

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

RAFAELA GUIMARÃES ALMEIDA

TECENDO CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA
ATENÇÃO BÁSICA: Experiências sensíveis com o corpo

Rio de Janeiro
2015

RAFAELA GUIMARÃES ALMEIDA

TECENDO CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA
ATENÇÃO BÁSICA: Experiências sensíveis com o corpo

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como requisito necessário para obtenção do grau em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof^a. Marcia Cabral da Costa

Rio de Janeiro
2015

RAFAELA GUIMARÃES ALMEIDA

TECENDO CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA
ATENÇÃO BÁSICA: Experiências sensíveis com o corpo

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ, como requisito necessário para obtenção do grau em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof^a. Marcia Cabral da Costa

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Professora Marcia Cabral da Costa
(Orientadora)

Professor Marcus Vinicius Machado de Almeida
(Co-orientador)

Professora Renata Caruso Mecca
(Membro da Banca)

Dedico este trabalho às crianças da Cruzada Espírita Suburbana, ao Juan e ao Pablo, assim como a todas as pessoas que me sensibilizaram para o cuidado na área da saúde mental.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus Pai merecedor da minha gratidão eterna. Aquele que me fortalece, conforta, ilumina e guia meus passos pela vida.

Aos meus pais, Carlos e Edna, que fazem tudo por mim. Abraçam meus sonhos, possibilitando as minhas conquistas.

À minha avó Zilma, por ter me apresentado uma doutrina envolvida pelo bem, amor e paz, princípios que carrego por todos os percursos da minha vida.

À Tia Cris pelo incentivo quando ainda descobria a terapia ocupacional

À Marcia Cabral, minha mãezinha da Terapia Ocupacional, minha orientadora, amiga, a quem agradeço por toda força, atenção, incentivo, carinho, amizade, aprendizado e inspiração responsáveis pelo meu encantamento na área da saúde mental.

À Renata Mecca por ter aceitado participar da banca do meu TCC, e por tantas vezes, ter compartilhado ações no CMS-MTC.

Ao grande mestre Marcus Vinicius pelo incentivo e inspiração.

Aos profissionais do Centro Municipal de Saúde Madre Tereza de Calcutá, em especial à equipe MATA.

Ao apoio e estímulo do meu namorado, amigos, colegas de classe, familiares e todos que contribuíram para realização deste trabalho.

A cada paciente que juntamente com os professores da UFRJ, me moldaram como futura terapeuta ocupacional.

RESUMO

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência baseado na minha vivência como bolsista no Projeto de Extensão da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Formando Tecituras do Cuidado em Saúde Mental. O trabalho tem como objetivo apresentar de que forma as abordagens corporais podem ser um importante dispositivo de cuidado em saúde mental na Atenção Básica em Saúde. Desse modo, em sintonia com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o relato utiliza o método da cartografia e percorre dois anos e meio de ações no projeto que perpassam pela história das políticas públicas em saúde, conceitos sobre o corpo e experiências corporais, entendendo o corpo como potencial para pulsão de vida e promoção de saúde.

DESCRITORES: Terapia ocupacional; Corpo; Atenção Básica em Saúde; Estratégia de Saúde da Família.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO 1- Tecendo cuidado na Atenção Básica em Saúde.....	11
1.1 Diálogos do Projeto Formando Tecituras do Cuidado em Saúde Mental e suas bases teóricas.....	11
1.2 Tecendo uma prática implicada com a teoria: o campo da pesquisa.....	12
CAPÍTULO 2- Tecituras entre Estratégia de Saúde da Família e Universidade.....	15
2.1 A constituição do Centro Municipal de Saúde Madre Tereza de Calcutá CMS-MTC: uma história atravessada pela saúde pública no Brasil.....	15
2.2 A Estratégia de Saúde da Família como política reorientadora do cuidado em saúde.....	17
2.3 A Estratégia de Saúde da Família no Centro Municipal de Saúde Madre Teresa de Calcutá- CMS-MTC e suas ações no território.....	18
CAPÍTULO 3- Tecendo teorias com e sobre o corpo.....	20
3.1 O corpo.....	20
3.2 O corpo na contemporaneidade	22
CAPÍTULO 4- O percurso do projeto: tecendo teorias e práticas.....	24
4.1 Experiências de um aprendiz da cartografia.....	24
4.2 O começo de muitas experiências sensíveis com o corpo tecidas pelo Projeto.....	25
4.3 Oficina de Dança.....	26
4.4 A transformação da oficina de dança em oficina de corpo.....	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	

INTRODUÇÃO

A arte me contagiou antes mesmo do meu nascimento. Na minha família, a minha avó tocava sanfona, meu pai ainda criança estudava bateria e com seus outros dois irmãos formaram uma banda na adolescência, sendo um dos meus tios guitarrista e o outro baixista.

Nos shows em que meu pai se apresentava, eu sempre acompanhava minha mãe. Tenho várias lembranças dormindo no colo dela nos locais em que meu pai tocava. Recordo-me de estarmos em locais escuros, no meio de muito barulho, juntando duas ou até três cadeiras para que finalmente pudesse dormir com meu corpo mais a vontade, enquanto meu pai se apresentava. Meu pai, além de shows de diversos gêneros musicais, sempre tocou em peças de teatro musicais, me inspirando muito cedo a dançar como as bailarinas dos teatros que assistia.

Assim, a dança se fez presente na minha vida. Sempre gostei de dançar! Como brincadeira favorita gostava de fazer de conta que me apresentava nos grandes palcos, imitando meus cantores preferidos, um retrato que vivenciei na minha infância com meus pais nos diversos shows e musicais.

Meus sonhos de criança sempre tiveram a dança como referência, pois quando me perguntavam o que eu queria ser, eu falava que gostaria de ser bailarina, paqueta, “bailarina do Faustão” e no ensino médio professora de dança.

Durante a minha infância, frequentei escolas de dança, onde pude experimentar diversos estilos até me encontrar na dança de salão em especial a paixão pelo *zouk*. A dança é uma identificação tão forte que só de ouvir a batida das músicas de *zouk*, sinto uma euforia acompanhada de uma sensação enorme de prazer fazendo meu corpo pulsar, me fazendo dançar mesmo estando “parada”.

Quando cheguei ao pré-vestibular me deparei com escolhas, e paralelo à dança, outros aspectos me atravessaram durante minha trajetória como o fato de gostar muito também de ajudar as pessoas. Fiz parte de um projeto social onde ficava com crianças de comunidades do subúrbio do Rio de Janeiro e, além disso, convivi durante anos com duas crianças autistas que me despertaram a vontade de aprender a lidar com as mesmas. A convivência com as crianças me tornou mais sensível às diferenças e às outras formas com que as pessoas podem se relacionar com o mundo. Esses fatores me levaram a escolher o curso de Terapia Ocupacional, os quais se potencializaram ainda mais conforme fui convivendo com as crianças durante quase toda a minha graduação. E

tamanho foi a minha felicidade quando descobri ser possível unir minhas duas paixões: a dança e a Terapia Ocupacional.

Dentre as várias áreas da Terapia Ocupacional, a saúde mental foi a que tive mais resistência, antes mesmo de conhecer não me imaginava trabalhando nessa área, por ter receio, preconceito, entre outras questões, que mesmo sendo fortes em mim, mantinham acesas minha inquietação e curiosidade com o assunto. Essa inquietação foi aumentando, me fazendo buscar mais sobre o autismo e como a Terapia Ocupacional atuava com esses usuários. Em março de 2013, quando cursava o quarto período do curso de Terapia Ocupacional, abriu-se uma nova oportunidade para vivenciar o que até então era ainda curiosidade e intuição.

