, a partir da necessidade da interação grupal, afirmando a importância em considerar-se a demanda do usuário e seu interesse pela oficina.

Foi possível se observar que a frequência e permanência no grupo foram constantes. Entre os participantes, percebia-se que durante a atividade cada um tinha sua maneira de manifestar a timidez em determinada postura, a distração em outra, o exibicionismo em outras, os risos e discursos fora do contexto, a pressa, dentre outras expressões. A todo tempo eu me colocava junto ao Grupo, realizando atividades conjuntas, vivenciando e interagindo. A todo o tempo eu tive a intenção de que meu corpo, como pessoa, interagisse como instrumento dentro de uma oficina corporal onde a base de tudo sustentava-se no trabalho reabilitador da reconstrução de vínculos. E o vínculo profissional /usuários estava sendo firmado e (re) construído a cada dia.

A essa observação, pode-se associar a constatação a respeito da preservação do vínculo afetivo que havia sido construído entre mim e eles durante o período de funcionamento da oficina FISIO. No encontro referente ao dia da entrevista, após um ano de distanciamento, as pessoas, ao me encontrarem, pareciam me reconhecer como alguém de confiança. E isso pode ser traduzido nos abraços afetuosos que nos dávamos.

Pude observar que da nossa convivência prolongada resultou, sobretudo, um sentimento de confiança que ocorre entre amigos. Assim, ao colher os depoimentos, percebi que aquelas pessoas generosamente abriram suas vidas, plenos de gentileza e agrado, porém inibidos pelo gravador, mas dispostos a compartilharem conosco seus modos humanos de habitarem um corpo, que até então, parecia desconhecido.

Quem eram os sujeitos do FISIO?

A totalidade dos 12 participantes desta pesquisa foi estrategicamente dividida em dois grupos, a título de destaque, para as discussões feitas. Cada grupo compôs-se de 06 pessoas, configurando uma distribuição uniforme de 06 homens e 06 mulheres. Foi observada assim, haver uma equivalência de gêneros na totalidade dos 12 entrevistados.

Os quadros abaixo descrevem esses dois grupos quanto à classificação diagnóstica, idade e estado civil, como explicitado acima e a título de apresentação, o grupo dos homens foi distinguido do das mulheres e cada um descrito em suas especificidades para posteriormente sinalizarem os pontos em comum.

Sexo	Total	Diagnóstico	Total	Idade	Total	Estado Civil	Total	Escolaridade	Total
H	06	Retardo mental	01	40-49 anos	01	Solteiros	01	Analfabetos e semi-analfabetos	06
		Esquizofrenia	04	40-49 anos	04	Solteiros	03		
				50-59 anos		Casados	01		
		Transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool	01	50-59 anos	01	Casado	01		

Quadro 2 - Classificação dos HOMENS participantes da pesquisa

Observa-se a predominância do diagnóstico de esquizofrenia nos participantes do gênero masculino, atingindo quatro dos seis sujeitos, com idade de 40 a 59 anos.

De acordo com Chaves (2000), os homens têm idade de início da esquizofrenia mais precoce que as mulheres, a partir do critério diagnóstico utilizado para esquizofrenia. A autora apontou que a evolução da esquizofrenia no homem pode corresponder a fatores associados como personalidade pré-mórbida mais comprometida e idade de início mais precoce.

Sexo	Total	Diagnóstico	Total	Idade	Total	Estado Civil	Total	Escolaridade	Total
M	06	Atraso mental médio	03	30-39 anos	03	Solteiras	03	Analfabetas e semi-analfabetas	06
				40-49 anos					
		Transtorno orgânico ou sintomático específico	01	40-49 anos	01	Solteiras	01		
		Esquizofrenia	01	50-59 anos	01	Casadas	01		
		Transtorno afetivo bipolar	01	50-59 anos	01	Viúva	01		

Quadro 3 - Classificação das MULHERES participantes da pesquisa

As mulheres apresentaram o atraso mental médio como diagnósticos semelhantes.

De acordo com o DSM-IV-TR (2002), o diagnóstico do transtorno afetivo bipolar, quanto ao gênero, parece estar relacionado ao maior aparecimento de episódios maníacos depressivos nas mulheres, que apresentam um curso mais brando da esquizofrenia, quando comparado ao homem.

Os estudos epidemiológicos realizados no Brasil estimam que casos novos de esquizofrenia raramente ocorrem antes da puberdade e acima dos 50 anos, tendo seu início tipicamente entre o final da adolescência e meados da faixa dos 30 anos, sem diferença significativa entre os gêneros (ALMEIDA et al., 2010).

Os dados apresentados buscam contextualizar sócio-demograficamente os sujeitos da população alvo investigada nesse estudo, a partir dos participantes do Grupo FISIO.

Percebe-se que o diagnóstico de esquizofrenia aparece prevacente entre os homens, mas apesar desse diagnóstico comum, configuram-se histórias de vida diferentes e personalidades diferentes.

Intrinsecamente, em meio a essas singularidades, a participação nas oficinas terapêuticas parecia uni-los de acordo com os interesses próprios, aparecendo no Grupo FISIO a possibilidade de uma integração social.

Outros estudos referentes a atividades físicas grupais como abordagens terapêuticas em serviços de saúde mental, foi destaque a participação de sujeitos

que apresentaram o diagnóstico predominante de esquizofrenia. Outros diagnósticos apontados foram o transtorno afetivo bipolar, depressão, retardo mental, transtorno por uso de álcool, transtornos orgânicos, transtornos de personalidade e transtornos por uso de drogas (ADAMOLI; AZEVEDO, 2009; BRINK; SOARES, 2005).

No que se refere ao estado civil, verificamos que houve equivalência entre homens e mulheres solteiros, atingindo o sub-total de 08 dos 12 que totalizaram os participantes que compuseram o Grupo, somando-se homens e mulheres. Chaves (2000) e Fernandes, Philomena e Leite (2007) na análise de suas pesquisas, mostraram que os homens com diagnóstico de esquizofrenia têm maior probabilidade de permanecerem solteiros, quando comparado às mulheres. Esses dados confluem com os dados desse estudo, uma vez que dos 04 sujeitos homens que apresentaram diagnóstico de esquizofrenia, apenas 01 era casado.

Os trabalhos pesquisados não apresentam diálogos a respeito de sujeitos esquizofrênicos e relacionamento amoroso. Os artigos consultados apresentaram que há uma incidência maior nos sujeitos em sofrimento psíquico serem solteiros, mas não referenciam atribuições a esse estado civil (CHAVES, 2000; FERNANDES; PHILOMENA; LEITE, 2007).

O que falaram os sujeitos do FISIO?

Na apreensão do conhecimento das falas dos sujeitos do Grupo FISIO busquei ouvi-los na direção das contribuições dessa oficina em suas vidas. Foi com a compreensão de Bardin (2010) sobre a análise de conteúdo que me foi possível serem destacados pontos determinantes nas temáticas que se apresentaram, no sentido de destacar as subjetividades dessas contribuições.

Ao dedicar-me à escuta analítica das entrevistas, voltei meu olhar às possibilidades de resultados que melhor sinalizassem aspectos sobre a reabilitação psicossocial e avanços na autonomia dos sujeitos envolvidos, associados à finalidade terapêutica proposta pelo trabalho corporal realizado na oficina.

No trabalho de categorização, através de leituras e releituras das falas expressas nas entrevistas, foram observadas e destacadas aquelas mais expressivas, que indicassem as idéias relacionadas pelos sujeitos quanto às

contribuições da oficina corporal, ressaltando as falas em cores diferentes, separando-as pelos conteúdos que tinham relevância com os objetivos da pesquisa.

Assim, ao ler e descrever as idéias em comum entre os participantes, separei-as por grupos de categorias temáticas, nomeando-as com uma frase destacada da idéia central expressa pelos entrevistados, emergindo, portanto, a análise temática. Dessa maneira, conseguiram-se quatro temas, que foram denominados de categorias temáticas.

A categoria 1 foi denominada pela frase “A gente se tornava uma família”, na qual os participantes responderam ao questionamento sobre as oficinas de que mais gostavam de participar. A pertinência em saber dos sujeitos quais as oficinas de que mais gostavam de participar disse respeito ao contexto no qual o Grupo FISIO estava inserido, o serviço NOTT.

A essa frase podemos atribuir as expressões de carinho e afetividade expostas pelos sujeitos, relatos de atividades cotidianas e preferência de gostos, tudo compartilhado no envolvimento entre os participantes das oficinas, os quais pareciam tornar hábitos familiares.

Havia respeito à singularidade de cada participante, observáveis no convívio diário, quando tinham a liberdade de escolha em realizar determinada atividade, nos pedidos de desculpas, nas discussões tecidas para manifestação da escolha da música a ser tocada, no almoço coletivo em que todos se sentavam à mesa, ou seja, hábitos que se pode viver em uma família.

