

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE

**Curso de Especialização em Saúde Mental: Gestão, Atenção,
Controle Social e Processos Educacionais**

**UMA EXPERIÊNCIA POSSÍVEL: TECENDO A OFICINA
TERAPÊUTICA NO HOSPITAL GERAL**

Joelsom de Moraes Ferreira

ORIENTADOR: Rita Mello de Mello

PORTO ALEGRE

2013

UMA EXPERIÊNCIA POSSÍVEL: TECENDO A OFICINA TERAPÊUTICA DO FUTEBOL NO HOSPITAL GERAL

Joelsom de Moraes Ferreira¹

Rita Mello de Mello²

A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente. (Dr. Simão Bacamarte – O Alienista – Machado de Assis – 1882).

RESUMO: Este artigo tem como proposta apresentar a criação das oficinas terapêuticas como dispositivos da clínica ampliada (a clínica do sujeito); das nuances no cuidado e na atenção do sujeito com transtornos psíquicos graves e dos usuários de álcool, crack e outras drogas durante a internação em um hospital geral de pequeno porte, no interior do Estado do Rio Grande do Sul. O dispositivo escolhido é a oficina do futebol porque provoca uma clínica em movimento, possibilidade de inclusão psicossocial e a desmistificação da loucura (re)inventado uma nova *práxis* ou um novo diálogo do saber negado operado na era dos manicômios e da clausura. Também, o estudo faz um resgate na reforma psiquiátrica e cartografa à nova dimensão do cuidado, da atenção em saúde mental que é impulsionado com o movimento da Luta Antimanicomial.

Palavras Chaves: Oficinas Terapêuticas, Hospital Geral, Reforma Psiquiátrica, Futebol.

INTRODUÇÃO

É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade.

(Nise da Silveira).

O artigo que apresento refere-se à realização de uma oficina terapêutica que é uma prática da clínica ampliada em Saúde Mental realizada durante a internação em um hospital

¹Psicólogo. Aluno do Curso de especialização em “Saúde Mental: Gestão, Atenção, Controle Social e Processos Educacionais” do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em parceria com o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFRS) – Campus Porto Alegre; Coordenador dos Leitos de Atenção em Saúde Mental da Beneficência Camiliana do Sul – Hospital Beneficente Santa Teresinha; Especialista em Violência Doméstica Contra a Criança e o Adolescente – LACRI/USP e em Clínica Psicanalítica Contemporânea – UNISC. joelsommf@yahoo.com.br

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Docente da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e da Escola GHC, Gestora do Cuidado em Saúde Mental do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

geral de pequeno porte, no interior do RS, na Região dos Vales e Montanhas (Vale do Taquari) que conta com cinquenta e cinco (55) leitos, sendo que nove (9) leitos são para acolher os sujeitos com transtornos psíquicos graves e usuários de crack, álcool e outras drogas.

A oficina enuncia o movimento e a vida cartografando a clínica do sujeito e o seu potencial criativo ressignificando o usuário, colocando a doença entre parênteses e, segundo Amarante *In Campos* (1996 – 1997):

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico e exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma, a ênfase não é mais colocada no ‘processo de cura’, mas no processo de ‘invenção da saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’.

Nesse contexto, é proporcionada a acessibilidade da oficina terapêutica a todos os sujeitos internados nos leitos de Atenção Integral em Saúde Mental e em meio aberto³ conforme a Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012⁴, podendo ser uma indicação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário (BRASILSUS, 2012).

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário e, geralmente, é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico” (BRASIL, 2008).

No hospital referido são ofertadas oficinas terapêuticas de futebol, horta, autocuidado, saúde, literatura, jogo da bocha e informática. Entende-se a oficina terapêutica como dispositivo potente da tecnologia leve do cuidado na Saúde Mental. Merhy (1997) cria modelos de tecnologias em saúde reunindo-as e definindo-as como: leves, leve-duras e duras⁵.

Para o mesmo autor:

(...) de um modo geral o usuário não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento e sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. (MERHY, 2002).

³ Meio Aberto significa trabalhar a internação dos usuários da Saúde Mental junto às demais clínicas do hospital sem divisão em unidades, portas ou grades.

⁴ Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

⁵ (...) aquelas centradas em máquinas e instrumentos, chamadas de “tecnologias duras”, as do conhecimento técnico, “tecnologias leve-duras”, e as das relações, “tecnologias leves”.

Os trabalhadores/atores que atuam nos nove (9) Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental promovem um cuidado na integração do usuário com a rede de atenção em saúde, social e familiar. A equipe de referência dos Leitos de Atenção Integral é composta pelos seguintes atores: um (1) psicólogo coordenador dos leitos que faz o acolhimento, os atendimentos individuais, grupais, realiza avaliações no Pronto Socorro, quando solicitado e divide a coordenação das oficinas com três (3) técnicos de enfermagem que seguem as rotinas da enfermagem como administração de medicamentos, promoção de higiene, conforto e atendem as intercorrências; um (1) médico psiquiatra que faz a prescrição medicamentosa, a internação e a alta; o enfermeiro do turno é o responsável pela supervisão dos pacientes da saúde mental; uma (1) nutricionista que realiza o grupo de alimentação saudável com os internados nos leitos, um (1) fisioterapeuta que faz ginástica laboral com os usuários e uma (1) terapeuta ocupacional que orienta no trabalho artesanal e promove um maior engajamento dos usuários e familiares na perspectiva da reabilitação.

