

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA
REGIÃO CENTRO-OESTE

RAPHAEL DE SOUZA COSMO

**PERCEPÇÃO DE ADICTOS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA E A INSERÇÃO DE
ATIVIDADE FÍSICA ORIENTADA EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DE
CAMPO GRANDE, MS**

CAMPO GRANDE
2022

RAPHAEL DE SOUZA COSMO

**PERCEPÇÃO DE ADICTOS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA E A INSERÇÃO DE
ATIVIDADE FÍSICA ORIENTADA EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DE
CAMPO GRANDE, MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste. Linha de Pesquisa: Respostas ao exercício e saúde humana.

Orientador: Prof. Dr. Albert Schiaveto de Souza.

CAMPO GRANDE
2022



Ata de Defesa de Dissertação
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste
Mestrado

Aos oito dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e dois, às catorze horas, na videoconferência (à distância), da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Albert Schiaveto de Souza (UFMS), Altemir Luiz Dalpiaz (UFMS) e Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos (UFMS), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho do aluno: **RAPHAEL DE SOUZA COSMO**, CPF 02385772108, Área de concentração em Saúde e Sociedade, do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Curso de Mestrado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "**PERCEPÇÃO DE ADICTOS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA E A INSERÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA ORIENTADA EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DE CAMPO GRANDE, MS**" e orientação de Albert Schiaveto de Souza. O presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra ao aluno que expôs sua Dissertação. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, o presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu parecer expresso conforme segue:

EXAMINADOR	ASSINATURA	AVALIAÇÃO
Dr. Albert Schiaveto de Souza (Interno)		Aprovado
Dr. Altemir Luiz Dalpiaz (Externo)		Aprovado
Dr. Luis Eduardo Moraes Sinesio (Externo) (Suplente)		
Dra. Paula Felipe Martinez (Interno) (Suplente)		
Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos (Interno)		Aprovado

RESULTADO FINAL:

Aprovação Aprovação com revisão Reprovação

OBSERVAÇÕES:

O aluno apresentou o seu trabalho no tempo regulamentar e respondeu satisfatoriamente os questionamentos feitos pelos membros que compuseram a banca.

Nada mais havendo a ser tratado, o Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Assinaturas:

Presidente da Banca Examinadora

Aluno

Dedico a todos aqueles que lutam bravamente e dedicam seu tempo para ajudar as pessoas em situação de rua, dependentes químicos e alcoólatras.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que guiou meus passos em mais este desafio e nunca me desamparou, mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, pela oportunidade de realizar este estudo com o público adicto e me permitiu evidenciar resultados com precisão e relevância social.

Aos coordenadores das comunidades terapêuticas e aos participantes da pesquisa que proporcionaram a coleta dos dados e contribuíram de forma singular para que a pesquisa fosse concluída.

Ao Prof. Dr. Albert que com sua paciência e sabedoria, me desafiou e me guiou para que essa pesquisa fosse executada e concluída com êxito e da melhor forma possível.

À CAPES pela concessão de fomento necessário ao financiamento de todo projeto.

Ao Prof. Dr. Altemir Dalpiaz, por ter me ajudado durante o processo de estruturação dessa pesquisa, ao qual tenho muito respeito e admiração, em especial por ser um dos integrantes da banca examinadora.

Ao Prof. Dr. Paulo Haidamus por ter me ajudado a estruturar a apresentação da dissertação e em especial por aceitar fazer parte como um dos integrantes da banca examinadora.

Aos professores do curso de Educação Física da Universidade Católica Dom Bosco, pela base social e científica que forneceram durante a minha graduação, em especial ao Prof. Me. André Dias de Oliveira, que me apresentou ao mundo científico em 2016 e ao qual tive o privilégio de publicar em sua parceria meu primeiro artigo, fruto de um Trabalho de Conclusão de Curso.

Ao Prof. Me. Gildiney Alencar, por ter me incentivado a buscar conhecimento, por ter me ajudado na elaboração do pré projeto de pesquisa e estar sempre pronto a tirar qualquer tipo de dúvidas a qualquer hora do dia.

Ao Pastor Milton César pelos seus ensinamentos, amor ao ajudar o próximo e por ser exemplo e inspiração para a realização desse estudo.

Aos Pastores Wilson Sérgio e Delamarys Dorabiatto por todos os ensinamentos, suporte espiritual, pela paciência e parceria durante esse tempo que estamos juntos na missão.

*“Nossas amizades tornam-se profundas e sentimos o calor e o carinho de adictos
partilhando a recuperação e uma vida nova.”*
(NARCÓTICOS ANÔNIMOS).

RESUMO

Tema: Percepção de adictos sobre a qualidade de vida e a inserção de atividade física orientada em comunidades terapêuticas de Campo Grande, MS; tal abordagem enfatiza a dependência química como uma doença crônica que possui diversas causas, sejam fisiológicos, comportamentais ou cognitivos e a utilização de substâncias psicoativas geram danos nos usuários e interfere na qualidade de vida, na maior parte dos casos. **Justificativa:** A atividade física colabora no plano de tratamento de adictos, pois apresenta uma opção de sentir bem estar sem usar as drogas; e com o atendimento de profissionais preparados e acolherem em um novo modo de vida, pode cooperar para que estes sujeitos readquiram sua autoestima, recomecem sua vida social de maneira mais saudável, assim a inserção da atividade física orientada pode colaborar no plano de tratamento e na qualidade de vida, na percepção dos adictos residentes em comunidades terapêuticas de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, justificou-se a realização desse estudo. **Objetivo:** o objetivo deste estudo foi avaliar a percepção de adictos sobre a inserção da atividade física orientada, a qualidade de vida e a inserção de atividade física orientada em comunidades terapêuticas de Campo Grande, MS. **Método:** Estudo de caso, observacional de corte transversal caracterizado quali-quantitativa, de natureza aplicada com procedimentos de campo à adictos participantes de seis comunidades terapêuticas de Campo Grande -MS; foi necessário ao menos 5% de adictos participantes, e, para compensar possíveis perdas e recusas, foi realizado o acréscimo de 10 a 15%. Foram aplicados dois questionários: a) Atividade física através de um questionário semiestruturado (Apêndice C); b) Qualidade de vida através do *WHOQOL-bref* – avaliação de qualidade de vida (Apêndice D). **Resultados:** A pesquisa apresenta relevância, por expor assuntos pertinentes à recuperação de adictos por meio de atividade física orientada e visando conscientiza-los nesta prática como aliada no plano de recuperação. Os adictos mais novos (18 a 30 anos), relataram um maior envolvimento na prática regular de atividade física na CT (90,2%), em relação aos adictos mais velhos (mais de 30 anos), e também os adictos com menos tempo de internação (menos de 6 meses) é mais ativo fisicamente (76,45%), do que os adictos com mais tempo internado (acima de 6 meses), com (59,5%). Adictos com cônjuge tem um ambiente de relação social maior (70,3%), do que os que não possuem cônjuges (52,1). Em relação ao meio ambiente onde os adictos estão inseridos, os que estão em administração pública (61,5) julgaram negativo, contra (45,6) que estão em administração privada. **Conclusão:** a inserção da atividade física orientada e a percepção da qualidade de vida e da satisfação com a saúde através dos domínios física, psicológico, relações sociais e meio ambientes de adictos residentes em comunidades terapêuticas em Campo Grande/MS, faz-se necessário divulgar a importância dos profissionais da educação física no âmbito do tratamento da dependência de drogas, inserir programas de exercícios físicos nas estratégias terapêuticas para acelerar o processo de recuperação e oferecer aos dependentes um apoio fisiológico para prevenção de recaídas e melhoria da saúde e da qualidade de vida.

Descritores: Dependência química; Qualidade de vida; Atividade física; Comunidade terapêutica.

ABSTRACT

Theme: Addicts' perception of quality of life and the insertion of guided physical activity in therapeutic communities in Campo Grande, MS; such an approach emphasizes chemical dependence as a chronic disease that has several causes, whether physiological, behavioral or cognitive, and the use of psychoactive substances causes damage to users and interferes with quality of life, in most cases. **Justification:** Physical activity collaborates in the treatment plan for addicts, as it presents an option to feel good without using drugs; and with the care of professionals who are prepared and welcome in a new way of life, it can cooperate for these subjects to regain their self-esteem, restart their social life in a healthier way, so the insertion of oriented physical activity can collaborate in the treatment plan and in the quality of life, in the perception of addicts residing in therapeutic communities in Campo Grande, Mato Grosso do Sul, justified this study. **Objective:** the objective of this study was to evaluate the perception of addicts about the insertion of guided physical activity, the quality of life and the insertion of guided physical activity in therapeutic communities in Campo Grande, MS. **Method:** Case study, observational cross-sectional characterized qualitative and quantitative, of an applied nature with field procedures to addicts participating in six therapeutic communities in Campo Grande -MS; at least 5% of participating addicts were required, and to compensate for possible losses and refusals, an addition of 10 to 15% was made. Two questionnaires were applied: a) Physical activity - through a semi-structured questionnaire (Appendix C); b) Quality of life through the WHOQOL-bref – quality of life assessment (Appendix D). **Results:** The research is relevant, as it exposes issues relevant to the recovery of addicts through oriented physical activity and aiming to make them aware of this practice as an ally in the recovery plan. Younger addicts (18 to 30 years old) reported greater involvement in regular physical activity in the TC (90.2%) compared to older addicts (over 30 years old), as well as addicts with less time of hospitalization (less than 6 months) is more physically active (76.45%), than the addicts with longer hospitalized (over 6 months), with (59.5%). Addicts with a spouse have a greater social environment (70.3%) than those who do not have a spouse (52.1). Regarding the environment where the addicts are inserted, those who are in public administration (61.5) judged it negative, against (45.6) who are in private administration. **Conclusion:** the insertion of guided physical activity and the perception of quality of life and satisfaction with health through the physical, psychological, social relationships and environments of addicts residing in therapeutic communities in Campo Grande/MS, it is necessary to disclose the importance of physical education professionals in the context of drug addiction treatment, inserting physical exercise programs into therapeutic strategies to accelerate the recovery process and offering addicts physiological support to prevent relapses and improve health and quality of life .

Descriptors: Chemical dependency; Quality of life; Physical activity; Therapeutic community.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Drogas e características segundo seus efeitos23

Quadro 2: Facetas com avaliações positivas e negativas/indiferença em relação aos domínios do WHOQOL-bref de adictos em recuperação, Campo Grande – 2021 (n=177).43

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Número, porcentagem e Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) de adictos em recuperação segundo as características da amostra e dados relacionados ao uso de drogas, Campo Grande – 2021 (n=177).....	39
Tabela 2 – Número, porcentagem e Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) de adictos em recuperação segundo os dados relacionados à atividade física, Campo Grande – 2021 (n=177).....	40
Tabela 3 – Número, porcentagem e Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) de adictos em recuperação segundo a autoavaliação da qualidade geral e satisfação com a saúde, Campo Grande – 2021 (n=177).	41
Tabela 4 – Média e Desvio-padrão dos escores transformados em escala de 0 a 100 dos domínios do WHOQOL-bref de adictos em recuperação, Campo Grande – 2021 (n=177).....	42
Tabela 5 – Associação entre as características da amostra, dos dados relacionados ao uso de drogas e dos dados relacionados à atividade física com a qualidade de vida geral, satisfação com a saúde e a realização de atividade física regular na CT de adictos em recuperação segundo os dados relacionados à atividade física, Campo Grande – 2021 (n=177).	44
Tabela 6 – Associação entre as características da amostra, dos dados relacionados ao uso de drogas e dos dados relacionados à atividade física com os domínios da qualidade de vida de adictos em recuperação segundo os dados relacionados à atividade física, Campo Grande – 2021 (n=177).....	46
Associação entre uso de drogas e dos dados relacionados à atividade física com os domínios da qualidade de vida de adictos em recuperação segundo os dados relacionados à atividade física, Campo Grande – 2021 (n=177).	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	- CEP
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	- CTs
QUALIDADE DE VIDA	- QV
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE	- OMS
DIETILAMIDA DO ÁCIDO LISÉRGICO	- LSD
MATO GROSSO DO SUL	- MS
QUALIDADE DE VIDA	- QV
TETRAHIDROCANABINOL	- THC
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL	- UFMS
WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE	- WHOQOL-Bref

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DO AUTOR	12
1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E MOTIVOS ASSOCIADOS AO USO DE DROGAS	17
2.2 QUALIDADE DE VIDA	25
2.3 ATIVIDADE FÍSICA PARA PACIENTES EM AMBIENTES TERAPÊUTICOS	30
3 OBJETIVO	34
3.1 OBJETIVO GERAL	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
4 MATERIAIS E MÉTODOS	36
4.1. TIPO DE ESTUDO	36
4.2 SUJEITOS.....	36
4.3 PROCEDIMENTOS REALIZADOS / PROCEDIMENTOS DE COLETA	38
4.4. ANÁLISE DE DADOS.....	38
5 RESULTADOS	40
6 DISCUSSÃO	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	67
ANEXO	73
Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)	73
APÊNDICES	74
APÊNDICE A – CARTA DE PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO	74
APÊNDICE B – CONVITE À PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA.....	75
APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	77
APÊNDICE D – Questionário de Qualidade de Vida - Abreviado (<i>WHOQOL-bref</i> – Versão em Português)	79

APRESENTAÇÃO DO AUTOR

Meu nome é Raphael de Souza Cosmo e nasci em Campo Grande no dia 28 de fevereiro de 1990. Frequentei o Ensino Fundamental e Médio em escola pública e fiz minha graduação na Universidade Católica Dom Bosco ao qual graduei em Educação Física em 2015 em licenciatura e 2016 em bacharel.

Em 2020 decidi fazer o mestrado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste com o intuito de colaborar com o público adicto para que possamos ter um olhar mais crítico, entender das dificuldades do processo de recuperação e achar soluções para melhoria no processo de tratamento desse público no Brasil.

O que me motivou a escolher essa área de pesquisa e intervenção foi quando passei por um processo de tratamento oriundo da adicção em entorpecentes, adicção essa que iniciou como certa aventura no período que servia as forças armadas como forma recreativa começou na maconha, mas não gostei e parti para a pasta base de cocaína. Por dois anos comecei a me afastar dos familiares, amigos, perdi bens, moto, carro, emprego e a vontade de viver em meio à sociedade, fazendo que me isolasse de tudo e de todos criando somente o laço entre eu e as drogas. Quando percebi o que estava acontecendo, resolvi mudar. Em 2011, após dois anos na dependência química, ouvi através de um amigo que tinha conhecido no quartel uma comunidade terapêutica por nome Clínica da Alma, fui acolhido pelo responsável, o Pastor Milton e fiquei por oito meses no processo de recuperação nessa instituição.

Na fase do tratamento a chegada de minha filha Deborah Rafaelly, foi o que mais me motivou a buscar o tratamento, claro que tem que ter a vontade de mudar, a dedicação no processo de recuperação, mas a perspectiva do futuro. Na época, eu tinha uma namorada, que hoje é minha esposa. Ela (Raissa) acabou engravidando. Então, isso me motivou a querer o tratamento.

Foi uma experiência impar, fui muito bem acolhido por todos, porém o que me chamou atenção foi que durante os momentos de lazer, não tinha algo que fazia com que os adictos se exercitassem ou qualquer instrução de como fazer. Por meio da clínica consegui ser empregado numa empresa no ramo de sorvetes. Em 2013, dei o primeiro passo rumo a carreira que almejava, que era fazer faculdade de educação física e através dessa empresa por saberem da minha história e sonho me ajudaram a custear. Para o TCC (Trabalho de Conclusão de Curso), escolhi como tema o exercício físico como auxílio no tratamento do dependente químico, dando o primeiro passo como pesquisador e contribuir com esse público que faço parte e tenho o maior carinho e vontade de contribuir, tendo em vista que alguns adictos desistem do tratamento pela falta de um profissional para orienta-lo, não só com a prática de exercícios físicos, mais sem em vários outros aspectos.

Infelizmente na realidade das comunidades terapêuticas não temos nenhuma lei que defini as políticas públicas da equipe multidisciplinar que possa atuar nessas comunidades, então minha vontade é que o profissional da educação física possa estar inserido nessa equipe junto aos demais profissionais e que o essa recuperação possa ser otimizada com essa colaboração. Creio que estamos no caminho e esse estudo será um passo muito importante para que esse sonho seja realizado com fundamentação e com continuidade assim que ingressar no programa de Doutorado.

1- INTRODUÇÃO

A dependência química é considerada uma doença crônica que possui diversas causas, expressada por um gama de acontecimentos sejam eles fisiológicos, comportamentais ou cognitivos devido à utilização de substâncias psicoativas que geram danos nos seus usuários e interfere na qualidade de vida, na maior parte dos casos (CAPISTRANO et al., 2013) e que necessita de intervenções profissionais qualificadas (FERREIRA et al., 2015) que possam reabilitar e reinserir esse indivíduo na sociedade (FIGILE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010).

De acordo o levantamento realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas, em 2001, 19,4% da população brasileira já fizeram uso de drogas na vida, sem contar a utilização de tabaco e álcool (BRASIL, 2002b), e em 2005, este número aumentou para 22,8% (BRASIL, 2006), mantendo a média de 22% na investigação mais recente de 2015 (BRASIL, 2019).

Ainda existem preconceitos quando se trata do tema "drogas", mas poucas pessoas têm o conhecimento da existência de Comunidades Terapêuticas (CTs) para auxiliar no tratamento e na recuperação dessas pessoas que possuem algum tipo de dependência química.

Segundo Santos (2018), o principal intuito das CTs é levar à suspensão do uso de drogas através de um conjunto de práticas e atividades realizadas em um contexto de isolamento social e total abstinência de drogas, caracterizadas por residências coletivas temporárias, nas quais os indivíduos devem ingressar voluntariamente e ali permanecer por períodos extensos (em geral, de nove a doze meses) junto a um grupo de pessoas sob as mesmas condições e vigilância de monitores, tratando principalmente indivíduos adictos (pessoa francamente propensa a uma determinada prática que também pode ser interpretado como viciado).

