

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL COLETIVA

ROGÉRIO BENIGNO DA SILVA DIAS

**SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS ENTRE AS PRÁTICAS CORPORAIS QUE
OCORREM EM CAPS AD E NAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS**

Porto Alegre
2012

ROGÉRIO BENIGNO DA SILVA DIAS

SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS ENTRE AS PRÁTICAS CORPORAIS QUE
OCORREM EM CAPS AD E NAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS

Trabalho apresentado como requisito para
aprovação na disciplina de Pesquisa em Saude
Mental Coletiva II do curso de Especialização
Educação em Saude Mental Coletiva da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio

Porto Alegre
2012

Dedico esta pesquemonografia ao Senhor Jesus por ser, meu melhor amigo, meu Deus, Senhor e Salvador, que por seu amor incondicional morreu por mim na cruz, mesmo que eu não merecesse tão grande amor.

Agradeço pelas bênçãos que têm derramado sobre a minha vida e da minha família, muitas que eu nem mesmo percebo. Esse amor que me constrange e me faz seguir em meio a essa vida corrida, cheia de vitórias e derrotas, retas e curvas, alegrias e frustrações, que precisamos enfrentar. Que sirva este trabalho como um gesto de agradecimento, diante de tamanho amor e misericórdia do PAI celestial.

“Não que já a tenha alcançado, ou que seja perfeito; mas prossigo para alcançar aquilo para o que fui também preso por Cristo Jesus.

Irmãos, quanto a mim, não julgo que o haja alcançado; mas uma coisa faço, e é que, esquecendo-me das coisas que atrás ficam, e avançando para as que estão diante de mim,

Prossigo para o alvo, pelo prêmio da soberana vocação de Deus em Cristo Jesus“.

Filipenses 3. 12-14.

AGRADECIMENTOS

A minha esposa Helena Burille Dias, que me incentivou a continuar a caminhada dos estudos na area acadêmica. Pela companheira que amo tanto, que me realiza como marido e me faz me sentir muito amado. Agradeço a Deus pelo presente tem sido estar ao teu lado em todos os momentos, é um sonho estar casado com você . Dedico este trabalho para o (a) filho (a) que Deus nos presenteou, mas que está na barriga da minha esposa, que deverá nascer ainda este ano no mês de julho, realizando um grande sonho da minha vida.

Agradeço aos meus pais Jorge e Irene por me presentear com aquilo de melhor, apesar das dificuldades que a vida apresentou e ainda apresenta a cada um deles. Mãe obrigado por todo o sustento, pelo amor e carinho despendido sobre a minha vida. Pai obrigado pelo presente de ser humano e de sua humildade. Agradeço a minha vó Melita por dedicar muito do seu tempo para minha criação e Educação. As minhas tias Isabel, Cristina, Rita e minha madrinha “Lika“ pelo amor, conselhos e incentivo para que eu sempre estudasse.

Agradeço ao apoio e pelas palavras de confiança, dos meus irmãos Marcos e Dirnei. Essa conquista é nossa, pois sei que nem todas as pessoas tiveram a mesmas oportunidades.

Ao meu mano Richard e minhas “irmãs“ Carla e Leizemar, pelo carinho e afeto, que me vem na lembrança ao finalizar este trabalho e uma importante etapa em minha vida.

Aos meus companheiros de apartamento “família da república“, Alencar “Torto“, Carlos Augusto “Minas“ e Benerson, obrigado pela paciência de me aguentar no dia-a-dia.

Aos meus amigos que fiz no tempo em que trabalhei na Morano Empreendimentos Imobiliários, em especial ao Saloio, Alexandre, Rafael, Maurício Noronha e Maurício Pedroso. Ao meu colega e amigo Roberto Douglas pelo apoio, bem como o de sua família.

A tia Branca, tio Evandir e Cristiano, obrigado pelo carinho e afeto e o tempo precioso que despenderam-se, na minha vida, em muitos finais de semanas e férias que passei com vocês.

A todos irmãos na fé, em especial ao manão Rodrigo Piano por compartilhar momentos insequecíveis dos tempos de “komboza“, juntamente com Robervan Andreolla e Ramiro Mattos pelos exemplos de perseverança que tiveram para o meu crescimento espiritual e com o cuidado pela minha vida.

Ao pastores Cabral, Eduardo e Delton pelos ensinamentos e conselhos de sempre são de muito valia. Aos pastores Tércio, André e Gerson por me levarem de encontro a palavra de

Deus, palavras essas que vindo do coração de Deus, me fizeram seguir e não desanimar, apesar das minhas imperfeições.

A todos os professores, desde a primeira escola em que frequentei em Porto Alegre, até a última que estudei em Capão da Canoa, a estes verdadeiros guerreiros da Educação, o meu muito obrigado.

Aos professores da FEFID: Rogério Voser, Vera Brauner, Roberto Mesquita e Christiano Guedes pelo excelente papel como instrutores e inspiradores de uma nova geração de professores. Também ao Prof. Nelson Todt pelas aulas ministradas com grande qualidade que me acrescentaram na formação acadêmica e pessoal, pelo respeito, amizade, pelo simples compartilhar como também pelo tempo que estivemos juntos para orientação do trabalho de conclusão da graduação.

O último agradecimento e nem por isso menos importante é ao Prof. Luiz Fernando Silva Bilibio. Que me orientou de maneira incansável, desde o início, quando ainda não tinha um tema fechado. Lembro dos questionamentos que me fizera, sobre do que era relevante na minha vida o que seria importante eu pesquisar. Agradeço aos ensinamentos que me passou em meio as nossas conversas realizadas durante as orientações. Que Deus lhe proporcione muitas bênçãos na vida pessoal e acadêmica.

De repente, é preciso cuidar do corpo. É preciso tirar o excesso de gordura. É preciso melhorar o desempenho sexual. É preciso melhorar o visual. É preciso competir. É preciso, acima de tudo, vencer. Vencer no esporte e vencer na vida. Mas acontece que nunca perguntamos a nós mesmos o que *é realmente vencer na vida*.

João Paulo Subirá Medina

SUMÁRIO

1. Introdução.....	9
1.1 Contextualização	9
2. Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e Comunidades Terapêuticas (CT).....	12
3. Dependência química e “Ser desejante”	19
4. Atividade Física e Práticas Corporais.....	23
5. O percurso e a história da pesquisa.....	27
6. As entrevistas: onde e quem?.....	31
6.1 Bate-papo, conversa, perguntas e respostas.....	33
6.2 Observações na Comunidade Terapêutica Bom Samaritano.....	37
6.3 Observações no Caps ad III.....	38
7. Considerações Finais.....	40
8. Referências.....	43
9. Anexos.....	47

RESUMO

O tratamento para pessoas que utilizam drogas abusivamente ou dependentes químicas vêm sendo amplamente debatido, no intuito da busca por diferentes soluções para responder a uma demanda que é elevada, do número de pessoas que fazem uso prejudicial de drogas. Neste contexto temos diversas drogas e diferentes maneiras de usá-las, em razão disso ocorrem particularidades quanto às conseqüências físicas, psíquicas e emocionais.

O Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (Caps ad) é uma resposta para uma melhor qualidade de vida do usuário com uso abusivo de drogas ou dependente químico. Dentro do Caps ad, existem diversos profissionais e suas diferentes formações no campo da saúde. Um dos profissionais ainda em um número pequeno, mas presente neste meio é o Educador Físico, que possui recursos terapêuticos na movimentação do corpo, no jogo, no lúdico, no cooperativo, ou seja, por meio das práticas corporais ou atividade física.

A pesquisa observou e analisou práticas corporais que ocorrem em um destes serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é o Caps ad e também em uma comunidade terapêutica. Também foi foco deste trabalho estudar algumas diferenças existentes nestes dois espaços, bem como, as próprias semelhanças que poderão ocorrer ao focar as práticas corporais desencadeadas nestes dois ambientes.

A intenção de pesquisar as práticas corporais não só no Caps ad, mas também em uma comunidade terapêutica, se deve ao fato da presença do elevado número destas instituições no Brasil. O outro motivo é que, mesmo sendo espaços acessados por milhares de usuários dependentes químicos, as comunidades terapêuticas ainda são um lugar para onde se direcionam poucas pesquisas em nosso país.

O fato de pesquisar as práticas corporais também ocorre em função de não existir um número considerável de profissionais da Educação Física atuando na área de tratamento de usuários com uso abusivo de drogas.

Palavras-chave: Práticas corporais; atividade física; uso abusivo de drogas; dependência química; Caps ad, comunidade terapêutica.

1. Introdução

1.1 Contextualização

A nossa sociedade vive um fenômeno que é o uso abusivo de drogas, com índices elevados de usuários que enfrentam uma luta contra seus próprios desejos em uma condição de dependência química. Trata-se tanto do uso de drogas lícitas como o álcool, o tabaco, as anfetaminas, ou ilícitas, como a heroína, os inalantes, a maconha, cocaína e seus derivados e outras. Esse uso prejudicial das drogas atinge diferentes classes sociais, gêneros e idades.

Como está colocado no texto do Ministério da Saúde: A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (2003, p. 5).

O enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial: de acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Salvo variações sem repercussão epidemiológica significativa, esta realidade encontra equivalência em território brasileiro.

O elevado número de pessoas que fazem o uso prejudicial de drogas é uma das justificativas para esta pesquisa, segundo a Organização Mundial de Saúde essa é uma demanda mundial, não se restringe somente em nosso país.

O consumo de substâncias psicoativas pode levar ao uso abusivo ou nocivo, fazendo com que indivíduos vivam dependentes ou desejantes de tais substâncias. Desta forma, a busca pela prevenção e tratamento é uma das mais relevantes questões de saúde pública também no Brasil, não estando somente a cargo do Ministério da Saúde, mas também a outros Ministérios em nível de Governo Federal que trabalham na prevenção, tratamento ou combate ao uso abusivo de diversas drogas. Como exemplo disto, podemos citar os próprios Ministérios da Educação e da Justiça, e ainda, uma secretaria específica denominada: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD.

A rede do SUS oferece diversos serviços para o tratamento da dependência química, entre eles estão os leitos hospitalares para período de desintoxicação, casas de passagem, consultórios de rua, e os Caps (Centros de Atenção Psicossocial).

Paralelamente aos diversos serviços oferecidos pelo SUS, temos as clínicas particulares e as comunidades terapêuticas, sendo a maioria destas ligadas a entidades religiosas, onde as igrejas evangélicas apóiam ou administram grande parte das mesmas.

Neste contexto Brasileiro a saúde mental é a principal área de cuidado com os usuários que fazem uso abusivo de drogas ou também chamados de dependentes químicos. É possível perceber o aumento da presença das práticas corporais – atividades normalmente ligadas ao núcleo profissional da Educação Física – como uma das estratégias terapêuticas a serem ofertadas no tratamento de pessoas que fazem o uso prejudicial de drogas.