Minha aprovação como bolsista no Projeto de Extensão Formando Tecituras do Cuidado em Saúde Mental da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Abria-se uma nova etapa em minha vida: uma etapa repleta de ansiedade, curiosidade e vontade de aprender a lidar com as pessoas com histórias marcadas por sofrimento psíquico e mesmo transtornos mentais. Foi tudo uma verdadeira novidade, começando pelo estudo de muitos textos, reuniões que pareciam verdadeiras aulas, recheadas de prazer por me permitir uma maior aproximação com o tema. Esse período foi um bombardeio de teorias, participações em palestras, ligadas aos temas do campo da Saúde Mental, até meu encontro com o imaginado campo. Ainda não fazia ideia de quão surpreendente esse campo se revelaria enquanto aprendizado profissional e até mesmo de vida.

O campo em que me deparei por meio do Projeto Formando Tecituras do Cuidado em Saúde Mental se propunha a construir junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Centro Municipal de Saúde Madre Teresa de Calcutá (CMS-MTC) novos modos de cuidar e de conviver com pessoas em sofrimento psíquico e transtornos mentais.

A experiência vivida no Projeto Formando Tecituras do Cuidado em Saúde Mental foi se mostrando tão intensa na minha formação que se tornou objeto de interesse no Trabalho de Conclusão de Curso que estaria desenvolvendo na graduação de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

O objetivo desse trabalho é apresentar de que forma as abordagens corporais podem ser um importante dispositivo de cuidado em saúde mental na Atenção Básica em Saúde, a partir da minha experiência como bolsista no Projeto Formando Tecituras do Cuidado em Saúde Mental. A relevância deste Trabalho de Conclusão de Curso aponta a importância de se pensar em novas estratégias de cuidado na Atenção Básica

em Saúde, incluindo o corpo como ferramenta de cuidado, de promoção de saúde, se distinguindo dos restritos repertórios de práticas dos profissionais de saúde. A metodologia escolhida neste Trabalho de Conclusão de Curso foi o método cartográfico por entender que toda pesquisa é intervenção e que pesquisar é habitar territórios existenciais (Alvarez e Passos, 2009). Serão utilizados como instrumento de análise da cartografia os cadernos de campo enquanto bolsista do Projeto Formando Tecituras do Cuidado em Saúde Mental contendo registros dos anos de 2013 a 2015. Além disso, os registros contêm conversas informais, participação em reuniões de equipe, visitas domiciliares e ações no território.

Este Trabalho de Conclusão de Curso será estruturado inicialmente com uma introdução em que apresento minha implicação com os temas arte, corpo e saúde mental. Em seguida se estruturará em quatro capítulos. O primeiro intitula-se *Tecendo o cuidado na Atenção Básica* em Saúde que traçará diálogos do Projeto de extensão da Universidade Federal do Rio de Janeiro, denominado *Formando Tecituras do Cuidado em Saúde Mental*, projeto em que desenvolvo atividades como bolsista desde 2013, e hoje como voluntária. Nesse capítulo será traçado um diálogo com as bases teóricas do projeto apontando-o como favorecedor de uma prática implicada com a teoria. Será apresentado o campo de pesquisa desse Trabalho. No segundo capítulo intitulado *Tecituras entre Estratégia de Saúde da Família e Universidade* será apresentado a unidade de saúde em que o Projeto desenvolvia suas ações, destacando de que forma essa Unidade de Saúde foi se constituindo concomitantemente com a história de saúde pública no Brasil, bem como será apresentado a Estratégia de Saúde da Família como uma política reorientadora do cuidado em saúde. No terceiro Capítulo intitulado *Tecendo teorias com e sobre corpo* será apresentado um discussão sobre o corpo e o corpo na contemporaneidade. No quarto e último capítulo intitulado *O percurso do projeto: tecendo teorias e práticas* será apresentada uma experiência marcada por vivências corporais como uma ferramenta facilitadora do cuidado em saúde mental. Ao final do quarto capítulo serão apresentadas as considerações finais desse trabalho de conclusão de curso.

I- Tecendo o cuidado na Atenção Básica em Saúde

1.1- Diálogos do Projeto Formando Tecituras do Cuidado em Saúde Mental e suas bases teóricas

O Projeto Formando Tecituras do Cuidado em Saúde Mental começou a delinear seu caminho no ano de 2012, quando o Curso de Terapia Ocupacional aderiu ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde III (Pró-saúde III) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, passando a incorporar em suas ações de ensino a integração da teoria e a prática no Centro Municipal de Saúde Madre Teresa de Calcutá (CMS-MTC), Unidade Básica de Saúde, situada no bairro Bancários/Ilha do Governador e correspondente a Área Programática (AP) 3.1 da cidade do Rio de Janeiro.

Nesse mesmo ano, professores e alunos da disciplina de Terapia Ocupacional em saúde mental, realizaram uma visita no CMS-MTC com o objetivo de aproximar os alunos de um serviço de Atenção Básica em Saúde, para conhecer as abordagens da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a população e suas perspectivas históricas de sofrimento psíquico e transtornos mentais. Além de conhecer o serviço, os alunos puderam visitar o território das ações das equipes da ESF em quatro comunidades no bairro Bancários. Nessa visita à Unidade de Saúde, os profissionais da ESF falaram sobre suas necessidades referentes às questões do campo da saúde mental como, por exemplo, a dificuldade em distinguir os casos de saúde mental e o manejo do cuidado em saúde mental.

Foi deste primeiro diagnóstico situacional e pela demanda dos profissionais da ESF que o Projeto Formando Tecituras do Cuidado em Saúde Mental surgiu com o intuito de criar espaços de construção de conhecimentos teóricos e práticos de cuidado e convivência em saúde mental, objetivando ampliar os modos de pensar, sentir e agir em saúde mental desses profissionais do CMS-MTC. Em especial, este Projeto buscava o fortalecimento de ações intersetoriais e a inclusão de atividades culturais e de lazer territoriais, numa perspectiva de potencializar a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Ações estas destinadas às pessoas com transtornos mentais, garantindo-lhes o direito à cidadania, à participação social e acesso aos diferentes equipamentos de saúde, assistência social, educação, lazer e cultura.

Vale ressaltar, que o Projeto tinha como filosofia da implantação do seu trabalho, a superação do modelo hospitalocêntrico como forma exclusiva ou imediata de cuidado em saúde mental, tal como orientam teóricos da Reforma Psiquiátrica e mesmo a Política Nacional de Saúde Mental. Nesse sentido, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) tornavam-se nossos guias primordiais.

Buscar superar o modelo hospitalocêntrico é ainda algo que o Movimento das Reformas Sanitária e Psiquiátrica ainda consideram como necessidade atual. A Reforma Psiquiátrica especificamente, após a homologação da Lei Federal Paulo Delgado-10.2167 em 2001, provocou grandes avanços e reorientação do modelo assistencial de Saúde Mental no Brasil, entretanto é preciso enfrentar novos desafios para garantir e fortalecer a antiga utopia “cidade plena para todos, por uma sociedade sem manicômios” (PITTA, 2011).

Tal proposta de incluir os usuários no processo de construção de produção de saúde convocava metodologias que abarcasse tal proposição. Alvarez e Passos (2009) ao apontar a metodologia da cartografia, incita a delimitação do método em que o Projeto se sustentaria. Para eles, toda pesquisa é intervenção. Na pesquisa-intervenção, pesquisador e o objeto a ser pesquisado fazem parte de um mesmo processo no ato de pesquisar, pois como citam os autores "pesquisar é habitar um território existencial" onde pesquisador e objeto produzem afetos e também são afetados. Para a metodologia cartográfica, o pesquisador necessita se despir de preconceitos para permitir ser afetado e também afetar. Fazer parte do território existencial a ser pesquisado possibilita compreender as singulares maneiras de ser e de existir no mundo. “É sempre pelo compartilhamento de um território existencial que sujeito e objeto da pesquisa se relacionam e se codeterminam” (ALVAREZ; PASSOS, 2009, p.131).