As CTs representam um dos modelos de cuidado às pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas presentes não só no Brasil, mas em diversos outros países. Esse modelo se desenvolveu e se disseminou a partir de iniciativas da sociedade civil, muitas vezes articuladas a organizações religiosas e guardam certa semelhança com outras organizações que, ao longo da história, têm prestado serviços assistenciais a pessoas em situação de

vulnerabilidade social – abrigos, hospitais filantrópicos, entre outros – com base nos preceitos cristãos da caridade e da solidariedade (SANTOS, 2018).

Vários fatores podem desencadear a dependência química, sendo necessária a ação de diferentes áreas e intervenções profissionais em seu tratamento, e uma delas é a educação física, Pimentel, Oliveira e Pastor (2018) mencionam que o profissional de Educação Física tem um papel fundamental para a inclusão daqueles alunos muitas vezes tímidos, rebeldes ou desinteressados, já que realizam a inclusão desses indivíduos em atividades que exijam a relação social, preenchendo aquele vazio que era apenas sanado com o uso de drogas.

A prática de atividade física orientada pode ser utilizada como estratégia de contribuir na recuperação, principalmente aquelas voltadas para a educação e lazer, já que contribui no controle do estresse e ansiedade. Por meio das atividades físico-esportivas podem ser trabalhados conhecimentos sobre seus benefícios à saúde, sendo discutidos e levados para a vida dos adictos depois da reabilitação (PIMENTEL; OLIVEIRA; PASTOR, 2018).

É importante lembrar que a pessoa em tratamento não é obrigada a se manter no programa de reabilitação dentro das CTs e à esta “fica resguardado [...] o direito de desistência, sem qualquer tipo de constrangimento” (BRASIL, 2002a, p. 85), porém, com a inserção de atividades físicas acredita-se que isto possa acontecer em menor número.

Por motivos vivenciados em uma CT, por ver a falta de atividade física nessa comunidade terapêutica e por ver bastante adictos desistirem do plano de recuperação por falta de profissionais capacitados para lhe darem apoio, instrução para uma boa recuperação e a falta de políticas públicas para delimitar uma equipe multidisciplinar nessas CTs. Desperto-me a curiosidade de realizar uma pesquisa com responsáveis pelas diversas CT's de Campo Grande, MS, para inicialmente investigar a importância de se ter um profissional de educação física inserido no plano de recuperação desses adictos com planejamentos, aplicação e orientações e de atividade física voltada especialmente a eles. Durante essa pesquisa realizada em sete CTs de Campo Grande, MS, mostrou que a atividade física é importante para a recuperação dos adictos atendidos, é bem vista pelos administradores destes locais e a inserção de um profissional na prescrição e controle dessas atividades é

essencial para a condução de tais atividades dentro dessas comunidades (COSMO et al., 2019).

Diante da falta de estudos com o público adicto em recuperação no aspecto da inserção do profissional de Educação Física, e também da atividade física orientada e aplicada a esse público, como também a falta de conscientização dos órgãos competentes, coordenadores e monitores das CTs, ou até mesmo o próprio adicto sobre a relevância de inserir esse profissional junto à uma equipe multidisciplinar e também definir quais profissionais devem fazer parte dessas equipes fundamentando assim um projeto de políticas públicas voltadas ao plano de tratamento nas CTs, vendo que a falta deste profissional já detectada em um estudo direcionado a importância do mesmo, entrevistando coordenadores e monitores das CTs em Campo Grande-MS, o objetivo deste estudo foi avaliar a inserção de atividades físicas orientadas, a percepção da qualidade de vida e da satisfação com a saúde através dos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente de adictos residentes em comunidades terapêuticas em Campo Grande/MS.

Por percepção entende-se a habilidade para captar, processar e entender a informação que nossos sentidos recebem, é ainda o processo cognitivo que permite interpretar o ambiente com os estímulos que recebemos através dos órgãos sensoriais (SMITH e SOUZA FILHO, 2014).

Investigar a qualidade de vida e verificar a visão dos adictos sobre a prática de atividade física orientada por um profissional de Educação Física no plano de recuperação é importante para que seja realizado um programa adequado nas CTs de Campo Grande, as atividades planejadas sejam mais voltadas para este público para auxiliar no tratamento dessa população.

Além da produção de novos conhecimentos sobre a qualidade de vida do público adicto e também da atividade física orientada, tema que ainda precisa ser bastante investigado, este trabalho aborda o tema da dependência, incorporando o exercício físico como uma estratégia para estimular a recuperação, reabilitação e socialização dos dependentes. Este estudo pode contribuir significativamente para o desenvolvimento de intervenções, criação de políticas públicas com a definição de uma equipe multidisciplinar de atuação nas CTs e programas voltados para este público, de forma com que reduza gastos para a administração pública, diminuição de danos materiais e físicos com os que sofrem com os que estão expostos com

essa doença, bem como estimular os adictos a terem um estilo de vida mais saudável e almejarem uma melhor qualidade de vida.

Destacamos a necessidade de especificidades na avaliação do estado geral dos indivíduos, para que o programa de exercícios físicos seja bem dimensionado no planejamento e na intervenção terapêutica. Baseado no exposto esta pesquisa apresenta o questionamento sobre a hipótese de: A inserção da atividade física orientada pode colaborar no plano de tratamento e na qualidade de vida, na percepção dos adictos residentes em comunidades terapêuticas de Campo Grande, MS?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E MOTIVOS ASSOCIADOS AO USO DAS DROGAS

A dependência química é também conhecida por adicção, uma doença progressiva, incurável e que pode levar à morte. Adicto é uma palavra de origem grega que significa escravo. Na concepção atual, adicto designa o dependente, o escravo, das drogas. Toda a sua vida e seus pensamentos estão centrados em drogas de uma forma ou de outra seja obtendo, usando ou encontrando maneiras de conseguir mais (CORREIA, 2018).

A dependência química é uma doença de caráter social, físico e psíquico. Com o uso de drogas o usuário supre necessidades psicológicas e com isso passa a consumi-la frequentemente para satisfazer-se, evitar sensações de mal estar e buscar resoluções para seus problemas anteriores, progressivamente a droga desperta sensação de fissura invencível de usar drogas para desfrutar da sensação de prazer; com as desigualdades financeiras, de oportunidades e de conhecimento e situações conflitantes relacionadas a valores desperta-se a dependência química sendo ela também um fator social (BUCHELE; MARCATTI; RABELO, 2004).

O termo droga pode ser definido por “substância entorpecente, alucinógena ou excitante, ingerida em geral com o fato de alterar transitoriamente a personalidade” (FERREIRA, TUFIK e MELLO, 2001, p. 32).

Cavalcanti (1997) ressaltou que o uso de drogas é uma prática antiga e universal; porém, foi a partir dos anos de 1960 que o abuso se tornou preocupação mundial, ocupando espaços nos meios de comunicação e gerando um modismo em amplas faixas da sociedade.

Correia (2018), completa dizendo que a progressão da doença se dá com o decorrer do tempo de uso. As ações e as preocupações do adicto em relação à droga vão se modificando proporcionalmente, de acordo com sua evolução. O usuário já não fica satisfeito com o que usa, pois o organismo já ficou tolerante ao tipo e a quantidade de droga do início da drogadição e sente a necessidade de se

drogar mais vezes e com maior intensidade, conhecendo e passando a usar novas drogas.

Quando cotou sobre o indivíduo e vício, separou o indivíduo em níveis de vício, dizendo que este pode ser apenas um usuário experimentador (uso por curiosidade), ou um usuário ocasional (quando este uso ainda não provocou rupturas nas relações afetivas, sociais ou profissionais), mas pode também ser um usuário habitual (faz uso frequente, ainda controlado, mas já apresenta sinais de ruptura), e por fim o dependente ou toxicômano (vive pela droga e para droga, descontroladamente e com rupturas em seus vínculos sociais, isolamento e marginalização) (MURAD 1994).

O termo droga poderá ter várias interpretações, mas no senso comum é considerada uma substância proibida, de uso ilegal e nocivo ao indivíduo, modificando-lhe as funções, as sensações, o humor e o comportamento. Do ponto de vista jurídico, segundo o artigo 1.º da Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006 (Lei de Drogas), “consideram-se como drogas as substâncias ou produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União” (BRASIL, 2006).

As drogas são todas e quaisquer substância, natural ou sintética que a partir do momento que está no organismo vai modificar as suas funções; existem as drogas naturais que são obtidas através de determinadas plantas, de animais e de alguns minerais, como o caso da cafeína, a nicotina, o ópio (na papoula) e o tetraidrocannabinol (THC, da cannabis) e as drogas sintéticas fabricadas em laboratório (ROBBINS, 2003).

Dentro das drogas naturais e sintéticas, as drogas estão classificadas em três categorias: as drogas estimulantes, as depressivas e as de perturbadores das atividades mentais. As estimulantes/psicotrópicas afetam o Sistema Nervoso Central, modificando as atividades psíquicas e o comportamento, diminuem a fadiga, aumentam a percepção ficando os demais sentidos ativados. Estas podem ser absorvidas por injeção, por inalação, via oral ou injeção intravenosa, é o caso da cocaína, crack, cafeína, teobromina, ecstasy, metanfetamina, anfetaminas, entre outras (ROBBINS, 2003).

As drogas depressivas aumentam a frequência cerebral e podem dificultar o processamento das mensagens que são enviadas ao cérebro, como o álcool,

barbitúricos, diluentes, clorofórmio, ópio, morfina, heroína, maconha, haxixe, entre outras. As drogas que causam perturbações nas atividades mentais, designadas de Psicodistópticas ou alucinógenarias têm por característica principal a despersonalização em maior ou menor grau, o caso dos cogumelos, skunk, LSD, psilocibina e chá de cogumelo (ROBBINS, 2003).

Considerando que toda droga é motivada a ser consumida, importante frisar sobre a motivação com indicação do conjunto de razões ou motivos que explicam, induzem, incentivam, estimulam ou provocam algum tipo de ação ou comportamento. O termo motivação foi utilizado com os mais diversos significados o que causou uma grande confusão sobre o assunto, segundo Maitland (2000, p. 15) a motivação é a força ou o impulso que leva os indivíduos a agirem de uma forma específica. Assim salienta-se que a motivação é uma expressão que indica um estado psicológico de disposição ou vontade de perseguir uma meta ou realizar uma tarefa. Assim vislumbra-se que os motivos internos são as necessidades, aptidões, interesses e habilidades do indivíduo, que o fazem capaz (ROBBINS, 2003).

Visto que uma vez constatado a necessidade, o organismo entra num estado de saciedade ou satisfação, e o objeto de comportamento deixa de representar um estímulo, porque se extinguiu o impulso interno para persegui-lo, assim “a motivação é apenas um elemento para se conseguir que os funcionários tenham o mais alto nível de seu desempenho” e os indivíduos necessitam possuir aptidões e o talento necessário para um desempenho adequado ao cargo (ROBBINS, 2003, p. 341).

O jovem ou adulto é levado a usar essas substâncias por curiosidade, aceitação, fugir da realidade ou dos problemas, no entanto não entram nesse meio achando que poderão ficar viciados. No entanto ao consumi-las alguns passam mal e nunca mais querem utilizá-las, outro grupo se sente bem e volta a usar e aí que está o perigo, pois quanto mais se ingere mais cresce a probabilidade da dependência, porque o corpo começa a produzir sentimentos de alegria e bem estar, mas quando o efeito passa a ausência da droga traz depressão e por consequência pedindo mais do narcótico (MAITLAND, 2000).

É fato que nem todo usuário é dependente, mas todo dependente já foi usuário, ou seja, a linha é tênue entre ambos e independente do consumo causam consequência. A maior parte entra nesse mundo das drogas por vontade própria e

não analisando as consequências que tal decisão acarretará lá na frente, pois uma vez que se contrai a doença é muito difícil o mesmo buscar ajuda “é muito comum que os dependentes se recusem a procurar um tratamento, acreditando que isso seja uma demonstração de fraqueza ou incapacidade de superar seus problemas” (MAITLAND, 2000, p. 28).

A verdade é que abandonar uma droga a qual se está dependente, não é uma questão apenas de força de vontade, pois o uso frequente da droga provoca uma real alteração no organismo do usuário e por isso precisa ser tratado. As consequências neurológicas se não tratadas a tempo podem ser irreversíveis como a esquizofrenia e outras doenças psicóticas tratadas mais à frente neste estudo. Existem diversos motivos para que o indivíduo seja influenciado no início do consumo das drogas. Estes motivos podem ser individuais, sociais, familiares, ambientais e inerentes a cada substância (MAITLAND, 2000).

No início, quando um indivíduo começa, tudo não passa de uma fase de experimentação. Existe assim um conjunto de fatores que podem levar a esse consumo dos quais se destaca: a curiosidade, a vontade de pertencer a um grupo, o anseio por diversão, o medo da exclusão do grupo, a disponibilidade da droga, a ilusão da resolução de problemas, uma representação positiva das substâncias, entre outros. Este consumo de experimentação poderá não conduzir a um consumo habitual, mas pode tornar-se numa dependência (MAITLAND, 2000).

De modo geral, os motivos que normalmente levam alguém a provar ou a usar ocasionalmente drogas incluem os problemas pessoais e sociais, por iniciativa própria, influência de amigos, da sociedade e publicidade de fabricantes de drogas lícitas, devido à sensação imediata de prazer que produzem, a facilidade de acesso e obtenção, a vontade ou impressão de que elas podem resolver todos os problemas ou aliviar as ansiedades, fuga a problemas, como estimulante, poder ficar acordado ou dormir profundamente, para esquecer ou memorizar, para inspirar, fortalecer, para aliviar dores, tensões, angústias e depressões, encontrar novas sensações e, novas satisfações. Assim, perante todos estes motivos é necessário estar-se atento aos diversos e variados sinais de que, o indivíduo estará a consumir. Os sinais podem começar por simples mudanças dos ritmos de vida, como o caso do sono e alimentação, mudanças bruscas de humor, o mentir à família e amigos, guardar grandes segredos sobre a sua vida e atividades, as suas relações com os

amigos, gastos inexplicáveis de dinheiro. Contudo, é importante ter em atenção que tais sinais poderão ser facilmente confundidos com os típicos problemas da idade e fase da vida do indivíduo. No entanto, existe um conjunto de sinais evidentes de consumo de drogas, como o aparecimento de agulhas e seringas, marcas de picadas de agulhas, colheres ou facas queimadas, pratas de maços de tabaco ou papel de alumínio queimado. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), cada tipo de droga é classificado pelo seu grau de perigosidade, seguindo critérios como o maior ou menor perigo tóxico, a maior ou menor capacidade de provocar a dependência física, e a maior ou menor rapidez em que esta dependência se estabelece (CAMPOS et al, 2013).

Assim sendo, as drogas são classificadas em quatro grupos: o grupo do Ópio e derivados (morfina, heroína), o grupo dos Barbitúricos e álcool, E o grupo da Cocaína e anfetaminas e, pelo grupo 4 do LSD, *canabinóides*, tabaco (CAMPOS et al, 2013).

As drogas que mais circulam e conseqüentemente as mais consumidas são a cocaína, o ecstasy, o LSD, heroína, ópio e as Anfetaminas. A cocaína ou éster do ácido benzóico é uma droga alcalóide, derivada do arbusto *Erythroxylum coca* Lamarck, é um estimulante que causa grande dependência. O seu uso continuado pode levar à hipertensão arterial e distúrbios psíquicos. Uma droga composta por cocaína é o crack. O crack é uma droga de uso recreativo, sólida em forma de cristal, que pode ser fumada (CAMPOS, et al. 2013).

A cocaína no Brasil foi substituída pelo crack, que provoca um efeito semelhante sendo tão potente quanto a cocaína injetada. O crack eleva a temperatura corporal, podendo levar a um acidente vascular cerebral, causa também, destruição de neurónios e provoca a degeneração dos músculos do corpo. Outra das drogas utilizadas é o ecstasy, também designado por metilenodioximetanfetamina ou pílula do amor. Esta é uma droga moderna sintetizada, neurotóxica, que causa a diminuição da reabsorção da serotonina, dopamina e noradrenalina no cérebro, levando à euforia, sensação de bem-estar, alterações da percepção sensorial do consumidor e grande perda de líquidos.

O LSD é o acrônimo de Lysergsäurediethylamid, e é outra das drogas mais utilizadas. Este é um composto cristalino que ocorre naturalmente como resultado

das reações metabólicas, podendo ser produzido a partir do processamento das substâncias do esporão do centeio (GURFINKEL (2005).

A heroína ou diacetilmorfina, outra das drogas mais utilizadas, é uma droga opióide natural ou sintética, produzida e derivada do ópio, extraído da cápsula (fruto) de algumas espécies de papoila. O consumo de heroína pode causar dependência física, envelhecimento acelerado e danos cerebrais irreversíveis. A utilização excessiva desta droga foi a partir da década de 60, estando o seu consumo culturalmente associado ao movimento da banda de rock inglesa, The Beatles (1965 a 1967). O ópio em tempos foi utilizado para fins medicinais, atualmente já não tem esse fim (GURFINKEL, 2005)

Segundo Gurfinkel (2005) o ópio é preparado quimicamente para produzir morfina e codeína, embora a morfina seja agora utilizada com fins medicinais, o tráfico de ópio continua a ter destino no mercado das drogas. Alguns dos componentes químicos do ópio, não têm, no entanto, consequências graves para o organismo humano. As anfetaminas são de origem sintética e são mais frequentemente injetadas ou tomadas por via oral. Estas criam grande dependência psíquica e a dependência física é praticamente.

