



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
CAMPUS URUGUAIANA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL COLETIVA**

RAQUEL CRISTINA BRAUN DA SILVA

**ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA RESIDENTE NO CAMPO DA SAÚDE
MENTAL: BUSCA PELO DIÁLOGO ENTRE CAMPO E NÚCLEO DE
SABERES**

URUGUAIANA

2016

RAQUEL CRISTINA BRAUN DA SILVA

**ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA RESIDENTE NO CAMPO DA SAÚDE
MENTAL: BUSCA PELO DIÁLOGO ENTRE CAMPO E NÚCLEO DE SABERES**

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado à Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA, como requisito para a Conclusão da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva – UNIPAMPA.

Orientador: Prof. Dr. Franck Maciel Peçanha.

Coorientador(a): Ft. Dr^a. Danize Aparecida Rizzetti.

URUGUAIANA, RS

2016

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

S586a Silva, Raquel Cristina Braun da
ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA RESIDENTE NO CAMPO DA SAÚDE
MENTAL: BUSCA PELO DIÁLOGO ENTRE CAMPO E NÚCLEO DE SABERES /
Raquel Cristina Braun da Silva.
22 p.

Trabalho de Conclusão de Curso(Especialização)--
Universidade Federal do Pampa, PROGRAMA NACIONAL DE PÓS-
GRADUAÇÃO, 2016.

"Orientação: Franck Maciel Peçanha".

1. Fisioterapeutas. 2. Saúde Mental. 3. Internato não
Médico. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Prevenção de Doenças. I.
Título.

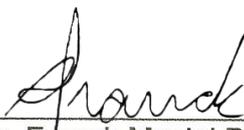
RAQUEL CRISTINA BRAUN DA SILVA

**ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA RESIDENTE NO CAMPO DA
SAÚDE MENTAL:
BUSCA PELO DIÁLOGO ENTRE CAMPO E NÚCLEO DE SABERES**

Trabalho de Conclusão da Residência
apresentado à Universidade Federal do
Pampa - UNIPAMPA, como requisito para
a Conclusão da Residência Integrada
Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva
– UNIPAMPA.

Uruguaiana, 20 de dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Franck Maciel Peçanha
Docente Curso de Fisioterapia
Universidade Federal do Pampa



Prof. Dr.ª Odete Messa Torres
Docente Curso de Medicina
Universidade Federal do Pampa



Prof. M.ª Luana Ribeiro Borges
Docente Curso de Enfermagem
Universidade Federal do Pampa



Maria da Graça Videiro Schmitt
Especialista em Saúde Mental
Diretora do Departamento de Saúde Mental do Município de Uruguaiana

Agradecimentos:

Agradeço aos meus pais, Neive e Milton, por permitirem que eu criasse minhas asas e alçasse meu voo por terras distantes e desconhecidas, por incentivarem que eu subisse cada vez mais alto, por darem apoio nas vezes que precisei parar e descansar e principalmente por lembrar que meu ninho seria sempre meu ninho, que estaria ali se eu precisasse voltar. Dizer obrigada é pouco perto do sentimento de gratidão e respeito que tenho, amo muito vocês!

Agradeço aos meus irmãos Miltinho e Márcio que ajudaram meus pais a me manter aqui, vocês são uma parte muito importante na minha vida, que sem os quais eu não seria a pessoa que eu sou e não teria tantas coisas boas para lembrar e viver, amo vocês!

Agradeço aos meus avós, Elpídio (in memoriam) pelas cantigas, pelas histórias e lembranças das quais hoje falo com saudade e a Orsinda, pelo carinho, aconchego, pelos conselhos, pelo cuidado e por transmitir tanta força. Obrigada por tudo, amo vocês!

Agradeço a Tia Salete por tudo que me ensinou e me fez acreditar ser capaz, agradeço ao Vô Genito pelo exemplo de força e superação, agradeço a Gilmar pela paciência, amizade, cumplicidade, compreensão e torcida e a todos os demais tios e primos pelo incentivo e amizade, vocês são muito importantes na minha vida!

Agradeço ao Helter pelo companheirismo, apoio, paciência, ajuda... obrigada por tudo!

Agradeço a Franciele pela amizade, por ter resistido a tudo junto comigo, pelo que me ensinou e pela escuta sensível de sempre. Obrigada de verdade!

Agradeço ao José por ter ajudado, escutado, incentivado e aguentado os momentos difíceis da residência e por ensinar que o pica-pau não veio para o mundo à passeio.

Agradeço a Tatiane pela amizade, pelas caronas, pelas risadas e por todas as vezes em que me ajudou. Obrigada!

Agradeço a Aline por todos os momentos durante a graduação e residência, pelos ensinamentos, pela ajuda, pela compreensão e pela amizade. A Juliana pela parceria, preocupação, escuta, paciência e amizade. E aos demais colegas de graduação pela vivência e por todas as histórias e aprendizados.

Agradeço a toda equipe da ESF 20, em especial aos agentes de saúde pelos ensinamentos, trocas de experiências, discussões, risadas e caminhadas, vocês foram muito importantes na minha formação.

Agradeço ao Jeferson pela ajuda com a tradução e nos assuntos “informáticos”.

Agradeço a todos os usuários dos CAPS II e CAPS ad III de Uruguaiiana por terem me ensinado tudo que sei sobre saúde mental e por terem sempre algo a ensinar sobre a vida! Vocês foram os maiores professores que tive durante a Residência, obrigada por terem confiado a mim partes das suas vidas, vocês ficarão marcados para sempre na minha.