Essa metodologia muito se afina com diretrizes de trabalho em saúde tal como o SUS e o que os movimentos sanitário e psiquiátrico preconizam. Dessa forma, começo a me engajar num processo cuidadoso de tecitura do cuidado e convivência em saúde mental.

1.2- Tecendo uma prática implicada com a teoria: o campo da pesquisa

Meu engajamento no Projeto Formando Tecituras do Cuidado em Saúde Mental começou com teorias, supervisões e participação em eventos científicos relacionados ao tema da saúde mental e da atenção básica. Momento importante no qual me aproximava

da saúde mental na Atenção Básica. Porém, foi no encontro com o campo que dei início às novas descobertas.

Começava por uma ambientação no serviço com observações da rotina da unidade, do trabalho das equipes de Saúde da Família (SF), conhecendo o território em que a unidade desenvolvia suas atividades e finalmente o encontro que mais desejava: o encontro com os usuários da Estratégia de Saúde da Família.

No momento em que ainda estava nos estudos teóricos, o cenário que eu imaginava era o de uma unidade de saúde que já teria mapeado os casos de saúde mental e que todos eles estariam sendo acompanhados por meio de “consultas” na unidade. Ao me deparar com o campo, percebi que os casos de saúde mental não estavam mapeados.

As equipes de saúde da família não evidenciavam o cuidado em saúde mental como parte de seu trabalho. Quando questionados sobre os casos de saúde mental, a resposta que se tinha era que não havia casos de saúde mental nas equipes. Um Agente Comunitário de Saúde revela o quanto os casos de saúde mental não eram bem definidos para a maior parte das equipes da ESF quando disse: “Não tenho nenhum caso de saúde mental, só tem um maluco que não sai de casa só”.

No começo não fazia ideia de como alcançar os objetivos do projeto, mas o que mais me impactou foi vivenciar uma realidade socioeconômica diferente da minha, entretanto, a maior motivação que se reverberou em mim durante muito tempo, foi à proposta que no local faríamos oficinas. E assim, o que antes era desconhecido passou a fazer todo sentido para mim durante esses quase dois anos e meio no projeto.

Esse sentido foi ganhando força quando percebi que a dança, minha paixão desde sempre, poderia também ser um meio para que esses objetivos fossem alcançados.

Inicialmente as oficinas foram propostas como exercício de se pensar nos repertórios dos bolsistas para que se pudesse promover uma possibilidade de encontro com os usuários da ESF além de sensibilizar os profissionais de saúde para novas formas de cuidado e convivência em saúde mental. O desafio de transformar o que a princípio era do repertório dos bolsistas em atividades que fossem de interesse dos participantes, era muito grande. Esse desafio me impulsionava ainda mais a buscar a integração da dança ao trabalho com os usuários, mas ainda era preciso vivenciar o percurso que o projeto foi me levando para me deparar com pedras, muitas curvas, e também novas descobertas. Pedras preciosas foram surgindo nesse caminhar. No meu

caso, seguir do começo ao fim por esse caminho, me fez carregar na bagagem o aprendizado de um percurso inesquecível.

II - Tecituras entre Estratégia de Saúde da Família e Universidade

2.1 A constituição do Centro Municipal Madre Tereza de Calcutá CMS-MTC: uma história atravessada pela saúde pública no Brasil

O CMS-MTC, no qual o Projeto Formando Tecituras do Cuidado em Saúde Mental se insere, carrega uma bagagem repleta de histórias de transformações marcadas por um grande caminho pela História da Saúde Pública no Brasil.

Em 1923, foi criado no Brasil o sistema de Caixa de Aposentadorias e Pensão (CAPs) através da lei nº 4.682, de autoria do Deputado Eloy Chaves, promulgado pelo Presidente Artur Bernardes que atendia apenas determinadas classes de trabalhadores como os ferroviários, marítimos e estivadores. Era oferecida aos segurados das CAPs a assistência médica, o fornecimento de medicamentos, além de aposentadorias e pensões. Esse sistema que atendia específicas categorias foi substituído pelo Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que atendia um conjunto de trabalhadores de um dado ofício ou setor de atividade (FINKELMAN, 2002).

Neste mesmo cenário, onde o modelo de saúde era o da Assistência Médica Previdenciária, em 1953 foi criada a Associação Atlética Bancários de Jardim Duas Praias, também conhecido por “Clube dos Bancários” por iniciativa de um grupo de moradores do Bairro Bancários situado na Ilha do Governador. No período em que foi mantida a Associação, várias atividades foram promovidas como: excursões, bailes, cinema e os famosos concursos. Em 1959, aconteceu na associação um baile para a coroação da “rainha do Jardim Duas Praias”; evento que foi publicado no jornal “Bancário” no mês de janeiro de 1960 (SMCD, 2011).

Na década de 70, mais especificamente em 1974, foi criado pelo regime militar o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que prestava atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada (FINKELMAN, 2002).

Seguindo as transformações na saúde pública, o Posto do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB - denominado de PAM Governador-B) e o Posto do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados no Transporte e Cargas (IAPTEC), se unificaram para criação do INAMPS, recebendo a denominação de Posto de Atenção Médica-PAM Ilha do Governador, sendo inaugurado em 14 de Março de 1974 (SMCD, 2011).

O INAMPS possuía estabelecimentos próprios, sendo a maior parte dos atendimentos realizados pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, numa lógica de cuidar da doença e não da saúde. Nessa época nasceu um importante movimento: a Reforma Sanitária. Um movimento que nasceu no meio acadêmico, no início da década de 70 como forma de oposição técnica e política ao regime militar. Na década de 70, com o fim do milagre econômico, ocorreu uma crise no financiamento da previdência social, repercutindo na área da saúde. Em fevereiro de 1979, a sede do PAM Ilha do Governador muda o endereço passando para a Rua Combu, no bairro Cacuia e a sede do PAM Bancários continuou funcionando com atendimento voltado às crianças, aos adolescentes e às mulheres. (SMCD, 2011).

No decorrer da década de 80, o INAMPS passou por sucessivas mudanças com universalização progressiva do atendimento. Em 17 de março de 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que foi um marco na história do Sistema Único de Saúde (SUS), pois foi aberta à sociedade. Além disso, foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária. A Conferência resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. O mais importante foi a resolução da conferência ter sido uma base para Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988. (FINKELMAN, 2002).

A Constituição de 1988 ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado" se tornou um marco na história da saúde pública brasileira. A implantação do SUS foi fruto de um processo que passou pela criação do SUDS. Em 7 de março de 1990, houve a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde pelo Decreto de lei nº 99.060, até chegar no dia 19 de setembro de 1990, data em que o SUS foi fundado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 (CAMARGO, K. R. Jr,2009).

Um importante marco na saúde pública foi também a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. Em 27 de julho de 1993, o INAMPS foi extinto pela Lei nº 8.689 (CAMARGO, K. R. Jr,2009).

Em 15 de dezembro de 2000, uma nova transformação acontece, a Unidade passa a ser autônoma e recebe o nome de Posto de Saúde (PS) Madre Teresa de Calcutá. Em 11 de dezembro de 2008, a Unidade recebeu o Título de “Unidade Básica Amiga da Amamentação”. Em outubro de 2010, já como Centro Municipal de Saúde Madre Teresa de Calcutá (CMS-MTC), ocorre a expansão e a implantação da Estratégia de

Saúde da Família (ESF), inicialmente composta por quatro equipes: INPS, João Telles, Mata, Pixunas e uma equipe de Saúde Bucal. No mesmo ano, a Academia Carioca de Saúde foi construída e finalizada. No mês de julho de 2014, a Unidade passa a ter mais uma Equipe de Atenção Básica: Maracajás. Atualmente, em 2015, foi formado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que cobre a Área Programática 3.1 – Clínica da Família Maria Sebastiana de Oliveira e o CMS-MTC. A equipe do NASF é formada por: Assistente Social, Educador Físico, Fisioterapeuta, Nutricionista e Psicóloga (FINKELMAN, 2002).

O NASF trata-se de uma equipe de profissionais com determinadas especialidades na área da saúde que tem a função de realizar o Matriciamento ou apoio matricial das Equipes de Saúde da Família que

(...) deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população (BRASIL, 2011, p.14).

2.2 – A Estratégia de Saúde da Família como política reorientadora do cuidado em saúde

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (Ministério da Saúde).

Na década de 80, sobre influência do Movimento Sanitário brasileiro, a saúde constituiu-se como um direito de todos e dever do Estado. Sendo assim, um novo modelo de organização da saúde, emergiu: o Sistema Único de Saúde (SUS). Modelo de saúde que se apoia no conceito ampliado de saúde, entendendo a mesma não como ausência de doença e sim resultante das condições de alimentação, educação, habitação renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso, posse da terra além de acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, a atenção primária à saúde ou atenção básica passa a ser destaque na reorganização do sistema de saúde.

Desse modo, o Ministério da Saúde (MS) fomentou a atenção básica como modelo para a reestruturação do sistema de saúde. A partir da década de 1990 foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF).

Em 1991, surgiu na região do Nordeste do Brasil o PACS que depois se estendeu para a região norte, como estratégia de enfrentamento dos altos índices de epidemias e morbimortalidade infantil.

No ano de 1994, foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) inicialmente em pequenos municípios das regiões norte e nordeste do Brasil, em áreas de risco definidas pelo Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). O PSF aos poucos foi se expandindo e em 1995 ocorreu a fusão com o PACS.

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica foi instituída afirmando que “A atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006, p.11). Vale ressaltar ainda que a Atenção Básica no Brasil

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2012, pág. 19).

2.3 A Estratégia de Saúde da Família no Centro Municipal de Saúde Madre Teresa de Calcutá e suas ações no território

Em 2010 o Centro Municipal de Saúde (CMS-MTC) implantou a Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção básica em saúde que se configura como porta de entrada aos demais níveis assistenciais da saúde.

As equipes de Saúde da Família são responsáveis por um território adstrito; no caso do CMS-MTC às seguintes micros áreas: Pixunas, INPS, Mata e João Teles. Minha atuação durante todo o projeto se voltou para a equipe Mata. O motivo pelo qual

me envolvi em especial com essa equipe foi maior afinidade com os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e pelo acolhimento que me foi dado.

A aproximação com as equipes foi para mim um verdadeiro aprendizado, pois pela primeira vez experimentei ser nova em um serviço. Tive que me apresentar e aos poucos me reposicionar nesse espaço. O processo para que eu me sentisse pertencente à equipe não foi muito demorado, pois criei muita afinidade com a equipe Mata, da qual me aproximei pela primeira vez no serviço e percebi que a chave dessa aproximação era a relação de respeito e vínculo que havíamos construído. Digo respeito, porque o trabalho real é realizado no seu próprio tempo, e respeitar o tempo e o modo de trabalho das Equipes de SF me permitiu construir um trabalho em conjunto. Sem as equipes, os objetivos do projeto seriam inviáveis, principalmente sem os ACSs. Eram eles que acompanhavam os alunos nas Visitas Domiciliares (VDs) e os que podiam falar dos casos de saúde mental de cada equipe. A partir daí, os bolsistas foram divididos entre as equipes com o objetivo de conhecer o serviço e colher os casos de saúde mental.

As funções dos bolsistas não ficaram bem definida entre os ACSs, portanto eles passaram a delegar suas funções para os bolsistas, já que o discurso deles era que não havia casos de saúde mental na equipe. Visto esse impasse, os bolsistas foram orientados (durante reunião de equipe com a tutora) a não fazer o trabalho dos ACSs e anotar os casos de saúde mental que chegavam ao acolhimento. Outro momento muito importante: como colher os casos de saúde mental? Como abordar as pessoas e ter uma escuta sensível? Foi um aprendizado e tanto que moldaram a minha maneira de me relacionar com os usuários e profissionais da Saúde da Família em meio à dinâmica do serviço que acontecia da seguinte forma: cada equipe da Estratégia de Saúde da Família era composta por um médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACSs que ficavam numa baia onde ocorria o acolhimento dos usuários. Os demais ACSs ficavam no território realizando as visitas domiciliares, já no acolhimento o trabalho realizado era o cadastramento dos usuários, marcação de consultas e exames.

Uma vez por semana, acontecia em todas as equipes de Saúde da Família, reuniões de equipe, espaço este onde os bolsistas se inseriram para se aproximar das equipes com o intuito de pensarem juntos em estratégias e ações para o cuidado em saúde mental. Nesse momento, comecei a tecer junto com a equipe Mata um trabalho de sensibilização para o cuidado e convivência em saúde mental.

III - Tecendo teorias com e sobre corpo: Novos movimentos para o cuidado em saúde mental na Atenção Básica em Saúde

3.1 O corpo

A teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade. (Paulo Freire)

Ao longo da graduação fui me deparando com textos e vivências de aulas corporais. Estas me impulsionaram a buscar um aporte teórico que ampliassem minha reflexão sobre o corpo.

No começo do projeto eu entendia o corpo como um instrumento, apenas um instrumento potente para promoção de saúde. Essa percepção partiu da minha habilidade, interesse, história de vida, prazer, bem estar, alegria, lazer, admiração e intensos sentimentos que compunham minha paixão pela dança. Quando compreendi o conceito ampliado de saúde, tive a certeza que a dança contemplava o lazer entre outros aspectos que resultam na saúde como: condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Visto que, “a atual legislação brasileira ampliou a definição de saúde que antes era apenas ausência de doença, considerando-a resultado de vários fatores determinantes e condicionantes como os descritos acima” (BRASIL, 2004).

Desse modo, ao compreender o conceito ampliado de saúde, o meu olhar para dança ganhou outro sentido: passei a enxergar na dança um potencial para promoção de saúde, pois até então, minha percepção sobre o corpo se baseava no que a dança representava na minha vida, ou melhor, no que a dança causava em mim. A condução de um trabalho com o corpo era possível apenas por meio da dança em sua forma mais tradicional, isto porque não conhecia práticas corporais que trabalhavam com sensações diversas.

Com base nessas concepções, passei a me dedicar em construir junto com a equipe de Saúde da família da Mata uma oficina de dança. Todo o processo de construção será detalhado em outro capítulo, mas anteciparei que consegui realizar a oficina de dança na comunidade da Mata por pouco tempo, na verdade foi o tempo necessário para que eu me deparasse com descompassos, rearranjos, esplêndidos

compassos, encontros únicos e singulares onde o fazer junto e aprender com o outro, me fizeram enxergar o corpo para muito além de um instrumento. Ao observar no outro um fazer diferente, poder experimentar esse fazer, trocar e criar junto com o outro, me mostrou o que é o verdadeiro significado de apreender, pois “desta maneira, a educação se refaz constantemente na práxis, para ser tem que estar sendo” (FREIRE, 1987, pág.47).

O corpo que comecei a enxergar era um corpo sensível, um corpo repleto de percepções, emoções, um corpo que conseguia até falar, isso mesmo, um corpo que fala sobre sua vida, conta histórias, trajetórias, um corpo que se molda, cria, recria e que também se paralisa. Ao realizar diferentes formas de experimentações corporais, ler diferentes teóricos, fui fazendo um mergulho sobre várias concepções acerca da temática do corpo. As teorias aliadas às vivências de práticas corporais me possibilitaram compreender que o corpo muito mais que dançar era capaz de falar sobre a vida. Sendo assim, ao vivenciar práticas corporais, percebi que os momentos dedicados a perceber o corpo, eram momentos onde era possível estar consigo, se conhecer, entender o que o corpo fala ou ainda guarda em silêncio.

Perceber o corpo passou a ser um caminho para entender o sujeito, seus desejos, seu pensar, seu fazer, seu cotidiano, o que dizemos ser a tão comentada subjetividade, que na época eu pouco entendia.

Liberman ao falar de subjetividade nos diz que

(...) a construção da subjetividade, pensada sob a óptica da existência como devir, está ligada a um processo permanente de vir a ser no mundo, nos embates do sujeito com a alteridade, nos quais o sujeito vai se constituindo a partir desses encontros que, produzindo mudanças, turbulências, vão produzindo novas formas de existir” (LIBERMAN 1998, p.16).

O corpo fala de como existo, de como me coloco no mundo, o corpo ainda pode experimentar novos fazeres produzindo assim novos afetos e formas de existir.

Cada corpo afeta e é afetado pelo outro, e é isso o que produz turbulência e transformação irreversíveis em cada um deles. A alteridade seria justamente essa condição de afetar e ser afetado, e é desses choques que a subjetividade se faz e se refaz permanentemente. Existiria, assim, um permanente processo de subjetivação” (GUATTARI E ROLNIK, apud LIBERMAN, 1998, p.17).

O processo de subjetivação pode provocar um corpo silenciado, até mesmo não percebido, paralisado ou camuflado a espera de um estímulo para vir a ser

potencializado. O corpo e a mente não estão dissociados no processo de subjetivação que ocorre de forma singular em cada sujeito, sofrendo diversas influências e até imposições já que o corpo se molda também através da cultura, dos desejos, medos, sentimentos e até mesmo pela política. A política é capaz de provocar mudanças que interferem no modo de vida das pessoas.

3.2 O corpo na contemporaneidade

Atualmente no mundo capitalista as pessoas vivem o que chamo de velocidade de produção. Velocidade de produção representa a necessidade de produzir a todo tempo refletindo diretamente no trabalho, na forma como os relacionamentos humanos vão se dando em diferentes áreas da ocupação.

No contemporâneo, a rede de saberes e poderes que construímos e na qual nos construímos quando colocada à serviço do capital constitui desejos que nunca podem ser satisfeitos num fluxo de consumo contínuo, gerando um modo compulsivo de se relacionar com a vida. Tal modo produz graves riscos à saúde individual e coletiva, exacerbando um processo em que as escolhas são marcadas pelo individualismo, competitividade e fissura ininterrupta (CAMPOS, BARROS e CASTRO, 2004).

No trabalho as pessoas cada vez mais se deparam com a competitividade, com necessidade de cumprir metas e de dar conta de um volume maior de funções e trabalhos em um menor tempo. As relações pessoais passaram a perder o sentido da palavra que são essencialmente as pessoas. As relações pessoais atualmente passaram a ser mais intensas no mundo virtual, ao ponto de um aplicativo de conversas muito utilizado nos celulares, conseguir englobar relações de trabalho, família, amizade e diversão no cotidiano de milhares de pessoas. Não é mais necessário o encontro com o outro, é possível ao mesmo tempo estar em contato com várias pessoas ao mesmo tempo. A escuta do outro, o famoso olho a olho, perceber as feições, jeitos, foram se perdendo nesses espaços virtuais onde *emotions* (bonecos e figuras que representam sentimentos e objetos) substituem sentimentos, expressões e palavras.

A velocidade de produção geram relações humanas empobrecidas, se tornando em muitos casos, o principal movimento na vida das pessoas. O trabalho começa a ultrapassar outras ocupações que os sujeitos possuem no cotidiano como o lazer e atividades familiares através das novas redes de comunicação e assim todos os espaços se tornam lugares de exaustão das tarefas dos empregados. Para Associação Americana

de Terapia Ocupacional (2008) as ocupações ou atividades são classificadas em categorias denominadas áreas de ocupação. As áreas de ocupação que o indivíduo pode perpassar no cotidiano são: as atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, descanso e sono, educação, trabalho, brincar, lazer e participação social.

Diante da problematização de como se tornou o corpo na atualidade e como o corpo se coloca diante das diferentes áreas de ocupação no cotidiano. Nesse trabalho convido meus leitores a refletir perante a seguinte pergunta: Como o corpo pode se tornar um potencial para intensificação da vida?

O potencial do corpo é pulsante, como as batidas do coração que ao reagir a determinados estímulos faz o corpo pulsar em diferentes ritmos tornando o corpo mais ou menos potente.

Almeida (2011) nos diz que a capacidade mutacional do corpo tanto pode ser um potencial de criação quanto uma captura que pasteuriza os modos de viver como ocorre na cultura homogeneizante ditada na cultura capitalista. O corpo na atualidade por influência do capitalismo acaba sofrendo uma hiperestimulação devido à velocidade de produção, informação e tarefas que fazem parte do cotidiano dos indivíduos. “O contemporâneo apresenta mudanças constantes em sua produção, mas isso não significa a intensificação da vida” (ALMEIDA, 2011, p.164).

A vida se faz em um processo de fazer que tem seu próprio tempo de perceber, refletir e sentir, para de forma intensa poder existir. O diálogo entre ser e fazer contempla o viver, molda o ser que fazendo se faz. Sendo assim, constituir existência do ser pelo fazer, faz o homem ser, sentir, agir da sua singular maneira de existir que de forma intensa provoca por sua vez a capacidade de se diferir.

O fazer que intensifica a vida se trata de um fazer que dispara sentimentos, reflexões, prazer, emoções, desperta gosto de viver, vontade de fazer, querer, descobrir, chorar, sorrir. Na dança encontrei esse fazer que desperta em mim sentimentos de alegria, euforia, me emociona, me impulsiona, faz de mim o que eu sou e o que não consigo nem descrever quando me entrego nesse fazer, apenas sinto que o faço. Deste modo, passo a acreditar no grande potencial físico, mental e social que a dança é capaz de promover a partir do que a dança desperta em mim. No momento que faço essa reflexão, começo a me dedicar em unir a dança às minhas atividades no Projeto Formando Tecituras do Cuidado em Saúde Mental por entender que a dança seria outra forma de cuidado e promoção de saúde.

IV- O percurso do projeto: tecendo teorias e práticas

4.1- Experiências de um aprendiz da cartografia

Minha primeira experiência no Projeto Formando Tecituras do Cuidado em Saúde Mental com atividades corporais aconteceu no final de 2013, quando o projeto estava na fase de criação de grupos e oficinas para os usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Centro Municipal de Saúde Madre Tereza de Calcutá, localizado no bairro Bancários/Ilha do Governador, Rio de Janeiro. Vale ressaltar o especial olhar para aquelas pessoas com história de sofrimento psíquico, com transtornos mentais e/ou que fazem uso de álcool e outras drogas. Experiência que se orientava pela lógica da desinstitucionalização, pois se pensava em favorecer a população da saúde mental desse território com experiências que não se restringissem aos serviços de saúde mental. Como o Projeto desenhava suas intervenções pautadas em diretrizes do SUS da Reforma Psiquiátrica, não cabia à construção de uma oficina exclusiva para determinada população, mesmo que fosse o público-alvo do Projeto.

Havia várias oficinas além da oficina de corpo e todas eram voltadas para a clientela da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com histórias de vulnerabilidade social. Castel (1997) vai nos dizer que a vulnerabilidade social consiste na fragilização dos apoios sociais e familiares. Assim, apostava-se na inclusão! Loucos, diabéticos, hipertensos, idosos, todos tinham lugar nas Oficinas.

Na Oficina de Corpo, como nas demais oficinas, trabalhava-se na lógica da inclusão, do direito à cidadania e à autonomia. Trabalhava-se também de modo que o acesso dessas pessoas não se limitasse aos serviços de saúde, mesmo que em diferentes níveis de complexidade, mas considerando o conceito ampliado de saúde, a integralidade do cuidado e também a garantia ao acesso a dispositivos culturais.

Busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades. As necessidades de serviços assistenciais de uma população não se reduzem às necessidades de atendimento oportuno de seus sofrimentos. Como também não se reduzem às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro. As necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia, ou como a clínica. Novamente, o princípio da integralidade implica superar reducionismos (CAMARGO, K. R. Jr. 2009, p.66).

4.2- O começo de muitas experiências sensíveis com o corpo tecidas pelo Projeto.

A oficina de corpo, que será enfatizado nesse Trabalho inicia-se com articulações com a Escola Municipal João Mangabeira, escola vizinha parceira da equipe da ESF do Centro Municipal de Saúde Madre Tereza de Calcutá.

A escolha pelo local da escola como possível local para realização da Oficina de Corpo se fez por ser a escola um setor distinto ao da saúde e que poderia imprimir novas forças tanto nas equipes quanto nos bolsistas. Isso porque a escola trabalha com outras lógicas e poderia favorecer o deslocamento do olhar, dos bolsistas e o da equipe de SF, do campo da saúde para outros aspectos da vida.

O contato com esta escola foi mediada pelo Centro Municipal de Saúde Madre Tereza de Calcutá, que se localizava próxima à unidade e que também já havia realizado trabalho em parceria com o Programa Saúde Escola. Contudo, apesar dessa parceria a cessão do espaço para a Oficina de Dança não foi tão rápida como se imaginava. Demora que parecia revelar uma desimplicação da equipe com a ideia de se trabalhar com a população de saúde mental, e também de que trabalhar com o corpo numa outra lógica era uma ação em saúde. Pois o que se almejava com a Oficina de Corpo era trabalhar numa perspectiva de descoberta de um corpo sensível, de potência de vida. Contudo, parecia que as equipes ainda estavam funcionando nas lógicas médico-centrada e biologicistas.

Embora as dificuldades a Oficina de Corpo iniciou com a coordenação apenas dos bolsistas, numa tentativa de que com o tempo as equipes incorporassem essa atividade em seus cotidianos. Recordo-me de ter iniciado o trabalho na Oficina de Corpo mais na condição de colaboradora, pois seria a primeira vez que experimentaria “coordenar” uma oficina. O local que a oficina acontecia era um auditório cedido pela Escola Municipal João Mangabeira, um espaço grande, com um palco no fundo, com ar condicionado, limpo e arejado. Um ambiente agradável para realização daquelas atividades corporais.

Para mim era uma experiência marcada por muitos sentimentos como nervosismo, receio, insegurança, pois a única certeza que tinha era o meu desejo pela dança. Mas como reverter aquilo que era meu desejo para uma ação em saúde? A dança na Atenção Básica em Saúde foi se tornando uma questão inquietante para mim. Por sorte, uma das bolsistas era formada em dança, passei então a aprender a olhar a dança de outras maneiras e a trabalhar de outra forma com o corpo.

Eram atividades corporais muito diferentes do que eu imaginava. Ali experimentava a importância do trabalho em equipe de forma interdisciplinar, pois a dança e a arte traziam elementos desestabilizadores da visão de cuidado em saúde que se tem.

Para mim, trabalhar o corpo era movimentá-lo, através da dança, mas com as vivências da oficina, fui conhecendo um trabalho com o corpo que acontecia com um relaxamento, atenção à postura, à respiração, o intuito era favorecer sentir e perceber o corpo.

Outro fator que se revelou como algo que dificultou a implantação dessa oficina com a parceria dos trabalhadores dessas equipes de Saúde da Família na Escola, foi o processo de trabalho dessas equipes que se mantinham aprisionadas à uma lógica da produção capitalista. Eram freqüentes falas de que os trabalhadores deveriam alcançar as metas estabelecidas pela gestão central do município do Rio de Janeiro.

Ao superar os primeiros obstáculos, surge o público de mulheres na faixa etária entre 40 e 50 anos, todas da ESF, e com demandas de cuidado em saúde mental. Eram mulheres identificadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e nessa época ainda numa lógica de encaminhamento para as Oficinas, coordenadas apenas pelos bolsistas do Projeto. Um modo de funcionar que não se sustentou levando a rediscussão da Oficina como uma ação de saúde da Unidade.

4.3 Oficina de Dança

Somente em agosto de 2014, penso em retomar meu desejo inicial no projeto que era criar uma oficina de dança, pois a dança sempre foi o que realmente me impulsionava e motivava tanto em nível pessoal como profissional. Nessa fase, volto meu olhar para a dança, acreditando no potencial da dança como forma de cuidado e promoção de saúde.

Em setembro de 2014, começo a frequentar a reunião de uma das equipes da ESF do Centro Municipal de Saúde Madre Tereza de Calcutá, uma equipe em que tenho grande afinidade e consegui desempenhar mais ações no decorrer do projeto. Os profissionais dessa equipe eram acolhedores e me faziam sentir parte da equipe, despertando em mim o desejo de realizar oficina de dança com os casos de saúde mental dessa equipe.

Foi necessária a minha presença em várias reuniões dessa equipe para que eu pudesse apresentar a proposta da oficina de dança, discutir os casos de saúde mental da equipe, pensar junto com a equipe nos casos para participar da oficina, definir o local, horário bem como definir o Agente Comunitário de Saúde que iria estar na Oficina. Esse processo foi um trabalho delicado, de sensibilização da equipe para que a oficina pudesse ser enxergada como uma nova forma de cuidado em saúde mental.

Em outubro, duas novas bolsistas do Curso de Dança da UFRJ entram no projeto e ficam na Oficina. Para captar os usuários previamente sugeridos pela equipe, foram realizadas algumas visitas domiciliares e também apresentado a comunidade a proposta da oficina. O momento de conhecer os usuários da Estratégia de Saúde da Família indicados pelos profissionais SF, era um verdadeiro aprendizado, pois se conhecia pessoas, histórias de vidas, maneiras de viver que em muitos casos eram bem diferentes da minha realidade de vida.

Somente em novembro foi finalmente definido o local da oficina: a Igreja Evangélica situada numa vila em um das ruas principais de uma determinada comunidade. Esse espaço, à primeira visita, não me causou boa impressão, mas conforme fui me aproximando da pastora para articular o local da oficina acontecer, as impressões foram se dissolvendo e reconhecendo com um dispositivo da comunidade.

Foi então que o dia tão esperado chegou: **o primeiro encontro da oficina de dança**. Esse dia contou com a participação de três mulheres, incluindo a pastora da igreja. As mulheres tinham entre 40 e 50 anos, eram moradoras da comunidade escolhida e todas pertenciam a Estratégia de Saúde da Família. Nesse dia, no primeiro momento da oficina, foi realizada uma conversa para que as pessoas pudessem se apresentar e conhecer umas as outras, depois, foram realizadas atividades corporais onde a bolsista de dança coordenou o grupo.

Minha expectativa em relação a essa bolsista era muito grande, imaginava que ela iria realizar atividades em que as participantes fossem dançar e mais uma vez fui surpreendida porque o trabalho que foi realizado pela bolsista não teve um momento sequer de dança em sua forma tradicional. As atividades começavam com uma proposta de alongamento, relaxamento e num processo bem lento e minucioso descobertas sobre o corpo. As participantes iam se tocando, se massageando, ossos e músculos ganhavam vida naquele espaço. As mulheres por várias vezes riam de suas dificuldades ao movimentar o corpo, pois eram propostas que nunca havia experimentado antes. Relatavam que estava sendo muito bom fazer aquelas atividades. O prazer em realizar

as atividades com o corpo ficava estampado no semblante de cada mulher. No final da oficina era feita uma roda de conversa sobre a experiência da oficina, um espaço aberto para expor dificuldades, sugestões e o que mais desejassem falar.

No segundo encontro da oficina foi dada continuidade a mesma proposta da oficina anterior, sendo que uma nova participante entrou no grupo, era a filha da pastora. Ela tinha 27 anos, tinha uma filha de quatro anos e estava desempregada. Em muitos momentos em que as atividades estavam sendo realizadas, essa mulher relatava ser uma pessoa muito ansiosa e nervosa, ao realizar as atividades, os comentários que surgiam era tomados por um enorme prazer e elogios a cada movimento executado. Após a participação da filha da pastora em três encontros da oficina, os comentários que ela fazia eram que as atividades estavam diminuindo sua ansiedade e até o suor em suas mãos havia melhorado.

Foi um dia que me motivou ainda mais a acreditar no potencial das atividades corporais como forma de cuidado em saúde mental.



Figura1: Oficina de Dança na Igreja Evangélica da comunidade
(Arquivo pessoal).

Um dia especial na oficina se tornou inesquecível para mim: “**O dia da revelação**”. Nesse dia coordenei a oficina de dança, baseada na minha experiência em uma aula prática que vivenciei na disciplina Dança e Saúde. Primeiro era feito um momento em que as pessoas se concentravam em si próprias. Em silêncio, todos se concentravam para perceber a respiração, o corpo e o movimento que ele pedia para ser executado. Tais mudanças eram sentidas ao se modificar a postura corporal, sempre

orientada por uma voz suave, calma, que buscava tranquilizar e direcionar o trabalho para uma nova percepção do corpo.

Nesse momento, era solicitado que as pessoas imaginassem uma cor que as remetesse às sensações boas, agradáveis; ao escolherem essa cor, pedia-se que imaginassem a cor entrando pelo corpo, se espalhando por todo ele, conforme iam inspirando o ar profundamente bem devagar. Era solicitado que a expiração fosse bem lenta para que fosse possível um maior relaxamento na musculatura do corpo. Após esse momento que proporcionava uma maior atenção e percepção do próprio corpo, as pessoas voltavam à atenção para o espaço, para as outras pessoas do grupo, caminhando pelo espaço da sala. Até que eram formadas duplas para que caminhassem ao mesmo tempo em que contavam uma história peculiar já vivenciada.

A todo o tempo as duplas trocavam de pares sendo que a mesma história era recontada, sempre alterando entre as duplas a vez de quem contava a história. As trocas entre as pessoas eram envolvidas por muitos risos, principalmente porque terminar de contar a história era praticamente impossível. Até que as primeiras duplas formadas se reuniam para começar a contar outra história, mas dessa vez, essas duplas permaneciam juntas por todo tempo para contar uma história marcante de suas vidas. Quem contava a história tinha que falar pertinho do ouvido da sua dupla.

No final em roda, todas as duplas comentavam a experiência vivenciada. E numa experiência catártica provocou a sensação de alívio do grupo tornando-se um momento único e inesquecível para mim.

A partir dessa intensa experiência corporal, propus uma atividade similar na oficina de dança na igreja evangélica na comunidade. Como todos os dias da oficina, começava a oficina perguntando como as pessoas estavam e uma mulher do grupo me chamou atenção. Era uma senhora que de cabeça baixa e com olhar tristonho respondeu que não estava bem.

No decorrer das atividades assim como na minha vivência na disciplina dança e saúde, os participantes da oficina de dança riram bastante no momento de contar uma história peculiar e quando contaram sobre as histórias marcantes, muitos olhares emocionados entraram em cena. Nesse dia, um Agente Comunitário de Saúde (ACS) participou pela primeira vez da oficina e no momento final onde todos em roda comentavam sobre a oficina, ele relatou que se sentiu muito bem, que relaxou durante a oficina e esqueceu o trabalho.

A senhora que havia me chamado atenção no final da oficina, surpreendentemente pediu a palavra e compartilhou com o grupo uma situação de sofrimento que estava enfrentando em sua vida. Todos os participantes do grupo escutaram, acolheram e sem perceber fizeram desse momento um espaço de cuidado em saúde mental.

Essas experiências foram marcos importante para a transformação do meu olhar em relação ao corpo. Vivencio na oficina de dança um trabalho com o corpo que era muito além da dança. Eram passos, ritmos, ensaios, preparação, apresentação e muitas possibilidades de promover saúde através do corpo.

A compreensão dessa multiplicidade rítmica só se torna possível quando o pesquisador se imerge nesse território a ser conhecido, entendido, explorado, experimentado e principalmente quando se torna parte do território quando sua busca passa a ser melhor compreendida a partir do entendimento dos ritmos do território pela forma como ele dança e não como a partir de um conhecimento prévio do que é dançar para um determinado território (BARROS, R. D. B.; PASSOS, E, 2009)

4.4 A transformação da oficina de dança em oficina de corpo

Em fevereiro de 2015, após férias na Universidade, busco retomar a oficina de dança junto da equipe da SF, porém recebo a notícia que a pastora não poderia mais ceder o espaço da igreja para realização da oficina.

Recomeço a frequentar as reuniões da Equipe para pensar junto com os profissionais SF possíveis locais para realização da oficina de dança. A equipe discutiu várias vezes sobre possíveis espaços na comunidade, mas obstáculos sempre surgiam e o tempo ia passando. Cheguei a recorrer aos profissionais SF de outras equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas todas as tentativas foram em vão.

No mês de março, realizo junto com os Agentes Comunitários de Saúde da Equipe e novas bolsistas do Curso de Dança, visitas ao território com o intuito de conhecer novos usuários e possíveis espaços para oficina. Aproveitamos as visitas para retomar o contato com as antigas participantes da oficina de dança. No encontro com essas mulheres, pude escutá-las e comunicar a dificuldade que estávamos enfrentando para conseguir um espaço na comunidade. Uma das estratégias para se conseguir o espaço foi tentar saber com os próprios moradores da comunidade, locais que pudessem

acontecer as atividades da oficina. Uma das mulheres sugeriu uma igreja evangélica de uma conhecida, mas a pastora não concordou da oficina acontecer em sua igreja.

Esgotadas todas as tentativas, na reunião de equipe foi pensado na praça da comunidade da Mata para a realização da oficina de dança. Novas visitas domiciliares foram feitas e de comum acordo com as usuárias antigas da oficina o local proposto foi aceito.

No dia que seria realizada a oficina uma surpresa: a ACS que acompanharia as bolsistas na oficina nos informou que estava doente. Além disso, as usuárias que havia convidado disseram que não compareceriam e: duas novas usuárias convidadas por essa ACS comentaram que não se sentiriam a vontade em fazer a oficina na praça. Ao receber essas notícias todo entusiasmo e expectativa foram se esvaindo; um verdadeiro desânimo tomou conta de mim, quis desistir de ir ao Centro Municipal de Saúde (CMS-MTC), mas apesar de angustiada fui até a unidade. Chegando à unidade sou recebida calorosamente por uma ACS muito querida, que faz questão de me incluir nas atividades da equipe. Depois de um tempo juntas ela pergunta ao Educador Físico da Unidade se eu poderia participar de uma reunião entre eles. O Educador Físico diz que a reunião era aberta a todos. Pergunto sobre o que se tratava a reunião. E surpreendentemente fico sabendo que estão elaborando uma oficina de organização de eventos na academia da Unidade. Animo-me com o convite, participo da reunião e contribuo com o grupo.

A reunião foi acontecendo e surge a idéia de unir o grupo de organização de eventos com a oficina de dança. A proposta era realizar a Oficina de Corpo por ter vivenciado experiências que ampliaram meu olhar para um trabalho com o corpo sensível, para além da dança em sua forma mais tradicional.

A proposta da oficina de corpo foi bem recebida pelo Educador Físico e a ACS, começando assim uma parceria entre a academia e *Projeto Formando Tecituras do Cuidado em Saúde Mental*.

Dia 17 de abril, no turno da tarde, fica combinado o início do grupo de organização de eventos e logo após a oficina de corpo. Nos dois grupos o Educador Físico, bolsistas de Dança e de Terapia Ocupacional e ACSs compartilham saberes, trocaram experiências, num processo de trabalho em saúde orientado pelo princípio da integralidade. Para Camargo (2009) o exercício da integralidade exige o entendimento das:

Relações de solidariedade, ou de cooperação e apoio mútuo, ainda que localizadas, restritas ao espaço onde se desenvolvem as atividades de saúde, tendem a se estabelecer, tornando-se o ponto de partida para a renovação da sociabilidade, para a constituição de “novos amigos”, de “trocas” (de informações, experiências, conselhos e orientações) que vão aos poucos restaurando o tecido social comunicativo, com a criação e extensão de atividades para fora do âmbito das práticas de saúde (p.38)



Figura2: Grupo Viver: grupo de organização de eventos (arquivo pessoal).



Figura 3: Elaboração do logo da camisa do Grupo Viver (Arquivo Pessoal).

A oficina de corpo integrada ao grupo viver possibilitou a entrada de muitas usuárias da academia, inclusive duas das quatro mulheres que fizeram parte da oficina de dança na Igreja Evangélica da comunidade.



Figura 4: Oficina do Corpo (arquivo pessoal).

As atividades desenvolvidas na Oficina de Corpo buscam resgatar as memórias e linguagens do corpo; desperta uma disposição para uma vida pulsante, o “ultrapassar momentos em que estamos capturados pelo o que parece ser mais fácil, fechado, conhecido e deixar- se levar. Não viver o corpo como prisão da vontade de conhecer, mas, ao contrário, como meio para viabilização dessa vontade” (LIBERMAN,1998, p. 46)

Nesse sentido, no primeiro momento da Oficina, eram realizadas atividades com o intuito de despertar o corpo através da mobilização dos grandes centros articulares. Havia alongamentos para diminuir o tônus muscular, para preparar e provocar práticas corporais mais sensíveis. A atenção à respiração, sinalizando uma expiração lenta era um recuso utilizado a todo tempo com o intuito de relaxar e perceber o próprio corpo.

No segundo momento da Oficina, havia o enfoque nos movimentos do corpo, visando explorar o vocabulário gestual existente assim como resgatar as memórias e manifestações corporais das usuárias. A expressão dos movimentos corporais era estimulada através de cantigas de roda, balões, danças e dinâmicas corporais. Para Laban (1998), cada indivíduo constrói a partir de suas vivências um repertório corporal expressivo que se da num processo plural de constantes transformações.



Figura 5: Atividade de relaxamento e consciência corporal (Arquivo Pessoal).

No momento final da Oficina, era realizada uma roda de conversa para que as mulheres pudessem fazer comentários a respeito dos sentimentos, percepções e emoções provocadas durante as atividades corporais. As mulheres sempre relatavam se sentirem relaxadas e algumas resgataram memórias corporais referentes à adolescência, à infância e ao lugar de origem como mostram as falar a seguir:

[...] Quando eu era adolescente eu me acabava de dançar aqui, é aqui mesmo! Aqui era um clube, tinha muitos bailes [...] (Mulher J.).

[...] Meu pai não me deixava ir aos bailes, eu só ficava em casa cuidando dos meninos, tive que arrumar um marido para fugir de casa [...] (Mulher A.).

[...] Forró é muito bom! , Lá na minha terra eu dançava e muito! (Mulher M.)

As falas das mulheres refletiam suas percepções, criações, descobertas, resgatavam emoções, (re) significados de momentos em que o corpo pulsava vida. Mulheres num espaço de convivência onde o seu próprio corpo produz vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Construção desse Trabalho de Conclusão de Curso foi muito mais do que a realização de uma etapa obrigatória para colar grau. Foi a possibilidade de visitar meu lugar enquanto aluna de Terapia Ocupacional e bolsista no Projeto de Extensão *Formando Tecituras do Cuidado em Saúde Mental*. Mergulhar nas bases teóricas sobre o cuidado em saúde, sobre diretrizes do Sistema Único de Saúde, sobre as Reformas Sanitária e Psiquiátrica e sobre corpo certamente me auxiliou a traçar algumas redes entre a teoria e a prática e produzir conexões entre as minhas duas paixões, a Dança e a Terapia Ocupacional. Essa rede favoreceu que eu entendesse que a construção de um trabalho em saúde é processual, em especial, quando esse trabalho foge da formação vigente. Pude também com essa rede teórica e prática tecida nesse TCC perceber que a dança era muito mais do que eu inicialmente imaginava, pude ampliar minha concepção sobre corpo e encontrar uma dança singular que vem de cada corpo que se disponibiliza a se mover, a se sentir, a se transformar. Transformações que são indispensáveis nas práticas de cuidado em saúde.

A Oficina de Dança, ou melhor, a Oficina do corpo sensível, mostrou-se, na experiência relatada, ser uma importante ação de saúde a ser desenvolvida com a clientela em saúde mental na Atenção Básica, pois além de alterar os regimes de funcionamento das ações nos diferentes níveis de complexidade em saúde, pode favorecer a inclusão não só de pessoas em sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais, mas também de todo sujeito em situação de vulnerabilidade.

A oficina de Corpo foi à encarnação de uma prática de saúde, realizadas pelas equipes de Saúde, de forma mais acolhedora e resolutiva.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.V.M. **A selvagem dança do corpo**. 1. ed. Campinas,2011.

BARROS, R. D. B.; PASSOS, E. **A Cartografia como método de pesquisa-intervenção**. In: Eduardo Passos; VirginiaKastrup; Liliana da Escóssia. (Org.). *Pistas do método de cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. 1a ed. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BRASIL. Caderno de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleos de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF, Editora MS. N 27. 2010

BRASIL.Governo Do estado do Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Unidade Básica de Saúde. **Fundamentos área física: manual prático para elaboração de projetos para Unidade de Saúde**. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/44196703/Manual-Pratico-Para-Elaboracao-Projetos-Ubs#scribd>>. Acesso em: nov.2014.

BRASIL.Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990

____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E.Legislação em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília,2012.110 p. Disponível em:<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.> Acesso em: 15 maio. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed.Brasília.2010. 60 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf.> Acesso em 20 Jan 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, pág.11.

CAMARGO, K. R. Jr. Apresentação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2009.

CAMPOS, G. W; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004

CARLETO, D. G. de S. et. AL. **Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo** – 2ª edição. *Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process*. 2nd. Rev. Triang.: Ens. Pesq. Ext. Uberaba – MG, v. 3. n. 2, p. 57-147, jul/dez, 2010

CASTEL, R. **As dinâmicas do processo de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação**. *Cadernos CRH*, Salvador, n. 26-7, p. 30, 1997

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2002. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/editora/media/04CSPB00>>. Acessado em: 20 fev. 2015.

LABAN, Rudolf .**Modern Educational Dance**, London: Macdonald e Evans, 1998.

LIBERMAN, FLÁVIA. **Danças em terapia ocupacional**. 2ª ed, São Paulo: Summus, 1998.

SMDC.**Blog Centro Municipal de Saúde Madre Tesa de Calcutá**.Rio de Janeiro, 2011.Disponível em: < **Error! Hyperlink reference not valid**.dteresacalcuta.blogspot.com.br/search/?q=SMSDC. Acessado em: 10 out,2014.

SOUSA, Maria Luciana Bezerra Silva; SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio.**Estratégia de Saúde da Família:dificuldades para a efetivação da proposta de reorganização do SUS**. Paraíba, 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_DIFICULDADES_PARA_A_EFETIVACAO_DA_PROPOSTA_DE_REORGANIZACAO_DO_SUS.pdf. Acessado em: 13 jan.2015.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas**. *Ciências e Saúde Coletiva*, v.16, n.12, pág.4579, dez. 2011.