Nesta direção, cabe indagar: quais as práticas corporais que são utilizadas como um aporte terapêutico no dia-a-dia desses espaços? Quais as conexões e desconexões das práticas corporais desenvolvidas em comunidades terapêuticas e em Caps ad? Elas são as mesmas? Têm os mesmos objetivos? De que maneira são valorizadas nestes dois espaços? São desenvolvidas de forma igual ou distinta?

Estas indagações são importantes para produzir novos sentidos sobre as práticas corporais e sua relação como fomento terapêutico no cuidado as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas e é nesta direção que esta pesquisa se desenvolve.

Outra dimensão da produção desses sentidos é que na minha jornada durante o curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva, aprendi e continuo aprendendo, sobre um campo temático que tive pouco contato até então: Saúde, Saúde Mental, Saúde Pública, diferentes formas de tratamento relacionado ao uso de drogas. Navegando durante a pesquisa tive também conflitos internos sobre as perspectivas que se pode ter da Educação Física como uma ferramenta de produção de saúde; uma prática voltada para a saúde da máquina biológica ou voltada para a saúde das diferentes pessoas.

Assim, no decorrer do trabalho serão abordadas duas perspectivas existentes na Educação Física: como Práticas Corporais e como Atividade Física. Trata-se de uma tensão na área e em mim e que se relaciona, se mistura também com outros dois olhares e jeitos de produzir o cuidado no campo da saúde mental. De um lado está a visão em que a pessoa que usa droga de forma abusiva, de uma maneira nociva ao seu organismo e sua vida social, mesmo fazendo este uso prejudicial ela continua sendo um ser desejante; uma pessoa que também faz a opção de usar a droga, de continuar utilizando ou de parar. De certa maneira, ela está exercendo o seu direito individual de fazer o que quiser com o seu corpo. Do outro lado, está a perspectiva na qual este sujeito perdeu sua condição mental de escolha. Nesta visão o indivíduo depende da droga para viver; sua capacidade de pensar e desejar estão comprometidas e este é o sujeito chamado de dependente químico.

Essas dúvidas, essas incertezas, essas tensões estavam presentes enquanto realizei esta pesquisa; escrevo este trabalho em meio as minhas indagações e duvidas. Por essa razão é que

não optei por falar somente de uma perspectiva. Muitas vezes este trabalho vai numa perspectiva e volta na outra, representando um jeito de pensar ainda em construção. Espero na conclusão deste percurso de escrita poder fazer uma escolha, ou talvez elucidar, traduzir com maior consistência as escolhas inerentes a navegação da minha jornada de aprendizagem.

2. Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e Comunidades Terapêuticas (CT)

No Brasil tivemos um grande vácuo deixado pelas políticas públicas de saúde na área de tratamento de dependentes químicos. Segundo Costa (2006) por muito tempo a questão do álcool e outras drogas foram tratadas em nosso país como um “caso de polícia”.

Vale a pena assinalar que, no vácuo de propostas concretas, e na ausência do estabelecimento de uma clara política de saúde voltada para este segmento, surgiram no Brasil diversas “alternativas de atenção” de caráter total, fechado e tendo como único objetivo a ser alcançado a abstinência (BRASIL, 2003, p. 5).

Percebemos então que, anteriormente, a questão das drogas no Brasil vinha associada ao preconceito com relação ao usuário, uma vez que este era visto como criminoso, delinqüente, por vezes alguém que não deveria estar solto no convívio em sociedade. Ao longo dos anos essa temática foi mudando e hoje os usuários de drogas (uso abusivo) ou dependentes químicos são vistos como pessoas que precisam de tratamento para uma melhor qualidade de vida.

Exemplo prático da mudança acima citada é a própria lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, conhecida como Lei de Drogas, que exclui a pena de prisão para os usuários de drogas e compreende seu uso como uma questão de saúde pública, em lugar de ser tratado como assunto de âmbito policial.

A partir da década de 1970 ocorre em nosso país o processo da Reforma Psiquiátrica, tendo como um dos seus objetivos principais a desinstitucionalização, com a conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que até então sustentaram essa prática.

Gonçalves e Sena (2001, p. 50) comentam que:

A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vêm sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade.

Com a busca pela desinstitucionalização começaram a aparecer novas formas de cuidado com aquelas pessoas que precisam de tratamentos. Então o Caps surgiu como uma nova possibilidade de serviço, algo importante na recente rede de atendimento, sendo uma nova estrutura, no intuito de substituir os serviços prestados pelos hospitais psiquiátricos.

Após a Reforma Psiquiátrica, foram criadas novas formas de cuidado, onde o objetivo é dar conta de uma demanda que já existia e outras novas que emergem da mesma. Entre os novos modelos de cuidado, está os Caps que, segundo consta na portaria GM 224/92, são “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o

regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2004, p. 12).

Dessa forma os Caps surgem então com a missão de:

dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, p. 12).

Então no final da década de 1980 foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, mais precisamente em março de 1987, situado na cidade de São Paulo, como cita Nascimento e Galvanese (2009).



Como mostra a figura anterior, existe uma rede de atendimento com várias pontas, onde o Caps aparece como uma conexão chave desta rede. O principal objetivo do Caps é proporcionar à população, tanto acompanhamento clínico como a reinserção social dos usuários através do trabalho, lazer e exercícios dos direitos civis, visando ao mesmo tempo

¹ Figura presente na pesquisa do Ministério da Saúde, intitulada ‘Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil’. Brasília, novembro de 2005

proporcionar tratamento sem se desvincular dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2011).

O Caps busca ser uma ferramenta de cuidado, sem a burocratização de outros serviços já existentes, procurando ter um formato de saúde comunitária, tanto no quesito geográfico – de estar perto do usuário – quanto de utilizar as diversas possibilidades que a rede de saúde pode oferecer. Dentro das suas equipes, existem diferentes profissionais; diferentes áreas de atuação e conhecimento. Como explica Amarante e Torre (2001):

O Caps corresponde, então, a um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária, de cunho desburocratizante e de caráter multiprofissional, formando uma estrutura de continência multiprofissional que busque estimular múltiplos aspectos necessários ao exercício da vida em sociedade respeitando-se a singularidade dos sujeitos (p.29).

Em razão da demanda de usuários, o serviço do Caps cresceu rapidamente na década passada, conforme levantamento do Ministério da Saúde (Saúde Mental em Dados 8 - 2011) são 1.620 Caps, sendo que destes 258 são exclusivos para tratamentos de usuários dependentes de álcool e drogas, estes Caps são chamados de Caps ad – Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.

Os Caps ad têm por função enfatizar o cuidado para usuários de álcool e outras drogas, na perspectiva de reabilitação e reinserção social. Através da Portaria GM/816 de 30 de abril de 2002, foi criada então uma rede de assistência em serviços de saúde e sociais interligadas ao meio cultural e com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003).

Sabe-se que a demanda por tratamento para usuários dependentes químicos no Brasil sempre foi elevada, em contra partida, foi longo o período no qual não tínhamos políticas públicas com qualidade e quantidades suficientes para esta demanda. Um exemplo desta lacuna assistencial de tratamento às pessoas que fazem o uso prejudicial de drogas é que o Caps ad é a última modalidade de Caps a ser criada e instituída no Brasil. Ou seja, os Caps são criados no Brasil em 1987 e somente em 2002 – 15 anos depois –, por meio da portaria GM/816/2002 são criados os Caps ad. Como explica Oliveira (2004, p.186):

a portaria GM/816/2002, responsável pela instituição do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, no Sistema Único de Saúde, que considerou entre outras, a multiplicidade das características populacionais existentes no país e as diferenciações acerca da incidência de transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, para propor a criação de 250 Centros Psicossociais Álcool e Drogas – CAP's ad.

No texto do Conselho Federal de Psicologia: Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras, publicado em 2010, deixa claro que a quantidade de Caps ad, é baixa perante aos altos índices de pessoas que buscam tratamento.

Como destaca Gorgulho² (2008):

Com relação ao Ministério da Saúde, há a dificuldade da implantação de outros Centros de Atenção Psicossocial Caps-AD, que eu considero excelentes, pois creio que já começamos a discutir se é esse mesmo o caminho, de criar um serviço tão específico e tão particular voltado unicamente para o usuário de drogas ou se também deveriam estar inserido na rede geral do Serviço Único de Saúde (SUS). De qualquer forma, existem poucos. Isso significa que grande parte das pessoas que desejam fazer um tratamento não consegue. (Conselho Federal de Psicologia, 2010, p.100)

A autora expressa que muitas pessoas que fazem uso abusivo de drogas gostariam ou desejam fazer um tratamento, porém esbarram na falta de estrutura que ainda ocorre no SUS. Provavelmente está deve ser uma das causas do cenário propício para a atuação das comunidades terapêuticas no Brasil.

Sobre drogas e a política de saúde mental (DELGADO³, 2010) faz uma constatação de que a política de saúde pública anteriormente não cuidava da questão das drogas, não era de competência da saúde pública no Brasil, não era assumida como tal. Delgado explica ainda que:

Se vocês tomarem a experiência brasileira, terão o contato com várias experiências importantes de tratamento, de prevenção no campo da saúde pública; porém, são todas experiências localizadas, isoladas e não se constituíam como política de âmbito nacional. Uma política de âmbito nacional que foi estabelecida apenas a partir de 2003, é muito recente. E sendo muito recente, é muito frágil. A política do Ministério da Saúde, do SUS, para a questão de drogas é frágil do ponto de vista da sua consolidação e de sua sustentabilidade. Entretanto, é forte, porque representa mudança, eu diria, da água para o vinho. (Conselho Federal de Psicologia, 2010, p.40)

A política de âmbito nacional é de certa forma nova, do ano de 2003, como coloca o autor acima, uma política ainda é frágil, mas em uma crescente de ações significantes e com algumas boas experiências.

Anteriormente no Brasil, os espaços para o cuidado do dependente químico eram os manicômios ou as comunidades terapêuticas. Como expõe Costa (2009), a grande maioria das comunidades terapêuticas, em nosso país, estão vinculadas as confissões religiosas católicas e

² Mônica **Gorgulho**, Psicoterapeuta, Coordena a ONG Dínamo. Representante do Conselho Federal de psicologia no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad). **Roda de Conversa: a práxis do psicólogo em face das políticas públicas de atenção ao consumo de álcool e outras drogas**. Ocorrido no Seminário Nacional: Subjetividade do Consumo de Álcool e outras Drogas e as Políticas Públicas Brasileiras no dias 27 e 28 de novembro de 2008, em Brasília.

³ Pedro Gabriel **Delgado**, Coordenador Nacional de Políticas de Saúde Mental - Ministério da Saúde. **Mesa de abertura no Seminário Nacional: Subjetividade do Consumo de Álcool e outras Drogas e as Políticas Públicas Brasileiras** no dias 27 e 28 de novembro de 2008, em Brasília.

protestantes que surgiram em função de basicamente dois motivos: a) pelo vazio deixado pelas políticas públicas na área do tratamento da dependência química, oferecendo de certa forma uma resposta as famílias que chegavam as suas portas pedindo ajuda; b) tinham também como objetivo a evangelização dos usuários dependentes químicos, bem como de seus familiares.

Estima-se que tenhamos de 2.500 a 3.000 comunidades terapêuticas no Brasil e que atendem cerca de 60.000 pessoas no Brasil, conforme levantamento feito em 2006 pelo Senad/UNB/Ipea. Neste levantamento também se verificou que quase 80% dos tratamentos de dependência química são feitos por este segmento, segundo informação de Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, chefe da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (HARTMANN, 2011).

Em maio de 2001, é estabelecida uma Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), nº 101, que já traz um conceito dos serviços das comunidades terapêuticas, como elas devem se constituir e a principal ferramenta terapêutica a ser utilizada:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas.

Desse modo, atualmente temos uma diversificada oferta de espaços e práticas terapêuticas voltadas às pessoas que sofrem com o uso abusivo de drogas. Um conjunto de ofertas já legitimadas na rede SUS e outras, talvez, na margem desta rede. A lacuna histórica de políticas públicas de saúde direcionadas aos problemas ligados ao abuso de drogas, provavelmente seja uma das justificativas para o avanço do número de comunidades terapêuticas espalhadas pelo país. Ao mesmo tempo, de um jeito ou de outro, a diversidade social estabelece outras possibilidades de tratamento para além daquelas instituídas pelas políticas públicas, sendo as comunidades terapêuticas são uma destas possibilidades.

Delgado coloca que a saúde pública precisa e deve dialogar com as comunidades terapêuticas, por que elas objetivam o tratamento a usuários com uso abusivo de drogas, e esse tema é uma questão de saúde e política pública de cuidado com os mesmos.

As comunidades terapêuticas fazem parte do nosso debate e não têm de fazer parte do debate dos outros. A saúde pública e a política pública são intersetoriais. E a intersetorialidade tem de levar em conta todas as formas que a sociedade vem construindo para abordar o complexo problema das drogas. Portanto, temos de dialogar, também, com as comunidades terapêuticas e não colocá-las como adversárias da saúde pública, pois muitas vezes são consideradas adversárias por razões ideológicas. (Conselho Federal de Psicologia, 2010, p.44)

O autor acima expressa a sua crítica sobre a falta de diálogo ou até mesmo de troca de conhecimento e práticas entre as comunidades terapêuticas e segmentos da saúde pública e das políticas públicas. O mesmo defende que as ideologias de ambos, sejam deixadas de lado não despendendo tanta energia para enfrentamento, mas sim para uma troca de saberes e práticas para que se obtenham melhores alternativas e práticas de cuidado para as pessoas envolvidas em tratamento ao uso abusivo de drogas.

É impossível deixar de constatar que as comunidades terapêuticas estão inseridas de maneira significativa em nossa sociedade e, deste modo, são espaços que demandam estudos, pesquisas e investigações; constatação também realizada por Araújo (2003) em seu artigo *Comunidades terapêuticas: um ambiente de tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil*.

Anteriormente tínhamos mais comunidades terapêuticas precárias tanto em infraestrutura como nas utilizações de ferramentas terapêuticas discutíveis e mal planejadas. Provavelmente esta situação seja outra na atualidade, principalmente em razão dos movimentos de regulação e fiscalização destes estabelecimentos, realizados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e pela ANVISA. Sabe-se que este fato já levou algumas comunidades terapêuticas a fechar suas portas e outras a buscarem maior qualidade na prestação de seus serviços em função da elaboração de normas mínimas de funcionamento para este tipo de estabelecimento terapêutico (ARAÚJO, 2003).

Ao mesmo tempo em que ocorrem os maus exemplos de comunidades terapêuticas, existem comunidades com infra-estrutura de qualidade e que contam com profissionais especializados de diferentes áreas, entre eles médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, educador físico, terapeutas ocupacionais, etc.

Como explica Araújo (2003), os estudos acerca do tema das comunidades terapêuticas são praticamente nulos na literatura científica nacional, restritos a relatos da experiência de profissionais envolvidos nesse ambiente de tratamento, cabe aos espaços acadêmicos a busca por saber mais destes lugares comuns no cotidiano brasileiro.

Diante dessas constatações, este trabalho tem como proposta pesquisar as práticas corporais que ocorrem tanto em Caps ad, quanto nas comunidades terapêuticas, sendo este último espaço muito pouco trabalhado no meio acadêmico.

3. Dependência química e “Ser desejante”

Estudos arqueológicos apontam que determinadas pinturas deixadas pelos homens que viveram na Idade da Pedra, poderiam ter sido criadas sob efeitos do consumo de plantas psicotrópicas (LESSA, 1998). A relação do homem com substâncias psicotrópicas é tão antiga quanto a existência do mesmo bebidas alcoólicas estiveram presentes em diversas civilizações que se tem referência. A Bíblia, no livro do Gênesis, relata a embriaguez de Noé após o dilúvio, assim como o uso do vinho nas festas sagradas (SEIBEL; TOSCANO, 2001). Constatamos que até nos dias atuais o vinho se faz presente e é parte integrante das mais variadas cerimônias religiosas como: católica, judaica e do candomblé (LESSA, 1998).

Atualmente é notório o crescimento do número de pessoas que acabam desenvolvendo um quadro caracterizado como dependência química. Esta dependência (SANTANA, 2009) ocorre pelo fato da pessoa utilizar constantemente certas drogas psicoativas, acarretando em sintomas no Sistema Nervoso Central que implicam na própria dependência de determinada substância.

A dependência não é apenas o uso de grande quantidade de drogas e sim, a frequência com a qual o usuário faz o uso de tais drogas. Da mesma forma, qualquer droga é potencialmente tóxica e o grau de intoxicação depende da intensidade de seu uso (SEIBEL & TOSCANO JR., 2006).

Tiba (1998) coloca que dependência psíquica é uma etapa posterior a dependência psicológica, como é no caso da morfina, ópio, barbitúricos de ação curta, heroína, etc. O uso indiscriminado do álcool e outras drogas, pode determinar uma dependência no organismo do indivíduo, acarretando, também, em alterações neurológicas e-ou psicológicas do mesmo. Segundo (ROLNIK e FRANCO, 2006), a dependência química ainda é constituída por componentes distintos: à dependência psicológica e à dependência física. A primeira está relacionada ao desejo intenso de consumir a substância enquanto a segunda é associada ao conjunto de sintomas que segue do uso da mesma, ou seja, a síndrome da abstinência que leva o indivíduo a recorrer novamente ao uso de tal substância.

Entretanto, além das perdas ou alterações biológicas, orgânicas do usuário dependente químico, ele também enfrenta o abalo psicológico, emocional e – dependendo da perspectiva de sujeito – também o abalo espiritual. Em muitos casos nos quais o indivíduo vive longo período com o uso prejudicial de drogas, também ocorrem outras formas de perdas e sofrimento, como o comprometimento da qualidade de sua relação familiar, com os estudos,

com o trabalho e outras formas de lazer; não raramente ocorrendo também o envolvimento em delitos.

Para Silveira (1995), o dependente é uma pessoa que se encontra diante de uma realidade objetiva ou subjetiva insuportável, que não a conseguindo modificar ou se esquivar, resta-lhe como a única alternativa a alteração da percepção dessa realidade, que é feita pelo dependente, através das mais variadas substâncias psicoativas.

De uma maneira geral, a droga de maior acessibilidade é o álcool, e por isso ocorre um alto índice de usuários desta substância. Não é difícil encontrar a perspectiva na qual o álcool funcionaria como porta de entrada para o uso de drogas ilícitas. O álcool, como os soníferos, heroína, morfina, cola de sapateiro, bem como, os remédios ansiolíticos e antidepressivos e seus derivados, são drogas depressoras que tem como efeito principal retardar o funcionamento do organismo deixando todas as funções metabólicas mais lentas.

Há também o grupo das drogas alucinógenas, sendo as mais comuns a maconha, o haxixe, os cogumelos, o LSD e o ecstasy. Outro grupo é das drogas estimulantes, nas quais as mais conhecidas são as anfetaminas, a cocaína e seus derivados, no qual o crack vem se destacando por um número crescente de usuários no Brasil.

A dependência pelo uso do crack se expande de forma indiscriminada, favorecida por ser uma droga de baixo valor financeiro e que, aliada pelo seu rápido e impactante estímulo ao Sistema Nervoso Central, causa conseqüências relevantes e difíceis de sanar.

Contudo, a relação do sujeito com a droga não é algo fechado. De um lado, temos a perspectiva da dependência química para compreender o uso prejudicial de drogas. De outro lado, autores que divergem desta perspectiva enfatizam outros aspectos da existência humana, percebendo a pessoa que usa drogas enquanto um sujeito que deseja, enfim, um *ser desejante*. O desejo, segundo a psicanálise, é um impulso reconstitutivo, no sentido de restaurar estados perdidos; no institucionalismo, o desejo é iminente à produção, é uma força de criação, de invenção (BAREMBLIT, 1996). Essa definição de desejo expressa palavras-chave que deve-se ter em mente na composição de por exemplo um plano singular terapêutico, pois estamos falando de algo que necessita ser criado (o desejo é iminente à produção) e algo que é ser particular (singular) são peculiaridades para cada sujeito (invenção ou criação).

Retomando a via contrária a perspectiva da dependência química, nota-se que de certa forma essa perspectiva do sujeito desejante está intimamente ligada ao conceito de redução de

danos, compreendendo o sujeito como um “ser que deseja”, percebemos esse discurso no texto de Couto⁴:

...trabalho dentro da lógica da redução de danos e não da lógica ortopédica e higienista da abstinência, procurando fazer emergir o sujeito que está ali, existe ali um sujeito, um sujeito desejante, existe um sujeito que pode ter projetos de vida, que não está fadado a sucumbir ao mundo que o cerca (Conselho federal de Psicologia, 2010, p. 109).

A autora nos remete que ao olhar para a pessoa que faz uso abusivo de drogas, sem um olhar pré-estabelecido, estereotipado do sujeito, mas sim entender que naquela pessoa, existe um sonho, existe ou pode existir um projeto de vida. Nesta via, Couto coloca que:

...Renuncie a um posicionamento anterior, em geral fruto de nossa própria história, valores e preconceitos, que interfere diretamente na possibilidade de estabelecer uma relação terapêutica na qual o indivíduo possa optar, escolher o mais livremente possível, a forma como ele deseja ou pode se relacionar com as drogas (Conselho federal de Psicologia, 2010, p. 118).

Essa perspectiva tem como algo importante a liberdade do sujeito em fazer escolhas, se ele quer parar ou não de usar tal droga, se ele pretende ou não reduzir o consumo. Essa maneira de encarar a pessoa que faz uso abusivo de drogas, leva em consideração o desejo da mesma, entendendo também que por trás do profissional da saúde que irá intervir e dialogar com o sujeito está uma pessoa que igualmente têm desejos e objetivos.

Talvez o maior objetivo e desejo desse profissional seja entrar em acordó com a pessoa que usa droga, visando a composição de um plano terapêutico singular; um plano estabelecido por meio da troca de idéias, do diálogo, ouvindo, questionando e-ou levando o outro a refletir sobre o que é melhor para a sua qualidade de vida.

Trabalhando nessa mesma perspectiva e com a própria lógica da redução de danos, Petuco⁵ (2010) explica que um dos eixos principais da saúde é a “defesa dos direitos das

⁴ Marilda **Couto** Psicóloga atua na Coordenação de Prevenção, Tratamento e Redução de Danos de Consumo de Drogas (Cenpren), da Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos do Pará. Presidente do Conselho Estadual de Entorpecentes (Conen). **Roda de Conversa: a práxis do psicólogo em face das políticas públicas de atenção ao consumo de álcool e outras drogas.** Ocorrido no Seminário Nacional: Subjetividade do Consumo de Álcool e outras Drogas e as Políticas Públicas Brasileiras no dias 27 e 28 de novembro de 2008, em Brasília.

⁵ Denis Roberto da Silva **Petuco**, Sociólogo, educador popular, redutor de danos e terapeuta comunitário. É mestrando em Educação, membro do Grupo de Pesquisa sobre Educação Popular e Saúde da Universidade Federal da Paraíba e da Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA). **Entre macro e micropolíticas: o movimento social de redução de danos e o campo político reflexivo das drogas.** Ocorrido no Seminário Nacional: Subjetividade do Consumo de Álcool e outras Drogas e as Políticas Públicas Brasileiras no dias 27 e 28 de novembro de 2008, em Brasília.

peças que usam drogas”. Ele entende que só o fato de colocar-mos esta frase deste modo, com essas palavras, por si só produz alguns questionamentos (PETUCO, 2010):

...Não estamos falando aqui dos direitos dos usuários de drogas; tampouco estamos falando dos direitos dos toxicômanos; muito menos dos direitos dos dependentes químicos (Conselho federal de Psicologia, 2010, p. 75).

O autor nos convida a refletir que até mesmo as palavras referidas, por si só trazem significados e valores distintos. São conceitos diferentes, que refletem um pouco da realidade vivida pelas pessoas que fazem uso de drogas e todas as particularidades envolvidas.

4. Atividade Física e Práticas Corporais

O uso abusivo de diversas drogas é influenciado por múltiplos aspectos, sendo difícil prever quais pessoas ou comportamentos desencadearão o consumo indiscriminado por tais substâncias. Se a complexidade de fatores é inerente a essa problemática, não é surpresa que necessitemos de diferentes práticas para se efetivar o tratamento, podendo-se citar, entre elas, a educação para o lazer do dependente químico por meio de práticas corporais recreativas (GIMENO et al., 1998).

As práticas corporais como ferramentas no tratamento da dependência química é um campo aberto para explorarmos, seja ela em Caps ad ou em comunidades terapêuticas. Nesse contexto a atividade física entra como um componente no auxílio ao tratamento dos usuários que estão passando por momentos difíceis.

De acordo com Montti (2005), a atividade física é definida como um conjunto de ações individuais ou em grupo de pessoas e que implicam em gasto de energia e alterações do organismo por meio de exercícios que envolvem movimentos corporais, com aplicação de uma ou mais aptidões físicas, além de atividades mentais e sociais, de modo que terão como resultados benefícios à saúde.

Barbanti (2005) explica que, os atributos ligados qualidade de vida e a saúde devem, portanto, incluir o bem-estar ou capacidade de funcionamento razoável das funções físicas, mentais, intelectuais, emocionais, disposição para participar em eventos sociais, na família, trabalho ou na comunidade.

As práticas corporais proporcionam uma maior capacidade de trabalho físico e mental, conseqüentemente, uma maior sensação de bem-estar e disposição para os desafios que o dia-dia nos oferece (NAHAS, 2001).

No campo da saúde mental, as práticas de exercícios físicos colaboram na regulação de substâncias relacionadas ao sistema nervoso, melhorando o fluxo de sangue para o cérebro, além de colaborarem na capacidade de lidar com problemas de dependência e com o estresse. Ademais, auxiliam na manutenção da abstinência as drogas, no caso de ser esta a escolha do usuário. Embora também traga contribuições em outras propostas de plano terapêutico singularizado, corroboram na auto-estima do indivíduo; há redução de ansiedade e do estresse, ajudando no tratamento da depressão.

Segundo Matsudo (2000), a prática de exercício físico é um fator determinante na promoção da saúde e da qualidade de vida. Os principais benefícios dessa prática à saúde

referem-se aos aspectos antropométricos, neuromusculares, metabólicos e psicológicos, sendo este último aspecto fundamental de ser trabalhado no indivíduo que busca tratamento para a dependência química. As práticas corporais atuam na melhoria da auto-estima, do autoconceito, da imagem corporal, das funções cognitivas e da socialização, podendo acarretar na diminuição do estresse e da ansiedade e na redução do consumo de medicamentos.

Atualmente a Educação Física está predominantemente sendo discutida e relacionada à área das ciências biomédicas sendo vinculados os aspectos benéficos biologicamente. Porém, as contribuições desta área podem ir além como se referem Matiello et al, (2005):

visões limitadas ao aspecto biológico da relação saúde-doença, pautadas em tradição médico-higienista de reduzida ou inexistente reflexão acerca dos intervenientes sociais, econômicos, culturais e políticos na vida das pessoas, e equivocada simplificação do ato pedagógico (p.83).

Não se deve negar que a história da educação física teve uma forte ligação aos preceitos da higienização, eugeniação, militarização dos corpos, ordem médico-preventista e normalização escolar (CECCIM e BILIBIO, 2007). Entretanto, esta história não deveria impedir que houvesse outra corrente, ou outra forma de olhar e estabelecer práticas corporais mais voltadas para a valorização do ser humano como um todo, dotado de corpo, mente e alma.

Mendes e Medeiros (2008) comentam que, as intervenções que ocorrem na área da saúde em diferentes espaços, sejam eles públicos e privados, podem possuir esse caráter pedagógico reflexivo, que compreendam a potencialidade das práticas corporais na construção do sujeito, em contraposição a uma visão instrumentalista do corpo que o torna mero objeto nas relações entre lazer e saúde.

Atualmente vivemos a cultura do bem-estar, do consumo e da mídia que de certa maneira forma um tripé da nossa época, onde a atenção ao corpo se dá com uma visão volatizada do ser humano. O corpo tem sido focado e instrumentalizado como um produto que precisa ser desejado.

Neste contexto, cada sociedade destaca e valoriza determinadas formas de uso do corpo ou determinados movimentos corporais. Portanto, os corpos vão se diferenciando uns dos outros, em decorrência dos símbolos e valores que nele são colocados pela sociedade em cada momento histórico específico. (DAOLIO, 1994).

As práticas corporais no que diz respeito ao seu próprio conceito, se diferem, significativamente, dos conceitos de atividade física e exercício físico, pois considera o ser

humano em movimento, ou seja, estuda e considera a sua gestualidade, os seus modos de se expressar corporalmente, atribuindo valores, sentidos e significados ao conteúdo e à intervenção (CARVALHO, 2006). Agrega as mais variadas formas do ser humano se manifestar através e por meio do seu corpo e contemplar as duas racionalidades. Nesse sentido, as práticas corporais são “olhadas” a partir das ciências humanas e sociais, das artes, da filosofia e dos saberes populares, sem desconsiderar as ciências biológicas e naturais. Carvalho explica que:

A todo componente da cultura corporal são atribuídos valores, sentidos e significados e dessa constatação decorre que há sentido praticar ginástica aeróbica para algumas comunidades, mas não para outras. O jogo de futebol, por exemplo, é marcadamente uma modalidade com a qual se identifica o povo brasileiro, já a esgrima, o pólo e o xadrez não, ainda que seja possível fazer referência a alguns nomes de atletas brasileiros que se dedicam a estas modalidades. (p. 35, 2006)

As práticas corporais de cada localidade ou região estão enraizadas na cultura, na maneira de levar a vida de cada povo ou comunidade. Percebemos que possuímos diferenças dentro do próprio Brasil, por exemplo, a prática de uma brincadeira bem conhecida ‘amarelinha’, tem diferentes nomes em determinadas regiões, ela pode ser chamada: de Academia, Maré, Avião, Pular Macaco, Sapata, etc. (ROGÉRIO e MENASSI, 2010).

Entretanto, as possibilidades e intervenções que propiciam a vivência de práticas corporais necessitam passar por processos contínuos de desequilíbrio, construção e reconstrução de conhecimentos e atitudes que se expressem livremente, permitindo vivenciar as sensações do corpo e a descoberta do sentimento de alegria de “se-movimentar” (SILVA E DAMIANI, 2005).

As questões de ordem afetiva, emocional e cultural, como também os benefícios bio-fisiológicos que podem ser associados às práticas corporais desenvolvida com as pessoas que fazem o uso prejudicial de drogas são temas que ainda demandam maiores estudos.

Considerar com maior consistência os laços relacionais que podem ser instigados nos momentos em que as atividades ocorrem, a questão do prazer ao realizar uma atividade física, a alegria que pode surgir e ser sentida nos momentos onde o lúdico e o cooperativo se fazem presente; todos esses elementos são aspectos que podem e devem ser explorados para produzir mais sentidos para a Educação Física no contexto da saúde mental e, mais especificamente, na produção do cuidado às pessoas que sofrem em função do uso abusivo de drogas.

O papel da Educação Física como um instrumento a ser utilizado no tratamento de pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, precisa de fato ser observado, pesquisado e debatido. A Educação Física trabalha com esta área nobre, que é o próprio corpo e alma do

indivíduo, suas emoções e sensações que são experimentadas através do movimento, toque e pensamento.

5. O percurso e a história da pesquisa

A escolha do tema ocorreu em razão do alto índice de pessoas que fazem uso abusivo de drogas, ao mesmo tempo por eu viver essa realidade de ter pessoas próximas enfrentando esta dificuldade. Muitas vezes o uso prejudicial de drogas acarreta perdas significativas em relacionamentos afetivos com familiares e amigos, em prejuízo na área profissional e social.

Com relação ao objeto de estudo, a presente pesquisa partiu com as seguintes indagações: são as mesmas práticas corporais que ocorrem no contexto dos Caps ad e nas comunidades terapêuticas religiosas? Como acontecem num lugar e como ocorrem no outro? Quais as especificidades destas práticas em ambos os locais?

O objetivo geral deste estudo foi verificar que elementos das práticas corporais estão sendo trabalhados tanto em um Caps ad como numa comunidade terapêutica. Já os específicos foram: 1) identificar a concepção de corpo e de movimento corporal humano dos profissionais dos distintos espaços; 2) identificar os modos de condução e avaliação, qual a maneira que os profissionais conduzem e avaliam as práticas corporais existentes nos dois espaços.

A investigação caracterizou-se como um estudo exploratório de caráter qualitativo, tendo o espaço onde ocorrem as práticas corporais, como campo para a coleta dos dados. Este “interesse em estudar o homem inserido em seu contexto de vida sociocultural, visando a interpretar os significados de fenômenos relacionados à vida do homem como ser histórico e cultural” (VILA, et al, 2007, p. 240) vem sendo desenvolvido e cada vez mais aprimorado pelas ciências sociais, desde o final do século XIX através da pesquisa qualitativa. Este tipo de pesquisa também vem constituindo significativamente o chamado campo da saúde coletiva, trazendo relevantes contribuições para área da saúde.

Uma importante consideração a ser explicitada é que o propósito desta pesquisa não é a comparação entre o Caps ad e a Comunidade Terapêutica. O presente estudo tem como foco de suas análises as práticas corporais voltadas para a recuperação da saúde de pessoas que fazem o uso abusivo de drogas.

Deste modo, a proposta foi observar as práticas corporais que foram desenvolvidas e observadas no Caps ad III que pertence ao Grupo Hospital Conceição localizado no na zona norte do município de Porto Alegre e na comunidade terapêutica Bom Samaritano situado na cidade de Capão de Canoa.

A escolha dos locais de pesquisa ocorreu prioritariamente pela proximidade geográfica da região na qual reside o pesquisador; aspecto facilitador da pesquisa que se realizou. Esses

locais também foram escolhidos em razão de ter um Educador Físico trabalhando, mesmo que seja como voluntário em um dos casos. Não foi uma tarefa fácil identificar um Educador Físico em ambos os locais para que a pesquisa ocorresse.

A coleta dos dados ocorreu por meio de uma observação e de uma entrevista semi-estruturada. A observação foi realizada durante três participações como observador na oficina de prática corporal em cada um dos espaços. São diferentes os nomes com os quais tais atividades podem ser reconhecidas, atividade física, prática corporal, expressão corporal, oficina de jogos, aula de dança, dinâmicas corporais e outros.

O que marca as atividades a serem observadas é sua característica como uma prática do movimento corporal humano e que envolvem as lutas, os jogos, as danças e a ginástica. A proposta da observação visou criar condições de olhar, escutar, sentir em ato como estas práticas ocorrem em um lugar e em outro, quais as influências e quais as características específicas em acontecerem em um Caps ad e em uma comunidade terapêutica.

De acordo com May (2004, p. 149), a entrevista semi-estruturada é forma de abordagem que tem por princípio o caráter aberto, ou seja, o entrevistado responde as perguntas dentro de sua concepção, tendo por norte as perguntas formuladas. Gil (1999, p. 120), explica que tal forma de abordagem permite ao entrevistado falar livremente sobre o assunto, mas, quando este se desvia do tema original, o entrevistador esforça-o para a retomada ao foco. Percebe-se que nesta técnica o pesquisador não pode se utilizar de outros entrevistadores para realizar a entrevista, mesmo porque, se faz necessário um bom conhecimento do assunto.

Foram entrevistados dois professores de Educação Física, um responsável pela condução das atividades no Caps ad III e outro responsável pela oficina na comunidade terapêutica Bom Samaritano. A entrevista foi semi-estruturada, mas sendo norteadas por seis questionamentos estabelecidos no projeto e posteriormente descritas no trabalho.

Os conteúdos das entrevistas foram gravados em áudio e já transcritos nesta pesquisa, onde foram também analisados. Entretanto, não houve nenhum registro de imagens e deste modo, minimizou-se o risco de identificação das pessoas envolvidas na pesquisa. Os registros das entrevistas e das observações estão disponíveis apenas para o pesquisador e seu Orientador e durante somente até a conclusão de todos os trabalhos desta investigação. Após a conclusão e aprovação deste trabalho os registros serão apagados evitando a possibilidade de algum outro uso destas informações. Outro cuidado ético que ocorreu, foi a preservação dos

nomes dos participantes (usuários dos serviços) não sendo publicados (nem tão pouco anotados).

Já a análise dos dados sobre a perspectiva de diversos autores, busca relatar a análise da vida cotidiana conduzida pela sociologia que se apresenta como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido na medida em que forma um mundo coerente (BERGER & LUCKMANN, 1987). A experiência da vida cotidiana envolve processos simbólicos e, portanto processos de significação referentes a diferentes realidades que estão relacionadas à interpretação dos agentes sociais, ou seja, à representação social dos significados.

Para verificação e discussão dos dados foi utilizada a análise de conteúdo que segundo Bardin (2002, p. 31) é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. As observações das próprias práticas serviram também como elementos de complementação crítica dos elementos extraídos das entrevistas semi-estruturadas.

Após a coleta de dados, se extraiu elementos que foram expostos e discutidos com o Orientador deste trabalho, a partir de categorias e subcategorias de análise. Trivinos (1987) ressalta as três etapas enfatizadas por Bardin, como sendo básicas nos trabalhos com a análise de conteúdo. A pré-análise seria a organização do material, de todos os materiais a serem utilizados para a coleta dos dados, assim como também os outros materiais que podem ajudar a entender melhor o fenômeno e fixar o que o autor define como corpo da investigação referida, que seria a especificação do campo que o pesquisador deve centrar a atenção.

A descrição analítica é a etapa em que o material reunido que constitui o corpo da pesquisa é mais bem explorado e aprofundado, sendo norteado em princípio pelas hipóteses e pelo referencial teórico, surgindo desta análise quadros de referências, buscando sínteses coincidentes e divergentes de idéias.

Já a última etapa foi a de interpretação referencial, sendo a fase de análise propriamente dita. A reflexão, a sensibilidade, a intuição, com o embasamento em materiais empíricos, que se estabeleceram nas relações com a realidade aprofundando as conexões das idéias.

Trivinos (1987) também observa que deve ocorrer uma interação dos materiais, não devendo o pesquisador restringir sua análise ao conteúdo manifesto dos documentos, buscando aprofundar a análise e desvendar o conteúdo latente, revelando ideologias e tendências das características dos fenômenos sociais que é analisada, ao contrário do conteúdo manifesto que é dinâmico, estrutural e histórico.

Contudo, também é necessário ter um olhar e uma observação apurados, visando uma melhor compreensão das realidades a serem pesquisadas. Nesta direção, Adorno e Castro (1994, p. 183) chamam a atenção para o significado de ter sensibilidade diante da pesquisa “como algo que imporia a necessidade de desenvolver uma nova sensibilidade”. Estes autores advogam pela possibilidade de conseguirmos enxergar os desafios que surgem no campo da saúde pública, questionando como pesquisar as diferentes ameaças aos modos de existir, “do envelhecimento, da doença aniquiladora, do prazer e de seu definhamento, das novas sensações e das outras tantas violências, sem que tenhamos nossa pele e nosso olhar para esse mundo, impregnados pela força da sensibilidade?”

Provavelmente este seja o principal desafio de coleta e análise dos dados deste exercício investigatório. Manter a referência ética e estética do necessário respeito advindo da sensibilidade diante da complexidade de interagir com pessoas que vivenciam práticas corporais em diferentes contextos terapêuticos voltados ao tratamento do uso abusivo de drogas.

6. As entrevistas: onde e quem?

Entrevistado nº 1

Entrevistado nº 2

Prof. Francisco Krauspenhar Neto

Prof. Felipe Pacheco

As seguintes perguntas foram respondidas pelos professores:

1. Com qual concepção de corpo você trabalha nas atividades?
2. Quais as práticas corporais que ocorrem neste espaço?
3. No espaço da oficina (ou outro espaço), qual é o seu principal objetivo?
4. Os usuários têm espaço para críticas e sugestões sobre as atividades realizadas?
5. Como a proposta terapêutica da instituição influencia as práticas corporais desenvolvidas?
6. As suas conclusões sobre a singularidade de cada usuário são discutidas com a equipe multiprofissional ou repassadas a algum superior?

A primeira entrevista ocorreu com prof. Francisco da Comunidade Terapêutica Bom Samaritano, localizada no litoral, na praia Arroio Teixeira que pertence ao município de Capão da Canoa. A comunidade terapêutica fica estabelecida em um prédio de dois andares, onde o andar superior é distribuído entre os quartos e os consultórios do psicólogo e psiquiatra. No andar térreo está localizada a cozinha, o refeitório e uma área coberta onde ficam os aparelhos de musculação.

Ao chegar neste espaço fui muito bem recebido, tanto pelas pessoas que estavam em tratamento quanto pela equipe (Psicólogo, Educador Físico e Monitor). Conversei com a maioria deles, alguns gostavam de dialogar mais e falavam de suas vidas, seus sonhos e por vezes de suas angústias e medos, já outros ficavam um pouco mais reservados, observando.

A comunidade terapêutica está situada há duas quadras do mar, em um local tranqüilo, que no inverno lembra em muito um bairro de uma cidade pequena de interior, por sua visível calma. O prédio é cercado de moradores ao seu redor, tendo também algumas casas de veranistas, do comércio local e o centro da própria praia de Arroio Teixeira.

O ambiente após a oficina foi bem descontraído, na maioria das oportunidades eles tocavam violão e cantavam diversas músicas de bandas contemporâneas e algumas de composições próprias de boa qualidade. Notei que a maioria sabia tocar violão e alguns possuem uma voz afinada e dom para cantar. Segundo o professor Francisco, anteriormente a

sede era em Capão Novo onde o local era menor, porém havia uma piscina que ele por vezes utilizava em sua oficina. Em seguida fomos ao centro de Capão da Canoa onde o prof. Francisco reside e concedeu a entrevista.

Em relação a entrevista com o outro Educador Físico, o primeiro contato foi na sede do Caps ad III localizado na zona norte da cidade de Porto Alegre em uma avenida de grande fluxo de carros e ônibus. Fui muito bem recebido pelo vigia e pelas funcionárias da recepção. Eles me informaram que tinha uma oficina com Educador Físico uma vez por semana e que era o Prof. Felipe que atuava como voluntário, disseram ainda que a oficina acontece na Associação de Moradores Vila Elizabeth e Parque – AMVEP.

Após o comitê de ética pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição aprovar o projeto dessa pesquisa, André, coordenador do Caps ad III, me deixou a vontade para observar como a oficina acontece e realizar a entrevista com Prof. Felipe.

As primeiras observações iniciaram-se na sede do Caps ad III, onde havia uma Kombi para deslocar os usuários até o local onde eles realizavam a oficina. Nas últimas observações me desloquei direto a AMVEP, o local tem uma boa estrutura para acolher as atividades da oficina e na frente tem uma praça com um espaço bom para práticas corporais.

Na oficina tive uma recepção agradável com uma enfermeira da equipe que estava presente no primeiro dia. Já em outros momentos também se fizeram presentes alguns residentes, embora as presenças freqüentes fossem do Prof. Felipe e do André; coordenador do serviço. Ambos me deram abertura para o diálogo com os usuários e sempre foram prestativos para me explicar um ou outro detalhe da oficina.

Já com os usuários eu tinha uma boa relação, alguns deles estavam presentes nas diversas vezes que estive observando as práticas que ocorriam na oficina, com essas interações anteriores se estreitaram os laços de relacionamento. A troca, o diálogo e até mesmo as brincadeiras entre eles correm solta na parte inicial da oficina, que normalmente acontece em roda onde eles realizam alongamentos e mobilizações articulares.

Em relação ao tipo de vínculo trabalhista, este ocorre de maneira diferente nos dois logares. O prof. Francisco trabalha como autônomo, tem a sua carga horária de 1 hora e 30 minutos por semana (nas terças-feiras). Ele comentou que anteriormente eram duas vezes por semana, pois havia um número maior de usuários em tratamento, no caso da comunidade terapêutica – (CT) é ela mesma quem paga o trabalho exercido pelo prof. de forma mensal. Já o prof. Felipe trabalha 2 horas semanais (nas sextas-feiras), como voluntário do Caps ad III, embora receba uma ajuda de custo mensal, que ocorre através de alguns patrocinadores (tanto

pessoa física como jurídica), pois o mesmo não tem vinculação com o GHC que é responsável por este Caps. Ou seja, nos dois espaços o vínculo trabalhista ainda é consideravelmente frágil para viabilizar as práticas corporais.

O prof. Francisco dentro do universo da Educação Física tem experiência e trabalha com futebol (jogou diversas competições a nível municipal e estadual, atualmente apita jogos e trabalha também como instrutor de musculação), além das aulas na CT. O prof. Felipe trabalhou por dois anos no Hospital Psiquiátrico São Pedro, já teve experiência com Ginástica Laboral e atualmente trabalha também em academia, como instrutor de musculação, embora nenhum dos professores possua especialização na área da saúde mental ou outra especialização na área da saúde.

Na CT as aulas ocorrem no pátio da casa que possui um espaço amplo ou na beira da praia, pois a CT está localizada a duas quadras do mar. No Caps as atividades acontecem na AMVEP (Associação de Moradores Vila Elizabethe e Parque) tem um espaço com cadeiras e mesas (salão) e na parte dos fundos possui uma quadra poliesportiva coberta. Na frente da AMVEP, também tem uma praça, onde por vezes se realizam atividades.

6.1 Bate-papo, conversa, perguntas e respostas...

1. Com qual concepção de corpo você trabalha nas atividades?

Prof. Francisco: tenho uma visão que a Educação Física é de fato uma ferramenta para promoção a saúde e qualidade de vida, através do próprio corpo, muito embora minhas experiências profissionais sejam nas áreas do futebol (esporte / auto-rendimento) e como personal trainer⁶ em academias. Estes outros ramos tendo temáticas de corpo diferente das quais defino como ideal para ser conduzida na comunidade.

⁶ Treinador pessoal (do inglês *personal trainer*) é um profissional obrigatoriamente com formação em Educação Física e habilitado através do Conselho Federal de Educação Física, que está capacitado a ministrar e supervisionar os treinamentos seguindo os objetivos de quem o contrata e respeitando os Princípios Básicos do Treinamento.

No futebol o importante é o resultado da equipe e na academia uma alta porcentagem de frequentadores, realiza musculação ou outros tipos de aula, com ênfase em um padrão corporal estético, amplamente difundido por nossas mídias atuais. Embora, seja importante frisar que temos um público que faz musculação e outras aulas na academia que visam sim, o aspecto de uma melhor qualidade de vida e a sua saúde com um todo.

Prof. Felipe: eu faço as atividades com eles, cada um no seu limite. Porque eu tenho no mesmo grupo algumas mulheres e homens de diversas faixas etárias, como jovens, adultos e idosos. Temos exemplo de um usuário que quase não faz atividade propriamente física, mas este é um espaço deles também se socializarem, de estar juntos, contar piadas e etc. Penso que este espaço não é para treinamento físico ou técnico de alguma modalidade, mas sim um ambiente para eles estarem realizando atividades com o seu corpo e mente.

2. Quais as práticas corporais que ocorrem neste espaço?

Prof. Francisco: trabalho com atividades lúdicas e recreativas. Durante um bom período trabalhei com jogos, pois muitos gostam de jogar futebol, a caminhada externa tem boa aceitação também dos usuários. Já tivemos aulas de aéreo-boxe e hidroginástica.

Alguns dos usuários gostam da musculação, em virtude da comunidade ter um espaço com alguns aparelhos, eles podem realizar exercícios durante o decorrer da semana, no horário do tempo livre. Todos realizam as tarefas normais de uma casa, como: limpar a casa, lavar roupa, cozinhar, serviços de manutenção do pátio. Oficina com gesso, sendo um trabalho mais manual.

Prof. Felipe: aqui no Caps a gente inicia as atividades com movimentos articulares e alongamentos, tanto sentado como em pé, cada usuário vai indo no seu ritmo, por vezes alguém para de fazer a atividade, mas continua na roda, conversando ou contando uma piada. Eu não cobro deles como se os mesmo fossem atletas, nosso objetivo não é este.

A outra atividade que ocorre após a parte inicial, é futebol. A maioria dos usuários é do sexo masculino e esperam ansiosamente por este momento. Tem algumas mulheres que jogam também e simultaneamente tem uma mesa ao lado, para aqueles que não jogam futebol ter outra opção que por hora é o jogo de cartas, já foi anteriormente domino.

3. No espaço da oficina qual é o seu principal objetivo?

Prof. Francisco: meus maiores desafios são que os usuários tenham uma consciência corporal melhor do que quando entraram aqui na comunidade terapêutica. Que todos ou que a grande maioria participe da oficina e se envolvam em realizar outras práticas físicas durante a semana. Práticas corporais que vão lhes trazer prazer, auto-estima, confiança, sociabilização com os demais, e também a própria promoção a saúde física e mental dos mesmos.

Prof. Felipe: o primeiro aspecto no meu ver é o lazer e a interação social, o aspecto da sociabilização está na frente das práticas corporais ou da atividade física por si só. Muitos deles não trabalham, estão aqui na oficina e se não tivessem, poderiam estar bebendo ou fazendo uso abusivo de drogas nas ruas. Outro espaço que a oficina proporciona é o fato de proporcionar a todos os usuários em tratamento, não importa se ele entrou esta semana no Casp ad III ou está a mais de ano, qualquer um pode se fazer presente, para ter aqui um espaço de diálogos, de conversar uns com os outros, interagir comigo ou com o André. Nós sabemos que existe preconceito com relação ao usuário de drogas, não é todos os lugares que eles são bem quistos ou bem vindos.

4. Os usuários têm espaço para críticas e sugestões sobre as atividades realizadas?

Prof. Francisco: eles são livres para dar opiniões e sugestões de atividades futuras. Penso que tem de se ter um cuidado, porque a maioria vai querer aula só de futebol. Sabemos que nem todas as pessoas adoram jogar este esporte. Mas procuro ter um diálogo franco e aberto com eles.

Prof. Felipe: eles podem falar comigo ou com o André (coordenador do CAPS, que quase sempre está presente nas sextas-feiras, dia da oficina) para sugerir outras atividades ou comentar algo que poderia ser revisto ou alterado.

5. Como a proposta terapêutica da instituição influencia as práticas corporais desenvolvidas?

Prof. Francisco: a proposta do Bom Samaritano na relação com as práticas corporais é boa, pois conheço outras comunidades terapêuticas que não tem essa abertura para realizar atividades corporais, tanto neste horário da oficina, como durante o decorrer da semana ele também tem espaços e liberdade para caminhar, aparelho de musculação e outros equipamentos disponíveis.

Prof. Felipe: nós seguimos algumas rotinas que compreendem o dia-a-dia do Caps ad III, que seria com relação a aos aspectos da disciplina, da participação, do comprometimento com horário. Neste espaço que acontece externamente, ou seja, fora do Caps ad III, sendo única oficina, nestes moldes, tendo a sua rotina semanal assim. Entendo que temos uma autonomia com relação às práticas que ocorrem neste espaço, até porque cada profissional tem o conhecimento de sua área específica.

6. As suas conclusões sobre a singularidade de cada usuário são discutidas com a equipe multiprofissional ou repassadas a algum superior?

Prof. Francisco: no próprio plano de aula tem um campo de observação e neste espaço escrevo a percepção que tive de cada usuário naquela aula específica. Antes de iniciar a oficina converso com o monitor que me passa como foi à semana deles ou quando chega alguém novo também.

Prof. Felipe: o André, coordenador do Caps ad III está sempre presente em nossa oficina, ele é quem leva para as reuniões os acontecimentos e as particularidades de cada usuário, fatos que foram gerados em nossa atividade. Além disso, em algumas oficinas os residentes também se fazem presentes.

6.2 Observações na Comunidade Terapêutica Bom Samaritano

Essa comunidade terapêutica tem uma particularidade, de estar colocada em uma área que não é como a maioria das outras comunidades terapêuticas, que estão em lugares afastados de alguma convivência social externa. A maioria delas tem difícil acesso ou se localizam em uma zona rural, essa é situada na praia de Arroio Teixeira, em um bairro residencial/comercial rodeada de casas de moradores ou veranistas além do comércio local.

O horário da oficina é das 15h00min às 16h30min, neste dia tinha nove usuários que se encontravam em tratamento. Dois deles estavam dormindo outros dois estavam fazendo algo na cozinha e outro tomando chimarrão. Observei a prática do educador físico Francisco K. Neto em uma terça-feira, ele se apresentou com uma bola de basquete trazendo uma proposta de jogar no pátio onde se encontra uma cesta de basquete.

Quatro deles estavam dispostos a fazer a atividade proposta, porém, um deles gostaria de caminhar na rua alegando que “*gostaria de ver umas gurias*”. Todos os usuários estão na faixa dos 20 aos 30 anos e são solteiros, alguns tinha namorada quando entraram para tratamento. Eles podem sair com o monitor para ir ao mercado ou caminhar pelo bairro ou ainda ir a praia, nos horários estabelecidos ou sempre que necessário.

Nesta situação citada anteriormente pude perceber que os usuários têm espaço para colocar suas vontades, desejos e momentos de diálogos entre eles e o professor. Após esse debate eles começaram a jogar basquete, pois foi o que a maioria decidiu. Ao mesmo tempo um dos usuários que estavam na cozinha, saiu para varanda e começou a tocar violão e cantar.

No decorrer da atividade um dos usuários saiu para tomar banho, isso gerou a falta de uma pessoa para continuar o jogo de duplas, neste momento os usuários que estavam jogando insistiram com outro usuário que estava fumando para ele dar um tempo no cigarro e jogar. Ele demorou um pouco e em seguida foi jogar.

Após terminarem aquela partida, o usuário que entrou na atividade por ultimo propôs uma atividade diferente, ainda era basquete só que um jogo diferente, onde podia usar ainda mais o contato do corpo o *jogo de corpo* e seria individual e não mais em dupla. Foi um jogo de muito contato físico, confesso que observando achei que poderia surgir alguma rivalidade ou uma discussão, mas isso não aconteceu em nenhum momento.

Em meio a oficina, mais uma pessoa estava conhecendo as dependências da casa para iniciar tratamento. Posteriormente a oficina, ficamos em uma roda compartilhando um

chimarrão conversando sobre diversos assuntos, cada pessoa era oriunda de uma cidade diferente.

Um dos usuários que estavam dormindo acordou e indagou o professor: Porque não me acordou? Eu queria jogar basquete! O professor Francisco disse que tentou, mas na conseguiu acordá-lo.

Nesse meio tempo percebi que no mínimo três deles tocavam violão, um deles se destacava pela voz, cantava muito bem. Eles ficaram cantando e tocando musicas conhecidas na parte final cantaram quatros musicas de autoria deles mesmos, musicas de qualidade. Em tom de brincadeira um deles comentou para que eu não gravasse as músicas deles, para não ter o risco de passar a outros músicos gravarem as obras que eles produziram.

6.3 Observações no Caps ad III

Estive observando a oficina no Caps ad III por três vezes. Para iniciar a oficina, os usuários são transportados por uma Kombi, que leva os mesmos até o local, porém, alguns deles moram perto e vão direto a AMVEP (Associação de Moradores Vila Elizabethe e Parque). O André enfermeiro e coordenador do Caps ad III, se faz presente na oficina na grande maioria das vezes, quando ele não pode vai outro enfermeiro. Em uma das oportunidades em que estive lá, foi uma enfermeira. Em outras duas oportunidades estiveram presentes também outros profissionais residentes, como Médico, Psicóloga e Terapeuta Ocupacional.

O prof. Felipe inicia com os usuários sentados, realizando alongamentos e movimentos articulares, logo após eles realizam outros alongamentos e movimentos articulares em pé, com uma música de fundo. Em uma das oportunidades, ele realizou essa parte inicial na calçada, pois o céu estava sem nuvens e a temperatura agradável para a prática ao ar livre.

Neste primeiro momento em que eles realizam atividade física ao mesmo tempo ocorre uma grande sociabilização entre os usuários, eles conversam sobre diversos assuntos, contam piada, brincam um com o outro. Como a maioria dos usuários é do sexo masculino um dos assuntos prediletos na 'roda de conversas' acaba sendo o futebol.

Como o próprio prof. Felipe colocou na entrevista, “cada um no seu ritmo”, o usuário vai realizando as praticas dentro do seu limite físico, percebi que em alguns momentos eles fazem um pouco mais lento do que o professor ou até mesmo dão uma descansada em meio a atividade proposta.

Em uma oportunidade que eu estava observando, um dos usuários fez caminhadas e Cooper na praça em frente ao local da oficina, ao invés dos exercícios propostos da parte inicial. Depois o mesmo chegou para a parte do Futsal e jogou por uma hora como goleiro.

Na ultima oportunidade que estive na oficina a parte inicial foi na praça com caminhada e alguns alongamentos, aproveitando uma manhã linda de sol do mês de janeiro. Neste mesmo dia, tinha uma usuária do sexo feminino que ficou compartilhando sobre assuntos do dia-a-dia, como por exemplo, sobre quais as oficinas que ele freqüentava. Nesta ocasião ela citou que oficina especifica de atividade física e futebol era um espaço de estar com as outras pessoas que se tratam no Caps ad III, de se relacionar com os demais e o fato de estar compartilhando uma atividade com os demais era algo que lhe dava prazer.

7. Considerações finais

Ao longo destes últimos meses, observei as oficinas de práticas junto ao Caps ad III e na comunidade terapêutica Bom Samaritano. Tive experiências e contato com a realidade vivida nestes dois contextos, diferentes, mas com um objetivo em comum, que é o de proporcionar uma melhor qualidade de vida para os usuários destes serviços. A convivência com os professores e usuários foi muito enriquecedora não só para a realização dessa pesquisa, mas também para minha formação acadêmica e, sobretudo, pessoal.

Em ambos os locais de pesquisa identifiquei expressões das práticas corporais associadas às diversas formas pelas quais os usuários fazem o seu uso, seja pela utilização moderada, regular, ou exaustiva do corpo. Nos dois lugares havia aqueles que realizavam as atividades com pouco esforço físico e outros de forma bastante exaustiva fisicamente. Também observei representações do corpo relacionadas à saúde e a estética. Muito embora a compreensão de saúde geralmente está relacionada a uma idéia de normalidade biológica e psicológica e ligada ao modelo de estética que é caracterizado pela magreza; pelas formas que a mídia apresenta de *corpo perfeito*.

Encontrei também sentidos relacionados a itens como lazer e prazer, associados à certa “tensão” agradável e ao autocontrole emocional/mental. Existem ainda sentidos ligados à racionalização do corpo e do movimento, seja na flexibilidade e adaptação de regras ou na utilização do tempo e do espaço; nos dois espaços estes elementos estavam presentes.

Na perspectiva de contemplar aos objetivos propostos por esta pesquisa, compreendo que as práticas corporais que observei nos dois espaços pesquisados, em muito pouco se diferem uma da outra. Na oficina da comunidade terapêutica todos são usuários do sexo masculino, no Caps ad III é praticamente igual com raras exceções. Em razão deste fato é que ambas as oficinas dedicam boa parte do seu tempo a uma modalidade esportiva: o futebol, uma paixão nacional que invade o Caps ad e a comunidade terapêutica. No próprio Caps ad III com futsal em todas as aulas e na comunidade terapêutica variando entre futebol, basquete e vôlei. Na oficina do Caps ad III percebi que eles esperam ansiosamente pelo momento do futsal, este fato foi comentado pelo próprio professor e também por uma das usuárias.

As práticas corporais das diversas sociedades tradicionais colaboram para que valores, costumes, normas sociais e comportamentos desejados sejam, assimilados por meio dos corpos dos indivíduos, tendo como base suas tradições. Com base nestes aspectos a diferença

que observei, é que os usuários do Caps ad III tem na sua fala algumas gírias de uma ‘maladragem’ de cidade grande, na qual não percebi na comunidade terapêutica.

Percebi nas oficinas do prof. Felipe (Caps ad III) um entendimento maior da relação da própria Educação Física com a Saúde, entendo que não só a parte física, o gasto energético em si é o bem maior que o espaço da oficina pode proporcionar, mas sim o lazer, a socialização, a convivência entre os pares. Acredito que este fato se deve pelas experiências anteriores que o prof. Felipe obteve em espaços parecidos.

Já o prof. Francisco (comunidade terapêutica Bom Samaritano) no meu entendimento conduziu muito bem o aspecto da autonomia de cada usuário. Nas oportunidades em que estive na oficina, sempre ocorreu momentos de diálogos e trocas entre os próprios usuários e também com o professor.

Entendo como conduções de aula são diferentes, até porque são realidades distintas, onde o Caps ad III tem uma quadra poliesportiva coberta, então nos dias de chuva a programação segue normal, já na comunidade eles realizam a atividade na chuva ou tem que se fazer uma modificação na proposta. Acredito que por essa razão é que acabam ocorrendo e sendo trabalhadas diversas modalidades esportivas e práticas corporais na comunidade terapêutica, no Caps ad III já tem uma rotina, um esqueleto pronto de aula, que quase nunca se alterou.

Entretanto, observei que as práticas corporais que aconteciam no Caps ad III serviam de fonte para maiores subsídios para composição da singularidade do tratamento das pessoas, pois era observada ou até mesmo interagida por outros profissionais da equipe, como residentes e enfermeiros além do prof. de Educação Física.

Penso que as práticas corporais podem agregar um conjunto de ações voltadas para o cuidado com o corpo como um todo e à medida que trabalhamos com um conceito ampliado de atenção a esta pessoa, multiplicamos as possibilidades de ação com o mesmo.

Chego ao final da pesquisa, refletindo sobre as tensões citadas na mesma, tanto da perspectiva da pessoa que faz uso abusivo de drogas ser um dependente químico é um ‘ser desejante’, acredito que ponderações de ambos os lados tem coerência em seus discursos e creio que o diálogo e o trabalho em ambas as frentes são relevantes neste processo de mudança da nossa realidade. Nesta direção, entendo que o melhor seria defender a multiplicidade de olhares para com os usuários, como Verona⁷ (2010, p. 21) coloca:

⁷ Humberto Verona Psicólogo, presidente do Conselho Federal de Psicologia. **Mesa de abertura no Seminário Nacional: Subjetividade do Consumo de Álcool e outras Drogas e as Políticas Públicas Brasileiras** no dias 27 e 28 de novembro de 2008, em Brasília.

devemos defender uma posição de respeito ao sujeito e perceber o usuário a partir de olhares e compreensões múltiplas. Defendemos a construção de políticas públicas que articulem diferentes setores do Estado: Saúde, Educação, Justiça, Direitos Humanos; e diferentes segmentos sociais: profissionais, usuários, movimento social. (Conselho Federal de Psicologia, 2010, p.100)

Creio que na composição múltipla de olhares como está na Bíblia em Provérbios 11.14 “na multidão de conselheiros há sabedoria”. Uma multiplicidade na maneira de olhar a pessoa que faz uso prejudicial de drogas seria a melhor forma para evoluirmos para um patamar superior, acima das nossas ideologias e preferências pessoais.

A própria Paulina Duarte, que atualmente é responsável pela Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD) coloca que a política nacional está fundamentada em torno de cinco eixos: “1) prevenção; 2) tratamento; 3) recuperação da inserção social e redução de danos sociais e da saúde; 4) redução da oferta e; 5) estudos, pesquisas e avaliações”. (CFP, 2010, p. 28). Se um dos eixos é exatamente o item do tratamento, entendo que os Caps ad assim como as comunidades terapêuticas são relevantes, para que isso se cumpra em nosso país. E o próprio diálogo entre as diferentes correntes poderia beneficiar e aprimorar ambos os tipos de tratamentos. Não entendo que a melhor solução seria simplesmente fechar as comunidades terapêuticas, que dão conta de tratar mais de 80% da população de usuários com uso abusivo de drogas. Embora preconize que as mesmas devam ser fiscalizadas pela vigilância sanitária e demais órgãos competentes.

Com relação à tensão que está colocada no cotidiano da Educação Física, entendo que é uma linha muito tênue entre atividade física e práticas corporais. Na prática pelo que percebi nas próprias oficinas nos dois locais, observei que teve momentos na mesma oficina que se encaixaria como práticas corporais já outros momentos onde estava mais presente o exercício a atividade física.

Entretanto, observei que ocorrem sim, semelhanças e algumas poucas diferenças nas práticas corporais investigadas nestes dois espaços, cabe aqui a ressalva que as observações ocorreram somente em um Caps ad que realmente são escassos e em uma comunidade terapêutica, essa sim, uma em um universo de centenas em nosso Estado.

Contudo a Educação Física se faz pouco presente na colaboração ao tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de drogas. No meu entendimento nós Educadores Físicos podemos ter um espaço e uma atuação maiores e mais relevantes do que a existente.

8 Referências

- ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira; CASTRO, Ana Lúcia de. **O exercício da sensibilidade**: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. São Paulo, 1994. Disponível em: [<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/09.pdf>]. Acesso em: 08 set, 2011.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. **A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial**: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001. Disponível em: [http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n58.pdf#page=28]. Acesso em: 25 jul, 2011.
- ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Resolução 101/ 2001**. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm]. Acesso em: 30 dez, 2011.
- ARAÚJO, M. R. **Comunidades Terapêuticas**: um ambiente de tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil. São Paulo, 2003. Disponível em: [http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as_137.htm]. Acesso em: 27 jul, 2011.
- BARBANTI, V. J. **Atividade Física e Saúde**. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*; v.10, n.4, 2005.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes**: teoria e prática. 3a ed., Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1996.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 1987. 248 p.
- BÍBLIA. **Bíblia Sagrada**: antigo e novo testamento: nova Tradução na linguagem de hoje. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2000. 864 p.
- BILIBIO, Luiz Fernando; CECCIM, Ricardo Burg. Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, Alex Branco. WACHS, Felipe (orgs.). **Educação física e saúde coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 47-62.
- BORDO, Susan R.; JAGGAR, Alison M. (Org.). **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Álcool e redução de danos**. Brasília: MS, 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CAPS**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1]. Acesso em: 25 jul, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados 8**, Brasília, MS, Ano VI, n. 8, jan. 2011.

CARVALHO, Yara Maria de. Promoção da Saúde, Práticas Corporais e Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saudefamilia/revista_saude_familia11.pdf]. Acesso em: 06 jan, 2011.

COSTA, S. F. **As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência Química**. Londrina: Serviço Social em Revista, 11 (2): 1-14, 2009.

DAOLIO, Jocimar. **Da cultura do corpo**. Campinas: Papirus, 1994.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Mesa de abertura do Seminário Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras**. Conselho Federal de Psicologia, Brasília: 128 p., 2010.

GIMENO, J.M.R. et al. **La prevención de drogodependencias mediante actividades cooperativas de riesgo y aventura**. Apunts, n.59, p.46-54, 1998.

GORGULHO, Mônica. **Roda de Conversa: a práxis do psicólogo em face das políticas públicas de atenção ao consumo de álcool e outras drogas**. Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras. Conselho Federal de Psicologia, Brasília: 128 p., 2010.

GONÇALVES, Alda Martins e SENA, Roseni Rosângela de. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. Belo Horizonte, Rev. Latino-am Enfermagem 2001 março; 9 (2): 48-55

HARTMANN, Rolf. **A Notícia SC, Dilma Rouseff recebe e reconhece Comunidades Terapêuticas**. Brasília, 22 jun, 2011. Disponível em: [http://www.clicrbs.com.br/anoticia/jsp/home.jsp?&secao=detalhe&localizador=A+Noticia/A+Noticia/Leitor-Reporter/7351&uf=2&local=1§ion=Leitor-Rep%C3%B3rter&mode=]. Acesso em: 23 jul, 2011.

LESSA, M. B. M. F. **Os paradoxos da existência na história do uso das drogas**. 1998. Disponível em: [http://www.ifen.com.br/artigos/1998-bernadete.htm]. Acesso em: 30 out, 2011.

MAY, Tim. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MATIELLO JUNIOR, Edgard; QUINT, Fernanda Ouriques; MARTINEZ, Jéssica Félix Nicácio; BACHELADENSKI, Miguel Sidenei. Reflexões sobre a inserção da educação física no Programa Saúde da Família. **Motrivivência**. Ano 17, nº 24, p. 81-95. Junho. 2005.

MATSUDO, Sandra Mahecha, MATSUDO, Victor K.R. **Evidências da importância da atividade física nas doenças cardiovasculares e na saúde**. Revista Diagnóstico e tratamento, v.5, n. 2, p. 10-17,2000.

MENDES, Maria Isabel Brandão de Souza; MEDEIROS, Laís Paula de. **Interfaces entre saúde, lazer e educação**: reflexões sobre práticas corporais. 2008.
Disponível em: [<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/viewFile/141/152>]
Acesso em: 5 jan, 2012.

MONTTI, Marcelo. **Importância da Atividade Física**. Publicado em 28/07/2005. Disponível em: [<http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=4772&ReturnCatID=1774>]
Acesso em: 15 jul, 2011.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo**. 3 ed.rev. e atual. Londrina: Midiograf, 2003.

NASCIMENTO, Andréia de Fátima; GALVANESE, Ana Tereza Costa. **Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP**. Rev. Saúde Pública 2009; 43(Supl. 1): 8-15. Disponível em:
[<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/747.pdf>]. Acesso em: 27 jul, 2011.

OLIVEIRA, Claudete J. de. **O enfrentamento da dependência do álcool e outras drogas pelo estado brasileiro**. IN: BRAVO, Maria Inêz Souza [et al] (orgs). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2004.

PETUCO, Denis Roberto da Silva. **Entre macro e micropolíticas: o movimento social de redução de danos e o campo político reflexivo das drogas**. Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras. Conselho Federal de Psicologia, Brasília: 128 p., 2010.

PSICOLOGIA, Conselho Federal de. **Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras**. Brasília: 128 p., 2010.

ROGÉRIO, Carlos; MENASSI, Fabiana. **E se brincamos / jogamos todos e toda?** Brincadeiras, brinquedos e jogos do Brasil. Disponível em:
[<http://pt.scribd.com/doc/32137714/Brincadeiras-brinquedos-e-jogos-do-Brasil>] Acesso em: 10 jan, 2012.

ROLNIK. A. L e FRANCO A. S. **As profundezas do Vício: “Quando eu quiser, eu Paro!”** Ciências & Cognição 2006; Vol 09: 146-149. Disponível em:
[<http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/.../376.pdf>] Acesso em: 25 out, 2011.

SANTANA, Ana Lucia. **Dependência Química**. São Paulo, 2009. Disponível em:
[<http://www.infoescola.com/saude/dependencia-quimica/>]. Acesso em: 28 jul, 2011.

SEIBEL, Sergio Dario; TOSCANO JR., Alfredo. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2006

SILVA, Ana Márcia; DAMIANI, Iara Regina. (Org.). **Práticas corporais: Gênese de um movimento investigativo em Educação Física**. V.01, Florianópolis: SC. 2005.

SILVEIRA, D.X. **Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1995.

TIBA, I. **Saiba mais sobre maconha e jovens** :um guia para leigos e interessados no assunto. 4^a ed., São Paulo: Ágora,1998.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

VERONA, Humberto. **Mesa de abertura do Seminário Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras**. Conselho Federal de Psicologia, Brasília: 128 p., 2010.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida; COSTA, Maria Cristina Silva; ZAGO, Márcia Maria Fontão. **Pesquisa Etnográfica em Saúde: sua apreciação por Comitês de Ética em Pesquisa**. Revista SOCERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 240-242, 2007.

9 Anexos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul intitulada: “SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS ENTRE AS PRÁTICAS CORPORAIS QUE OCORREM EM CAPS AD E NAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS”, que tem como objetivo principal verificar que elementos das práticas corporais estão sendo trabalhados tanto em um Caps ad como numa comunidade terapêutica.

O tema escolhido se justifica pela importância do papel da Educação Física como um instrumento a ser utilizado no tratamento de usuários dependentes químicos, precisa ser observado, pesquisado e debatido. A Educação Física trabalha com esta área nobre, que é o próprio corpo e alma do indivíduo, suas emoções e sensações que são experimentadas através do movimento, toque e pensamento.

O trabalho está sendo realizado pelo aluno Rogério Benigno da Silva Dias e sob a supervisão e orientação do prof. Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio.

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 30 minutos, na qual você irá responder 5 perguntas pré estabelecidas.

Os dados de identificação serão confidenciais. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo(a) pesquisador(a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

EU _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.

De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para minha atuação profissional.

Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisador Prof. Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio, telefone 9987-1639, email: fernandobilibio@uol.com.br e endereço: Rua prof. Carvalho de Freitas, 1114 – Bairro Teresópolis, CEP 91720-090.

Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com o pesquisador.

Porto Alegre, ____, de _____ de 20__.

Assinatura do entrevistado
Nome:

Assinatura do pesquisador
Nome do pesquisador: Rogério B. da Silva

TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Eu, _____,
(CARGO) _____,
(INSTITUIÇÃO) _____
de _____ (CIDADE-ESTADO), declaro que o aluno

Rogério Benigno da Silva Dias acadêmico do Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul está autorizado a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: “SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS ENTRE AS PRÁTICAS CORPORAIS QUE OCORREM EM CAPS AD E NAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS”, sob a responsabilidade do pesquisador do prof. Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio, cujo objetivo principal é verificar que elementos das práticas corporais estão sendo trabalhados tanto em um Caps ad como numa comunidade terapêutica.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado. Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

Capão da Canoa, _____ de _____ de _____.

(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

**TERMO DE CIÊNCIA DO COORDENADOR DA COMUNIDADE
TERAPÊUTICA ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Projeto de pesquisa intitulado:

**SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS ENTRE AS PRÁTICAS CORPORAIS QUE
OCORREM EM CAPS AD E NAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS**

Eu, _____,
Supervisor da Comunidade Terapêutica _____,
conheço o projeto de pesquisa supracitado, desenvolvido por Rogério Benigno da Silva Dias,
conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o
pesquisador não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Capão da Canoa, ____ de novembro de 20____.

Assinatura do Chefe do Serviço