*Agradeço ao Franck por ter ajudado no meu crescimento acadêmico com a participação no PET Fisioterapia, por tudo que me ensinaste e pelo exemplo de profissional e de ser humano.
Obrigada por me ajudar em mais uma etapa da minha formação!*

Agradeço a Danize pelo auxílio e dedicação desde a construção do projeto até a elaboração do artigo, muito obrigada

Agradeço a Prof. Odete e Prof. Luana pela escuta e pelos ensinamentos durante a residência.

Agradeço a banca pela disponibilidade e dedicação.

Agradeço ao Presidente Lula, a Presidenta Dilma, e a todos que incentivaram e auxiliaram na criação da Universidade Federal do Pampa, expansão dos Programas de Educação Tutorial e de Residência Multiprofissional em Saúde, entre outros, por terem possibilitado que o ensino superior e a pós-graduação chegassem nas camadas mais pobres da população e por possibilitar uma perspectiva de futuro melhor a quem, historicamente, foi negado o direito de futuro.

Agradeço por fim, ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, que através da organização popular, possibilitou o bem mais precioso da minha família: a terra, que trouxe consigo a perspectiva de futuro para além das cercas do patrão, um futuro livre. Lutar, construir reforma agrária popular!

Atuação do Fisioterapeuta Residente no Campo da Saúde Mental: busca pelo diálogo entre campo e núcleo de saberes.

Acting Resident Physioherapist on the Mental Health's Field: Seeking the dialogue between field and knowledge core.

Raquel Cristina Braun da Silva – Fisioterapeuta Residente em Saúde Mental – Universidade Federal do Pampa. ENDEREÇO: Rua General Câmara, 2082. CEP: 97501-640, Uruguaiiana, RS, Brasil. E-mail: raquel_criis@hotmail.com.

Danize Aparecida Rizzetti – Doutora em Bioquímica, Fisioterapeuta, Técnica Administrativa em Educação – Universidade Federal do Pampa. ENDEREÇO: Rua Quinze de Novembro, 2051. CEP: 97500-510, Uruguaiiana, RS, Brasil. E-mail: danize.rizzetti@gmail.com.

Franck Maciel Peçanha – Doutor em Ciências Fisiológicas, Fisioterapeuta, Tutor do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva – Universidade Federal do Pampa. ENDEREÇO: Rua General Vitorino, 2816. CEP: 97500-330, Uruguaiiana, RS, Brasil. E-mail: franckpecanha.72@gmail.com.

Resumo:

Os conceitos de campo e núcleo possibilitam o manejo do conhecimento na equipe e rede assistencial mais adequado às necessidades de saúde da população, e dizem respeito a forma como os mesmos são organizados. A fisioterapia é um núcleo da área de saúde que atua na promoção, prevenção de danos e agravos e recuperação da saúde em todos os seus níveis, porém é comumente associada a atividades de reabilitação, com inserção discreta nos campos de saúde coletiva e mental. Relatar a experiência de atuação do fisioterapeuta nos serviços de saúde mental coletiva é importante para revelar campos férteis de intervenção. Assim, o objetivo desse estudo é relatar a experiência da atuação de uma fisioterapeuta residente no campo da saúde mental. Durante a inserção nos campos de atuação a fusão entre os conceitos campo e núcleo foi perceptível, permitindo experiências enriquecedoras. Porém, a falta de embasamento teórico prévio torna a atuação nesse campo um desafio para o fisioterapeuta, sendo necessária mudança curricular nos cursos de Fisioterapia, incluindo discussões e práticas em saúde mental, de acordo com a Reforma Psiquiátrica, garantindo atendimento de qualidade a população.

Palavras Chave: “Fisioterapeutas”; “Saúde Mental”; “Internato não Médico”; “Sistema Único de Saúde”; “Prevenção de Doenças”; “Promoção da Saúde”.

Abstract:

The field and core concepts make it possible to manage the knowledge in the team and the health care network most appropriate to the health needs of the population, and how they are organized. Physical therapy is a nucleus of the health area that acts in the promotion, prevention of damages and injuries and recovery of health in all its levels, however it is commonly associated to rehabilitation activities, with discreet insertion in the fields of collective and mental health. Reporting the physiotherapist's experience in collective mental health services is important in revealing fertile intervention fields. Thus, the objective of this study is to report the experience of a physiotherapist residing in the field of mental health. During the insertion in the fields of action the fusion between the concepts field and nucleus was perceptible, allowing enriching experiences. However, the lack of previous theoretical background makes it a challenge for the physiotherapist in this field, and curricular change is necessary in the Physiotherapy courses, including discussions and practices in mental health, according to the Psychiatric Reform. It is also important to emphasize that training for the Unified Health System is essential to ensure quality care for the population.

Keywords: “Physical Therapists”; “Saúde Mental”; “Internship, Nonmedical”; “Unified Health System”; “Disease Prevention”; “Health Promotion”.

Introdução:

Os conceitos de campo e núcleo possibilitam o manejo do conhecimento na equipe e rede assistencial mais adequado às necessidades de saúde da população (Cunha e Campos, 2011). Segundo Campos (2000) os saberes são institucionalizados e organizados na prática pela conformação de núcleos e de campos, onde núcleo demarcaria a identidade de uma área do saber e de prática profissional, construindo sua identidade e especificidade. Enquanto campo se configura como um espaço de limites imprecisos, onde é necessário que cada profissão busque nas outras apoio teórico e prático, representa uma abertura da identidade cristalizada das profissões em direção a interdisciplinaridade (Campos, 2006). Contudo, esses conceitos são mutantes e exercem influência mútua, o que dificulta a detecção dos limites entre um e outro.

A Fisioterapia é um núcleo da área de saúde que pode atuar na promoção, prevenção de danos e agravos e recuperação da saúde em todos os níveis, a fim de reestabelecer a capacidade funcional do indivíduo (COFFITO, 2013). Como muitas profissões dessa área, a formação profissional do fisioterapeuta é predominantemente voltada à clínica tradicional, marcada por atividades essencialmente individuais e com foco na reabilitação de habilidades físicas (Pimenta e col., 2013). Apresenta fragilidade em suprir as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), representada pela pouca inserção desses profissionais na atenção básica e saúde mental, onde raros serviços em todo o país contam com a presença do fisioterapeuta em suas equipes básicas (Neves e Acirole, 2011). Esse núcleo de saberes pode contribuir significativamente na atenção aos sujeitos com demandas de saúde mental, embora a aproximação com a saúde mental ainda seja realizada de forma discreta e pontual (Silva e col., 2015).

Sabe-se que a Reforma Psiquiátrica Brasileira teve origem muito próxima à Reforma Sanitária, sendo a atenção neste campo também organizada pelos princípios e diretrizes do SUS. Por esse motivo, o cuidado deve ser realizado de forma comunitária e ambulatorial, visando uma ação contínua e integral, com ampliação das ações de prevenção de doenças, redução de danos sociais à saúde, tratamento e reinserção social (Ribeiro e Inglez-Dias, 2011).

Com a transição do Modelo Asilar para o Psicossocial, fez-se necessária a criação de dispositivos capazes de criar e garantir o vínculo das pessoas desinstitucionalizadas com o sistema de saúde e inseri-las no contexto comunitário (Passos e col., 2013). Entretanto, na prática, ainda é preciso reafirmar a desinstitucionalização, tendo em vista que muitas vezes os dispositivos de referência seguem a lógica Psiquiátrica-Medicamentosa em detrimento à

Psicossocial, o que reforça a necessidade de formação de profissionais mais humanizados e preparados para atuar nesse campo (Pereira e Costa-Rosa, 2012).

Considerando que a educação e o trabalho multiprofissional são variáveis centrais para a consolidação do sistema de saúde e qualificação da atenção aos usuários, é imprescindível que haja articulação entre a formação dos profissionais de saúde e os princípios e diretrizes do SUS (Haddad e col, 2008). Assim, maneiras diferenciadas de pensar a formação e a educação permanente em saúde, inicialmente propostas no campo da saúde coletiva, têm favorecido que as outras áreas das ciências da saúde potencializem mudanças na forma com que a atenção à saúde é prestada (Carvalho e Ceccim, 2006).

Nesse sentido, o fortalecimento das ações de pós-graduação como as Residências Multiprofissionais em Saúde foi uma importante estratégia adotada em conjunto, pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, para qualificação dos profissionais (Haddad e col, 2008). Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde consistem-se em uma modalidade de pós-graduação *latu sensu*, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, que propõe a integração entre diferentes profissões, propiciando espaço para atuação multidisciplinar nos diversos cenários da saúde a partir das necessidades e realidades locais e regionais, em áreas prioritárias (Brasil, 2009).

Mesmo com o caráter inovador e transformador das residências em saúde no Brasil, é possível identificar a falta de inserção do fisioterapeuta nas equipes das residências multiprofissionais em saúde mental, poucos programas na área possuem vaga para residente dessa profissão, o que pode ser um reflexo da inserção incipiente desses profissionais nos serviços de saúde mental, bem como do distanciamento da formação em fisioterapia com o campo da Saúde Mental.

O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Pampa teve início em março de 2015 e é composto pelas seguintes profissões: Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Serviço Social e Educação Física. Tem como campo de atuação os serviços da rede de atenção psicossocial – Centro de Atenção Psicossocial II e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS II e CAPS ad, respectivamente, e uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), entre outros serviços da rede de saúde e de assistência do município de Uruguaiana, Rio Grande do Sul (RS).

Levando em consideração que este Programa constitui a primeira residência multiprofissional na Fronteira Oeste do RS, relatar a experiência vivenciada como residente possibilita uma reflexão acerca dos serviços de saúde do município enquanto retrata a estruturação da própria residência. Além disso, como a Fisioterapia encontra lacunas na sua

formação e inserção integral no SUS é importante conhecer os pontos positivos e as fragilidades dessa inserção. Finalmente, relatar a experiência de atuação do fisioterapeuta nos serviços de saúde mental e revelar campos férteis de intervenção permite vislumbrar possibilidades de atuação com foco na prevenção de danos e agravos e promoção da saúde.

Dessa forma, o objetivo geral do estudo foi relatar a experiência da atuação de uma fisioterapeuta residente no campo da saúde mental. Por sua vez, os objetivos específicos foram: a) refletir sobre diálogo entre campo e núcleo de saberes na saúde mental; b) refletir sobre o papel atribuído ao fisioterapeuta nos serviços de saúde mental; c) relatar as potencialidades e fragilidades do processo de inserção e da atuação do fisioterapeuta nos serviços de saúde mental.