Categoria 1 – “A gente se tornava uma família”

Maria	<i>[...] pintar guardanapo, fuxico... nossa... nosso alongamento... a gente se tornava uma família né... em primeiro lugar... a gente brincava, a gente dava risada, a gente fazia né... a gente fazia os alongamento, você tinha aquele carinho, aquele amor... aquela paciência né...</i>
Ana	<i>[...] Cesta... pano de prato... aí recebia o dinheiro do NOTT...</i>
Sara	<i>[...] e comecei a ir na cozinha... culinária... a arrumar a mesa, tudo... café-da-manhã... depois servia o lanche... o almoço... ajudava a fazer o almoço... e já lavava a louça...</i>
Paulo	<i>[...] Eu gostava de estudar né... de ficar escrevendo... gostava... fazia continha... fazia matemática... história... inglês... francês... eu gostava de estudar... e gosto de estudar até hoje... eu gostava de fazer alongamento... fazer exercício... andar...</i>
Madalena	<i>[...] Eu adorava fazer aqueles tapetes belos... adorava... quando terminava um tapete eu não via a hora de começar um outro... principalmente os coloridos tão belos que eu adoro... ver todos os amigos chegando todos os dias e todos cumprindo a obrigação ali... certinho... todos vivendo como uma verdadeira e santa</i>

	<i>família... todos unidos... porque sempre nós fomos lá dentro do NOTT... quando a gente estava lá eu adorei... foi a melhor coisa da minha vida foi frequentar o NOTT... eu cortava também a garrafa pet para fazer vassouras e ajudava também alguma outra pessoa num outro tapete cortando as fitas pra colocar... muitas vezes eu sempre adorei isso... mexer na água... eu ia pra cozinha porque eu queria... então eu lavava os copos porque eu queria... pela minha própria vontade... adoro mexer na água e tomava os copo..., os pratos... e muitas vezes querendo que tivesse mais um pouco pra lavar e não tinha... corria para o outro lado... porque eu adorava ficar lá o dia inteiro... eu não queria que o dia terminasse jamais...</i>
Eva	<i>[...] A oficina que eu gostava de fazer era tapete... fuxico... mais o quê?... biquinho de crochê... só que ultimamente depois de eu começar a fazer os tapetes o tapete começou a dar alergia né... e eu não pude continuar... mas é as oficinas que eu gostava... tapete... fuxico... crochê... e aquela também E.V.A... eu gostava de fazer...</i>
Tomé	<i>[...] Ah... eu gostava de fazer artesanato... eu fazia... é... mexer com plantaço... mexia com jornal... fazia cesta de jornal... fazia pano de prato... fazia essas coisas... ah... eu fazia E.V.A... mexia com E.V.A... eu fazia... eu fazia... mexia com jornal... mexia com a lavoura... mexia com bastante coisa... quase todo serviço lá eu fazia... fisioterapia também... com você né... gostava muito... fazia isso...</i>
Jeremias	<i>[...] Trabalhar na cozinha... ajudar eles a fazer a comida... tapete... aqueles palitinho... aqueles palito... vassoura... na cozinha... fazia a limpeza da cozinha... tudo...</i>
Marcos	<i>[...] Ah... ficar na horta né... horta... fazer tapete... cestinha... guardanapo... gostava de tudo no NOTT...</i>
Judite	<i>[...] Eu gostava de trabalhar na cozinha... é... bijouteria... pintava pano de prato...</i>
Abrão	<i>[...] Eu gostava de fazer tapete... pintar também eu gostava... carpir... essas coisas... fazer limpeza em volta da casa eu não fiz... não participei...</i>
Salomão	<i>[...] Todas elas... gostava do trabalho... na horta... da ginástica... gostava da terapia que você fazia... gostava de todos... de todos e de todo o povo... os que estavam lá eu gostava e adorava todos... vivia como família lá... fazia ginástica... fazia terapia... mexia com horta de verdura... só... e fazia tapete... só... que nós fazia..</i>

A consideração atribuída pelos usuários às pessoas que compunham o serviço, como sendo familiares, também dizia respeito ao modo pelo qual demonstravam como percebiam ser conduzidas e coordenadas as oficinas terapêuticas e isso impactava a ação profissional.

Para o profissional, coordenar uma oficina é exercitar a escuta de uma linguagem diferente da sua, e, por vezes sem palavras, poder instituir canais de trocas e encontros, onde as atividades possam ser pensadas, planejadas e executadas (MENDONÇA, 2005).

Impacto também pode ser percebido nos monitores do NOTT, à medida em que eles iam conhecendo as manifestações do sofrimento psíquico de cada um. Isso era traduzido pelos diálogos que estabeleciam, tanto durante as atividades, como

pela convivência. A relação do vínculo foi sendo construída, possibilitando se estabelecer formas de orientação diversificadas durante as oficinas que não interferissem nas particularidades de cada participante.

As formas de orientação que foram sendo criadas espontaneamente, nas oficinas, entram em consonância com as premissas do modo de atenção psicossocial proposto por Yassui (2009) e por Luzio e L'Abbate (2009) relacionadas com o humanizar os cuidados na assistência ao portador de sofrimento psíquico.

A humanização da assistência pode ter sido traduzida no trabalho que era desenvolvido na oficina do Grupo FISIO. Por vezes, iniciava-se com os usuários buscando junto comigo as caixas que continham os materiais que seriam utilizados, como balões, colchonetes, bastões. Tudo ficava disposto em prateleiras, com adesivos indicando qual material se tratava. Os usuários, em um trabalho conjunto com os demais monitores que coordenavam as outras oficinas oferecidas, ficavam responsáveis pela organização dos materiais para que eles próprios pudessem auxiliar na elaboração da lista dos materiais a serem repostos. Essa atitude assim desenvolvida pode ter contribuído para que todos os participantes do serviço NOTT, usuários e monitores, mantivessem uma relação horizontalizada, apesar das posições diferenciadas de cada um.

Estudos sobre oficinas terapêuticas constataram existir uma relação entre usuários e técnicos de maneira hierárquica e verticalizada, por vezes, as oficinas se transformavam em mais uma tarefa a ser cumprida (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

A fala abaixo identificada dentro de um discurso onde as oficinas eram vistas como união de amigos pode convergir com a constatação das oficinas do NOTT como “tarefas”:

[...] todos cumprindo a obrigação ali... certinho... (Madalena)

Em contrapartida, foi observado que as oficinas do serviço NOTT pareceram ter sido percebidas mais como espaços onde os participantes puderam expressar suas subjetividades, especialmente quando expunham suas produções manuais no espaço destinado à venda dos produtos confeccionados do que meramente uma tarefa a mais em seu cotidiano. A ação da venda dos produtos pareceu nos indicar um valor social dessa venda e daquilo que produziu um certo reconhecimento social.

Dentro do contexto que envolve os programas nacionais destinados a serviços de geração de renda, a garantia do direito ao trabalho, preconizado pelo Ministério da Saúde, vem sendo visto como fundamental para o processo de construção de um novo “lugar social” para as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2011, p. 72). Foi observado que as oficinas do NOTT também repercutiram como fontes geradoras de renda, como pode ser destacado pela fala de Ana,

[...] ai recebia o dinheiro do NOTT... (Ana)

A proposta das oficinas oferecidas no NOTT não se resumia a serem fontes distribuidoras de renda. No entanto, esse fato ocorreu por consequência da venda dos produtos acontecer e pela decisão conjunta entre funcionários e usuários, os lucros eram distribuídos e divididos aos usuários, traduzindo uma relação com o espaço de “fora” do serviço – uma relação com o social.

Pensar a atenção psicossocial é poder vinculá-la com a idéia de criação de espaços de relações sociais (YASSUI, 2009) e assim, a partir do contato dos usuários com a comunidade, a concretização da exposição dos produtos para venda possibilitou criar relações importantes e expressivas na comunidade, manifestadas pelas encomendas de tapetes e guardanapos com prazos de entrega. A isso destaca-se a expressão do sentido dessas oficinas como espaços de produção no social, comprovando-se o registro na memória de seus participantes, quando estiveram no espaço das entrevistas e puderam se reportar a essa experiência.

A interação com o “social” do mundo de fora, as oficinas oferecidas no NOTT, parecem também ter contribuído com o propósito da interação com o social de dentro, na relação entre os participantes, sendo consideradas por eles como atividades que permitiram o encontro com o outro e o convívio entre as pessoas, traduzindo ações construídas por laços de amizade:

[...] a gente brincava... a gente dava risada (Maria)

[...] ajudava também alguma outra pessoa num outro tapete cortando as fitas pra colocar... muitas vezes eu sempre adorei isso... (Madalena)

Nos relatos, observa-se que as oficinas foram vistas tanto como espaços de produção, como espaços para criação de laços de afetividade. Esses espaços

usufruídos pelos usuários, indicaram sinais de transformações nas suas relações interpessoais.

Os estudos de Cedraz e Dimenstein (2005) e Kantorski et al. (2011) também mostraram semelhança com essa idéia.

Outro aspecto que pode ser discutido pelas falas dos participantes do Grupo FISIO disse respeito à cidadania. Essa pode ter sido aflorada pela própria expressão de liberdade, traduzida pela possibilidade em criar não apenas produtos, mas acima de tudo, vínculos.

Algumas falas destacaram o Grupo FISIO como uma das oficinas de que mais gostavam de participar. A oficina de trabalho corporal apelava para que os participantes trabalhassem o corpo global, não apenas um segmento desse corpo. O corpo era trabalhado na postura em pé e se diferenciava das outras oficinas em que, em sua maioria, trabalhavam sentados. Essas diferenças podem ter sido assimiladas a partir da expressão sobre o que o Grupo FISIO representou para cada um, o que foi destacado por nomeações diversas:

[...] nosso alongamento... (Maria)

[...] eu gostava de fazer alongamento... fazer exercício... andar...(Paulo)

[...] fisioterapia também... gostava muito... (Tomé)

[...] da ginástica... gostava da terapia que você fazia... (Salomão)

Pelas falas destacadas, pensa-se que os participantes sinalizavam o contato com os seus corpos a partir do relato sobre o que faziam no grupo. Expressaram-se descrevendo movimentos que faziam e até relacionaram com o aspecto terapêutico desses movimentos.

E esse corpo? Como foi sentido pelos participantes do Grupo FISIO? Eram corpos que participaram de movimentos físicos direcionados para si próprios, independente da idade ou do estado civil, e das inúmeras diferenças entre si. Eram corpos que solicitavam um olhar para o sujeito proprietário do seu corpo, como pessoa, singular, particular e subjetivo. Como estaria, então, a percepção desse corpo?

O questionamento sobre como cada sujeito sentia o seu corpo antes da participação no Grupo FISIO foi traduzido na categoria 2 pela frase “Corpo pesado, corpo cansado, corpo mole”, frase expressa pela maioria dos participantes.

A essa frase podemos atribuir as limitações a que essas pessoas foram submetidas ao longo de suas vidas, não apenas às limitações físicas resultantes de tensões musculares que restringiam determinados movimentos corporais, mas àquelas referentes à assistência psiquiátrica a que já foram submetidos, que os privaram do convívio social. E isso pode ser indicado, pelas manifestações descritas nos depoimentos dessa categoria a seguir.