O cânabis do género Cannabis, a popularmente marijuana, consiste em flores femininas maduras e nas folhas que vêm das plantas femininas. O principal composto químico psicoativo é o delta-9-tetrahidrocanabinol, conhecido como THC. O consumo humano da cânabis teve início no terceiro milénio a.C. Nos tempos modernos, a droga tem sido utilizada para fins recreativos, religiosos ou espirituais, ou para efeitos medicinais. A posse, uso ou venda da cânabis tornou-se ilegal na maioria dos países do mundo no início do século XX (GURFINKEL, 2005).

Gurfinkel (2005) também mencionou o haxixe é a extremidade e a resina do CANNABIS (folhas e flores) e uma das drogas mais utilizadas, seu uso frequente de cannabis ou haxixe provoca relaxamento, euforia, diminuição das inibições e aumento do apetite na fase final do efeito. Sobre a dosagem cria pânico e o seu uso a longo prazo cria debilitação. O tabaco embora seja legal, é uma droga. E ainda o tabaco nome comum dado às plantas do género Nicotina, tendo sido trazido para a Europa pelos espanhóis no início do século XVI. Na altura este era mascado ou então aspirado sob a forma de rapé (depois de secar as suas folhas).

Apresentados no Quadro 1, o hábito de fumar o tabaco como mera demonstração de ostentação originou-se na Espanha com a criação daquilo que seria o primeiro charuto, no Quadro 1 também é demonstrado que as drogas são também caracterizadas segundo os efeitos imediatos positivos e negativos e efeitos tardios do consumo contínuo.

Quadro 1: Drogas e características segundo seus efeitos

	Efeitos imediatos		Efeitos tardios do consumo contínuo
	Positivos	Negativos	
Drogas	São os que o toxicodependente procura	Mais frequentes na sobredosagem e em fases tardias do consumo continuado	
Opiáceos (heroína)	Elimina a ansiedade e depressão, promove a confiança, euforia e extremo bem-estar	Cólicas abdominais, confusão mental, convulsões, paragem respiratória por inibição dos Centros Respiratórios e, se não houver assistência terapêutica rápida, a morte	Anorexia, emagrecimento e desnutrição, obstipação, impotência ou frigidez sexual, esterilidade, demência, confusão e infecções várias (hepatites, sida, endocardites quando a administração é endovenosa)
Benzodiazepinas	Elimina a ansiedade e a tensão muscular. Promove a desinibição psicológica e o sono "para dormir e esquecer"	Diminuição da coordenação motora, do equilíbrio, hipotensão, bradicardia, paragem respiratória e morte	Emagrecimento, ansiedade, irritabilidade e agressividade, grande labilidade emocional, depressão com risco de suicídio
Alcool	Igual às benzodiazepinas	Igual às benzodiazepinas	Polineurite, impotência ou frigidez sexual, amnésia, diplopia (visão dupla), cirrose hepática, labilidade emocional, agressividade extrema e demência irreversível (devido à destruição irreversível de células cerebrais)
Inalantes (tintas, lacas, colas, gasolina, solventes, aerossóis)	Igual às benzodiazepinas	Embriguez, alucinações, diplopia (visão dupla), paragem respiratória, coma e morte	Doenças graves do fígado, rim e sangue (leucemias), e demência irreversível
Canabinóides	Elimina a ansiedade e promove sensação	Secura da boca, reacções de	Pode desencadear uma doença mental

	de bem-estar, desinibição, maior capacidade de fantasiação, visualização da realidade com mais intensidade (cores e sons mais distintos)	ansiedade e pânico (paradoxalmente mais comuns em fumadores experientes), agressividade e, excepcionalmente, alucinações	(psicose) nos raros indivíduos predispostos Síndrome "amotivacional" (provavelmente apenas em grandes consumidores predispostos)
Alucinogénios (LSD)	Forte exaltação das percepções sensoriais (cores e sons mais intensos), sinestésias (transferências das impressões de um sentido para outro: ouve-se cores e vê-se sons). Sensação de levitação, despersonalização mística em que o indivíduo se sente unido ao Universo deixando de ser uma unidade individualizada	Má viagem ou "bad trip" em que o consumidor tem sensação intensa de pânico e delírios paranóides que podem durar até cerca de 2 dias. Estas reacções descontroladas provocam ocasionalmente acidentes mortais	Crises psicóticas com delírios e alucinações Flash-backs ou períodos efémeros nos quais o ex-consumidor volta a sentir os efeitos do consumo até um ano depois de deixar de consumir
Tabaco	Relaxamento psicológico, facilitador da concentração	Aumento do ritmo cardíaco e hipertensão, tosse e problemas cardíacos e vasculares graves em indivíduos predispostos	Doenças pulmonares e cancro Doenças vasculares (enfarte do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais, gangrena dos membros e impotência sexual)
Anfetaminas, Ecstasy, Cocaína	Estado de grande auto-confiança, euforia e energia. Aumento efémero da capacidade de concentração, memorização, rapidez de associação de ideias, maior força muscular e diminuição da fadiga, sono, fome, sede ou frio	Secura da boca, suores, febre, hipertensão e arritmias cardíacas, irritabilidade, agressividade, tremores e convulsões, delírios paranóides. A exaustão contínua pode provocar desidratação, problemas cardíacos, renais e morte. A cocaína está frequentemente associada à perfuração do septo nasal	Emagrecimento, irritabilidade, delírios paranóides (sensação de ser perseguido por organizações secretas, etc). A perfuração do septo nasal é uma complicação típica do consumo inalado de cocaína. O ecstasy está raramente associado a crises de flashback

Fonte: GURFINKEL. 2005.p. 78.

Conforme visto o Quadro 1, aos efeitos das drogas na dependência física, psíquica e tolerância, as drogas que, mais provocam dependência a nível físico são

o álcool, heroína, anfetaminas e metadona. As que provocam mais dependência psíquica são o tabaco, a cânabis, inalantes, o álcool, benzodiazepina, anfetaminas, Cocaína, Heroína, Metadona e Cafeína. No que se refere à tolerância, apresentam-se os inalantes, as anfetaminas, a heroína e a metadona. Algumas drogas, quando consumidas de forma abusiva, deixam progressivamente de fazer efeito mesmo com o aumento da dose (cocaína, ecstasy e LSD). No caso da cocaína é comum os seus utilizadores lembrarem-se dos efeitos sentidos nas primeiras tomas, e acabam a procurar a mesma 'euforia' sentida no início. Há a necessidade de se desenvolver uma política pública para a criação de uma equipe multidisciplinar e a definição de quais profissionais deverão fazer parte dessa equipe e o seu papel dentro das comunidades terapêuticas, tendo em vista que a adicção é uma doença multifatorial (GURFINKEL, 2005).

2.2 QUALIDADE DE VIDA

Muitas são as definições aplicáveis ao termo 'qualidade de vida' segundo Nahas (2001) "é o resultado das condições subjetivas de um indivíduo nos vários subdomínios que compõem sua vida, como por exemplo, o trabalho, sua vida social, sua saúde física, seu humor, entre outros aspectos".

O autor Nahas (2001) complementa ainda que a qualidade de vida é um conceito multifatorial que inclui parâmetros socioambientais como: moradia, assistência médica, condições de trabalho e remuneração, acesso à educação, opções de lazer, integração com o meio ambiente, segurança e parâmetros individuais, como: hereditariedade, estilo de vida, hábitos alimentares, controle do estresse, atividade física habitual, não consumo, de fumo, álcool e drogas, e todo comportamento preventivo relacionado à saúde, assim sendo: .

a qualidade de vida é o conjunto das ações que envolve a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas" desenvolvido por meio de ações para a promoção da saúde individual e coletiva, através da prática regular de atividades físicas, e também se tem buscado adaptar o ambiente de trabalho, de forma que proporcione melhores condições aos trabalhadores no exercício de suas funções diárias. Noronha, et al (2016, p. 21).

É importante ressaltar que o ser humano vivencia sentimentos e cria expectativas, envolve-se e busca seu crescimento pessoal. Neste sentido, se torna relevante o desenvolvimento de aspectos que favoreçam o atendimento e o

desenvolvimento do ser humano como ser multidisciplinar, reconhecendo suas variadas e amplas necessidades no seu ambiente de trabalho (MINAYO, 2000).

Por definição Betti (2002) expressa que qualidade de vida significa:

ada um dos aspectos positivos de uma coisa e que faz corresponder ao que melhor se espera dela. Tal definição associada à vida seria de forma simplificada o modo de viver com qualidade, ou ainda, viver bem. A Qualidade de Vida diante da sua complexidade tem a necessidade de ser vista como uma intervenção interdisciplinar (BETTI, 2002, p. 25).

Aceitar os desafios da competitividade significa que a organização deve aumentar a sua produtividade e sua qualidade. Para isto é preciso que consiga atender à diversidade humana dentro do ambiente de trabalho. Dessa forma, é preciso ter uma visão clara sobre a importância da motivação na vida dos indivíduos que fazem uso de drogas, tendo em vista que motivação ainda é um tema inesgotável e controvertido devido às várias teorias que tratam do tema e dada a natureza complexa do ser humano. Neste sentido, o grande desafio é conhecer as condições sob as quais as pessoas podem ser motivadas para executarem atividades dentro das organizações.

De acordo com Bueno (2002, p. 6):

A motivação humana tem sido um dos maiores desafios para muitos psicólogos. Inúmeras pesquisas têm sido elaboradas e diversas teorias têm tentado explicar o funcionamento desta força aparentemente misteriosa, ou ainda desconhecida, que leva as pessoas a agirem em direção do alcance de objetivos (BUENO, 2002, p. 6).

Neste contexto, é importante atentar para a relação existente entre motivação, satisfação e desempenho pois se o indivíduo mantiver um bom nível de motivação, também terá maior probabilidade de resultados. Diante da impossibilidade de lidar com fatores motivacionais com adictos focam suas ferramentas para a que a terapia com esses indivíduos resulte de forma positiva, tendo em vista também desenvolver no indivíduo comportamentos desejáveis. (KANANEE, 1995).

Nos anos 90, junto com ações de gestão da qualidade de processos e produtos e da evolução da consciência social ao direito à saúde, reforçada a necessidade de renovação do estilo de vida, multiplicam-se ações empresariais, estudos, práticas e esforços gerenciais que atendam às necessidades de qualidade de vida do ser humano em seu ambiente de trabalho. Neste milênio, tem sido grande os desafios para as organizações que focam seus objetivos na melhoria de

qualidade de vida dos trabalhadores. Face ao conteúdo relatado, ressalta-se que a qualidade de vida está relacionada ao bem-estar e saúde (FRANÇA 2001),

A Organização Mundial de Saúde (OMS) mostra que um marco histórico do setor da saúde mental foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990 (OMS, 1990). Momento em que todos os países da América Latina se comprometeram a reestruturar de forma que fossem assegurados os direitos, deveres e reinserção dos usuários deste sistema, mas, principalmente que lhes fosse assegurado o direito de viver em comunidade (BRASIL, 1990).

A compreensão sobre qualidade de vida lida com inúmeros campos do conhecimento humano, biológico, social, político, econômico, médico, entre outros, numa constante inter-relação, por ser uma área de pesquisa recente, encontra-se em processo de afirmação de fronteiras e conceitos; por isso, definições sobre o termo são comuns, mas nem sempre concordantes (SILVEIRA, et al, 2019).

Outro problema de ordem semântica em relação à qualidade de vida é que suas definições podem tanto ser amplas, tentando abarcar os inúmeros fatores que exercem influência, como restritas, delimitando alguma área específica, o que de acordo com Minayo et al. (2000, p.10), qualidade de vida é uma noção sobremaneira humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial.

Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural, assim como relatou que os primeiros indicadores objetivos de qualidade de vida incluíam três ordens de fato: “aquisição de bens materiais; avanços educacionais; e condições de saúde” (ALMEIDA 2012, p. 42).

A qualidade de vida não se esgota nas condições objetivas de que dispõem os indivíduos, tampouco no tempo de vida que estes possam ter, mas no significado que dão a essas condições e à maneira com que vive, nessa concepção, a

percepção sobre qualidade de vida é variável em relação a grupos ou sujeitos. Para essa autora, o termo está relacionado ao significado que damos às condições objetivas da vida (ALMEIDA 2012).

Qualidade de vida não decorre também do tratamento humano, da gentileza, de leveza nas relações, da possibilidade de expressão de pontos de vista divergentes, do relacionamento sincero, do respeito aos ausentes e do orgulho pelo que se faz. Atenção, elogio e consideração constituem ingredientes indispensáveis quando se buscam lealdade, qualidade e produtividade (MINAYO et al. 2000).

O álcool é a substância mais consumida entre a população de adolescentes e adultos jovens e que a iniciação ocorre cada vez mais precoce e, geralmente, nas reuniões familiares (ALMEIDA 2012)

A falta da prática regular de atividade física tem sido uma das causas de sedentarismo entre os jovens, principalmente no caso das meninas, quando comparados com outros estudos (SILVA; MALINA, 2000).

Fato este, que explicita o comportamento inconstante destes indivíduos, uma vez que desejam ter uma imagem corporal perfeita, sem, no entanto, se dedicarem mais afincos aos exercícios físicos regulares; usufruindo nas suas horas de lazer e tempo livre os recursos midiáticos existentes que mais apreciam jogos, facebook, menssenger, entre outros (CALEFFI, 2013).

A droga tira do consumidor a motivação de estar em família e amigos, se sente constantemente perseguido e julgado e sua autoestima sempre baixa, ou seja, a sua dignidade deixa de existir dando lugar a delírios, falsas alegrias entre outros.

Branco (2012, p. 297) escreve que:

Todo ser humano deve ser tratado com igual respeito à sua dignidade, que se expressa, em primeiro lugar, pelo respeito à existência mesma. O direito à vida, assim não pode ser compreendido de forma discriminatória com relação aos seus titulares. se todo ser humano se singulariza por uma dignidade intrínseca e indisponível, todo ser humano deve ser reconhecido a titularidade do direito mais elementar de expressão dessa dignidade única- o direito de existir. A ideia de igual dignidade de todos os seres humanos ficaria ferida se fosse possível graduar o direito à vida segundo aspectos acidentais que marcam a existência de cada pessoa (BRANCO, 2012, p. 297).

Ressalta a importância de que todo indivíduo tem sua importância e por isso deve ser tratado como igual; não se pode tabelar alguém por suas atitudes, cor,

etnia entre outros, todos têm o direito de existir e existir com dignidade; o fato de o dependente químico perder mesmo que de forma transitório o domínio de si mesmo, não o torna inferior e menos digno de ter sua vida de volta, mesmo que de forma forçada por sua família (BRANCO, 2012)

O jovem ou adulto é levado a usar essas substâncias por curiosidade, aceitação, fugir da realidade ou dos problemas, no entanto não entram nesse meio achando que poderão ficar viciados, mas, no entanto ao consumi-las alguns passam mal e nunca mais querem utilizá-las, outro grupo se sente bem e volta a usar e aí que está o perigo, pois quanto mais se ingere mais cresce a probabilidade da dependência, porque o corpo começa a produzir sentimentos de alegria e bem estar, mas quando o efeito passa a ausência da droga traz depressão e por consequência pedindo mais do narcótico (BRANCO, 2012).

É fato que nem todo usuário é dependente, mas todo dependente já foi usuário, ou seja, a linha é tênue entre ambos e independente do consumo causam consequência. A maior parte entra nesse mundo das drogas por vontade própria e não analisando as consequências que tal decisão acarretará lá na frente, pois uma vez que se contrai a doença é muito difícil o mesmo buscar ajuda. (BRANCO, 2012).

A literatura tem reportado que é muito comum que os dependentes se recusem a procurar um tratamento, acreditando que isso seja uma demonstração de fraqueza ou incapacidade de superar seus problemas. A verdade é que abandonar uma droga a qual se está dependente, não é uma questão apenas de força de vontade, pois o uso frequente da droga provoca uma real alteração no organismo do usuário e por isso precisa ser tratado. As consequências neurológicas se não tratadas a tempo podem ser irreversíveis como a esquizofrenia e outras doenças psicóticas tratadas mais à frente (CALEFFI, 2013).

O consumo abusivo de substâncias químicas alucinógenas ou entorpecentes altera as funções do organismo. Essas substâncias são capazes de mexer com emoções e potencializar sentimentos. Assim, tanto o seu uso quanto a sua falta pode provocar a agressividade de um dependente. Muitas famílias sofrem e adoecem junto com o familiar, clínicas de recuperação possuem em seu tratamento a recuperação dos codependentes, estes são os que vivem no mesmo círculo que o usuário, causando medo e preocupação constantes, impedindo os mesmos de viver

uma vida livre e perdendo também seu direito à liberdade, já que a vida dessas pessoas é tentar protegê-lo de si mesmo. (CALEFFI, 2013).

Para finalizar não podemos deixar de falar de um instrumento muito valioso para se ter uma percepção da qualidade de vida de um determinado público, aqui no caso o adicto, o WHOQOL foi criado primeiramente como *WHOQOL-100*, composto por 100 questões que se referem a seis domínios – físicos, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambientes e espiritualidade – e, em cada domínio, existem 24 facetas, sendo constituídas por quatro perguntas, juntamente com a vigésima quinta, que trata sobre assuntos gerais da qualidade de vida (FLECK, 2000; THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP, 1997).

Por ser muito longo, houve a necessidade da criação de uma ferramenta que avaliasse os domínios do *WHOQOL-100* de maneira mais curta, e conseqüente menor tempo de preenchimento. Com isso, sem perder a validade e confiabilidade do *WHOQOL-100*, elaborou-se o *WHOQOL-bref*, um instrumento abreviado, com 24 questões, validado também no Brasil (FLECK *et al.*, 2000; THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP, 1998).