No campo da Saúde Mental, é possível refletir as novas tecnologias da clínica ampliada que são: as redes de atendimento, as reformulações e as inovações tecnológicas; contrapondo o modelo tradicional de manicômios excludentes. É nessa liberdade de criação que as oficinas terapêuticas reinventam práticas e saberes inovadores direcionados pela evolução histórica – político – social – econômica do processo da Reforma Psiquiátrica.

Um resgate sobre o histórico da Saúde Mental se mostra importante uma vez que revela como o mundo da loucura foi-se tornando o mundo da exclusão. A história da Saúde Mental sempre foi norteadada pelas práticas de forte rejeição, do preconceito, da violência, do isolamento social, da discriminação, do encarceramento dos sujeitos, da violação dos direitos humanos e do despreparo dos profissionais atuantes.

ENTÃO, UM POUCO DE HISTÓRIA...

Todos estão loucos, neste mundo? Porque a cabeça da gente é uma só, e as coisas que há e que estão para haver são demais de muitas, muito maiores diferentes, e a gente tem de necessitar de aumentar a cabeça, para o total. (“Riobaldo”. Grande Sertões: Veredas. Guimarães Rosa – 1956).

No século VII, a concepção acerca da loucura colocava-a como um dos enunciados da desordem social, cuja intervenção consistia, então no enclausuramento em asilos,

juntamente com outros indivíduos desviados, caracterizando, assim, o “grande internamento” (FOUCAULT, 1995). Nessa época, as internações, eram “despidas” dos saberes psicológicos, médicos, assistenciais; e os sujeitos eram jogados em celas e prisões dos grandes asilos psiquiátricos sufocando os gemidos humanos, valendo-se da exclusão dos desajustados, ou seja, não existia uma preocupação com questões relativas à loucura como doença em movimento, mas somente em relação à sociedade consigo mesma.

Franco Basaglia, médico psiquiatra, foi o precursor do movimento na Reforma da Psiquiatria Democrática na Itália e no ano de 1978 foi aprovada a "Lei 180/ Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana". As premissas do legado de Basaglia estão presentes no Movimento da Luta Antimanicomial brasileira sendo eles: a luta contra a institucionalização; a luta contra a tecnificação; a invenção e constituição de uma nova relação de contrato social e a consciência das transformações que advém da prática efetiva de luta nos campos políticos e sociais (BASAGLIA *apud* AMARANTE, 1994).

No Brasil, o marco principal da psiquiatria foi à inauguração do Hospício dos Alienados Pedro II, no Rio de Janeiro, no ano de 1852. A loucura convocava a subdivisão de classes sociais que organizava na época os serviços de assistência aos doentes mentais do manicômio. Pertenciam à primeira classe os indivíduos brancos, membros da Corte, fazendeiros e funcionários públicos; à segunda, os lavradores e serviçais domésticos; e à terceira, pessoas de baixa renda e escravos pertencentes a senhores importantes. Existia ainda outra classe, mais numerosa que as anteriores, destinada aos marinheiros de navios mercantes, aos indigentes, principalmente os ex-escravos e os escravos de senhores que comprovadamente não tivessem recursos para a despesa do tratamento.

Enquanto os pacientes de primeira e segunda classe viviam em quartos individuais ou duplos e se entretiam com pequenos trabalhos manuais, jogos e leitura, os de terceira e quarta trabalhavam na cozinha, manutenção, jardinagem e limpeza (BRASIL, 2013). Paradoxalmente, os últimos recuperavam-se com mais facilidade que os primeiros, que, paralisados pelo ócio, perpetuavam-se na internação.

No Rio Grande do Sul, em 1884, foi inaugurado:

O Hospício São Pedro, orgulho da Província, com somente um dos seus atuais seis pavilhões, abrigando 41 alienados (24 homens e 17 mulheres). A sua fundação, foi comemorada com ostentação na presença das autoridades e da imprensa de Porto Alegre. O incremento das internações e o abandono dos pacientes por seus responsáveis incitaram o término da construção do prédio, o que só veio acontecer nos primeiros anos do século XX, ocasião em que foi menção de cartão-postal da cidade. Insólito por sua magnitude, a edificação surpreendeu à população de Porto Alegre e aos seus visitantes. (CHEUICHE, 2004).

O pioneiro da psiquiatria social no Brasil, Ulysses Pernambucano (1924), foi nomeado diretor do Hospital de Doenças Nervosas e Mentais do Recife quando retira o uso da camisa-de-força e introduz a praxiterapia, uso de entorpecentes, alucinógenos, dos testes psicológicos e das pesquisas de laboratórios nas áreas clínicas e de psicopatologia (BRASIL, 2013).

Incomodada com a violência nos métodos de tratamento na psiquiatria como o eletrochoque, o coma insulínico, a lobotomia, a psiquiatra Nise da Silveira com sensibilidade e delicadeza encontra na Terapia Ocupacional uma forma de tratamento para o esquizofrênico. Então, fundou em 1946, o Serviço de Terapêutica Ocupacional no antigo Centro Psiquiátrico Nacional do Rio de Janeiro surgindo o Museu de Imagens do Inconsciente no ano de 1952 (BRASIL, 2013).