Categoria 2 – “Corpo pesado, corpo cansado, corpo mole”

Maria	<i>[...] Antes de participar eu me sentia o corpo pesado, sentia dor no corpo todo, eu não conseguia... andava na rua, o carro, pedia carona pra todo mundo pra chegar no lugar... porque vamos supor, tinha que vir aqui hoje... então doía tudo, doía o pé, doía a perna, então eu ficava procurando carona pras pessoas me levar nos lugar...</i>
Ana	<i>[...] Normal...</i>
Sara	<i>[...] essas pernas... doía muito...</i>
Paulo	<i>[...] Eu sentia o corpo pesado... não podia caminhar direito... então eu tava ficando travado... tava ficando... eu ia ficar paralisado... não podia andar direito... não podia levantar... não podia sentar...</i>
Madalena	<i>[...] Eu sentia meu corpo muito ruim... eu tinha estômago alto... eu nunca gostei de estômago alto... eu queria realmente me emagrecer um pouco e lá que eu consegui com a sua ajuda....</i>
Eva	<i>[...] quando eu iniciei a fazer esses tipos de... de fisioterapia... dessas sessões eu tava completamente travada... não tinha nem condições... eu até tava querendo desistir... que no início dá muita dor... que a pessoa fica muito incomodada... então eu insisti em fazer e foi aí que eu fui percebendo... que foi melhorando os meus movimentos que eu fazia... que eu quase não tinha coordenação com a perna esquerda... daí foi melhorando os movimentos da coluna... já fui relaxando mais... já fiquei com mais possibilidade de atividade... mas no início que eu comecei eu tava bem travada... aí o corpo pesado... corpo cansado... sentia muita dor no corpo... às vezes dava até dor de cabeça... que eu tinha... eu tenho... eu sinto muita dor nos pés ne... e esses pés eu... eu sentia que... eu tinha até febre sabe... dor nos braços... incomodava... eu não tinha... eu não tinha animação pra fazer nada... sempre com o corpo dolorido...</i>
Tomé	<i>[...] Ah... quando eu... tinha dia que eu amanhecia com o corpo cansado... desanimado...</i>
Jeremias	<i>[...] Eu sentia o corpo mole... tudo... amolecia... aí... corpo mole... moleza... tudo... não dava pra fazer nada... eu só ficava deitado... quando eu ia pra lá... nossa... agora to começando a ficar de novo...</i>
Marcos	<i>[...] Ah... o dia que eu fazia fisioterapia eu ficava forte heml... meu corpo aliviava hem... só que dava câimbra nas perna e nos braço... dava câimbra nas perna e nos braço...</i>
Judite	<i>[...] Eu sentia muita moleza... eu sentia muito desânimo... tristeza... é... só...</i>
Abrão	<i>[...] Eu sentia o corpo ruim... depois... eu sentia o corpo ruim... doído... que</i>

	<i>nem... agora eu to com o corpo doendo... é de ficar na cama... é de ficar parado... eu acho que é de ficar parado... quando eu saio de tarde pra andar eu sinto bem... eu dou duas voltas em volta do quarteirão da maternal e me sinto bem... eu tenho que tomar ar... sair no ar... eu não gosto de ficar no lugar abafado... me sinto... ah... como fala... eu sinto mal... sinto um mal estar...</i>
Salomão	<i>[...] Pesado... corpo pesado...</i>

Em se tratando de olhar para o corpo não apenas em seu aspecto biológico, ao que poderemos atribuir a expressão de *corpo pesado*? Qual seria o sentido de peso emergido nos relatos? De maneira complexa, refletindo sobre a questão do modo de atenção psicossocial, que valoriza o cuidar do sofrimento humano através da qualificação e humanização da assistência à saúde (AYRES, 2004; YASSUI, 2009), podemos observar expressões sobre o corpo para além das dores físicas, em traduções da sua relação com o social.

Toda limitação física de movimento corporal interfere na contensão da expressão subjetiva nas pessoas, restringindo, portanto, sua capacidade de prazer. A expressividade corporal é sempre passível de movimentos novos, que podem ser representados na existência, física e mental, vinculada a realidade social (LOWEN, 1983). Para este autor, tudo o que ocorre na mente reflete no que está acontecendo no corpo, quando este se relaciona com o todo, provido de gestos, posturas e tensões musculares expressas na experiência de sua história de vida.

Ao lidar com pessoas que estiveram em internações psiquiátricas lidamos com pessoas que tiveram seus corpos isolados, retraídos e isentos do convívio social de seus contextos históricos. Foi pela marca da institucionalização que diversos corpos vem percorrendo os caminhos historicamente construídos acerca do sofrimento psíquico, e que se refletem na maneira como se relacionaram com o mundo desde então (BENITES, 2004).

A perspectiva do olhar sobre o corpo se expressa neste trabalho na consideração sobre a pessoa *ser humano*, relacionada ao seu contexto de vida, sua história, sua cultura e seu meio social. Isso é olhar para a complexidade, percebendo onde há a interação entre o corpo físico e o corpo emocional. A partir dessa associação, podemos destacar o sentido de *pesado* e *cansado* como relacionados às histórias contextuais vividas por cada participante do Grupo FISIO. Não seria o sofrimento psíquico um *peso* a ser considerado nesse *cansaço*?

Nesse sentido, a sensação do corpo enquanto expressão de dor, pode ser referenciada em algumas falas:

[...] sentia o corpo pesado... sentia dor no corpo todo... (Maria)

[...] eu tava ficando travado... (Paulo)

[...] sentia muita dor no corpo... (Eva)

E foi também demonstrada em algumas falas relacionadas ao corpo enquanto expressão emocional:

[...] eu não tinha animação pra fazer nada.... (Eva)

[...] o corpo cansado... desanimado... (Tomé)

[...] eu sentia muito desânimo... tristeza...(Judite)

Ao deparar-me com a percepção desses possíveis “dois corpos”, na expressão de dor física e expressão emocional, pude perceber que essas pessoas tinham no corpo a persistência de determinados padrões posturais desencadeados pelos diferentes gestos de tensão que estereotiparam ao longo de suas vidas, influenciando na estrutura do corpo físico. A expressão da *dor* a que se referiram poderia estar associado a esses padrões.

A expressão de dor e de emoção pareceram dividir os corpos desses sujeitos. E viver a experiência do sofrimento psíquico pode proporcionar essa divisão. No entanto, depararmo-nos com essa separação pode nos convidar a olhar essas pessoas pelas expressões posturais pura e simplesmente. Daí se corre o risco de nos inclinarmos a olhá-los pelos estereótipos posturais, que possibilitam um olhar limitado e muitas vezes encobertos pela rigidez técnica, distanciados dos significados do sofrimento impresso nas posturas desses corpos.

No corpo físico e no corpo emocional permanecem cargas de tensão que, ao longo da vida, se acumulam e necessitam ser eliminadas ou expressadas (VERONESE, 2009). Foi nas reações corporais que Lowen (1983) descreveu a associação entre os aspectos físico e emocional: o corpo-físico se expandindo

quando o corpo-emocional sente alegria e prazer e o corpo-físico se retraíndo quando o corpo-emocional sente medo, angústia e desprazer.

A abordagem corporal proposta no Grupo FISIO e oferecida a esses corpos/pessoas, convidava-os a integrarem o físico e o emocional. Eram convites de encontros consigo mesmos, que permitissem um maior conhecimento sobre si, para que pudessem resgatar seus valores, despertados por sensações internas e talvez novas. Esses valores estão em íntima relação com seus contextos sociais e assim se presentificam em suas relações interpessoais.

Quando era iniciado cada encontro da oficina corporal, procurava criar um clima de descontração que foi se tornando característico do Grupo FISIO. Houve uma desistência de seguir o protocolo que havia sido proposto e assim me deparei com uma mudança na própria conduta profissional norteadada por uma espécie de transformação sobre a qual atribuí haver mudanças também em minha pessoa, quando constato semelhanças nos relatos das experiências dos usuários ao vivenciarem o encontro com o próprio corpo, na relação com o corpo do outro. Nos momentos de auto-avaliação, pude notar que eu também me transformava.

Saraceno (1996), diz que, ao desejarmos mudanças na realidade social das pessoas, através de uma intervenção, também nós próprios precisamos mudar e reconhecer a realidade em que vivemos. Assim, essa afirmação levou-me à demonstração de outra categoria, representada pelo questionamento sobre como os sujeitos sentiam seus corpos após a participação no Grupo FISIO.

A Categoria 3 foi construída com a frase “Corpo leve, corpo aliviado”. Essa frase, exposta pela maioria dos participantes, foi referenciada e destacada na percepção sobre seus corpos após realizarem atividades corporais do Grupo FISIO.

Percebi que os sujeitos estavam se relacionando com o próprio corpo, a forma de interação com ele demonstrada nas alterações subjetivas que apresentaram mudanças nos movimentos físicos mas não apenas dos membros desse corpo, mas também na vida social.

Categoria 3 – “Corpo leve, corpo aliviado”

Maria	<i>[...] Depois que eu fiz a ginástica com você parece que melhorou tudo...</i>
Ana	<i>[...] Bem... antes era bem...</i>
Sara	<i>[...] Ah sim... melhorou nossa... agora que eu fico em casa eu fico fazendo comida... cozinhar... lavar roupa... limpar a casa... o dia que o transporte não</i>

	<i>passava lá eu tomava o ônibus... eu ia sozinha de ônibus... de circular...</i>
Paulo	<i>[...] Agora eu to sentindo mil por cento... agora... é o seguinte que... fazendo exercício a Maria falou assim não vai comer bastante não... come menos... só que tem que matar a fome... matar a fome eu paro... eu sou grandão... não é um tantinho assim que mata minha fome... preciso comer bastante... como duas vez... tem que ser duas vez... agora graças a Deus agora eu... eu... tenho apetite... antigamente eu não tinha apetite... eu vomitava... eu obrava nas calça... precisava cuidar de mim... hoje não.. hoje eu tomo banho tudo a vontade... então ta bom... dá pra vir de pé e volto de pé né... fazendo exercício...</i>
Madalena	<i>[...] Excelente... excelente... mil vezes melhor... eu era uma outra pessoa...</i>
Eva	<i>[...] Ah comecei a sentir... depois que eu comecei a fazer aquelas terapias de... de movimentar os músculos do braço... das perna... principalmente a coluna... aquele que fazia os movimento pra coluna... ai eu fui percebendo que parece que meu corpo foi ficando leve... eu sentia um pouco de dor no começo depois eu fui sentindo que me foi me aliviando... que o corpo foi ficando leve... eu sentia o corpo muito pesado... porque durante o tempo que eu fiz fisioterapia eu senti mais vontade de fazer as atividades...</i>
Tomé	<i>[...] ai eu fazia fisioterapia... ai eu relaxava... ficava um pouco mais leve... melhor né... você... você fez um serviço muito bonito lá... então isso... nota dez lá...</i>
Jeremias	<i>[...] Ah... eu sentia leve... tudo... não queria faltar... nada... depois eu ia embora a pé... andava a pé também... caminhada... nós fazia caminhada... nós ia passear de ônibus... também... nós ia passear de ônibus...</i>
Marcos	<i>[...] Ah... meu corpo era bom né... eu me sentia bem... ah... eu me sentia bem né... ficava forte... fazia fisioterapia... nossa... parece que o corpo ficava aliviado...</i>
Judite	<i>[...] Eu me sentia leve... leve... e... contente... voltava pra casa contente né...</i>
Abrão	<i>[...] Depois... depois que eu participava da fisioterapia eu comecei a sentir bem... daí eu tava me sentindo bem fazendo... eu sentia leve... sentia o corpo leve... sentia o corpo bom...</i>
Salomão	<i>[...] depois que eu frequentei o NOTT senti o corpo mais leve... das ginástica... da terapia que você fazia... sentia tudo mais leve... era uma beleza... sentia até o corpo leve...</i>

Por esses relatos, estava constatada a alteração na percepção corporal deflagrada pelos exercícios propostos no Grupo FISIO. O predomínio de expressões de “alívio” nos corpos me leva a pensar sobre o quanto essa sensação pode ser levada para as suas vidas. Assim como houve transformação em mim mesma, lembro-me das idéias de Ayres (2004), quando refere que ao atentarmos à presença do outro na sociedade precisamos de um conhecimento sobre nós mesmos que nos sirvam como instrução. E, na relação de intersubjetividade construída entre mim e os sujeitos do Grupo FISIO, ambos nos transformamos, e posso afirmar, nos tornamos mais “leves”.