2.3 ATIVIDADE FÍSICA PARA PACIENTES EM AMBIENTES TERAPÊUTICOS

O processo terapêutico preconiza intervenções individuais e sociais com atribuição de funções, direitos e responsabilidades ao 'indivíduo dependente químico', em um ambiente livre de substâncias psicoativas (FOSSI e GUARESCHI, 2015)

Fossi e Guareschi (2015) trazem que nas comunidades terapêuticas a exigência de profissionais nas áreas de atuação em que cada integrante atua com seu trabalho em favor do adicto, cada profissional exerce sua profissão de forma integrativa e colaborativa, contudo, não se é exigido um registro e ou documentos, devida as comunidades se dedicarem a um trabalho voluntário, cada profissional dedica-se com vontade própria sem vínculo de atestar ou documentar suas aptidões profissionais.

É imprescindível pontuar que o acolhimento a adictos envolve dois feitos importantes: a desintoxicação com alvo de remoção da droga e seus efeitos biológicos do organismo e o atendimento a da vida do adicto em estado de abstinência; a atividade física colabora pois apresenta aos adictos uma opção de sentir bem estar sem usar as drogas; e com o atendimento de profissionais preparadas para acanharem em um novo modo de vida, pode cooperar para que estes sujeitos readquiram sua autoestima, recomecem sua vida social de maneira mais saudável (FERREIRA. et al; 2015).

O que consiste em estimar como opção de realocamento social e estilo saudável de clínica de recuperação e terapias para pacientes com transtornos mentais e ou reabilitação para adictos. “as informações geradas pela Educação Física, em favorecimento da saúde mental, arrolam-se de forma específica com os dizeres atividade física” (ALVES, 2009).

Carvalho (2001, p. 14) afirmou que “a saúde não é um objeto, um presente. Portanto, ninguém pode dar saúde: o médico não dá saúde, o profissional de Educação Física não dá saúde, a atividade física não dá saúde”.

A atividade física vem no sentido inverso ao da dependência, pois faz com que o organismo se adapte a um patamar maior de exigência e de capacidade de resposta. A atividade física varia de intensidade e duração respeitando a individualidade biológica de cada indivíduo, causando-lhes um estado de relaxamento tanto psíquico quanto somático (SILVA; 2007, p.182).

Quando se observa as pessoas em tratamento para dependência química, existe um processo contínuo desde a fase inicial, que se caracteriza pela limitação, pela perda progressiva da capacidade de adaptar-se, de responder a uma sobrecarga física ou mental, seja do cotidiano, seja uma sobrecarga artificial ou incomum como sua exposição a doenças provenientes do uso de substâncias psicoativas; nesse sentido ressalta-se que o corpo humano se adapta ao estresse provocado pelo exercício através de um rápido ajuste metabólico, que é coordenado pelo sistema nervoso e endócrino necessários para a manutenção da homeostase nos diferentes graus de exigência metabólica da atividade (HONORATO, et al, 2017).

E a prática de atividade física está associada à liberação de substâncias, uma delas é a endorfina, substância que será citada nos benefícios diretos da prática da atividade física, que age no cérebro proporcionando estado de prazer, bem-estar e relaxamento e é recomendada para pessoas de todas as idades para a preservação e recuperação da saúde física e mental, pois a atividade física auxilia na “purificação” ou desintoxicação do organismo, uma vez que seria o primeiro ato do tratamento da dependência, logo, é tida como alternativa para tratamento destes usuários em recuperação (SANTOS, 2018).

As drogas psicotrópicas provocam basicamente estimulação, depressão e/ou perturbações das funções do sistema nervoso o que acarreta outras alterações funcionais no organismo, enquanto que a prática do exercício físico desencadeia diversas adaptações metabólicas, endócrinas entre outros, que em conjunto, exercem influência positiva nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais (HONORATO, et al, 2017)

Destaca-se na atividade física dos adictos, os exercícios de alongamentos, ginástica, exercícios aeróbicos e anaeróbicos, caminhadas, abdominais, poli chinelos, jogos recreativos, capoeira, yoga, natação, bicicleta, musculação, lutas entre outros, ou seja, qualquer atividade que tenha por objetivo proporcionar o movimento e bem-estar do indivíduo pode oportunizar uma forma de reabilitação do sujeito que faz o uso abusivo de drogas, desde que a adesão a estas atividades sejam espontâneas e que o indivíduo se identifique com a atividade (HONORATO, et al, 2017)

Validando os benefícios observados, que pesam sobretudo, a favor da importância significativa da prática de atividades físicas para a saúde e bem-estar do indivíduo, no ano de 2006 foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) a qual, visando promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde, está por sua vez colocando a atividade física como um dos componentes de destaque para a saúde brasileira, tal documento salienta a importância da intersectorialidade na condução das ações em promoção da saúde (BRASIL, 2006).

O exercício físico tem sido proposto como adjuvante no tratamento da dependência de drogas lícitas e ilícitas, complementa abordagens psicoterapêuticas e farmacológicas tradicionais. Assim, representa um incremento significativo nas

possibilidades para abordagem e tratamento, torna-se alvo de interesse de pesquisadores que buscam a compreensão das bases fisiológicas para sua inclusão terapêutica, de forma segura, com vistas à redução das alterações neuroquímicas, da compulsão pelo uso (fissura), dos distúrbios do humor e da cognição, bem como dos níveis de estresse e das dificuldades para relacionamento social e afetivo decorrentes do uso de drogas (ZSCHUCKE, et al., 2012).

O exercício físico é um aliado importante no tratamento de várias patologias e suas comorbidades, por efeitos agudos do exercício físico no tratamento da dependência química 125 diretos, como a redução da gordura corporal e dos níveis de colesterol e a melhoria cardiorrespiratória, ou indireta, como a melhoria na autoestima e na sensação de bem-estar, com redução de sintomas depressivos. (ZSCHUCKE, et al., 2012).

Há uma consciência de que além de tratar problemas de saúde, o condicionamento físico previne problemas e reduz o agravamento de patologias. Especificamente nos problemas de saúde relacionados ao uso de drogas, o exercício físico estimula a liberação de substâncias neurotróficas, propicia melhoria funcional do sistema nervoso e até mesmo sensações de prazer e relaxamento, interfere de maneira positiva na prevenção e no tratamento da dependência (SANTOS, 2018).

Um dos pontos fundamentais no processo de tratamento e acompanhamento dos dependentes químicos é refazer essa ligação entre corpo e mente. Logo, observa-se que a atividade física pode ser utilizada como estratégia para uma vida saudável desestimulando o uso de drogas, reduzindo a violência e conseqüentemente promovendo a interação social (FERREIRA, 2012).

Esse tipo de atividade favorece uma mudança de estilo de vida, o que é considerado primordial no processo de reabilitação de um dependente químico, pois trazem hábitos saudáveis que melhoram as habilidades psicológicas, físicas e sociais o que pode ser necessário ao indivíduo em tratamento, uma vez que, entram em contato com meios saudáveis da vida e de seu físico, e a sensação de bem-estar é um fator que influencia positivamente o estado psicológico das pessoas, fazendo com que estas busquem cada vez mais alcançar seus objetivos, pois têm disposição de iniciar novos projetos de vida, assim como terminar algo que deixou inacabado e,

principalmente, a tomar consciência do que é capaz de realizar. (FERRREIRA et al.,2017).

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar dados relacionados ao uso de drogas na inserção de atividade física orientada, percepção da qualidade de vida e da satisfação com a saúde através dos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambientes de adictos residentes em comunidades terapêuticas em Campo Grande/MS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Caracterizar os adictos atendidos nas comunidades terapêuticas de Campo Grande -MS, de acordo com a faixa etária, estado civil e dados relacionados ao uso de drogas e tipo de administração da comunidade terapêutica”.

b) Identificar os dados relacionados à prática de atividade física para o plano de recuperação de adictos atendidos nas comunidades terapêuticas de Campo Grande, MS;

c) Estimar a percepção da qualidade de vida, seus domínios e a satisfação com a saúde de adictos atendidos nas comunidades terapêuticas de Campo Grande, MS;

d) Identificar fatores associados à qualidade de vida, seus domínios, satisfação com a saúde e à atividade física de adictos atendidos nas comunidades terapêuticas de Campo Grande, MS.

4 METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

A pesquisa se caracteriza como estudo de caso, quali-quantitativa, de natureza aplicada e com procedimentos de campo (YIN, 2002).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) (Protocolo CEPSH/UFMS No. 4.321.417/2020). o tipo de estudo é descritivo de corte transversal. A pesquisa descritiva trata as ocorrências de determinada realidade e expõe as características de pessoas ou certo tipo de público, fenômeno ou relações entre variáveis, enquanto a pesquisa de corte transversal à coleta ocorre num dado momento do tempo.

4.2 PROCEDIMENTOS REALIZADOS / PROCEDIMENTOS DE COLETA

Foi realizado contato via telefone com os responsáveis de seis comunidades terapêuticas em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, para estimar a quantidade de adictos atendidos em cada local de recuperação.

A pesquisa foi realizada em seis comunidades terapêuticas em Campo Grande, sendo elas: Comunidade Terapêutica Esquadrão da Vida, Cadri – Centro de Apoio a Dependentes em Recuperação, Certa- Centro de Reabilitação e Tratamento para Dependentes Químicos, Alcoolistas e Familiares, Clínica da Alma, Projeto Jaboque, Projeto Simão.

Foi apresentado pessoalmente aos diretores dessas comunidades e entregue uma Carta de Pedido de Autorização (APÊNDICE A) e feito a submissão e avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

Assim que aprovado, os diretores de cada comunidade foram contatados para iniciar a coleta de dados. A coleta foi realizada de maneira a não prejudicar a rotina dos adictos em recuperação e o trabalho dos coordenadores e monitores das

mesmas, sendo organizados os horários de acordo com a direção e coordenação em um cronograma pré-estipulado desenvolvido, juntamente com a solicitação de um local em que se possam aplicar os instrumentos individualmente com o adicto, de forma a garantir todo o sigilo e distanciamento social seguindo as normas de biossegurança do município.

À cada adicto foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), a fim de esclarecer todos os procedimentos e intuítos do estudo, assegurando-os da confiabilidade e sigilo no tratamento das respostas, bem como coletar as autorizações de utilização dos dados respondidos, conforme prevê a Resolução 466/122 (BRASIL, 2012).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) sob o parecer número 4.321.417 de 06 de outubro de 2020. (ANEXO)

Foi aplicada uma Entrevista Semiestruturada (APÊNDICE C) elaborada especificamente para fins desta pesquisa e organizada em dois blocos na intenção de caracterização pessoal e da atividade física contendo 18 questões juntamente com o Questionário do Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde -abreviado (WHOQOL-bref versão em português) (APÊNDICE D), constituído por 26 questões, duas questões abordam de maneira ampla a qualidade de vida e o quanto satisfeito está com a sua saúde e 24 perguntas tratam sobre os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK et al., 2000), que seguem uma escala de Likert (de 1 a 5), onde maior a pontuação, melhor a qualidade de vida (THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP, 1998).

Com os dados, os resultados serão apresentados à Associação de Reabilitação Parceiros da Vida – Esquadrão da Vida que é a única Comunidade Terapêutica do Estado de Mato Grosso do Sul filiada à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACKT) para que possam ser discutidos em reuniões nacionais das mesmas, sendo redigidos estudos para as questões envolvidas. Desta maneira, será entregue a Dissertação e realizada sua defesa.

4.3 SUJEITOS

4.3.1 Critérios de inclusão

Os sujeitos participantes do estudo foram adictos atendidos por seis comunidades terapêuticas de Campo Grande, MS, que voluntariamente se dispuseram e obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: a) residentes nas comunidades terapêuticas; b) em tratamento da dependência química ou álcool acima de quatro meses de abstinência; c) provenientes do uso de drogas psicotrópicas estimulantes e álcool; d) acima de 18 anos, do sexo masculino.

4.3.2 Critérios de exclusão

Adictos residentes que desempenham papel de funcionários, coordenadores, monitores na comunidade terapêutica não fizeram parte do estudo, bem como pessoas que desempenham qualquer função nas comunidades terapêuticas que não sejam adictos, adictas do sexo feminino pelo motivo que as comunidades participantes só atendiam adictos provenientes do sexo masculino.

4.4. ANÁLISE DE DADOS

A estatística descritiva foi empregada para as características da amostra, dados relacionados ao uso de drogas e à atividade física, bem como para os escores voltados à autoavaliação da qualidade de vida geral e à satisfação com a saúde, sendo utilizadas tabelas de frequência absoluta e relativa com intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

Como o WHOQOL-bref não estabelece um ponto de corte para mensurar a qualidade de vida geral e a satisfação com a saúde (questões 1 e 2), utilizou-se a divisão em duas categorias, segundo a escala do tipo *Likert*: a) Negativa/Indiferente (escores de 1 a 3): qualidade de vida – muito ruim/ruim/nem ruim nem boa; satisfação com a saúde – muito insatisfeito/insatisfeito, nem insatisfeito nem satisfeito.

Quanto aos resultados referentes aos domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), foram empregadas medidas de tendência central (média e mediana) e medida de dispersão (desvio padrão) e a comparação foi realizada pelo teste de *Friedman* para quatro amostras relacionadas, com descrição das facetas com avaliações positivas, negativas ou com indiferença.

Para os domínios da qualidade de vida, a mesma organização foi estabelecida, entretanto, a pontuação dos escores variaram de 0 a 100 pontos, onde os participantes que avaliaram o domínio como “muito ruim/ruim/nem ruim nem bom” as respostas foram agrupadas na categoria “Negativo/Indiferente (escores de 0 a 60)” e aqueles que consideraram como “bom/muito bom” unificada na categoria “Positivo (escores de 61 a 100)”.

Para identificar a associação entre as características da amostra, dos dados relacionados ao uso de drogas e dos dados relacionados à atividade física com a qualidade de vida geral e seus domínios, satisfação com a saúde e a realização de atividade física, utilizou-se o teste de qui-quadrado de *Mantel-Haenszel*.

Em todas as análises o nível de significância empregado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e os programas usados para realizar os processos foram o EPI-INFO™ versão 7 (Centers Diseases Control and Prevention, Atlanta/Geórgia/EUA) e Bio Estat 5.3 (Sociedade Mamirauá, Belém/Pará/Brasil).

5 RESULTADOS

Ao todo, 177 adictos (51,2% da população) residentes nas comunidades terapêuticas (CT) de Campo Grande/MS participaram do estudo, com média de idade referente a 40 anos ($\pm 12,3$).

Tabela 1 – Número, porcentagem e Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) de adictos em recuperação segundo as características da amostra e dados relacionados ao uso de drogas, Campo Grande – 2021 (n=177).

Variáveis	Nº.	%	IC (95%)
Características da amostra			
Tipo de administração da CT			
Pública	109	61,6	54,0 a 68,8
Privada	68	38,4	31,2 a 46,0
Faixa etária (em anos)			
18 a 30	41	23,2	17,2 a 30,1
Mais de 30	136	76,8	69,9 a 82,8
Estado civil [#]			
Sem cônjuge	140	79,1	72,3 a 84,8
Com cônjuge	37	20,9	15,1 a 27,6
Dados relacionados ao uso de drogas			
Tempo internado/sem uso (em meses)			
Pelo menos 6	140	79,1	72,3 a 84,8
Mais de 6	37	20,9	15,1 a 27,6
Quantidade de internações/Tentativas para parar			
1 a 2 vezes	97	54,8	47,2 a 62,3
3 a 4 vezes	33	18,6	13,2 a 25,2
5 ou mais vezes	47	26,6	20,2 a 33,7
Quantidade de drogas usadas			
Até 2 drogas	103	58,2	50,5 a 65,5
3 ou mais drogas	74	41,8	34,4 a 49,4
Acompanhamento familiar			
Sim	139	78,5	71,7 a 84,3
Não	38	21,5	15,6 a 28,2

[#] Com cônjuge = Casado/união estável. Sem cônjuge = Solteiro/viúvo/divorciado.

Fonte: Dados da Pesquisa. O autor da pesquisa.

Dentre os participantes, houve uma predominância de participantes oriundos de comunidades públicas (61,6%), com mais de 30 anos de idade (76,8%), solteiros, viúvos ou divorciados – sem cônjuge (79,1%) (Tabela 1). No que tange aos dados relacionados ao uso de drogas, o maior número de adictos estavam internados há pelo menos 6 meses (79,1%), sendo a primeira ou segunda internação na tentativa de parar com o uso de drogas (54,8%). A maioria deles utilizavam até 2 drogas (58,2%), com maior prevalência de uso da pasta base (n=105; 59,3%), maconha (n=89; 50,3%), a cocaína (n=86; 48,6%) e o crack (n=53; 29,9%). Ainda sobre esses

dados, o predomínio de adictos que relataram receber acompanhamento familiar durante a recuperação (78,5%) foi maior comparado àqueles que declararam não receber tal acompanhamento (21,5%)

Tabela 2 – Número, porcentagem e Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) de adictos em recuperação segundo os dados relacionados à atividade física, Campo Grande – 2021 (n=177).

Variáveis	Nº.	%	IC (95%)
Dados relacionados à atividade física			
Acredita que a atividade física é importante para a recuperação?			
Sim	172	97,2	93,5 a 99,1
Não	5	2,8	0,9 a 6,4
Quão importante é a atividade física para o plano de recuperação?			
Nenhuma importância	2	1,1	0,1 a 4,0
Pouco importante	4	2,3	0,6 a 5,7
Importante	57	32,2	25,4 a 39,6
Muito importante	114	64,4	56,9 a 71,4
Realiza atividade física regularmente na CT?			
Sim	129	72,9	65,7 a 79,3
Não	48	27,1	20,7 a 34,3
Frequência da prática da atividade física			
Até 3 dias/semana	61	34,5	27,5 a 41,9
De 4 a 5 dias/semana	42	23,7	17,6 a 30,7
De 6 a 7 dias/semana	26	14,7	9,8 a 20,8
Não se aplica	48	27,1	20,7 a 34,3
Quantidade de modalidades que realiza			
Até 2 modalidades	100	56,5	48,8 a 63,9
3 ou mais	29	16,4	11,2 a 22,7
Não se aplica	48	27,1	20,7 a 34,3
Recebe orientação profissional ao praticar atividade física?			
Não	97	54,8	47,1 a 62,3
Sim	32	18,1	12,7 a 24,5
Não se aplica	48	27,1	20,7 a 34,3
Julga importante receber orientação?			
Sim	162	91,5	86,4 a 95,2
Não	15	8,5	4,8 a 13,6
Gostaria de participar de uma rotina de atividade física orientada na CT?			
Sim	172	97,2	93,5 a 99,1
Não	5	2,8	0,9 a 6,4
Acredita que a atividade física orientada melhora na qualidade de vida?			
Sim	172	97,2	93,5 a 99,1
Não	5	2,8	0,9 a 6,4

Fonte: Dados da Pesquisa. O autor da pesquisa.

