

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

**Educação Física e Saúde Coletiva: flexões, reflexões e outras
interferências cortantes**

CÁSSIO LAMAS PIRES

**Porto Alegre
2014**

CÁSSIO LAMAS PIRES

**Educação Física e Saúde Coletiva: flexões, reflexões e outras
interferências cortantes**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Madel Therezinha Luz

Área de Concentração: Saúde, Educação e Sociedade

**Porto Alegre
2014**

CÁSSIO LAMAS PIRES

**Educação Física e Saúde Coletiva: flexões, reflexões e outras
interferências cortantes**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem, da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de
mestre.

Aprovada em ____ de _____ de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rafael da Silva Mattos (UERJ)

Prof. Dr. José Geraldo Soares Damico (UFRGS)

Prof. Dra. Soraya Maria Vargas Cortes (UFRGS)

Prof. Dra. Madel Therezinha Luz (Orientadora-UFRGS)

“O corpo existe e pode ser pego. É suficientemente opaco para que se possa vê-lo. Se ficar olhando anos você pode ver crescer o cabelo. O corpo existe porque foi feito. Por isso tem um buraco no meio. O corpo existe, dado que exala cheiro. E em cada extremidade existe um dedo. O corpo se cortado espirra um líquido vermelho. O corpo tem alguém como recheio.”

Arnaldo Antunes

AGRADECIMENTOS

Primeiro meu muito obrigado à Profª Madel Therezinha Luz, sábia e segura orientadora ao longo desses dois anos. Por ter acolhido minhas ideias, aberto minha mente e por me conduzir na produção deste trabalho.

Ao Profº Ricardo Burg Ceccim por abraçar esta pesquisa em trâmites burocráticos. Entraves necessários, porém muito dificultosos. Foi!

À Profª Cristianne Maria Famer Rocha pelas aulas, conversas e afetividade comigo e minha família.

Aos Profºs José Geraldo Soares Damico e Luiz Fernando Silva Bilibio, pelos olhares atentos no exame de qualificação do projeto de pesquisa.

Aos colegas de trabalho, residentes e estagiários que cruzaram comigo desde o início da trajetória profissional, impossível nomear todos, contribuíram demais. Hospital Psiquiátrico São Pedro, a turma de Sapucaia do Sul, Colégio de Aplicação e Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os agradecimentos são muitos e não caberiam em uma página. Vocês sabem quem são!

À minha mãe Berenice, conselheira, consultora, beijos e abraços.

Ao meu irmão Matteo, que de longe e de perto, dizia: “Acaba com isso aí!” Tá pronto!

Por fim, à minha companheira Camila, pelo apoio, incentivo e afagos, e ao nosso filho Tomé, vocês são tudo!

Valeu!

RESUMO

Esta pesquisa apresenta o tema da educação física voltada ao uso prejudicial de múltiplas drogas, especialmente sua função no campo da saúde coletiva. Utiliza-se de método qualitativo, de natureza empírica, em uma investigação etnográfica, buscando analisar dados de um estudo de caso – as práticas de educação física na Unidade de Adição Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. As técnicas de pesquisa para coleta de dados são a etnografia – narrando fatos cotidianos em um diário de campo – a observação participante, a realização de entrevistas com usuários e profissionais de saúde e, por fim, o registro de imagens. No decorrer do estudo, discutem-se também: as políticas públicas sobre drogas no Brasil como um campo de disputas doutrinárias e a localização do ambiente de pesquisa nessas políticas; as representações sobre saúde e corpo por parte de professores de educação física que compõem o cenário de práticas; e a análise das práticas de educação física desenvolvidas no ambiente investigado, bem como a percepção dos participantes sobre essas práticas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA, por meio da Plataforma Brasil, quanto a sua adequação ética e metodológica. No que se refere às questões conclusivas, observou-se uma prática de educação física ainda conectada a valores hegemonicamente advogados pela área, porém com possibilidades de avançar no que tange aspectos de sociabilidades e, de igual forma, produzindo novas aberturas para fazeres em saúde. Em relação às percepções, sentidos e significados atribuídos pelos participantes, encontrou-se uma legítima contribuição das práticas, porém restritas ao período de internação, com benefícios tais como o alívio de sentimentos negativos como tensões, ansiedade e fissura, proporcionando sensação de bem estar, prazer, aumento da autoestima, relações de solidariedade, além de espaço para reflexão sobre formas de como resgatar as relações familiares.

Palavras-chave: educação física, saúde coletiva, drogas, políticas públicas.

ABSTRACT

This study presents an approach of physical education in the context of harmful use of multiple drugs, especially its function in the field of public health. Qualitative methods of empirical nature were used in an ethnographic investigation, seeking to analyze data of a case study – the practices of physical education in the so called Unit of Addiction Álvaro Alvim of a university hospital in Porto Alegre. The research techniques for data collection were ethnography – narrating facts of daily life in a field journal - participatory observation, interviews with patients and health workers, and finally imaging records. In this study, we discuss: the public policies about drugs in Brazil as a field of doctrinal disputes, contextualizing the investigated site within these policies; the representations of health and the body by physical education professionals in the practical scenario; and the analysis of the practices of physical education developed in the investigated site, as well as the perceptions of patients about these practices. The research project was approved by the ethical committee of the hospital where the investigation took place. As conclusions, we observed that the practice of physical education is still very much connected to hegemonic values advocated by the area, nevertheless with possibilities of progress in aspects related to sociability and the opening of a new field for health practices. Concerning patients' perceptions, senses and meanings, we found a legitimate contribution of practices, although restricted to the admission period, with benefits such as the relief of negative feelings like tensions, anxiety and craving, providing sensations of well being, pleasure, better self esteem, improving solidarity bonds, and making space for reflections on how to rescue family relationships.

Key words: Physical education, public health, street drugs, public policy.

RESUMEN

Esta investigación presenta el tema de la educación física en el contexto del uso nocivo de múltiples drogas, especialmente su papel en el campo de la salud colectiva. Utiliza los métodos cualitativos de naturaleza empírica, en una investigación etnográfica, tratando de analizar los datos de un estudio de caso - las prácticas de la educación física en la Unidad de Adicción Álvaro Alvim del Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Las técnicas de investigación para la recopilación de datos son la etnografía - narrar acontecimientos diarios en un diario - la observación participante, entrevistas con usuarios y profesionales de la salud y, por último, el registro de imágenes. Durante el estudio, también se discuten: las políticas públicas en materia de drogas en Brasil como un campo de disputas doctrinales y la ubicación del ambiente de investigación en dichas políticas; representaciones de la salud y del cuerpo de profesores de educación física que componen el escenario de prácticas; y el análisis de las prácticas de educación física desarrolladas en el ambiente investigado, así como la percepción de los participantes acerca de estas prácticas. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del hospital donde la investigación fue llevada a cabo cuanto a su idoneidad ética y metodológica. Como conclusiones, se observó la práctica de una educación física aun conectada a valores hegemónicamente abogados por el área, pero con posibilidades de avanzar en relación con los aspectos de la sociabilidad y, del mismo modo, la producción de nuevas aperturas para el hacer en salud. En cuanto a las percepciones, los sentidos y significados atribuidos por los participantes, se encontró una legítima contribución de las prácticas, pero restringida al periodo de hospitalización, con beneficios tales como el alivio de los sentimientos negativos como el estrés, la ansiedad y el *craving*, proporcionando sensación de bienestar, placer, aumento de la autoestima, relaciones de solidaridad y apertura de espacio para la reflexión sobre las formas como rescatar a las relaciones familiares.

Palabras-llave: educación física, salud colectiva, drogas, políticas públicas.

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1- Fachada da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.	18
Imagem 2 - Porta de entrada da Unidade de Adição Álvaro Alvim do HCPA.	25
Imagem 3– Coletivo Delta 9 repercutindo reportagem do Le Monde.....	36
Imagem 4– Reportagem da Folha de São Paulo.	37
Imagem 5– Reportagem da Zero Hora.....	38
Imagem 6– Corredor da Unidade de Adição Álvaro Alvim do HCPA	65
Imagem 7 – Quarto da Unidade de Adição Álvaro Alvim do HCPA.	69
Imagem 8– Oficina de Resgate da infância: o jogo do taco.	78
Imagem 9– Oficina de Introdução ao boxe: exercícios e golpes nas manoplas.	83
Imagem 10– Oficina de Introdução ao boxe: colocação dos aparatos protetivos.	86
Imagem 11– Oficina de introdução ao boxe: golpes no saco de boxe.	90
Imagem 12– Oficina de Jogos cooperativos e corporais: dinâmica Harmonia corporal.....	96
Imagem 13– Academia da Unidade de Adição Álvaro Alvim do HCPA.	105
Imagem 14– Programa de Exercícios Físicos: fila para higienização das mãos.	109
Imagem 15– Programa de Exercícios Físicos.	112
Imagem 16 – Programa de Exercícios Físicos: círculo inicial.	118

LISTA DE SIGLAS

1RM – 1 Repetição Máxima

AB – Atenção Básica

ASI - Addiction Severity Index

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CPAD – Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas

CREAS – Centro de Referência de Assistência Social

ESF – Estratégia da Saúde da Família

FC – Frequência Cardíaca

FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania

GD – Grupo de Desintoxicação

GR – Grupo de Reabilitação

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IPA – Instituto Porto Alegre

NA – Narcóticos Anônimos

PEF – Programa de Exercícios Físicos

PR – Prevenção da Recaída

SEFTO – Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional

SENAD – Secretaria Nacional de Política sobre Drogas

SRT – Serviço de Recreação Terapêutica

SUS – Sistema Único de Saúde

UAAA – Unidade de Adição Álvaro Alvim

UFC – Ultimate Fight Championship

SUMÁRIO

PRÓLOGO	13
INTRODUÇÃO: DESCORTINANDO A TEMÁTICA	16
I. DESVENDANDO TRAJETOS DE UM ESTUDO DE CASO: CURVAS, RETAS, ENCRUZILHADAS E BURACOS	22
II. POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL: NEM TANTO AO CÉU, NEM TANTO À TERRA.	30
III. ESCARAFUNCHANDO VISÕES DE SAÚDE: REPRESENTAÇÕES SOBRE CORPO EM PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA.....	44
IV. CHAFURDANDO NO OBJETO: PRÁTICAS, PERCEPÇÕES, RITOS E CERIMÔNIAS	64
CONCLUSÕES GERAIS: REFAZER CAMINHOS E RECOMENDAR SAÍDAS.....	123
REFERÊNCIAS.....	128
ANEXOS	136
ANEXO I: CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	136
APÊNDICE I - ENTREVISTA COM USUÁRIOS.....	137
APÊNDICE II - ENTREVISTA COM PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA	138
APÊNDICE III - ENTREVISTA COM COORDENADOR DO CENTRO COLABORADOR.....	139
APÊNDICE IV: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES	140
APÊNDICE V: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS..	142

PRÓLOGO

“não há espaço vazio/cada espaço/ é feito/ dos corpos que estão nele/ que o deformam e o formam/ é feito/ de suas energias/ e cargas elétricas/ ou afetos”

Ferreira Gullar

Escrever uma dissertação é debruçar-se sobre a temática, sobre o objeto de pesquisa, sobre as escolhas, causas e efeitos desencadeados por este mergulho no ambiente acadêmico. E também na prática profissional, pois a intenção desde o início foi implicar-se em analisar aspectos empíricos. O estudo tem o seu fio condutor na medida que as experiências profissionais eram vistas a luz dos teóricos. Realizá-lo é um exercício reflexivo significativo que leva a um insight de como alcançamos ou construímos o processo de pesquisa. Fazê-la é criar novas maneiras de pensar e versar sobre um fenômeno. É desafiar verdades estabelecidas e promover discursos emergentes. O texto se torna o espelho em que enxergamos nossas competências, nossas construções concretizadas na prática. O caminho percorrido com percalços, conquistas, obstáculos e vitórias se evidencia em nossa escrita e traz a emoção de revirar pontos de vista, opções doutrinárias, sentimentos e significados, bem como vislumbrar e provocar novas críticas em relação ao futuro da inserção da área da educação física no campo da saúde coletiva, especialmente no que diz respeito ao cuidado de pessoas envolvidas com o uso prejudicial de drogas.

Meu nome é Cássio. Nasci no ano de 1978, no décimo oitavo dia do mês de outubro, na cidade de Porto Alegre, onde resido até hoje. Minha infância, portanto, deu-se durante toda a década de 80. Havia uma série de terrenos baldios nos arredores e até mesmo um córrego. Esta mistura campo-urbano proporcionava brincadeiras divertidas com um grupo grande de amigos vizinhos de diferentes idades. Nestas brincadeiras, pode-se atribuir um caráter corporal muito forte: corridas, futebol, bicicleta, skate, esconde-esconde e estilingue. Acredito que estas vivências corporais contribuíram para as futuras escolhas. O avanço nos aparatos tecnológicos atingiu-me na adolescência, o computador e os jogos eletrônicos trouxeram novidades, curiosidades, porém o jogo corporal se acentuou de forma mais contundente. O meu rendimento escolar nas aulas educação física era melhor do que nas outras disciplinas,

os jogos e o esporte me traziam prazer e alegria e desta forma minha escolha formativa recaiu sobre esta área do conhecimento.

Em 1998 ingresso no curso superior de educação física no Instituto Porto Alegre (IPA), vindo formar-me professor de educação física com Licenciatura Plena em 2001. Na época, o IPA representava-se como Faculdade das Ciências da Saúde contendo cursos superiores em nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional, além da própria educação física. É fato que minha formação deu-se prioritariamente na grande área da educação, os conteúdos baseados na prática pedagógica eram constantes, porém, a proximidade com cursos da terapia ocupacional e fisioterapia despertou interesse nas possíveis intervenções da educação física no campo da saúde. Na trajetória de vivências práticas a partir de estágios em hospitais pela cidade fui me conectando ao campo. Estas experiências foram no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Cristo Redentor e Hospital Psiquiátrico São Pedro. Neste momento, é importante ressaltar que nestes estágios deu-se também a primeira experiência como professor de educação física na saúde mental, área a que me dedico por mais de uma década. Em um primeiro momento, tive um sentimento de dúvida sobre a intervenção da área neste escopo. Na formação acadêmica estavam ausentes disciplinas que abordassem o tema e as políticas públicas em saúde, porém, minha inquietação e vontade de entrar em contato com este universo se sobressaiu.

Integrei equipes multiprofissionais, dialogando com profissionais da enfermagem, do serviço social, da psicologia, da terapia ocupacional, da medicina, da pedagogia, das artes plásticas e cênicas e da nutrição. Ou seja, um vasto mundo de conhecimento inexistente na faculdade e experiências práticas se abriu, contribuindo para um enorme processo de aprendizagem em minha vida, de relações interpessoais, entre equipes e usuários, a criação de vínculos terapêuticos e uma nova visão das possibilidades de minha área de formação no trabalho em saúde mental. Aflora-se, então, a necessidade de aprofundamentos teórico-práticos que sustentem uma prática muitas vezes intuitiva ou instintiva devido as defasagens formativas. Dessa forma entrar em contato com produções, artigos, textos, pensamentos, análises são de extrema valia para a compreensão da área inserida no campo da saúde coletiva. Diversos autores contribuem nas reflexões e abordagens, e sugerem em seus textos ao

conceituar, analisar, delinear, criticar, pontuar o papel estratégico da área, abordam a formação do professor na saúde. Autores como Madel Therezinha Luz, Yara Carvalho, Marcos Bagrichevski, José Geraldo Damico, entre muitos outros apontam desafios e consideram possibilidades de intervenção na saúde coletiva de forma clara, dando sentido e norte aos profissionais da saúde imbricados na prática e na pesquisa.

São autores que alicerçaram o trabalho profissional com o prisma não só do cuidado em saúde, mas do cuidado com o corpo, capacitar para a autonomia, estimular a produção de vida, vitalidade e alegria, aproximando a educação física do homem para ser arte e afastando-se das técnicas e da mecânica para se desenvolver criativamente. As teorias constelam, de acordo com os autores, que ao aproximar a educação física da saúde coletiva, sugere-se um mergulho nas ciências humanas, considerando, então, fatores culturais, históricos, políticos, econômicos, fazendo um contraponto ao olhar estritamente biológico do corpo, evocando elementos da cultura corporal como manifestação e expressão humana.

Penso que a educação física vem ganhando espaço e, ao repensar suas práticas e concepções de saúde, dialoga com outras áreas do conhecimento na construção de uma saúde coletiva mais efetiva. Dessa forma, ganham lugar importante nas reflexões diárias do professor, as práticas de educação física como elemento de resgate do prazer, produção de vida, vitalidade e alegria, rompendo com a insistente corrente biomédica tão presente na educação física e na saúde de uma forma mais ampla. Algo que em minha infância e adolescência foi tão presente ao ser um praticante corporal, é reconhecido nas abordagens e conceitos propostos pelos autores.

Experiências nos fortificam e estabelecem o equilíbrio, amadurecemos profissional e emocionalmente. Tomar responsabilidade de nossa vida em nossas mãos é o importante a fazer. Focar o futuro, com a certeza de um tempo fecundo e maduro. Ao concluir este prólogo dissertativo retorno em circularidade aos versos do poeta Ferreira Gullar, os quais utilizei na epígrafe, fazendo uma reflexão que, na vida, os corpos que ocupam o espaço formando ou deformando-o apenas ganham sentido no calor do afeto, no fazer enérgico e na busca incessante por aprimoramento.

INTRODUÇÃO: DESCORTINANDO A TEMÁTICA

Derivado da cocaína, o *crack* é um forte estimulante do sistema nervoso central, com alto potencial dependógeno, produz efeitos devastadores no organismo, ocasionando também consequências e prejuízos a outras esferas da vida. Dessa forma, o *crack* e outras drogas exigem atenção de profissionais de saúde, em consonância com as políticas públicas vigentes e um esforço das três esferas do governo, no sentido de criar dispositivos diversos para o acompanhamento e o cuidado das pessoas. É urgente que o enfoque seja direcionado para as pessoas, considerando-as, ao invés de focar números, estatísticas, buscando superar uma visão epidemiológica. Não se trata de negar as contribuições de uma ciência exata, mas sim de dar voz às pessoas, às suas demandas e ao seu sofrimento, à luz de uma abordagem das ciências humanas. Este foi o tom do 6º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde realizado em novembro de 2013 na cidade do Rio de Janeiro, em que diversos atores da ciência, da política e da representação social versaram e debateram sobre a temática da saúde no Brasil. Este trabalho, instigado por essas reflexões, apresenta o tema da educação física voltada ao uso prejudicial de drogas. Aqui, a educação física é abordada como ferramenta no cuidado de pessoas que fazem uso prejudicial de múltiplas drogas, com o enfoque para as relações interpessoais, a comunicação, o estabelecimento de vínculos e para uma escuta mais aguçada a fim de compreender melhor o indivíduo e suas expressões. É primordial pontuar que a pesquisa possui como objetivo principal a análise da proposição de práticas desenvolvidas pela educação física para indivíduos internados pelo uso prejudicial de múltiplas drogas, entre elas o *crack*, em um hospital universitário na cidade de Porto Alegre.

A educação física pode ser utilizada em diferentes modalidades de atendimento em saúde, no entanto, focalizo a internação de uma população de adultos masculinos com histórico de uso prejudicial de múltiplas drogas. Atuando juntamente com outras profissões como a medicina, a psicologia, a terapia ocupacional, a enfermagem, o serviço social e a nutrição, a educação física compõe-se ao processo terapêutico. Os sujeitos em questão participam de atividades promovidas por essas profissões em um programa terapêutico pré-estabelecido na unidade hospitalar. O presente trabalho

discorre sobre a atuação da educação física como aliada a essas profissões, por meio da promoção de atividades práticas. E possui como objetivos específicos ou secundários a caracterização das práticas propostas e desenvolvidas pelos professores de educação física da unidade, bem como; identificar quais os significados atribuídos às práticas produzidas pelos usuários de múltiplas drogas; analisar as concepções de saúde e noções sobre corpo por parte dos professores de educação física que compõem a equipe; e busca também, localizar nas políticas públicas o dispositivo de saúde cuja pesquisa se desenvolveu. Portanto, identificar o que emerge destes encontros, interações e convivências é a estrada a ser percorrida. As percepções dos participantes sobre as práticas contribuem para as reflexões da educação física no campo da saúde coletiva.

Ao me defrontar com a realidade de produzir uma dissertação acadêmica no campo da saúde coletiva, sendo professor de educação física e profissional da saúde, em especial da saúde mental, sinto-me instigado em buscar reflexões críticas acerca da inserção da área nesse campo dominado por concepções biomédicas. Bilibio e Damico (2011) sustentam contribuições profícuas sobre as produções acadêmicas da educação física e da saúde de uma forma geral, ao provocarem e questionarem o modo como se vem (re)produzindo o conhecimento nos últimos anos. Os autores, ao abordarem estilos de argumentação e linhas de raciocínio em produções que se baseiam em autoafirmações da prática de atividades físicas como sinônimo ou ganho de saúde, configuram essas produções como “uma lógica acrítica; sem contraponto” (BILIBIO e DAMICO, 2011, p. 94).

Tocado por essas reflexões e por estas fazerem sentido à minha prática profissional, propus-me a analisar a proposição de práticas de educação física em meu atual local de trabalho: Unidade de Adição Álvaro Alvim (UAAA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).



Imagem 1- Fachada da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta investigação, em síntese, encontrou motivação no contexto de minha formação na área da educação física e no campo da saúde coletiva, mais especificamente ao uso prejudicial de drogas. A temática das drogas requer uma série de reflexões baseadas e consideradas nas diferentes opções doutrinárias e abordagens que recebe da comunidade científica e por consequência, das propostas assistenciais oferecidas pelos dispositivos de saúde. Nos dias de hoje, a vertente de uma educação física mais crítica e questionadora do trabalho em saúde discute sobre a aplicação de seu conhecimento como ferramenta de trabalho com grupos de usuários em distintas modalidades de atendimento e diversos contextos. As consequências dessas práticas na vida do indivíduo e do coletivo podem refletir para além do corpo, no psicológico, na família, no social.

No Capítulo 1 contemplo a escolha da estratégica metodológica utilizada, versando sobre suas possibilidades e potências, visto que a aproximação das ciências humanas da ciência da saúde se faz pertinente e legítima.

No Capítulo 2 teço considerações a respeito da disputa entre visões sobre a temática das drogas, os paradigmas e os olhares sobre assistência à saúde das pessoas, localizando a estruturação do Centro Colaborador – a UAAA do HCPA – em convênio com a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) nas políticas públicas.

No capítulo 3 abordo as práticas de educação física como ferramenta no cuidado à saúde. Analisar, pensar e aplicar novos formatos de atividades em conjunto com o estudo continuado é de extrema valia para estimular e renovar as práticas do cotidiano, bem como são abordadas as visões de saúde e representações sobre corpo em professores de educação física da unidade.

No capítulo 4 são abordadas e analisadas as práticas de educação física desenvolvidas no programa terapêutico e as suas repercussões, a partir das percepções, sensações e significados atribuídos pelos usuários. Neste capítulo, também, são descritas e analisadas os ritos e cerimônias institucionais que envolvem essas práticas.

Durante a primeira década deste terceiro milênio, as ciências humanas e as ciências da saúde ganharam espaço ao se contraporem a um mundo altamente tecnológico, e dispararam debates a respeito da humanização em todas as dimensões da vida. A educação física como área de conhecimento humano possui extrema relevância na construção do desenvolvimento das pessoas em todas as suas fases e nos mais diversos contextos. O corpo é lugar de contato. É no corpo, na carne, que somos afetados pela experimentação da vida. Portanto, o cérebro pensa a partir do momento em que é acionado pelas sensações e afetado no corpo, as coisas acontecem no corpo – nosso corpo e nosso ego somos nós (MATURANA e VARELA, 1995;1997).

Ao apontar essa pesquisa para o modelo internação hospitalar de usuários de múltiplas drogas, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo foco da análise a proposição da educação física com seu corpo teórico-prático de conhecimentos e aplicações, penso que a área surge como aliada de outras profissões, compondo um trabalho multiprofissional em equipe interdisciplinar para atender na perspectiva da integralidade a população em foco do estudo. A prática da educação física aplica-se no processo terapêutico de maneira que os participantes possam usufruir de práticas

corporais variadas, constituídas por dinâmicas e jogos corporais, sensoriais, cognitivos e culturais, o esporte e a exercitação física em seu conteúdo. Para Carvalho (2009) essas vivências poderão promover a possibilidade de os sujeitos adquirirem ou resgatarem o prazer pela prática, estabelecer vínculos terapêuticos e familiares, assim como desfrutar da oportunidade de (re)significar o corpo, respeitar diferenças e despertar a alegria da vida atribuindo sentido ao que produzem. Ao se engajarem nas práticas e demais atividades oferecidas, visando ao retorno à família, ao trabalho, ou seja, ao convívio social, o processo de alta hospitalar requer um grande e coordenado esforço entre a equipe, o usuário e sua família. Por este prisma, a preparação do indivíduo para se reintegrar à vida social enfrentando as adversidades é um processo complexo que exige dele um mergulho dentro de si mesmo.

Estudos recentes no Brasil mostram um crescimento considerável no consumo de *crack* e cocaína (PECHANSKY et al., 2013; RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012; DIEHL, CORDEIRO e LARANJEIRA, 2011). Existem, hoje, cerca de três milhões de usuários regulares, e, ao considerarmos o cenário mundial de consumo de *crack* e cocaína, o Brasil é responsável atualmente por 20% do consumo e é o maior mercado do mundo para o *crack* (CARLINI et al., 2007). Essa situação tem provocado inquietação no governo, na sociedade e na comunidade científica, especialmente em resposta às graves consequências associadas ao fenômeno. No geral, quando comparado com usuários de cocaína inalada, usuários de *crack* apresentam maior número de sintomas e problemas mais graves em diferentes áreas da vida (PULCHERIO et al., 2010). Estes são dados epidemiológicos verificados por pesquisas encabeçadas por um viés das ciências exatas que requer questionamentos, porém não se pode negá-los. Há um consenso de que o cuidado contínuo é difícil e complexo. A gravidade do uso prejudicial de drogas sugere a necessidade de acompanhamento durante longo prazo e de uma combinação de diferentes formas de cuidado, focando cada uma das fases do processo de reabilitação. Esta pesquisa ao impulsionar-se sobre o modelo internacional, aborda a fase de desintoxicação do usuário e sugere, também, uma fase de reorganização de sua rede social e de saúde.

Para descortinar a temática, a natureza deste estudo se delinea como empírica, referindo-se ao processo do trabalho que exerço. Empírico é um fato que se estrutura apenas em experiências vividas, na observação de situações, ou seja, é o conhecimento adquirido durante a vida, no dia-a-dia dos processos de trabalho. O método empírico gera aprendizado, uma vez que aprendemos fatos por meio das experimentações para obter conclusões. O conhecimento empírico pode ser considerado sensitivo e subjetivo. Porém, para a ciência, empírico é um tipo de evidência inicial para comprovar alguns métodos científicos, o primeiro passo é a observação, e aqui a observação participante, para então, desenvolver a pesquisa. Na filosofia, o empirismo foi amplamente discutido, no século XVII, pelo filósofo inglês John Locke, que afirma ser a mente humana um quadro em branco, no qual gravamos diariamente o conhecimento, por meio das nossas sensações e percepções. Locke [1690 (1988)] afirma que a experiência sensível e a reflexão se constituem na fonte de todo conhecimento, sendo elas que alimentam a mente com o conteúdo do conhecimento. O empirismo permite produzir conhecimento a partir da observação de fatos, e por consequência, esses fatos observados podem permitir conhecer alguma coisa nova.

I. DESVENDANDO TRAJETOS DE UM ESTUDO DE CASO: CURVAS, RETAS, ENCRUZILHADAS E BURACOS

Neste primeiro capítulo da dissertação pretendo contextualizar a estratégia metodológica escolhida para esta pesquisa. O vocábulo método origina-se do grego *méthodos*, que significa caminho para chegar a um fim, a um determinado resultado (FERREIRA, 1977). Assim, estratégia metodológica adotada é o estudo de caso, visto que permite abordar um leque de práticas desenvolvidas pela educação física no programa terapêutico da UAAA. No caminho desta pesquisa, dada a complexidade do campo e considerando a necessidade de múltiplas evidências e a diversidade de práticas oferecidas, optei por utilizar técnicas de pesquisa que pudessem contemplar análises aprofundadas e fecundas. Desta premissa, valho-me, então, da etnografia, tendo o diário de campo como instrumento de pesquisa e coleta de dados, da observação participante, pois me insiro nessas atividades como professor-terapeuta e de entrevistas semiestruturadas com os usuários internados na UAAA que vivenciaram as práticas por um período mínimo de 21 dias. Também foram realizadas entrevistas com professores de educação física que compõem a equipe e com o coordenador do Centro Colaborador, assim como a utilização de registro de imagens. Trata-se, portanto, de um estudo qualitativo, que tradicionalmente está ligado às ciências sociais, porém cada vez mais vem afirmando-se nas pesquisas em saúde (LUZ, 2007). Essa escolha se deu, pois a intenção era de dar voz aos usuários, propiciar um espaço em que o diálogo fosse valorizado, aguçando a escuta para suas percepções e sensações sobre as práticas, sobre o enfrentamento ao uso prejudicial de drogas, enfim, às adversidades impostas pela vida cotidiana. Esta opção vai ao encontro do que foi circulado e debatido no 6º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, onde instigou-se a saúde a focar nos sujeitos, ou seja, recolocá-los no centro do debate “de políticas, pesquisas e ações em saúde” (PERES, DOMINGUEZ e BATALHA, 2014, p. 10).

Estudo de caso, de acordo com Mendes (2010), trata-se de um método de organização de dados sociais, que analisa de modo intenso uma situação específica.

Preserva o caráter unitário do objeto social focado. Trata-se da investigação de um fenômeno contemporâneo no contexto da realidade. Por isso, sua adequação ao presente trabalho. Com o estudo de caso como ferramenta de pesquisa, quer-se facilitar a possibilidade de responder indagações de como as práticas de educação física são percebidas e sentidas pelos sujeitos deste estudo. Descrever e compreender o objeto de estudo de forma bastante profunda e intensa e criar novas indagações para futuras pesquisas.

Do grego *étnos*, etimologicamente etnografia significa descrição de um povo, e não perde tal significado ao ser aplicado em pesquisas qualitativas, ao definir trabalhos que visam pessoas, no coletivo, no plural. Na ótica de Angrosino (2009), a etnografia é “a arte e a ciência de descrever um grupo humano – suas instituições, seus comportamentos interpessoais, suas produções materiais e suas crenças” (p. 30). Como instrumento técnico de pesquisa, a etnografia permite que se estude a vida diária das pessoas focadas, colhendo dados a respeito das experiências vividas por essas pessoas. Constitui-se num fazer *in loco*, e o pesquisador participa como membro da comunidade. A etnografia mostra-se como uma técnica de longo prazo, em que o pesquisador estabelece um compromisso com o campo escolhido. Este trabalho de campo apresenta uma coleta de dados etnográficos que é apresentada em forma de narrativas, obtidas por meio de observação e verbalizações em entrevistas. São ações coordenadas que mostram a interatividade entre o pesquisador, os usuários e os profissionais. A escolha dessa técnica ocorre em função do tipo de problema e contexto que se constitui no objeto da pesquisa: comportamentos sociais que precisam ser mais bem compreendidos em uma coletividade terapêutica. Esse exercício de pesquisa me proporcionou um aprendizado que não foi possível ser absorvido em mais de uma década de prática profissional e de estudos teóricos.

Angrosino (2009) destaca que o pesquisador deve descrever com detalhes os padrões socioculturais encontrados visando que o leitor compreenda a comunidade da melhor maneira possível, diferenciando-a de outras assemelhadas. O papel do pesquisador etnográfico se delinea por um viés duplo, de observador objetivo e de participante subjetivo. A etnografia, ainda de acordo com o autor, alcança um produto, uma narrativa que desvela o grupo em questão. A metodologia etnográfica resgata

manifestações da realidade, sendo essencialmente qualitativa, e apresentando dados explícitos e implícitos. Portanto, facilita construir a história da comunidade trabalhada. As anotações foram então tomadas no diário de campo do pesquisador, sendo relatados os fatos conforme aconteceram, criando conhecimento a respeito dos mesmos. Segundo Angrosino (2009), o estudo de caso explora, descreve, explica, avalia e/ou transforma. O diário de campo segue a tradição das ciências humanas e sociais como instrumento de pesquisa, especialmente a antropologia. Trechos importantes do diário de campo foram incorporados ao longo do texto, dispensando mais um documento que pesaria na totalidade desta dissertação. Os nomes atribuídos aos usuários no diário de campo são ficcionais, preservando suas identidades, como foi previsto nos aspectos éticos para execução desta pesquisa, sendo divulgadas somente suas idades. A produção narrativa do diário de campo se deu nos meses de maio e junho de 2014, sendo que neste período 40 usuários foram citados.

No trecho abaixo apresento os registros do primeiro dia do diário de campo:

“05 de maio de 2014. Segunda-feira. 9h50 da manhã. Me levanto e peço licença para me ausentar de uma reunião de equipe. Às 10h temos atividade com o grupo de pacientes que estão frequentando o Programa de Exercícios Físicos da unidade. 10h10. Os pacientes ingressam no espaço da academia e são orientados a lavarem as mãos. Eles formam uma fila para usar a pia do banheiro, pois são sete e lavar as mãos com água e sabão é um processo demorado. A acadêmica de educação física orienta a colocarem os tênis, temos tênis para emprestar aos pacientes que não os possuem para oportunizar o uso de indumentária adequada para a prática. Em seguida, eles se organizam em círculo e ela dá as boas-vindas ao grupo na academia. Retoma algumas combinações para a organização das atividades. Realiza um aquecimento corporal animado com música e alguns movimentos coreográficos nem sempre seguido pelo grupo, o que vale no momento é a diversão e os movimentos mais descontraídos. Costumamos ser três pessoas na orientação dos exercícios, nos dividimos entre exercícios aeróbicos, exercícios de força na estação de musculação e exercícios de ginástica localizada com materiais livres. Dessa forma, acreditamos que conseguimos

estar próximos aos pacientes na execução de movimentos nem sempre simples, pois muitos deles têm uma vivência breve ou nula na exercitação física e caminhar sobre uma esteira pode parecer fácil, mas não é! Ao final da atividade, Antônio, 32 anos, usuário de *crack* e múltiplas drogas desde os 13 anos, no percurso de retorno à unidade caminha um pouco mais acelerado do que eu e, de vez em quando, para e olha para mim mais atrás. Ele torna a olhar para frente e suponho que veja a porta de entrada da unidade de internação. Madeira maciça em duas folhas, pintada de branco, limpa e trancada. Ele diz: “Agora de volta à realidade”. Eu automaticamente jogo no ar: “Será que isso é a realidade?”. “É, tem razão professor, a academia também é uma realidade”, ele sorri. Eu sorrio também, talvez para confortá-lo, fortalecer ainda mais nosso vínculo, apesar de que não me referia à academia como a realidade neste diálogo. Mas, no mundo real, ele habita um brete (local para uso de drogas na gíria dos usuários), em uma casa sem porta e janelas, nem água potável. Seus irmãos menores de idade estão envolvidos no tráfico, no uso e em assaltos a mão armada. Antônio está há 46 dias internado e aguarda vaga em uma Comunidade Terapêutica.”

(Diário de campo, 2014)



Imagem 2 - Porta de entrada da Unidade de Adição Álvaro Alvim do HCPA.

Ao longo desta dissertação será perceptível que na linguagem institucional chamamos as pessoas internadas de pacientes, de modo que isso aparece frequentemente no diário de campo. É uma linguagem que às vezes incomoda, porém ela se institui em todos os profissionais, inclusive em mim.

Venho há mais de uma década trabalhando como profissional da saúde, sempre atuando em instituições hospitalares com o oferecimento de atividades de cunho corporal para abordar aspectos de recuperação. Nas internações psiquiátricas para usuários de drogas vivenciei e ainda vivencio o sofrimento desses indivíduos e suas famílias, escutando as histórias, as intenções e as frustrações no embate com a droga. Uma do Hospital Psiquiátrico São Pedro: um adolescente comenta em grupo que a vida do uso de *crack* não é desejada nem para um cachorro. O cachorro, interpreto, é visto como um animal dócil, amigável, leal, 'o melhor amigo do homem', que acompanha os donos e recebe os devidos cuidados. Não é merecedor de quaisquer sofrimentos. Trabalhei também em um serviço de acolhimento para usuários de drogas e suas famílias no modelo de cuidado ambulatorial, um serviço que mais tarde se remodelou como um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD). O sofrimento não é diferente e não alivia, e por vezes, gerava mais sofrimento às famílias, pois estas enxergavam a internação como única saída. E para quem convive com a droga, ter 10, 15, 20 ou 30 dias o familiar internado, é imprescindível para poder respirar um pouco. Percebia no olhar de olhos fundos e esgotados quando atendia as famílias, esclarecendo as propostas do Programa de Acolhimento Psicossocial Álcool e Drogas de Sapucaia do Sul, que se frustravam após a participação nos grupos oferecidos. O familiar-usuário deveria retornar para casa e voltar no dia seguinte para mais atendimentos agendados. Escutava: "O que? Ele não vai internar? Eu não tenho como ficar com ele em casa, ele foge, vai usar droga, não tem como segurar ele...". O lábio tremelica e as lágrimas escorrem silenciosas, como eu, mudo por alguns instantes, impotente. Em seguida procuro confortar e sensibilizar para que o familiar, neste caso específico a esposa do usuário, faça um esforço para acolhê-lo em casa e que volte nos próximos dias para continuidade nas atividades e nos atendimentos. Era comum também orientá-los que buscassem apoio em grupos para familiares em serviços de saúde e grupos de ajuda mútua.

Agora, retomando o método e as técnicas da pesquisa: a observação participante trata-se da presença sistemática do pesquisador no campo, atento aos fenômenos estudados e identificando a presença dos dados sociais e comportamentos. Na observação participante, o pesquisador constrói o seu olhar, inserindo-se no contexto social eleito para a pesquisa. É um modo de fazer pesquisa etnográfica que coloca o pesquisador no meio da, e interagindo com, a comunidade em estudo (ANGROSINO, 2009). Os cinco sentidos do pesquisador estão alertas na tarefa de perceber as atividades, comportamentos e relações das pessoas.

A observação participante é utilizada neste estudo como complemento, ou como parte dos, aos métodos etnográficos, por se adequar à posição do pesquisador como membro inserido na comunidade em questão e, portanto, facilitar o atingimento dos objetivos. A observação participante se constitui mais num estilo do pesquisador em se mover no campo. Esse método, até pouco tempo, tinha sua aplicação posta a restrições devido à comunidade científica, que influenciada por um viés quantitativo, julgava ser impossível tratar estatisticamente os dados provenientes desse instrumento. No olhar de Bogdan e Biklen (1992) essa situação só se modificaria nos anos 1980, com o reconhecimento da investigação qualitativa como empreendimento científico. O que ocorreu pela criação de fundamentos tais como:

ambiente natural como fonte única direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento; dados coletados são predominantemente descritivos; o significado que as pessoas dão as coisas e às suas vidas são focos de atenção especial; a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo (BOGDAN e BIKLEN, 1992, p.47).

Esses fundamentos possibilitaram o emprego dos diários de campo nas pesquisas, na medida em que estes se mostravam capazes de capturar e descrever os significados produzidos pelos sujeitos nas situações vividas. De acordo com Da Matta (1987):

escrever um diário de campo, onde o pesquisador deverá anotar tudo o que lhe acontecer no decorrer do dia, frases soltas, comportamentos curiosos e acontecimentos imprevistos, mesmo sendo ininteligíveis, devem ser criteriosamente escritos no diário (DA MATTA, 1987, p.188).

Desse modo, registrei as falas e comportamentos dos usuários nas práticas proporcionadas pela educação física. Os registros serão apresentados ao longo dos próximos capítulos dessa dissertação. A observação participante visa colher e descrever detalhes dos acontecimentos e falas dos participantes envolvidos. Visa encontrar padrões significativos em comportamentos observados. O observador deve encontrar-se consciente, atento, cuidadoso no registro dos dados colhidos, os transformando em ferramentas de pesquisa, para que possam ser organizados e sistematizados.

Minayo (2008) sublinha que a observação participante seria quase um método em si mesmo, buscando a compreensão da realidade empírica. Adverte que o pesquisador precisa saber se colocar no lugar do outro e “relativizar seu espaço social” (p. 274). A autora se utiliza de Bronislaw Malinowski (1976), para apresentar ideias sobre algumas características da observação participante, afirmando que o pesquisador deve “desenvolver uma visão estereoscópica das atividades e ideias humanas” (MALINOWSKI, 1976 apud MINAYO, p.276, 2008). A observação participante pode ser considerada, entre todas as técnicas de coleta de dados, a que mais envolve o pesquisador, como pessoa, de forma mais profunda. Não existe observação participante sem a participação ativa do indivíduo.

Outro instrumento utilizado é a entrevista, que pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado (HAGUETTE, 1987). É o momento de dar atenção, de mais do que ouvir, trata-se do momento de realizar uma escuta. Constrói informações e dados significativos e adequados ao objeto de pesquisa. Conforme Minayo (2008) entrevistar é dirigir a conversação de forma a colher informações relevantes, portanto trata-se de uma técnica interativa, mais do que uma conversa amistosa. A autora encara a entrevista ainda como “uma técnica privilegiada de comunicação” (p.261). O entrevistador deve mantê-la sob controle. As entrevistas foram semiestruturadas, ou seja, obedeceram a um roteiro previamente preparado, que foi utilizado como guia, porém com espaço aberto aos entrevistados. Elas foram gravadas em áudio em um aparelho de telefone móvel da *Apple*, o *iPhone 4s*, com dispositivos multifuncionais e transcritas

posteriormente. Os roteiros das questões norteadoras para as entrevistas estão nos apêndices I, II e III desta dissertação.

O registro de imagens foi realizado no decorrer desta pesquisa em algumas atividades pontuais, por meio de uma máquina fotográfica *Nikon* modelo *Coolpix L120*. A documentação fotográfica estava prevista com a finalidade de ilustrar o lugar e as práticas desenvolvidas na UAAA do HCPA.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP do HCPA, por meio da Plataforma Brasil, que regula as pesquisas que envolvem seres humanos. Foi então avaliada quanto a sua adequação ética e metodológica, com o propósito de garantir e resguardar os direitos dos voluntários participantes, dos pesquisadores e da sociedade em geral, sendo aprovada em 28 de abril de 2014, documento em anexo I. Ressalta-se que a participação dos sujeitos, bem como as entrevistas destes e dos profissionais se deram mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por cada um dos voluntários, documentos nos apêndices IV e V, em que foram devidamente informados do seu propósito, bem como dos riscos ou desconfortos e benefícios eventualmente envolvidos. Para todos os entrevistados, se respeitou a idade mínima de 18 anos, o sigilo de identidade foi mantido ao longo do processamento e da análise dos dados.

Não se identificaram riscos de danos físicos ou mentais dos sujeitos envolvidos na prática destas atividades durante o andamento desta pesquisa. Além disso, salienta-se que o processo de avaliação trabalhado neste estudo poderá contribuir para o conhecimento no campo da saúde, especialmente do uso prejudicial de drogas, em relação à abordagem terapêutica proporcionada pelas práticas de educação física, com achados relevantes para suas reflexões e visões sobre a temática.

II. POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL: NEM TANTO AO CÉU, NEM TANTO À TERRA

As políticas públicas sobre a temática das drogas no Brasil sofreram significativas alterações nos últimos tempos, especialmente no que tange aos dispositivos assistenciais e o olhar lançado sobre os usuários de drogas. Nos anos de 1970, a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica focava as questões relacionadas à doença mental, deixando o uso de drogas à margem dos debates. As lutas pela Reforma Sanitária e pela implementação do SUS, a partir da redemocratização do país, suscitaram reflexões pertinentes aos modelos de atenção à saúde. Consequentemente a este processo dispararam-se os movimentos sociais de trabalhadores e usuários que reivindicavam pela Reforma Psiquiátrica. O ano de 1992 é um marco histórico importante no estado do Rio Grande do Sul e no Brasil, mais precisamente no dia 07 de agosto, em que foi sancionada a Lei Estadual nº 9.716 sobre a Reforma Psiquiátrica. Em seu texto, a lei prevê a substituição progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, até então único aparato público de suporte, por uma rede de serviços de atenção integral em saúde mental (RIO GRANDE DO SUL, 1992). Estes serviços, chamados à época de serviços substitutivos, foram sendo regulamentados pelo SUS e após uma década incompleta instituiu-se a Reforma Psiquiátrica Nacional por meio da Lei Federal nº 10.216, de 16 de abril de 2001, que vige atualmente (BRASIL, 2001).

No Brasil, o tema sobre as drogas, historicamente, foi gerido no âmbito da justiça e tratado como caso de polícia e do direito penal. Nos dias de hoje, essa questão foi de certa maneira superada pela diferenciação entre usuário e traficante. Conforme a Lei Federal nº 6.368, de 1976, o usuário era categorizado como traficante, criminoso, o que somente após 30 anos a Lei Federal nº 11.343 de 2006 vem a separar ao determinar que o porte de drogas, mesmo que sem determinação legal, possa receber penas alternativas como advertência pelo uso de drogas, prestação de serviços e medidas educativas (BRASIL, 2006), e não a privação da liberdade. Ou seja, o que na antiga lei de 1976 era considerado crime, passa a se denominar um problema de saúde.

A atenção sobre os usuários de drogas se intensificou com a epidemia de HIV/AIDS no final dos anos de 1980. Isto se sucedeu em função da transmissão do vírus através da administração de drogas injetáveis, o compartilhamento de seringas e fazer sexo desprotegido. O cenário de uso no Brasil correspondia à mesma forma de uso descritas em outras localidades como nos Estados Unidos, Europa e Austrália (PICCOLO e KNAUTH, 2002). A estratégia de ação em saúde adotada para abordar a questão da epidemia no Brasil foi a redução de danos, pois anos antes, especialmente na Europa, esta estratégia já havia sido adotada e vinha sendo aplicada com eficiência significativa, no que diz respeito ao freio da contaminação do vírus HIV/AIDS. A redução de danos passa então a configurar-se como prática dos programas de prevenção à transmissão do vírus, por ações educativas com a finalidade de atenuar efeitos adversos e outras abordagens na forma do uso de drogas, como o incentivo ao uso de seringas descartáveis e o não compartilhamento das mesmas, a distribuição de preservativos e orientações relativas ao cuidado em saúde.

A estratégia de redução de danos contém uma variedade conceitual abrangente, devido à sua utilização em diferentes contextos e apropriação por parte de diversos saberes e campos disciplinares (SANTOS, SOARES e CAMPOS, 2010; 2012). De acordo com Adade e Monteiro (2014) o uso de drogas é inevitável na sociedade ocidental. As autoras afirmam que os aspectos de mercado da droga, como a produção, a distribuição pelo tráfico e o seu consumo são fatos que constituem a história dos seres humanos, sendo significados e tendo funções atribuídas a partir do contexto social, econômico e político que determinado país ou comunidade atravessa. Ao retomar Santos, Soares e Campos (2010; 2012), que desmembraram muito bem em uma revisão bibliográfica os conceitos atribuídos às ações de redução de danos, apresento os objetivos mais advogados sobre a política de redução de danos. Em linhas gerais, a redução de danos constitui-se como um conjunto de estratégias que buscam minimizar os riscos e prejuízos individuais e coletivos associados ao uso de drogas. Sob esta ótica, leva-se em consideração que o usuário é livre para suas escolhas, ou seja, se pretende ou não cessar o uso em determinado espaço de tempo, deve ter sua decisão respeitada, assim como as suas singularidades e a garantia do acesso a bens e serviços de saúde.

O uso prejudicial de múltiplas drogas prolifera na sociedade produzindo um atravessamento no desenvolvimento das pessoas. Portanto, seja pela problemática decorrente das drogas ligada ao tráfico ou às consequências individuais e coletivas do seu consumo, elas se fazem presentes no cotidiano da coletividade (BRASIL, 2004). Então, considerando essa problemática, os dispositivos assistenciais destinados aos usuários ganham novos contornos em suas propostas e finalidades, a partir do contexto da Reforma Psiquiátrica no país.

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas aponta para a necessidade do tema ser pensado de forma integral e intersetorial, ou seja, traçar ações que possuem o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários (BRASIL, 2004). Com essa política, cria-se uma série de serviços no âmbito do SUS, que compõe a rede de assistência ao usuário, desde atendimento especializado como CAPS AD e CAPS AD 24h, a serviços de acolhimento e abordagem inicial como a Atenção Básica (AB), Estratégia da Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF, com a finalidade de articular ações intersetoriais, auxiliar na identificação de casos, oferta de assistência, redução de danos, ações de prevenção em escolas, comunidades, conselhos locais de saúde e outros segmentos. São preconizadas também Unidades de Pronto Atendimento, Pontos de Acolhimento, Consultórios na Rua com a finalidade de reduzir as lacunas assistenciais para a população em geral. Essas ações possuem a intenção de ampliar as possibilidades de recuperação das pessoas inseridas em um contexto tão complexo quanto mutante; as pessoas envolvidas com o uso de múltiplas drogas ora podem se beneficiar de um serviço ou abordagem específica como a internação, ora, em outro momento da vida, podem usufruir de ações como a redução de danos, ou seja, não há regra ou receita pronta; há, no entanto, a necessidade do cuidado contínuo (BRASIL, 2010).

A expectativa das políticas públicas em saúde é construir uma melhor qualidade de vida, e gozar de boa saúde é objetivo ideal da maioria das pessoas. No entanto, na vida real a alternância de presença e ausência de saúde é uma regra. As políticas públicas regulamentadas na Constituição Federal de 1988, no intuito de garantir o direito à saúde e seus determinantes, por meio da Lei Orgânica de Saúde, como educação, moradia, alimentação, transporte, meio ambiente, trabalho e renda, lazer,

dar acesso a produtos e serviços essenciais (BRASIL,1990), raramente atingem seus objetivos. Esse conceito ampliado da saúde permanece na órbita do ideal e não contempla a desigualdade social instalada no país (BILIBIO e DAMICO, 2011). A não organicidade das políticas públicas no campo da saúde acaba por concernir uma gama de políticas públicas distintas em suas concepções e abordagens e, por consequência, apresenta contradições entre seus discursos normativos e suas práticas institucionais (LUZ, 1979). Grande parte da população brasileira encontra-se em situação de vulnerabilidade social, as condições precárias dos fatores determinantes da saúde deturpam as pessoas, expõem-nas a violência e riscos, conduzindo a uma vida repleta de dificuldades e desafios. Ao não estarem contempladas em suas demandas gerais, as pessoas esbarram em uma vida dura e indigna na qual o ideal da saúde se torna inatingível. Existe a possibilidade de que as pessoas, não todas, ao se depararem com os obstáculos da vida, refugiem-se no uso de drogas. Sabe-se que o uso de drogas é de consequência multifatorial e não se restringe a comunidades vulneráveis, e também não é necessariamente um grave problema. Faz parte da existência humana o consumo de drogas que alteram o estado de consciência com finalidades diversas, entre elas a busca por prazer, por melhorar performances físicas e mentais, ou a sua simples experimentação. Isso permeia a sociedade brasileira e mundial. Reforça-se aqui, que os sujeitos participantes desta pesquisa apresentam graves problemas, não apenas de saúde, mas psicológicos, laborais e sociais, relacionados ao consumo de múltiplas drogas, portanto, neste determinado momento de suas vidas buscaram atendimento especializado para cuidar dos agravos.

No atual período histórico, o tema das drogas é amplamente divulgado e debatido. Quer seja pela mídia, autoridades governamentais e/ou comunidade científica. De acordo com Pratta e Santos (2009), o uso abusivo de drogas é considerado um grave problema de saúde pública que atinge não somente o indivíduo que as consome, mas também seu entorno: a família e a comunidade. Na UAAA as pessoas assistidas são usuárias de múltiplas drogas, sendo predominante o *crack*. É correto dizer que o uso do *crack* se espalhou no Brasil a partir dos anos 1990. A droga se estabeleceu como resultado de seu baixo custo, sua alta disponibilidade e da migração crescente de consumidores de cocaína intravenosos para a cocaína fumada,

um fenômeno já identificado na década de 1990 (DUNN et al. 1996), e, posteriormente, nos anos 2000 (INCIARDI et al., 2006). Essa migração provocou a necessidade de avaliar e tratar de forma sistemática esses usuários nos dispositivos de saúde.

Falar sobre a temática das drogas, modelos de atenção, abordagens e as visões lançadas sobre ela implica caminhar sobre um terreno de disputas e opções doutrinárias distintas. Se por um lado, por muito tempo, e há ainda presente, uma forte corrente que defende ações proibicionistas e repressivas em relação ao uso de drogas, temos também a opção de olhar pela ótica da liberdade de escolhas e de que as pessoas são livres para fazerem o que quiserem com suas vidas. E aqui, é possível afirmar que a mesma corrente conservadora, que reivindica a proibição, a repressão, ou seja, adeptos da 'guerra às drogas' possui uma ideia de que para tratar das drogas, ou da dependência delas, se constrói pela abstinência total de qualquer droga. Dessa forma, no estudo de Santos, Soares e Campos (2010) identificou-se que a produção científica em torno do verbete redução de danos estava ligada em sua maioria a produções acadêmicas universitárias e a instituições públicas de saúde. Neste mesmo estudo os autores apontam alguns pesquisadores, mais comumente ligados à psiquiatria, que abordam a redução de danos sob a ótica da dependência. Autores como Andrade (1998); Guerra et al. (2003); Ribeiro e Laranjeira (2003); Carlini (2003); Dias et al. (2003) e Cruz et al. (2003) propõem a estratégia de redução de danos, porém o propósito final das ações decorre pela abstinência de drogas. De uma forma geral, para esta área do conhecimento médico, o consumo de drogas parte do pressuposto de um uso dependente ou prejudicial/problemático, tendo como premissa a privação de um primeiro uso. Ao considerar que a abstinência total é o objetivo final, neste espectro, a redução de danos é incorporada como ferramenta para se aproximar de usuários resistentes a abordagens de cuidado que visam à abstinência. A contribuição da psiquiatria para esta concepção é bastante significativa. As pessoas que se envolvem com o uso de drogas são tidas como passivas diante destas. São indivíduos vulneráveis e incapazes de encaixarem-se ao regramento social e assim ficam à mercê do uso, condenados pelos efeitos físicos, psicológicos e sociais que o poderio da droga pode causar. Portanto, para a corrente majoritária da

psiquiatria é determinante que ao iniciar o uso, o indivíduo tornar-se-á dependente. Esta concepção está intimamente ligada com a definição da Organização Mundial da Saúde sobre a redução de danos, sendo abordada como uma estratégia de suporte ao usuário na diminuição do consumo de drogas que pode vir a contribuir para cessá-lo (WHO, 2013).

A política de redução de danos no Brasil já obteve avanços e recuos ao longo dos anos. Mesmo ao se constatar que o uso prejudicial de drogas seja um problema de saúde pública, as políticas assistenciais oferecidas se apresentam pouco interligadas e com uma cobertura pífia. Para Inglez-Dias et al. (2014) as fragilidades mais notáveis das políticas de redução de danos no Brasil aludem às péssimas condições e contratos trabalhistas dos agentes redutores de danos, defasagens de apoio e supervisão das práticas e da capacidade de estabelecerem vínculos dos usuários com os dispositivos de saúde, assim como “baixa adesão dos participantes acessados aos programas, financiamento fragmentado e precária sustentabilidade” (INGLEZ-DIAS et al., p. 154, 2014).

Este cenário abre espaço para antigas e corriqueiras formas de intervenções em relação a usuários de drogas, especialmente com o advento do *crack*. O saber médico hegemônico ganha força com abordagens mais intensivas e modelos de internação são novamente trazidos para debate e para execução de ações em níveis municipais, estaduais e federais (BRASIL, 2010). A Reforma Psiquiátrica é posta em xeque ao reativar pautas para o não fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e seguir a política de abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, inclusive para o usuário de drogas. O que permitiu também trazer à mesa o debate sobre as internações compulsórias, porém neste trabalho, este assunto não será aprofundado, deixando no ar questões que podem ser correlatas a estas intenções. Uma destas questões foi a realização e a proximidade de grandes eventos esportivos no Brasil como a Copa do Mundo FIFA e os Jogos Olímpicos de 2016 no Rio de Janeiro e a política de higienização da cidade retornam disfarçadas de ações de cuidado em saúde. Outra questão que se levanta é ao definir a internação compulsória como abordagem a partir de avaliação jurídica, considerando a pouca oferta de leitos na rede pública, clínicas psiquiátricas e comunidades terapêuticas privadas receberiam usuários com a chancela judiciária

obrigando o Estado a arcar com internações caras e improdutivas. Para ilustrar estas reflexões incluo agora reportagens veiculadas em diversas mídias nacionais e internacionais sobre o assunto.

O ColetivoDelta9, uma mídia virtual em formato de *blog* que se intitula como “uma entidade horizontal e sem fins lucrativos dedicada a criar espaços e fomentar discussões relativas às drogas” (COLETIVODELTA9, 2014), repercutiu uma reportagem do periódico francês Le Monde publicada em 29 de junho de 2014.



Imagem 3– Coletivo Delta 9 repercutindo reportagem do Le Monde.

A Folha de São Paulo, por sua vez, também repercute uma reportagem em 04 de julho de 2014 neste mesmo sentido, ao divulgar que o Ministério Público do Rio de Janeiro afirmou que a Prefeitura Municipal retirou das ruas 669 pessoas, alocando-as em um abrigo público entre os dias 20 de maio e 02 de junho, às vésperas da Copa do Mundo. A Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, de acordo com a reportagem, posicionou-se negando que as ações tenham sido executadas forçadamente e que as mesmas visam “ao acolhimento e o restabelecimento dos vínculos com a família e a sociedade” (FOLHA DE SÃO PAULO, 2014). A Prefeitura do Rio de Janeiro publicou nota rejeitando as acusações, reiterando que “não há, na cidade do Rio de Janeiro, uma política de “higienização”, com a retirada de pessoas em

situação de rua em função da Copa do Mundo ou qualquer outro evento” (FOLHA DE SÃO PAULO, 2014). Por mais que tentem negar ações de limpeza social, pairam questionamentos e dúvidas em relação à intensificação dessas ações justo no período próximo da realização dos megaeventos. Essas ações sociais não deveriam ser agenda constante dos governos, independentes de eventos esportivos de repercussão mundial?

Busca

Entrada (6) - cassilano@... x

Brasil - les enfants du cra... x

Rio quer "limpar" as ruas... x

Ministério Público diz qu... x

www1.folha.uol.com.br/bbc/2014/07/1480995-promotoria-diz-que-rio-tirou-669-mendigos-das-ruas-para-copa-do-mundo.shtml

BRASIL

Rio de Janeiro

Ministério Público diz que Rio 'tirou' 669 mendigos das ruas para Copa

DE SÃO PAULO

04/07/2014 @ 10h58

Recomendar (13) | Tweetar (48) | G+1 (6) | Ouvir o texto | Mais opções

Números divulgados pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro mostram que a Prefeitura carioca retirou 669 mendigos das ruas - muitos de forma compulsória - levando-os para o Abrigo Rio Acolhedor (Paciência), entre os dias 20 de maio e 2 de junho deste ano, às vésperas da Copa do Mundo.

Polêmico, o local é alvo de denúncias de superlotação e má higiene e, de acordo com uma liminar judicial, não poderia mais receber novos abrigados desde maio.

O Ministério Público do Rio disse à BBC Brasil que deve entrar com petição na Justiça nos próximos dias para reiterar o pedido de fechamento total do local.

Edição bilingue. Acesse e depois reserve a mesa.

leia também

- Relatório entregue à Fifa adverte para risco de mais violência em protestos
- Torcedores 'sem hotel' transformam Rio em 'camping' durante a Copa
- Câmeras e helicópteros monitorarão ruas nas sedes da Copa; veja vídeo

sigla a folha

envie sua notícia

ELHORES DESTINOS

20:49 21/07/2014

Imagem 4– Reportagem da Folha de São Paulo.

O jornal Zero Hora de Porto Alegre, em 20 de maio, produziu matéria sobre o tema na capital gaúcha. Na reportagem afirma-se que houve uma orientação da promotoria gaúcha aos sem-teto da capital que deveriam buscar albergues e abrigos públicos e deixarem as ruas para evitar eventuais ações coercitivas para esta finalidade. Baseada em diretrizes do Conselho Nacional do Ministério Público, as recomendações foram no sentido de informar e instrumentalizar órgãos e instituições responsáveis pela orientação aos sem-teto. Ainda que uma ação preventiva, a recomendação foi embasada em casos ocorridos em Salvador e Recife durante a Copa das Confederações em 2013, onde moradores de rua, muitos deles envolvidos com o uso de drogas, foram removidos para áreas afastadas das cidades. A Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) negou que houvesse qualquer plano com caráter de retirada das pessoas das ruas em função da Copa do Mundo e segundo o presidente

da FASC, as ações foram com o intuito de se aproximar e de cuidar das pessoas em situação de rua (ZERO HORA, 2014).



Imagem 5– Reportagem da Zero Hora.

Nesta disputa sobre políticas, técnicas e abordagens assistenciais a usuários de drogas, podemos trazer as profícuas contribuições de Deleuze e Guattari (1996) que discorrem sobre as relações de poder. O espaço é um terreno de lutas em que há tensionamentos entre as forças que agem sobre a produção de práticas, saberes e imaginário social. Os autores versam sobre o “lugar” como a força hegemônica e o “não lugar” como as forças minoritárias e há neste espectro um jogo de forças. É possível interpretar que há na temática das drogas um duelo entre opções doutrinárias distintas no que diz respeito às crenças sobre o que é melhor para o usuário. É a estratégia da redução de danos a força minoritária, visto que se estruturou por diversas disciplinas relacionadas à saúde, e por isso teve seu processo de implementação retardado ou até mesmo enfraquecido? Ou é a estratégia da abstinência total a força hegemônica comumente advogada pelos saberes médico e jurídico? Aqui, cabe reforçar que não se trata de optar por uma em detrimento da outra, pois elas dialogam, ou deveriam dialogar. Há muito tempo que a falência do modelo repressor e proibicionista das drogas e as ofertas de tratamento inspiradas em intervenções excludentes, separando o usuário do convívio social foram postas em

xeque, porém sempre esteve latente. Este olhar estritamente biológico ao problema retoma forças a partir das dificuldades de aplicação da estratégia de redução de danos no Brasil. Isto converge com a implementação do Plano de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas que mesmo tendo em seus objetivos a reestruturação e reforço da política de redução de danos, prevê com força o modelo internacional para usuários de drogas no país.

Dos anos 2000 até o hoje o *crack* recebeu notória atenção, principalmente da mídia, tanto em relação ao alastramento da droga dos centros urbanos até as mais longínquas e pequenas cidades brasileiras, quanto à relação do uso com o crime, a violência e a miséria. A mídia (MINAYO et al,1999; NJAINE e MINAYO, 2004) reverbera o surto do uso de *crack* como epidemia e trata o tema como problemática social a ser enfrentada pelas três esferas do governo. Recentemente, em 2010, o Plano de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas foi lançado diante da grande incapacidade instalada nos dispositivos de assistência em saúde designados para o atendimento da população de usuários de drogas. A vulnerabilidade social e as carências no campo da saúde, assim como nos demais determinantes sociais, cada vez mais abarcam as pessoas e são produtoras de sofrimento. Dessa forma, implementar uma política nacional que fosse intersetorial, poderia ser um fôlego importante no enfrentamento do problema. Neste sentido, Andrade (2011) avalia que a implementação deste plano, deslocada de ações de AB e da ESF estaria fadado a fracassar, pois foi instituído “num contexto de pânico social relacionado ao uso de *crack* e de grande fragilidade estrutural, haja vista a carência de ações de comunitárias junto aos usuários de drogas” (ANDRADE, p. 4668, 2011).

Em 2009, a SENAD em parceria com o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania – PRONASCI, do Ministério da Justiça, lançou o programa Ações Integradas na Prevenção ao Uso de Drogas e Violência, que determinou um grande número de ações colaborativas para a abordagem dos problemas relacionados à droga no país. Em 2010, o Governo Federal instituiu através de decreto nº 7.179 de 20 de maio, o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas, com estímulo a diversas ações visando ampliar a rede de assistência ao usuário de drogas de todo o país. Destaca-se entre essas ações, a estruturação de Centros Colaboradores que

associado ao espaço físico enfatizava projetos continuados de assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento de tecnologias inovadoras na abordagem do uso de drogas na população brasileira em um plano de abrangência nacional. É nesse contexto que o HCPA em parceria com a SENAD, no ano de 2010, a partir da incorporação da Unidade Álvaro Alvim em seu patrimônio, iniciou a instalação de um Centro Colaborador com fins de assistência, ensino e pesquisa relacionados à adição de drogas. E é neste mesmo espaço e contexto que há uma proposição de práticas de educação física, onde esta pesquisa se debruçou a analisar.

Em dados coletados em uma entrevista com o coordenador do Centro Colaborador, pude aprofundar um pouco mais a história dessa parceria, bem como sua percepção sobre as diferentes políticas instituídas no Brasil. O coordenador do Centro Colaborador é também coordenador do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (CPAD) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Trata-se de um médico psiquiatra especialista em dependência química com títulos de mestrado e doutorado, possui 32 anos de experiência na área, iniciados ainda enquanto graduando de medicina. Na entrevista, ao ser perguntado sobre o processo de aproximação à SENAD e a ideia da criação e organização de um Centro Colaborador, o coordenador explica que a relação com a SENAD iniciou há nove anos, quando a secretária do órgão à época, o procurou para a realização de um grande estudo com a finalidade de validar no Brasil o instrumento *Addiction Severity Index* (ASI), uma escala de gravidade de dependência, que auxilia detalhadamente realizar uma avaliação do uso de álcool e outras drogas. Este instrumento foi criado por Thomas McLellan em 1979. De acordo com sua descrição, é possível verificar o grau da dependência, a partir dessa escala por meio de uma entrevista semiestruturada com questões objetivas que estimam o número, a extensão e a duração dos problemas relacionados ao consumo de drogas durante a vida e nos 30 dias anteriores a avaliação. Então, havia interesse mútuo no estudo, porém o CPAD não tinha verba para bancar um estudo da magnitude de coletas de dados em 600 casos em cinco instituições do Brasil. A SENAD propôs subsidiar o estudo com a premissa de que o ASI fosse divulgado e fosse também de domínio público. Outros projetos foram realizados pela parceria CPAD/SENAD, estudos

sobre álcool e drogas no trânsito e a parceria foi se solidificando. A seguir um trecho transcrito dessa entrevista realizada em 27 de junho de 2014:

“E depois do estudo do trânsito, quando nós entramos no terceiro grande projeto, que era o Ações Integradas, que não era só um projeto de pesquisa, era um projeto de assistência também, já existia na SENAD a ideia de montar centro nacionais de referência. [...] nós desenhamos o que seria o modelo de centro colaborador considerando cinco centros regionais, um em cada região do país. Isso faz mais ou menos uns cinco anos. Entre o desenho e a implementação nós tivemos uns dois anos e meio. Dentro do Ações Integradas, no final do projeto, nós já estávamos com a chancela de um centro colaborador, que então gerou o quarto projeto com a SENAD, que não tem nada de pesquisa diretamente, que foi o projeto de implementação do centro [...] a gente tá fazendo dois anos de serviços e o centro tem uma história de uns quatro anos e pouco. Esse é o processo. Agora o processo é de estabelecimento do centro colaborador, quer dizer, tem *staff*, tem atendimento, tem pesquisa, tem ensino, mas isso implica em manutenção através de, por exemplo, os programas de mestrado profissional, treinamento das equipes, projeto de pesquisa e tudo mais.”

(Coordenador do Centro Colaborador, 2014)

Nesta entrevista, tive a oportunidade de perguntar ao coordenador sobre sua visão a respeito das políticas públicas sobre drogas no Brasil:

“Professor, vamos falar um pouquinho sobre as políticas. As políticas sobre drogas no Brasil apresentam diferentes abordagens na área, se por um lado a gente tem a política do Ministério da Saúde, com Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, por outro lado a gente tem também a política do Ministério da Justiça, com a Política Nacional sobre Drogas. Na tua opinião, quais considerações podem e devem ser feitas sobre estas políticas, se elas são antagônicas, se elas dialogam, em que pontos?”

(Pesquisador, 2014)

Primeiramente ele afirma que levou muitos anos para entender a forma como essas políticas estão colocadas e destacadas. Após, é pertinente fazer a transcrição de seu pensamento e posicionamento:

“[...] o órgão responsável por gerar a política sobre drogas do país é a SENAD. O órgão responsável por gerar a política de saúde do país é o Ministério da Saúde. A questão é que drogas pegam tanto fronteira, narcotráfico e isso é Ministério da Justiça diretamente, como pega assistência ao usuário, que é uma interface com o Ministério da Saúde. Eu acho que é um diálogo muito restrito, porque ambas as políticas, na minha forma de perceber, muito mais envolvido com o trabalho da SENAD do que com o Ministério da Saúde, apesar de ser responsável pela assistência através do Ministério da Saúde, elas são hiper ideologizadas e pouco baseadas em evidência, porque, se os propositores dessas políticas fossem se ater as evidências que aparecem em relação a atendimento do usuário, eles obrigatoriamente iriam ter que reformulá-las. Para começar, a evidência mostra que o foco prioritário de atenção ao uso de drogas no Brasil não é *crack*, é álcool. Isso já te mostra que, então, essas políticas não são regidas primariamente pela evidência epidemiológica, elas são regidas por uma série de outras agendas, que eu não questiono a seriedade delas, não é isso, mas em termos da escolha da prioridade elas levam em consideração fatores que não são só epidemiológicos. Um por cento da população brasileira tá as voltas com cocaína e *crack* versus doze, quinze, depende do corte que tu quiser fazer, está no álcool.”

(Coordenador do Centro Colaborador, 2014)

Observa-se em seu discurso um posicionamento político e comedido de acordo com o cargo que exerce. Os seus aspectos formativos, a medicina e especialmente, a psiquiatria, estão latentes no seu pensamento ao avaliar as políticas como pouco embasadas em evidências epidemiológicas, inferindo uma necessidade de reavaliar as propostas e finalidades de ambas. Ao ressaltar a cultura de ideologização entre as

visões sobre as políticas é evidente a falta diálogo entre as doutrinas adotadas de uma parte e outra. Se por um lado a Política Nacional sobre Drogas do Ministério da Justiça se debruça sobre fronteiras, narcotráfico e outras ações ilícitas, porque há propostas e abordagens de assistência, se há uma política assistencial por parte do Ministério da Saúde, órgão responsável pela gestão dos dispositivos de saúde? É uma forma de manter proposições de cuidado com vistas à abstinência total? Visto que na política do Ministério da Saúde isto é tido como alternativa esgotada como objetivo central. “Dentro de uma perspectiva de saúde pública, o planejamento de programas deve contemplar grandes parcelas da população, de uma forma que a abstinência não seja a única meta viável e possível aos usuários” (BRASIL, 2004, p.08). São perguntas que permanecem para reflexão, não com o intuito de respondê-las, mas sim, com a necessidade de manter discussões pertinentes no que se refere à assistência a usuários de drogas no Brasil.

III. ESCARAFUNCHANDO VISÕES DE SAÚDE: REPRESENTAÇÕES SOBRE CORPO EM PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Vivemos hoje uma visão de saúde dominante que nos impõe hábitos, posturas, condutas e comportamentos de caráter preventivo. Uma saúde que deve, antes de qualquer medida, evitar riscos (CASTIEL e DIAZ, 2007). É fato que a educação física precisa amadurecer e desenraizar-se da lógica medicalizante e prescritiva a que está atrelada. A mensagem de que a atividade física é remédio, como se fosse uma poção da saúde, a resolução dos males ou a mágica do bem-estar, é certamente muito difundida, porém restringe as práticas ao campo biológico, diminuindo a contribuição da área, reduzindo as fecundas possibilidades, novas formulações críticas e problematizadoras da educação física na saúde coletiva (BILIBIO e DAMICO, 2011). Esses discursos ecoam para transformar a vida das pessoas para o bem, para uma qualidade de vida, para que adotem um estilo de vida ativo, mais saudável e livre de riscos. Gostaria de acreditar que vivemos um momento de transição, mesmo que lenta, porém gradual, que evolui como uma crítica latente, convocando novos adeptos, provocando debates e norteando novos formatos de se pensar a educação física.

Neste capítulo abordo aspectos relevantes no que diz respeito à interface entre a educação física e a saúde coletiva, a partir do objeto de estudo desta pesquisa. Além disso, este capítulo visa atender o que foi proposto como objetivos específicos, a caracterização das práticas de educação física na saúde e a visão sobre saúde e representações sobre corpo em professores de educação física da unidade. É imprescindível ressaltar que se faz necessário contextualizar o âmbito político no qual a unidade está inserida. Ela faz parte do Centro Colaborador criado em convênio entre a SENAD e o HCPA. Vimos no capítulo 2 dessa dissertação como se constituiu o Centro Colaborador e como dialoga com as políticas públicas sobre drogas. É importante reforçar que está ligado ao Ministério da Justiça e pouco interage com a Política do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e Outras Drogas. Então, como a proposição de práticas de educação física se configura a partir desses contextos? São questões que esta pesquisa tentou alimentar, antes do que responder, enriquecendo

os debates sobre o papel das práticas de educação física no âmbito da saúde coletiva. Busca-se, então, um posicionamento crítico que propicie a reflexão por parte de professores de educação física e demais profissionais da saúde.

É de suma importância resgatar aqui, antes de iniciar a discussão sobre os estudos do corpo, das práticas e de suas incursões no campo da saúde coletiva, o fato de que minha formação na educação física, compreendida entre os anos de 1998 e 2001, continha uma concepção de saúde permeada por características e discursos biomédicos. Para Rocha e Centurião (2007), o modelo biomédico presente, não apenas na educação física, mas também em outras áreas ditas da saúde, de uma forma geral, caracterizam-se por cursos que produzem profissionais tecnicamente habilitados, que se dirigem a ações fragmentadas, de cunho prioritariamente assistencialista e com escassas manifestações de compromisso social capaz de promover a autonomia (ROCHA e CENTURIÃO, 2007).

O modelo biomédico, portanto, apresenta-se centrado na lógica da doença, pertencendo às categorias de patologia, restringindo-se ao exame de aspectos biológicos dos indivíduos, deixando de lado o aspecto integral do ser humano. Outro ponto relevante vivenciado durante a formação foi seu caráter mercadológico, dirigido para o setor privado, presumindo debates superficiais, que se pautam exclusivamente pelo empreendedorismo e pelo lucro financeiro, não pautando a formação humana, sem sequer espiar os serviços públicos ou discutir o direito universal ao acesso à saúde previsto pelo SUS. Essas concepções marcaram minha trajetória inicial e, por falta de outras visões, constituíram-se como 'verdade'. No decorrer do curso, apareceram oportunidades de estágios em diversas áreas da educação física, como a ginástica laboral e academia de ginástica e musculação, que corroboravam os discursos e as concepções abordadas na graduação. Entretanto, no ano 2000, surge outra possibilidade de estágio, no campo da saúde mental, em que a intervenção e a prática, apoiadas pelas concepções biomédicas vistas na faculdade, não solucionavam um constante fazer junto aos usuários. Nesse momento, há uma grande identificação com o trabalho em saúde mental, e mergulho no campo, buscando novos conceitos para atender às demandas do trabalho. Início, então, minha trajetória profissional, com

defasagens teórico-práticas, pois a formação na graduação não contemplava a abrangência deste árduo campo.

Para esta investigação entrevistei duas professoras de educação física que compõem a equipe na UAAA. Nas suas falas identificam-se, também, estas defasagens na formação em educação física, mesmo que realizadas em períodos distintos, uma delas teve sua formação compreendida entre 1999 e 2003 e a outra entre 2004 e 2007 em diferentes instituições de ensino superior e suas inserções no campo da saúde se deram em vivências práticas, seja em estágios ou em projetos. Ao serem interpeladas sobre conteúdos relacionados à saúde vistos na formação e como chegaram ao campo da saúde como profissionais versaram:

“[...] Na verdade na graduação não tinha nenhuma formação em relação a isso [...] na época, eu só comecei a trabalhar com orientação de academia, porque não tinha campo de trabalho pra educação física na saúde ou nessas áreas. Quase sempre os serviços que tinham eram com deficientes, naquela época era o que tinha [...] durante a faculdade, tinha um projeto de extensão que eu entrei na parte que hoje a gente fala mais especificamente da saúde mental que eram com grupos em postos de saúde dos bairros que trabalhavam com pessoas que tinham sido internadas no Hospital Espírita em Pelotas. Então, essas pessoas que eram egressas dessa internação, ainda não existia CAPS naquela época, eles iam fazer esses grupos multiprofissionais nos postos de saúde vinculados aos projetos da universidade e a partir dali me abriu o olhar, meio que vi um monte de possibilidades, de como era possível trabalhar com outras profissões e de que forma fazer isso.”

(Professora de Educação Física I, 2014)

“Não. Nunca escutei falar em SUS dentro da faculdade nem saúde mental. Essas possibilidades nunca foram apresentadas, foi o acaso de ter conversado com algumas pessoas que já tinham passado por isso que me abriu essas possibilidades. [...] Eu acho que foi quando eu descobri a

recreação terapêutica. Eu acho que é um campo que se abre, quando eu fui estagiária no Clínicas, e eu vi que eu queria trabalhar com uma outra perspectiva de saúde.”

(Professora de Educação Física II, 2014)

Dessa forma, cabe relativizar as concepções de saúde vistas em minha formação e as encontradas nas intervenções efetivadas. Observam-se incoerências, de forma que no campo de trabalho em saúde se busca o resgate da vida dos indivíduos como seres plurais e não simplesmente utilizar-se da prática de educação física para promover a saúde das pessoas. Antes, fazer produzir por meio das práticas o resgate do prazer, da autonomia, atribuindo-se um valor de cuidado nas intervenções. Na construção desse processo, esbarro em um discurso difundido e esgotado em grande parte da educação física, em uma perspectiva preventiva, biomédica e prescritiva, de que a exercitação física traz benefícios à saúde por si só. Segundo Luz (2007), a história da educação física constrói-se a partir de discursos biomédicos, pois se trata de área que “é herdeira de um conjunto de saberes e práticas tradicionais ligados ao treinamento do corpo e/ou adestramento” (p.11), podendo estar atrelada ao militarismo, ao esporte, à arte circense, reconstruindo há séculos atividades na cultura do ocidente, e também ligada às artes marciais, mais antigamente, na cultura do oriente. Na educação física, então, enraizou-se muito fortemente essa lógica, permanecendo ainda hoje presente em algumas vertentes. Podemos aqui destacar segmentos específicos da área que difundem o discurso biomédico, como a atividade física, o treinamento desportivo, a ginástica aeróbica e o alongamento, a ginástica laboral e qualidade de vida, a biomecânica, a fisiologia, dentre outras. Porém, esse discurso não soluciona os amplos aspectos da vida das pessoas, evidenciando-se a necessidade de pensar a concepção de saúde de uma forma mais ampla, que abarque a diversidade do conjunto da vida. Acentua-se, então, a relevância de dialogar com as ciências humanas, especificamente com as áreas da filosofia, educação, psicologia, história, antropologia e sociologia.

Um corpo, desde o nascimento, possui identidade e pertence a um grupo familiar, social e cultural. As formas com que os indivíduos lidam com sua corporeidade são dinâmicas e resultam de uma construção histórica. Essas concepções estão diretamente ligadas ao contexto social em que se inserem (GONÇALVES, 1994). Um corpo que se construirá por meio de um tempo-espaço. Que será a biografia física de um indivíduo, abrigo de seus aspectos mentais e psíquicos. Que será sua história. Um corpo pleno de percepções, significados, movimentos e (en)cantos. As relações e as trocas iniciais do bebê com o ambiente partem, então, de uma corporeidade e depois adquirem uma (re)significação psíquica. A importância do corpo deve ser pensada, portanto, como constituição do sujeito. As percepções sobre o corpo aplacam e inquietam a todas as pessoas, sem distinção e de forma subjetiva, consciente ou inconsciente.

O estudo do corpo e as luzes colocadas sobre ele são amplos, é conteúdo recorrente nas abordagens de diversas áreas das ciências humanas. Esses estudos geram reflexões relevantes nos contextos sociais e históricos do corpo. Por outro lado, não se pode abrir mão das áreas das ciências da saúde como a medicina, a biologia, a enfermagem e a própria educação física. As referidas áreas lançam olhares do aspecto físico, do fisiológico e do movimento do corpo humano e suas nuances de adoecer e recuperar-se. Diante desse panorama, identificam-se na educação física linhas de trabalho no espectro da saúde coletiva, abrindo-se leques de possibilidades de intervenção nos diferentes contextos em que se inserem. Nesse momento, é interessante centralizar em duas linhas de trabalho que permeiam a prática da educação física: uma de caráter sociocultural e outra de caráter biológico. Defende-se aqui que uma não se separa da outra, elas se fundem, ou deveriam se fundir, pois na prática do cotidiano de trabalho é comum observar professores de educação física voltados somente para uma dessas linhas, reduzindo a potencialidade e as possibilidades da área. Isso conduz a questionar e refletir sobre a intervenção de professores de educação física nas práticas de assistência à saúde.

A educação física teve seu reconhecimento disciplinar tradicionalmente ligado à militarização e a concepções higienistas, sendo mais adiante incorporada à grande área da educação (MAGALHÃES, 2005). Sua inserção na área da saúde deu-se de forma

branda, primeiramente em hospitais, e hoje vem estendendo-se aos mais variados serviços de saúde. Nas últimas décadas, as concepções e visões de saúde na educação física iniciaram, mesmo que timidamente, a serem debatidas por acadêmicos, professores e trabalhadores. Esses avanços nos debates foram e seguem sendo de extrema valia para o amadurecimento da área neste campo. A produção acadêmica em torno do verbete saúde na educação física é ampla, porém é comum nos depararmos com seu significado atrelado à relação 'causa e efeito' da prática de exercícios físicos. Nestes, as respostas fisiológicas beneficiam a saúde dos indivíduos, em detrimento dos estudos que dialogam com elementos socioculturais, econômicos e políticos que sugerem interferências importantes nas vidas das pessoas e do coletivo (BAGRICHEVSKI, ESTEVÃO e PALMA, 2006).

É verdade que, por vezes, a educação física dita sociocultural, refere-se à vida social, suas políticas públicas de inclusão, seus estímulos para que os sujeitos sejam protagonistas de suas próprias histórias. Pensa-se ser de grande valia que o professor de educação física, preocupado, inquieto, e em constante busca de aprimoramento, possa entrar em contato com as concepções de corpo descritas por autores das ciências humanas. O corpo se organiza como lugar privilegiado da construção do indivíduo contemporâneo, individualista, dominado por sentimentos de solidão e vazio interior, depressão e apatia, às vezes apresentando patologias narcísicas, entre as quais, as alimentares e as adições que primordialmente afetam o corpo. O corpo como território existencial espelha o homem pós-moderno (MAIRESSE, 2004). Para Cimenti (2001), "o corpo fala, grita e cala, em uma linguagem enigmática" (p.102), fato que às vezes, o professor de educação física não consegue traduzir por completo. Porque passa despercebido para ele, devido a suas próprias atitudes e crenças, ou seja, como ele faz a leitura daquele corpo.

Zygmunt Bauman (2007), autor que pensa a contemporaneidade, no exercício de sua intelectualidade produz uma série de pensamentos sobre modernidade líquida. Em diversos livros de sua autoria, discorre sobre liquidez da vida atual, metaforizando para relações que escorrem, que são fluídas, em que o corpo é transmissor e receptor de sentimentos. O autor assinala que as condições da sociedade em uma vida e modernidade líquidas, se modificam em um tempo mais curto do que é possível para

consolidar hábitos, rotinas, costumes. O curso dos fatos e acontecimentos se encontra em constante movimento. Incerteza, velocidade, efemeridade, seguidos reinícios, valores voláteis são suas principais marcas, a vida líquida é uma vida de consumo. O corpo se torna mais vulnerável na modernidade líquida devido a essas exigências. A atenção exagerada dada ao corpo na contemporaneidade o transforma em mercadoria. O autor sublinha que “na sociedade dos consumidores ninguém pode deixar de ser um objeto de consumo” (BAUMAN, 2007, p.18).

Os corpos contemporâneos salientam Giacomel, Fonseca e Régis (2004), “são superexcitados, convocados à abertura permanente, a experimentar de tudo e a cada instante ainda mais” (p.98). Bem diferente da repressão e da clausura disciplinar das décadas anteriores como mostrou Foucault (2003). Ainda enfatiza a ideia de que “nunca a potência afetiva do corpo foi tão convocada quanto nos dias de hoje” (FOUCAULT, 2003, p.95). Entretanto, em paralelo, também separada da capacidade de resistir, criando para o mercado, o consumo, o medo, o enclausuramento, o individualismo. Giacomel, Fonseca e Régis (2004) aludem à necessidade de resgatar a experiência do corpo, que é a própria condição de produção de novas subjetividades e mudanças. Essa experiência é condição para a apropriação do tempo, pois o corpo é quem engendra o espaço e a vivência temporal. A construção do itinerário existencial de cada indivíduo é “constituída pela transsignificação do que atravessa o corpo na sua relação com a história, com a invasão do pensamento do corpo sobre a consciência” (p.101).

Orlandi (2004) apresenta alguns autores que escrevem sobre a experiência fenomenológica do corpo, evidenciando Merleau-Ponty, que proferiu “estou em meu corpo, ou melhor, sou o meu corpo” (MERLEAU-PONTY, 1994 apud ORLANDI, 2004, p.73). Michel Foucault reforça os estudos que interrogam sobre o corpo com uma vertente que busca saber que corpo responde às redes de saber e poder que nos constituem como complexo de dobras e redobras de nossa interioridade e ajudam a criar um ‘dentro’ com todo este ‘aparato de fora’. Foucault defende o direito à vida, ao corpo, à saúde e à felicidade, ou seja, à satisfação das necessidades da vida.

A partir desta breve imersão, é possível desencadear, também, uma série de questionamentos frente à formação do professor de educação física. Como se estabelece sua visão de mundo, sua percepção sobre o corpo, aqui, o corpo do outro, que recebe estímulos previamente planejados em uma intervenção que pode ser terapêutica. Surge, então, em caráter associativo, que professores de educação física não estariam prontos suficientemente, seja nos aspectos de instrumentalização ou de formação, para entender os corpos contemporâneos rejeitados, seja na capacidade para entender os problemas que eles expõem e apresentam. Essa reflexão prenuncia que enquanto não houver apropriação do próprio corpo como instrumento de produção de saber, não há avanços significativos no campo da saúde, em particular na saúde mental, afinal o corpo é precisamente o principal objeto do olhar da educação física, ou, em outra perspectiva, o próprio sujeito do saber e da prática desse campo profissional. O corpo deve ser reconhecido como partícipe do fazer. Mas afinal, o que é corpo? Em recortes das falas produzidas pelas entrevistas realizadas com as professoras de educação física se evidencia a necessidade de conteúdos e vieses sobre corpo na formação da área e as contribuições das ciências humanas:

“[...] Sei lá, onde as coisas se materializam, não sei. Os sentimentos, as sensações, sei lá, acho que nele que se materializa tudo. Sei lá, o corpo é potência, é vida. Pode ser sofrimento também. Ai, não sei o que é o corpo.”

(Professora de Educação Física II, 2014)

“[...] o corpo é tu mesmo. Uma fala tua que eu fiquei, é verdade, e é uma coisa que a gente não liga. Como que eu vou falar, por exemplo, concepção de corpo, teoricamente, eu não tenho nenhuma concepção pra ti dizer agora, segundo tal autor, não sei. O corpo, pra mim, o corpo sou eu, o corpo é cada ser, cada pessoa diferente, que se manifesta de diferentes formas, que dependendo da sua história de vida, das suas vivências, das suas limitações, das coisas que a vida lhe impôs, independente das dificuldades ou facilidades, ou estímulos, esse corpo ele se torna, de um jeito ou de outro, ele se torna um corpo e um modo de ser mais rígido, mais introspectivo,

menos expressivo ou mais expressivo, que demonstra, e ele mostra, se essa saúde que a gente tanto fala, se ela tá presente nesse corpo. Pra mim, o corpo, óbvio a gente trabalha com isso, é a principal via do nosso trabalho, então é através da expressão facial, é através da postura, é através dessa movimentação, se ela é mais livre, mais retraída, que a gente consegue se conhecer e trocar essas experiências e poder ver que a fala, ela é uma só das vias que a gente pode tá acessando através dele [...]"

(Professora de Educação Física I, 2014)

A saúde é um aspecto da vida humana que permeia sua história desde os primórdios. A busca pelo prolongamento da vida é conteúdo constante de reflexões em diversas áreas do conhecimento humano. A temática da saúde ocupa o espectro de diversas áreas, e para a educação física não é diferente. Por este fato, acende-se o interesse no tema. Todavia, para Carvalho (2001) os debates em torno dessa questão circundam em demasia a esfera biológica, sendo necessário advertir e convocar para uma “reflexão com base nas ciências humanas e sociais” (CARVALHO, 2001, p.10). Na ótica da autora, o conceito sobre saúde da educação física é e está costurado, historicamente, ao de doença.

As concepções e práticas na área da saúde fundamentam seu desenvolvimento nesta relação. O conceito de saúde, ao longo do tempo, significou: ausência de doença (visão simplista), completo bem-estar-físico-psíquico-social (visão idealista), estar em um padrão “normal” (normal/patológico, visão relativista), ou ainda disposição de superação das adversidades físicas, psíquicas e sociais (visão subjetivista) (CARVALHO, 2001, p.13).

A saúde, portanto, assevera a autora, não é algo a ser consumido, ou algo que se possa receber como um presente ou um mimo. A saúde não é palpável, a saúde é algo a ser conquistado, a partir de escolhas e de possibilidades que incidem na vida das pessoas a partir de “condições de vida, de modo geral, e, em particular, ter acesso ao trabalho, serviços de saúde, moradia, alimentação, lazer conquistados - por direito ou interesse – ao longo da vida” (CARVALHO, 2001, p.14). No entanto, essa representação de saúde não se restringe à área da educação física, ela dialoga com outros campos do

saber, de forma que os conceitos permeiam e sustentam diversas áreas do conhecimento humano.

Georges Canguilhem é um dos autores cuja produção clássica deixou contribuições profícuas sobre a questão conceitual na área da saúde. Em sua tese de doutorado, publicada originalmente em 1943, Canguilhem vasculhou concepções do normal e do patológico na medicina. Em seu trabalho, buscou incessantemente inferir um olhar filosófico sobre os métodos e as conquistas da medicina, fazendo discussões e interpretações sobre diversos trabalhos na área. “A saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio” (p. 78). Esta frase sintetiza o foco de suas análises sobre a saúde, ao propor reflexões acerca do normal e do patológico. Em outra passagem, o autor alude que “a doença é ainda uma norma de vida, mas uma norma inferior, no sentido que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida” (p.72). Ou seja, a saúde se apresenta ao ponto em que pode ser a capacidade das pessoas de agirem e reagirem, elas adoecem e se recuperam. Portanto, a doença consiste em ser uma nova dimensão de saúde e não uma variação desta (CANGUILHEM, 2009). Em outras palavras, saúde é estar apto para enfrentar as adversidades do adoecimento.

É pertinente, neste momento, fazer um resgate histórico baseado em Michel Foucault, que em sua vasta produção intelectual contribuiu ao identificar e analisar as formas de poder e organização social nos séculos XVIII e XIX, além de refletir sobre o estabelecimento das disciplinas científicas.

O século XVIII foi o século do disciplinamento dos saberes, ou seja, da organização interna de cada saber como uma disciplina tendo, em seu campo próprio, a um só tempo, critérios de seleção que permitem descartar o falso saber, o não-saber, formas de normalização e de homogeneização dos conteúdos, formas de hierarquização e, enfim, uma organização interna de centralização desses saberes em torno de um tipo de axiomatização [...] (FOUCAULT, 1999, p.217).

Evoco aqui Carvalho (2006), que ao utilizar-se dos pensamentos de Michel Foucault, desenha que neste momento dá-se uma organização específica do saber como disciplina e o ‘escalonamento’ dos saberes, suas intercomunicações, suas distribuições, suas hierarquizações recíprocas em um tipo de esfera global. É o que se

nomeia ciência. Ainda segundo a ótica da autora, a educação física, para se figurar como ciência e para legitimar seu espaço na comunidade científica, viu-se imbuída em um processo de afirmação da área através do campo da saúde.

Reconhece-se que as bases das produções científicas na educação física provêm da biomedicina e a isso se coaduna ao exercício de estabelecer critérios de avaliação, selecionar, hierarquizar e centralizar o saber por meio do “poder disciplinar” (FOUCAULT, 1999, p.129). No entanto, as produções embasadas nas ciências humanas e sociais assinalam avanços e, mesmo que ainda insuficientes, postulam possibilidades férteis a serem exploradas, implicando-se sobre diferentes bases e novos fundamentos (CARVALHO, 2006).

A saúde como medida de vitalidade humana sempre esteve presente nas relações interpessoais e sociais dos seres humanos. Os meandros dessas relações estão fortemente instaurados no exercício do poder sobre os homens pelos homens ao longo dos séculos. Sob o prisma foucaultiano, vemos nascer no século XVIII o biopoder, “uma nova estratégia de poder que tem na vida do ser humano como espécie seu cerne” (ASSMANN et al., 2007, p. 20) tendo como soberania o Estado, atribuindo-lhe as ações para reger a vida. Essa nova noção de poder sobre a vida é concebida, para Foucault (1999), na medida em que há o entendimento da existência de um corpo social, ou seja, “é um novo corpo, corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças” (p.292). É essa noção de população que altera a forma de atuação desse novo poder, novo no sentido de que antes atuava na figura do poder soberano, exercendo sobre os indivíduos um direito de vida e de morte. Aqui cabe vincular que esse poder soberano, que precede o conceito de biopoder proposto por Foucault, articulou-se no século XVII e concentrou-se no corpo, “no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de utilidade e docilidade” (FOUCAULT, 1997, p.131). Portanto, Foucault, ao nos envolver com seu pensamento, elabora, em resumo, que o biopoder passa a:

[...] levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação [...] com essa tecnologia do poder sobre a “população” enquanto tal, sobre o homem enquanto ser vivo, um poder contínuo, científico, que é o poder de “fazer viver”. A soberania fazia morrer e deixava viver. E eis que agora aparece um poder que eu chamaria de

regulamentação e que consiste, ao contrário, fazer viver e em deixar morrer (FOUCAULT, 1999, p.294).

Essas premissas fazem-se necessárias para conseguirmos compreender os mecanismos e fenômenos que hoje abarcam as estratégias de poder sobre a vida. Segundo Rabinow e Rose (2006), esses “conceitos foucauldianos de biopoder e biopolítica, mantêm consideráveis utilidades analíticas” (RABINOW e ROSE, 2006, p.29). Nesse sentido, Assmann et al. (2007) enfatizam que o poder sobre a vida no século XX e agora também no século XXI desvela-se com novas representações, “deixando de ser gerenciado pelo Estado ao transferir-se para a esfera privada e social, criando biossociabilidades que promovem o agrupamento de indivíduos conforme critérios, por exemplo, de saúde” (ASSMANN et al., 2007, p.20). Nessa linha, então, é comum hoje ser depositado sobre os ombros dos indivíduos a responsabilidade de seus agravos de saúde. As pessoas são submetidas a olhares moralistas e estigmatizantes, como por exemplo, os sedentários, os fumantes, os diabéticos, os drogados e muitos outros.

As visões sobre saúde investigadas neste estudo por parte de professores de educação física se mostram mais solidificadas no aspecto da integralidade humana como podemos observar nos trechos selecionados das entrevistas quando perguntado o que vem a ser saúde:

“[...] Pra mim, saúde é poder tu saber, ter consciência das tuas possibilidades, das tuas dificuldades, das tuas potências, saber as possibilidades que tu tem e tentar buscar sempre, no cotidiano da vida, um equilíbrio pra viver melhor. E esse estado de poder ter autonomia, de poder buscar, de querer melhorar, ela depende de muitos fatores. Que é, sim, levar em consideração a questão do ambiente, a questão da saúde física, mental, psicológica. A questão da espiritualidade, a questão do convívio familiar, a questão de poder vivenciar e ser atuante no espaço e da forma que tu vive, ter espaço pra poder colocar sem preconceito, sem distinção, as tuas crenças, a tua fé, o teu jeito de vida. [...]”

(Professora de Educação Física I, 2014)

“[...] saúde é o jeito que a gente vive e trabalha. Pra mim, é uma coisa muito ampla. Eu acho que tem a ver bem com isso, com forma que a gente vive, tem a ver com a forma que a gente tem lazer, com a forma que a gente trabalha, com a forma que a gente se alimenta, como a gente anda na cidade, como a gente se relaciona com as pessoas. É difícil especificar, tipo, saúde. Sei lá, acho meio transversal isso em vários aspectos da nossa vida. Acho que é isso, saúde é o jeito que a gente vive.”

(Professora de Educação Física II, 2014)

Estudos que correm ao encontro das ciências humanas e da saúde coletiva contribuem com novas e diferentes visões sobre saúde, atribuindo-lhe um caráter biossociocultural, econômico e político. Essa concepção de saúde mais complexa e carregada de elementos que se entrelaçam, formando a vida social do coletivo, tem diálogo com autores como Christopher Dejours (1986), que em uma de suas passagens sintetiza que a normalidade sugere enfermidades, sendo o anormal não poder cuidar dessas enfermidades. Essas novas formas de encarar o mundo geram questionamentos e levam às concepções de saúde, suas representações e seus significados.

Os corpos exercitados e estimulados por gestos puramente biomecânicos, sem representação, sem significado, não contemplam a contribuição possível que a área pode dar, ou seja, torna-se superficial. Esse fato, que abarca a construção da área de conhecimento acerca do corpo e da exercitação corporal, está na origem de estudos que perpetuaram métodos e práticas presentes até hoje. A concepção sobre saúde advogada na educação física mostra-se, em grande parte, restrita e reducionista, ao considerar que o corpo só é saudável quando exercitado, direcionando as pessoas ao mercado da prática corporal. Um autor que traz contribuições significativas em relação à corporeidade é Bernard Andrieu (2008), fazendo emergir um pensamento a partir da sociologia do corpo. Ao pensar em sociologia do corpo, segundo Mattos (2010) é pensar na sociologia da educação física. Isso remete a pensar a educação física e o seu fazer de modo biocultural, em que os corpos são matérias que se desenrolam em um contexto não somente cultural, mas biocultural. Os corpos serão bioculturais, pois

resultam de interações de suas cargas genéticas e de seu meio sociocultural, que eles absorvem enquanto se constituem e se regulam (MATTOS, 2013). Portanto, o ser humano é a forma como ele se adapta ao mundo e às suas representações, o que o autor chama de “biossubjetividade” (ANDRIEU, 2008).

O termo atividade física é utilizado, na literatura, para designar quando as práticas corporais são pensadas em relação ao esforço ou gasto energético demandado. Ou seja, qualquer movimento corporal, uma contração musculoesquelética que gere gasto de energia acima do repouso. E o termo exercício físico pode ser definido como uma prática sistemática, regular, em que há um planejamento e a organização de atividades físicas (MCARDLE et al., 2003). Acentua-se, então, que as definições que abarcam os termos ‘atividade física’ e ‘exercício físico’ conferem aspectos biológicos e fisiológicos do ser humano.

Por outro lado, o termo ‘prática corporal’ é concebido como uma atividade física que delinea “o movimento corporal como forma de manifestação sociocultural, expressão de interesses, valores e desejos” (MATTOS, 2009, p. 78). Entende-se, portanto, que as práticas corporais tratam-se como construções sociais por meio de práticas coletivas que carregam linguagens verbais e corporais simbólicas. A prática corporal, portanto, ultrapassa o espectro biológico do ser humano, pois sublinha o movimento corporal fluído de sentidos e significados. Para Carvalho (2007) as práticas corporais são manifestações da cultura corporal de um coletivo, em que os significados atribuídos pelas pessoas são expressos. Essa definição escorre, na saúde, no sentido de estar disposto e disponível às pessoas, de realizar a escuta de seus desejos e demandas, estabelecer vínculos e, de igual forma, auxiliam no processo de enfrentamento dos desequilíbrios da vida.

As práticas corporais oferecidas no campo da saúde deveriam agir como forma de comunicação, das relações e dos vínculos criados entre trabalhadores e usuários. As relações humanas, a comunicação, a escuta, a compreensão do outro, os estabelecimentos de vínculos são construídos a partir do encontro e do que é produzido neste e deste encontro, gerando assim, um novo olhar na perspectiva da saúde e suas ações. Permite ao trabalhador captar as singularidades dos cuidados de

cada um dos usuários e que essas relações interpessoais possam se (re)construir em ações com sentido para ambos ou para o coletivo. Nesse sentido, a educação física tem um papel importante, somando-se aos demais saberes, no intuito de redimensionar os olhares e a escuta aos usuários. Ao proporcionar uma vivência prática, corporal, coletiva, em que os aspectos das relações humanas se dão em cada gesto, olhar ou fala, há aí, produção de vida. Uma atividade que dependendo de como é conduzida pode ser rica em produzir movimentos, comportamentos, relações, experiência, protagonismos e atitudes perante determinada situação.

Carvalho (2007) afirma que as práticas corporais são elementos da cultura corporal. O coletivo como organização social manifesta e significa seus gestos e movimentos. Para a autora, o ato de se movimentar “pressupõe conhecer limites e possibilidades na dimensão física, fisiológica, mas também intelectual, emocional e afetiva” (CARVALHO, 2007, p.65), destacando que quando há movimento, há pensamento, invenção e recriação da vida. O lúdico é uma prática muito antiga que sempre permeou a necessidade humana. Faz-se importante em qualquer fase do ciclo vital do desenvolvimento, inclusive tratando-se de apoiar as dificuldades emocionais. De acordo com Wachs (2007), o olhar de saúde na área da educação física deve valorizar o viés da saúde coletiva, buscando reelaborar as formas de cuidado e o entendimento sobre a saúde mental. Dessa forma, a assistência do professor de educação física torna-se imprescindível nessa área, que apresenta pessoas com prejuízo em seu processo de desenvolvimento integral, porém, é preciso forte reflexão a respeito dos fazeres. Para o mesmo autor, “a intervenção da educação física deve voltar-se para o agenciamento e potencialização de práticas corporais” (WACHS, 2007, p.95).

As práticas corporais, além da produção de movimento, de expressar sentimento, são como alicerce para construção da autonomia. O termo autonomia conforme Carvalho (2007) produz novos significados para as ações e relações que podem ocorrer no tempo e no espaço dessas práticas de modo a ampliar os processos de integração coletiva baseados na cooperação, solidariedade, socialização. Desdobrar-se, então, que investindo no sujeito, estimulando o autocuidado, pode-se realizar, no

trabalho com o professor de educação física, uma (re)invenção da vida para além dos aspectos temporais e espaciais.

Em estudos de Mattos e Luz (2009) sobre práticas corporais de saúde do Projeto de Extensão: Exercício Físico Adaptado para Obesos – coordenado pelo Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física – LAFISAEF – do Instituto de Educação Física e Desportos – IEFD da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, verificou-se que as pessoas procuram nas práticas corporais de saúde não somente melhorar a própria saúde, com maior autonomia para o organismo, mas também estariam à procura de redes ou formas alternativas de sociabilidade. A partir de uma atividade ou exercício físico coletivo, costuram formas alternativas de relações sociais, cultivando novos padrões de sociabilidade e, dessa forma, criando microrrelações sociais baseadas no afeto e na cordialidade. O estudo dos autores com obesos, população estigmatizada, assim como usuários de múltiplas drogas, permite trazer a hipótese de que as práticas corporais podem auxiliar a resgatar a autoestima, criar laços sociais, e, ao reconhecer o adoecimento provocado em sua saúde, possibilitam a busca de equilíbrio biopsicossocial.

Caminhar sobre o terreno da cientificidade da educação física é caminhar sobre um campo minado. Onde disputas são travadas e há relações de poder e saber no que se refere aos conceitos que orbitam os termos atividade física e prática corporal. É fundamental considerar o que sublinham Damico e Knuth (2014) ao fazerem um exercício reflexivo sobre as formas de conhecimento que a educação física advoga e assume como verdade e como isso se reflete na prática, na atuação da área em dispositivos de saúde. Para os autores há um embate teórico claro no campo epistemológico ao definir o que é atividade física e o que se busca definir por prática corporal. No entanto, essa disputa “não se sustenta em dimensão igual no âmbito do cotidiano dos serviços de saúde, nos quais a educação física se faz presente com autoridade recente” ao ofertar atividades, predominantemente, talhadas pela atividade física (DAMICO e KNUTH, 2014, p. 340). Os autores apontam alguns elementos que podem interferir nesse contexto e suas suspeitas recaem especialmente sobre, a superioridade numérica de formação nas áreas mais ligadas ao modelo da atividade física, o fato de que existe uma forte influência política do

Ministério da Saúde que acentua a atividade física em seus planos e ações e o fazer científico muito mais entrelaçado com as ciências exatas, em que a atividade física é o modelo adotado e que a mídia tanto veicula. Dessa forma, a inserção do professor de educação física nos dispositivos de saúde não está livre destes contextos e é permeada por “esse aparato de formação - acadêmico, político e midiático” (DAMICO e KNUTH, 2014, p. 340). Desdobram também que a vertente da educação física que postula seu fazer ancorado na prática corporal raramente consegue romper ou se distanciar do fazer hegemônico da atividade física. Isso leva a colocar em xeque a formação da educação física, a organização da máquina pública e os valores sociais mais afeitos ao capital e a uma lógica mercadológica da vida, a veiculação de que o corpo saudável é o corpo em movimento ou apenas uma disputa estéril sobre conceitos revelando debilidades da área (DAMICO e KNUTH, 2014). Não existe, portanto, neutralidade na ciência, pois ela se move de forma articulada por um jogo de interesses contaminados pelas relações de poder. Essas contestações são pertinentes e contribuem no processo reflexivo ao propor a análise das práticas desenvolvidas por professores de educação física em um ambiente de internação hospitalar.

No projeto proposto pelo Serviço de Recreação Terapêutica (SRT) em 2012, à época o serviço tinha esta denominação, quando a unidade de adição do Centro Colaborador estava em processo de formatação, aponta-se que a área vem buscando legitimar seu campo de intervenção nas dimensões de prevenção, promoção e recuperação da saúde, ao incorporar as políticas públicas de uma forma geral. No dia 13 dezembro de 2013, o SRT passou a ter uma nova denominação, o Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional (SEFTO), permanecendo com suas atividades originais, porém abrindo espaços para novas inserções, se adequando às áreas que o compõem. No projeto, afirma que “são comprovados os benefícios que a prática de atividades físicas exerce na promoção da saúde, tratamento e prevenção de diversas doenças, como nos transtornos mentais e de comportamento” (Projeto SRT/HCPA Centro Colaborador Álvaro Alvim, não publicado, 2012). Ao embasar teoricamente seu trabalho, a educação física esclarece sua concepção como manifestação cultural de forma a valorizar as diferentes possibilidades de exteriorização corporal. Compreende, também, como relações que o sujeito estabelece com o meio, com os iguais, e com os

objetos por meio do movimento. Em seu ideário, deve sustentar o prazer pelo movimento do corpo, na prática corporal, manter hábitos saudáveis e melhorar a qualidade de vida. Para alavancar esse processo, confere-se “o desenvolvimento de potencialidades do indivíduo em um processo de autoconhecimento e descobertas na interação com o meio em que está inserido” (Projeto SRT/HCPA Centro Colaborador Álvaro Alvim, não publicado, 2012). Na ótica dos professores, a partir do exposto no projeto, as diversas práticas da cultura corporal do movimento, como práticas corporais, atividade física e o conhecimento sobre o corpo, são objetos de trabalho e análise da educação física e, por consequência, reforçam a presença e as intervenções do professor de educação física na unidade, visando assim, contribuir nos aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais. O programa da educação física prevê os aspectos referentes à fissura e à ansiedade, às valências físicas, as diferentes formas de expressão corporal e psíquica. Elementos como socialização, autoestima, autoimagem, consciência corporal, oportunizam a prática e a reflexão, de modo que a educação para o lazer e a (re)significação do corpo como fonte de prazer não vinculado ao uso prejudicial de drogas são preconizados. Esses são os pressupostos que prefiguram a área e presumem condições de agenciar uma nova relação com o corpo, conferindo suporte ao usuário para que possa exercer sua cidadania, inserir-se na comunidade e com opção de escolhas menos prejudiciais. Ao nos basearmos no projeto, é possível afirmar que o SEFTO na UAAA é conduzido por ideais duplos se nos apoiarmos em Damico e Knuth (2014). Se por um lado se preconizam e se valorizam os aspectos biológicos e fisiológicos da atividade física, por outro se enfocam aspectos socioculturais, potência de vida, autoconhecimento, buscando oportunizar ao usuário vivências que o abarcam como um ser plural. Nas entrevistas realizadas pude comparar o descrito no projeto com o discurso individual de cada professor. Os trechos a seguir aludem às respostas quando perguntado sobre como a educação física pode contribuir de uma forma geral na assistência a usuários de múltiplas drogas:

“De uma forma geral? Sei lá, me vem qualidade de vida na cabeça, me vem, sei lá, a questão do resgate dessa relação com o corpo, forma de sentir prazer, descobrir coisas que dão prazer, redescobrir coisas. Acho que

um pouquinho a questão, sei lá, dos benefícios físicos, fisiológicos que eu acho que têm também, mas as questões sociais principalmente. Essa coisa de tu te relacionar com outras pessoas, a possibilidade de tu te inserir num grupo que tenha outras práticas além da questão do uso de drogas, pra quem usa, pra quem tem dificuldade e sofrimento com isso. Contribuir pra ter uma vida um pouco melhor. Aspectos sociais, de lazer, de convivência, de relações e também físicas, fisiológicas, exercício.”

(Professora de Educação Física II, 2014)

“[...] eu vejo benefícios, pra eles, como pra qualquer outra pessoa, que são isso, esse conhecer e saber através desse corpo, essas possibilidades, o que eu posso contribuir? [...] é bem forte a questão de que a educação física tem um papel de poder, através dessa via, fazer um movimento contrário, de retomar esse olhar sobre esse corpo, sobre essas escolhas, sobre a forma que eu cuido dele, sobre a forma como eu me relaciono, que eu vivo isso. Porque esse corpo, e essas pessoas, eles foram, as pessoas, usuários de álcool e outras drogas, pensam nas escolhas, por esse uso, eles acabaram deteriorando bastante esse corpo e prejudicando a sua vida em diferentes aspectos. [...] pra poder voltar e se reconhecer como uma pessoa igual às outras, cheias de possibilidades, limitações, de defeitos e de potência, um corpo com uma possibilidade de aprender, de se descobrir, de poder fazer novas escolhas, de poder se relacionar com os outros, despertar interesses. [...]”

(Professora de Educação Física I, 2014)

Após esses registros sobre como os professores estabelecem seus entendimentos em relação às abordagens, o seu olhar sobre o corpo e a prática, podemos imprimir que há uma intensão de repercutir os aspectos socioculturais, ou seja, se reportam ao campo epistemológico que a vertente de uma educação física dita mais social pretende consolidar. Entretanto, aspectos conectados em aportes teóricos da vertente de uma educação física dita biológica, difundida pelo modelo hegemônico

da atividade física estão presentes nos discursos e na prática. O professor de educação física que atua na saúde, não deve ser acrítico, deve estranhar fazeres, deve indagar verdades e deve, no mínimo, ter consciência de seu papel propulsor de corresponsabilidades, utilizando-se da cultura corporal independente do olhar ser biológico ou cultural, não se trata de uma subjugar a outra, se trata de focar nos sujeitos (DAMICO e KNUTH, 2014). Ao fechar este capítulo, é possível notar que os professores de educação física da UAAA têm facilidade em definir ou versar sobre sua visão de saúde, pois estão inseridos neste campo há bastante tempo. Justamente por esta inserção, no campo empírico de representações biológicas da saúde, que as suas percepções sobre o corpo, enquanto elemento sociocultural, ficam mais borradas, difíceis de definir ou versar.

IV. CHAFURDANDO NO OBJETO: PRÁTICAS, PERCEPÇÕES, RITOS E CERIMÔNIAS

O que é produzido pelos participantes? Quais são suas percepções sobre os estímulos trabalhados? Como se sentem e o que atribuem às práticas? Essas questões permearam minha trajetória profissional, de modo que esta proposta de pesquisa se norteou, também, por essas perguntas. Neste momento, é primordial desenhar, antes de descrever as práticas desenvolvidas pela educação física, como é o formato do programa terapêutico proposto na UAAA do HCPA.

A UNIDADE DE ADIÇÃO ÁLVARO ALVIM: AMBIENTE DE PESQUISA

A implementação do Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas (BRASIL, 2010) permitiu ao HCPA realizar estruturação do Centro Colaborador em parceria com a SENAD. No projeto de implantação do centro está previsto um modelo integrativo de atendimento aos usuários em serviços: ambulatorial, internação e em CAPS-AD associado a serviços de reinserção social de alta complexidade como um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), “e totalmente incorporado a uma estrutura funcional de pesquisa, como é esperado de um centro colaborador de excelência” (Projeto do Centro Colaborador em Álcool e Drogas HCPA/SENAD, não publicado, p.03, 2010). O CPAD, ligado ao HCPA desde 2002, agrega-se a esses serviços contribuindo com estudos científicos sobre álcool e drogas. O CPAD tem como meta estimular o conhecimento de metodologia de pesquisa, disseminando sólidas evidências sobre a adição de drogas e comportamentos aditivos. Outro ponto relevante identificado pelo projeto “é a potencialidade de execução de parcerias entre os formuladores de políticas públicas oficiais e as universidades” (p.13), mirando promover e experimentar métodos de tratamento e reinserção social que se apresentem promissores. A regularidade dessas ações possibilita a estruturação e permanente formação de recursos humanos nos centros colaboradores a serem implantados em diferentes regiões do Brasil (Projeto do Centro Colaborador em Álcool e Drogas HCPA/SENAD, não publicado, 2010).

Atualmente, até o fechamento dessa dissertação, dos dispositivos assistenciais propostos, somente internação e ambulatório são uma realidade, os demais serviços como CAPS-AD e CREAS não foram implementados. A organização da unidade de internação foi a primeira etapa da criação do Centro Colaborador, com o atendimento de adultos masculinos, inicialmente apenas para usuários de *crack* associado a outras drogas. No decorrer do ano de 2013, a unidade abriu seus leitos, também, para alcoolistas, usuários exclusivos de álcool, sendo atualmente, um serviço de assistência para usuários de múltiplas drogas. Os atendimentos iniciaram no dia 26 de março de 2012, por meio do SUS, contando com 20 leitos. Os usuários são referenciados pela rede básica de saúde e serviços de emergências psiquiátricas, o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul – PACS e o Centro de Saúde IAPI. Os leitos da unidade são regulados pela Central de Leitos da Secretaria Municipal de Saúde, seguindo padrões institucionais do HCPA na prestação da assistência, ensino, pesquisa e gestão.



Imagem 6– Corredor da Unidade de Adição Álvaro Alvim do HCPA

A unidade possui um longo corredor que interliga os espaços de atendimento individual e em grupo, posto de enfermagem e os quartos. A unidade conta com uma

equipe multidisciplinar e contém um programa terapêutico norteado sobretudo pela prevenção da recaída (PR). O seu objetivo é tratar o problema da recaída e gerar técnicas para prevenir ou manejar sua ocorrência. Baseada em uma estrutura cognitivo-comportamental, a PR busca identificar situações de alto risco, em que um indivíduo é vulnerável à recaída, e usar estratégias de enfrentamento cognitivas e comportamentais para prevenir futuras recaídas em situações similares. A PR pode ser descrita como uma estratégia de prevenção com dois objetivos específicos: 1) prevenir um lapso inicial e manter a abstinência ou as metas de tratamento de redução de danos; 2) proporcionar o manejo do lapso quando de sua ocorrência, a fim de prevenir uma recaída. O objetivo fundamental é proporcionar habilidades de prevenção de uma recaída completa, independentemente da situação ou dos fatores de risco iminentes (MARLATT, 1999).

O arcabouço teórico que sustenta o programa é também regido pelo manejo de contingência. A terapia por contingências de reforçamento tem sido desenvolvida como uma nova abordagem terapêutica conectada ao campo clínico mais amplo conhecido como terapia cognitivo-comportamental (FLETCHER et al., 2014). Este modelo compreende em um instrumento de ação disponível ao terapeuta para trabalhar questões ligadas a mudança de comportamento. Esta teoria está embasada nos estudos do psicólogo americano Burrhus Frederic Skinner como Ciência do Comportamento e Behaviorismo Radical. Nestes estudos imprimiu formas de sistematizar os comportamentos humanos como fenômenos interacionais com o ambiente, ou seja, as ações humanas produzem consequências no espaço de convivência e de igual forma, são influenciadas pelas mesmas consequências geradas por estas ações (RASH et al., 2013). Em linhas gerais, contingência é a relação funcional entre o comportamento e as consequências do mesmo. O manejo de contingência é um tratamento comportamental que visa auxiliar a mudança do repertório do indivíduo, diminuindo ou extinguindo os comportamentos indesejáveis, no caso o uso de drogas, promovendo, assim, comportamentos saudáveis como: retomar atividades familiares, laborais e de lazer (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012).

No cotidiano da internação, a equipe multidisciplinar se depara com comportamentos e condutas dissociativas e disruptivas por parte de alguns usuários.

Isto pode ser atribuído e tem relação com o uso sistemático e prejudicial de múltiplas drogas, sobrevivência nos meios relacionados ao consumo de drogas e, não raramente, delitos de diversas intensidades. Então, buscam-se estratégias que visam estímulos positivos, reeducando e reordenando possibilidades e habilidades mais saudáveis e produtivas. Orientado por eixos verticais que abordam a motivação, a PR, o manejo da fissura e administração do ócio e por eixos horizontais como psicoeducação, dinâmicas ativas e o próprio manejo de contingência, o programa terapêutico tem como direcionamento o resgate de valores, saúde mental e física, por meio de um trabalho interdisciplinar.

Neste sentido, o programa terapêutico faz o uso de uma estratégia de recompensas e gratificações no manejo de contingência. A partir do cumprimento das regras e participação nas atividades desenvolvidas, os usuários recebem pontuações diariamente, tais pontuações possibilitam o resgate de gratificações ao longo da internação – algo similar ao que comumente se denomina ‘clube de vantagens’ que diversas empresas adotam para captar a fidelidade dos clientes. A unidade oferece variadas atividades extras. A educação física está implicada neste processo oferecendo atividades que não estão no cronograma geral, mas que podem ser resgatadas pelos usuários. As atividades extras oferecidas pela educação física são a academia extra e o boxe extra.

Os autores que sustentam o programa terapêutico descrito acima são hegemonicamente provenientes das áreas ‘psi’ e adotam a doutrina da abstinência total. Neste momento, cabe fazer uma análise e reflexão crítica da proposta da unidade, apoiando-se nas contribuições de autores como Michel Foucault e Erving Goffman. O primeiro parte de uma perspectiva crítica generalizada, alinhadas às ideias de docilização dos corpos da biopolítica. As instituições totais – aqui o hospital – de maneira inexorável, estão atreladas ao exercício do poder disciplinar. “A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar” (FOUCAULT, 1999, p. 302). O segundo é mais descritivo sobre os cenários de observação em distintas categorias de instituições totais, porém similares no aspecto de “tendências de fechamento” (GOFFMAN, 1974, p. 17), isolando as pessoas da sociedade como um todo, por tempo determinado ou

indeterminado (GOFFMAN, 1974). Assim como descrito pelo autor, o programa terapêutico da unidade adota atividades diárias em seu cronograma e são realizadas em grupo.

[...] todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas [...] (GOFFMAN, 1974, p. 18).

Este caráter disciplinar abarca de igual forma as práticas da educação física oferecidas no programa terapêutico.

O programa terapêutico é dividido em dois principais grupos: Grupo de Desintoxicação (GD) e Grupo de Reabilitação (GR). O GD possui um quadro de atividades mais brando em relação ao GR, e há um plano de tratamento focado no manejo da fissura, avaliação das comorbidades clínicas, atividades práticas e na motivação para a sequência do tratamento, assim como é realizada uma aproximação da família para costurar sua participação ativa no tratamento junto ao familiar. Para o usuário evoluir do GD para o GR é necessário que seja avaliado pela sua equipe de referência na unidade e esteja motivado a continuar no tratamento proposto. Há, também, um momento de avaliação dessa evolução por parte do grupo de usuários que está na unidade. Neste encontro, intitulado grupo de evolução, os usuários comentam e apontam aspectos em que o colega deve melhorar e estar atento para sua recuperação. Ao evoluir para o GR, o quadro de atividades propostas se apresenta mais robusto e se foca nas comorbidades psiquiátricas, manejo da fissura, programa de PR, grupos de psicoeducação, ensaios comportamentais, projeto de vida, atividades práticas, organização social para alta hospitalar e na reinserção social dos usuários. Para ambos os grupos são oferecidos atendimentos individuais e em grupo pela equipe multiprofissional. Esta é composta por médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, enfermeiros e uma consultora em dependência química. Na baixa hospitalar, o usuário passa por uma breve avaliação psiquiátrica e verificando-se a necessidade de internação e havendo o desejo do indivíduo, a baixa é efetivada. Após receber os

primeiros atendimentos e ser locado em quarto duplo na unidade, o usuário entra em fase de desintoxicação, sendo pertencente no programa terapêutico ao grupo de mesma denominação.



Imagem 7 – Quarto da Unidade de Adição Álvaro Alvim do HCPA.

As práticas que são coordenadas pelos professores de educação física, com exceção do Programa de Exercícios Físicos (PEF), são sob o formato de oficinas. Do *latim officina*, “lugar onde se verificam grandes transformações” (FERREIRA, 1977, p. 1216), e partindo dessa definição, acredita-se que o envolvimento nas práticas pode surtir mudanças, sejam elas de comportamento, percepção sobre a vida e especialmente percepção sobre os agravos do uso prejudicial de múltiplas drogas. As oficinas oferecem um ambiente de participação e experimentação para a pessoa. As técnicas utilizadas são diversas, envolvendo o desporto, movimentos e expressões corporais, voltadas para o campo das percepções, sensações e emoções. As atividades têm o objetivo de estimular a interação entre os participantes, facilitando o estabelecimento de vínculos terapêuticos, assim como motivação e engajamento no tratamento oferecido. Sugerem e indicam também, a oportunidade de revelar uma nova relação com o corpo.

As atividades desenvolvidas para os usuários que compõem o GD são oficinas de Resgate da infância, de Introdução ao boxe, de Jogos cooperativos e corporais e o PEF. Os usuários que evoluem para GR seguem participando do PEF, bem como podem resgatar as atividades extras. Ao GD também é facultável a possibilidade de fazer o resgate destas atividades, porém é necessário estar participando do PEF, nos próximos subtítulos serão apresentados os critérios estabelecidos pela equipe para a participação nessas atividades. As atividades práticas de uma semana típica na unidade estão distribuídas da seguinte forma:

Hora/Dia	2f	3f	4f	5f	6f
9h					Oficina Resgate da Infância / Jogos Cooperativos e Corporais
10h	Programa de Exercícios Físicos	Oficina Introdução ao Boxe	Programa de Exercícios Físicos		Programa de Exercícios Físicos
12h45		Academia extra	Boxe extra	Academia extra	

A OFICINA DE RESGATE DA INFÂNCIA

A oficina de Resgate da infância está inserida no contexto das práticas de educação física que são oferecidas nas sextas-feiras às 9h. Nem sempre a oficina é realizada, pois podem ser desenvolvidas dinâmicas diversas e procura-se ampliar os estímulos ao oferecer outras atividades dentro das práticas como as dinâmicas de jogos cooperativos e corporais. Esta oficina surge no momento em que os professores de educação física, instigados a aumentar o repertório de abordagens sobre o corpo, rastreiam a necessidade de proporcionar aos participantes jogos e brincadeiras que estes realizavam na infância e que há muito tempo não praticam. Pensa-se que esse afastamento seja atribuído pelas consequências da vida adulta como trabalho e responsabilidades, e aqui, distintamente pelo uso prejudicial de múltiplas drogas. Nesse sentido, ganham destaque, pois estimulam a memória antiga e fazem florescer sentidos de vida e produções de vitalidade.

O resgate da infância é um ponto importante no processo da recuperação, pois traz à tona sensações e lembranças que os reportam a um período em que não havia o envolvimento com a droga, o que pode refletir de modo positivo. A oficina acontece na sala de convivência da unidade, que apesar de ser um lugar pequeno para as práticas, é o espaço disponível para o desenvolvimento das mesmas. O grupo reúne-se em círculo de frente e são feitas as apresentações dos participantes. Por ser uma atividade para usuários que compõem o GD, é comum a participação de recém-chegados na unidade, sendo importante enaltecer que usuários do GR a vivenciaram quando ainda compunham o GD. Após as apresentações, é realizada uma fala explicativa sobre a proposta das práticas de educação física na unidade, sua regularidade e os diferentes formatos e abordagens realizadas.

No seguimento se apresenta a oficina de Resgate da infância e o grupo é indagado com a pergunta: “O que vocês costumavam fazer que por conta do envolvimento com as drogas deixaram de fazer?”. As respostas, na maioria das vezes, talvez já estimuladas pelo contexto do grupo de práticas corporais, se referem ao corpo e ao desporto, sendo o futebol uma das respostas mais dadas. Uma segunda pergunta é feita: “E na infância? Que jogos, que atividades vocês faziam? Do que vocês brincavam?”. Nesse momento, diversas atividades, jogos e brincadeiras emergem das memórias e são elencadas pelos participantes. Jogos de rua, como o jogo de taco, polícia e ladrão, pega-pega, carrinho de lomba, peão, bolinha de gude, futebol, entre outras. Esse momento tem duração de 10 a 15 minutos e se caracteriza por um diálogo franco e descontraído, quando se percebem sorrisos tímidos e comentários alegres. Depois, são disponibilizados materiais ao centro do círculo e os participantes são estimulados a explorarem o material e em grupo podem chegar a um consenso do que produzir, do que jogar. Os materiais disponibilizados são 4 bastões de ginástica, 10 cones de 15 centímetros nas cores vermelho e amarelo, 30 bolinhas de borracha para massagem na cor amarela, 5 arcos e 2 cordas.

“16 de maio. Sexta-feira. Às 9h iniciamos atividade na sala de convivência da unidade. Hoje a proposta foi desenvolver a oficina Resgate da infância, somos oito pessoas, cinco pacientes e três profissionais, eu, a

acadêmica de educação física e a residente multiprofissional de educação física. Quatro pacientes já estão na sala após o grupo autogerido 12 Passos; estão dispersos, alguns sentados nos bancos triplos e outros em pé conversando amenidades. Passo no quarto do paciente Marcelo, 43 anos, que está liberado para participar da atividade, ele está sentado na cama, o olhar longe, eu o chamo: “Bom dia, Marcelo, tudo bem?”. Ele responde que sim. “Temos grupo lá na sala, vamos participar?”. Ele faz que sim com a cabeça e lentamente calça seus chinelos e junta-se aos outros na sala de convivência. Chamo-os para o círculo inicial, dou bom dia ao grupo e antes de contextualizar e esclarecer a proposta, fazemos as apresentações. Cada um diz seu nome, alguns dizem há quantos dias estão limpos (sem uso de qualquer droga) e inicio com uma pergunta: “Pessoal, o que vocês costumavam fazer que por conta do uso de drogas foi deixado de lado? Que atividades eram essas?”. O grupo aleatoriamente vai contando o que faziam, entre outras coisas, futebol, caminhadas, musculação. O grupo é de poucas palavras, pouco conseguem desenvolver ou aprofundar seus relatos. Eu estimulo que comentem um pouco mais sobre como era fazer essas atividades, com quem eles faziam e se tinham vontade de retomar essas práticas futuramente, a resposta do grupo é unânime: “sim, claro, quero muito voltar a fazer”. Em seguida, faço uma nova pergunta: “E na infância, quando vocês eram crianças, do que vocês brincavam?” As respostas são variadas, mas por vezes a mesma brincadeira surge, como jogo de taco, bolinha de gude, futebol, pega-pega e outras brincadeiras. Após alguns comentários, lanço a ideia para o grupo, a partir de materiais disponibilizados, de construir juntos alguma brincadeira que gostariam de vivenciar. Neste momento, peço para que a acadêmica abra o saco de materiais. O grupo permanece estático olhando para os materiais, oriento que podem explorar os materiais, ver, tocar, pensar em atividades ou brincadeiras e sugerir para o grupo. O grupo segue apático por alguns instantes, até que Marco Aurélio, 24 anos, mexe nos materiais, as bolinhas rolam pela sala e uma delas alcança os pés de Bernardo, 37 anos, que se agacha para pegá-la, ele olha para a bolinha em suas mãos e aperta com os dedos, dá um sorriso. Ainda em círculo, os outros começam a pegar diferentes materiais e algumas conversas começam a ecoar: Marcelo, 43 anos, volta-se para Pedro, 48 anos: “lembra do taco, bah jogava taco direto,

eu era bom”, Pedro: “faz muito tempo, mas eu joguei taco, joguei bastante quando era guri, era um tempo muito bom, não tinha nada de porcaria”. Gustavo, 39 anos, pega um mini cone e começa a jogar com uma bolinha, ele coloca a bolinha dentro do cone e a atira para o alto e tenta pegá-la novamente, ela cai no chão e ele ri: “É difícil fazer isso”. Fico observando os movimentos do grupo, eles ficam um tempo mexendo e explorando os materiais, porém não tomam iniciativa de montar, ou pensar na tarefa proposta de jogar algum jogo juntos. Então eu busco estimular e mediar a construção: “E aí? Pensaram em alguma coisa? O que vamos jogar?”. Eles se entreolham, meio que sem saber o que propor, Gustavo segue jogando a bolinha com o cone para o alto e pega-a novamente, agora com seguidos sucessos. Bernardo pega um cone e pede para que Gustavo jogue a bolinha para ele, Gustavo então diz: “Segura essa...”, e joga a bolinha para Bernardo que mexe o braço em direção a bolinha e segura-a com o cone: “Boa! Podíamos jogar assim, um pro outro?”, ele sugere. O grupo acolhe a ideia e todos ficam com um cone em mãos, inclusive nós profissionais. Jogamos um pouco a bolinha um para o outro com fracassos e sucessos. Marco Aurélio, 24 anos, o mais novo do grupo, em determinado momento propõe que façamos dois times para jogarmos um contra o outro. Usamos os bancos triplos como goleiras e estabelecemos que para arremessar no gol, a equipe deve fazer três passes sem deixar a bolinha cair ao chão, se a bolinha cair, a posse de bola passa para a equipe adversária. São quatro pessoas para cada lado da sala e começamos a jogar. Após alguns momentos de erros de passes e trocas de posse de bola, as equipes se entendem e fazem arremessos, as equipes defendem a goleira com o cone, não podendo usar o corpo. As regras foram sendo estipuladas pelo grupo e vamos acatando as ideias, experimentando esse jogo novo para todos. As equipes se animam a cada arremesso, o jogo já mostra ares de provocações saudáveis, o caráter competitivo aflora em todos, mas nada de disputa acirrada ou desleal. Eles seguem as regras sem tentativas de burlá-las e isto é interessante, apesar do caráter competitivo, todos acataram a ideia do jogo lúdico. Após algumas jogadas e alguns tentos para ambos os lados, combinamos de encerrar o jogo e formar uma roda de conversa final [...]”.

(Diário de campo, 2014)

Em todas as atividades promovidas pelos professores de educação física é proposto ao seu final um momento de conversa. Uma oportunidade de fazer reflexões sobre as atividades desenvolvidas, buscando que os participantes possam expressar suas percepções e sensações ao longo das atividades e oficinas. Compartilhar o que sentiram, seus aspectos positivos e negativos, é também fortalecer os vínculos terapêuticos entre si e com a equipe.

“[...] Quando sentamos abro a roda dizendo que esse momento de conversa é para que o grupo possa refletir e compartilhar como se sentiu ao fazer a atividade, quais foram as percepções de cada um sobre o jogo. Pedro, 48 anos, pede a palavra primeiro levantando a mão: “Fazia três anos que eu não sabia o que era jogar, só pensando na maldita, me senti leve e alegre, a gente volta a ser criança.” Gustavo, 39 anos, segue e comenta: “Isso ajuda a esquecer o mundo lá fora, no momento é só diversão, é bom ter essas atividades, claro que depois a gente tem que pensar no tratamento, mas isso é muito bom”. Intervenho e digo que essas atividades são também o tratamento, elas têm caráter terapêutico, apesar de que isso, às vezes, passa despercebido ou secundário para eles. Marcelo, 43 anos, pede a palavra: “Olha professor, eu já tive em outras clínicas antes, e o diferencial daqui é que aqui o pessoal vê a gente com outra visão, me deu adrenalina que a cocaína me deu, me trouxe prazer. Quando tu me chamou, pensei, mais uma daquelas lengalengas, quem ganhou fomos nós, todos nós, é obvio... e no jogo, até quem perdeu ganhou igual porque deu risada”. Marco Aurélio, 24 anos: “Deu pra descontrair legal, nunca tinha jogado isso. Na rua, o pensamento era só substância, tudo que eu aprendi aqui dentro vou levar lá pra fora”. O grupo faz um comentário geral que ninguém ali tinha jogado aquele jogo antes, que foi legal ter feito algo diferente. Bernardo, 37 anos, é o último a falar: “Eu vi que posso praticar um esporte, até uma brincadeira simples assim é bom, dá pra jogar isso com os filhos, nem precisa de cone, pode ser uma garrafa de refri, agora só vou tomar refri mesmo, e bolinha tem no camelô de barbada”. Finalizamos o grupo e eles se levantam, se dispersando pela sala.”

(Diário de campo, 2014)

Nos relatos ao final da atividade se observa o resgate da memória do tempo de infância, um tempo bom para maioria no grupo. Apontaram também que a atividade lúdica pode refletir como uma forma de resgatar as relações familiares, especialmente com as crianças da família. O elemento da alegria, 'dar risadas', é outra fala importante que sobressaiu na conversa final dessa atividade e de outras atividades que serão vistas nos demais trechos do diário de campo. O resgate da felicidade é pauta importante nas abordagens de cuidado que as práticas de educação física buscam aplicar, isto se dá na relação, no jogo, não somente no movimento da máquina corporal, mas sim na interação do jogar, que a alegria emerge (LUZ, 2005).

Durante o período de coleta de dados nos meses de maio e junho de 2014, a partir dos registros no diário de campo, a oficina de Resgate da infância foi desenvolvida em dois momentos. Os motivos pelos quais isso se sucedeu são múltiplos e são atribuídos a fatores que dizem respeito aos processos de avaliação do momento anímico do grupo de usuários e, por consequência, optamos por desenvolver outras dinâmicas. Em outros momentos, devido a unidade ser um local de ensino e formação, as atividades foram conduzidas por acadêmicos e residentes multiprofissionais da área, de modo que ao lançarem propostas de atividades, optaram por desenvolver dinâmicas cooperativas e corporais, que mais adiante serão apresentadas.

O jogo mais experimentado na abordagem da oficina de Resgate da infância, antes de iniciar esta pesquisa, apesar do espaço físico reduzido, foi o jogo do taco. Um jogo com larga expansão no Rio Grande do Sul, quer em espaços urbanos, quer no interior ou no litoral. Jogando o jogo: uma disputa entre duas duplas. Uma dupla de posse dos tacos (bastões) defende suas casinhas (cones), a outra dupla de posse da bolinha tem como meta derrubar a casinha dos oponentes e por consequência ficar de posse dos tacos. A única forma de pontuar nesse jogo é estando com a posse dos tacos e rebater a bolinha, ao rebatê-la devem trocar de posições. A cada troca de posição é atribuído um ponto para a dupla. Na segunda oficina de Resgate da infância realizada durante a pesquisa, esse jogo emergiu.

“27 de junho. Sexta-feira. 9h. [...] Reúno os pacientes do GD na sala de convivência, eles são doze. Após todos estarem na sala, formamos um círculo e falo brevemente sobre a proposta da atividade e logo fazemos as apresentações, pois temos pacientes recém-integrados aos grupos e atividades. [...] Início a oficina interpelando o grupo sobre o que eles gostavam de fazer, que por conta do envolvimento com as drogas foi deixado para trás, o que eles abandonaram, o que eles perderam? As respostas variam desde o trabalho, a família, as amizades boas, até atividades ligada ao corpo, como futebol, andar de bicicleta, vôlei, caminhadas e corridas. Após essa rodada, pergunto: “E na infância? Quando vocês eram crianças do que vocês costumavam brincar?”. As respostas vêm rápidas: bolitas, carrinho de rolimã, skate, futebol, funda, cela, *TampCross*, polícia pega ladrão, taco e bilboquê. Após essas brincadeiras serem elencadas, coloco o saco de materiais [...] no centro do círculo e oriento que a proposta é que o grupo explore o material e conjuntamente e pense em alguma brincadeira ou jogo que possa ser desenvolvido naquele momento e espaço. Eles hesitam um pouco, alguns se entreolham, até que Homero, 48 anos, toma a frente e começa a retirar os materiais de dentro do saco, logo atrás dele outros se aproximam e se juntam na exploração. Os materiais vão saindo do saco direto para suas mãos, uns pegam os bastões, outros as bolinhas e cones. [...] Em seguida Roger, 30 anos, olha para Homero e diz: “Dá pra jogar taco! Tem bolinha, tem taco e tem casinha”, ele está com um bastão na mão e aponta para as bolinhas e os cones dispersos pelo chão. Os demais concordam e começam a discutir o que é necessário para jogar o jogo do taco. Eles formam seis duplas e organizam dois jogos simultâneos. Preparam as casinhas e logo iniciam as partidas. Durante os jogos comentam sobre as regras, o que é permitido e o que não é, há algumas poucas diferenças nas regras que cada um aponta, o grupo é bem heterogêneo no que diz respeito a idade e o território onde viveram. O jogo do taco tem variações nas regras dependendo do grupo e a vivência anterior de cada um neste jogo, mas eles se entendem e ao longo das partidas vão acordando as regras. São pequenas partidas de dez pontos, as duplas que ficaram de fora inicialmente assumem o posto ao final das partidas em andamento. Seguem o jogo, trocam de duplas, formam parcerias, os que estão de fora ficam de olho, como juízes, dizendo se a bolinha bateu ou não no cone, se valeu ou não o ponto. É impressionante vê-

los na movimentação, alguns que apresentam problemas clínicos, dificuldades de deslocamento, se empenham, rebatem, correm para marcar pontos. Após algumas partidas, nos sentamos em círculo para debater a atividade. Manoel, 55 anos: “Bah, me fez voltar ao tempo de moleque, as brincadeiras que eu fazia, era um tempo muito bom, eu até corri, e isso que eu tô com esse problema nos pés...”, ele levanta a barra da calça e mostra os tornozelos inchados. [...] Altair, também 55 anos: “É muito divertido, eu formei dupla com aquele jovem ali, ele é bom, mas eu não sou muito bom nisso, ele é que venceu a partida pra gente”, ele aponta o dedo para Roger que sorri, mostrando o aparelho ortodôntico que usa. Altair segue: “Essas atividades são muito legais, fazia muitos anos que eu não jogava, que não brincava assim, gostei bastante”. Hugo, 25 anos: “Jogar taco é muito bom, acendeu em mim a criança que sou, todos nós somos, mas a substância não deixa a gente brincar, quando eu era criança não tinha substância, era um tempo bom da vida sem droga, a gente se divertia, mas logo veio a droga e tudo se foi. Eu gostei de lembrar desse tempo, dá para brincar com meus sobrinhos”. Leonardo, 51 anos: “Olha, muito boa brincadeira, no meu tempo era isso, taco, bolita, ficar na rua, hoje a criançada não sabe nada disso, é só tecnologia, joguinho no telefone, no computador, essa infância de hoje tá perdida...”, Leonardo gesticula com os dedos como se estivesse jogando videogame, “...isso sim é que é uma brincadeira saudável, a gente se movimenta, brinca um com o outro, eu achei bem legal, descontraí o clima aqui dentro”. Wellington, 33 anos: “Eu penso assim também, hoje a gurizada só quer coisa eletrônica, e tem um monte de coisa legal para brincar, o taco é muito bom, elas não sabem o que é taco hoje, eu jogava bastante quando era piá, faz eu pensar em retomar essas coisas saudáveis, o colega falou tudo, a droga não deixa a gente brincar, mas se a gente quiser, a gente pode, junta dois, três e joga, eu lembro que a gente produzia o nosso taco, cada um tinha seu, personalizado”. Roger, 30 anos: “Muito legal, eu vim aqui atrás de recuperação e a gente joga taco! Nunca pensei, e tudo isso que a gente tá falando, de brincar com os sobrinhos, eu tenho também, eu ensinei para eles, eles adoram, lá na praia eles jogam direto, eu brincava muito de taco, me sinto bem, leve, distrai a mente”. Rubens, 50 anos: “Eu nunca tinha brincado antes, eu comecei a trabalhar muito cedo, com oito anos eu já acompanhava meu pai, com treze tive carteira assinada, então eu não

brinquei na minha infância, não sei o que é isso, mas foi divertido, as vezes eu nem via a bolinha passar, mas acertei uma vez, fizemos ponto, achei legal”. Aloísio, 58 anos: “Eu também como o colega comecei a trabalhar muito cedo, então eu brinquei pouco quando era guri, foi bom, foi divertida essa atividade”. Felipe, 33 anos: “Eu me senti guri de novo, eu jogava taco na minha rua, juntava sempre uma gurizada, era bem pegado, as vezes dava briga, coisa de guri mesmo. Aqui dentro não tinha muito espaço, o legal é mandar a bolinha longe, mas tudo bem, já foi bem legal, a gente se sente bem, eu queria jogar mais”. Comento com o grupo que essas atividades vão acontecer durante a internação. Essas atividades não são mero divertimento, porém o elemento da alegria é importante para a vida em qualquer momento, essas atividades são desenvolvidas para podermos refletir sobre o tratamento e que elas podem despertar para a retomada dos laços familiares, especialmente as relações com crianças, sejam elas filhos, enteados, sobrinhos, amigos. Encerramos o grupo as 10h. Eles batem palmas”.

(Diário de campo, 2014)



Imagem 8 – Oficina de Resgate da infância: o jogo do taco.

São recorrentes as falas sobre voltar a ser criança, a possibilidade de jogar com filhos, sobrinhos e restabelecer vínculos afetivos. Aqui se ressalta o resgate da autoestima, da potência e das singularidades e subjetividades resgatadas. Voltar a ser pessoa, mesmo dentro de uma instituição total e em uma sociedade contemporânea que os estigmatizam (GOFFMAN, 1963), não existe apenas um indivíduo número, um indivíduo prontuário que os conferem durante a internação. Este rótulo é vencido durante a prática, despir a identidade institucional é algo a ser conquistado, o corpo nunca é o mesmo, é singular a cada instante, a cada momento ele se molda, reage e é diferente. Emergindo estratégias de resistência ao ambiente hospitalar, promovendo linhas de fuga à captura de seus corpos 'adoecidos'.

A OFICINA DE INTRODUÇÃO AO BOXE

A ideia de desenvolver a prática do boxe no programa terapêutico surge a partir de um grupo de trabalho interdisciplinar, que em reuniões de equipe sistemáticas debatiam formas de contemplar, aprimorar ofertas e abordagens terapêuticas, visando oferecer um tratamento mais atrativo para os participantes. Nesse sentido, foi realizada uma capacitação dos profissionais que compõem a equipe, que em três encontros com um professor vinculado à Federação Gaúcha de Boxe, realizou atividades específicas do boxe como golpes, *jab*, direto, cruzado e gancho, além das passadas, movimentação, esquivas, base e guarda. Nesses encontros foi abordada a história do esporte, o seu desenvolvimento, seus mitos e crenças. A partir dessa capacitação, iniciou-se a proposta da prática do boxe, que é oferecida duas vezes por semana aos usuários internados na unidade.

Na oficina de Introdução ao boxe são realizados exercícios de aquecimento e mobilidade articular, assim como uma conversa inicial sobre o esporte, abordando questões relativas à agressividade e à violência, histórias de vida dos usuários, o esporte de defesa pessoal, disciplina, cuidado de si mesmo, consciência corporal e também comenta-se sobre a expectativa dos participantes em relação ao boxe. Além disso, a prática do boxe tem o intuito de auxiliar o manejo de raiva, ansiedades e frustrações, sendo uma ferramenta para vazão de sentimentos negativos em relação ao uso prejudicial de drogas e aos fatores complicadores na adesão e motivação para o

tratamento como a relação com a família, com o trabalho e com o social. A oficina acontece sob o formato pedagógico em que movimentos como posição de expectativa base e guarda, os golpes *jab* e direto são ensinados de forma prática, desenvolvendo o gesto motor. Ao final, os usuários exercitam os movimentos no saco de boxe apropriado. Essa oficina é ofertada aos usuários que estão na etapa inicial do tratamento, o GD, uma vez por semana como mostrado na tabela anteriormente. Os materiais para a prática do boxe são: saco de boxe de 35kg, cinco luvas de boxe, um par de manoplas, faixas de atadura, dois ‘espaguetes’ aquáticos de piscina, corda e luvas de látex. Para a prática, usamos as ataduras para proteger pulsos e punhos, a luva de látex para prevenir eventuais infecções como dermatites e pela higiene, pois as luvas de boxe são de uso coletivo e também proporciona a preservação do material evitando o desgaste, aumentando a vida útil. Sua-se muito ao boxear. Os ‘espaguetes’ fazem a função de ataque aos participantes, pois não fazemos combates um contra o outro, então, para estimular a manutenção da postura de defesa, a guarda, atacam-se os participantes com os ‘espaguetes’ a cada baixa da guarda, mostrando que estão desprotegidos. Outro momento de prática do boxe é possível ser realizado com o resgate de pontos, adquirindo uma gratificação, o Boxe extra. Este segundo momento acontece sob o formato circuito, em que diversos exercícios são abordados, como esquiva, coordenação motora, exercícios aeróbicos e resistência muscular, *jab* e direto em frente ao espelho e golpes no saco de boxe. Nos trechos selecionados no diário de campo, reproduz-se como esta oficina se desenvolve.

“06 de maio. Terça-feira. [...] Adentro a unidade após dar quatro voltas na fechadura da porta de entrada, duas para abri-la e duas para fechá-la, são 9h40. O grupo de pacientes se encontra na sala de convivência em uma atividade psicoeducativa sobre tabagismo. Cumprimento colegas de trabalho de diversas profissões como técnicos de enfermagem, enfermeiros, psicólogos, psiquiatras e residentes. No posto de enfermagem fica exposta, em um *display* de acrílico transparente, a listagem de pacientes e suas situações no programa terapêutico. Informações como número de dias de internação, grupo ao qual pertence, se GD ou GR e as suas respectivas condições no programa de tratamento, se liberado para as atividades ou

restrito ao quarto. [...] Percorro a lista: seis pacientes no GD liberados para a atividade. [...] Dos seis pacientes do GD liberados para o grupo, somente quatro de fato participam da atividade. Dos dois que não participam, um está com acesso endovenoso administrando vitamina por conta de seu péssimo estado nutricional quando da chegada à unidade e o outro dorme pesado no quarto. Tento acordá-lo para a prática, primeiramente chamando-o pelo nome ao pé da cama, não se mexe. Aproximo-me e toco em seu ombro chamando-o novamente, está muito sedado, sem condições de acordar. Os pacientes saem do grupo de tabagismo e fazem pausa para ir ao banheiro, tomar água e logo estão os quatro participantes na sala comigo, a acadêmica de educação física e a residente multiprofissional de educação física. Abro o grupo dando bom dia, fazemos uma breve apresentação, pois nem todos ali se conhecem e contextualizo a prática de boxe na unidade, explicando como iremos trabalhar. Todos estão disponíveis e mostram, de certa maneira, motivação para a prática. [...] Realizamos exercícios de aquecimento articular e alongamentos. Após, mostramos os movimentos básicos como base e guarda, postura de expectativa do pugilista e os golpes *jab* e direto. [...] Os pacientes começam a experimentar os golpes no saco. Evidenciam-se algumas dificuldades de coordenação motora, mas este não é o foco, o que vale é a vivência, buscamos corrigir, alertar, mostrar os movimentos e a técnica sucessivas vezes, mas são marinheiros de primeira viagem e praticam como dá, no instinto. Mostram pouca consciência corporal. Entre uma pausa e outra, comentam: “Muito bom, estou gostando, não é fácil, eu canso muito rápido, aí que eu percebo o que a droga faz com a gente” diz Vitor, 44 anos. Alguns perguntam curiosidades, relacionam o boxe com Ultimate Fight Championship (UFC) competição que mistura diversas artes marciais e possui poucas regras. Reforço que a oficina possui o boxe olímpico como referência, pois no boxe olímpico não há o objetivo de nocautear e sim a disputa por pontos, é mais técnico, estratégico e nem tanto força como no boxe profissional e no UFC. Ao final da oficina sentamos em roda para compartilhar sensações e percepções de cada um sobre a prática, como se sentiram ao boxear. Vitor é o primeiro a comentar: “Eu me senti muito bem. Gostei muito. Eu sempre assistia na TV e parecia ser algo fácil, é só sair dando soco, mas aí vi que não é bem assim, tem a técnica, coordenação, as vezes me atrapalhei na sequência dos golpes”. Eu pergunto como ele se sentiu.

“Me senti... um alívio, parece que sai um peso da cabeça, o cara nem pensa nos problemas, para de pensar nos problemas quando tá praticando. Eu sempre fiz exercícios, fiquei mais de um ano limpo e fazia academia todos os dias, mas acabei recaindo e larguei tudo, perdi tudo. Fiquei aliviado, quero voltar para academia quando eu sair daqui”. Marco Aurélio, 24 anos, pega carona na fala de Vitor: “O mesmo que ele falou, senti alívio, hoje acordei mal, não tô muito bem, mas agora parece que passou, parece que tô com mais energia, foi muito legal, eu também, quando sair daqui, eu quero primeiro arrumar um trabalho e quando eu ganhar meu primeiro salário vou procurar uma academia”. Frederico, 42 anos, teve uma participação mais discreta, até mesmo um pouco indiferente em relação à oficina, recém chegado na internação, reservou poucas palavras: “Foi bom”. Tento estimular que desenvolva mais, que tente verbalizar como se sentiu. “Os colegas falaram tudo, achei bom”. Finalizo a oficina agradecendo a participação de todos e ênfase que se alguém quiser se aprofundar na prática do boxe durante a internação, pode resgatar atividade extra de boxe, a partir do sistema de pontos do programa terapêutico da unidade.”

(Diário de campo, 2014)

Ao longo da pesquisa foram observadas 5 oficinas de boxe. Observou-se no cotidiano a motivação dos participantes e a expectativa em relação às oficinas. Os relatos mostram que realizam uma vontade antiga, ao calçar luvas de boxe e aprender a técnica. Relatam, também, sentirem-se bem ao boxear. A prática do boxe tem espaço destacado na unidade e constitui-se como relevante abordagem terapêutica. O boxe é um esporte intenso e rigoroso que estimula o corpo e a mente, percebe-se que eleva a autoestima, ativando o sistema de recompensa, a motivação para o tratamento e tem se mostrado como excelente alternativa para a recuperação dos usuários.

“13 de maio. Terça-feira. [...] Hoje quatro pacientes participam, dois deles já estiveram presentes na oficina da semana passada e outros dois participam pela primeira vez. Modificamos um pouco o formato para a aula

de hoje. Buscamos dinamizar um pouco mais a prática e fazer as conversas e comentários entre uma movimentação ou outra. A residente multiprofissional de educação física é quem coordena a atividade. As boas vindas e o bom dia de sempre seguido das apresentações se repetem a cada grupo. Colocamo-nos em círculo e ela contextualiza brevemente como pretendemos trabalhar o boxe na unidade. Fizemos um alongamento e alguns exercícios de aquecimento articulares, especialmente ombros, cotovelos e pulsos. O grupo está tranquilo, todos concentrados e aparentemente interessados na proposta. A oficina transcorre normalmente, eles executam os movimentos orientados pela residente: base, guarda, *jab* e direto. Na prática, aprimoram os golpes no saco de boxe e nas manoplas hoje conduzidas por mim. Eles me olham, eu ofereço as mãos, devidamente protegidas pelas manoplas.”

(Diário de campo, 2014)



Imagem 9 – Oficina de Introdução ao boxe: exercícios e golpes nas manoplas.

“[...] os estímulo com palavras de incentivo e alerta para melhorarem a execução da técnica, procuro facilitar a retomada da consciência do movimento, que pensem nos golpes. Meus braços doem ao final da atividade, eles soltam os braços com energia nos golpes, suam na testa, balançam os braços, gíngam um em frente ao outro de brincadeira, a descontração no grupo é evidente. Após finalizarmos os exercícios, a residente multiprofissional propõe a roda de conversa e sentamos em círculo novamente. Lucas, 36 anos, é o primeiro a falar: “Eu gostei. Gostei mais da parte dos socos, devagarinho o cara vai indo...”. Hugo, 25 anos, levanta o dedo durante a fala de Lucas, já na expectativa de compartilhar: “Eu queria dizer que hoje eu consegui botar um pouco da raiva que eu tenho aqui dentro pra fora.” Ele aponta com mão para o próprio peito. Marco Aurélio, 24 anos: “Aliviado, essa é a palavra, eu me sinto aliviado, aquela paz que dá, a academia e o boxe pra mim tem sido muito bom. Fico calmo, relaxado, a fissura não aumenta tanto, eu tenho fissura e o boxe, a academia, ajuda a não pensar na fissura”. Gustavo, 39 anos, participa pela primeira vez assim como Lucas: “Eu gostei, mas não posso fazer muita força. Tem uma bala entre a artéria e o pulmão”, ele levanta a camisa e gira o tronco, é possível enxergar uma cicatriz de furo de bala, “tem que brincar, o cara já tá aqui dentro, tem que ficar alegre, se ficar triste não dá!”. Marco Aurélio levanta a mão novamente e começa a falar assim que olho pra ele: “A gente acorda sobrecarregado, com raiva, com nojo e, agora não tô com atucanação na cabeça, tô aliviado. O boxe, quando o cara tá em paz não tem porque sentir fissura”. Após esses relatos, pergunto o que eles pensam da prática do boxe, no que eles consideram que o boxe pode ajudar? Marco Aurélio, 24 anos: “Eu acho que é um exercício físico normal, mas ajuda a ficar bem aqui dentro.” Lucas, 36 anos: “Eu nunca pensei que na minha vida eu ia lutar boxe. Eu tô mal ainda, a droga destrói a gente, mas agora parece que eu tô mais ligado, foi bom”. Hugo, 25 anos: “A forma como o boxe é trabalhado aqui, não é pra gente utilizar ele na rua, para brigar. É uma prática...”, ele para e fica pensando um pouco, “...esqueci o que eu ia dizer, me atrapalhei”, eu o incentivo e o estímulo pra que tente continuar o raciocínio, então ele segue: “serve para lutar, para superar os obstáculos, os problemas que a gente tem com a substância”. A residente multiprofissional reforça o empenho de todos

no grupo, agradece a participação de todos e finaliza o grupo, são 11h20 e eles tem dez minutos até a hora do almoço.”

(Diário de campo, 2014)

Os comentários de uma forma geral dão conta de percepções corporais que trazem alívio ao praticar, ao movimentar o corpo. Alívio de sentimentos de raiva, frustração, bem como trazem à tona a metáfora da luta pela vida, do enfrentamento às adversidades do uso prejudicial de múltiplas drogas e como isso os afetam em aspectos biológicos e sociais. Esses significados atribuídos, essas percepções sobre o corpo e o que sentem são vistos nos demais recortes selecionados.

“27 de maio. Terça-feira. Às 10h da manhã estamos na sala de convivência para a oficina de Introdução ao Boxe. [...] A acadêmica e a residente multiprofissional da educação física estão com os pacientes na sala e eu aproveito para ir ao quarto de um dos pacientes, pois ele está desanimado, não querendo participar. Chamo-o pelo nome e ele abre os olhos. Convido-o para a oficina, falo da prática do boxe, mas ele está irredutível. A enfermeira se aproxima e comenta comigo que a equipe já está discutindo seu caso e que podemos deixá-lo descansando no quarto. [...] O grupo tem um ar de desânimo, alguns pacientes estão em seus primeiros dias de internação e sofrem um efeito mais forte das medicações administradas, porém estão dispostos a entrar em contato com uma nova prática, um novo esporte que antes apenas assistiam pela televisão. Ao longo da oficina o grupo vai se motivando com os movimentos e as explicações sobre o esporte, tentam corrigir a técnica, movimentos mais precisos. Orientamos bastante a questão da defesa para ficarem atentos na postura de expectativa e a guarda elevada. É uma atividade que gera um grande esforço e eles não desanimam. Após passarmos os quatro movimentos básicos partimos para a prática no saco de boxe e nas manoplas. O grupo fica mais motivado na hora de calçar as luvas e os materiais protetivos, atadura, luvas de látex e a luva apropriada de boxe. Um a um experimentam os golpes no saco de boxe e nas manoplas,

há uma mistura de olhares, alguns mais focados, enérgicos e outros mais descontraídos, sorrindo ao golpear. Após a experimentação dos socos e movimentações encerramos a parte prática e nos [...]"



Imagem 10 – Oficina de Introdução ao boxe: colocação dos aparatos protetivos.

“[...] nos reorganizamos em círculo para uma rodada de conversa para compartilhar as percepções e sensações do grupo sobre a oficina. Pedro, 48 anos, é o primeiro a comentar: “Eu gostei muito, no início achei que seria nada demais, mas é muito bom... senti flexibilidade do corpo, meus músculos fortes, firmes”. Gustavo, 39 anos: “É a segunda vez que eu participo do boxe, tô gostando. Na primeira vez eu fiquei frustrado, por que vi que eu não tinha coordenação, parece simples, é só dar soco, mas não, tem técnica né? Hoje já foi bem melhor, eu tô me sentindo melhor, antes era só droga e droga. Agora tô legal!”. Carlos, 22 anos: “Para mim foi muito positiva essa atividade, para mim é importante, eu acho importante essa preparação do corpo, o colega falou tudo, antes era só droga no corpo e agora eu tô vendo tudo de ruim que ela me deu, gostei muito, quero mais, tinha que ter todos os dias uma sessão assim”. Fernando, 43 anos: “Eu achei maravilhoso, eu só tinha visto

pela TV, nunca imaginei que fosse colocar uma luva de boxe, muito menos praticar, foi bom, o resto os colegas já falaram”. Fabrício, 33 anos: “Acho que faltou coordenação pra mim, fiz tudo errado, mas gostei de ver a turma, gostei de soltar o braço, parece que sai um peso da gente”. Joaquim, 38 anos: “Eu não fazia exercícios há muito tempo, acho que preciso retomar, foi muito bom, isso aqui ajuda a gente a ficar aqui dentro, tem muito grupo, se não tivesse atividade assim acho que a gente ia ficar se batendo aqui dentro”. Jorge, paciente recém chegado na unidade, 27 anos: “Novidade, pra mim é uma nova experiência.” Quando estávamos finalizando o grupo, Gustavo pediu a palavra novamente: “Eu tava até com dor de dente desde que acordei e até passou, não tá mais me doendo”. Eu comento com o grupo que a intenção não é formar novos pugilistas, que não somos uma escola de boxeadores, e que portanto, as questões de coordenação motora e execução dos golpes e da técnica não são as mais importantes, que não devem ficar desanimados com o desempenho e sim que possam se permitir conhecer ou reconhecer o corpo, pensar nas possibilidades de cuidado com o corpo, ou seja, cuidado consigo mesmos, com a vida. [...] A busca por atividades que fazem sentido para cada um deles é importante, encontrar atividades prazerosas e realizá-las por sentirem-se bem ao fazê-la e não realizá-la por obrigação, pois a tendência é afastar-se de atividades que não fazem sentido para as pessoas. O grupo bate palmas. Estamos próximos do horário do almoço.”

(Diário de campo, 2014)

O boxe na UAAA é inspirado no boxe olímpico, que difere do boxe profissional. No boxe olímpico há uma disputa por pontos, sem visar o nocaute do adversário, ponto principal do boxe profissional, é um jogo, um esporte. A contagem dos pontos no boxe olímpico se dá quando o pugilista atinge o adversário na cabeça, no tronco ou no abdômen, vencendo o lutador que chegar a 15 pontos. Dessa forma, ao estimular a prática do boxe, buscamos imprimir conceitos com a prática do boxe, inferindo um olhar de autocuidado, de manejo de sentimentos negativos em relação ao uso prejudicial de drogas, à internação e também aos obstáculos impostos pela vida.

“10 de junho. Terça-feira. 10h. Entro na unidade cinco minutos antes da atividade iniciar. Um dos pacientes que está vindo pelo corredor em direção à sala de convivência me vê e diz: “Hoje é dia de pancadaria, de soltar os bichos...”. Ele já sabe que será realizada a oficina de Introdução ao boxe, a acadêmica e a residente multiprofissional de educação física já estão na sala com alguns pacientes e aguardam o resto dos participantes. Hoje, além da trupe da educação física, outro membro da equipe irá participar da oficina, o enfermeiro da unidade que tem experiência pessoal na prática do boxe há mais de uma década. Sua presença na oficina é sempre muito bem vinda, pois enriquece a oficina com relatos, percepções e sua experiência na prática. Sua contribuição, entretanto, não se restringe aos aspectos dos movimentos e golpes, ele traz consigo uma contribuição terapêutica importante. Trata-se de uma excelente intervenção. Eu coordeno a atividade. Temos seis pacientes para a oficina, sendo três recém-chegados [...] Os pacientes recém- chegados estão surpresos pela possibilidade de praticar um esporte diferente, antes visto somente pela TV. O material exposto com luvas de boxe, manoplas e saco de boxe conferem a motivação para o grupo. O trabalho é conduzido de forma tranquila, abordando aspectos de consciência corporal, desmistificação da violência e agressividade, procurando dar o tom terapêutico da proposta, fazendo associações com a busca pela recuperação. Primeiramente pergunto o que vem na cabeça dos pacientes quando se fala em boxe. As respostas não diferem muito e permeiam palavras como soco, violência, porrada, agressão, esporte e defesa pessoal. Esclareço que a abordagem se dará na experimentação do boxear, aprender a técnica dos golpes, primar pela defesa e autocuidado quando na prática, ou seja, atentar primordialmente pelo movimento da guarda. O grupo de pacientes está atento, escutam nossas palavras e eventualmente alguém comenta sobre Mike Tyson, Muhammad Ali, Maguila e Rocky Balboa, misturando pugilistas reais e ficcionais. Passamos os movimentos básicos, posição de expectativa, a base, a posição de defesa, a guarda e os golpes *jab* e direto. Eles se posicionam, soltam os golpes no ar, concentrados no que fazem. [...] Eles praticam os golpes no saco de boxe e nas manoplas, fazem um rodízio nas vivências, o momento de prática é curto e intenso, eles cansam rápido, mas sentem-se bem ao realizá-la. Formamos um círculo sentado nas cadeiras para compartilhar as percepções e sensações do

boxear. Diego, 35 anos: “O boxe dá uma sensação de energia, parece que sai o peso do corpo, a cabeça não pensa nas coisas ruins, eu gostei muito de fazer”. Cleber, 30 anos: “Achei muito legal colocar as luvas, nunca tinha visto, curti muito. E ainda dá para sentir os músculos, dar soco no saco é muito bom, coloquei toda minha raiva nele”. Rafael, 48 anos: “Eu gostei muito, apesar de ver que eu tô muito mal, tô fraco e não tenho coordenação, é legal. Parece fácil, mas não é, tem muito detalhe nos movimentos. Tem técnica né? Não sair dando soco que nem a gente vê na rua”. Roberto, 32 anos: “Eu adoro fazer exercício, mas nunca tinha feito boxe, *muay thai*, judô essas coisas. Eu gosto é da malhação, foi diferente, não foi ruim. É bom descontar as frustrações no saco e não nas pessoas”. Eduardo, 51 anos: “Eu achei bom, gostei, mas isso não é pra mim, eu tô velho já para essas coisas, quando eu era jovem, as vezes me metia em confusão, sabe como é né, no mundo que eu vivia tinha muita briga, muita desavença, nem era nada demais, mas as pessoas se desentendiam e acabavam na porrada”. Altair, 55 anos: “Eu gostei, foi bom. Eu tô com dor na garganta, não posso falar muito, mas achei muito bom, dar uns socos ali”. De fato o paciente Altair tem a fala prejudicada, ele fala num tom bem baixo que demanda esforço para conseguir escutar. Fazemos comentários sobre o que disseram, reforçamos que o boxe na unidade não tem o objetivo de formar pugilistas ou melhorar a performance, mas sim, proporcionar uma atividade diferente, que preza pelo autocuidado, a consciência corporal, o envolvimento com uma atividade que possa auxiliar no manejo de sentimentos negativos como raiva, frustração, ansiedade e que podem buscar atividades que lhe deem satisfação e prazer. Encerramos o grupo próximo do horário do almoço, eles aplaudem e se levantam das cadeiras.”

(Diário de campo, 2014)



Imagem 11 – Oficina de introdução ao boxe: golpes no saco de boxe.

Em relação às percepções expressas pelos participantes se nota que elas partem de uma experimentação física e são, em seguida, verbalizadas, compartilhando as sensações com o grupo. Autores da importância de Merleau-Ponty, Humberto Maturana e Francisco Varela redefinem a compreensão fenomenológica da percepção ao indicarem que esta está associada à ação corporal. As sensações surgem atreladas a movimentos e à execução de um gesto, não existindo representação, mas criação, novas alternativas de interpretar diferentes situações vividas. (MERLEAU-PONTY, 1994) Humberto Maturana e Francisco Varela dialogam com as reflexões de Merleau-Ponty ao produzirem a noção de *autopoiesis* em que assinalam a interatividade dos organismos, do ambiente e da ação do movimento. A *autopoiesis* atende ao que chamamos de complexidade do organismo vivo, é considerar e reconhecer o corpo em movimento como fenômeno que não se restringe à causalidade. O ser humano não é um ser pré-determinado, mas um ser contínuo e criador de sua própria história. É, portanto, uma forma de compreender a corporeidade como algo concreto, é refugar as dualidades, é pensar em ações complexas para entender o humano e sua condição

de ser corpóreo em constante movimento, assumindo infinitas interpretações (MATURANA e VARELA, 1995; 1997).

A OFICINA DE JOGOS COOPERATIVOS E CORPORAIS

A oficina de Jogos cooperativos e corporais está inserida no contexto das atividades práticas da educação física que são oferecidas nas sextas-feiras às 9h, alternando-se com a oficina de Resgate da infância. Ela destina-se a pacientes que compõem o GD, pacientes recém-chegados à unidade com liberação para participação em todos os grupos. A opção por oferecer uma oficina de jogos cooperativos e corporais se calca na intenção de estimular e proporcionar atividades que coloquem as pessoas em contato umas com as outras e consigo mesmas. A oficina é compreendida por desafios e metas propostas ao grupo, que a partir da interação e da comunicação, devem solucionar o problema lançado ou atingir a meta previamente estabelecida, superando os desafios em conjunto.

Os jogos corporais associados aos jogos cooperativos recebem aqui o enfoque para o campo das percepções, das sensações e das emoções, em que os usuários são estimulados por técnicas diversas que envolvem movimentos corporais, estímulos para consciência corporal, a partir de materiais como pequenas bolas para massagem, bola suíça, balões, arcos, jornais, bastões, som e cd's de música. Por vezes, há propostas de atividades sem uso de materiais. Estímulos por sons e músicas, texturas e toques, estímulos visuais e do ambiente, que objetivam o cuidado de si e do outro, podem interferir na motivação e no engajamento com o tratamento.

Durante o período de coleta de dados, 5 oficinas de Jogos cooperativos e corporais foram observadas. Trechos importantes do diário de campo são agora apresentados para ilustrar como se desenvolveram essas atividades, como os usuários as significam e o que produzem a partir dos estímulos.

“09 de maio. Sexta-feira. 9h. Reunimo-nos com o grupo de pacientes do GD com liberação para participação no programa terapêutico. Hoje somos sete pessoas, cinco pacientes e dois profissionais, eu e a acadêmica de

educação física. Convido os pacientes para formarmos um círculo de frente, alguns estão sentados nos bancos triplos dispersos pela sala de convivência e prontamente se levantam para iniciarmos o grupo. Primeiramente eu contextualizo a atividade, esclarecendo a abordagem corporal e a proposta de realizarmos algumas dinâmicas. [...] Após nos apresentamos [...] explico como se desenvolverá nossa atividade, dinâmicas que envolvem o corpo, mas também a relação com o outro e que fiquem atentos às sensações e percepções que irão vivenciar. Pergunto se topam experimentar. Todos concordam.”

(Diário de campo, 2014)

Na primeira atividade proposta usamos como material uma bola suíça. O jogo proposto é intitulado de Pega-pega do abraço e os objetivos são, além de uma breve movimentação corporal, a descontração do grupo, estímulo à empatia e afetividade. Vamos ao jogo: uma brincadeira de pega-pega clássica em que um participante é o pegador e os demais fogem para não ser pegos. A bola suíça serve de identificação do pegador, quem está com a bola em mãos é o pegador e para pegar os demais basta encostar a bola no colega. Não é permitido atirar a bola de longe no colega. Na brincadeira, o ferrolho, ou seja, a possibilidade dos fugitivos ficarem imunes é abraçar-se a outro colega fugitivo. Não é permitido andarem ou correrem abraçados, nem mesmo formar um abraço triplo, bem como abraçar o mesmo colega duas vezes seguido.

“Definimos o pegador por voluntariado e a brincadeira começa: amontoamo-nos num canto da sala e gargalhadas começam a preencher o ambiente, como o espaço da sala é pequeno acontecem muitas trocas de posição e todos vivenciam a função de pegador. Cada vez que são pegos eles sorriem, reclamam do colega que estava próximo, mas que não o salvou dando o abraço. Aos poucos uns começam a criar estratégias de fugirem próximos um do outro para poderem se abraçar e escapar do perigo iminente. Há também um brilho infantil em alguns olhos, dentes à mostra,

provocações saudáveis e ameaças descontraídas. O jogo se esgota rápido, mas é produtivo. Quando proponho passarmos para outra dinâmica, despertam no grupo comentários sobre o que vivenciaram. Hugo, 25 anos: “tu ia me pegar ali, mas o Martin veio me salvar... valeu Martin...” ele olha para Martin, 21 anos e abre um sorriso grande. Um outro diz: “eu tentei várias vezes abraçar o Gustavo, mas ele só fugia sozinho, me deixou no vácuo...”. Gustavo, 39 anos, escutou e ficou olhando sem dizer nada, mas apontava o próprio dedo indicador na cabeça como se dissesse que ainda está com o pensamento confuso ou lento.”

(Diário de campo, 2014)

A segunda dinâmica proposta se intitula Travessia. O material utilizado é folhas de jornal. Os participantes devem se colocar no fundo da sala encostados à parede, formando uma pequena parede humana, dispostos um ao lado do outro. Cada um recebe uma folha de jornal. A tarefa é que atravessem a sala sem colocar diretamente os pés no chão, ou seja, precisam pisar na folha de jornal para atravessar a sala e chegar à parede oposta. O percurso é 8 metros e o objetivo é estimular a comunicação e a cooperação para cumprimento da tarefa.

“[...] O grupo inicialmente tem algumas dúvidas sobre as regras da dinâmica, digo que devem somente chegar ao outro lado da sala, utilizando os jornais, da forma que imaginarem, que for possível. Conrado, 19 anos, tenta persuadir o grupo a formar uma fila e ir colocando um jornal a frente do outro, porém seus companheiros não o escutam. Todos falam ao mesmo tempo e as ideias ficam desencontradas. Demoram um tempo para tomar a iniciativa. Martin e Gustavo combinam entre si e iniciam a travessia, mas deixam os companheiros para trás. Os outros três captam a ideia e fazem o mesmo, porém desconectados dos outros dois. Durante a travessia eles discutem, sem rispidez, as ações que devem tomar, uns se apoiando nos outros e vencem o desafio. Após finalizada a tarefa sentamos em círculo para refletir sobre a dinâmica. [...] Os relatos são bem interessantes, alguns

conectados com o tratamento, outros dispararam discussões pertinentes ao resgate da alegria, memórias da infância, da relação com os filhos e com a família. Conrado é o primeiro a falar: “Eu lembrei da minha filha. Fazendo essa atividade me vi mais feliz, me sinto mais alegre, era isso que eu queria dizer”. Hugo durante a fala de Conrado já estava com o dedo em riste: “Me senti no tempo que eu era moleque e isso é muito bom”. Por instantes o grupo fica em silêncio e logo Martin pede a palavra: “Na brincadeira do pega-pega pude perceber que sozinho a gente não consegue nada. A gente precisa um do outro para se manter. Na brincadeira, para se salvar eu tinha que abraçar o colega”. Comento que Martin faz uma boa reflexão sobre o tratamento, no enfrentamento com a droga muitas vezes ficar sozinho remete a pensamentos de uso e isto pode conduzir a pessoa a permanecer no uso, ficando refém dos prazeres da droga e às suas consequências. Aproveito para comentar sobre o resgate da alegria, possibilidade de sentirem-se bem novamente, a urgência de vida que há em seus corpos, nas relações com as pessoas, com a família. Éverton, 38 anos, levanta a mão e eu faço sinal com a cabeça para que exponha sua opinião: “Eu me senti bem, não sorria há muito tempo. E aqui, eu tava só no quarto, vim pro grupo só agora. Antes, eu tava só respondendo pergunta..., era pergunta, pergunta, pergunta, pergunta, um monte de médico entrando e saindo. Agora essa atividade me distraiu, me deu alegria, os problemas ficaram lá fora, é bom relaxar um pouco...”. Reforço que esse sentimento de alegria colocado pelo grupo foi visível em todos durante as dinâmicas e que resgatar esse sentimento pode ajudar no tratamento e sobretudo na sequência deste no pós-alta. [...] Finalizamos o grupo, eles batem palmas, motivados. Enquanto uns guardam as cadeiras [...].”

(Diário de campo, 2014)

Os jogos cooperativos, segundo Alves e Araújo (2012), são atividades com características que exigem um trabalho de equipe, ou seja, um esforço coletivo para atingir uma determinada meta, a partir das potencialidades de cada indivíduo, suas qualidades e habilidades, de como podem contribuir para o grupo. Para Amaral (2007), o novo formato dos jogos cooperativos e corporais promove a diminuição da

agressividade, instigando atitudes mais sensíveis e solidárias em relação ao outro, concebendo a cooperação, a comunicação e a alegria. Alves e Araújo (2012) enriquecem o tema lhe conferindo ação terapêutica, pois são jogos descontraídos que promovem a conscientização e o respeito pelo outro, valorizam o diferente, além de ser um encontro motivador.

Outros autores que concordam e contribuem para a utilização dos jogos cooperativos e corporais em grupos que se encontram em uma mesma situação, seja ela de trabalho, familiar ou de saúde, são Orlick (1999) e Soler (2008). Eles apontam outras características importantes dos jogos: possibilidade de exercer liberdade para criar e liberdade para eleger, incentivo à iniciativa e respeito às opiniões e ideias dos integrantes do grupo. Dessa forma, os jogos cooperativos e corporais possibilitam o estabelecimento de vínculo entre usuários e equipe, em que se busca desenvolver ou resgatar nos indivíduos pensamentos positivos sobre si mesmos, reconhecendo a relevância dos pares.

O conjunto dessas práticas contribui para que os participantes se apreciem, se autovalorizem, se sintam respeitados, elevando autoestima, vital na abordagem com indivíduos usuários de múltiplas drogas (ALVES e ARAÚJO, 2012). De caráter lúdico, os jogos cooperativos e corporais podem instaurar no grupo a cooperação e a união, fundamentais em um ambiente de internação hospitalar, podendo desencadear ainda a criatividade e a imaginação, bem como estimular a comunicação e a expressão corporal. Permite, também, momentos de descontração e alegria que contribuem nas relações e no bem-estar das pessoas.

“30 de maio. Sexta-feira. 8h40. Adentro a unidade junto com a acadêmica e a residente multiprofissional da educação física. No posto de enfermagem cumprimentamos membros da equipe e organizamos os pacientes do GD que participarão da atividade na sala de convivência da unidade. Hoje são dez pacientes. 9h. Todos na sala. Eu coordeno a atividade. Início o grupo contextualizando a proposta da atividade e após fazemos as apresentações.”

(Diário de campo, 2014)

Harmonia corporal é a denominação da atividade proposta, composta por algumas dinâmicas. A primeira atividade consiste em circular pela sala aleatoriamente com o objetivo de ter sempre o contato visual com uma pessoa, sempre que houver desvio nos olhares, imediatamente devem buscar conexão com outra pessoa, olhando nos olhos.

“O grupo começa a se deslocar pela sala e começam a olhar nos olhos uns dos outros, em sua maioria são contatos breves, logo desviam o olhar e precisam buscar contato com outro colega.”

(Diário de campo, 2014)



Imagem 12 – Oficina de Jogos cooperativos e corporais: dinâmica Harmonia corporal.

Após essa dinâmica, os participantes formam duplas para experimentar o jogo da Mão poderosa. As duplas são formadas e a função de um membro dessa dupla é guiar o colega com a mão, a Mão poderosa. O guia espalma a mão a poucos centímetros do rosto do colega e o guia pela sala, onde a mão for o guiado deve segui-la.

“As duplas começam a movimentar-se. Alguns fazem movimentos simples de trocar direções, realizar giros e pequenos saltos, outros são mais criativos e inventivos, levam o colega ao chão, exigem manobras corporais mais complexas, mais velozes. As duplas conversam, tentam combinar movimentos, as pessoas sorriem com os desafios impostos. Após, trocamos a função na dupla, quem guiou será guiado, dessa forma, surgem vinganças, quem foi colocado em desafios maiores, busca impor desafios ao colega, antes guiador, a movimentos tão ou mais complexos. Algumas gargalhadas tomam conta da sala, o grau de comunicação e expressão do grupo está elevado, como se estivessem mais conectados, mais vinculados.”

(Diário de campo, 2014)

A terceira e última atividade da dinâmica Harmonia corporal é intitulada de 3 – 2. Cinco voluntários se postam no fundo da sala, de costas para a parede. São separados por um espaço de meio metro e não podem entreolhar-se, devem focar o olhar para frente, para o lado oposto da sala. O 3 – 2 consiste em buscar harmonia corporal entre os cinco voluntários, devem compor um jogo em que 3 estejam agachados e 2 em pé. Alternando posições até que encontrem esta harmonia.

“Os cinco voluntários se organizam e experimentam, vão agachando e levantando aleatoriamente, às vezes encontram harmonia, as vezes não, os integrantes vão sendo substituídos pelos participantes que antes se encontravam na observação do jogo, até que todos experimentam a dinâmica. Após, formamos um círculo para discutir e refletir sobre as atividades desenvolvidas. Relembramos em grupo as três atividades realizadas e Marcelo, 43 anos, pede a palavra: “Aprendi a minha visão, porque eu uso óculos e achei que ia me azarar. Na brincadeira do olhar não consegui fixar os olhos nas pessoas, eu trocava toda hora, é difícil olhar as pessoas nos olhos, eu desviava o olhar”. Fernando, 43 anos: “Achei bem legal, mexeu bastante comigo todas as atividades, neste último, eu rateei várias vezes por ansiedade, achava que tinha que levantar e agachar toda hora, às vezes tava tudo certo, mas eu levantava e bagunçava o jogo, mas

não fiz de propósito.” Hugo, 25 anos: “Pra mim foi bom e divertido. Me fez esquecer um pouco os problemas, isso fez eu lembrar da minha vida antes das substâncias, como eu era antes de usar”. Diego, 35 anos: “Essa atividade me inseriu melhor no grupo, eu ando meio desmotivado, mas tô melhor agora e a gente esquece os problemas lá fora.” Rafael, 48 anos: “Mexe com a coordenação motora das pessoas, muito bom. A cabeça tem que tá bem situada, senão o corpo não faz”. Neste momento eu interrogo o grupo se eles acham que esse tipo de atividade mexe com a cabeça, a maioria concorda com a cabeça positivamente. Jorge, 27 anos: “Foi muito legal, principalmente porque de manhã é bem tenso, é uma parte chata do dia, quando eu acordo, lembro porque eu tô aqui e isso é muito ruim. Ajudou bastante a descontrair”. Cleber, 30 anos: “O fato de olhar no olho do outro é um desafio. Eu fiquei meio desnorteado, tô há pouco tempo e não costumo olhar nos olhos, pra mim é difícil olhar nos olhos. Quando eu tava na rua todo mundo me olhava e agora isso é difícil pra mim”. Eu volto a comentar, refiro que durante a atividade as pessoas sorriram, estavam se divertindo durante as dinâmicas e que isso é algo importante, assim como buscar momentos e atividades que tragam essa sensação de satisfação, de alegria e de prazer. Fernando, 43 anos, volta a falar: “Faz muito tempo que eu não brinco, eu tenho filhos pequenos e não brinco com eles faz muito tempo, vou usar para brincar com eles”. Joaquim, 38 anos, que não havia falado ainda finaliza: “O prazer não está no nosso sorriso, mas em transformar o sorriso dos outros. A gente fez muita gente triste e essa história precisa mudar”. O grupo concorda e falam juntos palavras de incentivo, batem palmas e se dispersam pela sala.”

(Diário de campo, 2014)

Johan Huizinga (2000), professor e historiador holandês, traz em *Homo ludens*, a ideia de classificar a espécie humana como o homem que brinca e joga. Entretanto, alega que se o jogo fosse essencialmente racional, estaria facultado apenas a humanidade, alijando outras espécies da possibilidade de brincar. Ao lançar como exemplo, os cães, que se desenvolvem em ações de brincar, se roçam, respeitam

regras de não se morderem com força, rosnam, experimentam o divertimento e o prazer.

O autor alude que há com certeza diferentes graus de complexidade no ato de jogar. Ao abordar o lúdico como elemento da função da cultura humana confere que “mesmo em suas formas mais simples, ao nível animal, o jogo é mais do que um fenômeno fisiológico ou um reflexo psicológico” (HUIZINGA, 2000, p. 5). O jogo está em oposição à seriedade, é livre, onde os participantes se despem das “necessidades imediatas da vida e confere um sentido à ação” (HUIZINGA, 2000, p. 5). Até em atividades dirigidas podemos observar nos trechos e falas dos participantes esse resgate de divertimento, de prazer e de alegria.

O lúdico provoca uma fenda no espaço-tempo da vida cotidiana. Neste caso, no cotidiano hospitalar, uma atividade que se propõe terapêutica, apesar de os participantes atribuírem-na, por vezes, como uma ruptura do tratamento. A atividade se desenvolve com uma finalidade de satisfação pela própria vivência que pode desencadear reflexões sobre as adversidades enfrentadas pelo uso prejudicial de múltiplas drogas. A ludicidade é o momento do divertimento, de prazer, de alegria que o usuário experimenta durante a prática. “É um tempo subjetivo, não sendo possível de ser medido por um observador externo ao jogo. Ele tem de ser vivenciado.” (MATTOS, 2009, p.80).

“06 de junho. Sexta-feira. 9h. Chego na unidade um pouco antes do horário da atividade e converso com membros da equipe. Comentam que o grupo está desmotivado, os pacientes estão um pouco entediados com a rotina da internação, dos grupos terapêuticos, estão cansados da vida de uso de drogas e com poucas expectativas quanto a continuidade do tratamento, essa foi uma impressão geral da equipe passada para mim, para a acadêmica e a residente multiprofissional de educação física. É sempre um desafio propor atividades para um grupo de pessoas desmotivadas para o tratamento e para a vida de uma forma geral, não ter perspectiva de melhora é uma pedra no sapato de qualquer um. Munidos dessa informação, rapidamente buscamos pensar em atividades que pudessem descontrair e

animar o grupo, sem deixar de lado os aspectos terapêuticos que a proposta pudesse possuir.”

(Diário de campo, 2014)

No dia a dia de uma internação hospitalar somos desafiados a organizar dinâmicas que envolvam os participantes de forma a produzir efeitos positivos, seja no tange a motivação e aqui a motivação para o tratamento e à vida. Organizamos dinâmicas simples, baseados em vivências da infância e jogos corporais comumente realizadas no âmbito da recreação escolar. As atividades são intituladas de Nunca 3, Pega-pegas tubarão e por fim, uma atividade menos movimentada, um jogo cooperativo que consiste em retirar uma bola do círculo de pessoas, por cima dos ombros. As pessoas ficam abraçadas pelos ombros, sem poder tocar a bola com as mãos. Vamos aos jogos: o Nunca 3 constitui-se em uma atividade de pega-pegas em duplas. É eleito um voluntário para ser o pegador, os demais formam duplas e fogem de mãos dadas, quando uma dupla é pega, não pode formar um trio, o Nunca 3, então o pegador formará dupla com o indivíduo da dupla que foi pego. O outro indivíduo da dupla, que não foi tocado, deve soltar a mão do colega e passa a ser o novo pegador na brincadeira.

“Nas dinâmicas temos 6 participantes. Formamos um círculo e fazemos uma apresentação e logo a residente multiprofissional de educação física abre o grupo, contextualizando a atividade e explica a primeira dinâmica do grupo, o Nunca 3. Ao iniciar o jogo, as duplas se deslocam sem muita energia, o espaço reduzido da sala é também um desafio a ser vencido. Aos poucos eles começam a impor mais agilidade e velocidade nos movimentos, há bastante troca de pegador e os sorrisos nos rostos começam a aparecer. Depois de um tempo de brincadeira, a residente sugere a troca de brincadeira, porém eles pedem para jogar mais uma vez o Nunca 3. Tem bastante diversão preenchendo o espaço.”

(Diário de campo, 2014)

Para a segunda dinâmica intitulada Pega-pega tubarão é preciso dividir a sala em dois com uma corda delimitando o espaço. Um voluntário tem a função de pegar os demais, porém este pegador pode mover-se apenas lateralmente sobre a corda, os demais precisam se deslocar de um lado ao outro da sala, passando pelo pegador sem ser pego; quem for pego, se junta ao pegador sobre a corda que divide a sala.

“Eles começam a brincadeira e já estão rindo, traçando estratégias para passar para o outro lado da sala sem serem pegos. Por conta do espaço reduzido, o pegador tem seu trabalho facilitado e recruta mais pegadores sobre a corda e o jogo vai ficando mais difícil aos demais. É gratificante vê-los interagindo no jogo, as ações que tentam realizar para não serem pegos, um dos participantes tenta passar rente a parede, como se se espremesse para aumentar a distância de um dos pegadores, mas sua ação não deu certo e foi pego e um dos colegas comentou: “O Eduardo quer entrar dentro da parede, não tem pra ti, tu tá pego!”. Eles quiseram experimentar diversas vezes essa brincadeira, são homens já adultos, alguns com a idade avançada, porém ao vê-los jogando lembrei de atividades desenvolvidas em escolas, no ensino fundamental, quando eu ainda era graduando em educação física, as crianças correndo pelos pátios e quadras. O contentamento é expressado nos semblantes, comentam um com o outro o que tentaram fazer para não serem pegos, os dentes à mostra e a respiração ofegante. O jogo cooperativo no final consistia em retirar uma pequena bola de borracha de massagem de dentro do círculo formado pelo grupo. Abraçados pelos ombros e sem poder utilizar as mãos, eles conversam e procuram planejar, três deles são mais ativos e tomam a frente, a liderança das ações para cumprir o objetivo, eles tentam levantar a bola com os pés, um terceiro estende o pé na cobertura caso a bola caia e ela realmente cai duas ou três vezes, até que por fim conseguem erguê-la pelos joelhos de uma dupla e outro consegue chutá-la por cima dos ombros do grupo. Eles dão um grito coletivo de vitória, se abraçam e se aplaudem, cumprimentos de mãos e comemorações. Formamos um círculo sentados nas cadeiras para a conversa final. Jorge, 27 anos é o primeiro a falar: “Foi a melhor atividade que eu já participei aqui dentro, deu para rir bastante e isso é diferente das outras reuniões que a

gente tem todo dia. Agora dá para aproveitar melhor o dia, vou tentar aproveitar da melhor maneira possível". Gustavo, 39 anos: "Gostei muito das brincadeiras, movimenta o corpo todo e é divertido, a gente gosta de brincar, a gente não sabia, eu não sabia, mas eu gosto de brincar. Corre pra cá, corre pra lá, que nem vai ser lá fora, para não deixar o tubarão te pegar, o tubarão para mim era a substância. E ainda acordou todo mundo, tava todo mundo meio dormindo". Hugo, 25 anos: "Essa atividade faz eu repensar, tem que se segurar aqui, lá fora eu estaria muito mal. Faz eu lembrar do tempo que era criança e não tinha problema com a substância". Rafael, 48 anos: "Eu gostei, não fica parado, mexe o corpo, não fica parado fazendo reunião". Eduardo, 51 anos: "Brincadeira bem agitada, foi boa, boa mesmo. Mostrou que a gente tem que se proteger pra não ser pego, igualzinho a lá fora, achei muito legal". Alberto, 38 anos: "Foi legal, foi divertido, foi diferente, mas acho que tinha que ter mais espaço para poder jogar melhor". Antes de encerrarmos, Gustavo, 39 anos, pergunta de onde tirávamos essas brincadeiras. Respondemos que na faculdade de educação física, atividades recreativas fazem parte dos conteúdos, trabalhados em escolas, gincanas, recreios e muitos de nós também vivenciamos isso na nossa própria infância. Encerramos o grupo e eles saem da sala para uma breve pausa entre uma atividade e outra. Eu, a acadêmica e a residente multiprofissional nos entreolhamos e concordamos no olhar que havia sido uma boa atividade, que geraram algumas reflexões por parte do grupo e também produziu uma melhora no ânimo naqueles seis."

(Diário de campo, 2014)

Dessa forma, é possível perceber que relações de solidariedade e cooperação, mesmo ainda que localizadas, restritas ao ambiente hospitalar podem desencadear novas afetividades e formas de se (re)conhecer em um grupo de iguais, estabelecendo novas formas de interagir no mundo e vão pouco a pouco reforçando vínculos e estimulando a extensão desses vínculos com o tecido familiar. Trago à tona as contribuições de Mattos (2009), em seu estudo sobre uma população de obesos, que ao apoiar-se em Le Breton (1992), sublinha que o movimento corporal possui a

chancela da existência. Aqui uso suas ideias em caráter associativo à população de usuários de drogas, pois tratam-se de poluções igualmente estigmatizadas. Se há existir, ele é corporal, seja para o 'gordo', seja para o 'drogado'. Os movimentos corporais, o jogo, ou seja, as ações coletivas como trabalho terapêutico “é transfiguração do sofrimento, diante do estigma” (MATTOS, 2009, p. 78), e aqui, do 'drogado', em alegria e cuidado com o corpo. Ainda para o autor, as práticas corporais nos concedem a possibilidade de entender o corpo por “um objeto de estudo imerso em numa trama social de sentidos e significados culturais, pois os cuidados corporais os incluem, além de valores e representações presentes na cultura” (MATTOS, 2009, p.78). Refletir sobre as práticas presume em indagarmos e compreendermos “as estratégias, táticas e ações de enfrentamento” (p.78) do acometimento e do sofrimento emanado pelo uso prejudicial de drogas. O corpo, portanto, é carregado de sentidos, “o corpo produz e é produzido através das práticas, ações, instituições e discursos, independente de suas funções biológicas” (p.78).

O PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS

Uma gama de estudos sobre a inter-relação entre a prática sistemática de exercícios físicos e uso prejudicial de drogas aponta para o fato de que a mesma tem sido considerada uma intervenção potente (COLLINGWOOD et al.,1991; MARCUS et al.,2008; BROWN et al.,2010; NIDA, 2012; RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012; LYNCH et al.,2013; HAASOVA et al., 2013). A prática, além de benefícios fisiológicos, contribui e favorece o desenvolvimento de habilidades psicossociais nos indivíduos por auxiliar em diversos aspectos da vida como as relações interpessoais, a comunicação e pela possibilidade de mudar hábitos cotidianos (MIALICK, 2008). O exercício físico age em mecanismos de ação distintos, proporcionando neuroadaptação (LYNCH et al., 2013), aprimoramento da composição corporal (MIALICK, 2008), atenuando sintomas depressivos (PALMER et al., 1995; DUNN et al 2005) e de ansiedade (LYNCH et al., 2013), melhora do sono (MIALICK, 2008), das funções cognitivas (ANTUNES et al, 2006; LYNCH et al., 2013), do trato cardiorespiratório (BROWN, 2010), autoeficácia, autoestima e qualidade de vida (MIALICK, 2008; WEINSTOCK et al, 2008). Portanto, a prática regular de exercícios físicos é cada vez mais utilizada como uma estratégia associada ao cuidado, visando reduzir a frequência e o uso prejudicial de drogas

(ROHSENOW et al, 2005). O exercício físico também está associado com a melhora da qualidade de vida (RASMUSSEN et al., 2009). É provável que a prática influencie a biologia subjacente de pessoas que fazem uso prejudicial de múltiplas drogas, apresentando-se assim como uma intervenção terapêutica importante. Estes estudos, em sua maioria, estão atrelados a pesquisas randomizadas que se propõem a investigar, única e exclusivamente, os efeitos fisiológicos da prática de exercícios físicos sobre indivíduos diagnosticados com dependência de drogas, a partir de coletas de marcadores biológicos, não inferindo um olhar sociocultural que é próprio da prática coletiva de exercícios físicos. De forma ampla, estes trabalhos embasam o PEF coordenado pelos professores de educação física na UAAA.

Para a execução do PEF, a unidade possui uma academia equipada para trabalhar com exercícios aeróbicos e de resistência muscular, tais como esteiras ergométricas, bicicletas ergométricas, *jumps*, *steps*, *transport/elíptico*, estação de musculação multifuncional, espaldar, caneleiras de 1, 2, 3, 4 e 5kg, halteres de 1, 2, 3, 4, 5 e 10kg, bolas suíças e faixas de silicone de diferentes densidades. Além disso, um amplo espaço sem equipamentos é utilizado para a realização de alongamentos, aquecimento e outras intervenções. Esta parafernália de equipamentos nos permite criar e trabalhar sessões de variados exercícios. O PEF possui o objetivo de contribuir nas ações de cuidado e na promoção da saúde dos participantes por meio de orientação e oferta de diferentes exercícios físicos durante o período de internação.

Durante a internação, as atividades do PEF ocorrem três vezes por semana, com a possibilidade de o usuário aumentar o número de sessões com a modalidade Academia extra, pelo resgate de gratificações. De forma geral, são realizadas atividades diversas, e a dinâmica das sessões varia com a prática de: exercícios aeróbicos, exercícios de resistência muscular, *step*, danças e jogos lúdicos. A sessão tem duração de 1 hora e 15 minutos e inicia com exercícios de aquecimento e alongamento, em seguida atividades aeróbicas e de resistência muscular localizada. Após o alongamento final, a sessão encerra com uma roda de conversa em que os participantes relatam suas percepções, sensações, dúvidas e trocam experiências.



Imagem 13 – Academia da Unidade de Adição Álvaro Alvim do HCPA.

O PEF é oferecido a todos os usuários internados, tanto de GD quanto GR, mediante alguns critérios estabelecidos. Para ingressar no PEF, o usuário deve ter um mínimo de sete dias de internação, pois na primeira semana está em processo de avaliação de suas condições clínicas, motivacionais e dos aspectos sociais. Deve ter, também, quatro dias de participação plena, ou seja, estar frequentando os grupos do programa terapêutico. Este período de participação plena pode ser compreendido dentro da primeira semana ou mais adiante. Após, o usuário passa por avaliação clínica e estando apto para a prática, terá a liberação médica evoluída no prontuário e ingressa no PEF. Ao iniciar as atividades no PEF, o usuário passa por um período de adaptação e familiarização e realiza teste aeróbico e de resistência muscular com a equipe da educação física.

O teste aeróbico consiste em exercício realizado em uma esteira ergométrica. Os participantes se exercitam dentro da zona aeróbica, entre 65% a 80% da frequência cardíaca (FC) de reserva estipulada através da fórmula de Karvonen (1988) ($FC_{\text{treino}} = FC_{\text{repouso}} + (Intensidade/100) \times (FC_{\text{máxima}} - FC_{\text{repouso}})$). Na fórmula acima, a FC máxima é estimada através da fórmula de Tanaka, Monahan e Seals (2001): $FC_{\text{Máxima}} = 208 - 0,7 \times (idade)$ e a FC de repouso é coletada na sessão de avaliação inicial. A

intensidade do exercício também é avaliada pelo Índice de Percepção do Esforço (BORG e NOBLE, 1982) a cada três minutos durante a execução do exercício aeróbio.

O teste de resistência muscular é realizado a partir do teste de 1 repetição máxima (1 RM) que consiste em executar e suportar a maior carga em determinados exercícios (MORALES e SOBONYA, 1996; PLOUTZ-SNYDER e GIAMIS, 2001). Os exercícios para a aplicação do teste no PEF são o supino reto, a extensão de joelho, remada baixa e tríceps. O teste de 1 RM é largamente utilizado pela área com a finalidade de verificar e prescrever as quilagens no treino de força. Conforme a literatura atribui-se ao teste de 1RM como sendo um método efetivo para avaliação do movimento de carga pela força dinâmica, pois é prático, economicamente viável e seguro, ao ser conduzido de forma correta (LESEUR et al., 1997; RHEA et al., 2003).

Usuários do GD e do GR que não participam do PEF ficam com tempo para atendimentos individuais, descanso ou atividades livres na sala de convivência. Os usuários do GD que não participam, geralmente estão aguardando o preenchimento dos critérios, seja dos dias de internação, seja de participação plena. Os usuários do GR, geralmente têm os critérios de dias mínimos de internação e participação plena, porém possuem alguma complicação clínica que contraindica a prática sistemática de exercícios físicos mais vigorosos como por exemplo, traumas físicos, arritmia cardíaca, dispneia e outros agravos clínicos.

Ao longo da pesquisa, no período de coleta de dados com os registros no diário de campo foram observadas 12 atividades no PEF, isto se deve ao fato de que essa atividade é oferecida mais vezes na semana do que as demais atividades, por se tratar de um programa sistemático de exercícios físicos. Selecionei trechos mais importantes para ilustrar o desenvolvimento dessas atividades:

“09 de maio. Sexta feira. 10h da manhã. Pacientes do GR que estavam em outra atividade paralela à atividade para o GD já estão no corredor com toalhas no pescoço, meias em mãos ou nos bolsos aguardando o início da atividade academia. Dois pacientes do GD que estão no PEF rapidamente vão aos seus quartos e se organizam para a prática. Permaneço

no corredor junto ao grupo e alguns comentam: “Hoje é sexta-feira, vou gastar tudo na academia”, ele bate palmas, olha para um colega e balança a cabeça positivamente. Dois que estão por ali começam a rir. Pergunto se tá todo mundo pronto, alguns dizem que sim, mas Vitor alerta que está faltando o Conrado, peço que ele dê um pulo lá no quarto de Conrado para chamá-lo, mas não é necessário, pois Conrado sai do quarto no meio do corredor balançando a toalha. O grupo o apressa e ele: “Tô aqui, tô aqui, tirei a calça e ainda fui no banheiro”. Enfio a chave na fechadura da porta da unidade e eles observam as duas voltas que executo no miolo. Abro a porta e eles saem um a um, animados. Ninguém me observa fechar e chavear a porta novamente, já estão a caminho da academia que fica no corredor oposto da porta de entrada da unidade. Ao entrarem na academia eles já sabem da rotina de higienização das mãos e colocação dos tênis. Logo estamos todos em círculo e a acadêmica de educação física abre o grupo com as boas-vindas. [...] São seis pacientes, organizamos o grupo em dois trios, um inicia os exercícios aeróbicos nas esteiras e bicicletas ergométricas e o outro faz exercícios de ginástica localizada com halteres, caneleiras, *steps* e bastões. [...] Eles falam pouco durante os exercícios, estão focados. Vez ou outra, comentam que estão bem, que os exercícios estão bons, não estão difíceis de desenvolver. O som de *rock* antigo ecoa pela academia. Ao finalizarem as duas partes principais, a acadêmica conduz o alongamento final, eles já começam a comentar: Vitor, 44 anos: “Já terminou, o tempo passou muito rápido”. Marco Aurélio, 24 anos: “Aqui tem tudo, muito legal, nunca tinha entrado numa academia”. Marcos, 58 anos: “Hoje senti que tô sem folego, o que a droga faz com a gente, né?”. Colocamo-nos em círculo novamente como de costume. [...] Marco Aurélio, 24 anos: “Eu me apaixonei. Meu plano quando eu sair daqui é conseguir um trabalho e com o primeiro salário vou investir nisso. Fico leve, me alivia”. Vitor, 44 anos é a ficha dois para falar: “O Programa de Exercício Físico é muito bom pra mim, exercício pra mim é tudo, me ajuda, melhora autoestima e eu fico leve”. Marco, 58 anos, levanta a mão: “Eu me sinto bem, gosto de fazer bicicleta, lá em Montenegro eu andava pra cima e pra baixo, mas tô ficando velho, não sou mais o mesmo, e tem a droga toda que destrói o cara, mas me sinto bem mesmo, eu gosto de fazer”. Vilmar, 47 anos: “Eu me sinto tri bem, suo bastante ali na esteira, acho que tô evoluindo, é super bom pro tratamento”. Luiz Antônio, 47 anos:

“Eu gosto cada vez mais, o bom é que não tô sentindo mais dor no meu joelho” ele inclina o tronco e toca com a mão no joelho direito um pouco mais inchado do que o esquerdo, “o final de semana promete, vem meu guri me visitar, ele é tudo pra mim, a minha esposa também vem e o grupo está se dando bem, não vai ter problema nenhum, é só a gente conversar”. Os demais concordam com as palavras de Luiz Antônio, são 11h20 e estamos com o horário estourado, pois 11h30 é servido o almoço e horários em um hospital devem ser cumpridos à risca. Eles se dispersam para retirar os tênis e lavar as mãos novamente.”

(Diário de campo, 2014)

Nos trechos selecionados destas atividades podemos observar no seu formato e desenvolvimento, ritos e cerimônias que as englobam. Cabe, então, apoiar-nos nas contribuições do clássico antropólogo polonês Bronislaw Malinowski que em sua obra *Os Argonautas do Pacífico Ocidental*, trouxeram à tona o que denomina de os imponderáveis da vida real. Fatos e circunstâncias que não são possíveis de analisar por meio de entrevistas, documentos, mas sim, através de observações quando estes estão “em pleno funcionamento” (MALINOWSKI, 1976, p. 31). É pertinente ressaltar que os ritos e cerimônias observados dizem respeito à instituição hospitalar, ou seja, não é próprio das pessoas envolvidas, sendo impostos aos participantes para organização da atividade, desde a saída da unidade, destrancando e trancando a porta, a higienização das mãos, a colocação de tênis, bem como adotar formação circular para início e finalização da atividade. Esses ritos e cerimônias não se restringem às atividades do PEF, isso foi também percebido nas demais práticas de educação física promovidas na UAAA.



Imagem 14 – Programa de Exercícios Físicos: fila para higienização das mãos.

As entrevistas realizadas com os usuários apontam um discurso similar ao encontrado nos finais de cada atividade observada. Relatos em prol dos exercícios físicos são feitos, abordando aspectos positivos dessa prática no que se refere às sensações corporais e sentimentos em relação ao grupo.

“Eu me sinto bem. É onde eu fico mais descontraído, fico bem, quem me vê aqui em cima e nos grupos, até esse é o assunto eu vou falar hoje com a [...] (psicóloga) [...] tu me viu aqui em cima e lá embaixo é bem diferente. Eu não sei qual é o motivo. Mas onde é outro Rafael, me solto, não sei se é porque eu gosto de fazer.”

(Rafael, 48 anos)

“12 de maio. Segunda-feira. 10h. O grupo está organizado para mais uma atividade na academia. Toalhas em mãos, no pescoço ou penduradas na cintura. Enfio a chave na fechadura e dou as duas voltas necessárias para destrancá-la, o barulho nem escuto, pois já estou tão acostumado que ele

soa natural. Dirigimo-nos em grupo pelo corredor até a academia. O mesmo ritual de lavagem das mãos e calçar os tênis. Hoje são sete pacientes e três profissionais, eu, a residente multiprofissional de educação física e a acadêmica de educação física. Formamos o círculo e a acadêmica está com a incumbência de coordenar a atividade. Ela dá as boas-vindas ao grupo e explica que hoje iremos utilizar a estação de musculação, pois estamos em três profissionais. Vitor vira-se para Luiz Antônio sorrindo e balançando a cabeça empolgado. Marco Aurélio também fica animado batendo palmas. A acadêmica orienta que cada um pegue um *step* e fiquem dispersos pelo espaço em frente ao espelho. A residente multiprofissional se aproxima do aparelho de som e aperta o *play*. A música do CD gravado intitulado *Agitadas Academias* escrito com caneta para CD e DVD entoa uma música marcante, ritmada eletronicamente. A acadêmica inicia uma série de movimentos coordenados de braços e pernas que o grupo tenta acompanhar. Eles se movimentam grosseiramente, mas estão animados se olhando no espelho, a maioria se esforça para coordenar o ritmo. A acadêmica é animada, dá gritinhos de incentivo, chamo-os pelo nome: “Vamô, vamô Antônio! Bora Vilmar!” [...] “Isso Vitor!”. [...] Eu estou acompanhando uma dupla no aeróbico. Vitor, 44 anos, caminhando na esteira: “O aquecimento foi bom, sábado e domingo parado!” Ele franze o cenho e balança a cabeça negativamente, uma expressão como quem diz que não é legal não ter atividade na academia no final de semana. Marco Aurélio, 24 anos, pedalava na bicicleta acelerado e às vezes diminuía o ritmo e tornava a acelerar. Oriento que procure estabelecer o mesmo ritmo a fim de manter uma regularidade no exercício aeróbico. Quando fico nos exercícios aeróbicos tenho uma visão geral da academia, pois os aparelhos ficam no fundo da sala. [...] Marco Aurélio vai finalizando as pedalas na bicicleta e comenta: “Queima a perna, né?”. Eu sorrio pra ele e digo: “Queima, queima sim!”. Após finalizar, ele sai da bicicleta e sai correndo pelo espaço. A acadêmica chama sua atenção para que caminhe, para baixar os batimentos cardíacos. Marco Aurélio vem ao meu encontro: “Ô professor, posso te chamar de professor né? Eu esqueci teu nome”. Eu: “Pode sim! Meu nome é Cássio”. Ele segue: “Eu posso fazer flexões no quarto? Eu gosto de fazer flexões no quarto, eu não atrapalho ninguém.”. Eu respondo que ele pode fazer as flexões, desde que cuide ao fazer os movimentos e que respeite os limites do

corpo, que a dor muscular pode ser um parâmetro, se ele tiver dor, o limite está ali e que cuide para não perder os horários dos grupos, “claro, claro”, ele responde. [...] após uma sessão de alongamentos, formamos a roda de conversa final. A acadêmica pergunta como eles estão, como foi a atividade. Marco Aurélio, 24 anos: “Eu não sinto dor, eu sinto alívio. Uma paz interior, bem estar, sensação de leveza, prazer, sabe?”. Vitor, 44 anos: “A atividade é muito boa, eu gosto muito de exercício. Eu acho que a atividade tinha que ter um pouco mais de tempo, a atividade é corrida, seria legal ter mais tempo”. Luiz Antônio, 47 anos, estende a mão e fala: “Senti frio essa noite, levantei, botei mais roupa, mas senti frio igual. Pela primeira vez eu me senti pra baixo aqui na internação. Não prestei atenção no grupo anterior. Não sei se é por que minha alta tá perto”. Comento que é normal ficar mais ansioso no período próximo da alta, receio de como será enfrentar a rua novamente, as relações familiares. [...] Conrado, 19 anos, faz um comentário que está incomodado com uma reação alérgica que desenvolveu nos últimos dias devido a medicação: “Eu queria dizer que eu fiz... eu tô com uma reação alérgica na pele”, ele mostra os braços com elevações avermelhadas na pele, “mas não se preocupem que não pega!”. A acadêmica finaliza o grupo agradecendo a participação de todos, eles batem palmas e iniciam o ritual de guardar os tênis e higienizar as mãos.

(Diário de campo, 2014)

O PEF, apesar de estar atrelado a benefícios fisiológicos da prática, se apresenta ao final na roda de conversa, como um espaço de compartilhar sentimentos e o momento que estão passando na internação. Acaba por se configurar como espaço de apoio, de sociabilidade, trocas de experiência e sensações. Na maioria dos relatos pode se observar significados atribuídos como alívio, leveza, gasto de energia, aumento da autoestima, força interior, motivação, descontração e quebra da rotina dos grupos e reuniões terapêuticas e percepção sobre prejuízos pelo uso de múltiplas drogas. Cabe inserir aqui um breve trecho de uma entrevista realizada com usuário:

“Cara, no começo eu até disse: isso aí não vai dar em nada. Mas, cara, é totalmente diferente do que a gente pensa quando a gente entra lá dentro. Eleva o humor, eleva o companheirismo. A participação do grupo, a gente percebe que o grupo fica unido. Eu me sinto muito bem, muito bem mesmo[...].”

(Marcelo, 43 anos)

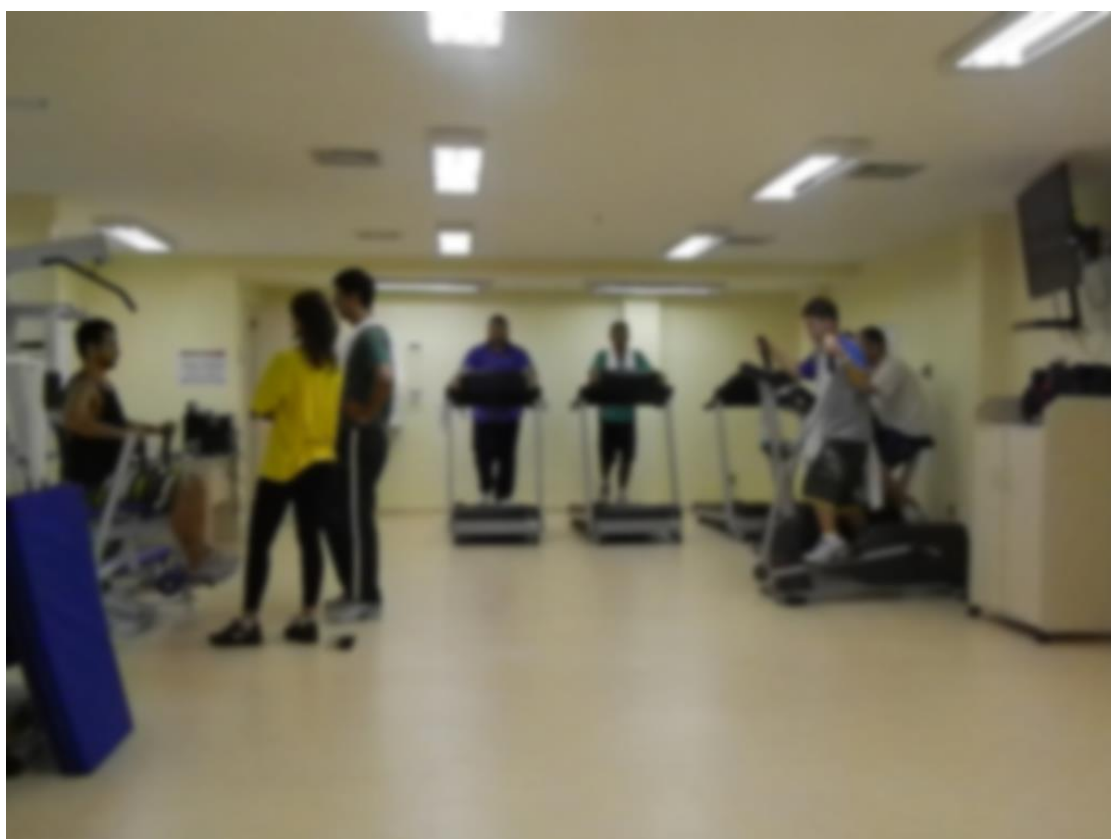


Imagem 15 – Programa de Exercícios Físicos.

“16 de maio. Sexta-feira. 10h. Academia. O grupo de pacientes que participa do PEF já está organizado no corredor aguardando para a atividade. Sempre há um ar de expectativa e empolgação para a atividade na academia, estão com suas toalhas e meias. O grupo hoje está com sete pacientes e três profissionais. A residente profissional de educação física abre a porta da unidade e o grupo vai em direção à academia, lá na frente Marco Aurélio, 24 anos, gira a toalha no ar e Vitor, 44 anos, o repreende “Marco, não faz assim, estamos em tratamento e não na rua”. Não vi motivo na repreensão, o cara

tá contente em ir pra academia, deixa ele se expressar, mas não pontuo isso para Vitor, partiu dele e é da cultura geral do grupo levar a sério todos os momentos, Marco Aurélio pediu desculpas como que concordando que não era adequado o seu movimento. O ritual de lavagem de mãos e colocação dos tênis é feito em meio a conversas e expectativas em relação à atividade. [...] Um CD de música nacional ecoa na academia. Os pacientes se organizam e se distribuem nos exercícios. Dois deles na estação de musculação, dois nos exercícios localizados e os outros três na sessão aeróbica. A atividade transcorre normalmente, eles focam nas orientações dos profissionais e são de poucas palavras. Fazem os exercícios e vez ou outra esclarecem algumas dúvidas como execução dos movimentos e quais exercícios são melhores para “perder a barriga”. [...] Ao final a acadêmica orienta o alongamento e voltamos ao círculo para conversa final e reflexões. Vilmar, 47 anos: “Eu gosto muito de fazer, me sinto muito bem porque me fortalece, eu digo que me fortalece, mas não assim os músculos, eu sei que fortalece também, mas eu sinto que me fortalece por dentro”. Antônio, 32 anos: “Eu acho muito boa a atividade, até mesmo porque os profissionais são muito bons, vocês animam a gente, as vezes não tô animado para vir, mas aí vejo vocês e me animo”. Vitor, 44 anos: “A cada dia eu sei que isso me ajuda, eu sempre fui de fazer exercícios, eu adoro, mas com a recaída larguei tudo, ficou tudo de lado, agora é focar e focar, vai dar certo, o negócio é seguir o tratamento”. Gustavo, 39 anos: “Tô vendo meu corpo, tô sentindo que tava precisando fazer alguma coisa, vou seguir em frente, vocês tão me ajudando muito, os colegas também dão uma baita força”. [...] Jaílton, 34 anos: “Eu tô gostando bastante dos exercícios, parece que revigora, aumenta a autoestima, ainda mais com final de semana aí, a gente fica parado, seria legal ter sábado e domingo”. [...] A acadêmica comenta algumas falas, incentiva que podem usar o exercício como ferramenta lá fora, que ao se envolverem em atividades ganham em qualidade de vida, voltam a se sentir bem. O horário já passa das 11h15 e finalizamos o grupo. Eles retomam o ritual de descalçar os tênis e a lavagem de mãos. Retornam para a unidade perguntando quem da equipe estará de plantão no final de semana, como quem quer adiantar quais atividades serão desenvolvidas no sábado e no domingo.”

(Diário de campo, 2014)

Ao se apoiar em Durkheim e Mauss (2001), constata-se em suas contribuições que a coletividade se apresenta carregada de afeto social. Ou seja, as trocas de experiências e aqui as experiências sentimentais entre os pares sustentam as sensibilidades do grupo. Para Mattos (2009) “valores afetivos desempenham papel preponderante na maneira pela qual os indivíduos se aproximam” (p. 82). A prática coletiva de exercícios físicos é produtora de sociabilidade, conferindo apoio mútuo entre os participantes frente ao mesmo problema.

“Acho que é o momento que eu mais me sinto melhor, mais relaxado, que ali eu desconto toda minha raiva, minha ansiedade, minha troca de humor, que até eu faço bastante brincadeira. É o lugar que eu me sinto bem ali, parece que eu tô em casa.”

(Orlando, 26 anos)

“19 de maio. Segunda-feira. 10h. Academia. Grupo a postos. Ritual do cotidiano. Internação hospitalar não é fácil para ninguém, às vezes me pergunto que impacto essas atividades realmente têm sobre os pacientes. Não tenho a resposta. Chegamos à academia e enquanto alguns lavam as mãos e outros calçam os tênis, Antônio, 32 anos, já pronto, se aproxima de mim: “Tô com uma vontade imensa que nem te conto! Segunda-feira né? Mas é só iniciar que já passa!”. Eu comento com ele que terá que lidar com esse sentimento muitas vezes na vida, nem sempre se tem vontade de fazer o que é proposto, que a vontade de usar droga vai estar sempre à espreita, ainda mais para ele que usa droga desde os 13 anos e agora com 32, está experimentando a vida sem drogas pela primeira vez. Ele está internado há 60 dias, do ponto de vista médico, a alta já teria se efetivado há um mês, porém sua situação social, vulnerável e precária, sendo sua casa ponto de tráfico e de uso, faz com que aguarde internado uma vaga em Comunidade Terapêutica. [...] Fazemos o círculo e combinamos como será a atividade hoje [...] A atividade é descontraída, os pacientes que estão na esteira têm um panorama geral da academia, de forma que veem os demais que estão na

estação e na sessão de exercício localizado em frente ao espelho. Eles brincam com os colegas e riem na execução de alguns exercícios com halteres e caneleiras, vez ou outra gritam os nomes dos colegas os incentivando e os motivando para a prática. É um grupo bom de trabalhar, estão vinculados uns com os outros e isso contribui para o foco nos grupos da unidade de uma forma geral e na academia isso não é diferente. Ao final, após um breve alongamento, a residente multiprofissional chama para a formação do círculo e conversa final. Antônio, 32 anos é o primeiro a falar: “Agora eu tô muito bem! Consegui espantar a preguiça, a fissura, dá uma motivação para enfrentar a tarde”. Vilmar, 47 anos: “Como eu sempre digo, eu gosto muito da academia, me sinto bem, eu fico numa ansiedade de chegar o dia da academia”. Jaílton, 34 anos: “Muito bom, hoje fui na máquina de musculação, eu achava que ali a gente trabalha mais os músculos, mas no fim das contas é o mesmo que quando a gente faz os exercícios aqui (se referindo aos exercícios localizados com os pesos livres), mas acho mais legal na máquina. Meu corpo precisa de bastante treino, fiquei muito tempo parado”. Vitor, 44 anos: “Eu gosto muito, já falei isso aqui, eu me identifico bastante com os exercícios, isso me segurou por quase um ano bem dizer, limpo, mas recaí, agora tô de volta. Mas o que eu queria dizer é que sábado e domingo é cruel, tem atividades, mas não é mesma coisa, final de semana foi longo, foi mais tenso pra mim, eu usava uma medicação que cortaram aqui na unidade, estão revendo minha medicação, tá difícil agora, eu fiquei mais ansioso, deu aquela agonia”. Gustavo, 39 anos primeiramente não queria falar, mas a residente multiprofissional o estimula para que dê sua contribuição, então ele fala: “Os colegas já falaram tudo, é muito bom, o cara demora um pouco pra pegar no tranco, mas vai”. Comentamos alguns depoimentos, falamos das dificuldades que enfrentam na internação, que é um momento breve para reorganizar aspectos da vida, retomar atividades, planejar acompanhamentos e retornar para vida é um novo desafio que se apresenta e poder falar sobre essas dificuldades é importante neste processo de recuperação. 11h15. Finalizamos o grupo e retornamos para unidade sem antes lavar as mãos e descalçar os tênis, guardá-los no armário da academia devidamente identificados com seus nomes.”

(Diário de campo, 2014)

É essencial trazer à tona Pierre Bourdieu (1983), que em seus estudos e pensamentos aborda a noção de *habitus*, versando sobre a mediação presente entre os agentes sociais e a sociedade que habitam. Os sujeitos agem dentro de relações de força e estruturas sociais e institucionais que reduzem sua margem de liberdade. O *habitus* se refere segundo o autor, a predisposições dos indivíduos a determinadas práticas socioculturais de acordo com a sua posição dentro do campo social, ou seja, as capacidades que cada indivíduo possui de se relacionar dentro da esfera coletiva.

“23 de maio. Sexta-feira. 10h. Academia. Os caras estão sempre prontos para a academia, “é sagrado” diz Vitor, 44 anos. Após os pacientes do GD se juntaram ao grupo no corredor em frente a porta da internação, seguimos para academia, o ritual de sempre, destrancar e chavear a porta, chegar na academia e lavar as mãos e calçar os tênis. [...] O grupo desenvolve os exercícios com empolgação, a música que preenche o espaço é samba de raiz, a maioria gosta, se animam com o ritmo. Comentam rapidamente que se sentem bem na estação de musculação, gostam de fazer força, por vezes querem aumentar a carga [...] Há uma preocupação com a intensidade dos estímulos a que são submetidos, pois são pessoas com condições clínicas, por vezes, desfavoráveis e esse cuidado é constante [...] O círculo final de conversa é ritualístico e faz-se. Vilmar, 47 anos: “Eu tô me sentindo muito bem depois desses exercícios, agora que já faz um tempo que eu tô vindo, eu não canso tanto, tô vendo um progresso, antes eu ficava ofegante com qualquer coisinha, eu era tabagista, mas nem isso eu quero mais pra mim”. Jaílton, 34 anos: “Aqui tô vendo que eu gosto de academia, antes, eu ia direto pra bebida depois do trabalho, depois já sabe, bebendo eu acabava nas outras coisas, tô vendo que eu gosto de esporte, com certeza vou procurar fazer alguma coisa lá fora, academia, o que for, me ajuda, oxigena o cérebro”. Bernardo, 37 anos: “Pra mim também é assim, a minha circulação tá melhor, dá para sentir no corpo.” Gustavo, 39 anos: “Hoje eu tava desanimado, vou falar, é bom falar né? Tava desanimado por um desentendimento com um colega, eu até ia pedir minha alta hoje, mas agora

eu tô me sentindo melhor, vou ficar.” É comum eles referirem vontade de ir embora, evadir o tratamento, eles oscilam muito no período de internação, essas pessoas se envolveram com as drogas de modo tão disfuncional, que a falta da sensação de prazer propiciado pela droga gera muito desconforto, é comum quererem desistir. Acredito que a fissura, a vontade de usar a droga está sempre à espreita os acoessando. Vitor, 44 anos, dá apoio aos colegas: “Eu me sinto muito bem fazendo exercício, digo isso sempre, porque é assim mesmo e para os colegas, temos que ter foco e força, aqui é a hora da gente aproveitar o máximo aprender como lidar com esses sentimentos, a droga vai tá sempre nos tentando mas tem que ficar sereno.”. A professora pondera as falas de todos e abre discussão sobre a vontade de ir embora, é um sentimento que todos vão passar na internação, aprender a lidar com estes sentimentos é importante para o período que vem depois, de estar na rua, vivendo a vida, tendo raiva, frustração e outros sentimentos negativos, procurar perceber que “pequenas transformações e mudanças é que fazem a diferença”, ela diz. Após, devido ao adiantado do horário, 11h20, eles se dispersam pela sala para lavar as mãos e descalçar os tênis. Retornamos para unidade. O grupo cabisbaixo e silencioso. Reflexivo.”

(Diário de campo, 2014)



Imagem 16 – Programa de Exercícios Físicos: círculo inicial.

Ao analisar as atividades do Programa de Exercícios Físicos, é possível afirmar que contém um discurso no sentido de convencer as pessoas a adotarem hábitos e práticas saudáveis, com vistas ao caráter preventivo e protetivo da atividade física. Acaba-se por conectar-se nesse discurso, ao voltar a atenção aos problemas que os usuários enfrentam ao fazer uso de múltiplas drogas e o impacto que isso tem sobre suas vidas. Ao afirmar a potência da prática de exercício no combate ao adoecimento, se busca o fôlego para suas ações. Ao mesmo tempo, buscam trazer elementos das interações e produções de sociabilidades, que não são negadas, mas restritas ao ambiente hospitalar.

“Acho que é ótimo, porque trabalha com o corpo da gente. A pessoa fica com a autoestima acho que mais elevada por tá praticando, ter o hábito de praticar um esporte depois quando sair daqui e ter condições de tá com a saúde mais saudável.”

(Bernardo, 37 anos)

“30 de junho. Segunda-feira. 10h. [...] No corredor, os pacientes estão aguardando entre uma conversa e outra. Marcelo, 43 anos, percebe a ausência de Rafael e vai ao seu quarto para apressá-lo. Rafael aparece na porta do quarto e levanta o braço pedindo mais um tempinho. Marcelo volta e comenta: “Ele sempre vai no banheiro nessa hora, que nem relógio, nunca falha”. O grupo dá risada e em seguida Henrique, 42 anos fala colocando a mão sobre a própria barriga: “Quando o intestino chama tem que atender!”. As risadas se estendem mais um pouco e Rafael, 48 anos, se junta ao grupo. No automático enfia a chave na fechadura e dou duas voltas destrancando a porta. O grupo sai pelo hall e segue pelo corredor de acesso à academia e dou mais duas voltas na fechadura trancando a porta da unidade. Na academia, a fila para lavagem de mãos se forma e logo estão calçando os tênis e formando o círculo inicial. A acadêmica de educação física dá um salve geral ao grupo e explica como as atividades vão se desenvolver, o grupo escuta atento. Ela conduz um aquecimento com movimentos e golpes de boxe. A música anima com clássicos do *rock’n roll* internacional: Steppenwolf, Jimi Hendrix, Led Zeppelin, Black Sabbath, Dire Straits. Logo se dividem nos exercícios aeróbicos e exercícios de musculação na estação e outros em frente ao espelho com os pesos livres. Monitoro os pacientes que estão caminhando nas esteiras e pedalando nas bicicletas. Marcelo, 43 anos se posiciona em uma esteira e ao seu lado na outra, Henrique, 42 anos. Marcelo está bem familiarizado com a caminhada na esteira e faz uns picos de corrida ao contrário de Henrique, que ainda está se familiarizando ao aparelho. Ele é obeso, então a velocidade da esteira é bem amena, respeitando seus limites e possibilidades. Eles formam um contraste e Marcelo grita para Henrique: “Corre junto comigo, corre junto comigo!”, tentando descontraí-lo. Henrique responde: “Nô nô não! Vou bem na manha e tá legal”, ele sua em bicas e a todo momento usa a toalha para enxugar a testa e os braços. O grupo troca de aparelhos e todos vivenciam os exercícios aeróbicos e exercícios de resistência muscular. Os pacientes tomam água antes da troca, se olham, comentam que os exercícios com os pesos livres é tão ou mais difícil que realizar exercícios na estação de musculação. A acadêmica orienta a sessão de alongamento, agora a música é MPB e as vozes de Chico Buarque e Caetano Veloso dão o ritmo mais leve nos exercícios de flexibilidade. Após o alongamento formamos o círculo para a

conversa final, sobre como se sentiram na atividade e como estão se vendo na internação. Cleber, 30 anos: “Essa atividade é tudo de bom. Se não tivesse academia eu não ficaria aqui internado. Não consigo ficar muito tempo fechado assim, se não tivesse certamente já teria pedido alta”. Bernardo, 37 anos: “Eu também acho que se não tivesse academia eu não ficaria tanto tempo, me faz bem, me sinto bem, eu gosto de suar, gastar energia, sem falar que os profissionais são muito bons, estão sempre nos orientando, mostrando o que tem que fazer, fazer certinho. Alivia os sentimentos negativos”. Orlando, 26 anos: “Nota dez. A gente sente o corpo mudando, antes eu tava o fiapo do aipim, agora já tô...”, ele abre os braços como se fizesse uma pose de fisiculturista e segue: “...tô bem, tô me sentindo legal, vir pra cá com os colegas é bem legal, a gente se sente mais livre, mais à vontade, não pensa nos problemas”. Marcelo, 43 anos: “Eu queria aproveitar essa conversa aqui para agradecer a todos, colegas, professores, médicos, a equipe toda, porque amanhã estou indo de alta. Esse tempo que eu tive aqui foi muito bom para mim, era para eu tá morto, só eu e minha família sabemos o que eu passei, mas procurei ajuda, fiquei aqui e vocês tem muita mão nisso, muito obrigado. Agora, falar dessa atividade é fácil, é um combustível para nós, melhora o raciocínio, é inspiração, é respiração melhor, é qualidade de vida, quando eu saio daqui parece que minha mente se abre, eu enxergo mais as coisas e depois converso com o médico, é muito bom”. Henrique, 42 anos: “Cara, eu não fazia exercício há muitos anos, bom isso não precisa nem falar, basta olhar pra mim...”, ele ri e coloca a mão sobre a barriga, quase 150kg num corpo de 175cm, ele segue: “Pra mim então tá sendo muito bom, vou indo devagar, o que posso fazer, tá sendo muito bom”. Felipe, 33 anos: “Eu tô adorando isso aqui tudo, nunca tinha entrado numa academia, é muito legal, tem música, a gente faz esses exercícios todos, sente bem o corpo, eu me senti muito bem”. Eduardo, 51 anos: “Muito boa atividade, eu sempre acho boa, a gente já sabe que vai ter que caminhar na esteira, vai puxar ferro, mas antes tem as danças, o aquecimento é sempre diferente, eu gosto”. Rafael, 48 anos: “Aqui eu me solto. Os colegas sabem disso, lá nos grupos eu não consigo falar, mas aqui é diferente, parece que me liberta, eu gosto de pensar na atividade e depois da vontade falar. Esse grupo aqui é guerreiro, a gente vai se recuperar, a gente vai vencer essa batalha e atividade da academia nos dá força pra isso”. A

acadêmica fecha o grupo. Ela diz que temos toda uma semana pela frente, que eles se envolvam nas atividades, que discutam com as equipes as expectativas e o que estão sentindo, o que querem fazer após a internação, como irão retomar suas atividades, suas relações com a família e finaliza dando boa sorte a Marcelo, que ele sempre busque ajuda quando precisar. O grupo aproveita o momento e também transmite apoio a ele que sorri e agradece. Eles aplaudem. Passam das 11h20, eles tomam mais água, guardam os tênis e lavam as mãos. Retornamos, abro a porta e um a um, eles se dirigem aos quartos pelo longo corredor da unidade. Eu penso que a rotina é pesada e enfadonha, não apenas para eles, mas para mim.”

(Diário de campo, 2014)

“É um momento que eu tenho de me libertar dos estresses. E da rotina também, porque eu já tenho aqui uma rotina também porque todo dia eu acordo no mesmo horário, tem as mesmas palestras, vê as mesmas pessoas. Quando eu vou pra academia é diferente: às vezes, eu faço esteira, às vezes, eu faço bicicleta, às vezes, eu faço estação, às vezes, eu faço aeróbica. Então isso muda e já faz eu me sentir bem mais tranquilo. Parece que tira um peso de dentro de mim.”

(Cleber, 30 anos)

“Uma sensação de liberdade, prazer, êxtase. Chega a contar, acorda de manhã, toma café e já pensa no que vai ter... Durante o dia. [...] Cem por cento. Mil por cento. Isso aí tu vai trabalhando tanto o corpo quanto a mente. Tu tira o foco.”

(Vilmar, 47 anos)

“Eu acho que a pessoa que pensou isso, foi uma pessoa abençoada, porque realmente em todos os lugares que eu tive não existe em outros lugares de internação, não existem essas práticas. Eu acho que funciona muito bem. Acho que todo lugar deveria ter essa...[...] Essa abordagem, porque faz parte do tratamento, porque tu começa a reconhecer o teu corpo de novo, começa a te valorizar e a conhecer o teu corpo de novo.”

(Vitor, 44 anos)

Nas observações em grupo ou nas entrevistas individuais é relatada, em sua maioria, a 'atividade na academia' como a mais significativa, conferindo um tom discursivo hegemônico que nós mesmos professores de educação física advogamos. Nos relatos, os participantes atribuem benefícios da prática dos exercícios físicos como: alívio de tensões, ansiedade e fissura, sensação de bem estar, prazer, aumento da autoestima, disposição durante e após a sessão, bem como manter-se na internação e revelando o desejo de dar seguimento no pós-alta. O número de resgates de gratificações para a modalidade Academia extra é expressivo e relevante, sendo uma das gratificações mais resgatadas dentre o repertório de gratificações. É evidente a motivação dos participantes em relação ao PEF e se considera que essas atividades proporcionam aos participantes um espaço de aprendizagem e convivência. A partir da exercitação física, podem (re)significar o prazer por meio do movimento corporal. Dessa forma, os exercícios físicos realizados de forma regular, durante a internação, surgem como estratégia para o enfrentamento de situações desconfortáveis geradas na fase de desintoxicação e como uma ferramenta terapêutica potente para a motivação e adesão ao tratamento. É possível inferir que essas atividades práticas auxiliem na expressão e no pensamento dos usuários que, por característica, são mais concretos em relação a leitura da vida. Os percalços da vida, a não possibilidade de acessar bens e serviços como educação, cultura, lazer e a própria saúde e seus dispositivos – há uma baixa escolaridade dos 40 usuários citados no diário de campo –, podem aludir a esta interferência em relação a compreensão da vida. O fato é que de uma forma geral os usuários de múltiplas drogas, e aqui, trata-se de um recorte dos que apresentam importantes agravos nas várias esferas da vida, ao movimentarem o corpo, seja com vigor, seja com ludicidade, apresentam uma melhora no que se refere à percepções, sensações e reflexões sobre o corpo e sobre a vida. No entanto, não cabe a nós professores de educação física legitimarmos essa prática, cabe ao usuário fazê-lo. No ambiente hospitalar, onde não se tem 'saída', o usuário adere, participa, refere que gosta e afirma que lhe traz benefícios. No entanto, a pergunta que permanecerá flutuante é: E lá fora? Onde se vive a vida, onde há urgência, onde há pulsão, onde viver é arriscar-se, como ficam? Que fatores nos trazem mais saúde? Que fatores diminuem nossa saúde? Como poderíamos construir uma sociedade na qual as pessoas se sintam mais saudáveis?

CONCLUSÕES GERAIS: REFAZER CAMINHOS E RECOMENDAR SAÍDAS

Concluir uma dissertação é algo inerente ao processo de pesquisa. Ela precisa, em determinado momento, ser finalizada, no entanto, me deparo com uma sensação de que as reflexões em torno do objeto não são findáveis. Constatou-se pertinente o estudo continuado sobre a temática das práticas da educação física em saúde, sua interface com o uso prejudicial de drogas e mais essencialmente, suas intersecções com as pessoas, o principal foco que a saúde deveria privilegiar.

Primeiramente resgato a epígrafe escolhida para o trabalho, de autoria de Arnaldo Antunes que fala do corpo como massa sanguínea que somos nós, o corpo que *tem alguém como recheio*. O corpo, que sem ele não somos. Então, o corpo mastigado pelas drogas, grita, pensa, cala, repensa e vasculha por uma vida menos sofrida. Trata-se de um corpo permeado por sentimentos antagônicos, euforia e tristeza, frustração e satisfação, raiva e indiferença. Entretanto, há o medo! Se há por um lado o medo de sair do ambiente ‘protegido’ do hospital e enfrentar o mundo lá fora, é contundente também o medo de viver a vida sem a droga, que por muito tempo os acompanharam, proporcionaram prazer, os alegraram e os amorteceram.

Ao fazer um exercício reflexivo retroativo, levando o pensamento para o passado, esbarro em algumas limitações que se apresentaram no processo desta pesquisa. No que diz respeito às análises sobre visões de saúde e representações de corpo por parte de professores de educação física, se verificam poucas entrevistas com profissionais da área, restringindo-se às duas professoras que habitam o ambiente de pesquisa onde as práticas se desenvolvem. Ao propor identificar e analisar os sentidos e significados que os usuários de múltiplas drogas atribuem às práticas oferecidas pela educação física, se percebe que apresentam poucos recursos discursivos para realizar reflexões aprofundadas sobre essas práticas.

As atividades do Programa de Exercícios Físicos foram elencadas como as mais expressivas, as que os usuários mais citam ou recordam, atribuindo o alívio de tensões, elevação da autoestima e manejo de sentimentos negativos como raiva, ansiedade e fissura, podendo aqui inferir uma influência do discurso advogado pelo corpo

profissional, não apenas da educação física, mas também das outras profissões que habitam o serviço. As demais práticas oferecidas como as oficinas de Resgate da infância, de Introdução ao boxe e de Jogos cooperativos e corporais, aos olhos dos usuários, de uma forma geral, são atividades mais efêmeras, cada qual com suas características como reviver a criança interior, sensações de alegria, gastar energia, descarregar raiva e frustrações, autocuidado, reportando ao papel terapêutico das práticas desenvolvidas no período de recuperação em um ambiente hospitalar fechado, apesar de revelarem em seus comportamentos e falas aspectos mais legítimos.

No desenvolvimento dessa pesquisa e nas observações efetivadas, se perceberam a sociabilidade e um previsível papel terapêutico ao estimular a resiliência dos usuários envolvidos, apesar de que uma recuperação completa da saúde é impossível para qualquer pessoa. Trabalhar a resiliência das pessoas, não focando somente nos seus agravos, é buscar e estimular o que se tem de bom e saudável, pois ao longo do tempo, os aspectos saudáveis e a possibilidade de viver bem serão atravessados pelo adoecimento. Foram identificados em suas falas e comportamentos, durante esta gama de atividades práticas, efeitos positivos na intencionalidade de reestabelecer vínculos familiares e resgatar a confiança da família. Isto se apresentou como algo preponderante ao visualizarem, por exemplo, os jogos lúdicos como forma de se relacionarem com os filhos ou outras crianças da família. Este papel terapêutico se faz, considerando o processo anterior de uma vida entupida pelas drogas, que os encaminham para a morte a curto ou médio prazo, podendo agir como um despertar para a vida.

É difícil saber se o impacto dessas atividades se concretiza futuramente, cabendo aqui apresentar perspectivas de se realizar mais pesquisas neste escopo, ou seja, dar continuidade aos estudos sobre as práticas da educação física na saúde, questionando fazeres e escutando as pessoas, suas necessidades e potencialidades.

Ao se apropriar das análises e contribuições de Damico e Knuth (2014), as propostas da educação física na UAAA em relação à atividade física e práticas corporais, se mostram ainda conectadas a um forte caráter de legitimar a área no

campo. As atividades propostas estão alicerçadas em diferentes vieses que a cientificidade da educação física vem disputando. Elas agregam tanto os aspectos biológicos que o termo 'atividade física' reverencia, quanto se sustenta também nos aspectos socioculturais que o termo 'práticas corporais' mais recentemente busca capturar, pontuando a interação, a comunicação, a potência e vitalidade nas atividades desenvolvidas. Portanto, há um caráter de reprodução do que a educação física de forma geral advoga para se estabelecer como disciplina científica, especialmente no que abrange o Programa de Exercícios Físicos, sendo identificado como a atividade mais citada como ferramenta para recuperação da saúde por parte dos usuários, relatando benefícios fisiológicos dessa prática. Esses são acentuados, também, pelos professores de educação física, apesar de destacarem aspectos socioculturais, a partir dos conceitos que as práticas corporais buscam inferir.

No concluir deste trabalho, com o viés do saber científico da educação física aplicada à saúde coletiva para pessoas que fazem uso prejudicial de múltiplas drogas, no período de uma internação psiquiátrica, aponto para a necessidade de atividades que contemplem a pluralidade dos fatores identificados na construção do diário de campo. Colocar em prática valores de solidariedade e construção de novos paradigmas de convívio social calcados no respeito às diferenças, no fenômeno do encontro, produzindo ecos diante do labirinto da vida. Um encontro é uma oferta para um grupo de pessoas que não atingirá o mesmo resultado. Cada pessoa produzirá algo específico, a partir de suas vivências e história anterior e recursos disponíveis para absorver ou sentir o que lhe foi ofertado. A educação física poderia indagar mais, suspeitar mais o que se propõe como verdade, pois as verdades não existem, o que existem são regimes de verdade que as pessoas atribuem como verdade e a aceitam. Acredito que os atores sociais, destacando aqui os profissionais da saúde, ao ampliar o olhar sobre as novas concepções de saúde, compreendendo a complexidade humana, podem sim, interferir nas perspectivas futuras desses indivíduos em sofrimento. A sociedade e as próprias pessoas devem lutar para que a dignidade, a cidadania, o respeito pelo ser humano, façam parte indissolúvel do viver de todos. Assim, a turbulência pelo uso prejudicial de múltiplas drogas será acolhida, compreendida e aplicada, de forma que as pessoas se sintam seguras de ter uma abertura, um espaço,

seus de direito, para poderem viver suas vidas criativamente, numa sociedade que deveria investir na produção de afetos, ou seja, investir em redes de conversação para produção de redes sociais sólidas disparadoras de subjetividades e de sociabilidades.

Após essa explanação em relação às abordagens, o olhar sobre o corpo e a prática mostra que há avanços sobre a desmistificação das ações da educação física na saúde, que ainda está atrelada ao recrear, ocupar e cansar os corpos. Parte-se, então, da hipótese que as práticas, sejam quais forem, são carregadas de sentidos e significados, inseridos em um contexto social, econômico, cultural e político. Abrindo-se como um espaço liso a ser preenchido, onde há vigor para novas invenções. O que conduz a reflexão para um olhar mais atento e qualificado, que encara o ser humano de forma plural, não o enclausurando em uma identidade instituída, rompendo com os rótulos e os discursos imperativos. A educação física tem potência, mas para usufruí-la, precisa lançar mão da mentalidade de se estabelecer, de demarcar seu espaço, de agarrar sua fatia de mercado, para então ensaiar voos micropolíticos. Ir ao encontro de agenciamentos e afetações no campo da saúde coletiva, amarrando variadas conectividades.

A ciência trouxe inúmeros avanços para os problemas humanos, porém de igual forma produziu novos problemas e uma série de problemas ainda mais complexos. Caminhar ao encontro de um fazer diferente, com olhar atento ao outro, descrevendo a vida das pessoas de uma forma diferenciada, poderá modificar o aparato simbólico e talvez, transformar o olhar predominante que habita as relações de poder. As produções científicas pouco atingem os sujeitos que compõem a sociedade e a instituição permanece intramuros como se reproduzisse a si mesma. A restrita aproximação da academia com os serviços públicos sucumbe diante das gestões em saúde. Efetuar mudanças na relação usuário-profissional, vertical e horizontalmente, isto é, construir alguma coisa juntos, poderá desencadear um processo no qual as pessoas passariam a ter o poder de decidir sobre suas próprias vidas. No mundo acadêmico, deveríamos propor um diálogo franco, forte e intenso com o mundo do trabalho permitindo permeabilidades para novas ideias, novas possibilidades para qualquer cenário prático.

O olhar é influenciado por fatores diversos, a forma como olhamos o mundo, é a forma como olhamos o outro. Estão aí, arraigados os processos históricos, políticos, sociais e culturais que nos constituem. Nossa biografia, experiências e vivências estão embutidas no processo de pesquisa, de forma que nossa formação, nosso saber e práticas profissionais filtram, produzem e (des)produzem o conhecimento, escolhendo quais dimensões privilegiar e quais ignorar. Não somos neutros nem abstratos, todos temos um impacto. Cabe, portanto, reconhecer e analisar este impacto e fazer uma escolha, ética e política do que foi aprendido. E a aprendizagem é circular, parte de um ponto que eu não sei, até que chego a um ponto que eu também não sei. Fica, entretanto, o olhar, que por si só, é a vontade de olhar.

REFERÊNCIAS

- ADADE, Mariana. MONTEIRO, Simone. *Educação sobre drogas: uma proposta orientada pela redução de danos*. Educ. Psiqui., São Paulo v. 40, n.1, p. 215-230, jan/mar 2014.
- ALVES, Gabriel Soares Ledur; ARAÚJO, Renata Brasil. *A Utilização dos Jogos Cooperativos no Tratamento de Dependentes de crack Internados em uma Unidade de Desintoxicação*. Rev Bras Med Esporte – Vol. 18, N2 p.77-80. Março/Abril, 2012.
- AMARAL, Jader Denicol. *Jogos Cooperativos*. São Paulo: Phorte, 2007.
- ANDRADE, Tarcísio Matos de. *Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil*. Ciênc. saúde coletiva, vol.16, no.12, p.4665-4674, 2011.
- ANDRIEU, Bernad; BOETSCH, Gilles. (Org.) *Dictionnaire du Corps*. Paris: CNRS, 2008.
- ANGROSINO, Michael. *Etnografia e observação participante* Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ANTUNES, Arnaldo. *Como é que chama o nome disso: antologia*. São Paulo: Publifolha, 2006.
- ANTUNES, Hanna K.M. et al. **Exercício físico e função cognitiva: uma revisão**. Rev Bras Med Esporte [online]. vol.12, n.2, pp. 108-114. ISSN 1517-8692, 2006.
- ASSMANN, Selvino José; PICH, Santiago; GOMES, Ivan Marcelo; VAZ, Alexandre Fernandez. *Do poder sobre a vida e do poder da vida: lugares do corpo, biopolítica*. Revista Temas & Matizes, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, nº11, Primeiro Semestre de 2007.
- BAGRICHEVSKI, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana. *Saúde Coletiva e Educação Física: aproximando campos, garimpando sentidos*. In: BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana; ROS, Marco da (orgs). *A saúde em debate na Educação Física Volume II*. Blumenau: Nova Letra, 2006.
- BAUMAN, Zygmunt. *Vida Líquida*. Rio de Janeiro: Zaar, 2007.
- BILIBIO, Luiz Fernando Silva; DAMICO, José Geraldo Soares. *Carta a um Jovem Professor*. Cadernos de Formação RBCE, p.92-103, julho, 2011.
- BOGDAN, R., BIKLEN, S. *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto, 1992. (Coleção Ciências da Educação)
- BORG, G.A.V.; NOBLE, B.J. *Psychophysical bases of perceived exertion*. Med Sci Sports Exerc. Vol.14. p.377-381, 1982.
- BOURDIEU, Pierre. *Esboço de uma teoria prática*. In: Pierre Bourdieu: sociologia. ORTIZ, Renato (org.) São Paulo: Ática, 1983.
- BRASIL. Lei Federal nº 6368/76 – Lei de Drogas, 21 de outubro de 1976. (Revogada pela Lei Federal nº 11.343 de 2006)
- BRASIL. Lei Federal nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde, 19 de setembro de 1990.
- BRASIL. III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001 (IIICNSM, Relatório Final, 2001)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. 2 ed. revisão ampliada. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.html>. Acesso em: 22 out. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=254672>. Acesso em: 24 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde: texto preliminar destinado à consulta pública*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, abril de 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.179, Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências, 20 de maio de 2010.

BROWN, R.A.; ABRANTES, A.M.; READ, J.P.; MARCUS, B.H. *A pilot study of aerobic exercise as an adjunctive treatment for drug dependence*. *Mental Health and Physical Activity*. 3(1):27-34, 2010.

CANGULHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. 6ª ed. ver. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARLINI, E. A., J. C. GALDURÓZ, A. R. NOTO, C. M. CARLINI, L. G. OLIVEIRA, S. A. NAPPO, Y.G. MOURA & Z. V. D. M. SANCHEZ. 2007. *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005*. In CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo. 1-472. São Paulo: Páginas & Letras, 2007.

CARVALHO, Yara Maria. *Atividade Física e Saúde: onde está e quem é o sujeito da relação?* *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Campinas, v.22, nº2, p.9-21, janeiro de 2001.

_____. *Saúde, Sociedade e Vida – um olhar da educação física*. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Campinas, v.27, nº3, p.153-168, maio de 2006.

_____. *Práticas Corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Universidade de São Paulo)*. In: FRAGA, A.B.; WACHS, F. (Orgs.) *Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção*. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

_____. *Nas fronteiras da Educação Física e das Ciências Humanas: itinerários*. São Paulo: Editora Hucitec, 2009.

CASTIEL, Luis David.; DIAZ, Carlos Álvarez-Dardet. *A Saúde Persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

CENTRO COLABORADOR. Projeto do Centro Colaborador em Álcool e Drogas HCPA/SENAD, documento não publicado, 2010.

CIMENTI, Maria Elisabeth. *As nascentes do corpo e da identidade do sujeito*. Revista do IEPP. Ano 3, número 3. Porto Alegre, 2001.

COLETIVO DELTA 9. Disponível em: www.delta9.com.br Acesso em: 21/07/2014.

COLLINGWOOD, T.R.; REYNOLDS, R.; KOHL, H.W. et al. *Physical fitness effects on substance abuse risk factors and use patterns*. J Drug Educ.,21(1):73-84, 1991.

DAMATTA, Roberto. *Revitalizando: uma introdução à antropologia social*. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

DAMICO, José Geraldo Soares; KNUTH, Alan Goularte. *O des(encontro) das práticas corporais e atividade física: Híbridizações e borramentos no campo da saúde*. Movimento, Porto Alegre, v.20, n.01, p.329-350, jan/mar, 2014.

DEJOURS, C. *Por um novo conceito de saúde*. Revista Brasileira de Terapia Ocupacional, v.54, n.14, p. 7-11, 1986.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Como criar para si um Corpo sem Órgãos*. In: _____. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34, p.9-29. v.3, 1996.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. *Dependência Química – Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DUNN, J.; LARANJEIRA, Ronaldo; SILVEIRA, D.; FORMIGONI, M.; FERRI, C. *Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993*. *Subst Use Misuse*, 31, 519-27, 1996.

DUNN, J.; MADHUKAR, H.; TRIVEDI, M.D. et al. *Exercise treatment for depression Efficacy and dose response*. *Am J Prev Med* 28(1):1–8, 2005.

DURKHEIM, E.; MAUSS, M. *Algumas Formas Primitivas de Classificação*. In: RODRIGUES, J.A. (Org.) Durkheim. São Paulo: Ática, p. 183-203, 2001. (Coleção Grandes Cientistas Sociais)

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1977.

FOLHA DE SÃO PAULO. Disponível em: www1.folha.uol.com.br/bbc/2014/07/1480995-promotoria-diz-que-rio-tirou-669-mendigos-das-ruas-para-copa-do-mundo.shtml. Acesso em: 21/07/2014.

FLETCHER J.B, DIERST-DAVIES R, REBACK C.J. *Contingency management voucher redemption as an indicator of delayed gratification*. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2014 July.47(1):73-7. doi: 10.1016/j.jsat.2014.03.003. Indexado ao Pudmed/medline. Acesso em: 23/05/2014.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda, 1997.

_____. *Em Defesa da Sociedade: Curso dado no Collège de France (1975 – 1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

GIACOMEL, Angélica E.; FONSECA, Tânia M. G.; RÉGIS, Vitor M. *Que tal um banho de mar... para ativar a potência política do corpo!* In: FONSECA, Tânia M. G.; ENGELMAN, Selda. (orgs.) *Corpo, Arte e Clínica*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

GOFFMAN, Erwing. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Editora Perspectiva: São Paulo, 1974. (Texto originalmente publicado em 1961)

_____. *Estigma – Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Coletivo Sabotagem: Edição Digitalizada, 2004. (Texto originalmente publicado em 1963).

GONÇALVES, Maria Augusta Salin. *Sentir, Pensar e Agir – Corporeidade e Educação*. São Paulo: Papyrus Editora, 1994.

GULLAR, Ferreira. *Em alguma parte alguma*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2010.

HAGUETTE, Teresa Maria F. *Metodologias Qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1987.

HAASOVA, M; WARREN, F.C., USSHER, M. *The acute effects of physical activity on cigarette cravings: systematic review and meta-analysis with individual participant data*. *Addiction*. Jan; 108(1):26-37, 2013.

HUIZINGA, Johan. *Homo ludens*. Editora Perspectiva S.A.: São Paulo, 4ª ed., 2000.

INGLEZ-DIAS, Aline. RIBEIRO, José Mendes. BASTOS, Francisco I. PAGE, Kimberly. *Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano*. *Ciência e Saúde Coletiva* 19(1):147-157, 2014.

INCIARDI, J.; SURRATT, H.; PECHANSKY, F.; KESSLER, F.; DIEMEN von L.; SILVA, E.; MARTIN, S. *Changing patterns of cocaine use and hiv risks in the south of Brazil*. *J Psychoactive Drugs*, 38, 305-10, 2006.

KARVONEN, J.; VUORIMAA, T. *Heart rate and exercise intensity during sports activities. Practical application.* *Sports Med* 5(5): 303-311, 1988.

LE BRETON, D. *La Sociologie du corps*. Paris: Presses Universitaires de France, 1992.

LESEUR, D. A. et al. *The accuracy of prediction equations for estimating 1-RM performance in the bench press, squat and dead lift*. *Journal of Strength and Conditioning Research*, Champaign, v.11, p. 211-213, 1997.

LOCKE, John. *Ensaio acerca do conhecimento humano*. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

LUZ, Madel T. *As instituições médicas no Brasil*. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2ª ed., 2014. (Texto originalmente publicado em 1979)

_____. *Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva: Estudos sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais*. São Paulo: Hucitec, 2ª ed. rev., 2005.

_____. *Educação Física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde*. 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.

LYNCH, W.J.; PETERSON, A.B.; SANCHEZ, V.; ABEL, J.; SMITH, M.A. *Exercise as novel treatment for drug addiction: a neurobiological and stage-dependent hypothesis*. *Neurosci Biobehav Rev*, 37 (8): 1622-44. doi: 10.1016/j.neubiorev, 2013.

MAGALHÃES, Carlos Henrique Ferreira. *Breve histórico da educação física e suas tendências atuais a partir da identificação de algumas tendências de ideais e idéias de tendências*. *Revista da Educação Física/UEM*, v. 16, n.1, p. 91-102, 1. sem., 2005.

MAIRESSE, Denise. *Desdobramentos do corpo: uma produção do social*. In: FONSECA, Tânia M. G.; ENGELMAN, Selda. (orgs.) *Corpo, Arte e Clínica*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

MALINOWSKI, Bronislaw. *Os Argonautas do Pacífico Ocidental*. Malinowski, Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1976.

MARCUS, B.H., BROWN, R. A., READ, J. P., KAHLER, C. W. *Aerobic Exercise for Alcohol Recovery: Rationale, Program Description, and Preliminary Findings*. *Behav Modif*, March 2009; vol. 33, 2: pp. 220-249., first published on December 16, 2008.

MARLATT, G. A. *Prevenção da Recaída*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MATTOS, Rafael da Silva; LUZ, Madel Therezinha. *Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre a obesidade*. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [2]: 489-507, 2009.

_____. *Práticas Corporais de Saúde na Educação Física: o encontro entre Apolo e Dionísio*. *Arquivos em Movimento: Revista Eletrônica da Escola de Educação Física e Desportos- UFRJ*. Vol.5, n 2, 2009.

_____. *Sociologia do Corpo é sociologia da Educação Física*. Porto Alegre: Movimento, v.16, n. 04, p.293-304, out/dez de 2010.

_____. *Muito mais que um dicionário do corpo: um dicionário para o corpo*. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23 [1]: 285-288, 2013.

MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. Campinas: Editorial Psy II, 1995.

_____. *De máquinas e seres vivos: autopoiesi – a organização do vivo*. (J. A. Llores, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MCARDLE, W.D.; KATCH, F.I.; KATCH, V.L. *Fisiologia do Exercício: Energia, Nutrição e Desempenho Humano*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MENDES, E.V.M. *Estudos de casos – nota metodológica* In: *Ciclo de debates sobre redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção* (C. Moura, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 1994. (Texto originalmente publicado em 1945)

MIALICK, E.S. *Uma proposta de implantação de programas de atividades físicas para comunidades terapêuticas. Encontro Interdisciplinar: Dependência Química, Saúde e Responsabilidade Social – Educando e transformando Através da Educação Física*. Campinas: 3-4 nov, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. *Fala galera: juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro*. Garamond, Rio de Janeiro, 1999.

_____. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORALES, J.; SOBONYA, D. S. *Use of submaximal tests for prediction of 1-RM strength in class athletes*. Journal of Strength and Conditioning Research, Champaign, v.10, p.186-189, 1996.

NIDA (National Institute on Drug Abuse). *Principles of Drug Addiction treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)*. National Institutes of Health Publication 2012; No.: 12-4180. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment>>. Acesso em: 22/11/2013.

NJAINE, Kathie; MINAYO, Maria Cecília Souza. *A violência na mídia como tema da área de saúde pública: revisão de literatura*. Ciência e Saúde Coletiva, 9 (1): 201-211, 2004.

ORLANDI, Luiz Benedito L. *Corporeidades em minidesfile*. In: FONSECA, Tânia M. G.; ENGELMAN, Selda (orgs.) *Corpo, Arte e Clínica*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

ORLICK, Terry. *Libres para cooperar libres para crear*. Barcelona: Editorial Paidotribo, 1999.

PALMER, J.A.; PALMER, L.K.; MICJIELS, K. et al. *Effects of type of exercise on depression in recovering substance abusers*. Percept Mot Skills, 80(2):523-30, 1995.

PECHANSKY, Flávio; KESSLER, Felix.; DIEMEN, Lisia von; SORDI, Anne. Capítulo 114 - *Drogas: Uso, Abuso e Dependência*. In: DUNCAN, Bruce; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências 4ed*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PERES, Ana Cláudia.; DOMINGUEZ, Bruno.; BATALHA, Elisa. *Foco nos sujeitos*. Reportagem de Capa, Revista RADIS, Comunicação e Saúde. Nº 137, Fev., 2014.

PICCOLO, F. D.; KNAUTH, D. R. *Uso de drogas e sexualidade em tempos de AIDS e redução de danos*. Horizonte Antropológicos, Porto Alegre, v. 8, n 17, p. 127-145, 2002.

PLOUTZ-SNYDER, L. L.; GIAMIS, E. L. *Orientation and familiarization to 1 RM strength testing in old and young women*. Journal of Strength and Conditioning Research, Champaign, v.15, p. 519-23, 2001.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio. *O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 25 n. 2, p. 203-211, Abr-Jun 2009.

PULCHERIO, Gilda.; STOLF, Anderson Ravy.; PETTENON, Márcia.; FENSTERSEIFER, Daniel Pulcherio.; KESSLER, Felix. *Crack – Da pedra ao tratamento*. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 54 (3): 337-343, jul.-set., 2010.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. *O conceito de biopoder hoje*. Política e Trabalho – Revista de Ciências Sociais, nº24, p. 27-57, abril de 2006.

RASH C.J, DEPHILIPPIS D, MCKAY J.R, DRAPKIN M, PETRY N.M. *Training workshops positively impact beliefs about contingency management in a nationwide dissemination effort*. Journal Substance Abuse Treatment, 45(3):306-12. doi: 10.1016/j.jsat.2013.03.003. Set 2013. Indexado ao Pudmed/medline. Acesso em: 27/05/2014.

RASMUSSEN, P.; BRASSARD, P.; ADSER, H.; PEDERSEN, M. V.; LEICK, L.; HART, E.; SECHER, N.; PEDERSEN, B. K.; PILEGAARD, H. *Evidence for a release of brain-derived neurotrophic factor from the brain during exercise*. Experimental Physiology, 94, 1062-1069. doi: 10.1113/expphysiol.2009.048512. Oct, 2009.

RHEA, M. R. et al. *A meta-analysis to determine the dose response for strength development*. Medicine and Science in Sports & Exercise, Madison, v.35, p. 456-64, 2003.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. *O tratamento do usuário de crack*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Estadual nº 9716, de 07 de agosto de 1992. Institui a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, nº 152, 10 de agosto de 1992.

ROCHA, Vera Maria da; CENTURIÃO, Carla Haas. *Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social*. 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.

ROHSENOW, D.J.; MARTIN, R.A.; MONTI, P.M. *Urge-specific and lifestyle coping strategies of cocaine abusers: Relationships to treatment outcomes*. Drug Alcohol Depend, 78(2):211-9, 2005.

SANTOS, Vilmar; SOARES, Cassia; CAMPOS, Célia. *Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil*. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 9, n. 16, p. 115-29, 2010.

_____. *A produção científica internacional sobre redução de danos: uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS*. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, v. 8, n. 1, p. 41-7, 2012.

SERVIÇO DE RECREAÇÃO TERAPÊUTICA DO HCPA, *Centro Colaborador Álvaro Alvim: Unidade de Internação Álcool e Drogas*. Educação Física e Terapia Ocupacional, documento não publicado, 2012.

SOLER, Reinaldo. *Brincando e Aprendendo com os Jogos Cooperativos*. Rio de Janeiro: Sprint, 2008.

TANAKA, H.; MONAHAN, K.D.; SEALS, D.R. *Age-predicted maximal heart rate revisited*. J Am Coll Cardiol. Jan; 37(1):153-6, 2001.

WACHS, Felipe. *Educação física e o campo da saúde mental: uma reflexão introdutória*. 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.

WEINSTOCK, J.; BARRY, D.; PETRY, N. M. *Exercise-related activities are associated with positive outcome in contingency management treatment for substance use disorders*. Addictive Behaviors, 33, 1072-1075, 2008.

WHO (World Health Organization). *The world health report: Chapter one*. s.d. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2004/chapter1/en/index5.html>>. Acesso em: 14/05/2013.

ZERO HORA. Disponível em: <<http://m.zerohora.com/noticia/4517180/promotoria-orienta-que-sem-teto-deixem-as-ruas-da-capital>>. Acesso em: 21/07/2014.

ANEXOS

ANEXO I: CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 140106

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

RICARDO BURG CECCIM
CASSIO LAMAS PIRES
LUCAS FRANCA GARCIA
MARIANA ESCOBAR
CHARLISE PASUCH DE OLIVEIRA
ALESSANDRA MENDES CALIXTO
KARINA PROENÇA LIGABUE

Título: Educação Física e Saúde: práticas corporais na atenção integral a usuários de crack e múltiplas drogas

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 28 de abril de 2014.


Prof. Eduardo Pandolfi Passos
Coordenador GPPG/HCPA

APÊNDICES

APÊNDICE I - ENTREVISTA COM USUÁRIOS

1. Nome completo?
2. Idade?
3. Escolaridade?
4. Estado civil?
5. Como envolveu-se com o uso de drogas?
6. Você pratica, ou praticava alguma atividade corporal? Se sim, qual era essa prática e por quanto tempo praticou? Houve desistência da prática? Se sim, como se deu o processo de afastar-se da atividade? Se não praticava, por quê?
7. Em quais atividades desenvolvidas na unidade pelos professores de educação física você já participou?
8. Como é sua participação? Como você se sente nesta atividade?
9. Pensando nas atividades desenvolvidas no início da internação, em quais delas você participou? Boxe, Resgate da Infância, Jogos Cooperativos e Corporais? Como foi essa participação? Como você se sentiu nestas atividades?
10. Dentre todas as atividades, qual você mais gostou? Com qual atividade se identificou mais e por quê?
11. O que significa para você participar de atividades que estimulam o corpo, a prática, o movimento corporal?
12. O que você pensa sobre a unidade oferecer práticas corporais no programa terapêutico?
13. Gostaria de destacar alguma situação vivenciada nas práticas corporais, alguma situação que tenha chamado sua atenção?
14. Gostaria de dizer algo a mais, algo que não tenha sido perguntado, que seja relevante?

APÊNDICE II - ENTREVISTA COM PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA

1. Nome completo?
2. Idade?
3. Formação (Pós-Graduação)?
4. Estado civil?
5. Qual o ano que obteve sua graduação (Licenciatura Plena, Bacharelado)?
6. Por que a Educação Física? Como se deu o processo de escolha em tornar-se professor/a de Educação Física?
7. Há quanto tempo você trabalha na área?
8. E na área da saúde mental, comente a sua inserção, sua aproximação ao campo? E no campo específico da dependência química ou do uso prejudicial de drogas?
9. Eu gostaria que tu comentaste sobre as suas concepções de saúde. O que é saúde na sua opinião?
10. Em sua opinião qual a contribuição da Educação Física, de uma forma geral, para o tratamento da dependência química ou o uso prejudicial de drogas?
11. O objeto central de estudo da Educação Física é o corpo. O desporto, técnicas do movimento corporal, exercício físico, atividade física, prática corporal, corpo e cultura, organização social e outras abordagens. Eu gostaria que tu falasses, agora, sobre suas concepções e visões sobre o corpo.
12. Agora falaremos um pouco sobre as atividades propostas pelo SEFTO na UAAA para o campo específico da dependência química ou o uso prejudicial de drogas. Em sua opinião, o que as práticas desenvolvidas na unidade objetivam produzir sobre as pessoas dependentes de múltiplas drogas? Tu pensa que esses objetivos são atingidos?
13. Quais vivências são as mais significativas, em sua percepção, nas práticas corporais desenvolvidas na unidade?
14. Gostaria de destacar alguma situação vivenciada nas práticas corporais, alguma situação que tenha chamado sua atenção?
15. No cotidiano do trabalho com os usuários, você observa ou sente alguma dificuldade, qual é o desafio a ser superado? E com a equipe, da Educação Física e com demais colegas de outras áreas? Se sim, comentar quais são elas?
16. Sugeriria outras práticas de Educação Física, outros formatos de atividades na unidade que em sua opinião seriam benéficas as pessoas internadas?
17. Gostaria de dizer algo mais, algo que não tenha sido perguntado, que seja relevante?

APÊNDICE III - ENTREVISTA COM COORDENADOR DO CENTRO COLABORADOR

1. Nome completo?
2. Idade?
3. Formação?
4. Estado civil?
5. Há quanto tempo você se dedica ao campo da dependência química ou ao uso prejudicial de drogas?
6. Como se deu o processo de aproximação à Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e a criação do projeto do Centro Colaborador?
7. As políticas sobre drogas no Brasil apresentam diferentes abordagens na área, se por lado temos a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Álcool e Outras Drogas, por outro temos a Política do Ministério da Justiça com a Política Nacional sobre Drogas, na sua opinião quais considerações podem e devem ser feitas sobre estas políticas? São antagônicas, elas dialogam, em que pontos?
8. Uma das áreas que compõe os serviços do Centro Colaborador é a educação física, fale sobre as suas percepções e sua visão sobre a área. De que forma você pensa que a educação física pode contribuir no campo?
9. Como você vê o trabalho da educação física desenvolvido até o presente momento?
10. Gostaria de dizer algo a mais, algo que não tenha sido perguntado, que seja relevante?

APÊNDICE IV: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES

Você está sendo convidado para participar do projeto de pesquisa intitulado **“EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE: PRÁTICAS CORPORAIS NA ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE CRACK E MÚLTIPLAS DROGAS”**.

O objetivo desta pesquisa pretende analisar as práticas corporais desenvolvidas na unidade de internação e os diferentes significados produzidos pelos participantes nas situações vividas em um processo terapêutico.

Nesse trabalho científico serão realizados grupos de práticas corporais em que todas as atitudes, falas, comentários e comportamentos das pessoas envolvidas nas atividades serão registradas em um diário de campo. Será realizada também uma entrevista individual com a duração média de 30 minutos para discutir questões relacionadas à sua participação e percepções nos grupos de práticas corporais. A entrevista será realizada com o participante que finalizar o tratamento oferecido na unidade de internação, após estar com sua alta hospitalar marcada. A observação e as atividades se darão no período em que você permanecer em tratamento.

Neste estudo você terá a sua identidade preservada, que não será revelada em nenhum momento, sendo revelada somente idade e gênero. Os dados do diário são confidenciais, somente utilizados exclusivamente para esta pesquisa. Os dados poderão ser publicados após o término das coletas, sem qualquer associação ou exposição de nomes individuais.

A sua participação no estudo não trará benefício direto a você, porém, os resultados da pesquisa ajudarão O Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional do HCPA a qualificar suas ações no tratamento da dependência química, auxiliando no processo terapêutico dos pacientes internados na Unidade de Adição Álvaro Alvim.

Não são conhecidos riscos associados aos procedimentos previstos, porém você pode sentir algum desconforto ao responder as perguntas da entrevista semiestruturada e da participação nos grupos de práticas corporais.

A sua participação é voluntária. Você só participará se quiser e a sua participação não implicará em qualquer tipo de remuneração. Você pode decidir não participar mais em qualquer momento deste estudo, sem precisar justificar e sem que isto prejudique qualquer forma de tratamento que lhe é oferecido.

Você poderá solicitar novos esclarecimentos ou tirar suas dúvidas ligando para o Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional da Unidade Álvaro Alvim (51 33596478) ou para o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA que aprovou este projeto (51 33598304), que funciona de segunda à sexta das 8 às 17 horas. Este termo de consentimento livre e esclarecido é elaborado em duas vias, ficando uma em sua posse e outra na posse do pesquisador responsável.

Está prevista também a realização de registro de imagens das atividades de práticas corporais. Autorizo o uso das minhas imagens para fins de pesquisa preservando a minha identidade: () Sim () Não

Declaro que fui informado dos objetivos de forma clara e de como vou participar deste estudo, e que as minhas dúvidas foram respondidas.

Pesquisador responsável: Ricardo Burg Ceccim

Pesquisador Assistente: Cássio Lamas Pires

Data: ____/____/201____

Nome:

Assinatura do participante da pesquisa:

Nome:

Assinatura do Pesquisador responsável pela aplicação do TCLE:

APÊNDICE V: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS

Você está sendo convidado para participar do projeto de pesquisa intitulado **“EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE: PRÁTICAS CORPORAIS NA ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE CRACK E MÚLTIPLAS DROGAS”**.

A realização desta pesquisa pretende analisar a proposição de práticas corporais e os diferentes significados produzidos pelos usuários nas situações vividas em um processo terapêutico.

No contexto das atividades desenvolvidas durante o período de internação para desintoxicação e tratamento, a área da Educação Física busca aprimorar-se como ferramenta terapêutica em saúde na prática interdisciplinar. Nesse trabalho científico serão produzidos diários de campo, em que todas as atitudes, falas, comentários e comportamentos das pessoas (pacientes e profissionais) em grupos de práticas corporais serão registrados para uma posterior análise qualitativa. Estão previstas também a realização de entrevistas com duração média de 30 minutos com os professores de educação física que compõem a equipe, bem como com integrantes da coordenação do Centro Colaborador para discutir questões relacionadas à concepção de saúde, a área da Educação Física e o tratamento para dependência química.

Neste estudo você terá a sua identidade preservada, que não será revelada em nenhum momento, sendo revelada somente idade e gênero. Os dados da entrevista, serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa. Os dados poderão ser publicados após o término das coletas, sem qualquer associação ou exposição de nomes individuais.

A sua participação no estudo não trará benefício direto a você, porém, os resultados da pesquisa ajudarão O Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional do HCPA a qualificar suas ações no tratamento da dependência química, auxiliando no processo terapêutico dos pacientes internados na Unidade de Adição Álvaro Alvim.

Não são conhecidos riscos associados aos procedimentos previstos, porém você pode sentir algum desconforto ao responder as perguntas da entrevista semiestruturada e da participação nos grupos de práticas corporais.

A sua participação é voluntária. Você só participará se quiser e a sua participação não implicará em qualquer tipo de remuneração. Você pode decidir não participar mais em qualquer momento deste estudo, sem precisar justificar e sem que isto prejudique qualquer forma de tratamento que lhe é oferecido.

Você poderá solicitar novos esclarecimentos ou tirar suas dúvidas ligando para o Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional da Unidade Álvaro Alvim (51 33596478) ou para o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA que aprovou este projeto (51 33598304), que funciona de segunda à sexta das 8 às 17 horas. Este termo de consentimento livre e esclarecido é elaborado em duas vias, ficando uma em sua posse e outra na posse do pesquisador responsável.

Está prevista também a realização de registro de imagens das atividades de práticas corporais. Autorizo o uso das minhas imagens para fins de pesquisa preservando a minha identidade: () Sim () Não

Declaro que fui informado dos objetivos de forma clara e de como vou participar deste estudo, e que as minhas dúvidas foram respondidas.

Pesquisador responsável: Ricardo Burg Ceccin

Contato do pesquisador responsável: 33596478

Data: ____/____/201____

Nome:

Assinatura do participante da pesquisa:

Nome:

Assinatura do Pesquisador responsável pela aplicação do TCLE:
