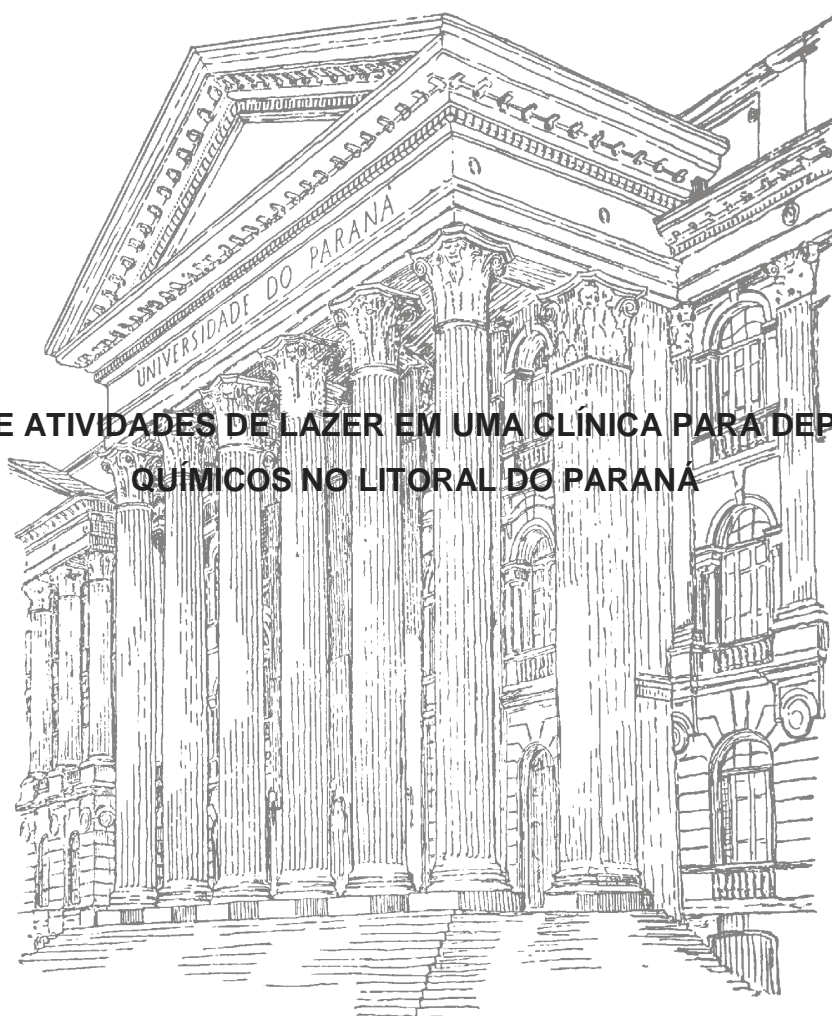


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PEDRO AMADEUS WEISER

**SENTIDO DE ATIVIDADES DE LAZER EM UMA CLÍNICA PARA DEPENDENTES
QUÍMICOS NO LITORAL DO PARANÁ**



**MATINHOS
2013**

PEDRO AMADEUS WEISER

**SENTIDO DE ATIVIDADES DE LAZER EM UMA CLÍNICA PARA
DEPENDENTES QUÍMICOS NO LITORAL DO PARANÁ**

Artigo apresentado como requisito parcial para conclusão do Curso de Bacharel em Gestão Desportiva e do Lazer, do Setor Litoral da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Ms. Leoncio José de Almeida Reis

Co-orientadora: Camilla Beatritse Bezerra Bispo

**MATINHOS
2013**

Catálogo na Publicação (CIP)
Universidade Federal do Paraná - Biblioteca Campus Litoral

W4274 Weiser, Pedro Amadeus.
 Sentido de atividades de lazer em uma clínica para dependentes químicos no Litoral do Paraná / Pedro Amadeus Weiser. – Matinhos, PR, 2013.
 38f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Gestão Desportiva e do Lazer) – UFPR Litoral.

1. Atividade física. 2. Lazer para dependentes químicos.
2. Dependência química. 3. Reabilitação. I. Título.

CDD – 613.71

À Mama e ao Tito (Têtz),
partes únicas e essenciais
na minha vida. Amo vocês
de mais.

In memoriam:

Raul Weiser (Opa),

Ricardo Weiser (Rico) e

Emerson Guanais.

Muito mais que grandes
pessoas, grandes amigos!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e aos Mentores Espirituais que me guiaram até aqui, colocando sempre em minha vida pessoas muito especiais.

Logo de cara, Ele me deu a oportunidade de passar por este plano como filho e irmão de ninguém menos que Regina Weiser e Felipe Weiser!

Achei quase impossível fazer faculdade na federal, ainda mais quando rodei na escola, lembra Tête? E você falou: “Ahh, fica susse Pilulo, agora você é da família! Hahaha”. Tudo isso foi fruto do playstation que me deu (com a melhor das intenções), lembra? Virei um viciadinho na época, hahaha. E começou lá em Curitiba com o Master System, com o Mortal Kombat, que jogamos até sonhar com ele, lembra? Hahaha. E os carrinhos do Paragua? Caminhão (até betoneira!!), uns busão Mercedão. Era massa!! Mais massa era brincar (BRINCAR SIM, ISSO MESMO, BRIN-CAR!) com você de Lego. Eu mó criança lá e você maiorzinho, dizendo: “Óó, só não fala pra ninguém que eu brinco com você aqui tá?? Se não, não monto mais essas cidadezinhas pra você piá!”. Hahaha. E quando você ganhava (roubando, lógico) no Ludo? Eu chegava e metia-lhe a bicuda em tudo, hahaha, você na maior cara de pau como se nada tivesse feito, safado! E a lista de apelidos que você e a mãe fizeram de mim, lembra? Meu Senhor, varou os 30, Hahaha. Perolho, Shtinkaveteriol, Schtrupsi, Pepo (clássico), Pepozio, Pedrinho, Pepinho, Pilulo (aahh, esse é pedrada!), Pirulo, Lulipop, Lulingo (haha, lembrei!!!)...não me lembro mais...

Nós crescemos, as respostas vêm, mas o nosso lado criança NUNCA pode sumir (como meu amigo Prakash Deva me disse uma vez). Para isso, lembra das nossas idas e vindas (nem sempre prudentes, mas tá tá, já foi, aprendemos, hehe) de Barrancos?? Fredão, Ricardo (Rico), Rodolfão, e toda aquela galera (mulherada, coisarada!! Hahaha). Eeerreee bailão da porra meu!!! Eu e você dançando lá no meio do salão, grande vergonha eu tava!! Hahaha.

Mas aí mermão! Tú pra mim é e sempre será exemplo de determinação e amizade. Te amo muito muito muito, agradeço cada esforço que fez por mim nos anos de Pequeno Príncipe. Você pra mim é um grande motora, um grande amigo, um grande irmão, um grande coxa-branca sofredor (hihi!), um grande GUERREIRO!!! É isso aí, não tenho mais palavras para te agradecer, meu IRMÃO! Sem você, nem sei como seria. MUITO OBRIGADO POR TUDO!!! TE AMO TEROLHO!!!

E você mãe?? Aahh, aí o bicho pega né?! MAMA. A sua vida é uma luta incansável por JUSTIÇA e IGUALDADE, por AMOR e CARINHO, DEDICAÇÃO e ZELO. Passamos cada momento nesse Pontal hein! Passamos muitas dificuldades, mas também superamos todas, demos a volta por cima, juntos! Unidos! Você não deixando a peteca cair nunca, fazendo de tudo pra conseguir o que faltava.

Lembra quando eu coloquei o Mimi no colo do freguês no restaurante? E quando falei que ele cagava nas mesas? Hahaha. E quando enchiiaa o prato de comida e comia...metade, ou nem isso... O bicho pegava!!! Hahaha.

Já em Pontal, lembra na começo? Maior chuuvaa, uns 3 meses chovendo direto!! Eu e você só nos afazeres de casa, eu querendo ir pra aula (na época eu gostava! Hehe), arrumando tudo (que tava uma zona! Hehe). Lembra também quando você ficava me vendo pegar o ônibus da escola na esquina de casa, depois ía andar na praia e catar conchinha? Era muito massa né! E quando me ensinou a nadar?? Não tive melhor professora até hoje. Você foi a responsável por eu amar tanto assim o mar!!! MUITÍSSIMO grato!!! Assim como me introduzir ao reggae!!! Essa melodia linda que faz parte da minha vida também!! Muito mais que música, eu e você sabemos que o reggae é algo transcendente à terra, muito mais que simplesmente um ritmo alegre.

Ôô minha mãezinha, sua história de vida é um exemplo pra mim. Se hoje sou o que sou, é graças a você Mãe. Obrigado por sua dedicação, muito amor e carinho conosco. Você é o meu espelho, TE AMO MUITO E PRA SEMPRE TE AMAREI!!! Minha vida está nesse lugar, nessa praia maravilhosa, graças a você, MÃE! Sua incansável batalha na época do tegretol nos fez vir para este lugar maravilhoso. A sua determinação é pra mim algo

surpreendente, que me orgulho muito. Me orgulho de ser seu filho, de te chamar de Máma, Mãe, Mámátik (coisa minha e de Tête)... O AMOR que sinto por você não cabe em palavras, nestas simples linhas. A sua presença será eterna em minha vida.

Você DOIS são para mim, fontes de ENERGIA, PAZ, SAÚDE, ALEGRIAS, APRENDIZADOS, AMOR E CARINHO. Minha vida devo a vocês, MAMA E TITO!!! Toda esta caminhada universitária devo aos incentivos de vocês também!!! GRATIDÃO POR TUDO, AMO VOCÊS!!!

E agora chegou o momento de falar da lindezatotal!

Éé, esta é outra pessoa que não cabem palavras para dizer o que sinto por ela. Eu estava pensando esses tempos atrás, que provavelmente ela seja minha anja da guarda. Só pode ser!

Há dois anos e 5 meses você faz parte da minha vida, todos os dias, todas as noites, todos os minutos, horas, momentos. Muita coisa não teria sido possível pra mim, se não fosse seu apoio em momentos difíceis. Momentos maravilhosos como em Curitiba, Pirenópolis, Ilha do Mel, Garuva no retiro, Antonina, Salto dos Tigres de bike, rolês em Sampa, idas na Tia, foram todos especiais e inesquecíveis. Você é a causa de uma mudança maravilhosa em minha vida, é responsável por me mostrar a simplicidade, o Amor ao próximo, o Serviço com o próximo.

Obrigado CAMILLA BEATRITSE BEZERRA BISPO, por ser minha companheira nesta caminhada. Sua presença ao meu lado é essencial. Cada dia que passa, agradeço a Deus por Ele tê-la colocado em minha vida. TE AMO MUITO!!! Mais do que brigadeiro com côco, mais que lasanha com suco de uva, mais que chocolate quente...Pigatu por tuto minha lindezatotaldosmaresastraldocafécolonialdobeijosensacionaldocorpoesculturale dabelezafenomenal!!!

Mor, lembra do filme Cidade dos Anjos? Então, a tradução daquela música retrata bem meu sentimento por você:

“E eu desistiria da eternidade para tocá-la
Pois sei que você me sente de alguma forma
Você é o mais próximo do paraíso que chegarei
E eu não quero ir para casa agora
E tudo que eu sinto é este momento
E tudo que eu respiro é sua vida
Porque mais cedo ou mais tarde isso acabará
E eu não quero sentir sua falta esta noite.”

Este trabalho foi mais obra sua que minha, até porque a ideia inicial foi sua, hehe. Obrigado por suas noites ao meu lado, me ajudando a formatar, escrever, bolar e pensar junto. TE AMO MUITO HOJE, MAIS QUE ONTEM, MENOS QUE AMANHÃ!!! (é sua a frase, eu sei, han han!). MOOO!!! TI AMMM!!!! “Esse amor, além da vida, vamos viver”...

Ao Miguel, Marlana, Mayndra e Márcia Coelho, por serem pessoas muito queridas, que respeito e admiro muito. Gratidão por todos esses anos de convivência e amizade. Gratidão pela força que deram e dão ao Tête, vocês são nossa família aí em Tamanda!!!

Falando em obra, um dos maiores responsáveis por eu estar escrevendo um TCC é da família Franklin! O “Seo” Manoel (ou Manezão, para os íntimos, hahaha). Lembra quando chegou com aquela conversinha de que eu dava mais prejuízo que lucro?? Sai fora meu!! Fui o melhor servente, “rejuntador” (lembra dessa OLAVO? Hahaha) que sua obra jamais terá!! Nosso time era tipo seleção: Cunha, Virçola, Olavo, Estranho, Paulo (Sebinho, ahahah), Eu e tú, o Nhonho (como diria Virçola), hahaha. E na vez da laje na casa perto do Karranka? Meu Senhor, só os bons: Olavo, Ede, Tiririca, Zé, Eu e Manezão!!!

Meu grande amigo, muito mais do que patrão que foi, é também exemplo em minha vida. Exemplo de Dignidade, Amizade, Respeito e Solidariedade. O tempo que fiquei na obra com você me fez crescer muito como pessoa. Tenho o maior respeito e admiração por você. Aquele ano, você foi o único que realmente nos ajudou, quando mais precisávamos! Isso,

JAMAIS esquecerei! Só tenho a te agradecer. À você, à Terezinha e à Thaís. Parte deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), é para você Manezão, meu grande e admirado amigo!!!

Ahhh, mas é claro, achou que iria esquecer de você, OOOLLAAAAVVOOOO!!!! Pôô meu irmão, sem palavras também né! Só nossas histórias de cine no Paulo, Bar do Nando (de magrela e catuaba, ahahaha), além da obra, já renderia uma tese de doutorado!!! Se devo muito do que sou ao seu pai, logicamente devo a você também, por ter me “empregado” aquela vez. Lembra, foi pra fazer aterro!! Depois disputávamos quem desossava mais caminhões de areia no dia, ahahaha. Era da hora!!! Agora tú tá aí ó, CAMPEÃO PARANAENSE DE MUAY-THAY! Como diria seu pai: Muay-Thay!!! Hehe. É isso meu irmão, te considero pra caramba, e sempre terei o maior respeito e admiração por você e por toda a sua família. Conte comigo para o que precisar!!!

Outra que não poderia faltar aqui é a NATHALIE MARTINS!!! Minha querida Natheee!!! 14 anos de muita amizade e parceria (mas nem sempre foi assim né, convenhamos!). Você, dona Jussara, Carlota ou Lito ou Feliz, haha, são as pessoas que mais admiro nesse Pontal também. Desde os dias de surf até os dias mais tretas na escolinha, você sempre me deu a maior força. Agora então, me emprestando o note pra fazer a mono, SEM PALAVRAS!! Já foi até minha patroa (quando trampei aí, lembra?) por uns dias. Ganhei até todinho com sanduba de sua mãe, mó preocupada comigo, hehe. O Carlota sempre foi meu preferido no vôlei lá no Osmar, pois não tinha adversário melhor de ganhar que ele, haha.

Mas falando sério, Nathalie, Jussara e Carlos, muito obrigado pela amizade de vocês. Respeito e admiro muito os três (e mais os milhares de gatos, hehe!). Sempre estarei disposto a ajudá-los, no que for preciso. Obrigado pela amizade de vocês!!!

Agradeço imensamente o apoio do professor de química do Colégio Sully, Robson, pela conversa que teve comigo algumas vezes na escola, que me fizeram perceber muitas coisas. Obrigado Robson, um dos poucos que chegaram e me deram a letra do que eu estava fazendo.

Sem falar no Alaércio Freitag, que me ajudou muuito no dia do vestibular. Sem você, talvez nada disso tivesse acontecido. Gratidão!!

Também agradeço aos amigos mais antigos e também aos mais novos de Pontal e de Matinhos: Osmar (Osmario ou Biroasca! Hehe); Vagner Kuck pela imensa parceria e amizade nesses anos; ao Andrezão de Agro, pela amizade e por me receber em sua humilde residência tantas vezes que precisei. Valeu irmão!!; Dona Clóris (tia Clóris!), por seus conselhos e consideração por mim; Ao Xuxu, da Ilha, por suas caronas, amizade e conversas (às vezes quase dormia quando eu e Sandrão filosofava, né não vadio!? Hahaha). Valeu mesmo brother!!; Ao Sandremano (Sandrão!), pela amizade de tempos e por seus sempre bem-vindos conselhos, valeu meu camarada!!; À Tia Iene, por ser uma grande amiga e responsável pelo meu namoro, hehe. Gratidão por fazer parte desta história Tiiiaa!!!; Bia, Nati, Jasmin e Juninho (Joguinho, hehe) pela guerreiragem e amizade!! Contem comigo sempre!!! À Aurenice e Magela pela amizade e conselhos; Ao Bodão, Evandrera, Ícaro (neguin cherôso!! Haha), José Claro (Fonseca-Neto to to!!), grande amigo e profissional, Zhugo e família Guanais (Lucão, Ana, Cris, Lilian) pela amizade esses anos; Diguinho, Lia e Sereninha, Greengão, Nicole, João, Fer, Kamila Mayer, Ede, Thiago do Embarque; Chico Amaro por me facilitar o acesso na clínica, dando o pontapé inicial ao meu trabalho; Ale e Tami (Ravi e Nalini também, hehe), por me darem mó força nos primeiros tempos de facul e mais ainda, na época da escola; Junae, por todas nossas conversas e experiências trocadas! Gratidão mesmo!! Rodolfo e Val (Caluzin também!), pela amizade; Márcia, seu companheiro Rodrigo e sua mãe, por me darem uma força tremenda lá em Brasília esse ano, lembram? Sem palavras hein!! Humbertão pescador de Matinhos e amigo; Silvester, nosso futuro calouro, grande camarada!! Junae, pelas conversas nas antiga!! Andressa que trampou comigo no Cantto, valeu a parceria e risadas cara. Te considero mesmo!! A minha gratidão pela amizade, rodas de conversas, fogueiras, festas e Festivais juntos!!! Aos camaradas da AUTO-Escola Gentil, de Ipanema, por serem pacientíssimos comigo, hehe. Valeu raça!!; Aos pescadores das comunidades de Barrancos, Shangri-lá e Matinhos, por muitas conversas e incontáveis

ensinamentos. Em especial, agradeço ao “Seo” Jair, Preto, “Seo” Zé e Neri, grandes repassadores do conhecimento caiçara!!

Ao pessoal do centro espírita, Lilian, Eduardo, Roberto, Índia e Ester. Gratidão pelo carinho recebido!!

Ao Drikão (manta) e Didião (Animal!), pela grande amizade, conversas agradáveis, dias de surf, de escolinha e ideias trocadas. Valeu mesmo irmãos, dois sangue bom!! Amizade sempre, sem palavras!

Vitão, por ajudar a mim e à mãe quando precisamos. Conte conosco sempre que precisar, meu camarada!!!

À Graziela Sternheim (Grazi), pelas muitas conversas, reuniões, reuniões no centro, partidas de Perfil 4, e muito mais, pela amizade, carinho e respeito que têm por mim. “Dona” Maria Ignês, às meninas Marina e Mariana e Paula, pela amizade e risadas. Gratidão à esta família especial!!

Tia Ratna, Tannistha, Digo (digomindingo, haha), “Seo” Pedro (Pedrão), por esses anos de amizades e risadas, almoços (maravilhosos!). E por me levarem ao meu primeiro Retiro Espiritual da Ananda Marga, responsáveis pela minha iniciação com o melhor Dáda de todos: Pavanananda!! Gratidão e muita Luz, Amor e Alegrias à todos vocês!!!

Ao novo amigo Prakash Deva (Baiano ou Flávio), pelas risadas (e quantas foram hein!!) e conversas que tivemos, e espero ter também. Ôxi meu querido, ainda vou pra Salvadô visse?!

Fabiano (Fabico, Bem 10), pela nova amizade. Tú é parceiro brother, é nós!!

Gratidão à Associação MarBrasil, por esses 2 anos (mais) de trabalho, pela oportunidade, ensinamentos e pela amizade de Cattani, Juliano Dobis (Juju, hehe), André Dias, Camila Domit e Carol. Muito grato.

Lily e Maurício, grande amigos que encontrei nesses dois anos de estágio. Agradeço-os por todas as dúvidas tiradas, ensinamentos repassados, e mais ainda, pela nossa amizade. Valeu mesmo!!!

VIII

Mariane, a melhor professora de inglês que tive até hoje. Gratidão pela sua paciência, amizade e diversos ensinamentos. Além da grande ajuda na época do vestibla, hehe.

Agradeço aos 4 anos passados ao lado da PRIMEIRA TURMA DE BACHARELADO EM GESTÃO DESPORTIVA E DO LAZER DO PAÍS!!! Muitos aprendizados ao lado de todos e todas vocês!! Em especial, Pock, Miguel (dotô, não se verá livre de mim, haha!), e à Lauana, por serem grandes pessoas. Gratidão pela amizade!!!

Aos docentes, Ricardo Sonoda (fala garoto!!), Luís Thomassim, Isabel Martines, Marcelo Silva, Fábio Messa, Brambatti (não é do curso mas participou de minha trajetória) e à todos e todas que participaram da nossa formação.

Assim como agradeço ao diretor do Setor Litoral, Valdo Cavallet, pela ousadia nesta empreitada, oportunizando muitas pessoas para que tenham uma outra visão do mundo, como eu tenho agora.

Gratidão especial ao Leoncio José de Almeida Reis, não só como professor, mas como orientador/mediador amigo nessa empreitada. Me aliviou e me salvou em muitos momentos do trabalho, me esclareceu muito também. Foi um prazer ter a sua orientação.

Ao André Borges pela amizade e conversas, além das ideias e diversos esclarecimentos. Valeu! Ao Celsão do R.U (não podia faltar né, haha), e por toda a equipe do restaurante Apetito. Rango igual ao de vocês, dificilmente encontrarei!!!

Bem, falei de amigos de Brasília, Salvador, Curitiba, Pontal e Tamanda. Têm uns ali em SP também. Seus nomes: Tia Rita, “Dona” Eliane (vulgo Sogrinha), João Francisco (vulgo corintiano sofredor), Dona Maria José (vó das comida boa!), Sérgio Batista (vulgo Bats ou Pequeno Urso) e João Felipe (vulgo Johny, ou axila...deixa pra lá, hehe). Essa moçada aí não tenho palavras pra agradecer, aos conselhos, risadas, conversas, viagens...nesses mais de 2 anos, me diverti e me divirto tanto quando vou aí pra Sampa. Vocês todos são muito especiais pra mim, muito mesmo. Até na minha monografia um de vocês

me ajudou: JOÃO FELIPPE BEZERRA RISTORI channel, hehe. Se não fosse seu gravador (que é também Iphone, Itouch, Helicóptero, Relógio, Video Game e Satélite da NASA!!), sabe que teria sido beem difícil fazer as entrevistas. Gratidão meu irmão!! Todos vocês, Ladies and Gentlemens, contem comigo para o que precisarem, sempre sempre!!! Pessoas do bem e Iluminadas, gratidão!

Bom galera, se esqueci algumas pessoas, fica o meu pedido de desculpas, porém, MUITO GRATO por fazerem parte da minha caminhada.

Deus abençoe cada um e cada uma que aqui estão (e também aos que esqueci, claro). Um grande beijo e abraço!!!

“Voa livre Martin

Com o vento e a maré.

Não existe fim para

Que têm FÉ!!!”

(Muamba Latina)

***Para bem conhecer uma coisa é preciso tudo
ver, tudo aprofundar, comparar todas
as opiniões, ouvir os prós e os contras."***

Allan Kardec

Revista Espírita Setembro de 1866

RESUMO

SENTIDO DE ATIVIDADES DE LAZER EM UMA CLÍNICA PARA DEPENDENTES QUÍMICOS NO LITORAL DO PARANÁ

O consumo de substâncias químicas (lícitas e ilícitas) vem há tempos causando graves e diversos problemas à sociedade. Um destes problemas é a dependência, transformando a vida de milhares de famílias. Os espaços de tratamento desta doença, quando não são os fornecidos pelo governo, são na sua maioria particulares (casas, chácaras, clínicas, etc). Entendendo o lazer e as atividades físicas como subsídios para o tratamento da dependência química, esta pesquisa buscou diagnosticar em uma clínica de recuperação situada no balneário de Pontal do Sul, Pontal do Paraná, se existem atividades lúdicas e físicas ocorrendo naquele espaço, além da opinião dos envolvidos sobre o tema, no tratamento da dependência química e de álcool. Através de visitas e entrevistas semiestruturadas e estruturadas, coletou-se dados que foram correlacionados com a bibliografia. Desta maneira identificou-se a presença do lazer e de atividades físicas ocorrendo constantemente no local, bem como sua importância para os pacientes e diretores, no tratamento da dependência. Porém, somente essas atividades não são totalmente eficientes no tratamento, necessitando uma abordagem multidisciplinar para o campo da dependência química e de álcool.

Palavras-chave: dependência química, lazer e reabilitação/recuperação.

ABSTRACT

The consumption of chemic substances (licits and illicit), for longtime becomes to cause many serious problems to the society. One of them is the dependence, changing the life of thousands families. The treatment space of this illness, when not provide by the government, most of them are private (house, country-house, private hospital). Understanding that leisure activities as subsidy for the chemical dependence treatment, this research tried to diagnose in a recovery clinic located in the resort of Pontal do Sul, Pontal do Paraná, is they have leasure activities, and also they opinion about the them, in the treatment of chemical and alcoholic dependence. Throught visits and interviews, structured and semi-structured, collected data who were correlated with the bibliography. In this way we could identify leisure activities constantly happening there, and also the significance for the patients and managing in the dependence treatment. But, only these activities are not totally efficient in the treatment, it is necessary a multidisciplinary boarding for the chemical and alcoholic dependence field.

Key-words: chemical dependence, leisure and reahabilitation/recuperation.

INTRODUÇÃO

O problema das drogas é um tema bastante discutido atualmente, nacional e internacionalmente. Juntamente com o álcool e o tabaco, foi considerado pela Organização Mundial de Saúde, no ano de 2002, como um dos vinte problemas da saúde mundial (Organização Mundial da Saúde, 2002 *apud* BARROS & PILLON, 2007). A dependência química provoca consequências muitas vezes irreparáveis ao usuário e até mesmo suas famílias. Para o tratamento da dependência, existem os centros, chácaras, casas, clínicas e etc, de reabilitação/recuperação para dependentes de álcool e outras drogas.

Existem os espaços subsidiados pelo governo federal, intitulados CAPS: Centro de Atenção Psicossocial. Além destas moradias, existem as particulares, na maioria das vezes, são ligadas à alguma instituição religiosa ou à Organizações Não Governamentais (ONGs), sobrevivendo (quando não cobram mensalidades obrigatórias) apenas de doações e outros tipos de arrecadações. Por essa questão financeira, nem sempre os locais possuem infraestrutura suficiente para a aplicação de programas envolvendo atividades de lazer. No litoral paranaense, existem aproximadamente treze espaços terapêuticos (clínicas, casas, chácaras, etc) atendendo dependentes químicos e de álcool. Além destas particulares, existem apenas três CAPS, distribuídos em diferentes municípios.

Esta pesquisa buscou identificar em uma destas clínicas particulares se ocorria a prática de atividades de lazer, além da opinião dos pacientes¹ e da diretoria quanto à relação destas atividades com o tratamento. Através de pesquisa bibliográfica e visitas à clínica, foram feitas entrevistas estruturadas e semiestruturadas com pacientes e diretores, coletando-se informações acerca

¹Considerando a dependência química uma doença (PRATTA & SANTOS, 2009), as pessoas em tratamento serão denominados nesta pesquisa como pacientes.

do tema acima citado. Tais informações foram compiladas e discutidas com a bibliografia, para assim chegar à conclusão do presente estudo.

Subdividido em tópicos, este trabalho iniciará com o atual cenário brasileiro e internacional das drogas.

O cenário nacional e internacional das drogas

O consumo excessivo de drogas lícitas (álcool, tabaco e medicamentos sem prescrição médica) e ilícitas (maconha, cocaína, álcool em alguns países, entre outras), é eminente no mundo inteiro. A problemática em torno do abuso e da dependência das drogas, os efeitos negativos sociais e biológicos que estas causam são inúmeros: furtos e roubos, pobreza (até miséria, como no caso de uso do *crack*), proliferação de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs, tendo como a mais séria delas a AIDS, causado pelo vírus da Imunodeficiência Humana, o HIV), entre tantos outros.

De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas de 2012, organizado e realizado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), cinco por cento da população adulta mundial (230 milhões de pessoas), fez uso de substâncias lícitas ou ilícitas no ano de 2010. Dentre estes números, cerca de 27 milhões de pessoas ao redor do mundo, foram consideradas “usuários problemáticos”. As drogas que aparecem como mais consumidas foram a erva *Cannabis Sativa* (maconha) e os estimulantes anfetamínicos (remédios para emagrecimento e estimulantes para a resistência e concentração, também encontrado como metanfetamínicos e *ecstasy*). Segundo o mesmo Relatório da UNODC, entre 119 e 224 milhões de pessoas no mundo, consomem a erva *Cannabis*, tornando o consumo estável. Com base nas apreensões feitas e nos programas de erradicação desta droga, observou-se que a produção aumentou em diversos lugares do mundo, tornando a fiscalização da droga muito difícil (UNODC, 2012). O consumo desenfreado de drogas foi considerado no ano de 2002 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um dos 20 maiores

problemas da saúde pública mundial (Organização Mundial da Saúde, 2002 *apud* BARROS & PILLON, 2007).

Em âmbito nacional, segundo o Relatório Brasileiro sobre Drogas de 2009, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), o consumo de álcool, tabaco e outras drogas (maconha, cocaína, *crack*) acontece de norte à sul, sem distinções de gênero, classe social e/ou etnias. Neste mesmo Relatório, nos anos de 2001 à 2005, o consumo de algumas drogas como maconha, cocaína, álcool e tabaco (entre outras) aumentou (CEBRID, 2009).

Atualmente um dos temas em evidência e discussão é o combate, erradicação, proibição/legalização das drogas (caso da maconha). Embora todas essas substâncias tragam efeitos negativos à saúde da população, a que têm se destacado mais, e é cada vez consumida por mais pessoas é o *crack*.

Os primeiros registros de consumo de *crack* no Brasil datam do ano de 1989 na cidade de São Paulo – SP, embora tenha se propagado a partir de 1990 – ainda em São Paulo - (PROCÓPIO, 2009 *apud* RIBEIRO & LARANJEIRA, 2010). Tal droga deriva da pasta (ou do “resto”) da cocaína misturado a uma quantidade de bicarbonato de sódio tomando a forma de uma pedra. Ao ser queimada, a droga produz um som parecido com um estalo, originando o nome *crack* (KESSLER & PECHANSKY, 2008). Segundo Dunn & Laranjeira (1999) foi facilmente aceita pelos usuários da época por ser mais barata que outras drogas, menor risco de adquirir o vírus HIV (visto que esta droga se fuma e não se injeta) e por produzir efeitos mais intensos que o fornecido pela cocaína. Para acelerar as vendas das pedras de *crack*, os traficantes esgotaram as vendas de outras drogas, deixando como única alternativa as pedras. No ano de 1993, foram registrados 204 casos de apreensões da droga; dois anos depois, em 1995, aumentou incrivelmente para 1.906 apreensões (GOVERNO FEDERAL, 2013).

Ainda de acordo com o Relatório Brasileiro sobre Drogas (CEBRID, 2009), no ano de 2005 a região sul do Brasil foi a que apresentou o maior número de *uso na vida* de *crack*, com 1,1% (em 2001, o número era de 0,5% para a mesma região). A segunda região com maior prevalência de *uso na vida* desta droga, é o sudeste do país, com 0,8% (em 2001 era de 0,4%).

As casas ou centros de reabilitação

Antes de iniciar este tópico, vale destacar que aparecerão as seguintes nomenclaturas: casas de recuperação, clínicas de reabilitação/recuperação, moradias assistidas, comunidades terapêuticas, centros de apoio, etc. Sem ter a intenção de tomar alguma destas terminologias como única verdadeira, ao longo deste trabalho aparecerão tais denominações, representando sempre o mesmo local.

Originando-se de um processo histórico, no Brasil, todas as políticas oficiais voltadas ao tratamento da dependência química vinculam-se à Área Técnica de Saúde Mental/Álcool e Drogas, tendo assim a finalidade da abstinência, ignorando algumas questões como sociais, econômicas, etc, deste modelo de tratamento. Já nos anos de 1950, iniciou-se o tratamento de dependentes na própria comunidade, dando espaço para novos atores (familiares e os próprios pacientes, por exemplo) que se interessavam em auxiliar na recuperação destas pessoas. Isso fez com que os métodos de tratamento comesçassem a diversificar, pois até então o tratamento se dava por medicamentos e em hospitais psiquiátricos (BONADIO, 2010). Segundo EDWARD et.al (1999 *apud* BONADIO, 2010), os espaços de tratamento para dependentes se encontram em diversas formas: clínicas de recuperação, CAPS-ad, Redes Primárias de Saúde, etc.

Em meados da década de 1990, no Brasil, encontram-se notícias das primeiras moradias assistidas. No ano de 2000, a Portaria nº 106/2000, instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT):

Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Como destaca Bonadio (2010), existem dois tipos de SRTs:

SRT I: Visa apenas fornecer suporte nos segmentos do lazer, trabalho e educação para os moradores da residência terapêutica;

SRT II: Possuem diferença significativa do primeiro, pois destina-se àquelas pessoas que permaneceram longo tempo em clínicas psiquiátricas e que deixaram de estabelecer contato com a família. Esta SRT busca a reintegração do indivíduo no espaço da residência como lar, além de trabalhar a integração deste na rede social existente.

Além das SRTs, existem também os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Este segmento do tratamento psiquiátrico surge com o intuito de atender o indivíduo diariamente, trabalhando sua inserção na sociedade, através de ações voltadas à educação, esporte, lazer, trabalho e cultura. A disseminação dos CAPS se deu a partir do ano de 2002, ao ser criada a Portaria nº 336/GM. Agregado aos CAPS, criou-se os Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i) e o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-ad), destinado ao atendimento dos dependentes de álcool e outras drogas. A instalação dos CAPS (bem como os CAPS-ad) se dão nos municípios seguindo os seguintes critérios: CAPS I: Municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II: Municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III: Municípios que ultrapassem 200.000 habitantes. A ideia é os SRTs e os CAPS trabalharem em parceria, atuando de maneira intersetorial e multidisciplinar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 ; BONADIO, 2010).

Um exemplo de intersetorialidade são os Consultórios de Rua. Através do exemplo de um projeto realizado na França chamado de Médicos do Mundo (estes atendem moradores de rua e prostitutas em um ônibus-clínica), os Consultórios de Rua se iniciaram no final dos anos 90, na cidade de Salvador (BA), com o intuito de conscientizar a população em situação de vulnerabilidade social e risco, sobre o consumo de drogas e relações sexuais sem proteção. Este projeto foca principalmente no atendimento às crianças e adolescentes, contando com uma equipe composta por médicos, assistentes sociais, psiquiatras, pedagogos, enfermeiros e psicólogos (GOVERNO FEDERAL, 2013).

No litoral do estado do Paraná, o qual é composto por sete municípios (Antonina, Morretes, Guaratuba, Guaraqueçaba, Matinhos, Pontal do Paraná e Paranaguá), segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES -, encontramos Centros de Atenção Psicossocial em apenas três municípios: Paranaguá, Antonina e Guaratuba (todos do sub tipo CAPS I)

(CNES, 2013).

Embora existam poucas CAPS, há um número considerável de casas de reabilitação privadas espalhadas pelos municípios. Estes espaços possuem diferentes nomes, como: Associação, Casas, Clínicas, Comunidade Terapêutica. Abaixo algumas¹clínicas encontradas na região (quadro1):

| Município | Associação/Clínica/ Comunidade | Gênero | Número de Pacientes | Total de vagas |
|---|---|---|--------------------------|--|
| Paranaguá | Projeto Vida Comunidade Terapêutica | Masculino | 06 | 12 |
| | Adoração para Cristo Comunidade Terapêutica | Masculino | 13 | 15 |
| | Casa de Apoio e Recuperação Jesus Cristo é o Libertador | Masculino | 20 | 30 |
| | Projeto TESE Comunidade Terapêutica | Masculino | 25 aprox. | 30 aprox. |
| | Vida Nova Comunidade Terapêutica | Masculino e Feminino | 35 | 35 |
| | Milagre Eucarístico Comunidade Terapêutica* | Masculino | Em fase de construção | Terá capacidade para 20 menores de idade |
| | ACEFI Comunidade Terapêutica | Masculino e Feminino | 35 M 05 F | Total de 100 (95 M e 05 F) |
| | Desafio Jovem Betel Feminino – Comunidade Terapêutica | Feminino | 12 | 16 |
| | Desafio Jovem Betel Masculino – Comunidade Terapêutica | Masculino | 58 | 60 |
| | Pontal do Paraná | Centro Evangelístico Pontal – CEP Pontal | Masculino | 11 |
| Associação Nova Vida de Pontal do Paraná | | Masculino | 14 | 16 aprox. |
| Matinhos | Casa de Recuperação Jesus é Vida | Masculino | 48 | 60 aprox. |
| | Copiosa | Não foi possível o contato | -- | -- |

Quadro 1. Tabela das casas/clínicas/espacos de recuperação no litoral (fonte: autor)

¹O levantamento das clínicas se deu através de pesquisa na internet, não sendo possível o levantamento total das clínicas existentes no litoral do Paraná. Todas as descritas atendem álcool e drogas.

Recuperação e reabilitação psicossocial: diferentes concepções

Vinculado à área de saúde mental, as terminologias “reabilitação” e “recuperação” surgiram nas últimas décadas (BONADIO, 2010). Encontramos diversas vezes nos nomes das clínicas para dependentes químicos: Casa de Reabilitação “x”; Clínica de recuperação “y”. Embora aparentem semelhanças ou até igualdade no significado, para alguns autores são duas palavras com significados distintos.

A palavra recuperação não representa totalmente o real processo que ocorre no paciente, não existindo portanto, um consenso entre as opiniões acerca do tema. Na maioria dos casos, tanto para os profissionais da saúde quanto para os familiares, espera-se que o processo de recuperação traga ao paciente a realização de alguns objetivos: estabilizar-se em um emprego, ter qualidade de vida, etc. Do ponto de vista dos pacientes, estes veem a recuperação como algo que acontece gradualmente no decorrer do tempo, apresentando assim uma nova maneira de viver e novos propósitos a serem alcançados (JORGE-MONTEIRO & MATIAS, 2007 *apud* BONADIO, 2010). Embora nenhum processo terapêutico possa exigir do paciente o *espírito* de recuperação, por não se tratar de algo que possamos forçar ou até mesmo desejar (DEEGAN, 1988 *apud* BONADIO, 2010), existem locais mais propícios à recuperação que outros (JORGE-MONTEIRO & MATIAS, 2007 *apud* BONADIO, 2010).

Com relação à reabilitação psicossocial, embora esta caminhe junto da recuperação, segundo King et.al (2007) *apud* Bonadio (2010), este processo é voltado aos programas sistematizados, compostos por metas e objetivos a serem alcançados buscando a recuperação do cliente.

Os métodos de tratamento da dependência química e dos transtornos mentais exigem especificidades em ambas as partes. Enquanto as doenças mentais exigem um acompanhamento no momento de crise do paciente, a dependência química necessita do acompanhamento após a internação. Embora nas últimas décadas o sistema de saúde mental tenha buscado

melhorar o atendimento na comunidade, o campo da dependência química ainda enfrenta dificuldades, principalmente por essa falta de acompanhamento após sair da clínica. Atualmente, a prioridade é atuar na fase crítica da doença, com tratamentos a curto prazo (GAGNE et.al, 2007 *apud* BONADIO, 2010).

Não sendo a finalidade desta pesquisa se ater a esta discussão, tanto reabilitação quanto recuperação aparecerão igualmente ao longo do trabalho.

Atividades de lazer no tratamento da dependência

As atividades de lazer têm um papel importante no tratamento da dependência química, pois auxiliam em diversos aspectos como corpo, mente, sociabilização, etc.

Em ambientes fechados, mostrou-se importante, no estudo de Pereira & Bueno (2007), em que estes identificaram a importância do lazer em uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva). Para os autores, a presença do lazer para os enfermeiros e demais profissionais envolvidos naquela área, é fundamental, pois é uma ferramenta para que haja um maior contato e (re)sociabilização entre eles. Identificaram que espaços de lazer podem ser utilizados como locais de “válvulas de escape” das tensões diariamente vividas ali.

Gimeno *et al.* (2000), identificou nas atividades cooperativas de risco e aventura, uma alternativa para a prevenção do uso de drogas por adolescentes. Tal estudo levantou as possíveis atividades a serem aplicadas para os adolescentes, para que estes possam desenvolver a autoestima, equilíbrio pessoal frente a obstáculos na vida, tomada de decisões, independência, etc.

Melo (2003), em um estudo abordando o lazer nos presídios e penitenciárias, constatou a importância de se ter o lazer nestes espaços. Contudo, o intuito de deixar (e também levar) o lúdico para dentro dos presídios não é a resolução dos problemas existentes no sistema penitenciário, na vida social dos detentos e suas famílias, mas sim auxiliar na humanização destas pessoas, das suas sensibilidades e valores, bem como do sistema que os

envolve. Da mesma maneira, Barbanti (2006) identificou a influência positiva de atividades físicas no tratamento de dependentes químicos e depressivos, mostrando que tais atividades podem fornecer subsídios para auxiliar no tratamento destes pacientes.

O lazer pode ser (e é) aplicado de diversas maneiras: filmes, programas televisivos, música, leitura, brincadeiras, atividades físicas, etc. Neste contexto, as atividades físicas acabam entrando como uma forma de lazer. Partindo do princípio que o lazer é fundamental na vida das pessoas (DUMAZEDIER, 1974 *apud* PEREIRA E BUENO, 2007), este trabalho teve por objetivo os seguintes pontos: diagnosticar as atividades gerais e de lazer; profissionais envolvidos na aplicação destas; verificar os espaços disponíveis para a prática das atividades e saber a opinião dos pacientes e dos dirigentes quanto às atividades lúdicas ali aplicadas.

METODOLOGIA

Esta pesquisa se deu sob caráter descritivo, entendendo que a finalidade desta seja apenas descrever o objeto de estudo (GIL, 1999). Desta maneira, buscou-se identificar e quantificar alguns dos locais no litoral paranaense, em especial no município de Pontal do Paraná, que trabalham com dependentes de álcool e drogas: comunidades terapêuticas, casas de recuperação, casas de reabilitação, associações, etc. Após este levantamento, foi possível escolher a clínica para realizar a pesquisa, realizando um primeiro contato por telefone, seguido da primeira visita. No local, através da observação e registros fotográficos autorizados pelos diretores da associação, foram levantados os locais e materiais disponíveis para a prática de atividades físicas e lúdicas. Com a autorização dos diretores, através de entrevista estruturada, levantou-se dados sobre o histórico de fundação da clínica, número de pacientes atendidos, gênero (masculino ou feminino), média de idade, cidade de origem dos pacientes, etc.

Nas visitas seguintes, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os pacientes com o auxílio de um aparelho gravador, autorizado previamente pela direção do local e pelos próprios pacientes. Desta maneira, pessoas do sexo masculino, dependentes químicos e de álcool, com grau de

escolaridade variados, participaram um de cada vez da entrevista fornecendo dados sobre o que o levou a usar tal substância, cidade de origem, nome, idade, envolvimento com o lazer e ou atividades físicas, etc. Por questões éticas, este trabalho manteve o sigilo dos nomes dos entrevistados, bem como da associação, utilizando de nomes fictícios para se referir a eles.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A clínica em estudo é uma associação e teve sua fundação aproximadamente no mês de outubro do ano de 2012. Compõem o quadro administrativo dezesseis pessoas, das quais três atuam diariamente na clínica e uma somente às segundas-feiras (ou em outros dias da semana, mas esporadicamente). Os familiares dos pacientes contribuem mensalmente com o valor que podem, embora somente duas famílias consigam pagar atualmente¹.

Com isso, a clínica depende de doações do comércio local, além da contribuição de pessoas de fora da cidade. A clínica conta com aproximadamente três quartos, um banheiro, uma cozinha, uma sala e um espaço coberto na parte de trás (onde será futuramente a nova cozinha). Ainda têm um pequeno quintal na parte da frente da casa e um maior atrás, onde estão planejando aproveitar este espaço com alguma construção. Nas visitas realizadas, os pacientes estavam em seus afazeres diários, sendo de fácil percepção como as tarefas são desenvolvidas.

Nas entrevistas, a importância de se ter atividades físicas e/ou de lazer se fez presente em sua totalidade. Na opinião dos entrevistados, o lazer e/ou a atividade física aparece como um fator “a mais”, que “soma” no tratamento e na recuperação. Reforçando este pensamento, tomamos DUMAZEDIER (1974, *apud* PEREIRA E BUENO, 1997), como exemplo, em que este autor cita a importância do lazer, por exercer algumas funções como: descanso, divertimento (distração, recreação e entretenimento) e formação do indivíduo (personalidade).

O tratamento na clínica se dá fortemente pela leitura e estudo da Bíblia Sagrada, seguido da terapia ocupacional (atividades do cotidiano, como lavar

¹ Na época em que esta pesquisa foi realizada, somente duas famílias conseguiam contribuir com a mensalidade.

roupa, louça, limpar o quintal, etc). Um dos dirigentes explica sobre a importância da terapia ocupacional na clínica:

A casa, não dá pra liberar, pra eles fazerem o que quer, porque se não fosse obrigada a parte da manhã eles não queriam trabalhar. Porque a dependência química causa, certa preguiça no corpo da pessoa, moleza, né. E eles, e eles, nós determinamos pelo menos uma tarefa, uma hora, uma hora e meia no máximo duas horas de terapia, ocupacional, entendeu. *(Sérgio, 30 anos, dirigente)*¹.

Os pacientes seguem um cronograma de atividades estabelecido pelos diretores da clínica (figura 1):

| PROGRAMAÇÃO | | TABELA DE HORARIOS | |
|-------------|------------------------------------|--------------------|---------------------|
| SEG. | ARTESANATO E ENCINO BIBLICO 20:00 | ACORDAR | -----07:00 |
| TER. | CULTO COM PASTOR MARCOS 20:00 | DEVOCIONAL | -----07:30 |
| QUA. | CULTO COM PASTOR JOÃO.....20:00 | CAFÉ | -----08:00 |
| QUI. | CULTO LIVRE DAS IGREJAS..... 20:00 | ALMOÇO | -----12:00 |
| SEX. | ENCINO BIBLICO.....20:00 | DESCANÇO | -----14:30 |
| SAB. | CONSAGRAÇÃO CULTO NA ASS. 19:30 | TERAPIA | -----15:00 AS 16:00 |
| DOM. | VISITAS E CULTO DA FAMILIA.. 16:00 | CAFÉ TARDE | -----17:00 |
| | | BANHO | -----17:30 AS 19:00 |
| | | JANTA | -----19:00 AS 20:00 |
| | | SILENCIO | -----23:00 |

POBEM SAMUEL DISSE: TEM, POR VENTURA, O SENHOR TANTO PRASER EM HOLLICALITOS E SACRIFICIOS COMO EM QUE SE OBEDEÇA A PALAVRA DO SENHOR EIS QUE OBEDECE E MELHOR DO QUE SACRIFICAR
1º SAMUEL 15:22

Figura 1. Tabela de horários e programação da clínica (fonte: autor)

Em algumas falas deles constatou-se que este tipo de terapia auxilia no tratamento:

Eu gosto de fazer um arroz, gosto de temperar um feijão, gosto de fritar uma carne, gosto de estar ali mexendo. E eu hoje eu estou na terapia da cozinha, que tá me fazendo muito bem, cara, muito muito

¹Sérgio veio de Osasco – SP, como voluntário para auxiliar na clínica. É uma das 3 pessoas que atua diariamente ali. Quando as outras duas se ausentam, ele fica na responsabilidade da clínica.

bom. Passo o dia que eu nem vejo, também eu gosto né. (*Roberto, 31 anos, ex-morador de rua, paciente*)¹.

Só que, só que porra, aqui quando eu cheguei aqui eu já pensei: porra, aqui não vai ter nada pra mim fazer né! Acho que vou ficar mais parado do que, do que antes! Mas sempre têm alguma coisa pra fazer assim, sempre! E já ajuda né! (*Adriano, 33 anos, paciente*)².

Este tipo de abordagem também foi considerado por Oliveira (2006), benéfico aos pacientes, “[...] tem auxiliado no processo terapêutico por favorecer expressão de subjetividades e facilitar a reconstrução psíquica destes indivíduos.[...]”. Porém, a autora ressalta a importância de uma abordagem mais completa desse tipo de terapia, que não se restrinja somente à realização das atividades pontuais, neste caso lavar roupa, limpar o quintal, cozinhar, etc; mas sim em abordar uma terapia ocupacional mais ampla que inicie à partir de um método de prevenção e posteriormente, se necessário, em um tratamento.

A casa de recuperação possui um pequeno espaço para a realização de musculação (figura 2).

¹ Roberto chegou a morar na rua por conta do uso de drogas. Era a sua quinta internação e tinha cinco filhos que estavam com sua mãe, e sua ex-esposa estava presa.

² Adriano estava na sua oitava internação. Era um dos poucos pacientes ali que morava no litoral do Paraná, antes de ser internado. Estava por causa do álcool e tabaco, sendo o mais forte pelo álcool.



Figura 2. Equipamentos para musculação (fonte: autor)

Além deste espaço, os pacientes podem jogar bola no quintal da casa (algumas vezes na rua, mas é muito raro), contam também com alguns materiais para artesanato (figura 3).



Figura 3. Artesanatos prontos para a exposição (fonte: autor)

O artesanato foi citado em algumas das entrevistas, mostrando ser uma das atividades mais interessantes aos olhos deles. Para um especificamente:

Eu acho que o que me ajudou mais, nesse seis mês e quinze dias que eu tô, foi o artesanato mesmo! Se não fosse o artesanato, eu acho que não conseguia! (*Augusto, 28 anos, ex-morador de rua, paciente*)¹.

Melo (2003) ao fazer uma análise da classificação do lazer, elaborada por Joffre Dumazedier, considera os *interesses manuais* como sendo “àqueles cujo prazer se encontra fundamentalmente na manipulação de objetos e produtos”.

A importância desta atividade também foi reconhecida por Santos & Valladares (2008). Estes aplicaram oficinas de pintura e desenho livre, através da Arteterapia, para dependentes químicos em um hospital psiquiátrico. Os

¹Augusto morou dezesseis anos na rua. Não sabe onde estão seus irmãos, somente uma tia. Segundo relatou, procurava clínicas para passar o período do inverno. Estava há seis meses ali, sendo sua segunda clínica (fa diversas vezes na mesma clínica).

pacientes relataram diminuição da ansiedade e maior entendimento no processo de dependência da droga, bem como o que fazer para voltarem a ter uma vida longe do consumo de drogas. Além disso, os autores observaram que os pacientes relataram nos desenhos algo que estava no inconsciente, facilitando uma possível interpretação e entendimento sobre o indivíduo. Da mesma maneira como Manzoni (2005) identificou em um trabalho parecido, a importância da Arteterapia no tratamento de dependentes químicos. Esta autora realizou oficinas de desenhos, na qual constatou o aumento da autoestima nos pacientes.

Na clínica em estudo, os produtos provenientes do artesanato, são levados à uma exposição, onde o dinheiro da venda é revertido para auxiliar no custeio da casa.

Por ser uma clínica dirigida por um pastor da Igreja Evangélica, a “ferramenta/terapia” mais utilizada no tratamento é a Bíblia Sagrada. Os internos leem-na antes das refeições e em outros momentos (antes de dormirem, ao acordarem, etc). Em todas as falas dos entrevistados aparece a satisfação deles por estarem em contato com a Bíblia, pois acreditam que ela fortalece e auxilia muito no tratamento, assim como comenta um dos entrevistados:

Aqui parece que quem têm Fé e acredita, a oração supre todo esse tipo de coisa! Eu acho, pelo menos eu, gosto! (*Paulo, 36 anos, paciente*)¹.

Eles possuem alguns horários livres durante o dia: Das 11h até as 12h; das 12h30min às 14h30min.

Nestes horários livres, cada um faz o que estiver com vontade: dormir, ler, jogar futebol, exercitar-se na “miniacademia”, etc. Ao serem perguntados sobre a leitura, visto que esta aparece na maioria das falas, responderam que alguns livros são trazidos de casa, mas a maior parte lê somente a Bíblia, como destacado nesta fala:

¹Paulo chegou a cursar um ano e meio de faculdade, no curso de Tecnologia de Redes, na Universidade Tuiuti – PR. Estava internado há treze dias, sendo sua primeira internação. O motivo foi o uso de cocaína.

Aham, a Bíblia sim! Não gosto muito de leitura, mas a Bíblia eu já consigo ler assim! Me atrai mais! *(Adriano, 33 anos, paciente)*

Porém, mesmo reconhecendo a Bíblia como a mais forte “ferramenta” no tratamento, em algumas falas os pacientes reconhecem que somente ela não supre tudo:

Só que têm, teve um que ficou aqui 4 dias e foi embora! Ele disse que é Bíblia demais pra cabeça dele!! Daí foi embora. *(Paulo, 36 anos, paciente)*

Você não pode viver só de Bíblia, você não pode viver só de regras pra acordar, pra dormir. Tem que ter um momento do xadrez, tem que ter o momento do vôlei. *(Roberto, 31 anos, paciente)*

O futebol, como não poderia ser diferente no Brasil, predomina como a atividade física mais praticada na clínica. Segundo o relato de alguns deles:

Mas eu tive um sonho, como de dez piá, nove tem, de ser jogador de futebol. E eu sô apaixonado por futebol! *(Roberto, 31 anos, paciente)*

Se não nós jogava direto, todo dia! E pôô, passa o tempo legal ali! *(Adriano, 33 anos, paciente)*

O brasileiro, é é sangue de bola, não precisa nem obrigar eles jogar bola. Já nasce, é a bola e a bola tá no sangue deles! *(Sérgio, 30 anos, dirigente)*

A prática de atividades físicas por um dos pacientes é vista como auxílio na liberação de toxinas, por expeli-las através do suor:

Oh, as vezes você tá jogando bola, ali se tá suando, uma que já tá fazendo bem que você tá suando, aquele crack, aquela pinga, aquele bagulho louco tá saindo tudo! *(Roberto, 31 anos, paciente)*

Este aspecto da atividade física ser favorável por auxiliar na excreção de substâncias químicas através do suor, já foi apontado em outros trabalhos. Pimentel et.al (2008), em um trabalho realizado com mulheres em tratamento para dependência química, identificou esta mesma fala entre a maioria das entrevistadas. As mulheres formaram esta opinião por influência de leituras em revistas, noticiários, etc. Ainda de acordo com o autor, se assim fosse, uma sauna seria o local mais adequado para o tratamento. Segundo Huestis et.al., 1999 (*apud* PIMENTEL, et.al 2008), o processo de excreção da droga via sudorese (suor) depende de alguns fatores como a quantidade de drogas no

sangue, pois isso aumentará as toxinas no suor, e a intensidade do exercício a ser praticado. A liberação destas toxinas pela sudorese dependerá de fatores importantes, não havendo até o momento estudos que comparassem somente este ponto.

Embora o lazer e as atividades físicas tenham se mostrados positivos nas falas dos entrevistados, em um momento surgiu uma pequena crítica a ser ponderada:

A atividade física, é como vamos ver, ela como diz, ela ajuda sim, ela faz sentindo de uma ajuda de uma terapia, de uma coisa a mais, entendeu. Mas, se a gente for focar nessa parte a gente vê, jogadores que entraram no mundo das drogas, esportistas, até mesmo pessoas que tem no mundo dos atletas entram pras drogas, pessoas que depois do jogo vai vai usar droga. Vai pro, vemos muitos atletas infelizmente, que usa drogas! (*Sérgio, 30 anos, dirigente*)

Infelizmente o uso de substâncias ilícitas ocorre mundialmente no campo esportivo profissional e amador. Visando o alto-rendimento para resultados excelentes e muitas vezes inalcançáveis (atletas de ponta), mas também apenas resultados estéticos (musculação em academias), são alguns dos motivos que levam muitas pessoas a fazerem o uso destas substâncias. Diversos atletas já foram punidos pela constatação no organismo de substâncias proibidas: Diego Maradona no futebol; Lance Armstrong no ciclismo; Giba no vôlei de quadra masculino; entre outros. A Agência Mundial Anti-Doping (WADA) é a instituição realizadora dos testes anti-doping. Além disso, realiza um trabalho de conscientização nos atletas profissionais e amadores, visando a não utilização de drogas por parte destes, pois para o atual¹ presidente da WADA, John Fahey, a

WADA foi fundada sobre os princípios que os atletas têm o direito fundamental de participar no esporte livre de doping, e que o doping coloca em risco a saúde do atleta e da integridade do desporto (WADA, 2013).

A Comissão Médica do Comitê Olímpico Internacional (COI) fornece anualmente uma relação dos medicamentos e substâncias proibidas e liberadas, bem como a quantidade permitida para o uso. Muito além da ética

¹Em agosto deste ano (2013), o comitê olímpico internacional (coi), nomeou craig reedie para compor a presidência da wada, substituindo john fahey. porém, somente em novembro deste mesmo ano na conferência mundial sobre doping no esporte, será realizada a eleição formal.

esportista dos atletas envolvidos no doping, o uso sem prescrição médica, incentivo irresponsável por parte de profissionais médicos e desportistas, baixo (ou nulo) controle de qualidade dos produtos (suplementos), acarretam sérios problemas na saúde, sendo considerado um dos problemas de saúde pública (BAPTISTA *etal.*, 2005). Ainda de acordo com Baptista *etal.* (2005), a fiscalização é de difícil abrangência (dificuldades públicas): “a luta é contínua, pois o esporte é um caminho para a vida e não um atalho para a morte”.