Outro importante personagem no cenário da loucura foi o sergipano Arthur Bispo do Rosário (1911 – 1989) com sua obra principal “O Manto do Divino”. No ano de 1938, esse artista com 29 anos de idade foi enviado ao Hospital Nacional dos Alienados, na Praia Vermelha e não tardaram aparecer rótulos: negro, sem documentos, indigente. Passado um ano Bispo foi transferido para a Colônia Juliano Moreira, hospício da época considerado o “fim da linha”, alojado no Pavilhão 11 destinado a doentes “perigosos” e internado por 50 anos. Foi no encarceramento do manicômio que Arthur Bispo do Rosário apagou o seu passado falando que “Um dia eu apareci” e assim produziu arte para contar sua vida. Em 18 de outubro de 1989 Frederico Moraes inaugura a primeira mostra individual de Bispo do Rosário, “Registros de Minha Passagem pela Terra”, expostas em vários estados do Brasil e diferentes países (HIDALDO, 1996).

Em 1978, com a Crise na Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, gerou o estopim da Reforma Psiquiátrica e o início do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Atuou em vários campos de luta, passando a protagonizar a denúncia da violência nos manicômios, da mercantilização da loucura e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Uma das conquistas do MTSM foi um tratamento diferenciado na espacialização na Saúde Mental com “O surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes” (BRASIL, 2005). Esta

intervenção, com repercussão nacional, demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Em 1989, o Deputado Paulo Delgado deu entrada ao Projeto de Lei no Congresso Nacional propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. E, após 12 anos de tramitação do projeto foi aprovada em 2002 a Lei Federal 10.216 que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas por outro lado não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios⁶.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001 contou com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares. Consolidou a Reforma Psiquiátrica brasileira como política de governo, conferindo aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defendendo a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabeleceu o controle social como garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) tem trazido a territorialização do cuidado do usuário da saúde como uma das suas principais diretrizes para a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando uma redução gradual, pactuada e programada de leitos em hospitais psiquiátricos. Esta é uma mudança estrutural fundamental, que contribui para a qualificação do atendimento reduzindo os problemas presentes nos macro hospitais como a baixa qualidade da atenção, o isolamento e o longo tempo de permanência (BRASIL, 2011).

Esta política consolida a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil, estabelecendo os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso do crack, álcool e outras drogas, integrando o usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS). É composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (STR), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (nos hospitais gerais, nos CAPS III) (BRASIL, 2011).

⁶1987- I Conferência Nacional de Saúde Mental eixos: I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental; 1992-II“Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil Modelo Assistencial Direito à Cidadania”; 2002- III “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”; 2010- IV Conferência Nacional de

PERCURSO METODOLÓGICO

É o relato de experiência da construção e operacionalização da oficina terapêutica do futebol com usuários internados no hospital geral. Sendo realizada por dois atores/trabalhadores da saúde mental da equipe de referência do hospital: um mentaleiro⁷ com formação em psicologia e uma técnica de enfermagem. A atividade acontece nas dependências do salão comunitário de um bairro próximo ao hospital geral. Os usuários (homens, mulheres e adolescentes) são convidados a participarem da oficina do futebol para experimentar o protagonismo de suas histórias através do esporte coletivo.

Na oficina terapêutica do futebol, busca-se a construção do olhar da clínica ampliada no hospital geral com o Projeto Terapêutico Singular (PTS), as novas tecnologias, o fortalecimento de vínculos, o acolhimento⁸ e a (re)inserção psicossocial (BRASIL, 2008).

O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. O PTS é dividido em quatro ciclos: 1) O Diagnóstico: que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar com o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele. 2) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com os Sujeitos doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor. 3) Divisão de Responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza. 4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo. (BRASIL, 2008).

Tanto profissionais quanto usuários, individualmente ou coletivamente, transferem afetos. Segundo Espinoza *In* Moreira (2011) o afeto pode ser compreendido como “as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções”.

Saúde Mental Intersetorial – Saúde Mental Direito e Compromisso de Todos: Consolidar Avanços e Enfrentar Desafios.

⁷O termo “mentaleiro” é utilizado neste artigo para designar os trabalhadores da Saúde Mental que buscam desterritorializar o “saber” e o “fazer” da Reforma Psiquiátrica ampliando para uma clínica do sujeito com a produção da vida.

⁸Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

É necessário aprender a prestar atenção nesses fluxos de afetos para melhor compreender-se e entender o outro, e poder ajudar o sujeito a ganhar mais autonomia e lidar com os afetos.

A CONSTRUÇÃO DA OFICINA TERAPÊUTICA DO FUTEBOL NA CLÍNICA AMPLIADA NO HOSPITAL GERAL

Bola na trave não altera o placar/Bola na área sem ninguém pra cabecear/ Bola na rede pra fazer o gol/ Quem não sonhou em ser um jogador de futebol?(...) O meio-campo é lugar dos craques/Que vão levando o time todo pro ataque/O centroavante, o mais importante/Que emocionante, é uma partida de futebol. (Skank – É uma Partida de Futebol).

Como ator da Saúde Mental, venho refletindo e buscando colocar em prática a Clínica Ampliada⁹ e seus dispositivos, em especial a oficina terapêutica para os usuários nos Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental no Hospital Geral, parte integrante do mapa contextual da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Na relação entre saúde mental, expansão e internação no hospital geral, Monteiro e Bellini (2011) dialogam que:

A expansão do hospital geral, no contexto da atenção em saúde mental, no país, tem mais de 50 anos. Porém, no RS em especial, nesta última década, tem-se testemunhado um crescimento progressivo, que contempla hoje 60% da oferta de leitos para atendimento de saúde mental em hospitais gerais, diante dos 40% em hospitais psiquiátricos. A lei estadual do Rio Grande do Sul (RS) da Reforma Psiquiátrica existe desde 1992, é pioneira no País.

Segundo Dalmolin (2006, p. 11):

(...) manifestações de súplicas do “usuário”, seus gritos e internações indesejadas, suas fugas e retornos, suas intermináveis caminhadas de um lado a outro do corredor do hospital, suas expectativas de alta e suas expressões na saída desses locais denunciam que algo não vai bem.

Os atores da equipe de referência¹⁰ de saúde mental dos Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental da qual faço parte busca trabalhar com o usuário: o convívio social, a integração com familiares, a circulação nos territórios da cidade e o contato com outros serviços da rede de cuidado. No entanto, ainda verifica-se uma fragilidade na relação entre

⁹Trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença. É a capacidade de equilibrar o combate à doença com a **PRODUÇÃO DE VIDA** (BRASIL, 2008).

¹⁰A equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento. Dentro dessa lógica, a equipe de referência é composta por distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir sobre um mesmo objeto – problema de saúde –, buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção.

serviços como, por exemplo, na comunicação entre profissionais e usuários e na responsabilização pelo cuidado.

Assim, considero as oficinas terapêuticas como espaços de construção dentro do hospital geral e tem o objetivo de amenizar o impacto da internação do usuário, desenvolvendo as habilidades corporais, os sentimentos e o exercício da coletividade de ser cidadão. Também, é um dispositivo para acolher a subjetividade dos usuários, das famílias e da própria equipe técnica de saúde mental. A construção é diferente de interpretação. A primeira é um arranjo dos elementos do discurso visando uma conduta; a interpretação é pontual visando um sentido. A finalidade da construção deve ser justamente a de partilhar determinados elementos de cada caso em um trabalho em conjunto, o que seria impossível na via da interpretação (FIGUEIREDO, 2003).

Neste viés, a oficina terapêutica do futebol é mais um instrumento a disposição do PTS do usuário internado porque o futebol permeia o cotidiano e o imaginário dos sujeitos. A construção da oficina terapêutica do futebol nasceu da minha escuta¹¹ com um grupo de usuários, numa conversa informal na hora do almoço referente o resultado de um Campeonato Gaúcho de Futebol, o GRENAL, no ano de 2010. O discurso dos usuários deu-se em tom de vivacidade e alegria flertando os lances corpo a corpo dos jogadores que tinham ocorrido no GRENAL¹² com o resultado de zero a zero. E como disse Gilberto Freyre *apud* Moraes e Júnior (2011):

Os nossos passes, os nossos pitu's, os nossos despistamentos, os nossos floreios com a bola, o alguma coisa de dança e de capoeiragem que marca o estylo brasileiro de jogar foot-ball, que arredonda e adoça o jogo inventado pelos ingleses e por elles e por outros europeus jogado tão angulosamente (...). Acaba de se definir de maneira inconfundível um estylo brasileiro de foot-ball; e esse estylo é mais uma expressão do nosso mulatismo agil em assimilar, dominar, amollecere em dança, em curvas ou em musicas technicas europeas ou norte-americanas mais angulosas para o nosso gosto; sejam ellas de jogo ou de architectura (...) - 1938.

A prática do esporte com os usuários é uma intervenção da clínica em movimento, que reabilita socialmente e melhora a saúde psíquica e física dos sujeitos. Conforme, Silméia *In* Romagnoli (2006) a oficina de futebol é uma prática de reabilitação psicossocial

¹¹ A escuta é a escuta terapêutica feita pelos atores do campo da saúde. No entanto, sinalizo que existem outras formas de 'escuta' (por exemplo, as conversar informais, as diferentes formas de linguagens) que ocorrem nas interações sociais dos sujeitos da pesquisa com as pessoas do local, e que, embora 'não terapêutica' do ponto de vista do seu objeto, são fundamentais em termos de autoafirmação, autoestima e afeto (DALMOLIN, 2006, p.12).

¹² Grenal é no [futebol brasileiro](#), o confronto entre [Grêmio Foot-Ball Porto Alegrense](#) e [Sport Club Internacional](#), dois clubes de [Porto Alegre \(Rio Grande do Sul\)](#).

multidisciplinar fundamentada nos pressupostos da psicologia do esporte, na interface com a psicologia comportamental e comunitária.

A ferramenta oferecida desterritorializou o saber curativo e verticalizado praticado nos hospitais através das tecnologias duras; a medicalização centrada no saber da medicina não estava surtindo o efeito tão esperado, os pacientes sentiam-se restritos aos medicamentos e ao ócio, gerando abandonos de tratamento; e, a oficina do futebol de certa forma reorganizaria o modelo do cuidado assistencial na saúde mental colocando o olhar e a escuta da clínica ampliada e os protagonistas mais próximos da comunidade.

O futebol se coloca no hospital como uma prática inovadora, da clínica em movimento/devir, de resgate da subjetividade do sujeito e de tecnologia leve da saúde. Alguns atores de saúde mental, na reunião semanal, entenderam a necessidade de criar a oficina terapêutica do futebol fora do setting terapêutico tradicional. Corroborando com essa ideia Lancetti (2012) desenvolve o termo clínica peripatética, definindo-a como um passeio, o movimento de clinicar fora do consultório, fora dos espaços clínicos tradicionais, enquanto uma ferramenta de atendimento para além do modelo institucionalizado.