A maneira pela qual se buscou essa interação, a partir da associação entre o corpo físico e o corpo emocional, foi constatado ser possível se criar uma estratégia

de intervenção do cuidado que alterasse a forma como os participantes do FISIO percebiam seu corpo. Esse corpo, antes pesado e cansado, dolorido e desanimado, depois começou a apresentar indícios de “melhora”, quando reconhecidos como leves e aliviados da dor que sentiam.

[...] parece que melhorou tudo... (Maria)

[...] Ah sim... melhorou nossa... (Sara)

[...] Agora eu to sentindo mil por cento... (Paulo)

As condutas assumidas na condução do Grupo FISIO foram representadas como atitudes terapêuticas e priorizaram o sujeito em sua singularidade. O alongamento e o relaxamento, por exemplo, ao tempo que era aplicado para promover o alívio de dores e tensões musculares, foi também proporcionando um aspecto lúdico, um espaço de expressividade entre as pessoas que deixavam os corpos “leves” abertos ao improvisado e a novidade. Brincadeiras que estimulavam a interação entre todos os participantes apresentavam efeitos, quando se via o sorriso fácil expresso na satisfação com que alcançavam determinado movimento. Ao lado disso, indicações de melhoras na autoestima podem ser vista refletida nas falas expressas, significando alterações.

[...] precisava cuidar de mim... hoje eu tomo banho tudo... (Paulo)

[...] contente... voltava pra casa contente né... (Judite)

Ao longo dos atendimentos no Grupo FISIO, começou-se a evidenciar o quanto a percepção sobre o próprio corpo se tornou importante para alguns, sobretudo em termos de movimentos mais coordenados na execução das demais oficinas (NASCIMENTO; PITIÁ, 2010). E essa percepção modificada sobre o próprio corpo parecia trazer sensação de bem-estar consigo:

[...] durante o tempo que eu fiz fisioterapia eu senti mais vontade de fazer as atividades... (Eva)

Assim, as condutas que foram, de um modo geral, inicialmente conduzidas a melhorar a postura dos sujeitos e coordenar movimentos limitantes, geraram a perspectiva de resgate da autonomia reproduzida na execução de funções da vida diária. As práticas no Grupo FISIO se apresentaram como importantes espaços de aprendizagem e troca, o que também foi visto em estudos como os de Benites (2004), Biotto (2004), Tessitore (2006) e Campos et al. (2009).

A massagem e o toque, como exercícios desenvolvidos no FISIO, possibilitaram a oportunidade em reconhecer o humano na pessoa humana no outro (MORIN, 2006). Manifestações de confiança e o respeito pelo corpo do outro se apresentavam quando realizávamos os exercícios em dupla. Algumas afirmações foram sendo expressas na diminuição de algumas limitações cotidianas apresentadas pelos sujeitos, embutidas no que podemos considerar como ganho da autonomia.

[...] o dia que o transporte não passava lá eu tomava o ônibus... eu ia sozinha de ônibus... (Sara)

[...] então ta bom... dá pra vir de pé e volto de pé né... fazendo exercício.. (Paulo)

[...] depois eu ia embora a pé... andava a pé também... (Jeremias)

Podemos pensar que com a alteração da percepção corporal desses sujeitos, reflete-se na própria subjetividade, repercutindo na maneira como começaram a se portar no coletivo, distantes da timidez e da retração no social. O corpo pareceu abarcar transformações de uma transição no social, reconhecendo-se e vinculando-se com o meio social.

O Grupo FISIO passou a ser considerado um espaço de encontro, de expressão e de diálogo aberto. Não buscava como fundamento tratar o diagnóstico psicopatológico ou o desvio músculo-esquelético, para que ocorressem as intervenções propostas para o corpo. Nesse espaço os usuários podiam manifestar seus desconfortos corporais, suas queixas e dores, para poder assim, pelo momento, superá-las.

Durante a realização das entrevistas, fez-se necessário investigar sobre a vida dos participantes do FISIO, hoje, após sua desativação. Notaram-se expressões de mudanças no cotidiano da vida dessas pessoas, na relação com o coletivo mais amplo, na vida na comunidade, na vida no *agora*. Nas palavras de Yassui (2009), é no cotidiano que se pode perceber os efeitos que a atenção psicossocial pode

repercutir na produção dos encontros profissionais/ usuários com o drama de existir e onde se constroem as estratégias de cuidado e que se organizam modos de se habitar o mundo. E assim, como, então, esses corpos estariam habitando o cotidiano *agora*, haja vista a desativação do Grupo FISIO, do NOTT?

Na presente investigação foi feito o questionamento de como sentiam seu corpo “agora”, no momento em que foram feitas as entrevistas – 1 ano depois do Grupo FISIO parar de funcionar.

A reabilitação psicossocial referida como processo de resgate da autonomia dos sujeitos em sofrimento psíquico necessita se fazer prescrita nos vários lugares por onde circulam e se inserem os usuários. Para tanto, os serviços da rede de saúde em geral e da saúde mental, precisam desenvolver intervenções para além das paredes institucionais, gerando perspectivas de efeitos reabilitadores pessoais, refletidas no social, na família e na comunidade. Reabilitar psicossocialmente possibilita o rompimento das barreiras dos muros institucionais para a integração ou a não integração com a comunidade (PITTA, 1996; SARACENO, 1996; GUERRA, 2004; PEREIRA, 2007).

Assim, a investigação sobre o distanciamento da ação do Grupo FISIO, por sua desativação, possibilitou o aparecimento de outra categoria temática, que procurou sinalizar para referências dos corpos após 1 ano sem o tipo de atividades que faziam antes, durante as atividades desse Grupo.

A Categoria 4 configurou-se pela frase “Corpo mole, pesado de novo, desanimado”. Essa frase foi expressa pelo reconhecimento, da maioria dos participantes, sobre como sentiam o corpo “agora”, percebidos na maneira sobre como estavam vivenciando a vida na comunidade, sem a estratégia de intervenção da oficina corporal. Efeitos de uma ação reabilitadora no social?

Os relatos que emergiram pareceram demonstrar diferenças entre a percepção corporal dos participantes enquanto situados dentro do serviço NOTT, onde o corpo foi percebido como leve e aberto à realização de outras atividades de interação ao meio social e na convivência entre os participantes do Grupo FISIO e, no “agora”, demonstrados como pessoas fora do serviço NOTT, onde continuaram assumindo o reconhecimento sobre o seu corpo, mas na interação da vida na sociedade.

Afinal, a intervenção do trabalho da oficina corporal contribuiu ou não na reabilitação psicossocial desses usuários?

Acredito que, para alguns participantes, foi possível conviver no social, a partir de uma ação estratégica de abordagem corporal em um serviço de saúde mental. Algumas falas sinalizaram essa afirmação.

Categoria 4 – “Corpo mole, pesado de novo, desanimado”

Maria	<i>[...] É... agora de pouco tempo pra cá começou a voltar de novo... a dor na perna... a dor no pé... e também eu fui internada né... de novo... fiquei ruim... só polícia na frente da minha casa... fiquei louquinha varrida... hoje eu to bem... graças a Deus... na base do possível né... meu filho tá internado daquele jeito lá... mas agora eu to bem... graças a Deus...</i>
Ana	<i>[...] Eu to bem... fico em casa... só dormindo só...</i>
Sara	<i>[...] Eu to abaixo de calmante... to me sentindo melhor sabe... mas no fundo...</i>
Paulo	<i>[...] Eu fico na esquina... fazendo exercícios lá na esquina... exercícios com a perna tudo... exercício sim... trabalho não... eu faço todo dia... todo dia... faço alongamento... caminhada... eu caminho pouco... eu quero agradecer a Deus por nós estar aqui conversando... que Deus ilumine todos os meus amigos também... e os caminhos deles também né...</i>
Madalena	<i>[...] A memória tá vazia... tá vazia... o NOTT acabou... atrapalhou a gente... atrapalhou... o que eu queria que jamais tivesse acabado... porque fiquei dentro de casa... agora... eu perdi aquela alegria e emoção que eu tinha... imensa mesmo... de ir chegando lá e encontrando você... quando a gente via o seu carro lá a gente já ficava tudo pulando de alegria dentro do ônibus... de felicidade imensa... eu e a Sara disparava na corrida... ah... só pra te abraçar primeiro de tudo... você foi sempre excelentíssima conosco... jamais falhou em nada... foi a única e a primeira que eu vi que conseguiu fazer eu mudar a minha vida... melhorar... me deixar excelente...</i>
Eva	<i>[...] Agora eu faço exercício pra coluna... mas não é a mesma coisa não... você sabe... eu sinto... mas assim mesmo de manhã quando eu levanto eu procuro fazer exercícios pra coluna... com os braços... os exercícios que você ensinava... mas não é a mesma coisa que ter a pessoa acompanhando né... no grupo acho que a pessoa fica mais animada... sente mais vontade de fazer... a gente sozinho sem ter uma pessoa fica meio difícil... não fazer mais esse tipo de terapia eu achei bastante falta... é bem incômodo pra gente... eu gostei muito de te conhecer... gostei e adorei seu trabalho... acho que o seu trabalho é maravilhoso... porque é pra lidar com pessoas... e você sabe... pra lidar com pessoas tem que ter um dom... não é qualquer um que tem paciência e principalmente lidar com pessoas que tem esse tipo de problema... então eu acho que o seu trabalho é um trabalho maravilhoso...</i>
Tomé	<i>[...] Ah... eu to trabalhando com o meu irmão né... é uma pessoa muito boa né... trabalhar com ele... porque ele... ele é nervoso né... mas eu faço tudo pra trabalhar e compreender ele né... poder interagir eu com ele né... poder trabalhar... ah... agora tá bom... na igreja todo mundo é unido comigo... todo mundo conversa comigo... não tem mais aquela... aquela... porque eu ficava isolado na igreja... as pessoas conversando uma com as outras lá e eu no canto... agora não tem mais isso... agora na igreja todo mundo conversa comigo... tudo... foi sim... foi bom... os jovens... os senhores... as senhoras... as crianças...</i>
Jeremias	<i>[...] Eu sinto meu corpo muito mole... dor de cabeça... minha mãe fica muito brava comigo... minha mãe fica tão triste... não vejo a hora de voltar o NOTT... porque tirou o NOTT nosso... eu ia falar mesmo... o NOTT nosso... eu ia falar... eu to louco pra voltar lá... até choro tem vez... esses dias eu tava até chorando...</i>
Marcos	<i>[...] Ah... eu piorei né... parou o NOTT e eu piorei... muito cigarro né... fiquei</i>