Já o uso da televisão é restrito pela direção da casa de recuperação, pois alegam que a televisão leva o indivíduo a um mundo de imaginações, um mundo paralelo no qual pouca coisa (ou nada) é realmente verdadeiro, sendo liberado somente alguns telejornais e filmes em DVD. Os filmes são previamente selecionados pela direção e por alguns missionários que colaboram na clínica:

Porque da televisão aprendemos coisas boas e também aprendemos muitas coisas erradas [...] [...] Porque desde criança a gente jogava vídeo game do mundo de mentira, de violência, a gente assistia desenhos, como superman, homem aranha e agente queria ser superman homem aranha e a gente não somos superman homem aranha, a gente não somos spiderman!
(Sérgio, 30 anos, dirigente)

Para Ribeiro (2008) a programação da televisão fechada brasileira é determinada pelas empresas de produção cinematográficas norte-americanas, hegemônicas na detenção deste setor. Impõe desta maneira o modo de vida, a cultura, economia, norte-americanos, anulando na quase totalidade das vezes os mesmo aspectos em outras regiões do globo: Brasil e América Latina como um todo, Oceania, Europa, África. Seguindo a ideia do mesmo autor, os padrões seguidos pelas empresas cinematográficas são impostos de acordo com o interesse político e econômico das empresas multinacionais: indústria tabagista, automobilística, telecomunicações, armamentista (por meio dos filmes, seriados policiais, etc), entre outras. Resultando assim em uma alienação da população brasileira, como o próprio autor sugere:

Há um atributo de alienação inerente à maioria dos programas da televisão fechada brasileira, cujas representações afastam, obliteram e negam a noção de um país mais integrativo e socializado nas suas diferenças (RIBEIRO, 2008).

Para Baldanza & Abreu (2010), ao estudarem a influência da televisão aberta brasileira, identificaram que este tipo de mídia exerce influência sobre os padrões de beleza aceitos atualmente, ditos como “certos”. Para estes autores, porém, somente a TV não pode ser considerada a única responsável por essa influência na população, mas uma das ferramentas que abrange a maior parte da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O lazer e as atividades físicas parecem importantes no tratamento destas pessoas. Embora a clínica em estudo não tenha estrutura física adequada (o que raramente se encontra em outras clínicas, por diversas questões, mas principalmente o setor financeiro), o lazer e o esporte são fornecidos aos pacientes da melhor maneira possível.

A presença destas atividades é bem recebida por eles, haja vista que suas falas são sempre positivas em relação à estes dois temas. Porém, como destaca Melo (2003) em sua reflexão acerca do lazer em presídios, somente o lazer não resolveria todos os problemas do sistema penitenciário, da vida social de cada preso, etc, mas contribuiria para que houvesse a recuperação da humanização dos presos, de suas sensibilidades e valores, bem como do sistema que os envolve.

Da mesma maneira isso ocorre no campo do tratamento para a dependência química, em que o lazer é um meio de buscar a recuperação e reinserção do indivíduo na sociedade. Deve contar com ações de outras áreas e setores, sendo necessário um programa de tratamento multidisciplinar que busque sempre a integração e participação dos pacientes, para que estes não fiquem em estado de inércia.

Este é um dos principais elementos no tratamento, devendo sempre se ter elementos de ocupação do tempo dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, M.A; PILLON, S.C. Revista de Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, abr/jun, p.261-6, 2007.

BARBANTI, E. Efeito da atividade física na qualidade de vida em pacientes com depressão e dependência química. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. v.11 n.1, p.37-45, 2006.

BONADIO, A. N. O processo de reabilitação psicossocial de dependentes químicos: estudo qualitativo em uma residência terapêutica, Tese (Doutorado), Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Programa de Pós-graduação em Psiquiatria, São Paulo, 204p., 2010.

BAPTISTA, C. A; RODRIGUES, E. R; DAHER, S.; DIOGUARDI, G.; GHORAYEB, N. Drogas lícitas e ilícitas nas academias e no esporte. Revista da sociedade de cardiologia do estado de São Paulo, ed. 3, p.231-241, São Paulo, 2005.

BALDANZA, R. F.; ABREU, N.R. Reflexões sobre as influências da indústria cultural na difusão de valores estéticos: a TV aberta brasileira e a padronização da beleza. Mediaciones Sociales, n. 7, pp. 91-110, II semestre 2010.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. CNES. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=70&VListar=1&VEstado=41&VMun > Acesso em: 2013.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS - CEBRID. Secretaria de políticas sobre drogas; relatório brasileiro sobre drogas. (Orgs.) Duarte, P.C.V; Stempliuk, A; Barroso, L.P. Brasília: SENAD, 2009. 364 p. Disponível em:

<<http://www.escs.edu.br/arquivos/RelatorioBrasileirosobreDrogasResumoExecutivo.pdf>> Acesso em: 2013.

DEEGAN, P. E. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, v.11, n.4, 1988.

DUMAZEDIER, J. *Sociologie empirique du loisir*. Paris: Ed. Du Seuil, 1974.

DUNN, J; LARANJEIRA, R. Transitions in the route of cocaine administration – characteristics, direction and associated variables, 1999.

EDWARDS, G; MARSHALL, E. J; COOK, C. C. H. *O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde*. 3.ed, Porto Alegre, RS: Artmed; 1999.

GAGNE, C; WHITE, W; ANTHONY, W.A. Recovery: a common vision for the fields of mental health and addictions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, v.31, n.1, p.32-37, 2007.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5 ed, São Paulo: ATLAS, p. 44-121, 1999.

GIMENO, J. M. R; FRA, E.P; MONTESINOS, J. L. G; MILLÁN, I. G. La prevención de drogodependencias mediante actividades cooperativas de riesgo y aventura. *Actividad Física y Salud*. ed. 59. p.46-54, 2000.

GOVERNO FEDERAL. Crack, é possível vencer. Consultórios de Rua. Disponível em:<<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/superacao/projetos-bem-sucedidos/consultorio-de-rua>> e <<http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/a-droga/como-surgiu>> Acesso em: 2013.

HUESTIS, M.A. et al. Sweat testing for cocaine, codeine and metabolites by gas chromatography-mass spectrometry. *Journal of Chromatography. B*, v.733, p.247-64, 1999.

JORGE-MONTEIRO F. & MATIAS J. Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? *Análise Psicológica*, 1 (XXV): 111-125, 2007.

KESSLER, F; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenómeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.30, n.2, p.96-98, 2008.

KING R, LLOYD C, MEEHAN T. Key concepts and definitions. In: KING R, LLOYD C, MEEHAN T. *Handbook of psychosocial rehabilitation*. Blackwell Publishing, 2007.

MANZONI, M. A. H. A arteterapia no resgate da auto-estima com dependente químico. Monografia, Especialização em Arteterapia, Universidade Potiguar - UnP, Belém – PA, 44p., 2005.

MELO, V.A. Lazer e presidiários: algumas reflexões. *In: Lazer e Minorias Sociais*. São Paulo: IBRASA. p.133-163, 2003.

MELO, V. A.; ALVES JUNIOR, E. D. Introdução ao lazer. Barueri – SP, Ed. Manole, p.39-50, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE¹. Portaria n.106/GM de 11 de fevereiro de 2000. Disponível

em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23119> Acesso em: 2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE². Portaria n.336/GM, de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> Acesso em: 2013.

OLIVEIRA, Y. C. A clínica terapêutica ocupacional com usuários de substâncias psicoativas: o desafio da práxis. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v.19, n.4, p. 229-233, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. Escritório das nações unidas sobre drogas e crime - UNODC. Relatório mundial sobre drogas de 2012. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/relatorio-da-onu-mostra-que-cerca-de-230-milhoes-de-pessoas-consumiram-drogas-ilicitas-em-2010/>> Acesso em: 2013.

PEREIRA, M.E.R.; BUENO, S.M.V. Lazer – Um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. Revista latino-americana de enfermagem, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 75-83, outubro 1997.

PIMENTEL, G. G. A; OLIVEIRA, E. R. N; PASTOR, A. P. Significados das práticas corporais no tratamento da dependência química. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.12, n.24, p.61-71, jan./mar, 2008.

PROCÓPIO, A. O Brasil no Mundo das Drogas. Petrópolis: Editora Vozes; 1999.

PRATTA, E. M. M; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. Psicologia: teoria e pesquisa, abr-jun, v.25, n.2, p.203-211, 2009.

RIBEIRO, L. M. Televisão fechada no Brasil: identidade e alienação. Encontros de Estudos Multidisciplinares em Cultura – IV ENECULT, Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Comunicação, 15p., maio de 2008.

SANTOS, J. P. R.; VALLADARES, A. C. A. Arteterapia aplicada a jovens com transtornos mentais ao uso abusivo de substâncias psicoativas: trabalhando com a mitologia grega. Disponível em: < http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pibic/trabalhos/J_SSICA.PDF > Acesso em: 2013.

WORLD ANTI-DOPING AGENCY. WADA. Disponível em: < <http://www.wada-ama.org/> > Acesso em: 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Reducing risks,promoting healthy life: Geneva (Swi): WHO, 2002.