PODE SER A OFICINA DE CORPOREIDADE UMA ALTERNATIVA TERAPÊUTICA NA SAÚDE MENTAL?

COULD THE COPOREITY WORKSHOP BE A THERAPEUTIC ALTERNATIVE IN MENTAL HEALTH?

Felipe Wachs
Professor Especialista de Educação Física, Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
E-mail: felipewachs@hotmail.com
Márcio de Almeida Malavolta
Professor Especialista de Educação Física, Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
E-mail: marciomalavolta@yahoo.com.br

RESUMO
O presente artigo é uma reflexão sobre o desenvolvimento de uma oficina de corporeidade como alternativa terapêutica em saúde mental. Adotamos uma perspectiva teórica e de trabalho marcada pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial. Dividimos o texto em duas grandes partes: a primeira é uma revisão teórica sobre instituição e loucura e a segunda é a problematização da oficina de corporeidade.

PALAVRAS-CHAVE
Saúde mental. Corpo. Hospitais psiquiátricos. Psicoterapia de grupo.

ABSTRACT
The present article is a reflection on the development of a corporeity workshop as a therapeutic alternative in mental health. We have adopted a theoretical and a work perspective marked by the Psychiatric Reform and by the "Antimanicomial" Movement. The text is divided info two parts: the first one is about what the literature says about the institution and mental disorders; and the second one is a refletion on the corporeity workshop.

KEY WORDS
Mental health. Human body. Hospitals, psychiatric. Psychotherapy, group.

INTRODUÇÃO

A educação física tem ganhado, ao longo dos anos, cada vez maior espaço e atenção em aspectos relativos à saúde. As práticas associadas à educação física comumente podem ser chamadas de promotoras de saúde, extrapolando a simples lógica de prevenção que conceituava saúde como ausência de doença. A educação física tem se apropriado de um conceito ampliado de saúde. No entanto, os profissionais de educação física estão muito mais associados à promoção de saúde ou prevenção de doenças do que à recuperação, reabilitação, tratamento. Nosso trabalho falará de atividades desenvolvidas em um hospital que atende a uma população específica: pessoas com sofrimento psíquico.

Cursamos a Residência Integrada em Saúde com ênfase em Saúde Mental Coletiva promovida pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Durante a formação em serviço da Residência, interviemos em diversos campos de estágio, entre os quais as unidades de internação do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Nós, enquanto professores de educação física, buscamos elaborar uma proposta de intervenção que valoriza a integralidade do sujeito a partir das competências de nosso núcleo. Apesar de nos encontrarmos no ambiente de um hospital psiquiátrico, procuramos uma proposta que transpusesse a lógica manicomial e pudesse, dentro das limitações impostas pelo próprio ambiente, agir de forma terapêutica e contribuir também para o período pós-alta. Pensamos sempre em uma proposta de oficina que, em outro momento, pudesse ser desenvolvida em serviços de saúde afinados com a Reforma Psiquiátrica, com os quais nos identificamos.

A primeira parte do texto é uma revisão teórica acerca da institucionalização da loucura. Consideramos importante fazê-la para salientar as marcas impostas sobre os corpos daqueles que foram estigmatizados como loucos. Relataremos, na segunda parte do texto, a proposta de trabalho de uma oficina de corporeidade que elaboramos a partir de nossa experiência em unidades de internação aguda do Hospital Psiquiátrico São Pedro, ou seja, com pessoas em fase aguda de sofrimento psíquico. Foram constituídos grupos de caráter terapêutico que ocorreram uma vez por semana, com uma participação média de 15 usuários e duração de uma hora. A oficina de corporeidade, enquanto alternativa de intervenção na atenção à saúde mental, aborda o ser-no-mundo de cada indivíduo. Historicamente os indivíduos, em especial aqueles ditos "loucos", sofrem com a fragmentação estabelecida entre corpo e mente nos serviços de atenção à saúde. Nossa prática parte de um corpo uno, onde cada pessoa percebe e significa o mundo, é percebida e significada, relaciona-se, expressa-se, assume posturas e papéis.

Existe uma valorização do indivíduo, da sua

individualidade e subjetividade, das suas necessidades, direitos, obrigações, seguindo uma lógica de alternativas mais participativas e inclusivas. Desta forma, acreditamos numa intervenção que, através do corpo, aja terapeuticamente e possibilite a constituição de uma subjetividade que rompa com o estigma de louco e promova a saúde. A metodologia utilizada para a pesquisa foi de pesquisa-ação, a partir do desenvolvimento da oficina de corporeidade, em um hospital psiquiátrico.

A Pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 1985).

CURA E INSTITUCIONALIZAÇÃO

A loucura, como qualquer outro conceito, é construída, entendida ou não, desconstruída e reconstruída no interior de cada cultura de maneira diferente, conforme os paradigmas que regem essa comunidade em determinado período histórico. O entendimento que determinada comunidade faz da loucura definirá a maneira como irá lidar com ela: se irá escondê-la, prendê-la, ignorá-la, medicá-la ou louvá-la.

Foucault (2004) nos conta sobre os processos de construção do conceito de loucura e de enclausuramento dos que receberam o estigma de loucos. Relata que o grande mal da Idade Média foi a lepra. O primeiro que a sociedade exclui através de instituições. Ao final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo ocidental. Seu desaparecimento deixa espaços vazios a serem preenchidos, entre recursos, estruturas físicas, ritos morais, sociais e religiosos. A figura do lazarento precisa ser substituída. Pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" assumirão, dois ou três séculos depois, o papel abandonado pelo lazarento. Neste entretempo, as atenções e repressões morais, principalmente religiosas, são ocupadas pelas doenças venéreas. As doenças venéreas foram internadas, mas não foi nelas que a lepra encontrou sucessão, num espaço moral de exclusão, e sim na loucura.

Com o advento da manufatura inicial, instaurou-se a lógica do viver para trabalhar, e o novo racionalismo aparecia como carente de disciplina. Assim, a liberdade coloca-se como incompatível com a subordinação a um processo de trabalho estritamente vigiado e totalmente racionalizado, que até então só era conhecido nos presídios e nas casas de detenção (RESENDE, 1987, p. 23). Campos e cidades enchem-se de mendigos que, desesperados, tornam-se assaltantes de estradas, ladrões e vagabundos. Punições desde chicotes até pena de morte eram despendidas a vagabundos e ociosos na Europa do final do século XV e início do XVI. As medidas legislativas de repressão se complementaram pela criação de instituições; as casas de correção e de trabalho e os hospitais gerais (que não tinham nada de curativo) destinavam-se a limpar as cidades de mendigos e anti-sociais em geral, a promover trabalho para os desocupados, punir a ociosidade e reeducar para a moralidade mediante instrução religiosa e moral. É nesse momento que a loucura começa a ser varrida da cena social e confinada nos porões das Santas Casas e hospitais gerais. Os "loucos" passam a ser privados de sua liberdade, sua autonomia, sua cidadania. Os tratamentos despendidos aproximavam-se da tortura (entre eles sangrias e purgantes) visando livrar os doentes de seus "maus humores" (RESENDE, 1987, p. 24-25).

Loucura ganha *status* de doença após a Revolução Francesa, quando se constitui como problema social nas cidades. Apesar das bandeiras de liberdade, igualdade e fraternidade, o tratamento da loucura é encarado como uma questão de seguridade social. Na lógica da razão, os que não são possuidores desta ao mesmo tempo deixam de ser considerados capazes de terem direitos e deveres. Neste sentido, os doentes mentais passam a ser excluídos não só do convívio na sociedade, mas também da categoria de cidadãos. Considerar uma pessoa doente mental significa reduzi-la a um objeto de um campo do saber, no caso a psiquiatria. Significa colocá-la no contexto social marcado por um rótulo de louco, perigoso, incapaz de exercer sua plena capacidade humana. Significa também a prerrogativa da sociedade em isolá-lo do convívio social, do trabalho, da cidade (DIAS, 1997, p. 20).

São criados os manicômios, justificando o isolamento dos considerados loucos pelas seguintes finalidades: garantir a segurança pessoal dos loucos e seus familiares; liberá-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais; submetê-los a um regime médico, e impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais (DIAS, 1997, p. 13).

Segundo Puel, Brum e May (1997), "o modelo manicomial associa o diagnóstico de doença mental à incapacidade de pensar coerentemente dentro dos padrões tidos como normais". O normal é o que corresponde às expectativas sociais, o que se mantém em equilíbrio, conformidade e concordância com as normas e valores sociais. É a sociedade que define as normas do pensamento e do comportamento e, uma vez que os sintomas da enfermidade mental são oponentes à norma social, o conceito mental se confunde com o de desviado, inadaptado e marginalizado.

Lévi-Strauss (apud SILVA FILHO, 1987) nos diz, em sua teoria da cultura, que esta deve ser pensada como um conjunto de sistemas simbólicos (principalmente a linguagem, as regras matrimoniais, as relações econômicas, a arte, a ciência e a religião). Para ele (apud TUNDIS, 1987, p.10) as doenças mentais podem ser também consideradas como incidência sociológica na conduta de indivíduos cuja história e constituição pessoais se dissociaram parcialmente do sistema simbólico do grupo, dele se alienando. E mais: que a saúde individual do espírito implica participação da vida social e que a recusa em prestar-se a essa participação (sempre em obediência às modalidades impostas) corresponde ao surgimento das perturbações mentais.

Basaglia (1985, p. 101) diz que família, escola, fábrica, universidade, hospital são instituições que repousam sobre uma nítida divisão de funções, através da divisão do trabalho (servo e senhor, professor e aluno, empregador e empregado, médico e doente, organizador e organizado). Isto significa que o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre os que têm poder e os que não o têm. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz "uma relação de opressão e de violência entre poder e não poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro". Tais instituições podem ser definidas como "instituições da violência". Tal é a história recente de uma sociedade organizada a partir da divisão radical entre os que têm e os que não têm; da qual resulta a subdivisão mistificadora entre o bom e o mau, o são e o doente, o respeitável e o não-respeitável.

No entanto, percebe-se um esforço, dentro de nossa realidade atual, no sentido de reverter essa conjuntura. Dentro das transformações paradigmáticas que regem o mundo contemporâneo, destacamos uma que acaba norteando uma série de conhecimentos e re-

lações: *a maneira de perceber o indivíduo*. Existe um esforço de valorização do indivíduo e sua singularidade. Seguindo esta lógica, dentro da política, tem-se buscado alternativas mais participativas e inclusivas. Hoje temos condições de desenvolver um novo paradigma sobre a maneira de perceber o indivíduo, por causa dos conhecimentos historicamente acumulados, vivências positivas e negativas, experiências frustradas ou bem sucedidas. As mudanças buscam um novo equilíbrio social, motivadas por dúvidas geradas pela reestruturação de valores. Segundo Dias (1997, p. 21), "a matriz paradigmática da mudança que hoje se coloca é o conviver com os não iguais".

A vida dentro de um Hospital Psiquiátrico não permite que se fuja de uma lógica manicomial, onde autonomia, subjetividade, individualidade ficam suprimidas. A permanência dentro dessa lógica cronifica indivíduos de tal forma que se tornam objetos, ou seja, sem voz, vez, desejos, escolhas, direitos e deveres, gerando assim profundas relações de dependência com a instituição. Desde 1992, é proibido no Estado do Rio Grande do Sul que novos leitos sejam criados em hospitais psiquiátricos e que novas pessoas passem a morar no manicômio. Propõe-se que a atenção à saúde mental seja feita através de serviços substitutivos ao manicômio. Parte-se de uma premissa de que a atenção à saúde mental seja descentralizada e que a loucura não precisa ficar reclusa. O tratamento do sofrimento psíquico pode acontecer em múltiplos espaços e por diversos saberes. São criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços integrantes da rede de saúde e responsáveis por prestar atendimento em saúde mental de nível secundário. Há um esforço para que o atendimento a usuários em sofrimento psíquico esteja de acordo com suas necessidades e especificidades e ocorra em sua comunidade, vinculado às unidades básicas de saúde. Existe, ainda, uma busca no sentido de que, quando houver necessidade de internações, estas possam ocorrer em hospitais gerais e não mais em hospitais psiquiátricos.

As políticas que se busca implementar hoje procuram valorizar as pessoas portadoras de sofrimento psíquico a partir de uma lógica de inclusão social. Contudo, os preconceitos que giram por trás das chamadas doenças mentais se mantêm fortes. Portanto, não basta destruir os hospitais psiquiátricos, é preciso também desconstruir os manicômios mentais. Entendemos como fundamental abordar a corporeidade dos portadores de sofrimento psíquico, ou seja, seu modo de "ser-no-mundo"; e, através de práticas desinstitucionalizantes, constituir novas subjetividades.

OFICINA DE CORPOREIDADE

Morin e Kern (1995, p. 161) afirmam que, para articular e organizar os conhecimentos e deste modo reconhecer e conhecer os problemas do mundo, é preciso uma reforma do pensamento. Esta reforma, que comporta o desenvolvimento da contextualização do conhecimento, reclama a complexificação do conhecimento. Para Morin, pode-se dizer que complexidade existe onde quer que se produza um emaranhamento de ações, de intenções, de interações, de retroações.

A complexificação do conhecimento acerca da saúde mental exige um rompimento com a lógica do corpo dócil (FOUCAULT, 1987). Puel, Brum e May (1997, p. 35) defendem que a instituição massifica, generaliza condutas e deixa de lado as reivindicações do louco, de tal modo que são cortados os espaços, já restritos, com alegações que reafirmam a sua pouca importância no mundo. O corpo do internado

transformou-se num mero lugar de passagem: um corpo indefeso, deslocado como um objeto de um pavilhão para outro. Através da imposição do corpo único, sem problemas e sem contradições da instituição, nega-se ao internado, concreta e explicitamente, a possibilidade de reconstruir-se como um corpo próprio capaz de dialetizar o mundo.

Para Leonardis, Mauri e Rotelli (1990, p. 68) a subjetividade do paciente existe verdadeiramente apenas no momento em que ele pode sair do manicômio, ou seja, somente quando lhe são restituídos e reconstruídos aqueles recursos e condições materiais, sociais, culturais que tornem possível o efetivo exercício de sua subjetividade: fora do manicômio. Pelbart (1992, p. 134) sugere que não basta destruir os manicômios se, ao livrarmos os loucos desses, mantivermos intacto um outro manicômio, que Pelbart chamará de manicômio mental, em que confinamos a desrazão. Sugere, então, como necessária, uma transformação do imaginário cultural-popular acerca da loucura.

Aproveitamos Merleau-Ponty (1999) para reforçar a posição de Pelbart. Rejeitando posições monistas, objetivistas ou subjetivistas, que reduzem o homem e sua existência a somente um dos pólos que constituem seu ser. Merleau-Ponty (apud GONÇALVES, 1994, p. 65) busca a compreensão do homem de forma integral: "tenho consciência de meu corpo através do mundo [...]" e "[...] tenho consciência do mundo através do meu corpo". O homem é um ser-no-mundo e só pode ser compreendido a partir de sua "facticidade".

A transformação do imaginário popular sobre a loucura, possibilitando a inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico está, essencialmente, associada ao fim das instituições totais destinadas ao seu "tratamento" e à ocupação de espaços públicos por esses cidadãos. Os esforços por uma maior humanização do entendimento sobre o "sofrimento psíquico", do lidar, tratar e conviver com ele, a partir de uma nova percepção de ser humano complexo, multidimensional, possibilitou e motivou uma série de reformas psiquiátricas. Como não poderia deixar de ser, quando ocorre uma mudança paradigmática, faz-se necessário uma readequação dos modelos de atenção à saúde. Mostra-se, portanto, necessária uma adequação das políticas públicas e a capacitação dos profissionais para receber essa população e lidar com ela. Afinal, como diz Santin (1987, p. 42), "toda prática vem iluminada e inspirada por uma compreensão da realidade".

Dentro de uma lógica de trabalho que transponha as barreiras manicomiais, mas ainda dentro de um manicômio, surge a proposta de trabalho de uma oficina de corporeidade. Ela desenvolve-se em unidades de internação aguda do Hospital Psiquiátrico São Pedro, ou seja, com pessoas em fase aguda de sofrimento psíquico. A proposta de uma oficina de corporeidade visa um sujeito não fragmentado que possa ser visto além de um diagnóstico (onde o indivíduo torna-se uma doença); um espaço onde se encontre consigo e com os demais. Constitui-se, desta forma, um grupo heterogêneo que possibilita a troca através da história de cada participante e de seus terapeutas, produzindo um encontro em que as diferenças, a "loucura", os desejos e expectativas de cada um contribuem no desenvolvimento do grupo.

Durante a fase aguda da crise, onde o sujeito sofre intensamente e o corpo está em profundo desmantelamento, é importante poder abordar o sujeito de maneira que a este seja possibilitada uma reflexão sobre as percepções de si, do outro e do mundo. Sendo o corpo a primeira maneira de sermos no mundo, pensar corporeidade e corpo-sujeito, den-

tro de uma perspectiva de reabilitação psicossocial e desinstitucionalização, justifica-se pelo fato de não termos um corpo, mas sim, sermos o nosso corpo. Portanto, a expressão corporal está relacionada a toda uma significação da existência.

Se considerarmos que a existência da vida humana está na relação existencial corpo-espaço, na intersecção das experiências que se estabelecem entre um e outro, diremos que a corporeidade é a experiência de integrar espaço corporal e espaço de ação (MERLEAU-PONTY, 1999). O corpo não é apenas espaço corporal, entendido como corpo inteiro, posse indivisível de partes que se relacionam de maneira original, mas também, e principalmente, corpo que habita o espaço e o tempo, assumindo-os, dando-lhes significação original.

Lembremos que o sujeito em sofrimento psíquico sofre a despersonalização e a uniformização na forma de ser cuidado. É necessária uma valorização da singularidade e da subjetividade, afinal, a "complexidade existencial não se reduz a um conjunto de sintomas clínicos" (FREITAS, 1999). A inserção de um trabalho que aborda o sujeito de uma forma integral possibilita, através de atividades corporais, a valorização de aspectos saudáveis sempre tão ignorados em uma instituição que reflete o tratamento centrado na doença. É empenhados em uma terapêutica que valoriza o sujeito global que desenvolvemos a oficina de corporeidade. Oficina, esta, que busca não só servir de espaço-continente à crise/sofrimento psíquico presentes no tratamento, mas também agir de forma pró-positiva no ser-no-mundo fora dos muros do manicômio.

A participação na oficina foi aberta, não houve uma seleção por patologias ou qualquer tipo de pré-requisito para participar. Existe, desta forma, um respeito pelas características psicóticas dos participantes. Ocorreram peculiaridades nesta metodologia, como participantes entrarem e saírem da sala durante atividades, desvio de atenção, falas em momentos inadequados como de relaxamento, intervenções delirantes, fugas de idéias, procura por atenção constante, que foram levadas em consideração na própria organização de trabalho.