Metodologia:

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, produzido a partir da vivência de uma fisioterapeuta residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, durante do período de março de 2015 à novembro de 2016, em Uruguaiana, RS. Os campos de atuação foram CAPS II e CAPS ad, durante o primeiro ano e uma ESF durante o segundo ano, nos quais a residente coordenou e participou de atividades com foco na atenção à saúde mental coletiva.

Utilizou-se a observação como fonte produtora de dados, a qual utiliza os sentidos na obtenção de aspectos da realidade, não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos e fenômenos que se deseja estudar (Marconi e Lakatos, 1999). Além disso, foi realizada análise dos diários de campo, que segundo Roesse e col. (2006), tem como função descrever um momento de observação e as percepções do pesquisador, expressando assim, uma construção interpretativa própria do sujeito e de seu contexto, levando em consideração as atividades, experiências, dificuldades, potencialidades e afetos.

Após a análise do conteúdo dos diários de campo, as experiências foram agrupadas em categorias, que segundo Bardin (2011), são classes que reúnem um grupo de elementos, agrupados em razão de características comuns. Neste estudo, as experiências foram categorizadas conforme suas temáticas, aspectos relevantes e dificuldades, e serão apresentadas e discutidas a seguir conforme essa categorização.

Resultados e Discussão:

Após analisar os diários de campo da residente, dividiram-se as experiências em quatro categorias, em dois momentos distintos: durante o período de imersão teórica e ao longo da inserção prática nos campos (tabela 1).

Tabela 1: Resultados análise diários de campo – Categorias de Relato.

Imersão Teórica	Inserção nos Campos
Conhecendo o Campo Saúde Mental	Reabilitação Física e Mental
	Ampliando o Olhar e a Atuação
	Realidade Experimentada

Fonte: Autores

Categoria 1 – Conhecendo o Campo Saúde Mental:

Ao iniciar a Residência em Saúde Mental todos os residentes tiveram um período de imersão teórica, no intuito de preparar os profissionais para a inserção nos campos de atuação, levando em consideração a necessidade de aprofundamento teórico para fundamentação da prática profissional. Nessas ocasiões, de forma expositiva, foi discutido acerca da Reforma Psiquiátrica Brasileira, portarias e resoluções norteadoras da atenção psicossocial no Brasil, doenças e transtornos psiquiátricos, uso e abuso de substâncias psicoativas e redução de danos. O grupo de residentes era composto por seis profissionais de diferentes áreas da saúde, dos quais apenas duas profissionais tiveram contato prévio com o campo da saúde mental (assistente social e enfermeira).

Em relação à ausência de contato prévio do fisioterapeuta neste campo, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia estabelecem como objeto de estudo do fisioterapeuta o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, tanto em alterações patológicas quanto nas repercussões psíquicas e orgânicas, com o intuito de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função (Brasil, 2002). Nessa lógica, o conhecimento teórico-prático também deveria perpassar os campos de saúde mental. No entanto, a fisioterapeuta residente, egressa da Universidade Federal do Pampa, não desenvolveu durante a graduação vivências no campo da saúde mental, tornando o delineamento de ações práticas nestes campos de atuação um grande desafio.

Nesse sentido, Silva e col. (2015) realizaram um estudo com o intuito de conhecer a abordagem em saúde mental do curso de Fisioterapia das Universidades Federais da Bahia, no

qual identificaram que as ementas dos cursos daquele estado não apresentam temas aprofundados em relação à saúde mental e sobre o papel do fisioterapeuta no cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, evidenciando uma lacuna na formação do fisioterapeuta, de acordo com a realidade vivenciada também pela residente neste estudo.

É necessário que haja novas práticas de formação em saúde para que atinjamos mudança na formação profissional, e essa transformação perpassa pela transformação dos currículos dos cursos da área da saúde, mas não deve ficar restrita a ela (Fadel e Baldani, 2013). O programa de residência multiprofissional caracteriza uma dessas práticas inovadoras de formação em saúde que permite a residentes, preceptores, tutores e demais profissionais da saúde vivenciarem e refletirem sobre as práticas em saúde no contexto nas quais estão inseridas (Rosa e Lopes, 2009/2010).

A imersão teórica pré inserção no campo é fundamental para apresentação deste e de suas potencialidades e no delineamento das ações práticas. Entretanto, não foi suficiente para abarcar as principais demandas dos residentes, pois a carga horária de atividades teóricas com a presença de professores foi escassa, bem como a carga horária de estudos e discussão com todo o grupo de residentes, predominando a busca individual pelo conhecimento. Além disso, o modelo de ensino predominantemente utilizado foi centrado na figura do professor, tornando o aluno um mero expectador do processo. Segundo Ceccim e Feuerweker (2004), para que o eixo da formação articule a tríade prática-trabalho-cuidado é necessário o uso de metodologias ativas, tendo em vista o seu potencial para tornar o estudante um sujeito ativo no processo de aprendizagem.