	<i>cinco meses sem fumar no NOTT e voltei... e não parei mais... queria voltar no NOTT pra ver se eu paro com o cigarro...</i>
Judite	<i>[...] Ah... a mesma coisa... desânimo... descorçoada... eu sinto falta das pessoas... e do NOTT né...</i>
Abrão	<i>[...] Agora o corpo ta pesado... ta parado... to fazendo as caminhadas... todo dia to fazendo... eu... o que eu gostava lá... as amizades que eu tinha... com o povo tudo... com você... as amizades que eu tinha com vocês... as amizades que eu tinha com os que trabalhava... ali era tudo doente que eu sabia... e... eu sentia muito ta num lugar daquele... eu doente... queria fazer mais... dá mais produção... mas eu não conseguia...</i>
Salomão	<i>[...] Pesado de novo... não faço ginástica... não faço nada... sinto o corpo pesado... ah... eu gostava de todos os amigos que participaram de lá... principalmente você... de todos os outros pessoal que eu gostava muito... sentia lá com uma paz... como minha casa... como meus irmãos... como meus pai... como minhas mãe... tudo junto... sentia como familiar... lá... faz falta... pra mim faz muita falta...</i>

Na vida cotidiana dos participantes do FISIO e distante das atividades por ele proposta, encontros e desencontros entre o que consideraram reconhecimento dos seus corpos dentro e fora do serviço NOTT, possibilitaram apreender sentidos articulados no cotidiano desses sujeitos, com estruturas de significação próprias que se integraram às suas vidas. Para uns podem os efeitos das intervenções ecoar até os dias de hoje e, para outros, o eco dos efeitos podem ter perdido o seu tom.

A visão psicossocial podia se ver refletida dentro do serviço NOTT a partir da atenção dedicada aos usuários e no relacionamento estabelecido entre o Grupo FISIO – misto, heterogêneo, lúdico e ativo. Essa relação presente em algumas falas refere uma intervenção que provocou indícios de melhora, por um dos principais efeitos terapêuticos traduzidos pelo fator convivência (NASCIMENTO; PITIÁ, 2010). Isso pode ser destacado nessas falas de referência hoje sobre como foi experimentado o FISIO:

[...] no grupo acho que a pessoa fica mais animada... sente mais vontade de fazer... a gente sozinho sem ter uma pessoa fica meio difícil.. (Eva)

[...] eu sinto falta das pessoas... (Judite)

[...] o que eu gostava lá... as amizades que eu tinha... (Abrão)

[...] sentia lá com uma paz... como minha casa... como meus irmãos... como meus pai... como minhas mãe... tudo junto... sentia como familiar... (Salomão)

No convívio diário, os usuários pareceram ter ressignificado o que eles consideraram como sendo “família”, com conotação de companheirismo, de escuta e de estímulo aos que não logravam realizar determinada atividade, seja artesanal ou corporal. À medida que o Grupo foi se conhecendo e cada um se reconhecendo pela convivência com o outro, o sentido da “família” foi criando uma conotação de fortalecimento dos vínculos de amizade.

A forma de atenção psicossocial dispensada aos usuários foi se transformando a cada dia, na mudança da maneira *de olhá-los* como seres humanos dotados de potencialidades e sentimentos. Muito foi se discutindo a respeito desse *novo olhar*, que visualizou o sujeito usuário do serviço de saúde mental como um ser humano desvinculado do rótulo da “loucura” (BENITES, 2004; MILLANI; VALENTE, 2008; YASSUI, 2009).

Percebi, em minha experiência, que procurei sair da rigidez tecnicista e me abrir às transformações que também foram percebidas em meu corpo como pessoa, continente das inúmeras alterações acontecidas no Grupo FISIO. E o fator “continência” é algo inexistente em serviços de saúde geral e traz prognósticos desanimadores, como reincidivas das crises, associadas à falta de continência também presente na família mais presente. A rigidez técnica que assola alguns profissionais contribuiu na falta da continuidade da assistência (BIOTTO, 2004).

Em termos de continuidade da assistência, no que se refere à manutenção do contato com os usuários fora da instituição e entre os diferentes dispositivos de atendimento da rede de saúde, estudos vêm mostrando que essa descontinuidade da assistência em serviços de saúde mental aponta para um dos problemas decorrentes, que se traduz na dificuldade de acompanhá-los na comunidade (CAVALCANTI et al., 2009). Achados do estudo de Oliveira, Caiaffa e Cherchiglia (2008) sugerem haver uma falha na continuidade de cuidados prestados nos serviços de saúde, propiciando a recorrência de sintomas.

Estudos sobre o Acompanhamento Terapêutico (AT) que se constitui como uma estratégia de atendimento relacionado à atuação clínica do profissional de saúde no espaço de fora das paredes institucionais vem indicando-o como uma estratégia possível à articulação do profissional com o usuário/ acompanhado, no meio de interação histórica e social deles, seja na família ou em outro contexto social (CARNIEL, 2008; PITIÁ, 2004). No entanto, este ainda não é um tipo de atendimento que está presente no projeto terapêutico dos serviços públicos de saúde mental.

Quando observo, hoje, à distância, a existência do Grupo FISIO, percebo possibilidades de que seus participantes pareciam ter se relacionado melhor ao meio social, enquanto o serviço NOTT estava ativado. Entretanto, por se ter perdido a possibilidade da continuidade dos atendimentos e a maioria dos usuários ter sido encaminhado a outros serviços de apoio social existentes no município, essas outras possibilidades de assistência não conseguiram suprir integralmente a lacuna deixada pela desativação do NOTT. E, no relato de alguns, há indicação de crises recidivas que foram relatados na percepção do corpo agora.

[...] e também eu fui internada né... de novo... fiquei ruim... (Maria)

[...] fico em casa... só dormindo só... (Ana)

[...] o NOTT acabou... atrapalhou a gente... (Madalena)

[...] eu piorei né... parou o NOTT e eu piorei... muito cigarro né... fiquei cinco meses sem fumar no NOTT e voltei... (Marcos)

Podemos inferir a percepção de uma certa “piora” no corpo de agora, vinculada ao fechamento do serviço NOTT e a desativação da oficina de trabalho corporal.

O fundamento da ação terapêutica que era oferecida no NOTT na época do funcionamento do FISIO possibilitava a conexão do usuário com o âmbito social. E, na falta desse serviço, foi demarcada uma certa indicação de descrença em si mesmo, ou falta de esperança na capacidade produtiva?

[...] Eu sinto meu corpo muito mole... dor de cabeça... (Jeremias)

[...] a mesma coisa... desânimo... descorçoada.... (Judite)

[...] Pesado de novo... não faço ginástica... não faço nada...(Salomão)

O fechamento do serviço NOTT e a inexistência, até o momento desta pesquisa, de outro serviço de saúde mental na cidade possibilitou a exclusão dos usuários de atendimento especializado. E fico pensando, que para acontecer o processo da reabilitação psicossocial aos usuários da saúde mental é preciso um atendimento que vá além da organização das redes de serviços e técnicas

terapêuticas oficialmente propostas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Como mencionado por Benites (2004), há a necessidade de que os trabalhadores de saúde mental se disponham a conhecer a condição do histórico cultural desses usuários, para assim utilizarem-se das ferramentas que possam ajudá-los nos seus contextos de vida e construção social.

A construção social foi considerada por Millani e Valente (2008) como uma forma de cuidar o outro, à medida que nossas intervenções alcançam o cotidiano dos usuários da saúde mental. Algumas falas pareceram expressar que a abordagem corporal, como intervenção na reabilitação psicossocial, contribuiu com a idéia de construção social no avanço do cotidiano de alguns usuários:

[...] eu faço todo dia... todo dia... faço alongamento... caminhada... eu caminho pouco... (Paulo)

[...] de manhã quando eu levanto eu procuro fazer exercícios pra coluna... com os braços... os exercícios que você ensinava... (Eva)

[...] eu ficava isolado na igreja... as pessoas conversando uma com as outras lá e eu no canto... agora não tem mais isso... agora na igreja todo mundo conversa comigo... (Tomé)

[...] to fazendo as caminhadas... todo dia to fazendo... (Abrão)

O que podemos refletir sobre o FISIO é que se tratou de uma prática suscitada de um serviço em saúde mental e que através dessa intervenção corporal possibilitou vislumbrar um *novo olhar* e estabelecer vínculos afetivos, laços de amizade, respeitando as pessoas na sua singularidade. Posso afirmar que uma das maiores satisfações dos participantes do Grupo FISIO ateu-se à relação estabelecida entre os usuários, que afloraram na convivência entre eles, à medida que esta relação se tornou diária, espontânea e íntegra. Essas afirmações também foram demonstradas em estudos de Guimarães, Jorge e Assis (2011).

Sem dúvida, a cura é interna, mas o terapeuta que possui empatia e acredita na melhora de seus pacientes desperta a motivação e resgata a possibilidade de se sentirem amados e respeitados (BENITES, 2004), o que é fundamental para qualquer ser humano.

[...] pra lidar com pessoas tem que ter um dom... não é qualquer um que tem paciência e principalmente lidar com pessoas que tem esse tipo de problema... (Eva)

O ser humano, afinal, vive de acordo com o modo de se relacionar com o mundo e com a sua realidade. Nossa situação existencial depende de como nos relacionamos com o mundo e de como interagimos com a nossa realidade e com as pessoas com as quais convivemos. Assim, a capacidade de qualquer pessoa de se adaptar insere-se no esforço em compatibilizar seu mundo interior com a realidade externa, a partir do que cada um possa considerar como atributo de valor (BALLONE; ORTOLANI; PEREIRA NETO, 2007).

Contudo, definir realidade não é tarefa fácil, sobretudo nas pessoas em sofrimento psíquico. São pessoas que podem não se orientar sobre o tempo e ou lugar. São pessoas que podem distorcer a percepção da realidade (LOWEN, 1983). No entanto, a perspectiva da reabilitação psicossocial proposta pelo FISIO debruçou na necessidade em se criar estratégias que estivessem diretamente relacionadas ao sujeito e a realidade condizente a sua condição psíquica (SARACENO, 2001).

Assim, podemos refletir que a reabilitação no aspecto psicossocial incide em reabilitar a pessoa à vida, em restaurar suas capacidades subjetivas, em transformar a percepção do corpo na realidade social e o valor que essa percepção possa proporcionar. A percepção sobre o corpo de alguns dos participantes do FISIO pode ter sido perpetuada nas ações cotidianas, no desempenho de alguma função:

[...] Ah... eu to trabalhando com o meu irmão né... ele é nervoso né... mas eu faço tudo pra trabalhar e compreender ele né... poder interagir eu com ele né... (Tomé)

Penso que trabalhar com reabilitação é uma constante (re) construção, de conceitos, estratégias e técnicas. O trabalho na reabilitação psicossocial precisa ser esse processo constante para que nossas ações sejam (re) inventadas, (re) experimentadas e (re) avaliadas a partir do que possa ter contribuído com os usuários envolvidos. A esse pensamento Ayres (2004) atribuiu o sentido do que chamou de “projeto de felicidade”, “abertura de horizontes” e “busca de sonhos” (AYRES, 2004, p. 71).

A fisioterapia pode trabalhar estabelecendo não somente função ao movimento corporal, mas trabalhando para que o movimento valorize alguma função ao sujeito como pessoa. Isso pode ser possível se trabalharmos “com” o sujeito, e

não “para” o sujeito, em um trabalho conjunto. Só assim saberemos o que há de mais valioso a ser reabilitado, seja no aspecto físico, psíquico e ou social.

Yassui (2009) propôs aos profissionais que trabalham com usuários de saúde mental, possibilitarem uma visão diferenciada, no sentido de trabalhar com esses sujeitos um modo de reabilitação em parceria, como [...] *protagonistas de suas histórias, fazendo acontecer pequenas revoluções cotidianas que ousam sonhar com uma sociedade diferente* (YASSUI, 2009, p. 8).

Nessa direção, o FISIO foi uma estratégia de reabilitação psicossocial que se atreveu a propor a “visão diferenciada”, ao expor a fisioterapia a trabalhar em um ambiente não próximo de suas práticas convencionais, com a abordagem centrada na subjetividade de pessoas que convivem com o sofrimento psíquico, por meio de movimentos sobre seus corpos descobrindo que não se reconheciam.

O movimento físico acontece quando uma tensão é conduzida de um músculo a outro e se organizam nas alavancas ósseas, proporcionando mobilidade em determinado segmento corporal e permitindo a percepção de um corpo inteiro (BERTAZZO, 1996). Essa síntese das funções sensório-motoras fornece às percepções corporais, o reconhecimento de alguma dor, a limitação de algum segmento que incapacita a sua ação. São prenunciações que nos identificam como pessoas, a partir do que reconhecemos em nós o corpo que somos.

Acredito que, se os fisioterapeutas buscarem direcionar a atenção sobre o corpo do sujeito, promovendo movimentos que possibilitem coordenar os aspectos psicossociais aos motores, poderão atuar no espaço da atenção psicossocial em saúde mental com a proposta da abordagem corporal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o avanço das instalações de serviços substitutivos a assistência asilar, a proposta de melhorar o cuidado com os usuários da saúde mental pode ser refletida nas oficinas terapêuticas, que, somadas às demais intervenções, alcançam perspectivas que se confluem na proposta da reabilitação psicossocial, norteadando a relação do sujeito com a sua realidade social a partir de sua condição de sofrimento psíquico (SARACENO, 2001). Assim, encerrar estes textos coloca-me frente a frente com a minha realidade social, de encerrar essa história com a vontade de fazer uma breve retrospectiva pessoal e profissional do que foi essa caminhada.

Contribuições do trabalho de uma fisioterapeuta em um serviço de saúde mental

Tal qual a águia que avança para o alto nos momentos em que decide entre o morrer e o renovar-se, esta dissertação passou a ser lembrada em quase todos os momentos onde eu decidia ou não desvelar os longos passos que me fizeram chegar até aqui. Aconteceram muitas perdas nesse percurso, algumas irreparáveis. Também se manifestaram momentos de silêncio, tentativas de desistência, de sentimentos de abandono e de solidão. Talvez agora seja esse o meu alento, pela minha dificuldade em achar um ponto para encerrar.

Reporto-me a repensar que, na tentativa de compreender o sofrimento mental, coloco-me mais próxima das pessoas que a vivem, dos profissionais que as tratam e me impulsiono a descobrir novas contribuições que a fisioterapia possa proporcionar às pessoas que necessitam de cuidados com a saúde, seja física ou mental.

Refletindo sobre as contribuições alcançadas pela estratégia do Grupo FISIO, lembro-me de que, muitas vezes, o silêncio manifestava-se quando nos sentávamos em círculos no final desta oficina. Como descreveu Freire (2010), em suas experiências, em grupos focais nas salas de aula, no FISIO o silêncio foi tão fundamental quanto a fala. Foram momentos onde podemos reorganizar os nossos limites. Quando o círculo se fechava, estávamos postos a refletir sobre as vivências das quais participamos. Essas reflexões ajudavam a repensar um pouco mais sobre nossos valores, como nos colocamos diante das situações, de que maneira

expressamos nossos sentimentos, sobretudo a maneira como nos colocamos em relação a vida do outro, seja na forma pessoal, seja na profissional. As pessoas nunca esquecem o que nós a fazemos sentir.

Inicialmente, senti-me desorientada na área da saúde mental, tema não muito discutido na graduação em fisioterapia. Essa lacuna da grade curricular representa as dificuldades que tenho em trabalhar nesta área, bem como propor a abordagem sob o olhar da fisioterapia que atue no corpo não puramente biomecânico. Muito me interessei em buscar a compreensão de algumas manifestações que o sofrimento psíquico causa no corpo e na vida das pessoas. Procuro compreender mais a respeito desse contexto.

Posteriormente, já envolvida com a dissertação e com a minha intervenção como fisioterapeuta na saúde mental, percebi que minhas ações alteraram a dinâmica com que essas pessoas percebiam o corpo que são. Notei que uma das características da pessoa em sofrimento psíquico repousa nas carências afetivas, na necessidade que expressaram em criar laços de amizade. Deparei-me com pessoas carentes de atenção, de escuta, de apoio e amparo. Faz parte da minha profissão o contato físico com as pessoas. Talvez fosse por isso que as manifestações de carinho representadas por abraços se faziam presentes, diariamente, entre os que participavam do Grupo.

Fizemos parte de um grupo que formou a oficina corporal. Tratou-se de um grupo, mas, principalmente, tratou-se de união de pessoas. Seres humanos, que desde os nossos primórdios se agrupam para sobreviver. Pessoas complexas dentro de seus contextos históricos de vida pessoal, social e cultural. Acredito que o Grupo tenha se caracterizado pelo compromisso, pela identificação. Todos eram motivados pelos mesmos desejos, medos e interesses. O desafiar constante, o fazer-se aceitar, o adaptar-se. Acredito que a construção dessa história soma-se dentro da proposta da reabilitação psicossocial.

O que tenha transformado em mim talvez seja a sensibilidade, o que me engrandece como profissional, e me faz repensar atitudes, como pessoa.

No Grupo FISIO, pelos depoimentos de seus participantes, foi possível se perceber que surgiram diferentes manifestações que demonstraram tanto o gosto pelas atividades propostas individualmente como pela realização das atividades em duplas. Alguns elegiam a pessoa que queriam como parceira, demonstrando, assim, a indicação de vínculos de amizade, a ponto de sentarem-se juntos na cadeira do

cinema, dividirem o mesmo saco de pipoca, entre outras manifestações. De um modo geral, proporcionou um encontro entre os participantes, que interagiam entre si, contribuindo com suas relações interpessoais no núcleo social.

Podemos considerar que houve um ganho na autonomia, que se manifestou em alguns na percepção do corpo como pessoa. Alguns, porém, não conseguiram seguir uma rotina, sinalizaram viver situações que favoreceram o isolamento e o não exercício da cidadania.

Acredito que a prática do profissional fisioterapeuta deva ser inserida nos serviços de saúde mental, como uma das práticas que promove o estabelecimento do contato humano. Nas alternativas com que tratam a saúde mental, o fisioterapeuta pode oferecer a abordagem corporal como profissional que conhece seus movimentos com maior precisão, entende dos limites e das capacidades físicas, sabe como determinado movimento desempenha a sua função. No contexto psicossocial, o fisioterapeuta pode trabalhar a humanização, o respeito ao corpo como dignidade da pessoa, proporcionando colaboração no trabalho voltado ao sujeito em sofrimento psíquico e à sua inserção na família, na comunidade, no trabalho. Podemos associar que a inserção no cotidiano desses sujeitos pode ser possível a partir da proposta de uma intervenção corporal. O corpo, afinal, à medida que se movimenta, cria condições próprias de manter-se sociável.

O estudo de caso aqui apresentado descreve a experiência da oficina do Grupo FISIO, que acredito poder ter contribuído na reabilitação psicossocial de seus participantes. Penso que a oficina de trabalho corporal promoveu vários encontros entre si. Permitiu às pessoas expressarem-se como realmente se percebem, através dos vários movimentos. Ainda assim, acredito que sempre restarão arestas a serem lapidadas, vazios a serem preenchidos, amizades a serem cultivadas.

Como diz Yassui (2009), não quero ser interpretada como uma aspiradora romântica, mas como aquela que acredita que a atenção psicossocial, para ser possível, deva ser feita de sonhos, utopias e esperanças. Deve ser feita a partir de relacionamentos interpessoais, de encontros, de convivências. Deve ser construída por laços de confiança e amizades, sem desviar o foco da ação profissional, enquanto agente que presta assistência ao sujeito em sofrimento.

ADAMOLI, A.N.; AZEVEDO, M.R. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. **Rev Ciênc e Saúde Colet**, Pelotas, v. 14, n. 1, p. 243-251, 2009.

AGUIAR, R.G. **Conhecimentos e atitudes sobre atuação profissional do fisioterapeuta entre os profissionais da equipe mínima de Saúde da Família em Ribeirão Preto**. 2005. 124 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ALMEIDA, M.M.; SCHALL, V.T.; MARTINS, A.M.; MODENA, C.M. Representações dos cuidadores sobre a atenção na esquizofrenia. **Rev Psico.**, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 110-117, jan./mar. 2010.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 73-92, set./fev. 2004.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Rev Saúde e Saúde Colet**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BALLONE, G.J.; ORTOLANI, I.V.; PEREIRA NETO, E.P. **Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARROS, F.B.M. (Org.). **O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora**. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.

BENITES, P.Z. Grupo de convivência: a contribuição da psicoterapia corporal num serviço de saúde mental. In: CONVENÇÃO LATINO-AMÉRICA, CONGRESSO BRASILEIRO E ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, 1., 4., 9., Foz do Iguaçu. **Anais...** Centro Reichiano, 2004. CD-ROM. [ISBN – 85-87691-12-0].

BERTAZZO, I. **Cidadão corpo: identidade e autonomia do movimento**. 4. ed. São Paulo: Summus, 1996.

BERTHERAT, T. **A toca do tigre**. Tradução de Estela S. Abreu. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BIOTTO, A. Trabalho corporal com pacientes psiquiátricos: experiência de grupo de movimento em uma clínica psiquiátrica. In: CONVENÇÃO LATINO-AMÉRICA, CONGRESSO BRASILEIRO E ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS

CORPORAIS. 1., 4., 9., Foz do Iguaçu. **Anais...** Centro Reichiano, 2004. CD-ROM. [ISBN – 85-87691-12-0].

BOCK, A.M.B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M.L.T. **Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília, DF, 2011.

BRINK, H.A.T.; SOARES, K.M. Arte e movimento: um caminho de expressão e socialização na saúde mental. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 49-52, jul./dez. 2005.

CAMPOS, R.T.O.; FURTADO, J.P.; PASSOS, E.; FERRER, A.L.; MIRANDA, L.; GAMA, C.A.P. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 16-22, 2009.

CARNIEL, A.C.D. **O acompanhamento terapêutico na assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental**. 2008. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CARVALHO, S.M.M.; AMPARO, P.H.M. Nise da Silveira: a mãe da humana-idade. **Rev Lat American Psicopatol Fundament**, v. 9, v. 1, p. 126-137, mar. 2006.

CAVALCANTI, M.T.; DAHL, C.M.; CARVALHO, M.C.A.; VALENCIA, E. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial. **Rev Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 23-28, 2009.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Rev Mal Estar e Subjetivid**, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 300-327, set. 2005.

CHAVES, A.C. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. **Rev Bras Psiquiat**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 21-22, 2000.

COHEN, H. **Neurociência para fisioterapeutas**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2001.

COPPENOLLE, H.V.; HERMAN, S.; JOHAN, P.; ROLAND, P.M.; et al. The louvain observation scales for objectives in psychomotor therapy. **Adapted Physical Quarterly**, Leuven, v. 6, n. 2, p. 145-153, 1989.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL (CREFITO). 2011. Disponível em: <<http://www.crefito.org.br/fisioterapia>>. Acesso em: 11 jan. 2011.

CRONE, D.; GUY, H. "I know it is only exercise, but to me it is something that keeps me going": a qualitative approach to understanding mental health service users' experiences of sports therapy. **Journ Ment Health Nurse**, v. 17, n. 3, p. 197-207, jun. 2008.

DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução de Cláudia Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ELLIS, N.; CRONE, D.; DAVEY, R.; GROGAN, S. Exercise interventions as an adjunct therapy for psychosis: a critical review. **Br Journ Clin Psychol**, v. 46, n. 1, p. 95-111, mar. 2007.

FERNANDES, L.A.; PHILOMENA, M.S.F.; LEITE, S.M.S. O perfil dos pacientes com transtornos mentais atendidos em uma unidade de saúde 24 horas de Curitiba. **Boletim de Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 14-29, 2007.

FREIRE, M. **Educador: educa a dor**. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

FREITAS, M.S. **A atenção básica como campo de atuação da Fisioterapia no Brasil**: as diretrizes curriculares resignificando a prática profissional. 2006. 138 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

FURTADO, J.P. **Corpo e loucura**: histórico das formas de intervenção sobre o corpo na psiquiatria. 1995. 68 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

FURTADO, J.P.; CAMPOS, R.O. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para as práticas nos novos serviços. **Rev Lat Am de Psicopatol Fundament**, v. 8, n. 1, p. 109-122, mar. 2005.

GALLETTI, M.C. **Oficina em saúde mental**: instrumento terapêutico ou intercessor clínico? Goiânia: UCG, 2004.

GAVA, M.V. **Fisioterapia**: história, reflexões e perspectivas. São Bernardo do Campo: UMESP, 2004.

GUEDES, C.M. **Corpo**: tradição, valores, possibilidades do desvelar. 1995. 111 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

GUERRA, A.M.C. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Rev Lat Am de Psicol Fundament**, v. 7, n. 2, p. 83-96, jun. 2004.

GUIMARÃES, J.M.X.; JORGE, M.S.B.; ASSIS, M.M.A. Satisfação com o trabalho em Saúde Mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Rev Ciênc e Saúde Colet**, v. 16, n. 4, p. 2145-2154, 2011.

HAHN, L.C.; BERTAZZO, I. **Cadeias musculares e articulares**: método G.D.S. Godelieve Denys-Struyf. São Paulo: Summus, 1995.

HOPPENFELD, S. **Propedêutica ortopédica coluna e extremidades**. São Paulo: Atheneu, 2004.

HORN, S. **Técnicas modernas de relaxamento**. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 1995.

KANTORSKI, L.P.; COIMBRA, V.C.C.; DEMARCO, D.A.; ESLABÃO, A.D.; NUNES, C.K.; GUEDES, A.C. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. **Rev Enfermag e Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 4-13, jan./mar. 2011.

KENDALL, F.P.; McCREARY, E.K.; PROVANCE, P.G. **Músculos**: provas e funções com postura e dor. 4. ed. São Paulo, S.P.: Manole, 1995.

LAPPAN-BOTTI, N.C. **Oficinas em saúde mental**: história e função. 2004. 244 f. Tese (Doutorado – Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

LOWEN, A. **O corpo em depressão**: as bases biológicas da fé e da realidade. 8. ed. São Paulo: Summus, 1983.

LUSSI, I.A.O.; PEREIRA, M.A.O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Rev Lat Am de Enfermag**, v. 14, n. 3, p. 448-456, maio/jun. 2006.

LUZIO, C.A.; LABBATE, S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Rev Ciênc e Saúde Colet**, v. 14, n. 1, p. 105-116, 2006.

MARINHO, L.C.P.; MIOLO, S.B. Ação fisioterápica às necessidades do portador de sofrimento psíquico. **Rev Fisioter Mov**, v. 10, n. 2, p. 44-52, 1997.

MARTINS, G.A. **Estudo de caso**: uma estratégia de pesquisa. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MENDONÇA, T.C.P. As oficinas em saúde mental: relato de uma experiência na internação. **Rev Psicol e Ciênc Prof.**, v. 25, n. 4, p. 626-635, dez. 2005.

MESQUITA, J.F. Quem disse que lugar de louco é no hospício? Um estudo sobre os serviços residenciais terapêuticos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, ABEP, 16., Caxambu, 2008.

MEYER, P.F. **A compreensão do corpo na formação profissional do fisioterapeuta**. 2006. 111 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

MILLANI, H.F.B.; VALENTE, M.L.L.C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **Rev Eletr Saúde Ment Álcool e Drogas – SMAD**, v. 4, n. 2, p. 1-19, 2008, Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>>. Acesso em: 17 jan. 2009.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hecitec; Rio de Janeiro: Abrasão, 1999.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Tradução de Eliane Lisboa. Porto Alegre: Sulina, 2006.

MUNHOS, C.P.M. Atuação fisioterápica em pacientes com transtornos mentais: terapia corporal e bioenergética. **Rev de Psiquiatr Clín**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 115-122, set. 1996.

NASCIMENTO, C. C.; PITIÁ, A.C.A. Oficina de trabalho corporal: uma estratégia de reabilitação psicossocial no trabalho em saúde mental. **Rev Ciênc, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 610-617, jul./set. 2010.

OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Rev Ciênc e Saúde Colet**, v. 10, n. 1, p. 191-203, 2005.

OLIVEIRA, G.L.; CAIAFFA, W.T.; CHERCHIGLIA, M.L. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. **Rev Saúde Públ**, v. 42, n. 2, p. 707-716, 2008.

Pe. LEO, scj. **Experenciar milagres**. 5.ed. São Paulo: Loyola, 2007.

PEREIRA, M.A.O. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. **Rev Lat Am de Enfermag**, v. 15, n. 4, p. 658-664, jul./ago. 2007.

PETRI, F.C. **História e interdisciplinaridade no processo de humanização da fisioterapia**. 2006. 72 f. Dissertação (Mestrado em Integração Latino-Americana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006.

PITIÁ, A.C.A. Acompanhamento terapêutico e psicoterapia corporal: o olhar sobre o corpo de quem sofre. In: CONVENÇÃO LATINO-AMÉRICA, CONGRESSO BRASILEIRO E ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, 1., 4., 9., Foz do Iguaçu. **Anais...** Centro Reichiano, 2004. CD-ROM. [ISBN – 85-87691-12-0].