Quanto aos dados relacionados à atividade física, a maior parte dos participantes acredita que a atividade física é importante para a recuperação (97,2%) e a consideram importante ou muito importante para a plano de recuperação (96,6%). Ainda, quase 73% dos adictos informaram que realizam atividade física

regularmente na CT com uma frequência semanal de até 3 dias (34,5%) e praticam até duas modalidades (56,5%) (Tabela 2), com destaque para o futebol (n=64; 36,2%), musculação (n=59; 33,3%) e a caminhada (n=48; 27,1%) com objetivos de saúde (n=88; 49,7%), lazer (n=63; 35,6%) estética (n=27; 15,2%) e socialização (n=22; 12,4%). Apesar da superioridade de participantes julgarem importante receber orientação profissional ao realizar atividade física (91,5%), mais da metade deles mencionaram que não recebem orientação profissional ao praticar atividade física na CT (54,8%) e a maioria deles têm interesse em obter essa orientação (91,5%) e acreditam que ela pode auxiliar na melhora da qualidade de vida (97,2%).

Tabela 3 – Número, porcentagem e Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) de adictos em recuperação segundo a autoavaliação da qualidade geral e satisfação com a saúde, Campo Grande – 2021 (n=177).

Variáveis	Nº.	%	IC (95%)
Autoavaliação da qualidade de vida geral			
Muito ruim	5	2,8	0,9 a 6,4
Ruim	6	3,4	1,2 a 7,2
Nem ruim, nem boa	33	18,7	13,2 a 25,1
Boa	91	51,4	43,8 a 59,0
Muito boa	42	23,7	17,6 a 30,7
Satisfação com a saúde			
Muito insatisfeito	3	1,7	0,35 a 4,8
Insatisfeito	11	6,2	3,1 a 10,8
Nem insatisfeito, nem satisfeito	32	18,1	12,7 a 24,5
Satisfeito	78	44,1	36,6 a 51,7
Muito satisfeito	53	29,9	23,3 a 37,2

Fonte: Dados da Pesquisa. O autor da pesquisa.

De forma geral, os participantes deste estudo avaliaram positivamente a qualidade de vida e se sentem satisfeitos com a saúde. Na amostra, 6,2% dos adictos autoavaliaram sua qualidade de vida geral como “muito ruim” ou “ruim” (escore 1 e 2); 18,7% como “nem ruim nem boa”; e 75,1% como “boa” ou “muito boa”, com mediana referente a 4,0 pontos. Quanto à satisfação com a saúde, 7,9%

dos participantes avaliaram como “muito insatisfeito/insatisfeito”; 18,1% como “nem insatisfeito, nem satisfeito”; e 74,0% como “satisfeito/muito satisfeito”, com mediana igual a 4,0 pontos.

A seguir a Tabela 4 identifica fatores associados à qualidade de vida, seus domínios, satisfação com a saúde e à atividade física de adictos atendidos nas comunidades terapêuticas de Campo Grande, MS, o escore discorre aos fatores associados às variantes: físico, psicológico, relações sociais, meio ambientes dos adctos.

Tabela 4 – Média e desvio-padrão dos escores transformados em escala de 0 a 100 dos domínios do WHOQOL-bref de adictos em recuperação, Campo Grande – 2021 (n=177). – Fatores associados: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Domínios	Média	Desvio- padrão	<i>p</i>
Físico	^{ab} 65,1	13,9	0,019
Psicológico	^a 66,0	12,5	
Relações sociais	^{ab} 64,6	20,9	
Meio ambiente	^b 61,6	17,2	

Nota: letras diferentes indicam diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) pelo teste de *Friedman*. ($p,019$) e Pós teste (*dam*) para teste psicológico ($>a$) e meio ambiente ($<b$).
Fonte: Dados da Pesquisa. O autor da pesquisa.

O escore total do WHOQOL-bref em escala de 0 a 100 pontos apresentou média de 64,3 ($\pm 12,9$) e mediana de 64,8 pontos. Em relação aos domínios da qualidade de vida avaliados pelo instrumento aplicado, o domínio Meio Ambiente foi o que apresentou menor escore (mediana = 59,4) em relação aos demais, com diferença estatisticamente significativa em comparação ao domínio Psicológico (teste de *Friedman*; $p = 0,019$).

Os domínios Físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente são fatores que corroboram para a análise dos adictos em centro terapêutico sob atenção para a recuperação, o que pode ser observado diante aos resultados da Tabela 4 ´q que os domínios psicológicos e relações sociais se sobressaem aos demais domínios sendo, portanto, fatores preponderantes para entender os processos terapêuticos refletidos pelo tratamento.

Com o intuito de entender e esclarecer critérios de domínios dos adictos o Quadro 2 , descreve detalhadamente sobre as facetas pertinente com avaliações positivas e negativas e ainda diferenças com avaliações em relação aos domínios do WHOQOL-bref de adictos em recuperação no município de Campo Grande (MS), verificando que muitos podem expor incapacidade de enfrentar as drogas por determinado e particular motivos, mas, no todo, percebe-se que existe uma peculiaridade entre adictos em recuperação, evidenciada na percepção de esforço e também vontade que o adicto demonstra para com sua recuperação. .

Quadro 2 – Facetas com avaliações positivas e negativas/indiferença em relação aos domínios do WHOQOL-bref de adictos em recuperação, Campo Grande – 2021 (n=177).

Domínios	Faceta(s) com avaliação(ões) positiva(s) (4-5)	Faceta(s) com avaliação(ões) negativa(s)/indiferença (1-3)
Físico	3. Sono e repouso; 9. Mobilidade; 10. Atividades da vida cotidiana; 11. Dependência de medicação ou de tratamentos; 12. Capacidade de trabalho.	1. Dor e desconforto; 2. Energia e fadiga.
Psicológico	4. Sentimentos positivos; 5. Pensar, aprender, memória e concentração; 6. Autoestima; 7. Imagem corporal e aparência; 8. Sentimentos negativos; 24. Espiritualidade/ e crenças pessoais/ religião.	Não houve.
Relações sociais	13. Relações pessoais; 15. Atividade sexual.	14. Suporte (Apoio) social.
Meio ambiente	16. Segurança física e proteção; 17. Ambiente no lar; 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer; 22. Ambiente físico: (poluição/trânsito/clima); 23. Transporte.	18. Recursos financeiros; 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades.

Fonte: Dados da Pesquisa. O autor da pesquisa.

Em relação às facetas que fazem parte dos domínios do WHOQOL-bref, notou-se que no domínio Físico os adictos estavam mais vulneráveis nas facetas

“Dor e desconforto” e “Energia e fadiga”. Quanto ao domínio Psicológico, percebeu-se que em todas as facetas que o compõe (“Sentimentos Positivos”; “Pensar, aprender, memória e concentração”; “Autoestima; Imagem corporal e aparência”; “Sentimentos negativos”; e “Espiritualidade/religião/crenças pessoais”) o escore foi avaliado positivamente.

No domínio Relações Sociais, houve uma fragilidade apenas na faceta “Suporte (Apoio) social”, enquanto no domínio Meio Ambiente (domínio com o menor escore) notou-se uma insatisfação com as facetas “Recursos Financeiros”; “Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade”; e “Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades”.

Observa-se que os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, quando trabalhados ou analisados em conjunto provocam grande envolvimento no todo, conforme é explicado na Tabela 5 que de sobremaneira ressalta que os adictos sofrem em seu estado de vulnerabilidade física emocional e também mental e social, no entanto muitas outras características englobam o estado dos adictos de forma geral e ampla em particular quando mensuradas situações de envolvem atividade física e qualidade de vida.

Tabela 5 – Associação entre as características da amostra, dos dados relacionados ao uso de drogas e dos dados relacionados à atividade física com a qualidade de vida geral, satisfação com a saúde e a realização de atividade física regular na CT de adictos em recuperação segundo os dados relacionados à atividade física, Campo Grande – 2021 (n=177).

Variáveis	n	Qualidade de vida geral			Satisfação com a saúde			Atividade física		
		Negativa / Indiferente (1-3)	Positiva (4-5)	p	Negativa / Indiferente (1-3)	Positiva (4-5)	p	Sim	Não	p
		Nº. (%)	Nº. (%)		Nº. (%)	Nº. (%)		Nº. (%)	Nº. (%)	
Características da amostra										
Tipo de administração da CT										
Pública	109	29 (26,6)	80 (73,4)	0,497	27 (24,8)	82 (75,2)	0,640	82 (75,2)	27 (24,8)	0,375
Privada	68	15 (22,1)	53 (77,9)		19 (27,9)	49 (72,1)		47 (69,1)	21 (30,9)	
Faixa etária (em anos)										
18 a 30	41	8 (19,5)	33 (80,5)	0,367	10 (24,4)	31 (75,6)	0,790	37 (90,2)	4 (9,8)	0,004*
Mais de 30	136	36 (26,5)	100 (73,5)		36 (26,5)	100 (73,5)		92 (67,6)	44 (32,4)	
Estado civil#										
Sem cônjuge	140	36 (25,7)	104 (74,3)	0,609	36 (25,7)	104 (74,3)	0,871	105 (75,0)	35 (25,0)	0,218
Com cônjuge	37	8 (21,6)	29 (78,4)		10 (27,0)	27 (73,0)		24 (64,9)	13 (35,1)	
Dados relacionados ao uso de drogas										
Tempo internado/sem uso (em meses)										

Pelo menos 6	140	36 (25,7)	104 (74,3)	0,609	35 (25,0)	105 (75,0)	0,560	107 (76,4)	33 (23,6)	0,039*
Mais de 6	37	8 (21,6)	29 (78,4)		11 (29,7)	26 (70,3)		22 (59,5)	15 (40,5)	
Acompanhamento familiar										
Sim	139	34 (24,5)	105 (75,5)	0,815	35 (25,2)	104 (74,8)	0,639	104 (74,8)	35 (25,2)	0,268
Não	38	10 (26,3)	28 (73,7)		11 (28,9)	27 (71,1)		25 (65,8)	13 (34,2)	
Dados relacionados à atividade física										
Realiza atividade física regularmente na CT?										
Sim	129	33 (25,6)	96 (74,4)	0,716	32 (24,8)	97 (75,2)	0,557			
Não	48	11 (22,9)	37 (77,1)		14 (29,2)	34 (70,9)				

* Diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) pelo teste qui-quadrado de *Mantel-Haenszel*; # Com cônjuge = Casado/união estável. Sem cônjuge = Solteiro/viúvo/divorciado.
Fonte: Dados da Pesquisa. O autor da pesquisa.

Na associação entre as características da amostra, dos dados relacionados ao uso de drogas e dos dados relacionados à atividade física com a qualidade de vida geral, satisfação com a saúde e a realização de atividade física regular na CT, observou-se que a faixa etária (18 a 30 anos) e o tempo internado/sem uso de drogas associou-se com a atividade física, onde os adictos mais novos (18 a 30 anos) e aqueles mais com menos tempo de internação (até 6 meses) relataram um maior envolvimento na prática regular de atividade física na CT.

Detalhando os dados obtidos, verifica-se que o tipo de administração da comunidade terapeuta, pública e privada obteve o valor de $p=0,375$.

A faixa etária (em anos) com menos de 30 anos apresentam maior pre disponibilidade a prática de atividade física do que os acima de 30 anos, sendo o valor para essa variável de $p= 0,004^*$

A variável estado civil apresentou maior incidência, ou seja, maior vontade de usar drogas por indivíduos que não são casados, aparentando que os casados resistem mais a vontade do uso de drogas, assim, percebe-se ainda a percepção de motivação ao uso de drogas ou não, sendo para essa variável o resultado obtido de $p=0,218$.

Os dados relacionados ao uso de drogas em tempo internado/sem uso (em meses)

A Pelo menos seis meses e mais de seis meses, evidenciou que o valor de $p=0,039$, e os dados relacionados à atividade física realiza atividade física regularmente na Comunidade de Terapia obteve o valor de $p= 0,557$.

Nos dados relacionados a atividade física e qualidade de vida, o meio ambiente teve um fator dominante para a não prática, o tipo de administração as CT com administração (pública) teve a prevalência de adictos que avaliaram negativamente este domínio, em relação aos adictos nas CTs com administração privada, isso mostra que é importante recursos e materiais que proporcionam á prática de atividade física dando equidade ao tratamento em ambas as administrações.

Outra coisa que chamou atenção foi à comparação entre o estado civil com o domínio Relações Social, onde os adictos casados/união estável (com cônjuge) obtiveram melhores avaliações (positivo) sobre este domínio em relação ao (sem cônjuge). Isso mostra a importância do profissional que possa inserir atividades físicas que englobem os aspectos socioculturais, aproximando cada vez mais os adictos para uma ressocialização, que é um dos aspectos mais importante para uma boa recuperação, já que isso é a primeira coisa que a droga tira do dependente, e o faz se isolar dos seus semelhantes e cria um mundo paralelo que só “ele habita”.

Tendo em vista os dados relacionados à atividade física regular nas CTs (tabela 5), observou-se que os adictos com a faixa etária de (18 a 30 anos) praticam mais atividade física, do que adictos (acima de 30 anos), isso mostra que deve ser feito a intervenção de um profissional para criar estratégias que estimulem esse público “mais velho” a praticarem atividades que os atraem, essa estratégia será muito válido para sua saúde, com uma melhora na qualidade de vida e abstinência no uso de drogas. Baseado nos adictos com menos tempo de internação (até 6 meses) relataram um maior envolvimento na prática regular de atividade física nas CTs em relação com os internados por mais tempo (acima de 6 meses), é explícito que é fundamental o papel de um profissional para estudar as necessidades desse público, criar estratégias, incentivar para uma prática e motivá-los sempre que necessário.

A Tabela 6 representa de modo que ao relacionar o uso de drogas na avaliação de inserção de atividade física orientada, percepção da qualidade de vida e da satisfação com a saúde através dos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambientes de adictos residentes em comunidades terapêuticas em Campo Grande/MS.

Tabela 6 – Associação entre as características da amostra, dos dados relacionados ao uso de drogas e dos dados relacionados à atividade física com os domínios da qualidade de vida de adictos em recuperação segundo os dados relacionados à atividade física, Campo Grande – 2021 (n=177).

Variáveis	n	Físico		P	Psicológico		P	Relações Sociais		P	Meio Ambiente		P
		Negativo / Indiferente (0-60)	Positivo (61-100)		Negativo / Indiferente (0-60)	Positivo (61-100)		Negativo / Indiferente (0-60)	Positivo (61-100)		Negativo / Indiferente (0-60)	Positivo (61-100)	
		Nº. (%)	Nº. (%)		Nº. (%)	Nº. (%)		Nº. (%)	Nº. (%)		Nº. (%)	Nº. (%)	
Características da amostra													
Tipo de administração da CT													
Pública	109	39 (35,8)	70 (64,2)	0,504	40 (36,7)	69 (63,3)	0,230	49 (44,9)	60 (55,1)	0,764	67 (61,5)	42 (38,5)	0,039*
Privada	68	21 (30,8)	47 (69,2)		19 (27,9)	49 (72,1)		29 (42,6)	39 (57,4)		31 (45,6)	37 (54,4)	
Faixa etária (em anos)													
18 a 30	41	13 (31,7)	28 (68,3)	0,736	10 (24,4)	31 (75,6)	0,167	19 (46,4)	22 (53,6)	0,738	22 (53,6)	19 (46,4)	0,802
Mais de 30	136	47 (34,5)	89 (65,5)		49 (36,0)	87 (64,0)		59 (43,4)	77 (56,6)		76 (55,9)	60 (44,1)	
Estado civil [#]													
Sem cônjuge	140	50 (35,7)	90 (64,3)	0,322	50 (35,7)	90 (64,3)	0,192	67 (47,9)	73 (52,1)	0,048*	73 (52,1)	67 (47,9)	0,094
Com cônjuge	37	10 (27,0)	27 (73,0)		9 (24,3)	28 (75,7)		11 (29,7)	26 (70,3)		25 (67,6)	12 (32,4)	
Dados relacionados ao uso de drogas													
Tempo internado/sem uso (em meses)													
Pelo menos 6	140	47 (33,6)	93 (66,4)	0,858	45 (32,1)	95 (67,9)	0,514	63 (45,0)	77 (55,0)	0,627	81 (57,9)	59 (42,1)	0,196
Mais de 6	37	13 (35,1)	24		14 (37,8)	23		15 (40,5)	22		17 (45,9)	20	

			(64,9)		(62,2)		(59,5)		(54,1)				
Acompanhamento familiar													
Sim	139	49 (35,2)	90 (64,8)	0,468	42 (30,2)	97 (69,8)	0,093	58 (41,7)	81 (58,3)	0,231	76 (54,7)	63 (45,3)	0,724
Não	38	11 (28,9)	27 (71,1)		17 (44,7)	21 (55,3)		20 (52,6)	18 (47,4)		22 (57,9)	16 (42,1)	
Dados relacionados à atividade física													
Realiza atividade física regularmente na CT?													
Sim	129	46 (35,7)	83 (64,3)	0,418	42 (32,6)	87 (67,4)	0,720	62 (48,1)	67 (51,9)	0,080	67 (51,9)	62 (48,1)	0,133
Não	48	14 (29,2)	34 (70,9)		17 (35,4)	31 (64,6)		16 (33,3)	32 (66,7)		31 (64,6)	17 (35,4)	

* Diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) pelo teste qui-quadrado de *Mantel-Haenszel*; # Com cônjuge = Casado/união estável. Sem cônjuge = Solteiro/viúvo/divorciado.