Os grupos foram formados por um número médio de 15 pessoas, com idade entre 18 e 60 anos. Os encontros ocorreram semanalmente, com uma hora de duração. Outra importante característica, que influenciou o planejamento do grupo, é que a média de tempo de internação no hospital é de 30 dias, impossibilitando uma intervenção de longo prazo e proporcionando uma grande rotatividade dos participantes. A organização das atividades foi feita valorizando-se cada encontro como finalidade terapêutica em si. Um encontro iniciava com combinações onde se buscava o estabelecimento de uma aliança terapêutica com os usuários. Neste momento, era discutida a proposta de atividades a serem desenvolvidas, ressaltando a importância de um trabalho que abordasse uma perspectiva corporal.

As atividades trabalhadas dentro da proposta de oficina de corporeidade, que aqui estamos defendendo, visam (re)estabelecer um encontro com seu corpo, com o corpo do outro, com a maneira como o indivíduo se percebe enquanto ser social e como, desta forma, é subjetivado pela sociedade. São realizadas dinâmicas corporais, onde se buscam movimentos que trabalhem o conceito de corpo, que antes referenciamos. Entenda-se que esse movimento não é apenas um movimento físico, mas movimentos na forma como o sujeito se percebe, se vê, se relaciona, se posiciona. Os objetivos da oficina não se limitam a estabelecer um momento de prazer, mas buscam uma idéia de reabilitação psicossocial, onde a vivência do grupo possa contribuir na

realidade diária de cada participante. É partindo dessa premissa que as atividades e o desenvolvimento da oficina obtêm caráter terapêutico.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992. p. 73-84.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: _____. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 99-133.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2001. 2. ed. Brasília, 2001.

CHAVES, M. M. Complexidade e transdisciplinariedade: uma abordagem multidisciplinar. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 21, 1998.

DIAS, M. T. G. Manicômios: sua crítica e possibilidade de superação. In: PUEL, E. et al. **Saúde mental**: transpondo as fronteiras hospitalares. Porto Alegre: Dacasa, 1997. p. 11-19.

DIAS, M. T. G. et al. Seguimento e avaliação da reforma psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico São Pedro. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. **O fazer em saúde coletiva**: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2002. p. 111-131.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FREITAS, G. G. **O esquema corporal, a imagem corporal, a consciência corporal e a corporeidade**. Ijuí: UNIJUÍ, 1999.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GONÇALVES, M. A. S. **Sentir, pensar, agir**: corporeidade e educação. São Paulo: Papirus, 1994.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LEONARDIS, O.; MAURI, D.; ROTELLI, F. Prevenir e prevenção. In: ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 65-87.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MORIN, E.; KERN, A. B. **Terra-Pátria**. Porto Alegre: Sulina, 1995.

MORIN, E. Epistemologia da complexidade. In: SCHNITMAN, D. F. (Org.). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: Gráfica Brasil, 2001.

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: **SaúdeLoucura**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PUEL, E.; BRUM, M. C. M.; MAY, M. P. A doença mental transpondo barreiras hospitalares: conceitos diversos sobre hospital, loucura, mundo e cidadania. In: PUEL, E. et al. **Saúde mental**: transpondo as fronteiras hospitalares. Porto Alegre: Dacasa Editora, 1997. p. 31-75.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Org.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 15-73.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99.

SANT'ANNA, D. B. **Corpos de passagem**. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SANTIN, S. **Educação física**: uma abordagem filosófica da corporeidade. I juí: UNIJUÍ, 1987.

SILVA FILHO, J. F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Org.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 75-102.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1985.

TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. Introdução: cidadania, classes populares e doença mental. In: ____. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 9-13.

WADI, Y. M. **Palácio para guardar doidos**: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

ZIMMERMAN, D. **Grupoterapias**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 55-63.