PITIÁ, A.C.A.; FUREGATO, A.R.F. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. **Interf Comunic, Saúde, Educ**, v. 13, n. 30, p. 67-77, jul./set. 2009.

PITIÁ, A.C.A.; SANTOS, M.A. **Acompanhamento Terapêutico**: a construção de uma estratégia clínica. São Paulo: Vetor, 2005.

PITTA, A.M.F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA, A.M.F. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.19-26.

RAUTER, C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para as oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 267-277.

REBELATTO, J.R.; BATOMÉ, S.P. **Fisioterapia no Brasil**: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

ROCHA, V.M. **Do corpo à corporeidade**: repensando os saberes na formação do profissional fisioterapeuta. 2002. 187 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais e Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2002.

ROEDER, M.A. Benefícios da atividade física em pessoas com transtornos mentais. **Rev Bras Ativid Física e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 62-76, 1999.

ROSÁRIO, J.L.R.; SOUZA, A.; CABRAL, C.M.N.; JOÃO, S.M.A.; MARQUES, A.P. Reeducação Postural Global e alongamento estático segmentar na melhora da flexibilidade, força muscular e amplitude de movimento: um estudo comparativo. **Rev Fisioter e Pesq**, v. 15, n. 1, p. 12-18, 2008.

ROSÁRIO, J.L.R.; MARQUES, A.P.; MALUF, A.S. Aspectos clínicos do alongamento: uma revisão de literatura. **Rev Bras de Fisioter**, v. 8, n. 1, p. 83-88, jan./abr. 2004.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá; Instituto Franco Basaglia, 2001.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A.M.F. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-18.

SILVEIRA, D.P. **Sofrimento psíquico e serviços de saúde**: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde. 2003. 165 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

SIVADON, P.; GANTHERET, F. **La rééducation corporelle des fonctions mentales**. Paris: Lês Éditions Sociales Françaises, 1969.

SLOBODA, R. **Atividade física e esquizofrenia**: percepção dos pais ou responsáveis. 2002. 128 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

TESSITORE, E.C. **Os talentos do corpo**: uma experiência de trabalho corporal com pacientes com transtorno mental. 2006. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

TONELINI, F.M. **Atenção primária**: uma proposta de inserção das ações de fisioterapia. 2009. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Católica de Santos, Santos, 2009.

TORRE, E.H.G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Rev Ciênc e Saúde Colet**, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

VALLADARES, A.C.A.; LAPPAN-BOTTI, N.C.; MELLO, R.; KANTORSKI, L.P.; SCATENA, M.C.M. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e ou cooperativas sociais. **Rev Eletr de Enfermag**, v. 5, n. 1, p. 4-9, 2003.

VENTURA, M.M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Rev SOCERJ.**, v. 20, n. 5, p. 383-386, set./out. 2007.

VERONESE, L. A prática da massagem terapêutica sob a ótica da psicologia corporal. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XIV, IX, 2009. Curitiba, 2009. **Anais eletrônicos...** Curitiba: Centro Reichiano, 2009. Disponível em: <<http://www.centroreichiano.com.br/artigos>>. Acesso em: 15 abr. 2010.

VIEIRA, A. O método de cadeias musculares e articulares de G.D.S.: uma abordagem somática. **Rev Fisioter Mov**, v. 4, n. 8, p. 41-49, 1998.

VIGNOLI, T. **Homenagem a uma guerreira**. 2000. Disponível em: <<http://kplus.cosmo.com.br/materia.asp?co=348rv=Literatura>> . Acesso em: 13 ago. 2010.

VOLPI, J.H. **Quando o corpo somatiza os conflitos da mente**. Curitiba: Centro Reichiano, 2005. Disponível em: <<http://www.centroreichiano.com.br>>. Acesso em: 8 abr. 2010.

YASSUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 1-9, jan./abr. 2009.

YIN, R. **Estudo de caso**: planejamentos e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Apêndice A.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESCLARECIMENTO AOS USUÁRIOS DO SERVIÇO NOTT E FAMILIARES

Prezado Senhor (a),

Eu, Carolina Cristina do Nascimento, CREFITO 3/76407-F, venho por meio deste TERMO convidá-lo (a) a participar da minha pesquisa intitulada “**A repercussão da oficina de trabalho corporal no processo de reabilitação psicossocial dos usuários do Núcleo de Oficinas Terapêuticas e do Trabalho em Saúde Mental**”, sob a orientação da Prof^a Dr^a Pesquisadora Ana Celeste de Araújo Pitiá, do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas – EERP/USP. Esta pesquisa, gerada a partir da preocupação com a assistência em saúde mental, visa identificar a contribuição na reabilitação social dos usuários por meio das oficinas terapêuticas, no enfoque do trabalho corporal, bem como descrever essas práticas que foram desenvolvidas no Núcleo de Oficinas Terapêuticas e do Trabalho, no serviço de saúde mental de Porto Ferreira, do qual vocês foram assistidos. Para obter esses dados, contamos com sua colaboração respondendo o formulário com questões referentes ao trabalho corporal que desenvolvemos. Será realizado uma entrevista com vocês, durante o tempo de 1 (uma) hora. Esta entrevista será gravada, e ocorrerá numa sala reservada no Ambulatório de Saúde Mental, sendo que será respeitado o direito de recusar a responder perguntas que lhes ocasionarem constrangimento de alguma natureza. Asseguramos que as informações fornecidas serão sigilosas e utilizadas para fins de pesquisa. Também asseguramos que esta pesquisa não oferecerá nenhum risco, visto que o intuito é beneficiar a assistência na saúde mental. Vocês ficarão com uma cópia deste termo, nos colocamos a disposição para esclarecimentos de eventuais dúvidas. Asseguramos o direito de desistir em participar desta pesquisa a qualquer momento, e não implicará de forma alguma na assistência recebida.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, _____anos, portador do RG nº _____, usuário (a) do serviço NOTT, juntamente com meu responsável _____, _____anos, portador do RG nº _____ estou ciente das informações obtidas quanto à minha participação na pesquisa de oficina corporal, firmo abaixo meu consentimento em tornar o trabalho público, esclarecido de que minha identidade será mantida no mais absoluto sigilo e que não terei nenhum prejuízo na assistência recebida no serviço de saúde mental, caso eu desista de participar como sujeito dos estudos realizados.

Assinatura

Nº do Documento

Porto Ferreira, _____ de _____ de 2010

Drª Ana Celeste de Araújo Pitiá
Nascimento
RG. 36571737-x COREN – 40198
aceleste@eerp.usp.br
Fones: (16) 3630-5598 / 9992-2676

Carolina Cristina do
RG. 41517774-1 CREFITO 3/76407-F
carolinacnascimento@hotmail.com
Fones: (19) 3585-1245 / 9107-0944

Apêndice B.

Entrevista semi-estruturada

DADOS PESSOAIS

Sexo: () F () M

Data de Nascimento: ____/____/____

Diagnóstico:

SOBRE A ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA

1. Há quanto tempo você faz tratamento psiquiátrico?
2. Há quanto tempo você frequenta serviço aberto?
3. Qual (s) a (s) oficina (s) que você mais gosta?
4. Você faz outros tratamentos junto com as oficinas?

SOBRE O GRUPO FISIO

1. Você já tinha feito atividade com o corpo antes?
2. Como sentia seu corpo antes de participar da oficina corporal?
3. Como sente seu corpo agora?

ANEXO I



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 236/2009

Ribeirão Preto, 19 de outubro de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 15 de outubro de 2009.

Protocolo: nº 1075/2009

Projeto: A REPERCUSSÃO DA OFICINA DE TRABALHO CORPORAL NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DOS USUÁRIOS DO NÚCLEO DE OFICINAS TERAPÊUTICAS E DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL.

Pesquisadores: Ana Celeste de Araújo Pitiá
Carolina Cristina do Nascimento

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Ana Celeste de Araújo Pitiá
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO II

DECLARAÇÃO

Chefe do Centro de Especialidades Médicas e Ambulatório de Saúde Mental

Eu, Fábio Luiz Paes Gonçalves, portador do RG nº 19.907.421, declaro que, na figura de Chefe do Centro de Especialidades Médicas de Porto Ferreira-SP, do qual o Ambulatório de Saúde Mental faz parte, concedo e autorizo informações de prontuários dos usuários do Núcleo de Oficinas Terapêuticas e do Trabalho (NOTT), para que seja realizado o projeto de pesquisa intitulado **“O processo de reabilitação psicossocial de usuários do Núcleo de Oficinas Terapêuticas e do Trabalho (NOTT) em saúde mental contextualizado pela caracterização do perfil dos profissionais componentes da equipe”**, sob responsabilidade da fisioterapeuta Carolina Cristina do Nascimento, portadora do RG nº 41.517.774-1, CREFITO 3/76407-F.


Dr. Fábio L. Paes Gonçalves
Chefe de Serviços Médicos

Chefe do Centro de Especialidades Médicas
Ambulatório de Saúde Mental


Ft. Carolina Cristina do Nascimento

Setembro/2008

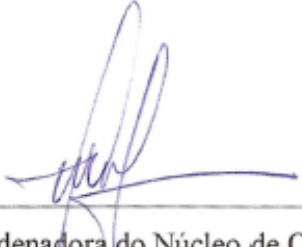
Porto Ferreira – São Paulo

ANEXO III

DECLARAÇÃO

Coordenadora do Núcleo de Oficinas Terapêuticas e do Trabalho

Eu, Maria Lucia Montanheiro, portador do RG nº 9904229, declaro que, na figura de Coordenadora do serviço de saúde mental Núcleo de Oficinas Terapêuticas e do Trabalho (NOTT) de Porto Ferreira-SP, concedo e autorizo o espaço físico do serviço NOTT, para que seja realizado o projeto de pesquisa intitulado **“O processo de reabilitação psicossocial de usuários do Núcleo de Oficinas Terapêuticas e do Trabalho (NOTT) em saúde mental contextualizado pela caracterização do perfil dos profissionais componentes da equipe”**, nas dependências deste serviço, localizado na Rua João Simão, 615 - Cristo Redentor, sob responsabilidade da fisioterapeuta Carolina Cristina ortadora do RG nº 41.517.774-1, CREFITO 3/76407-F.



Coordenadora do Núcleo de Oficinas
Terapêuticas e do Trabalho

Setembro/2008

Porto Ferreira – São Paulo