Fonte: Dados da Pesquisa. O autor da pesquisa.

Na associação entre as características da amostra, dos dados relacionados à atividade física com os domínios da qualidade de vida, percebeu-se que o tipo de administração da CT associou-se com o domínio Meio Ambiente, onde a maior prevalência de adictos que avaliaram negativamente ou com indiferença este domínio (61,5%) estava nas CTs com administração pública; e o estado civil com o domínio Relações Social, onde os adictos casados/união estável (com cônjuge) obtiveram melhores avaliações (positivo) sobre este domínio (70,3%).

Observa-se que o uso de drogas, atividade física, a autoavaliação da qualidade geral e satisfação com a saúde, adictos em recuperação, à atividade física com a qualidade de vida geral, satisfação com a saúde e a realização de atividade física regular atividade física com os domínios da qualidade de vida de adictos em recuperação segundo os dados relacionados à atividade física, avaliações positivas e negativas/indiferença em relação.

Por outro lado, na avaliação da percepção de esforço e da valência afetiva durante os exercícios físicos, ficou evidenciado que enquanto o nível de esforço aumenta, a valência afetiva (prazer) diminui. Esse resultado era esperado, uma vez que no início de um programa de condicionamento físico, após as primeiras sessões de treino, o corpo fica dolorido, devido, por exemplo, à fadiga e a micro lesões decorrentes do esforço. “No entanto, sabe-se que se praticado conforme a capacidade individual, em poucas semanas o organismo se adapta e as sensações prazerosas ficam mais evidentes” (FERREIRA, 2017, p. 6).

Diante do exposto autores tais como Ferreira (2017) e Honorato et al; (2017) apontam evidências para uma relação positiva entre a atividade física e a qualidade de vida.

6 DISCUSSÃO

O tema pautado, sobre a percepção de adictos sobre a qualidade de vida e a inserção de atividade física orientada em comunidades terapêuticas de Campo Grande, MS provocou uma discussão embasada nos resultados da pesquisa em que foram aparentados dados do uso de drogas relacionados à atividade física com os domínios da qualidade de vida de adictos em recuperação com critérios a saúde, baseados nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Os resultados, possibilitam esta discussão evidenciando sobretudo, Percepção de adictos sobre a qualidade de vida e a inserção de atividade física orientada em comunidades terapêuticas (FERREIRA. et al., 2017).

Muitos autores corroboram com a explanação sobre os efeitos das drogas e no organismo do indivíduo, destacando o lado negativo destas substâncias. E em outros autores encontram-se subsídios teóricos que as práticas corporais proporcionam para aos adictos e àqueles que se encontram em tratamento, e ainda para os que utilizam a ideologia de vida saudável evitando o uso e experimento de álcool e outras drogas (CALEFFI, 2013).

Em sua discussão aos resultados obtidos de sua pesquisa, amparam a hipótese de que os exercícios físicos são apropriados de promover mudanças expressivas e de caráter prático na competência cognitiva e na vontade de usar drogas por adictos em tratamento para sustentação da abstinência, o que confirma dados apresentados sobre os efeitos do exercício físico nessa população (FERREIRA, et al., 2017).

Esse resultado também pode ser decorrente do baixo nível de condicionamento físico da amostra. Isso fez com que o estado de fadiga sobressaís em relação ao prazer relacionado à prática. De modo que, confere-se que a regularidade na prática reduza esse efeito aparentemente ruim e decorrente do esforço físico. Vale ressaltar que a população investigada neste estudo necessita de avaliação, orientação e motivação específicas e qualificadas para a adequada realização dessas práticas (FERREIRA, 2017).

Ao observar o desempenho dos voluntários no teste de cancelamento de números, verificamos uma redução do tempo para realização da tarefa no momento pós-EF em relação à avaliação pré-exercício físico, o que demonstra a eficiência aguda da intervenção na capacidade de atenção. No mesmo sentido, os escores obtidos no teste de memória operacional demonstraram um aumento de 0,19% do desempenho quando comparados com os momentos pré e pós-exercícios físicos; eles observaram que a capacidade de atenção concentrada, memória de curto prazo e desempenho no planejamento de ações sequenciais logicamente estruturadas e necessárias na vida cotidiana é estimulada pela prática de exercícios físicos (ZSCHUCKE et al., 2012).

Em relação ao anseio de usar drogas, provavelmente devido às características do tratamento oferecido na comunidade terapêutica os participantes indicaram um nível relativamente baixo e eventualmente o negaram. Demonstraram que a prática de exercícios aeróbios é capaz de reduzir a vulnerabilidade à recaída, por reduzir a vontade de consumir cocaína, especialmente pela redução no prejuízo funcional do córtex pré-frontal, observado no período agudo de abstinência (ZSCHUCKE et al., 2012).

Essa modulação neuro funcional pode estar relacionada à liberação de dopamina, serotonina, peptídeos opioides e cortisol, durante e imediatamente após exercícios físicos, o que resulta na redução de motivação ao uso de drogas. Na avaliação do estado de humor, foi observada redução significativa nos aspectos de tensão e vigor pós- exercícios físicos. Esse último era um efeito esperado, em especial para iniciantes da prática de exercícios físicos, assim a redução na sensação de tensão é um resultado positivo e possivelmente colabora na redução da aptidão de usar drogas. Embora estejam no início da prática física, a liberação de neurotransmissores, hormônios e outras substâncias associadas à prática do exercício físico resulta em uma interferência positiva no estado de humor, alivia o estado de tensão presente antes da prática (ANDRADE e MATTOS, 2011).

Foi observada uma interferência positiva do exercício físico no estado emocional e cognitivo, o que corrobora a tese de que sua prática é uma estratégia potente para reabilitação de doentes crônicos, inclusive de dependentes de drogas. (ZSCHUCKE et al., 2012). Ainda que a influência tenha ocorrido de forma aguda, e

essa é uma importante limitação do estudo, os resultados obtidos corroboram estudos da literatura (ZSCHUCKE et al., 2012).

Outra limitação importante foi a dificuldade para mensurar a demanda fisiológica durante a prática, mas sabe-se, pelas informações obtidas na escala de percepção de esforço e relatos individuais, que todos os indivíduos fizeram esforço suficiente para estimular o organismo. E com base na avaliação dos distúrbios rítmicos e nos conhecimentos sobre os efeitos do exercício físico no organismo, sugerimos que a aplicação de um programa de condicionamento físico, associado a uma dieta adequada em termos nutricionais e de regularidade horária, é uma intervenção terapêutica potente no processo de recuperação fisiológica, emocional, cognitiva e social (FERREIRA et al; 2017).

O corpo é capaz de se adaptar ao estresse provocado pelo exercício físico por meio de ajustes metabólicos, coordenados pelos sistemas nervoso e endócrino, necessários para o equilíbrio funcional (AMENT e VERKERKE, 2009).

Ocorre a liberação de substâncias como catecolaminas, endorfinas, anandamida e fatores neurotróficos, o que proporciona um estado de ativação geral com posterior relaxamento acompanhado de sensações de bem-estar e prazer (KWON et al., 2013).

Assim, deve-se estimular a realização do exercício físico conforme a percepção de esforço, buscar as sensações de prazer e satisfação a partir da atividade física, incentivar a manutenção da prática. (CABANAC, 2006).

É importante ressaltar que ao longo do desenvolvimento da dependência há um processo, desde a fase inicial, que submete os indivíduos a limitações sociais, cognitivas, emocionais e fisiológicas, caracterizada pela perda progressiva de se adaptar e responder a sobrecargas físicas, cognitivas e emocionais, que reduzem também os cuidados com a saúde e aumenta a exposição e susceptibilidade a doenças crônicas (ROBERTS e KOOB, 1997).

A variação da sobrecarga fisiológica em termos de intensidade e duração deve ser baseada na capacidade física do indivíduo, respeitar sua individualidade biológica, para atingir os efeitos positivos sem agravar outras condições clínicas presentes. A partir desse pressuposto, os procedimentos deste estudo respeitaram as particularidades dos participantes, sempre atentos à presença de comorbidades,

adequou as orientações e a supervisão da prática, com vistas aos melhores resultados individuais com a inserção do exercício físico como componente cotidiano de cuidado com a saúde e para a reabilitação da dependência (ROEDER, 1999).

Faz-se necessário divulgar a importância dos profissionais da educação física no âmbito do tratamento da dependência de drogas, inserir programas de exercícios físicos nas estratégias terapêuticas para acelerar o processo de recuperação e oferecer aos dependentes um apoio fisiológico para prevenção de recaídas e melhoria da saúde e da qualidade de vida. Um dos pontos fundamentais no processo de tratamento e acompanhamento dos dependentes químicos é refazer essa ligação entre corpo e mente. Logo, observa-se que a atividade física pode ser utilizada como estratégia para uma vida saudável desestimulando o uso de drogas, reduzindo a violência e conseqüentemente promovendo a interação social. (HONORATO, et al, 2017).

Esse tipo de atividade favorece uma mudança de estilo vida, o que é considerado primordial no processo de reabilitação de um dependente químico, pois trazem hábitos saudáveis que melhoram as habilidades psicológicas, físicas e sociais o que pode ser necessário ao indivíduo em tratamento, uma vez que, entram em contato com meios saudáveis da vida e de seu físico, e a sensação de bem-estar é um fator que influencia positivamente o estado psicológico das pessoas, fazendo com que estas busquem cada vez mais alcançar seus objetivos, pois têm disposição de iniciar novos projetos de vida, assim como terminar algo que deixou inacabado e, principalmente, a tomar consciência do que é capaz de realizar (HONORATO, et al, 2017).

Os resultados exibidos na atual pesquisa, vêm corroborar com os achados de afirmando que sempre a atividade física está presente e beneficia a recuperação de adictos e melhora o bem estar, autoestima, autoeficácia, encorajando e gerando pensamentos e sentimentos positivos que servem para contrariar o humor negativo, pois como pode-se observar nos benefícios indiretos da atividade física é de uma melhora significativa no humor (ROEDER, 1999).

E também defendem que a prática destas atividades auxilia de forma decisiva no tratamento para a dependência, pois sem as substâncias psicoativas no organismo, o dependente precisa suprir a sua falta, e a atividade física é uma ação que gera sensação de prazer, bem-estar físico e mental, possibilitando ainda ao

indivíduo reiniciar um ciclo de amizades saudáveis, tendo sempre em mente a manutenção de sua sobriedade. O sucesso desta mudança poderá ser observado no decorrer do tempo à medida que a pessoa estruturar um novo estilo de vida, integrando a mudança em níveis de missão e valores. Relacionado ao tempo, Barbanti (2012a) conseguiu identificar que a introdução da atividade física no tratamento do dependente químico começa a surtir efeito entre dois meses e após quatro meses do seu início, ressaltando que a cura não é algo instantâneo (MIALICK, FRACASSO e SAHD, 2007).

Pelo ao contrário, o processo é evolutivo e com a atividade física a primeira mudança positiva nesse período é a melhora nos aspectos da qualidade de vida, como a capacidade funcional, o aspecto físico, a diminuição da dor, o estado geral, a vitalidade, a melhora do aspecto social, do aspecto emocional e da saúde mental, desencadeando assim o afeto, a sociabilidade, uma melhora nos padrões de sono e no desempenho ocupacional. Por conseguinte, pode-se perceber que tais características concordam com os benefícios diretos e indiretos levantados nesta pesquisa (KWON et al., 2013).

A atividade física melhora os resultados de saúde mental dentro de vários domínios psicossociais, mostrando uma incidência na literatura para o impacto do exercício sobre a depressão. Menor risco de depressão e de ideação suicida estão entre os efeitos psicológicos benéficos da prática da atividade física. Segundo a capacidade funcional se refere às atividades mais complexas do cotidiano, tais como: passear, fazer compras, limpar casa, lavar roupa, dirigir, utilizar meios de transporte coletivo, entre outros. O instrumento utilizado, por ser genérico, avaliou a influência que a capacidade funcional exercia sobre a vida do indivíduo quando comparada à população geral, afetando a sua QV (KLEIN, et al, 2018)

O domínio mobilidade esteve relacionado com os níveis de atividade física. Os moradores ativos das residências terapêuticas se relacionam à categoria com ausência de problemas ao andar, os insuficientemente ativos com alguns problemas em andar e os sedentários obtiveram associação com o estado de estar na cama. As pessoas com transtornos mentais crônicos exercitam-se menos que a população em geral, quer seja em decorrência da própria patologia, que em alguns casos provocam lentificação psicomotora, ou em consequência dos medicamentos que acabam comprometendo a motricidade. Nesse sentido, o movimento frequente é

preferível ao comportamento sedentário. A atividade física é cada vez mais reconhecida como um componente eficaz como coadjuvante no tratamento para várias doenças mentais. A associação inversa entre atividade física e doença cardiometabólica é bem estabelecida, assim como a forte ligação entre a doença mental, o comportamento sedentário e a saúde cardiometabólica precária.

A prescrição de atividade física como tratamento preconiza que tais intervenções são mais bem-sucedidas quando o exercício físico é adaptado individualmente e respeita a adequada velocidade de progressão, considerando as limitações físicas, as necessidades psicossociais e os recursos disponíveis dos indivíduos. E no que se refere ao nível de atividade física, ficou evidente que a maioria não pratica atividade física regularmente; ainda ao analisar tais escores com os níveis de atividade física nesta população, nos deparamos com a percepção de dor, os aspectos sociais e a mobilidade relacionados ao sedentarismo. Frente a esses dados, salienta-se a lacuna relacionada à falta de incentivo para a prática de atividade física e a perda dos possíveis benefícios físicos e sociais desta para a amostra estudada (KLEIN, et al, 2018).

O exercício desencadeia a liberação de beta-endorfina da hipófise (periféricamente) e do hipotálamo (central), que por sua vez proporciona efeitos analgésicos através da ativação de receptores μ -opióide periféricamente e centralmente. Além disso, a caminhada e os programas de atividade física podem proporcionar a oportunidade de alargar as relações sociais, estimulando novas amizades, o que gera efeitos saudáveis no nível cognitivo e na Qualidade de vida (KLEIN, et al, 2018).

Ao contrário de estudos que apontam para uma elevada prevalência de inatividade em populações similares, os dados encontrados no presente estudos mostram maior prevalência de pessoas ativas em geral, dados que apoiam um estudo futuro que possa confirmar uma melhora na qualidade de vida em decorrência do abandono do estilo de vida sedentário (ALVES, et al; 2009)

Resultados que mostram pior qualidade de vida em estudantes são preocupantes, visto que ficou comprovada uma correlação significativa entre atividade física e qualidade de vida de sedentários têm grande probabilidade de se tornarem adultos sedentários, justificando a adoção de rotinas de exercícios físicos

em escolas, universidades e a devida indicação de profissionais da saúde (ALVES, et al; 2009)

ressaltou também que as associações que indicam melhora em estados físicos e psicológicos também são encontradas em Assumpção et al. quando os comparam à prática de atividades físicas. Em concordância com estudos realizados por Pereira et al. dentre os quatro domínios, o que mais explicou a qualidade de vida global foi o físico (KLEIN, et al, 2018)

Os resultados em relação à qualidade de vida e à prática de atividade física não se modificaram quando controladas as variáveis sexo, idade e profissão, as informações relacionadas à prática habitual de atividade física encontradas na atual pesquisa podem diferir por conta da natureza e das especificações das questões apresentadas, o que deverá variar de acordo com o sexo, a idade, o desenvolvimento cognitivo e o contexto sociocultural em que os sujeitos estão inseridos. Apesar de não apontar uma variação significativa no cruzamento entre padrão de atividade física e o domínio relações sociais, as maiores médias estão em pessoas ativas em geral, e a menor, em pessoas inativas. Os dados que merecem atenção quando se pensa no aumento das atividades em grupo e das novas interações pessoais proporcionadas pelas atividades físicas, de modo que esta torna-se uma oportunidade de “investimento social”, ficou evidenciado que a atividade física acarreta melhoras na qualidade de vida em todos os aspectos (SILVA et al., 2010).

Ainda descreveram que seus resultados não fornecem dados para indagar sobre as razões das recomendações de melhor qualidade de vida encontrada, pois dividimos as ideias de Sato, citado por Lacaz, de que a qualidade de vida também está ligada ao mundo pessoal dependendo as tendências e anseio de cada indivíduo tais como sentimentos, vivências e anseios; aos valores, crenças, ideologias e aos interesses econômicos e políticos. Porém, estas questões devem ser estudadas tendo em vista os fatores de influência na qualidade de vida em situação de trabalho (SILVA e col; 2010)

Assim como mostram estudos recentes, compartilhamos da ideia de que o exercício é uma intervenção de baixo custo, que pode promover saúde em vários aspectos quando conscientemente realizado. A atividade física é estimada como meio estressor e entusiasmo vários procedimentos anatômicos. O corpo humano se

acomodar-se ao estresse instigado pelo treino, por meio de uma ligeira adaptação do metabolismo (FERREIRA, TUFIK e MELLO, 2001).

Além de adequações físicas, aplica-se ao exercício mudanças no comportamento, pois, pessoas que estão envolvidos com a prática de exercício experimentam implicações positivas na saúde, com parte deles notados na sequência de treinos em relação a melhor estado de humor e ânimo. A prática da atividade física habitual oferece evolução da autoconfiança, e da autoestima, aperfeiçoando o relacionamento entre pares e desempenho. Pois a AT motiva e tras a vida dos adictos uma nova rotina, mas com um acréscimo de bem estar, o exercício físico também proporciona a substituição da emoção encontrada na rua, que pode ser insolente e fascinante para quem está em estado vulnerável. (ANDRADE e MATOS, 2011).