E foi nesse momento que pude perceber o entusiasmo da equipe com calorosas discussões a respeito da criação da oficina do futebol em particular de uma das técnicas de enfermagem, que na adolescência, tinha sido goleira de um time do município e que se juntou ao meu desejo. Em contrapartida, uns não foram simpáticos à ideia, questionavam o “perigo” em sair das dependências do hospital com um grupo de internados e, também, do privilégio que esses usuários teriam em relação aos outros pacientes internados.

Mas me propus agir e a cuidar, potencializando o cenário como um dispositivo clínico para os usuários em conformidade com a Reforma Psiquiátrica e do hospital enquanto reabilitador. Respeitar a singularidade do hospital, da sua peculiaridade e regionalidade foi necessário para a criação da oficina do futebol. Delgado, Leal & Venâncio *In Valadares et. al* (2003), afirmam que:

Os fatores de unificação das experiências intitulados oficinas não são os tipos de atividades desenvolvidas nestes espaços, mas a noção deste espaço enquanto facilitador da comunicação e das relações interpessoais, favorecendo deste modo à interação, a integração e a reinserção social.

Ou ainda, é um momento de encontro de vidas entre as pessoas em sofrimento psíquico durante a internação.

No dia 15 de março de 2011, às 9:00 horas foi realizada a primeira oficina terapêutica do futebol com os protagonistas internados. Estabelecer essa relação com os usuários me fez

sentir não só a construção da subjetividade, mas o estreitamento dos vínculos entre os sujeitos, o hospital e a rede. Os moradores do bairro, principalmente, as crianças participam da oficina terapêutica do futebol convivendo com as singularidades redescobrimo o “ser criança” e a alegria de viver entre os participantes com felicidade, equilíbrio e paixão. Young *In* Grassi (2013) explora:

Em todo adulto espreita uma criança – uma criança eterna, algo que está sempre vindo a ser, que nunca está completo, e que solicita cuidado, educação e atenção incessantes. Essa é a parte da personalidade humana que quer desenvolver-se e tornar-se completa.

As instituições hospitalares têm um ritmo de vida estanque, ao passo que é no imprevisto e no incidente que pode haver lugar para o sujeito. É no devir¹³ entre a rotina que o sujeito aparece, dando suas soluções e fazendo suas escolhas de vida. A prática das oficinas terapêuticas, na internação, propõe-se a ser espaço da diversidade, da prática por muitos, da reinvenção do cotidiano que dada, a complexidade dos protagonistas internados, se torna um lugar de ampliação e acolhimento de vários discursos (MARCOS *In* MENDONÇA, 2005).

Depois do acolhimento o novo sujeito é apresentado para os outros internados, e então, é convidado para participar da oficina terapêutica do futebol sendo explicado como e onde se desenvolve a oficina.

A oficina de futebol acontece todas as segundas das 15horas às 17 horas, é o momento em que os usuários saem do espaço físico do hospital. São protagonistas de ambos os sexos e das mais variadas idades, e os que não jogam, ficam na torcida da partida.

Reunimos o grupo internado, seguimos caminhando a cancha esportiva que está localizada a quatro (4) quadras do hospital. Ainda no hospital, de forma ritualística com o ‘corpo’, os sujeitos preocupam-se com a autoestima. As mulheres usam batom e perfume, colocam abrigo ou calça legue; os homens fazem a barba, passam desodorantes, vestem calções ou bermudas, meias e tênis proporcionando momentos de prazer e bem-estar e o ‘ato’ de preocupar-se consigo mesmo o que simboliza uma relação singular. Segundo Foucault (2010, p.50) é “singular, transcendente, do sujeito em relação ao que o rodeia, aos objetos que dispõe, como também aos outros com os quais se relaciona, ao seu próprio corpo e, enfim, a ele mesmo”.

Durante a caminhada até o centro comunitário para jogar futebol é possível sentir as ‘vozes’ em tom alto de alegria, as ‘faces’ e ‘semblantes’ de felicidade e o ‘caminhar’ dos protagonistas identificando-se com os outros sujeitos que passeiam pela cidade. A oficina do

¹³ Um devir não é uma correspondência de relações. Mas tampouco é ele uma semelhança, uma imitação e, em última instância, uma identificação. (...). Devir não é progredir ou regredir segundo uma série. E, sobretudo devir não se faz na imaginação, mesmo quando a imaginação atinge o nível cósmico ou dinâmico mais elevado. (...). O devir não produz outra coisa senão ele próprio. É uma falsa alternativa que nos faz dizer: ou imitamos ou somos.

futebol é reinvenção e improvisação porque o sujeito faz da bola a sua própria arte, desperta sentimentos nos usuários e na equipe de referência, e cuja função, está entrelaçada como uma teia ao significado do tratamento para os usuários promovendo independência, identificação e reinserção psicossocial.

As oficinas são consideradas intervenções terapêuticas porque promovem a socialização e independência dos usuários, o desenvolvimento de habilidades, do acesso aos conteúdos simbólicos latentes (PINHO *et. al* 2009). Na escuta com os usuários os relatos são de abandono, internações forçadas, prostituição, vivências nas ruas, infância e adolescência desprotegidas, passagem por manicômios e violências. Mas também é um potencializador para lembrar acontecimentos agradáveis, as mulheres se lembram da aventura com seus filhos nas escolinhas de futebol, de cuidar seus machucados após uma queda no jogo e de ter praticado o esporte antes do adoecimento; os homens trazem na lembrança à época da escola, do quartel, das “peladas”, dos times em que jogavam e alguns relatam terem sido atletas profissionais do futebol.