É importante salientar também que esta realidade deve ser mostrada aos residentes ultrapassando a barreira do olhar biomédico para que se consiga atingir a integralidade na atenção, pois muitas vezes as discussões sobre saúde mental tendem a buscar formas de remissão de sintomas e cura em detrimento à qualidade de vida. É necessário enfatizar nesta fase que o Modelo Psicossocial considera, além da dimensão biológica do sujeito, as dimensões social, psíquica e cultural, para que o sujeito e a sua relação com o corpo social seja, de fato, o objeto de cuidado da equipe (Costa-Rosa, 2006).

Após o período de imersão teórica, foi produzido pela residente um plano de trabalho contendo as ações a serem desenvolvidas no campo de atuação, do qual emergiu as próximas categorias.

Categoria 2 – Reabilitação Física e Mental:

Com a transição do Modelo Asilar para o Modelo Psicossocial, mais que uma mudança nos serviços e estruturas voltadas a atender pessoas com demandas de saúde mental, ocorreu uma transformação significativa na forma com que essas pessoas são compreendidas e tratadas. Assim, torna-se clara a noção de que além do sofrimento psíquico, usuários dos serviços de saúde mental podem apresentar diversos comprometimentos funcionais, dentre eles os corporais e de movimento (Moraleida e Nunes, 2013).

Ao inserir-se nos campos especializados de saúde mental, a fisioterapeuta observou uma grande demanda reprimida de usuários com necessidades de atendimentos fisioterapêuticos pelos mais variados motivos, entre eles: alterações na marcha, alterações no equilíbrio estático e dinâmico, rigidez muscular, distonias, alterações posturais, déficit na coordenação motora fina e ampla, déficit na consciência corporal. Na atenção básica, foi possível perceber que a maioria das demandas fisioterapêuticas associadas às questões de saúde mental eram decorrentes das enfermidades físicas incapacitantes como Acidente Vascular Cerebral.

Ao mesmo tempo, foi possível identificar que usuários dos serviços especializados fazem maior uso de psicofármacos quando comparados aos usuários da atenção básica, destacando-se os antipsicóticos, os antiparkinsonianos/anticolinérgicos seguido dos ansiolíticos. Essas medicações apresentam um grande número de efeitos colaterais e adversos principalmente se utilizadas por períodos prolongados e em doses altas, como alterações de movimento e coordenação motora, como discinesias e ataxias (Louzã e col., 2007), além de síndromes metabólicas e sucessivo ganho de peso (Attux e col. 2009). Esse fator pode estar diretamente relacionado com a diferença entre as comorbidades físicas presentes nos usuários de saúde mental em ambos os campos, trazendo à tona a necessidade de discutir e repensar a conduta farmacológica para com estes sujeitos.

Ao conhecer os casos e criar vínculos com os usuários, foi possível perceber também que para alguns usuários o adoecimento psíquico e o físico eram indissociáveis e, por esse motivo, ambos precisavam de atenção especializada. Em conjunto com a equipe do serviço e preceptora, foram pensadas estratégias para oferecer atenção fisioterapêutica aos usuários que dela necessitassem, enfocando duas ações principais nos CAPS II e ad: realização de atendimentos individuais pela fisioterapeuta residente a usuários com maiores necessidades, e criação de um grupo de exercícios, em conjunto com a professora de educação física residente, destinado aos usuários com demandas físicas semelhantes, por meio do qual o

trabalho e interação em grupo poderiam trazer melhores resultados frente ao atendimento individual.

Cada usuário era atendido semanalmente em um espaço cedido pela preceptora na Policlínica Central do município. Inicialmente a fisioterapeuta realizou uma triagem de usuários do serviço com maior necessidade. Posteriormente, a equipe passou a realizar os encaminhamentos dos usuários que julgavam necessitar de atendimento fisioterapêutico. Na ESF, por sua vez, os usuários com demandas fisioterapêuticas associadas às de saúde mental eram encaminhados ao fisioterapeuta pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou pelo médico da unidade, após avaliação fisioterapêutica os usuários com maiores demandas eram atendidos individualmente a domicílio.

O grupo de exercícios teve periodicidade semanal e era coordenado pela fisioterapeuta residente, professora de educação física residente e por um profissional do serviço, que em conjunto, traçaram um protocolo de exercícios benéficos a todos os usuários do grupo, levando em consideração as limitações e potencialidades individuais. Contando com alongamentos musculares, exercícios respiratórios, exercícios para membros superiores inferiores, tronco e períneo, treinamento de equilíbrio e coordenação motora e relaxamento. A realização desse grupo foi parte importante da experiência, pois pensar atividades grupais para indivíduos singulares, com demandas singulares, embora com queixas semelhantes constituiu-se um desafio aos profissionais envolvidos.

A atuação no campo da saúde mental torna necessário que o profissional exercite a atenção integral ao usuário, seja durante os atendimentos individuais, seja nos atendimentos grupais. O entendimento das repercussões individuais que os diferentes quadros e níveis de doenças e transtornos psiquiátricos produzem é importante, tanto para a parte clínica quanto para a questão social na Fisioterapia (Garcia, 2008). Também é necessário que o profissional tenha domínio sobre o que Merhy (1997) chamou de “tecnologias leves”, as quais incluem a produção de comunicação, acolhimento, vínculos, autonomização, além dos conhecimentos técnico-científicos da profissão. Que sejam capazes de integralmente, prestar atenção à saúde de outros cidadãos, através do trabalho em equipe e na forma de uma atenção humana e sensível (Brasil, 2002).

A escassez de espaço físico adequado para os atendimentos e ações em grupo nos serviços de saúde mental configuraram um limitante da inserção e da prática de promoção da saúde do fisioterapeuta nesses campos. O papel atribuído à profissão do fisioterapeuta é do – profissional reabilitador – em virtude da própria construção profissional, tornando-se um desafio romper com a barreira da atenção terciária e atuar na atenção primária e secundária.

Neves e Aciole (2011) em seu trabalho de revisão perceberam que em todos os estudos analisados o fisioterapeuta realizava atendimentos voltados à reabilitação, nas mais diferentes formas e contextos, completando maior parte da carga horária dos profissionais nos serviços da atenção básica.

Cabe ressaltar que, embora seja uma abordagem de extrema importância e relevância, a atuação na reabilitação não é a única possibilidade de atuação no campo da saúde mental, tanto nos serviços especializados quanto na atenção básica. A participação desse profissional em atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças constitui uma valiosa possibilidade de redução dos danos físicos, psíquicos e emocionais e, assim, melhora das potencialidades desses sujeitos (Tesserolli, 2003).

Categoria 3 – Ampliando o olhar e a Atuação:

Conforme Guerra (2004), atuar no campo da reabilitação psicossocial é reconhecê-la como estratégia por meio da qual as práticas terapêuticas na psiquiatria possam ser relacionadas ao processo de resgate da autonomia. Assim, durante a vivência no campo da saúde mental, foi possível perceber que o modelo psicossocial favorece a intervenção profissional sob a forma de grupos e oficinas terapêuticas. Nesse sentido, fazer parte de uma equipe multidisciplinar em serviços com foco na saúde mental é conhecer o campo, atuando, intervindo e interagindo como ele e assim, conhecer também as potencialidades e fragilidades do próprio núcleo profissional.

Para Nascimento e col, (2011), a inserção do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar de saúde mental contribui para a integralidade e a humanização da assistência, princípios que partem de uma visão mais ampla do ser humano no sentido de compreender a relação corpo e mente, com vistas à inserção dos sujeitos na família e na comunidade. Dessa forma, a fisioterapeuta residente realizou, em conjunto com outros profissionais da equipe, grupos voltados a questões relacionadas com a saúde dos usuários, de forma ampliada, levando em consideração a promoção de saúde e prevenção de doenças. Pode-se citar como exemplos o grupo de educação em saúde, grupo de atividades lúdicas e recreativas, grupo de atividades físicas e inserção nas oficinas artísticas e de expressão, no contexto dos CAPS.

Esses grupos ocorriam semanalmente, eram focados no usuário do serviço e nas demandas levantadas a cada dia. Os grupos de educação em saúde fugiam do modelo tradicional de transmissão do conhecimento de forma vertical, abordando metodologias ativas para construção do conhecimento de forma coletiva e horizontalizada (Ceccim e Feuerweker, 2004). Os grupos de atividades físicas também permitiam um enfoque da atenção ao corpo

dos sujeitos, possibilitando a comunicação entre mente e corpo, o que tornou possível vivenciar os movimentos e ressignificar a consciência corporal, seus modos de pensar, agir e sentir (Tessitore, 2006).

Durante a inserção na ESF também foram realizadas atividades em grupo voltadas à educação em saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, tendo como foco questões de saúde física e suas relações com a saúde mental, como o Grupo de Gestantes, o Grupo HiperDia e Grupo de Adolescentes. Os grupos permitiram a abordagem de questões de saúde com foco na educação popular e na construção coletiva de saberes sobre determinados temas, partindo das experiências individuais para explorar questões de saúde da coletividade.

Nessa abordagem, a dificuldade na participação voluntária das pessoas da comunidade nos grupos constituiu um limitante da efetividade das ações. Mesmo assim, foram fundamentais para ampliar a concepção e a atuação em saúde e contribuir ao respeito das diversidades, considerando o sujeito ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural. Corroborando com esta reflexão, Neves e Aciole (2011) afirmam que as atividades em grupo ampliam a integração ensino-serviço e proporcionam a definição de corresponsabilidades entre os atores, integrando os saberes dos diferentes profissionais como base para a consolidação do processo de formação em equipe.

A atuação nesse sentido demanda uma percepção holística do ser humano, com ações voltadas à promoção, prevenção de danos e agravos e recuperação da saúde, bem como da percepção integral da pessoa, o que deve incluir a visão do fisioterapeuta e suas funções na perspectiva de atuação interdisciplinar (Silva e da Ros, 2007), sendo um desafio sentir-se fisioterapeuta sem estar realizando atividades específicas de reabilitação.

Categoria 4 – Realidade Experimentada:

O termo território pode ser conceituado como o espaço apropriado por um ator, sendo definido e delimitado por ele e a partir de relações de poder, em suas múltiplas dimensões (Raffestin, 1993). Por sua vez, territorialidade refere-se às relações entre um indivíduo ou grupo social e seu meio de referência, que expressam um sentimento de pertencimento e um modo de agir no âmbito de um dado espaço geográfico (Braga e col., 2004). Esses dois conceitos, são de extrema importância na atuação do profissional de saúde, pois todos os usuários que chegam nos serviços de saúde emergem de um território que influencia diretamente nas suas demandas de saúde e de assistência. Nessa ótica, durante a inserção na ESF a maior parte da carga horária no serviço foi reservada para a realização de visitas

domiciliares voltadas às especificidades do campo da saúde mental, tanto no que diz respeito ao sofrimento psíquico quanto nos casos de uso e abuso de álcool e outras drogas.

As vivências e as realidades experimentadas durante as visitas domiciliares são de extrema importância para conhecer o sujeito que está sendo abordado, sua dinâmica com o território, com sua família, com sua questão de saúde mental e com sua saúde física. Por definição, entende-se visita domiciliar como um dos meios de se obter do indivíduo, da família e da comunidade sua participação no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários em saúde, fazendo uso dos recursos locais disponíveis (Mazza, 1994). Assim, no campo da saúde mental, essas visitas possibilitam conhecer a realidade do sujeito e sua família, favorecendo a compreensão dos aspectos psico-afetivo-sociais e biológicos, promovendo vínculos entre usuários, familiares e trabalhadores (Correia e col., 2011).

O ator fundamental para a realização dessas visitas domiciliares foi o ACS, que realizava as visitas em conjunto com os residentes, indicava as famílias nas quais percebia demanda e organizava o fluxo daquele usuário na ESF, com a ajuda dos demais profissionais da equipe e residentes. As visitas inicialmente eram realizadas apenas quando o agente ou outro membro da equipe percebia demanda de saúde mental. Posteriormente, os próprios usuários ou familiares dirigiam-se a ESF em busca de auxílio.

Lancetti (2008) afirma que o atendimento é mais rico quando realizado no lugar em que a pessoa vive, com as pessoas e comunidade com as quais convive e também que as discussões de caso realizadas enquanto se caminha pelo território é mais rica e propicia ideias e relações singulares. O mesmo autor afirma também que o percurso clínico pelo território geográfico e pelo território existencial com os sujeitos atendidos imprime uma intensidade à experiência e serve como antídoto aos processos que tendem a verticalizar a atenção em saúde mental.

Nesse contexto, as visitas domiciliares foram fundamentais para identificação da importância das questões do território e do cotidiano na forma com que os usuários organizam sua vida, para a percepção de que a crise em saúde mental também pode ser geradora de vida e de significados e de que nem todos os casos necessitam de encaminhamento a um serviço especializado. Além disso, as visitas auxiliaram a aproximação dos profissionais com os usuários e suas famílias, sobretudo, possibilitaram a ampliação do conceito de visita domiciliar como sendo uma visita voltada para a compreensão dos processos que afetam e são afetados por determinado usuário, ampliando a capacidade de intervenção no caso e discussão com a equipe.

Por fim, atuar no campo da saúde mental é ter a possibilidade de dar voz a quem durante muito tempo foi invisibilizado, calado, trancafiado, marginalizado e excluído na sociedade padronizada e focada na produção em que vivemos. Essa experiência tem um poder modificador interno e de desconstrução de conceitos e pré-conceitos, justamente isso é o que deixa a intervenção nessa área tão rica em significados e aprendizagens.

Aproximar-se de outro ser humano e consegui-lo enxergar para além de um código na Classificação Internacional de Doenças é um desafio necessário para possibilitar uma atenção integral e humanizada a toda a população. Ao mesmo tempo que a Reforma Psiquiátrica foi um marco essencial para a atenção em saúde mental, ainda é necessário que essa reforma se reflita no dia-a-dia dos serviços de saúde mental, para isso é preciso reconhecer o “manicômio” que reside em cada profissional e superá-lo.

Considerações Finais:

Ao longo do relato pode-se perceber que campo e núcleo muitas vezes se fundem durante a atuação profissional. As experiências são mais ricas quando se consegue fazer a articulação e o diálogo entre ambos os conceitos, atuando na totalidade da necessidade do campo e em todas as possibilidades do núcleo. Durante a atuação da fisioterapeuta residente foi buscado esse diálogo entre os conceitos para garantir um atendimento integral aos usuários do serviço de saúde mental e atenção básica

Durante o período de inserção nos campos alguns desafios na atuação do fisioterapeuta foram vencidos, como o de embasar as ações mesmo sem contato prévio com a área durante a graduação, trabalhar em locais sem espaço físico adequado, planejar ações em grupo voltadas à atenção fisioterapêutica, vencer a reabilitação e atuar na prevenção de danos e agravos e promoção em saúde, atuar no campo da saúde mental em atividades que não têm relação direta com o núcleo, mas que complementam as ações do campo.

Desta forma, é imprescindível que haja mudança nos currículos dos cursos de fisioterapia reforçando a necessidade da inserção efetiva do fisioterapeuta no campo da saúde mental para desempenhar atividades de reabilitação fisioterapêutica. E principalmente, para contribuir no processo de humanização e integralidade nos serviços, atuando na promoção de saúde e prevenção de doenças, compreendendo a multifatorialidade do adoecimento mental e uso e abuso de substâncias psicoativas.

Para isso é necessária a defesa intransigente do SUS, dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e da Reforma Psiquiátrica para garantir atendimento de qualidade

a toda a população e garantir a formação dos profissionais da área da saúde voltada preferencialmente à saúde pública.

Referências:

ATTUX, C.; MARTINI, L.C.; REIS, A.F.; BRESSAN, R.A. **Intervenções não farmacológicas para manejo do ganho de peso em pacientes com esquizofrenia em uso de antipsicóticos.** ABE&M, v.53, n. 4, p. 391-398, 2009.

BARDIN L. **Análise de conteúdo.** São Paulo, Edições 70; 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução n. CNE/ CES, de 19 de fevereiro de 2002.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 mar. 2002.

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 1.077, de 12 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Residência multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo; 2009.

CAMPOS, G. W. S. **Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde.** In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). Tratado de saúde coletiva. p. 53-92. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e Núcleo de Saberes e Práticas.** Ciência & Saúde Coletiva. v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. **Formação e Educação em Saúde: Aprendizados com a Saúde Coletiva.** In CAMPOS, G. W. S., et al., Tratado de Saúde Coletiva. FIOCRUZ: 1ª ed., p. 137 – 170, 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social.** Rev. Saúde Coletiva. v.14, n.1, p.41-65, 2004.

COFFITO. **Resolução nº 424, de 08 de Julho de 2013.** Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Conselho Nacional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Brasília, Brasil, 2013.

CORREIA, V.R.; BARROS, S.; ALMEIDA, C.L. **Saúde Mental na Atenção Básica: Prática da Equipe de Saúde da Família.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, 2011.

COSTA-ROSA, A. **A Instituição de Saúde Mental como Dispositivo Social de Produção de Subjetividade.** Assis, SP: Unesp, 2006.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde.** Saúde Soc., v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

FADEL, C. B.; BALDANI, M. H. **Percepção de Formandos do Curso de Odontologia Sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais.** Trabalho, Educação e Saúde. v. 11, n. 2, p. 339-354, 2013.

GARCIA, A. B. **O Estágio Curricular como Instrumento Modificador da Imagem da Doença Mental entre os Estudantes de Fisioterapia: Um Relato de Experiência.** Itajaí,

2008. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, 2008.

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 Psico. Fundament, v. 7, n. 2, p. 83-96, jun. 2004.

HADDAD, A. E.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T. M.; RIBEIRO, T. C. V. **Política Nacional de Educação na Saúde.** RBSP. v.32, supl.1, p.98-114, 2008.

LANCETTI, A. **A Clínica Peripatética.** Editora: HUCITEC, São Paulo, 2008.

LOUZÃ, M.R.N.; MOTTA, T.; WANG, P.Y.; ELKIS, H. **Psiquiatria Básica** (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed, (2007).

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1999.

MAZZA, M.M. P.R. **A Visita Domiciliária como Instrumento de Assistência de Saúde.** Rev. Bras. Cresc. Des. Hum., v. 4, n. 2, p. 60-68, 1994.

MERHY, E. E. **Em Busca do Tempo Perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde.** In: E. E. Merhy; R. Onock. *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público* p. 71-112, São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MORALEIDA, F. R. J.; NUNES, A. C. L. **Cuidado em Saúde Mental: Perspectiva de Atuação Fisioterapêutica.** Revista Fisioterapia e Saúde Funcional, v. 2, n. 1, p. 3-5, 2013.

NASCIMENTO, C.C.; PÍTIA, A.C.A. **Oficina de Trabalho Corporal: Uma Estratégia de Reabilitação Psicossocial no Trabalho em Saúde Mental.** Ciênc. Cuid. Saúde, v. 9, n. 3, p. 610-617, 2010.

NEVES, L. M. T.; ACIOLE, G. G. **Desafios da Integralidade: Revisitando as Concepções Sobre o Papel do Fisioterapeuta na Equipe de Saúde da Família.** Interface - Comunic, Saúde, Educ., v.15, n.37, p.551-64, abr/jun, 2011.

PASSOS, F.P.; Aires, S. **Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.** Physis., v.23, n.1, p. 13-31 2013;

PEREIRA, E. C.; COSTA-ROSA, A. **Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis.** Saúde Soc., v. 21, n. 4, p. 1035-1043, 2012.

PIMENTA, A. L.; COSME, A. C.; SOUZA, M. L. **Fisioterapia no Brasil: Aspectos Socioculturais da sua Identidade.** Fisioter. Bras. v. 14, n. 3 - maio/junho 2013.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder.** São Paulo: Ática; 1993.

ROESE, A.; TATIANA ENGEL, T.G.; SOUZA, A.C.; LOPES, M.J.M. **Field Diary: Construction and Utilization in Scientific Researches: Bibliographic Analysis.** OBJN, v. 5, n. 3, 2006.

ROSA, S.D.; LOPES, R.E. **Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-Graduação *Lato Sensu* no Brasil: Apontamentos Históricos.** Trab. Educ. Saúde, v. 7 n. 3, p. 479-498, nov.2009/fev.2010.

SILVA, D. J.; DA ROS, M. A. **Inserção de Profissionais de Fisioterapia na Equipe de Saúde da Família e Sistema Único de Saúde: Desafios na Formação.** Ciênc. Saúde Coletiva, v. 12, n. 6, p. 1.673-1.681, 2007.

SILVA, E. C.; SENA, E. L. S.; PITHON, K. R.; AMORIM, C. R.; RIBEIRO, J. F. **Abordagem de Saúde Mental na Formação em Fisioterapia: Concepções de Docentes da Área.** Revista Contexto & Saúde. v. 15 n. 29, p. 69-78, Jul/Dez 2015.

TESSEROLLI, S.L. **A Inserção do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família.** 2003. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) - Setor de Ciências da Saúde, universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2003.

TESSITORE, E.C. **Os Talentos do Corpo: Uma Experiência de Trabalho Corporal com Pacientes com Transtorno Mental.** 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.