A droga proporciona sensação de bem e estar e prazer para o indivíduo que dela faz uso, mas, com a praticar-se uma atividade física, o organismo acelera a produção da endorfina, que é um hormônio capaz de proporcionar exatamente estes tipos de sensações, e passa a ser uma pratica inversa, o dependente encontra a endorfina e estimulas de bem estar com a pratica de exercícios físicos, o que o ajuda a livrar-se das drogas (CORREIA, 2018).

Sugere-se que deve ser trabalhado o desenvolvimento da auto confiança, a intrageração do adicto de modo gral na sociedade, recuperar a autoestima, e, prevenir o uso das drogas, outro ponto muito importante é controlar a ansiedade e o estresse e diminuindo a obsessão pelas drogas (CORREIA, 2018).

Diversas e múltiplas decorrências de caráter prático do treinamento para beneficiar a saúde mental têm consistido em conferir uma expansão da produção de endorfina, e isso pode acontecer por meio da prática da atividade física regular e constante devido a sensação de bem estar e prazer que a atividade física proporciona ao indivíduo; o prazer está atrelado vontade inconsciente, em uma experiência que vai além de qualquer consideração das emoções, sentimentos e emoções. Fundamentando em conceitos psicanalíticos, a satisfação se opõe ao prazer, diminuindo as tensões do aparelho psíquico no nível mais baixo possível (WERNECK, BARA FILHO e RIBEIRO, 2005).

O que está sempre promovendo a satisfação do instinto, simbolizando a satisfação real é o sintoma. Para o autor, o sintoma é definido por Lacan, na década de 1950, a partir do simbólico, e depois de 1970 como do âmbito do real. (WERNECK, BARA FILHO e RIBEIRO, 2005)

O sintoma, portanto, seria a expressão de uma satisfação da vontade e da realização de um inconsciente que serve para realizar, já o sintoma é o efeito do simbólico na realidade (NEVES, et al, 2013).

É cada vez mais comuns discussões acerca do uso de drogas tratando este assunto como sério problema de saúde pública que afeta a sociedade como um todo. Dentre as hipóteses etiológicas, alguns fatores estão implicados na origem do transtorno de uso de drogas, podendo ser genéticos, psicossociais ou advindos de alterações neuroquímicas (DALGALARRONDO, 2012).

Quando o indivíduo encontra-se no estado de evitação de contato social, estar em uma comunidade terapêutica se torna desafio tanto para o adicto como para a equipe multidisciplinar, com humor em extremos, além de sintomas como: ausência de vontade de viver, depressão, ausência de interesse e prazer, energia reduzida, fadiga aumentada e atividades em geral diminuídas, baixíssima pretensão de contato social ou, paralelamente, euforia, agitação, delírio e hipersonia (SIMONETTI, 2014).

É importante considerar as particularidades do trabalho junto a cada grupo para um atendimento mais específico. Os profissionais, de modo geral, envolvidos com indivíduos em compulsão por drogas, necessitam de treino adequado e preciso; quer seja durante o transtorno de compulsão ou abstinência ocorre alteração bioquímica no cérebro, causada por um déficit no metabolismo da serotonina que é o principal neurotransmissor responsável pelo equilíbrio do humor e da sensação de bem estar do indivíduo (NAVES, et al, 2013).

O que parece ser herdado é uma tendência para um funcionamento bioquímico anormal em algumas regiões cerebrais; as causas biológicas de dependência por drogas têm se focado numa falha na neurotransmissão, sinérgicas especialmente flucoxantina, dopamina, serotonina, causas físicas do receptor que são traduzidos em um sinal intracelular (NAVES, et al, 2013).

Os psicofármacos eficazes no tratamento aumentam os níveis de alguns desses neurotransmissores, a dopamina é importante na via de satisfação, assim como a adrenalina e a serotonina também produzem efeitos de satisfação (NEVES, et al., 2013).

Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina, como fluoxetina e a sertralina, e os antidepressivos tricíclicos, nortriptilina, clomipolamina são constantemente utilizados no tratamento. Evidências têm demonstrado o importante papel desempenhado pelo ATP do sistema nervoso central (NEVES, et al., 2013).

Os antidepressivos são substâncias consideradas eficazes na remissão de sintomas de compulsão por drogas atuam diretamente no cérebro modificando e corrigindo a transmissão neuroquímica em áreas do sistema nervoso. Há três classes principais tricíclicos: (inibidores da receptação da serotonina e noradrenalina) e inibidores da enzima mono oxidase (MAO). (SIMONETTI, 2014).

Compreende-se que o exercício físico também tem se mostrado eficaz no combate à compulsão por drogas. A preocupação com o bem estar biopsicossocial do indivíduo tem sido tema de vários estudos para procurar compreender quais são os efeitos do exercício físico sobre a área emocional (SIMONETTI, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (2008) classifica bem estar como estado completo físico, mental e social; não apenas ausência de doença. Considera a atividade física como fator primordial na melhora da qualidade de vida, pois promove mudanças, revertendo quadros de transtorno de compulsão por drogas e elevando a autoestima (BRASIL, 2008).

Sugere que a atividade física pode ser um meio alternativo excelente para descarregar tensões, emoções e frustrações. A partir dos anos 90 o exercício físico foi reconhecido como promotor de saúde e prazer e, essa consciência vem crescendo no mundo todo. A produção de neurotransmissores como dopamina que auxiliam no combate ao transtorno de compulsão por drogas e atuação na área emocional. Há séculos atrás o exercício era para manutenção de saúde e praticidade como cortar lenha, longas caminhadas para visitar

amigos, etc. Com o progresso e as facilidades, observou-se uma modificação no comportamento humano (DALGALARRONDO, 2012).

A atividade física além de aliviar o estresse, faz o organismo liberar a beta endorfina, conhecido como hormônio do bom humor, por causa da sensação de bem estar ajudando a melhorar o sono e provocando a conhecida sensação de relaxamento que acontece logo após o final da atividade física (DALGALARRONDO, 2012).

O adicto pode estar se sentindo moralmente desamparado, o que enfatiza a relevância do assistente social como um profissional capaz de acompanhar os jovens drogadictos nas fases do tratamento. Ele precisa auxiliar no manejo dos aspectos que são suscitados pelo diagnóstico da doença, associando a temática de solidão e sofrimento (NEVES, et al., 2013).

Outra contribuição seria o da psiquiatria para a compulsão por drogas é a de que, com o seu conhecimento a respeito do homem, da personalidade em especial, poderia possibilitar certa liberdade do ser humano. Esse fator propiciaria ao paciente um conhecimento de suas próprias forças e vontades, podendo ter uma vida mais produtiva, racional e satisfatória (SIMONETTI, 2014).

Pode-se ver, por meio da pesquisa de que esse auxílio prestado pelos profissionais que atuam em instituições de recuperação terapêuticas é importante pois em conjunto atuam com cuidados referentes a autoestima e do orgulho próprio, além de auxiliá-lo no desenvolvimento da autonomia naquilo que é capaz de fazer (GALVEZ et al., 2014).

A atuação com a família durante período de permanência terapêutica, visa ajudar os familiares a lidar da forma mais apropriada com a dependência, e doença em si, reações emocionais suscitadas no paciente assim como suas próprias reações. Esse papel junto da família também tem a função de fortalecer os familiares e aproximá-los da equipe de profissionais que ouve as questões e queixas dos adictos, partilhando as angústias colocadas, envolvendo a família no tratamento do paciente, mas não excluindo suas fragilidades (NAVES, et al, 2013).

Ressalta a importância do transtorno de compulsão por drogas como aspecto fundamental ao enfrentamento da situação em que o paciente se encontra e que, portanto, o assistente social deve aceitá-la e não buscar eliminá-la (SIMONETTI, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção atua como um mecanismo mediador e regulador do comportamento humano que muitas vezes amplia, e em outras vezes reduz o campo de visão dos funcionários nas mais diversas condições organizacionais e como visto na pesquisa feita e refletido nos resultados discutidos.

Os procedimentos deste estudo respeitaram as particularidades dos participantes, sempre atentos à presença de comorbidades, adequaram às orientações e a supervisão da prática, com vistas aos melhores resultados individuais com a inserção do exercício físico como componente cotidiano de cuidado com a saúde e para a reabilitação da dependência.

O veio colaborar com dados relacionados à atividade física regular nas CTs ao qual se observou que deve ser feita a intervenção de um profissional para criar estratégias que estimulem esse público “mais velho” a praticarem atividades que os atraem, essa estratégia será bem válida para sua saúde, com uma melhora na qualidade de vida e colaborando também na abstinência no uso de drogas, a interação social principalmente aos adictos que não possuem cônjuges ou acompanhamento familiar nas suas recuperações, pois o profissional tem estratégias para minimizar essa falta de alguém próximo criando um vínculo sociocultural entre eles próprios, e também se fazendo de referência, pois os adictos sempre procuram uma figura para se inspirarem a viver um novo estilo de vida. É fundamental a inserção desse profissional em uma rotina fixa nas CTs criando estratégias, incentivando os adictos para uma rotina mais saudável e motivando-os sempre que necessário à prática de exercícios físicos.

A prática de atividade física e o ambientes onde os adictos vivem tem grande influência principalmente por conta dos recursos físicos e materiais disponíveis para tal prática, criar políticas públicas de incentivo governamental principalmente nas CTs de administração pública seria de grande valia e causaria um grande impacto aumentando o interesse do adicto por ter um tratamento de qualidade, pois muitos não buscam essa ajuda por julgarem que fora das CTs oferecidas à eles, terão uma vida melhor.

Faz-se necessário divulgar a importância dos profissionais da educação física no âmbito do tratamento da dependência de drogas, inserir programas de exercícios físicos nas estratégias terapêuticas para acelerar o processo de recuperação e

oferecer aos dependentes um apoio fisiológico para prevenção de recaídas e melhoria da saúde e da qualidade de vida.

Corroborando com o que já foi exposto ao longo desta pesquisa, onde constatou-se que a prática da atividade física representa um fator positivo na geração de saúde e principalmente como redutor eficaz de vulnerabilidade, como é o caso do uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas

No que se refere ao nível de atividade física, ficou evidente que a maioria não pratica atividade física regularmente. Ao analisar tais escores com os níveis de atividade física nesta população, nos deparamos com a percepção de dor, os aspectos sociais e a mobilidade relacionados ao sedentarismo. Frente a esses dados, salienta-se a lacuna relacionada à falta de incentivo para a prática de atividade física e a perda dos possíveis benefícios físicos e sociais desta para a amostra estudada.

Ao investigar a influência da atividade física no tratamento de adictos concluiu-se que ela exerce papel de grande importância para recuperação dos adictos gerando pensamentos e sentimentos positivos substituindo assim as sensações encontradas na droga, pois, a atividade física ajuda na regulação das substâncias relacionadas ao sistema nervoso, na capacidade de lidar com problemas e com o estresse.

É de fundamental importância que o indivíduo em tratamento entre em contato com meios saudáveis, ou seja, a sensação de bem-estar é um fator que influencia positivamente o estado psicológico das pessoas, fazendo com que elas busquem cada vez mais um estilo bom de vida.

Diante das conclusões expostas, recomenda-se que novos estudos possam ser realizados a fim de que haja introdução de atividade física no tratamento de dependentes químicos.

Dentro das possibilidades abordadas, no trabalho concluímos que o transtorno de compulsão por drogas em adolescentes constitui enfermidade mental, comprometendo intensamente a qualidade de vida do sujeito, sendo considerado fator de risco.

Concluímos, também, que a melhor forma de tratamento é o multidisciplinar, utilizando a atividade física.

Após reflexões sobre o comportamento do nosso público, tivemos a preocupação de não restringir, pelo contrário, ampliar a discussão a respeito do assunto.

Percebe-se que os adictos atuam sempre com discursos bem alinhados e históricos muito parecidos, trazendo no corpo a marca que denuncia o abuso da droga. Pode-se observar, durante os atendimentos, que é pontual o fenômeno da repetição à compulsão, e que está intimamente ligado ao mal estar do sujeito perante à sociedade, sendo, portanto, a substância/produto um recurso de alienação, e não de refúgio.

Freud (1996), no texto "Recordar, Repetir e Elaborar", afirma que o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu ou recalcou, mas o expressa pela atuação ou atua (*acts it out*). Ele reproduz não como lembrança, mas como ação: repete-o, sem naturalmente saber que o está repetindo.

Ao nos depararmos com essa postura, fazemos a seguinte reflexão: a compulsão ao uso de drogas pode ser elaborada? E, mais adiante, percebemos que a repetição à compulsão é algo da ordem do insuportável, onde sempre existe um resto, podendo associar a questão da toxicomania.

O adicto se intitula como tal, e a adição pode estar estruturada a qualquer tipo de estrutura, neurose, psicose ou perversão. Nesse sentido, convêm-nos então considerar o sujeito e não o fenômeno - esse sujeito excluído, reduzido a um objeto, nesta sociedade de consumo, busca uma saída para sua angústia na substância/produto.

A consideração a ser feita é de que a substância química, embora seja um método grosseiro, apresenta-se também eficaz ao tratamento para adolescentes usuários de drogas, pois provoca prazeres e altera a consciência e a sensibilidade, de modo que o que é desagradável deixa de ser percebido, daí repete-se incansavelmente, para obtenção do prazer, ou fuga da realidade.

Compreende-se que o a atividade física pode ser utilizada como ação que beneficie o paciente desde uma orientação inicial até engajamento numa atividade complexa como grupos de terapia coletivos, sempre estando atento às características idiossincráticas do paciente.

Os quadros de adictos têm sido tratados com eficácia pela psiquiatria e psicologia, concomitantemente com a indicação de atividades físicas, pois tratam de um instrumento de mudança atuante em sua psique e, conseqüentemente geram interações sociais. Indivíduos ativos que realmente se entregam as atividades físicas reduzem significativamente os sintomas psicológicos assim como os fármacos agem aumentando os níveis das neurotransmissões.

Desse modo, sugere-se que sejam propostos novos panoramas de ótica multidisciplinar para o tratamento de adictos por drogas na área de saúde, por meio de estudos e pesquisas, uma vez que a abordagem na área é múltipla e abrangente.

Assim, a justificativa para o trabalho, recai em nível de preocupação do profissional de saúde em contribuir com o paciente compulsivo por drogas, na compreensão de que o citado transtorno vem se tornando um episódio cada vez mais frequente e comum em meio ao panorama que nos envolve.

Desse modo, ainda que haja iniciativas de combate os transtornos advindos das drogas, por meio dos órgãos de autoridade pública, faz-se também importante ressaltar em senso comum a necessidade de alcançar sempre uma melhor qualidade de vida em consonância ao tratamento em que o paciente é submetido.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Marcos Antonio Bettine de, Gustavo Luis Gutierrez, Renato Marques. **Qualidade de vida**: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades. EACH/USP, 2012. 142p.: il.
- ALVES, J. A. B.; PIERANTI, O. P. **O Estado e a formulação de uma política nacional de Esporte no Brasil**.ed. RAE eletrônica, v. 6. E.A.E. São Paulo: 2009.
- ANDRADE, A.; MATOS, J. B. **Intervenção do profissional de educação física em jovens em situação de risco social**: A contribuição da psicologia do esporte. Conexões: revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas, p.113-156, maio/agosto. 2011.
- ARAÚJO, A. B. **Qualidade de Vida no Trabalho (QVT): os lucros advindos de um lugar excelente para se trabalhar**. In: *Anais da 20ª Reunião Anual da ANPAD*. Angra dos Reis, 375-94. 2009.
- BETTI, Mauro; ZULIANI, Luiz Roberto. Educação Física Escolar: Uma proposta de diretrizes pedagógicas.**Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, São Paulo: Editora Mackenzie. Ano 1, nº1,p73-81, 2002.
- BUENO, Marcus. **As teorias de motivação humana e sua contribuição para a empresa humanizada: um tributo a Abraham Maslow** Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão - CESUC - Ano IV - nº 06 - 1º Semestre – 2002. Disponível em: <http://www.cesuc.br/revista/ed-1/ASTEORIASDEMOTIVACAOHUMANA.pdf>.> Acesso em 4 de junho de 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional Antidrogas. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Exigências mínimas para funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas**. Brasília: SENAD/ANVISA, 2002a. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_05.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **III Levantamento Nacional sobre uso de Drogas pela População Brasileira**: Documentação Complementar II. Versão Janeiro de 2019. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/4/III%20LNUD%20SuplementoII.pdf>
- BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005.**

BRASIL, ELLU CONSULTORIA & ASSESSORIA DE SAÚDE. **Acreditação hospitalar: Instrumentos Reguladores da Qualidade Assistencial.** São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.ellusaude.com.br/admhosp/acreditacao>. Acesso em: 18 de mar de 2013.

BRASIL. **A Organização Mundial de Saúde.** Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, Caracas, 1990.

BUCHELE, F.; MARCATTI, M.; RABELO, D. R. **Dependência química e prevenção e recaída,** Florianópolis, 2004.

CAVALCANTI, K. B.; VILLAVERDE, S. **Tempo Livre, Corporeidade e Uso Recreativo de Maconha.** In: Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte 10, Anais, Goiânia, Potência, 1997. P. 958-965

CALEFFI, Roseli Piva, **Educação física e a reabilitação de usuários de álcool e outras drogas.** Goiânia, 2013.

CAMPOS, Helio José Bastos Carneiro de, Francisco José Gondim Pitanga; Francisco Pitanga; Luiz Alberto Bastos de Almeida. **Práticas investigativas em atividade física e saúde.** Salvador: EDUFBA, 2013.

CEBRID. **Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP.** Universidade Federal de São Paulo, 2006. Disponível em: <<https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2014/10/II-Levantamento-Domiciliar-sobre-o-Uso-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-no-Brasil.pdf>>

CAPISTRANO, F. C.; FERREIRA, A. C. Z.; MAFTUM, M. A.; KALINKE, L. P.; MANTOVANI, L. P. Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 468-474, 2013.