Na concepção de Guerra *In* Mendonça (2005), o que diferencia e particulariza a atividade das oficinas na saúde mental das demais intervenções, coletivas ou não, é o fato de o usuário trabalhar com o objeto concreto, o que define de “materialidade do produto”. As oficinas estariam num campo inédito, numa interseção entre o lugar da clínica especificamente, de um lado, e o lugar das atividades coletivas, de cunho eminentemente sociopolítico, de outro. As oficinas estariam, de fato, no campo do tratamento possível do usuário com transtorno mental grave e em sofrimento psíquico devido ao uso do álcool, crack e outras drogas da clínica ampliada.

A oficina terapêutica do futebol entrou no cotidiano hospitalar promovendo uma maior inclusão, sendo um dos dispositivos norteadores para amenizar os efeitos da internação e trabalhar a reinserção psicossocial com o usuário após a alta hospitalar.

O futebol é uma arte e a “Arte é também, como qualquer das culturas de um povo, uma necessidade humana que tem as suas mais variadas implicações políticas, econômicas, geográficas e históricas” (LIMA, 2002). Mais ainda, a arte quando exerce o seu potencial de criação nos coloca frente a novas descobertas, novas possibilidades do devir criativo e, como na história da saúde mental, parafraseando Adorno e Horkheimer *In* Lima (2002), as pessoas que praticam arte tornam-se

O que é real é o próprio devir, o bloco de devir, e não os termos supostamente fixos pelos quais passaria aquele que se torna. (DELEUZE, G.; GUATTARI, F.; 1980 p. 18).

vagabundos, nômades sobreviventes que não encontram pátria entre os que se tornaram sedentários.

OS DESDOBRAMENTOS DA OFICINA DE FUTEBOL

Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.

(Cora Coralina).

A oficina terapêutica catalisa a produção da subjetividade e a parceria com a comunidade onde se desenvolve o trabalho, estabelecendo relações de produção do coletivo. A partir desta integração os usuários, as famílias, os atores da saúde mental e outros técnicos do hospital foram convidados a participar da procissão da padroeira do bairro, evento que marca a fé dos moradores da cidade. Foi um momento de emoção e prazer em que a equipe de referência trabalhou a espiritualidade; respeitando a crença da religião de cada usuário, os internados foram convidados e levados de carro até a igreja onde foram acolhidos com apertos de mão e abraços, depois seguiram a pé a caminhada religiosa com dois (2) técnicos de referência, direção do hospital e familiares seguindo o ritual com missa na comunidade.

Vivencio na minha experiência a potencialidade da clínica ampliada através do dispositivo da oficina terapêutica que está sempre em expansão produtiva no campo do cuidado em saúde mental e, seis (6) meses após o andamento da oficina do futebol, uma associação do município que trabalha com crianças no turno inverso ao da escola juntou-se com grupo do hospital para construir arte. Então, o “louco”, o “futebol” e o “normal” se encontram para fazer arte futebolística desmistificando a doença mental na qual aparece a dimensão de alteridade¹⁴ com o outro. A oficina terapêutica do futebol tem uma característica singular de proporcionar mudanças na interpretação dos usuários sobre o futebol com

¹⁴Emanuel Lévinas entende a alteridade como sendo a relação com o outro em que esse não é passível de intelecção e compreensão. E segundo Godoy; Bosi (2007), “A perspectiva da alteridade no pensamento levinasiano possibilita uma reconfiguração na relação entre subjetividade e alteridade que pode contribuir para desencadear discussões teóricas fecundas sobre o tema, estimulando a capacidade de desalojamento, fundamental à reflexão”.

metáforas da vida cotidiana, dialogando euforicamente a respeito dos seus atletas e times do “coração”.

Escutando as conversas dos sujeitos envolvidos na oficina pode-se pensar que é criada uma obra da imaginação com a arte do futebol. Para Orofino (2012, p. 99) explicando a proposta de Howard S. Becker (1977) sobre o mundo artístico:

(...) a existência de um mundo depende da criação conjunta de todas as pessoas que dele participam, que coordenam suas ações a partir de um conjunto de concepções convencionais incorporadas numa prática comum e nos produtos materiais do mundo a que pertencem, seja qual for o objeto desta obra.

Desse modo, das conversas e escuta com os usuários, reunião de equipe de referência do hospital, Fórum de Saúde Mental e rede, se inspirou no ano de 2012, um importante dispositivo da Clínica Ampliada – o Iº INTERMENTAL – Iº Campeonato de Futebol de Salão dos Serviços de Saúde Mental do Vale do Taquari, reeditado em 2013 com atores dos vários seguimentos da rede: usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental e que tem o objetivo de celebrar a Semana da Luta Antimanicomial.

CONCLUSÃO

Mais do que o gesto, interessa como ele foi recebido. Mais do que a palavra, nos influencia como ela foi ouvida. Mais do que o fato, vale onde, como e quando ele nos tocou.

(Lya Luft).

A evolução dos direitos de ser cidadão na Saúde Mental, de modo especial, no ato do sujeito ser livre evoluiu no Brasil e no mundo contemporâneo. No campo da Reforma Psiquiátrica, nos espaços de trabalho, as oficinas terapêuticas adquiriram um importante arranjo da clínica ampliada por estarem em interlocução com os dispositivos antimanicomiais de atenção em saúde mental, contribuindo para o processo do cuidado no âmbito dos serviços substitutivos.

As oficinas terapêuticas nasceram no cenário da saúde mental no momento de rupturas com os manicômios, foram pensadas como propostas de terapêuticas diferenciadas de atendimento. São dispositivos que ampliam a escuta e as múltiplas possibilidades de inclusão, de convivência, de liberdade e de exercício de acertos dos papéis. Foi diante do trabalho de uma equipe de referência em saúde mental de um hospital de pequeno porte que surgiu a

oficina de futebol crescendo e multiplicando-se em outros dispositivos terapêuticos desmistificando a loucura nas entranhas da instituição e da sociedade local.

A oficina do futebol traz à provocação que é possível conviver com o portador de sofrimento psíquico e usuários de crack, álcool e outras drogas no cotidiano das cidades considerando a pessoa como um sujeito da sua própria vida.

Nessa direção, o futebol é uma instituição social de suma importância cultural, social e econômica para o povo brasileiro e para a sociedade globalizada. É um ambiente de convivência democrática, espaço de constituição e exercício da subjetividade e da cidadania, uma arte “como possível fonte de revitalização” (Rocha *In* Dimenstein *at ali* 2005) e uma paixão do brasileiro.

A atividade do futebol é revitalizado e (re)criado na oficina porque entra em cena usuários, psicólogo, técnica de enfermagem, estagiários e a rede. Estabelece e demarca como potencializadora os territórios e os limites da subjetividade do outro, ou ainda, é um momento em que a loucura não traz a marca da diferença vivenciada nos muitos movimentos do mundo da exclusão e sem as máscaras da humanidade produzido nas relações de paradoxo com a sociedade de:

Alienação, afastamento, desinteresse, fixação em procedimentos técnicos padronizados, dificuldades para escutar as queixas, impossibilidade de comunicar qualquer coisa além da sequência automática de procedimentos e, no entanto, grande capacidade de influenciar o imaginário social. (CAMPOS, 1996 – 1997).

A entrada da oficina do futebol no hospital deu uma nova cartografia, rompendo os discursos paradigmáticos saúde-doença mental, criando novos discursos e efeitos neste cenário: a dissociação entre discurso médico e doença mental; a associação entre oficina terapêutica, usuário, doença mental e tratamento constituindo um espaço aberto para a clínica da vida; a elaboração de um discurso novo sobre a loucura e o entendimento do usuário e familiares sobre o seu próprio sofrimento psíquico e os recursos disponíveis na rede.

A prática da oficina terapêutica do futebol é desafiadora porque é possível afirmar a clínica em movimento (do sujeito, para o sujeito e com o sujeito), havendo uma rotatividade imensa para a internação em saúde mental e exigindo da equipe de referência planejamento para cada realização da oficina. O planejamento se dá em torno do PTS do usuário com a discussão do caso em equipe; da escuta do usuário, dos familiares/responsáveis e da rede de serviços substitutivos. Não ocorreram problemas de evasão da atividade durante o trajeto, de quedas brutas com grandes lesões, de desentendimentos entre os usuários e outros

componentes da oficina. Em um grupo de internados a oficina do futebol foi adaptada para um cadeirante participar da atividade.

O que está em jogo na oficina terapêutica do futebol não é somente a dimensão psíquica dos usuários, mas, também, a reinserção psicossocial porque este espaço de criatividade com a bola não funciona nas modalidades de psicoterapia de grupo; contudo, é um espaço privilegiado para o florescimento da singularidade dos protagonistas longe das amarras e discursos institucionais.

A vivência clínica na oficina terapêutica com usuários de crack, álcool e outras drogas e pacientes em sofrimento psíquico grave no hospital geral tem colaborado para a equipe de referência, instituição e sociedade como processo de novos discursos sobre a doença mental inscrevendo o usuário na comunidade através das representações do meio social e cultural. De acordo com Lobosque *In Dalmolin* (2006), os serviços de saúde deveriam, gradativamente, após passada ou amenizada a crise, ir “retirando o sofrimento psíquico do âmbito mais estritamente sanitário, para inscrever com delicadeza e cuidado a loucura na construção cultural e social da qual tradicionalmente tem sido alijada”.

Assim, como ator da saúde mental, ao tecer a oficina terapêutica no hospital geral como dispositivo da clínica da vida é despertado um sentimento de satisfação e um desejo de seguir a trajetória de mentaleiro, encenando as múltiplas possibilidades de um novo *script* da clínica do sujeito.

ABSTRACT: This article aims to present the creation of therapeutic workshops as devices amplified clinic (the clinic of the subject), the nuances in the care and attention of the subject with severe mental disorders and alcohol users, crack and other drugs during admission to a general hospital small, in the State of Rio Grande do Sul. The device chosen is the workshop of football because it causes a clinic moving, possibility of inclusion and psychosocial demystification of Madness (re) invented a new praxis or a new dialogue of knowledge was denied operated in the asylums and the cloister. Also, the study makes a rescue in psychiatric reform and cartographer to the new dimension of care, mental health care that is driven with the movement of anti-asylum.

Keys words: Therapeutic Workshops, General Hospital, Psychiatric Reform, Football.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (1994). **Uma Aventura no Manicômio: A Trajetória de Franco Basaglia**. www.scielo.br/pdf/hcsm/v1n1/a06v01n1.pdf. Acessado Julho de 2013.

BRASIL.(2004). Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: D.F.

BRASIL.(2005). Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: D.F.

BRASIL.(2013) Ministério da Saúde. **Memórias da Loucura**. Brasília: D.F.
<http://www.ccms.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/creditos.htm>. Acessado em setembro (2013).

BRASIL. Portaria nº 3088/MS, de 23 de dezembro de 2011 [citado nov. 13] Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS – RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Disponível em: www.saude.mg.gov.br

BRASILSUS. (2012). Portaria 148. <http://www.brasilsus.com.br/>. Acessado outubro de 2013.

BRASIL.(2011). Ministério da Saúde: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Brasília: D.F.

BRASIL.(2010). Sistema Único de Saúde. Conselho nacional de Saúde. Comissão Organizadora da **IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1º de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL.(2008). Ministério da Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. www.saude.gov.br/humanizausus. Acessado em março de 2012.

CAMPOS, G. W. S. (1996 – 1997). **A Clínica do Sujeito: Por uma Clínica Reformulada e Ampliada**. <http://www.gastaowagner.com.br/>. Acessado agosto de 2013.

CAMPOS, G.W.S.; DOMINITTI, A.C. (2007). **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000110&pid=S0103733120120004000160. Acessado maio de 2013.

CHEUICHE, E. M. (2004). **120 anos do Hospital Psiquiátrico São Pedro: um Pouco de sua História**. Revista Psiquiatria. Porto Alegre, v. 26, n. 2.

DALMOLIN, B.M. (2006). **Esperança Equilibrada: Cartografias do Sujeito em Sofrimento Psíquico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. (1980). **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, pág. 18.

DIMENSTEIN, M; CEDRAZ, A. (2005). **As Oficinas Terapêuticas no Cenário da Reforma Psiquiátrica: Modalidades Desinstitucionalizantes ou não?** Revista Mal-Estar e Subjetividade. V5, n. 2, Fortaleza.

FIGUEIREDO, A. C. (2003). A Construção do Caso Clínico: uma Contribuição da Psicanálise à Psicopatologia e à Saúde Mental. Texto apresentado no VII Encontro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. Rio de Janeiro: Petrópolis.

FOUCAULT, M. (1995). História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo. Editora: Perspectiva.

_____ (2010). **Hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes.

GOULART, M. S. B. (2010). Em Nome da Razão: Quando a Arte faz História. www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/19941/22021. Acessado outubro de 2013.

GODOY, M.G.C.; Bosi, M.L. M. (2007). **A Alteridade no Discurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira face à Ética Radical de Lévinas**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (2): 289-299 2007.

GRASSI, F.L.B.A. (S/D). A Eterna Criança – Autoestima e Individuação. Instituto de Psicologia Analítica de Campinas. <http://www.ipacamp.org.br/>. Acessado outubro de 2013.

HIDALGO, L. (1996). **Artur Bispo do Rosário – Senhor do Labirinto**. Rio de Janeiro: Rocco.

LANCETTI, A. (2012). **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec.

LIMA, S.A. (2002). A Clínica do Possível: Tratando Dependentes de Drogas na Periferia de São Paulo. São Paulo: Casa do Psicólogo.

MENDONÇA, T. C. P. de. (2005). As Oficinas de Saúde Mental: Relato de uma Experiência na Internação. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932005000400011&script=sci_arttext. Acessado em maio de 2013.

MERHY, E.E. (2002). Saúde: a Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Editora Hucitec.

MONTEIRO, J. da R.; BELLINI, M. I. B. (2011). **Loucura é a Falta de Cuidado! O Hospital Geral como um Lugar Possível na Rede de Saúde Mental**. In Saúde & Trabalho: múltiplas perspectivas. Jussara Maria Rosa Mendes et. al. São Paulo Ed. Plêiade.

MORAIS, J. V. de; JÚNIOR, J. L. R. (2011). Gilberto Freyre e o Futebol: Entre Processos Sociais Gerais e Biografias Individuais. Revista de Ciências Sociais, Fortaleza, v. 42, n. 1, jan./jun., 2011, p. 89-109.

MOREIRA, A. B. (2011). **Nietzsche e Espinosa: fundamentos para uma terapêutica dos afetos**. Cadernos Espinosianos XXIV.

<http://www.fflch.usp.br/df/espinosanos/ARTIGOS/numero%2024/adriana.pdf>

Acessado em novembro de 2013.

OROFINO, M.M.B. (2012). **É Fazendo que se Aprende: Um Estudo sobre os Oficineiros Engajados nas Políticas de Cultura e Assistência da Prefeitura Municipal de Porto Alegre**. Jundiaí, Paco Editorial.

PINHO, P.A.; OLIVEIRA, M. A. F. de; VARGAS, D. de; ALMEIDA, M.M. de; MACHADO, A. L.; SILVA, A. L. A.; COLVERO, L. de A. & BARROS, S. (2009). **Reabilitação Psicossocial dos Usuários de Álcool e Outras Drogas: a Concepção dos Profissionais de Saúde**.

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342009000600020&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado maio de 2013.

ROMAGNOLI, R.C. (2006). **A Formação do Psicólogo e a Saúde Pública. Pesquisas e Práticas Psicossociais**. V.1, n. 2. São João Del-Rei.

SKANK. **É uma Partida de Futebol**. <http://www.kboing.com.br/skank/1-100064/>. Acessado em outubro de 2013.

VALLADARES, A. C. A.; LAPPANN-BOTTI, N. C.; MELLO, R.; KANTORSKI, L. P.; SCATENA, M. C. M. (2003). **Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5 n. 1.