BARBANTI, EJ. **A importância do exercício físico no tratamento da dependência química.** Educação Física em Revista, São Paulo, v. 6, p. 1-9, 2012. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/efr/article/view/3005> . Acesso em 16 de ago de 2022.

CORREIA, R. F. **A atividade física e o dependente químico em recuperação.** 2018.

COSMO, R. S.; ALENCAR, G. P.; BARBOSA NETO, L.; OLIVEIRA, C. M. V.; PEREIRA, T. T.; CASTRO, L. H. A.; DIAS, A. S. The Physical Education professional's insertion in the recovery plan for resident addicts in the Campo Grande therapeutic communities – MS. **International Journal for Innovation Education and Research**, v. 7, n. 12, p. 545-553, 2019. DOI 10.31686/ijer.Vol7.Iss12.2106

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre, Artmed Editora, 2012.

DEVELOPMENT OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION WHOQOL-BREF. Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**, v. 28, n. 3, p. 551-558, May 1998.

FRANÇA, A. **Interfaces da Qualidade de Vida no Trabalho na Administração de Empresas: fatores críticos da Gestão Empresarial para uma Nova Competência**. São Paulo, 2001 Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Economia e Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996.

FERREIRA, Sionaldo Eduardo, Anny Kalinne de Melo dos Santos B, Alexandre Hideki Okanoc, Bruno da Silva e Brandão Gonçalves de John Fontenele Araújo. Artigo original. **Efeitos agudos do exercício físico no tratamento da dependência química**. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br>.

FERREIRA, S. E.; TUFIK, S.; MELLO, M. T. Neuroadaptação: uma proposta alternativa de atividade física para usuários de drogas em recuperação. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** Brasília. 2001.

FERREIRA, Sionaldo Eduardo, Anny Kalinne de Melo dos Santos, Alexandre Hideki Okanoc, Bruno da Silva Brandão Gonçalves de John Fontenele Araújo. **Efeitos agudos do exercício físico no tratamento da dependência química**. Rev Bras Ciênc Esporte. 2017.

FERREIRA, A. C. Z.; BORBA, L. O.; CAPISTRANO, F. C.; CZARNOBAY, J.; MAFTUM, M. A. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 150-156, 2015.

FIGILE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p.178-183, abr. 2000.

FOSSI; Luciana Barcellos. Neuza Maria de Fátima Guareschi. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS**, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2015

GALVEZ. JF, THOMMI S, Ghaemi NS. Positive aspects of mental illness. **J Affect Disord**. 2014.

GURFINKEL, D. **A pulsão e seu objeto-droga**: estudo psicanalítico sobre a toxicomania. Petrópolis: Vozes, 2005.p. 78.

GARRET, Alexandre. DIAS, Fernando Luís. **Grandes Ideias. Líderes especiais. Empresas Vitoriosas**. São Paulo: Editora Gente, 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONDIM, Sônia Maria Guedes; SILVA, Narbal. **Motivação no trabalho in Psicologia, organizações e trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

HONORATO Eduardo Jorge Sant'Ana Honorato, Suzane Monteiro Gonçalves Anselmo, Sonia Maria Lemos, Darlisom Sousa Ferreira, Tirza Almeida da Silva. DOI 10.20396/conex. v16i4.8649672 **Artigo de Revisão - Atividade física como estratégia no processo de reabilitação psicossocial de dependentes químicos**. Conexões: Educ. Fís., Esporte e Saúde, Campinas: SP, v. 17, e019009, p.1-19, 2019. ISSN: 1980-9030

IMESC, Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo. **Info Drogas. definindo conceitos**. 2009. Disponível em <http://imesc.sp.gov.br/index.php/infodrogas/>. Acesso em 06 de set de 2022.

KLEIN. Simone Karine, Aline Fofonka, Alice Hirdes, Maria Helena Vianna Metello Jacob. **Qualidade de vida e níveis de atividade física de moradores de residências terapêuticas do sul do Brasil** *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(5):1521-1530, 2018

MATTOS, P. Impacto social e econômico da depressão. In D. H. Moreno, M. Bernick, P. Mattos, & T. A. Cordas, **Recuperação em depressão** (pp. 29-40). São Paulo, SP: Livre. 2011.

MELO, M. T.; BOSCOLO, R. A.; ESTEVES, A. M.; TUFIK, S. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do esporte*. São Paulo, 2005, P.204.

MINAYO, M. C. S. et al. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário** *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):7-18, 2000.

MURAD, J. E. **Como enfrentar o abuso de drogas**. Belo Horizonte: O lutador.1994.

NAVES. Cristiély Paola, Ione Maria Ramos de Paiva, Bianca Martins de Figueiredo, Rafael da Cunha Mângia, Maykeline Stéphanie Pereira, Alan Peloso Figueiredo. **Atividade física como terapia auxiliar no tratamento de dependentes químicos**. *Deportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires. Año 18 - Nº 180 - Mayo de 2013. Disponível em <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em 16 de ago de 2022.

NORONHA, Daniele Durães. Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins, Diego dos Santos Dias, Marise Fagundes Silveira, Alfredo Maurício Batista De Paula, Desirée Sant Ana Haikal. **Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e**

fatores associados: um estudo de base populacional *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2):463-474, 2016.

PEREIRA. Érico Felden, Clarissa Stefani TEIXEIRA, Anderlei dos SANTOS. **Qualidade de vida:** abordagens, conceitos e avaliação. *Rev. bras. Educ. Fís. Esporte*, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun. 2016.

PIMENTEL, Giuliano Gomes de Assis; OLIVEIRA, Edna Regina Netto; PASTOR, Aparecida Paulina. Significados das práticas corporais no tratamento da dependência química. *Interface*, v. 12, n. 24, p. 61-71, 2018. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000100006>

PSICOLOGIA CLÍNICA E PSICANÁLISE. **O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas:** práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Estud. pesqui. psicol.* vol.15 no.1 Rio de Janeiro abr. 2015.

ROBBINS, Stephen P. **Administração: Mudanças e perspectivas.** São Paulo: Editora Saraiva, 2003.

SANTOS, M. P. G. **Comunidades terapêuticas:** temas para reflexão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8856/1/Comunidades%20terap%C3%AAuticas.pdf>> the world health organization quality of life group.

SILVA Rodrigo Sinnott. Ivelissa da Silva, Ricardo Azevedo da Silva, Luciano Souza, Elaine Tomasi (Col) **Atividade física e qualidade de vida.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1):115-120, 2010.

SILVEIRA, Elton Paulino da Silveira; Gildo Batista Prata; Ana Lúcia de Paula Ferreira Nunes. **Uma Análise da Motivação dos Indivíduos nas Organizações a partir das Necessidades Humanas** *Rev. Mult. Psic.* V.13, N. 47, p. 706-726, outubro, 2019.

SMITH Plínio Junqueira e SOUZA FILHO, Danilo Marcondes de, **A percepção como uma relação: uma análise do conceito comum de percepção.** *ANALYTICA*, UNIFESP Rio de Janeiro, vol 18 nº 1, p. 109-132. 2014.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar:** o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998. DOI <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>

_____. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. **Measuring quality of life.** Geneva: World Health Organization, 1997.

YIN, R. K. **Case study research: design and methods**. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2002.

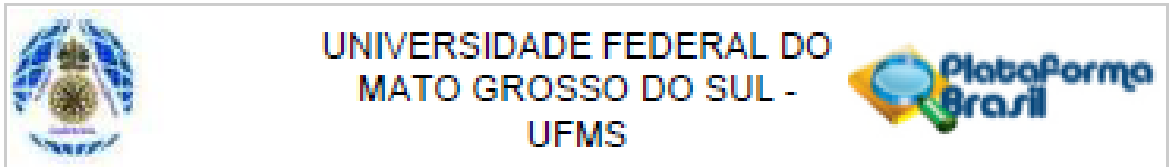
WERNECK, F. Z.; FILHO, M. G. B.; Ribeiro, L. C. S. Mecanismos de melhoria do humor após o exercício: Revisitando a hipótese das endorfinas. R. bras. Ci. e Mov. São Paulo, 2005.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos Indicadores de Qualidade**. Rio de Janeiro: Medici, 2001. 205 p.

ZSCHUCKE. E, Heinz A, Ströhle A. **Exercise and physical activity in the therapy of substance use disorders**. Scientific World Journal 201

ANEXO

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE ADICTOS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA E A INSERÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA ORIENTADA EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DE CAMPO GRANDE, MS

Pesquisador: RAPHAEL DE SOUZA COSMO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35857920.2.0000.0021

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.321.417

Apresentação do Projeto:

A pesquisa visa avaliar a percepção de adictos sobre a qualidade de vida e a inserção de atividade física orientada em comunidades terapêuticas de Campo Grande, MS. Será aplicada uma Entrevista Semiestruturada elaborada especificamente para fins desta pesquisa organizada em dois blocos na intenção de caracterização pessoal e da atividade física contendo 18 questões, cinco questões abordando aspectos de caracterização pessoal, uma sobre o tipo de substância ao qual já fez o uso antes do início do tratamento, uma se possui um suporte familiar durante a recuperação, seis questões sobre o nível de atividade física praticada na comunidade terapêutica, sua caracterização e importância para o tratamento, três questões referente à inserção de um profissional de educação física na equipe multidisciplinar atuante na CT, sua importância no processo de recuperação e duas questões sobre o interesse do adicto em participar de um programa de atividade física orientada por um profissional dentro da CT.

Outro instrumento que será aplicado neste estudo é o Questionário do Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde-abreviado (WHOQOL-bref versão em português), constituído por 26 questões, duas questões abordam de maneira ampla a qualidade de vida e o quanto satisfeito está com a sua saúde e 24 perguntas tratam sobre os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, que seguem uma escala de Likert (de 1 a 5), onde maior a pontuação, melhor a qualidade de vida.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA DE PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA ENTIDADE

Ilmo. Sr. Prresidente da Comunidade Terapêutica
 no ano de **2020**, localizada à Rua
, nº Bairro....., CEP 79.....-.....,
 Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

Eu, **RAPHAEL DE SOUZA COSMO**, regularmente matriculado no Curso de **MESTRADO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DA REGIÃO CENTRO-OESTE** da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul solicito obter autorização para realizar a pesquisa intitulada **PERCEÇÃO DE ADICTOS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA E A INSERÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA ORIENTADA EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DE CAMPO GRANDE, MS**, conforme projeto em anexo, após aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP).

Terminada a pesquisa, os resultados serão devolvidos ao grupo pesquisado e, ao serem publicados em forma de artigos, livros, relatos de pesquisa ou ensaio, bem como apresentados em Eventos de Pesquisa, Iniciação Científica, Ciclo de Palestras, Jornadas, Seminários, Simpósios, Congressos ou Encontros, serão sempre realizados respeitando a Resolução 466/12 CNS/MS “III – Aspectos Éticos da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”, que garante o anonimato dos sujeitos da pesquisa, bem como do local onde a mesma foi realizada, para evitar quaisquer estereótipos, preservando suas identidades. Desta maneira, os dados que estão sob minha responsabilidade serão apresentados com respeito e cuidados éticos.

A Instituição também tem autonomia para permitir a pesquisa ou também para encerrá-la caso, nós como pesquisadores não cumpramos com o que está sendo apresentado.

Como pesquisador sempre estarei à disposição da Instituição e de seus participantes para esclarecer quaisquer dúvidas sobre o estudo.

Campo Grande, ____ de _____ de _____.

Pesquisador Responsável: Raphael de Souza Cosmo

Assinatura: _____

Orientador: Albert Schiaveto de Souza

Assinatura: _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Campo Grande (MS), _____ de _____ de _____.

CONVITE À PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

Prezado (a) Entrevistado (a)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: **PERCEPÇÃO DE ADICTOS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA E A INSERÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA ORIENTADA EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DE CAMPO GRANDE, MS**, a ser desenvolvida pelo pesquisador **PROFESSOR ESPECIALISTA RAPHAEL DE SOUZA COSMO**, aluno regularmente matriculado no Curso de **Mestrado em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**, orientado pelo **PROFESSOR DOUTOR ALBERT SCHIAVETO DE SOUZA** e tem como objetivo de verificar se a atividade física orientada tem aspectos positivos em relação a desistência de adictos em recuperação em comunidades terapêutica em Campo Grande/MS.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta, realizar qualquer teste ou desistir de participar e retirar seu consentimento.

Antes, durante ou após a pesquisa, não haverá qualquer custo ou retorno financeiro aos participantes, ficando, portanto, os pesquisadores, livre de qualquer obrigação que não diga respeito estritamente à pesquisa.

Será aplicada uma Entrevista Semiestruturada elaborada especificamente para fins desta pesquisa organizada em dois blocos na intenção de caracterização pessoal e da atividade física contendo 18 questões juntamente com o Questionário do Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde -abreviado (*WHOQOL-bref* versão em português), constituído por 26 questões, duas questões abordam de maneira ampla a qualidade de vida e o quão satisfeito está com a sua saúde e 24 perguntas tratam sobre os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK et al., 2000), que seguem uma escala de *Likert* (de 1 a 5), onde maior a pontuação, melhor a qualidade de vida.

Com os dados, os resultados serão apresentados à Associação de Reabilitação Parceiros da Vida – Esquadrão da Vida que é a única Comunidade Terapêutica do Estado de Mato Grosso do Sul filiada à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRAC) para que possam ser discutidos em reuniões nacionais das mesmas, sendo redigidos estudos para as questões envolvidas.

Suas respostas e resultados serão tratados de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. A menos que requerido por lei, somente os pesquisadores terão acesso às informações para verificar os resultados de estudo.

O estudo terá a oportunidade de ser publicado em revistas e congressos na área da saúde e eventos acadêmicos ou profissionais que possam envolver a Educação Física, de modo a colaborar com a pesquisa científica e saúde, passando, assim, os participantes a concordarem com tal (is) publicação (ões).

Para qualquer informação, o contato poderá ser feito através do número (67) 99204-1640 (Raphael Cosmo) pelo e-mail rafa-mig@hotmail.com.

Declaro que li e entendi este termo de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Nome do Participante:

Assinatura do Participante:

Data: ___/___/_____

Assinatura do Pesquisador:

_____ Data: ___/___/_____

APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Caracterização do público adicto e da prática de atividade física

Código do participante: _____ (NÃO PREENCHER)

Nome da Comunidade Terapêutica: _____

Data: ____/____/____

INSTRUÇÃO DE PREENCHIMENTO (ENTREVISTADOR)
PARA RESPONDER AS QUESTÕES, ASSINALE A RESPOSTA COM UM “X” E
COMPLETE A LACUNA QUANDO NECESSÁRIO.

BLOCO 1 – CARACTERIZAÇÃO PESSOAL

1. Qual é a sua idade? _____ (em anos)
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Estado civil:
 - a) () Solteiro c) () Divorciado
 - b) () Casado ou União Estável d) () Viúvo
4. Tempo de abstinência _____ (em meses)
5. Quantidade de internações _____ (quantidade em número de internações)
6. Tipo de substância utilizada:
 - a) () Maconha d) () Haxixe () Outros _____
 - b) () Cocaína e) () Crack
 - c) () Pasta base f) () Heroína
7. Possui acompanhamento familiar durante a internação? () Sim () Não

BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

- 8) Você acredita que a prática de atividade física é importante no plano de recuperação?

() Sim () Não

Caso responda **NÃO**, pule para a **questão 10**.
- 9) O quão importante você acredita que a prática de atividade física é importante no plano de recuperação?
 - a) () 0 – Nenhuma importância c) () 2 – Importante
 - b) () 1 – Pouco importante d) () 3 – Muito importante
- 10) Você realiza atividade física regular nesta Comunidade Terapêutica?

() Sim () Não

Caso responda **NÃO**, pule para a **questão 15**.
- 11) Qual o tipo de atividade física regular você pratica nesta Comunidade Terapêutica atualmente?
 - a) () Caminhada d) () Musculação g) () Treinamento Funcional
 - b) () Corrida e) () Voleibol h) () Dança
 - c) () Futebol f) () Natação i) () Outras _____
- 12) Com qual frequência você realiza a atividade física descrita anteriormente?
 - a) () 1 dia por semana d) () 4 dias por semana g) () 7 dias por semana
 - b) () 2 dias por semana e) () 5 dias por semana
 - c) () 3 dias por semana f) () 6 dias por semana

13) Por qual (is) motivo (s) você realiza a (s) atividade (s) física (s) descrita (s) anteriormente? (**Pode marcar mais de uma alternativa**)

a) Saúde c) Estética e) Competição

b) Lazer d) Socialização f) Outros _____

14) Você recebe orientação profissional para realizar a (s) atividade (s) física (s) descrita (s) anteriormente? Sim Não

15) Você julga importante receber a orientação de um profissional de Educação Física para praticar atividade física? Sim Não

Caso responda **NÃO**, pule para a **questão 17**.

16) O quão importante você acredita que a orientação profissional para realizar atividade física é importante para seu plano de recuperação?

a) 0 – Nenhuma importância c) 2 – Importante

b) 1 – Pouco importante d) 3 – Muito importante

17) Você gostaria de participar de um programa de atividade física com orientação profissional nesta Comunidade Terapêutica? Sim Não

18) Você acredita que a prática da atividade física orientada possa melhorar sua qualidade de vida dentro desta Comunidade Terapêutica? Sim Não

Obrigado pela sua colaboração!

APÊNDICE D – Questionário de Qualidade de Vida - Abreviado (*WHOQOL-bref* – Versão em Português)

Avaliação da Qualidade de Vida
(Grupo *WHOQOL* no Brasil – UFRGS)

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	④	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição,	1	2	3	4	5

	atrativos)?					
--	-------------	--	--	--	--	--

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5

17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a)	1	2	3	4	5

	você está com o seu meio de transporte?					
--	---	--	--	--	--	--

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO