

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC

CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA - BACHARELADO

CLAUDIA BONACINI DE SOUZA

**OS BENEFÍCIOS DAS PRÁTICAS CORPORAIS COM INFLUÊNCIA
NO NÍVEL DE ANSIEDADE DAS MULHERES EM TRATAMENTO DE
DEPENDÊNCIA QUÍMICA RESIDENTES NA FAZENDA SÃO JORGE
EM ARARANGUÁ-SC**

CRICIUMA

2012

CLAUDIA BONACINI DE SOUZA

**OS BENEFÍCIOS DAS PRÁTICAS CORPORAIS COM INFLUÊNCIA
NO NÍVEL DE ANSIEDADE DAS MULHERES EM TRATAMENTO DE
DEPENDÊNCIA QUÍMICA RESIDENTES NA FAZENDA SÃO JORGE
EM ARARANGUÁ-SC**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Bacharel do Curso de Educação Física da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador (a): Profa. Mestre Graziela Fatima Giacomazzo

CRICIUMA

2012

CLAUDIA BONACINI DE SOUZA

**OS BENEFÍCIOS DAS PRÁTICAS CORPORAIS COM INFLUÊNCIA
NO NÍVEL DE ANSIEDADE DAS MULHERES EM TRATAMENTO DE
DEPENDÊNCIA QUÍMICA RESIDENTES NA FAZENDA SÃO JORGE
EM ARARANGUÁ-SC**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel, no Curso de Educação Física da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em saúde, meio ambiente e qualidade de vida.

Criciúma, 07 de dezembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

.....
Prof. Graziela Fatima Giacomazzo – Mestre (Unesc) - Orientador

.....
Profª Eliza Fatima Stradiotto -Mestre - (Unisul)

.....
Profª Regina de Fatima Teixeira – Especialista - (Esucru)

Dedico este trabalho para todos os dependentes químicos que hoje se encontram em recuperação, para que estes consigam encontrar o caminho da Luz. E para aqueles que ainda não encontram em recuperação que encontre o caminho de Deus, e que estes caminhos os levem para as Comunidades terapêuticas.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecer a Deus que me iluminou em todas as minhas ações, e com sua luz me ilumina todos os dias.

Agradecer a minha mãe querida Giovana Bonacini que não desanimou diante dos obstáculos e dificuldades para que eu conseguisse frequentar a faculdade.

Ao meu pai pelo apoio financeiro.

Agradecer meu tio Rojerio e minha Tia Lica que me acolheram nos momentos mais difíceis, quando nem um lar eu tinha.

Agradecer a minha Companheira Grasiela Cristine Drey, que por muitas vezes ao me desesperar me afagou em seu peito me dando força para continuar, por muitas vezes tentando me fazer sorrir e não me deixar chorar. Pela compreensão e carinho de todos os dias.

A minha orientadora Graziela Fatima Giacomazzo por me adotar como orientanda e dedicar o seu tempo.

A professora Eliza Fatima Stradiotto que sempre me apoiou e me deu força.

A professora Regina de Fatima Teixeira, que por menor tempo que tivemos de aproximação me ensinou muitas coisas em suas aulas que hoje levo comigo. E agradecer por aceitar o meu convite.

A minha amiga e colega de classe Gisele Ghisland por sua paciência, companheirismo e cuidado com minhas coisas, por todas as idas e vindas da universidade juntas.

As meninas Narita e Gabriela pelo companheirismos nos trabalhos acadêmicos, pelas risadas nos estágios e pelo carinho e conselho dados.

A família da Jucelia Borges, por me acolher durante muito finais de semana, para que pudesse realizar minhas atividades na Universidade. A Paulini sua filha que por diversas vezes me ajudou financeiramente para que pudesse estar onde estou hoje.

**“Aquele que disse não dá para ser feito....
Foi vencido por aquele que estava fazendo.”
Autor: Desconhecido**

RESUMO

O uso de drogas vem crescendo frequentemente entre os jovens e em toda a população, tornando-se um dos problemas mais angustiantes do presente século, como uma epidemia vem devastando a sociedade. O uso de drogas causa inúmeros problemas tanto na saúde do indivíduo quanto em seu aspecto social. No caso das mulheres a droga se torna frequente devido a falta de valorização, marginalização, más companhias, o sofrimento ocasionado por diversos fatores e problemas psicológico que levam a fazer o uso destas substancias. Os trabalhos das comunidades Terapêuticas veem sendo uma forma de estagnar este problema devastador. O presente estudo tem como objetivo identificar as contribuições das praticas corporais com influencia no nível de ansiedade da mulher dependente química, residentes na Fazenda São Jorge em Araranguá-Sc, auxiliando em seus tratamentos. A pesquisa é caracterizada descritiva do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa. A população deste estudo foi de 14 mulheres em recuperação na Fazenda São Jorge de Araranguá, sendo que apenas 6 mulheres puderam ter analises completas de dados. A fundamentação teórica foi baseada nos seguintes autores: Longenecker (1998) Torres (1987) Rosa e Nassif (2003) Branden (2003) Watanabe (2003) Mattos; Rosseto jr; Blecher (2004), obtendo auxilio de monografias e artigos relacionados ao tema. Se pode concluir que os indivíduos com as praticas corporais conseguiram a redução nos seus níveis de ansiedade melhorando assim o convívio entre elas, melhorando sua saúde e aumentado sua autoestima. Pode-se afirmar que as praticas corporais devem fazer parte do tratamento dentro da Fazenda São Jorge, assim como em todas as Fazendas Terapêuticas

Palavras-chave: Drogas. Praticas Corporais. Comunidade terapêuticas. Abstinencia
Ansiedade.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MDA	Metanfetamina
MDMA	Metilendióximetanfetamina
SNC	Sistema Nervoso Central
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 HISTÓRICO DAS DROGAS	7
2.1 CLASSIFICAÇÕES DAS DROGAS	10
2.2 TIPOS DE DROGAS E SUAS CAUSAS	11
2.2.1 Álcool	11
2.2.2 Cannabis Sativa – Maconha	12
2.2.3 Cocaína	14
2.2.4 Crack	15
2.2.5 Anfetaminas	15
2.2.6 Solventes e Inalantes	17
2.3 ABSTINÊNCIA E ANSIEDADE	18
2.4 PRÁTICAS CORPORAIS E O TRATAMENTO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA..	21
2.5 DEPENDENCIA QUIMICA	22
2.6 COMUNIDADE TERAPÊUTICA - FAZENDA SÃO JORGE ARARANGUÁ.....	24
3 METODOLOGIA	27
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	27
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	27
3.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	28
3.3.1 Inclusão	28
3.3.2 Exclusão	28
3.4 INSTRUMENTOS.....	28
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	32
3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	33
4 ANALISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	34
5 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO	433
APENDICE B - CARTA DE APRESENTAÇÃO	44
APENDICE C- QUESTIONÁRIO	45
ANEXO 1: TESTE 1	47
ANEXO 2: TESTE 2	48
ANEXO 3: FOTOS	49

1 INTRODUÇÃO

A dependência de drogas é um problema mundial, atualmente o uso de drogas está sendo cada dia mais frequente na sociedade e os indivíduos começam a fazer uso precocemente tornando-se usuários, esquecem sonhos futuros, destroem famílias, empregos e relações.

Segundo Schmidt (1976) o uso das drogas e tóxicos não é um problema do século XX, este juntamente com diversas outras literaturas sobre o tema cita que as drogas acompanham o homem desde os tempos remotos. A origem do culto ao peiote (espécie de cacto mexicano), está perdida no tempo, jamais alguém poderá dizer com certeza, quais foram as circunstâncias ou razões que levaram a primeira pessoa a entrar em contrato com essa planta.

Pereira e Gorsk (apud ROEDER 2003 , p.1) afirmam que em todas as culturas “ o uso de substâncias psicoativas se faz presente, sendo limitado por regras sociais, a determinadas circunstâncias, rituais ou indivíduos. Há milênios a humanidade descobriu seu efeito liberador, euforizante e dionisíaco”.

Já nas tribos primitivas o álcool participava das festas e até ritos religiosos. O próprio cristianismo utilizava o vinho como símbolo do sangue de Cristo. Outro exemplo observado na literatura é o hábito de mascar folhas de “coca” ou ingeri-la na forma de chá pelos indígenas sul-americanos do Peru, Bolívia, Colômbia e Equador, motivados não só pela necessidade de combater a altitude, mas também, como uma forma de aliviar a fome. Já os sacerdotes, cumprindo o ritual xamanista, utilizavam estas folhas para entrar no mundo divino e, assim, aproximar-se dos Deuses.

O *homo sapiens* desde que ficou mais sabido e não só instintivo como a maioria dos outros animais, descobriu e passou a utilizar diversas químicas que a generosa natureza colocou a sua disposição. Em parte com alimento em parte como suplemento. Sendo que um ser essencialmente químico em sua composição, com capacidade de pensar, de se comunicar através da linguagem falada, e principalmente, de expressar emoções, possivelmente nos últimos 50.000 anos nossos ancestrais experimentaram, testaram e aprenderam um pouco sobre essa interação excepcional sobre a química da mente humana e a química da natureza (SIELSKI, 1999 p. 17).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como mais propensa ao uso de drogas a pessoa: sem adequadas informações sobre os efeitos das drogas, com saúde deficiente, insatisfeita com sua qualidade de vida, com

personalidade deficientemente integrada e/ou com fácil acesso às drogas. Em contrapartida, a pessoa com menor possibilidade de utilizar drogas seria aquela: bem informada, com boa saúde, com qualidade de vida satisfatória, bem integrada na família e sociedade, com difícil acesso às drogas (RACHADEL, 2003 apud PEREIRA e GORSK 2011, p.1).

No caso das mulheres o uso de substâncias psicoativas esta cada dia mais frequente. A falta de valorização, marginalização, más companhias, o sofrimento ocasionado por diversos fatores, problemas psicológicos levam a mulher a fazer uso destas substâncias.

Diante deste contexto, entendo que através das práticas corporais e da área da Educação Física, se torna possível intervir mesmo que em pequena escala, mas de forma qualitativa neste contexto, o que poderá propiciar a mulher dependente química os benefícios da pratica corporal em sua recuperação. Isto irá contribuir em seu retorno nas relações e atividades sociais como suporte para que no final do seu tratamento possam retornar a sociedade de uma forma nova e concreta. Neste contexto, Bonetti (2005), afirma que as práticas corporais na maturidade devem ser uma proposta de educação para a saúde plena em todos os aspectos citados anteriormente, e educação para a saúde plena é considerar o ser humano como agente de sua própria saúde e bem-estar, onde o seu bem estar depende do outro.

O conceito de práticas corporais se diferencia do conceito de exercício físico, pois considera o ser humano em movimento, os gestos, a forma de se expressar corporalmente, atribuindo valores, sentidos e significados à intervenção (CARVALHO, 2006). Consiste também em diversos efeitos positivos em aspectos psicológicos ou em diversas variáveis do bem estar, tal como humor, ansiedade, auto aceitação e autoestima.

O presente estudo tem como tema: Os benefícios das práticas corporais com influencia no nível de ansiedade das mulheres em tratamento de dependência química residentes na fazenda São Jorge em Araranguá-SC.

A partir desta definição surge como problema de pesquisa: Quais os benefícios das práticas corporais e como podem ajudar a mudar o nivel de ansiedade das mulheres em tratamento de dependência química, residentes da fazenda São Jorge em Araranguá-SC?

Para responder tal problema de pesquisa apresenta-se o **objetivo geral**: Identificar os benefícios das práticas corporais em relação ao nível de ansiedade das mulheres em tratamento de dependência química residente na fazenda São Jorge. E como **objetivos específicos**: Identificar o que ocorrerá no tratamento de cada mulher com a realização das práticas corporais após dois meses; Observar a interação das mulheres durante e após a prática das atividades; Identificar através dos testes a mudança no nível de ansiedade de cada mulher.

O presente trabalho está organizado em sete capítulos sendo: Introdução, Historia das drogas, Ansiedade e Abstinência, Praticas corporais e seus benefícios para o tratamento em Dependência química, Dependência química, Comunidade Terapêutica. A metodologia foi composta pela amostra e população, critério de inclusão e exclusão, procedimentos e instrumentos da pesquisa. Para finalizar o estudo tem-se a análise e discussão dos dados e das amostras assim como a conclusão dos mesmos. Para a construção da pesquisa foi utilizado o embasamento teórico de diversos autores entre eles: Longenecker (1998); Torres (1987) ; Rosa e Nassif (2003); Branden (2003) ; Watanabe (2003); Mattos; Rosseto jr; Blecher (2004); Schmidt (1976); Sielski (1999); obtendo auxílio de monografias e artigos relacionados ao tema.

2 HISTÓRICO DAS DROGAS

Em sentido amplo denomina-se droga toda e qualquer substância exógena que uma vez em contato com o organismo provoca alterações funcionais e/ou estruturais em qualquer setor na economia orgânica. (THOMAZ E ROIG 1999; BEAUJOAN et al 2005 apud LIMA 2008).

Apesar de não haver provas concretas em relação ao uso das drogas, também chamadas de substâncias psicoativas, estudos revelam que as primeiras experiências ocorreram acidentalmente através do consumo de plantas que continham droga. A ingestão destas plantas mostrou que era possível aliviar a dor, dissipar o medo e até ver a face de Deus através desta prática rápida e fácil.

Na antiguidade algumas sociedades tinham relações com drogas tendo como objetivo vincular a presença divina, como por exemplo, as civilizações egípcias e gregas. Para os incas a coca era considerada um presente de do Deus Inti, Deus do Sol, a cocaína era utilizada pelos sacerdotes nos cultos religiosos. Os conquistadores espanhóis que desvendavam as terras naquela época distribuíam a folha para obter mais trabalho dos povos vencidos, que uma vez mastigadas, diminuía o cansaço e a fome.

Sielski (1999, p. 17-18) cita que:

Os primeiros registros disponíveis, entretanto nos confirmam que todos os povos primitivos fizeram uso de drogas e medicamentos[...]. Esses registros encontram-se nas tubuinhas suméricas de Nippur nos escritos cuneiformes de Assur, nos papiros egípcios, nos textos védicos da Índia antiga, no Shen Nung Pen-ts' ao Hing chinês (primeira classificação de drogas), no Pon cho da Coréia, no avesta iraniano, no antigo testamento da Bíblia, nos livros de Chilam Balam(documentos incas e maias), nos Códices de Sahagún e Badiano (astecas), etc.

O relato escrito mais remoto das origens do álcool e do alcoolismo encontra-se no velho testamento da Bíblia, no Gênesis cap. 9, onde conta a que Noé era um plantador de videiras e as vezes se embreagava.

No cristianismo no novo testamento consta uma pequena parábola onde os soldados dão vinho com mirra para Jesus Cristo, esta mirra nada mais é do que uma forma analgésica de sessar a dor, e o próprio Jesus Cristo transformou água em vinho o que conceitua o álcool como algo sagrado, desde o começo do era Cristã.

Segundo Rosa e Nassif (2003) há mais de seis mil anos, no Egito e na Babilônia os primeiros relatos que se referem a bebidas alcóolicas, acreditavam que o álcool era o elixir da vida, um remédio para várias doenças.

Para os Sumérios no ano de 2000 a.C as bebidas alcoolicas eram utilizadas como fins medicinais, (diuréticos e revigorantes). No egito antigo e na Síria , as festas religiosas para homenagear o Deus da agricultura Osiris eram feitas com muita bebida.

De acordo com Sielski (1999, p.20) a cerveja surgiu da fabricação de bebidas apartir da fermentação da cevada, que começou no Egito e na Babilônia durante a fabricação de pães.

Sielski(1999) cita em seu livro “filhos que usam drogas”, que em termos arqueológicos, o achado mais antigo encontrado até hoje é um jarro de cerâmica descoberto em escavações feitas em 1968 ao norte do Irã, este jarro continha resíduos de vinho resinado feito em 5400 a.C. e 5000 a.C., o que indica que o vinho e tão antigo quanto a civilização humana.

No Brasil por exemplo em 1500 a bebida dos índios era o *cuím*, do tupi Kawi um afermentado obtido apartir da mandioca do cajo e do milho. Os engenhos começam a produzir açúcar da cana e a aguardente, chamado de cachaça que os senhores davam aos escravos nos dias de festas.

“Uma das plantas mais antigas conhecidas pelo homem é a maconha, as primeiras citações do uso aparecem em torno de 2723 a.C”(SIELSKI, 1999 p.19).

“Por exemplo, as pesquisas revelaram que a Cannabis Sativa teve uso medicinal em épocas diferentes” (BITTENCOURT, 2007).

De acordo com alguns estudos os chineses utilizavam a maconha no tratamento de doenças a 4000 mil anos, na Assíria em 900 a.C era usada como incenso, os Indus, por exemplo, utilizavam-na como regulador da flora intestinal e estimulador de apetite, além de ter sido na antiguidade uma forma de economia por alguns povos.

A maconha chegou na Europa somente no final do século XVIII trazida da China, Índia e Oriente Médio. Foi classificada por Linné, (botânico, conhecido o ‘pai da taxonomia moderna’) como cannabis sativa. No Brasil, chegou na época das capitanias sendo usado principalmente para a fabricação de fibras. Foi em 1964 que o pesquisador Raphael Mechoulan, da Universidade de Tel Aviv, descobriu o THC

(tetrahydrocannabinol), princípio ativo responsável pelos efeitos da planta.

A *Eyroxylon coca*, de onde se extrai a cocaína, é uma planta nativa exclusiva da América do Sul e já era usada pelos índios antes da chegada dos espanhóis. Achados arqueológicos demonstraram que os índios peruanos e outros nativos dos Andes fazem uso da cocaína há mais de 3000 anos, principalmente pelos efeitos estimulantes e euforizantes.

O Ópio por exemplo foi descoberto há mais de 5000 anos na Mesopotâmia, onde utilizavam para curar doenças com infusões obtidas da papoula (papaver Somniferum), tanto os assírios quanto os babilônios, mantiveram a arte de extrair o suco leitoso da tal planta para a fabricação de remédios.

Segundo Sielski (1999, p.24) em 1804, o aprendiz de farmácia Fridrich Wilhelm Adam Sertuner (1738-1841) descobriu o primeiro componente do ópio, que chamou de *ácido macônico*. Após de 57 estudos identificou que não era um ácido e sim um alcaloide, que denominou morfio, mais tarde morfina (1806). A farmácia de Anjo, em Darmstadt, dirigida por Heinrich Emanuel Merck (1794-1855), foi a primeira a produzir em grande escala (1824) medicamentos como morfina, narcotina, estriçnina, piperina, emetina, etc.

A nicotina que tem o princípio ativo do *tabaco* que é uma planta de família das Solanáceas, com diversas espécies, sendo a principal a *Nicotiana Tabacum*, foi isolada em estado puro por Reiman e Pousset em 1828. Antes da descoberta do novo mundo (descoberta da América por Cristóvão Colombo século XV), apenas os nativos das Américas conheciam o tabaco, queimavam as folhas durante as cerimônias e diversos rituais tribais.

Em 1843 desenvolveram-se as primeiras fórmulas farmacêuticas que permitiram a efetiva produção industrial de substâncias químicas, de acordo com Sielski (1999), o inglês William Brockedon (1787-1854) patenteou processo em que as pílulas eram cumpridas entre dois cubos ocios, surgindo assim os comprimidos (tablete).

Sielski (1999, p.26) conta em seu livro:

Que em 1887, um cientista alemão sintetizou a anfetamina, também chamada de benzedrina, entretando sua comercialização a partir de 1932, quando descobriu-se que era um potente descongestionante nasal [...]. Em 1938 foi isolado pelo químico suíço Albert Hoffman o LSD, sendo o componente derivado de um fungo que infecta a cevada e outros grãos [...]. Em 1903 dois cientistas alemães E. Fisher e Von Meiring fazendo experiência com o ácido barbitúrico obtido a partir do malonato de etila e ureia, descobriram o barbital o primeiro barbitúrico lançado no mercado com

o nome comercial Veronal[...]. Em 1955 descobre-se os tranquilizantes ou benzodiazepínicos pelo químico Leo Sternbach, substancia muito mais eficientes e com menos riscos que o barbitúricos no controle da ansiedade e da insônia.

”A literatura, portanto, informa-nos que as drogas variam de época e local e nem sempre foram às mesmas e tiveram os mesmos sentidos em diferentes povos” (DE LIMA, 2008).

2.1 CLASSIFICAÇÕES DAS DROGAS

As drogas adquirem duas classificações de um ponto de vista legal, onde a legislação brasileira permite o consumo e a venda de tabaco, bebidas alcoólicas e medicamentos psicotrópicos, sendo o álcool e os medicamentos com algumas restrições o que nem sempre em nossa sociedade as autoridades conseguem ter um controle rígido. As demais substancias utilizadas como drogas, são consideradas ilegais. De acordo com a Lei 6368 de 21 de outubro de 1976, que dispõem 47 artigos, divididos em cinco capítulos sobre medidas de prevenção, tratamento e recuperação e repressão ao tráfico ilícito e uso de substancias indevidas como entorpecentes ou que determinem dependência física ou química.

Essas possuem também outra classificação, pela ação ao sistema nervoso central.

Podem ser classificadas em:

Depressoras da atividade do Sistema Nervoso Central (SNC) são substancias que tendem a produzir diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, segundo Sielski (1999, p.42) são exemplos: álcool etílico, tranquilizantes (ansiolíticos), hipnóticos e barbitúricos, inalantes: colas, solventes e aerosóis), opiáceos e analgésico narcóticos, heroína (semi-sintéticos) , morfina, cadeína, ópio (naturais), propoxifeno, meperidina, metadona (sintéticos).

Estimulantes da atividade do SNC são substâncias que levam a um aumento do estado de alerta, insônia e aceleração dos procedimentos psíquicos, segundo Sielski (1999, p. 42) são exemplos: Dextroanfetamina, metanfetamina, metifenidato (anfetaminas), fenproporex, dietilpropiona, mazindol (anorexígenos), cocaína e crack, nicotina. Xantinas: cafeína, teobromina, teofilina.

Perturbadoras da atividade do SNC são substâncias que provocam o

surgimento de diversos fenômenos psíquicos anormais, dentre esses alucinações e delírios, segundo Sielski (1999, p.43) são exemplos destas cannabis e derivados, psilocibina (cocumelo), mescalina(cacto), lírio, trombeta, zabumba ou saia-branca estes tem origem vegetal, LSD25, ecstasy e anticolinérgicos são de origem sintética.

2.2 TIPOS DE DROGAS E SUAS CAUSAS

Neste presente estudos serão abordadas apenas algumas substâncias psicoativas, as mais comuns, de fácil acesso e maioria delas utilizadas pelos indivíduos investigados na pesquisa. Serão focadas as seguintes substâncias: Álcool, maconha (cannabis sativa), crack, anfetaminas, solventes e cocaína.

2.2.1 Álcool

O álcool é consumido há muito tempo, é considerada uma bebida psicotrópica, além de causar dependência, causa também mudança de comportamento, age diretamente no sistema nervoso central.

Longenecker (1998, p. 39) diz que:

Assim como outras drogas que causam dependência, o álcool reforça ao seu próprio consumo através da ativação do circuito de recompensa ao cérebro, este causa vários efeitos agudos, como por exemplo, a embriaguez, tendo como causa mais frequente a depressão do Sistema Nervoso Central. O consumo agudo do álcool pode induzir à tolerância, o que significa que a quantidade necessária para produzir o efeito desejado tem que ser progressivamente aumentada.

De acordo com a literatura o consumo repetido de altos níveis de álcool provoca de efeitos crônicos aos agudos, como dependência física, lesões dos órgãos, principalmente estômago, fígado e cérebro, elevação da pressão sanguínea e agravamento de problemas médicos.

O Abuso crônico do álcool durante alguns anos prejudica os sistemas orgânicos de todo o corpo, inclusive o cérebro, depois de consumido o álcool converte-se em alcetaldeído (produto derivado da enzima do álcool desidrogenase que acontece no fígado e também na retina), causando uma fadiga e aumento da quantidade de lipídeos (gordura) no sangue e no fígado (LONGENECKER, 1998 p.43).

E o uso contínuo provoca a dependência física reconhecida pela OMS

desde 1967 como sendo uma doença. Varias são as consequências : neurites, dores musculares , amnésia, hepatite alcoólica, diarreia, disfunções sexuais, hipertensão arterial, tremores, sudorese, náuseas e vômitos, fraqueza, irritabilidade, insônia e delírios (SIELSKI 1999, p.44).

A abstinência do álcool pode causar mal-estar, dores, tremores, ansiedade, irritabilidade.

O álcool é uma das drogas mais perigosas, pois o seu uso e consumo são autorizados em nossa cultura.

No Brasil as principais bebidas alcoólicas comercializadas são: a cerveja, o vinho, o licor, a cachaça, o uísque, o conhaque e os coquetéis.

2.2.2 Cannabis Sativa – Maconha

Segundo Longenecker (1998, p.97), a maconha é um preparado de folhas secas amassadas do cânhamo indiano Cannabis sativa. Por se assemelhar a um gramado, ela também é comumente chamada de “Grass” (grama) em inglês.

Longenecker (1998, p.97) cita que:

Há aproximadamente 12 mil anos a cannabis sativa tem sido, utilizada pelos seres humanos. A primeira referencia por escrito à esta droga está em um documento chinês de meados de 3000 AC. Da china a cannabis espalhou-se para a Índia; a ela é mencionada em escritos indianos de 2000 AC. Acredita-se que a droga bíblica pannag seja a maconha. Pannag é também a origem do termo árabe “Kunnab”, que passou a ser cannabis em grego.

A quem fuma a maconha seus efeitos são notados em poucos minutos e podem durar por dose horas. Os efeitos são dependentes da personalidade do usuário, da dose, do momento. Obtém-se uma sensação de bem-estar, irritabilidade, impossibilidade de julgamento, memorização e confusão mental (TORRES 1987, p.59).

Segundo algumas literaturas, após repetidas administrações de grandes doses nota-se um decréscimo do limiar sensorial, seguida de alucinações, ilusões, delusões, ansiedade e agressividade. Os sintomas de excitação frequentemente, bronquites crônicas, asma, hipoglicemia e depressão respiratória.

Segundo Sielski (1999 p.56-57):

Os consumos psíquicos agudos, que podem variar conforme a dose e a qualidade da droga, provocam para uma parte das pessoas, sensação de bem-estar, calma relaxamento, vontade rir e sensação de menos cansaço. Para outras pessoas os efeitos são desagradáveis[...].Os efeitos físicos agudos incluem: boca seca, taquicardia, tremores, sudorese e dilatação das pupilas.Os efeito os físicos crônicos provocam olhos avermelhados, que a

pessoa procura disfarçar usando colírio descongestionante, problemas respiratórios como bronquites, tosse crônica, além de um risco maior de câncer de pulmão devido a alta concentração de alcatrão na fumaça.

“O consumo de cannabis sativa, determina forte dependência psíquica, mas não se nota tolerância ou dependência física” (TORRES 1987, p.60).

Segundo novo estudo publicado na revista "Proceedings of the National Academy of Sciences" (PNAS), em novembro de 2012, pessoas que fumam maconha com frequência antes de completar 18 anos podem sofrer lesões permanentes na inteligência, além de afetar a memória e a capacidade de concentração, a chave do estudo está na idade em que se começa a consumir a droga com relação à etapa de desenvolvimento do cérebro. Segundo Madeline Meier da Universidade de Duke e uma das principais envolvidas na pesquisa, cita que os indivíduos que não consumiram maconha até a idade adulta, quando o cérebro já está totalmente formado, não demonstraram queda de rendimento e nem de concentração. A especialista explicou que antes dos 18 anos o cérebro está em fase de desenvolvimento, ficando mais vulnerável aos danos que as drogas provocam. Cita também que deixar de usar maconha em certo ponto da vida não reverte os efeitos já causados.

Um estudo divulgado na Revista Veja (31/Out, 2012, p.94) com fonte em Ronaldo Laranjeira psiquiatra da Universidade Federal de São Paulo, cita que há vários lugares do nosso cérebro que são afetados pela maconha, o córtex, a área da cognição, a droga causa falta de concentração, dificuldades de raciocínio e problemas de comunicação, o hipotálamo, área da sensação de saciedade causa aumento do apetite. Hipocampo, área da memória, causa perda de lembranças sobretudo as recentes e de longa duração, núcleo da base e cerebelo, áreas dos movimentos do corpo, a maconha causa falta de coordenação motora e desequilíbrio. A amígdala, área do controle das emoções a droga aumenta ou diminui a ansiedade.

O risco de doenças em relação a quem não usa a droga é para a doença de depressão duas vezes maior o risco de desenvolver a doença em relação a alguém que nunca usou, de transtorno bipolar duas vezes maior é a probabilidade de manifestação do distúrbio. Em relação à esquizofrenia é de três vezes maior de incidência do problema, transtorno de ansiedade cinco vezes maior de ocorrência do distúrbio em relação a pessoa que nunca fez o uso da droga segundo (VEJA 31/Out,

2012, p.95).

2.2.3 Cocaína

Segundo Torres (1987 , p.54) a cocaína é o princípio ativo obtido das folhas de um arbusto *Erythroxylon coca*, originado do Peru e da Bolívia. Anteriormente existia no estado silvestre, hoje largamente cultivada com as modernas técnicas de agricultura. Das folhas de coca obtém-se uma pasta (pasta de coca) massa sólida de cor branca, rosada ou marrom.

Durante muito tempo não houve problema significativo de abuso, devido ao baixo teor de cocaína encontrado nas folhas e à baixa absorção da quantidade total disponível. Apenas em 1960 que a extração da substância tornou-se possível em doses altas (LONGENECKER 1998, p. 65).

Esta substância pode inibir os neurônios periféricos que transmitem sinais de dor, causando um efeito de entorpecimento ou anestesia local, verificado a princípio na dormência da língua ao mascar a coca.

Torres (1987, p.54) afirma que:

A cocaína é um pó cristalino de cor branca com fortes propriedades estimulantes, popularmente é conhecida como neve, dona branca ou simplesmente coca. Esta substância pode ser consumida de diversas maneiras, as vias mais comuns é a injetável na veia e através de via respiratória (inalado pelo nariz). Para a inalação são utilizados diversos objetos, como canudos, papéis enrolados. Muitos dependentes, devido ao uso constante e prolongados, apresentam rupturas no septo nasal.

Segundo Longenecker (1998, p.70) a cocaína afeta significativamente o cérebro, independentemente da forma como é administrada. Sua presença no corpo aumenta a atividade da dopamina (importante transmissor do cérebro), causando um imenso prazer e reforçando a ingestão da droga. O aumento da vivacidade e dos movimentos, os pensamentos alterados e a supressão do apetite, também são efeitos desta no SNC que envolvem outros neurotransmissores. A falta de apetite induzida pela cocaína pode provocar grande perda de peso e até desnutrição.

O abuso de cocaína pode causar consequências muito sérias, isto inclui mortes súbitas e sintomas de toxicidade.

Segundo Sielski (1999, p.59) cita que a dependência corresponde ao uso de doses que vão aumentando. Das sensações de euforia e prazer, passa-se a sintomas mentais mais perigosos como a irritabilidade, agressividade, delírios e alucinações.

Corroborando com os estudos o livro *Drogas: Ameaça ao Futuro* (1987, p.53) cita que estudos mostraram que o perigo da cocaína, principalmente quando ingerido em grandes quantidades, é danificar o cérebro e o coração, ela danifica as células cardíacas em partes do miocárdio e causa também hemorragia cerebral.

2.2.4 Crack

“A cocaína pode ser utilizada sob a forma de uma base, conhecida como crack” (SIELSKI 1999, p.58). Esta droga tem o mesmo efeito que a cocaína porém é mais intenso. Fazendo com que o usuário entre em uma depressão prolongada onde procura fumar novamente. Ao contrário da cocaína o crack não pode ser inalado apenas fumado, quando aquecido se volatiliza e pode ser fumado em cachimbos

Segundo Rosa e Nassif (2003) o ato de fumar leva o vapor de cocaína aos pulmões onde é absorvido pela corrente sanguínea, tão rapidamente como se tivesse sido injetada.

É de fácil consumo por ser uma droga de baixo valor, durante sua produção recebe misturas, não sendo pura, por isso recebe valores tão baixos ao contrário da cocaína. O risco com seu uso é de maior mortalidade.

2.2.5 Anfetaminas

“As anfetaminas são drogas que agem sobre o sistema nervoso central, estimulando-o. Tem propriedades anorexígenas, isto é, inibem ou diminuem o apetite” (TORRES, 1987, p. 52).

Longenecker (p 73 1998) cita que:

As anfetaminas são um grupo de substâncias químicas sintéticas que se assemelham estruturalmente aos neurotransmissores dopamina, serotonina e noropinefrina. Algumas delas têm efeitos estimulantes, outros efeitos alucinógenos. A primeira dela foi sintetizada em 1920 foi a própria anfetamina. A metanfetamina foi sintetizada logo depois, seguida de dois compostos muito próximos, denominados MDA e MDMA. [...] As anfetaminas são absorvidas por ingestão. Inalação (cheirar), ingestão e fumo.

De acordo com diversos estudos a anfetamina foi usada inicialmente como descongestionante nasal nos anos de 1932 e 1949, sendo substituída por outro composto sem efeito ao SNC, foi utilizada também como antidepressivo moderador de apetite e controlador de peso, usado para tratar narcolepsia (períodos de sono incontrolável) e da hiperatividade infantil (distúrbio de concentração). Estes

dois últimos ainda constam a utilização desta substancia.

O abuso foi disseminado entre os soldados da Segunda Guerra Mundial. O abuso cresceu durante a guerra no Japão e na década de 60 e expandiu nos Estado Unidos, quando os médicos começaram a prescrevê-la para o tratamento de heroína (droga sintética derivada do ópio).

Segundo Longenecker (1998, p.74) as anfetaminas especialmente as metanfetaminas MDA e MDMA, são potencialmente neurotóxicas, ou seja, produz grandes efeitos psicológicos e com o uso contínuo, a incapacidade de experimentar prazer pode se dar devido à morte dos neurônios.

A efedrina e a catinona são dois parentes próximos da anfetamina, estes por sua vez, são usados pela medicina tradicional. A efedrina é extraída do arbusto *Ephedra sinica*, as folhas deste vegetal são utilizadas para chás estimulantes e ainda hoje é utilizada sem prescrição médica para asma suave. A catinona é derivada de um arbusto chamado *Catha edulis*, ou “khat”, foi usado como estimulante e facilitador social, especialmente no Oriente Médio durante pelo menos 100 anos, a metacatinona, um derivado químico da catinona, cresceu em utilização, como a metanfetamina, sua ação é de longa duração e aumenta o risco de condições adversas.

“As anfetaminas devem ser utilizadas com prescrição médica, pois determinam forte dependência psíquica e muitas vezes dependência física” (TORRES, 1987 p.52).

De acordo com Torres (1987, p.53) os farmacodependentes, sobre efeitos da droga apresentam-se eufóricos, bem falantes, destacam-se por suas iniciativas e por serem confiantes em seus atos. Conseguem desempenhar atividades por várias horas sem apresentar fadiga, em doses excessivas podem os usuários passar a ter alucinações visuais e auditivas de certa intensidade. Constante ausência do sono e apetite, as pupilas encontram dilatadas, ideias paranoicas e mudanças na afetividade.

Nomes comerciais de alguns medicamentos à base de drogas do tipo anfetamina, vendidos no Brasil. Dados obtidos do Dicionário de Especialidades Farmacêuticas - DF - ano 1996/1997.

Droga do tipo Anfetamina	Produtos (remédios comerciais) vendidos nas farmácias
--------------------------	---

Dietilpropiona ou Anfepramona	Dualid S; Hipofagin S; Inibex S; Moderine.
Fenproporex	Desobesi-M; Lipomax AP; Inobesin
Mazindol	Dasten; Fagolipo; Absten-Plus; Diazinil; Dobesix
Metanfetamina	Pervitin*
Metifenidato	Ritalina

2.2.6 Solventes e Inalantes

A palavra solvente significa substancia capaz de dissolver coisas, todo solvente é altamente volátil. Segundo Langenecker(1998) a substancia volátil é aquela que se converte prontamente em vapor ou gás, que são os estados apropriados para a inalação. Ironicamente, o desenvolvimento dos inalantes é baseado no álcool, que não é muito volátil, o éter etílico foi sintetizado do álcool no século 16, este que tem varias característica do álcool, como por exemplo, habilidade de se mover facilmente através das membranas celulares, porem ao contrario do álcool ele é muito volátil. Era utilizado principalmente por aqueles que não podiam pagar por bebidas alcóolicas.

Ao ser descoberto o potencial anestésico do éter, seu uso foi logo estendido especialmente durante a guerra norte-americana. O abuso de outros inalantes como o clorofórmio e o oxido nitroso, ou gás hilariante como é conhecido, despertou no século 19 a atenção da medicina e alguns são utilizados por uso medico até hoje.

Os usuários de solventes sob a ação deste detêm-se de uma alegria extrovertida, agradável euforia, excitação, fala indistinta semelhante a da pessoa embriagada, marcha alterada, tornando-se agressivo, diplopia e zumbidos nos ouvidos, podendo ter também alterações na memoria (TORRES 1987, p. 51).

Longenecker (1998 p. 56) cita que:

Os sintomas agudos do abuso de inalantes começam a desinibição, que pode surgir como excitação, seguida de falta de coordenação, vertigem, desorientação e, então fraqueza muscular, às vezes alucinações e certamente coma e morte, a morte pode acontecer cedo ou rápido com o abuso de alguns inalantes que causam distúrbios no ritmo cardíaco, isto se chama síndrome da morte súbita por inalação (SSD). [...] Os fluorcarbonos disponíveis hoje em dia, principalmente em extintores de incêndio e certos

gases anestésicos, são os principais causadores da SSD.

Apenas Nitritos como amil nitrito são exceções entre os inaladores por que eles não deprimem o SNC. Eles apenas relaxam os vasos sanguíneos e baixam a pressão sanguínea, causando leves tonturas e vertigens, considerado pelos usuários o “maior barato”, mas a principal razão para o uso dos nitritos e a sua pretensa capacidade de aumentar o prazer sexual (ROSA e NASSIF 2003).

Após a aspiração, o início dos efeitos dessas substâncias é quase imediato, e em 15 a 40 minutos desaparecem. Por isso os usuários repetem frequentemente as aspirações (SIELSKI 1999, p.52).

2.3 ABSTINENCIA E ANSIEDADE

“O sentimento de ansiedade é normal e essencial à sobrevivência. É o sentimento que surge quando há uma ameaça ao bem-estar geral do organismo” (WATANABE 2003, p.228).

Embora subjetivamente o medo e a ansiedade pareçam ser a mesma coisa, diferem quanto aos aspectos objetivos, quando o sentimento de ansiedade resulta da ameaça do perigo externo se chama medo, este resulta da percepção ambiental e externa.

Segundo Watanabe (2003, p.229), a ansiedade que se origina dos impulsos internos que ameaçam o bem-estar individual é uma força motivacional normal, a ansiedade torna-se condição patológica quando de tal forma incapacita a organização funcional do indivíduo.

A ansiedade é uma situação que ocorre quando esperamos antecipadamente com preocupação acontecimentos dos fatos ou coisas que nem sempre acontecem como pensamos.

“A ansiedade crônica representa a continuação prolongada do estado de angústia e frequentemente resulta no comprometimento da capacidade de trabalho do indivíduo” (WATANABE 2003, p.229).

Segundo algumas bibliografias os níveis elevados de ansiedade tendem a ser prejudiciais, causando sentimentos de desconforto e inquietação tão intensos que dispersam as energias do indivíduo, esgotando-o fisicamente e mentalmente. No

caso de ansiedade crônica, que persiste por semanas ou meses, o efeito desgastante sobre o indivíduo, tornando-o tenso, podem persistir por semanas ou meses, o efeito desgastante sobre o indivíduo, tornando-o tenso, podem ocorrer manifestações físicas como transpiração excessiva, aceleração dos batimentos cardíacos e insônia.

Segundo a literatura a ansiedade ocorre quando o pensamento das pessoas não está caminhando junto com o corpo.

Por tanto o segredo de controlar a ansiedade é procurar viver o hoje, o agora, praticar exercícios físicos para torna-la controlada e para que não atrapalhe a vida do ser humano.

Segundo Heten e Graeff (2004, p.3) “a ansiedade é um antigo objeto de interesse do pensamento ocidental como profundas raízes tanto na tradição médica como na tradição filosófica” e dentro dos conceitos de ansiedade podemos citar as principais crises de ansiedade como por exemplo transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de ansiedade social (fobia social).

A ansiedade prepara o indivíduo para lidar com situações potencialmente danosas, como punições ou privações, ou qualquer ameaça a unidade ou integridade pessoal, tanto física como moral. Desta forma, a ansiedade prepara o organismo a tomar as medidas necessárias para impedir a concretização desses possíveis prejuízos, ou pelo menos diminuir suas conseqüências.

Portanto a ansiedade é uma reação natural e necessária para a auto-preservação. Não é um estado normal, mas é uma reação normal, assim como a febre não é um estado normal, mas uma reação normal a uma infecção. As reações de ansiedade normais não precisam ser tratadas por serem naturais e auto-limitadas. Os estados de ansiedade anormais, que constituem síndromes de ansiedade são patológicas e requerem tratamento específico.

A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espécto normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione (ANDRADE e GORENSTEIN 1998).

Segundo Oliveira e Sisto (2002 apud RODRIGUES 2009) a ansiedade é um sentimento que acompanha um sentimento geral de perigo, advertindo as pessoas

que há algo temido no futuro. Refere-se ao sentimento de inquietação que podem traduzir-se em manifestações de ordem fisiológicas (atenção e movimentos precipitados, hiperactividade) de ordem cognitiva (atenção e vigilância redobrada a determinados aspectos do meio, pensamentos e etc). Essas manifestações podem estar associadas a acontecimentos ou situações de natureza passageira (ansiedade estado), ou constituir uma maneira estável e permanente de reagir, provavelmente com base na própria constituição individual.

Edwards; Marshal; Cook (1999 apud ROSA e NASSIF 2003) cita que em relação a ansiedade, paradoxalmente, o álcool parece aumentar a ansiedade em indivíduos dependentes de álcool. Os sintomas de abstinência alcoólica podem imitar o transtorno de ansiedade e de pânico, e é possível que exista, por trás de ambos, um processo neuroquímico comum.

Com o aumento da dependência, também aumenta a gravidade dos sintomas de abstinência. No início, os sintomas são leves e intermitentes e, posteriormente, os sintomas são incluídos tremor, náusea, sudorese, sensibilidade ao som, tinidos no ouvido, coceiras, calambos musculares, alterações no humor, perturbações no sono, alucinações, ataques tipo grande mal e quadro completamente desenvolvido de delírio tremens.

Segundo Rosa e Nassif (2003 p.111) o indivíduo desenvolve abstinência quando as doses são reduzidas ou cessadas. Os sintomas e sinais de intoxicação melhoram gradualmente, em alguns casos, após a cessação das doses. A característica essencial da abstinência da substância é o desenvolvimento de uma alteração comportamental mal-adaptativa e específica à substância (síndrome de abstinência), com concomitantes fisiológicos e cognitivos, devido à cessação ou redução do uso pesado e prolongado da substância.

As síndromes de abstinência causam sofrimentos ou prejuízos, clinicamente significativo, no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes. Os sintomas não são devidos a uma condição médica geral, nem podem ter melhor explicação por outro transtorno mental.

No período de abstinência da droga, o usuário não deseja evitar as consequências físicas e os sintomas desagradáveis de síndrome de abstinência, mas deseja repetir os sintomas agradáveis do uso, caracterizando-se, assim, a dependência (DSM III-R, 1989 apud ROSA e NASSIF 2003).

2.4 PRÁTICAS CORPORAIS E O TRATAMENTO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Segundo Bonnet (2005 apud PERIOTO 2011, p.31) o conceito de práticas corporais se diferencia do conceito de exercício físico, porém, é uma atividade física, que considera o ser humano em movimento, os gestos, a forma de se expressar corporalmente, atribuindo valores, sentidos e significados à intervenção.

Prática corporal é entendida como toda manifestação gestual, como os exercícios, os jogos e as danças, com significado cultural compartilhado em determinado contexto. O termo atividade física é utilizado para designar quando as práticas corporais são pensadas em relação ao esforço ou gasto energético demandados. (PIMENTEL et al 2008, p.2)

Atividade Física pode ser definida como qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso. E exercício físico é uma atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem como objetivo final ou intermediário aumentar ou manter a saúde e/ou aptidão física, atléticos e com objetivo de competição.

Corroborando neste contexto Watanabe (2003 p.57) diz que a atividade física pode ser considerada atualmente o mecanismo mais importante para se alcançar o equilíbrio interno do organismo, pois sua prática regular estimula o cérebro a produzir uma série de substâncias químicas, entre elas, a endorfina e a serotonina, que proporcionam efeitos analgésicos, relaxante, antienvelhecimento, entre outros.

De acordo com Zawadski e Vagetti (2007 apud PERIOTO 2011, p.31), os benefícios da atividade física a partir da meia idade também podem ser analisados na perspectiva individual ou da sociedade obtendo como benefícios fisiológicos o controle dos níveis de glicose, maior capacidade aeróbia, melhoria na flexibilidade e equilíbrio, benefícios psicológicos, como um método de relaxamento, redução na ansiedade e melhoria na saúde e diminuição no risco de depressão e por fim os benefícios sociais, torna os indivíduos mais seguros, maior integração com a comunidade e funções sociais preservadas, aumento da autoestima e melhora nos relacionamentos sociais.

Além de benefícios biológicos e sociais, são fortes os indícios acerca dos benefícios psicológicos frente à atividade física regular, que é justificado por uma

maior satisfação com a vida, melhora no afeto, aumento da percepção de imagem corporal e auto eficácia, reduzindo assim a angústia, a raiva, ansiedade e até a depressão (SHEPHARD, 2003 apud PERIOTO 2011, p.32).

Segundo Fernandes (2009), referenciado por Mota (1991) cita que o movimento do corpo humano beneficia positivamente algumas variáveis relacionadas a saúde, nomeadamente nas alterações dos padrões de vida na idade adulta, ao nível do foco cardiovascular, ortopédico ou locomotor e na diminuição de alguns fatores de risco, como a obesidade e o stress emocional. Estas modificações parecem ser favoráveis para a melhoria do estado geral de saúde.

Sabe-se que no processo de recuperação, é procedimento difundido o consumo de líquidos associado à realização de esforço corporal. Há muito tempo sabe-se que o suor é um veículo para excreção de drogas e seus catabólitos (KIDWELL, BLANCO, SMITH, 1997 apud PIMENTEL et al 2008, p.2). Assim, o efeito desejado é o aumento da transpiração e conseqüente excreção desses produtos por meio do suor.

“A concentração das drogas no suor varia com uma série de fatores, dentre eles a concentração da droga no sangue e a intensidade da transpiração (HUESTIS et al 1999 apud PIMENTEL et al p. 2)”. Segundo Torres (1987, p.19) “as principais vias de excreção são a urina, fezes, suor, bÍlis, saliva, etc.”

Considerando a difusão passiva da droga da corrente sanguínea para o suor, a prática da atividade física, como parte do processo terapêutico, levaria ao aumento do fluxo sanguíneo e da transpiração, aumentando esta via de excreção da droga e seus catabólitos.

As práticas corporais promovem estas ações, contribuindo consideravelmente para a recuperação do dependente químico.

2.5 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

“A Organização Mundial de Saúde define dependência “um estado físico e psíquico”, resultante da interação entre o organismo vivo e o produto, caracterizado por modificações de comportamento e ações desencadeadas pela necessidade de tomar a droga de forma continuada, para neutralizar os efeitos psíquicos e evitar os sintomas de privação. “A tolerância pode estar ou não presente” (MAZZOLA 1989 apud FERNANDES 2009)”

Há duas formas oficiais que a dependência se apresenta: a física que é o resultado da adaptação do organismo, independente da vontade do indivíduo. A suspensão do uso acarreta em crises de abstinência, esta suspensão causa múltiplas alterações, causando situações onde o corpo não suporta a crise de abstinência, entrando em estado de pânico. No caso da dependência psicológica o indivíduo sente uma vontade incontida de utilizar a droga a fim de evitar o mal-estar, esta que por sua vez caracteriza-se pela existência de alterações psíquicas que favorecem a aquisição dos hábitos. A tolerância causada pela suspensão física da droga faz com que o indivíduo tenha uma necessidade de uso sempre presente, este estado do desejo de tomar outra dose ou aplicar, transforma-se em desejo, se não satisfeita leva o indivíduo a um longo estado de angústia (estado depressivo), porém este fenômeno não acontece apenas na dependência psicológica este, estado de angústia por privação da droga, é comum a quase todos os dependentes.

De acordo com o estudo de Maçaneiro (2008) a dependência química é a dependência de qualquer substância psicoativa, ou seja, qualquer droga que altere o comportamento e que possa causar dependência. A dependência caracteriza-se pelo fato de que o indivíduo considera a droga tão importante e necessária em sua vida, como a água, repouso, alimento e segurança.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), a dependência química é reconhecida como uma doença, que altera a estrutura e funcionamento normal da pessoa, como diabetes e pressão alta, a dependência não é culpa do dependente, este apenas pode ser responsabilizado por não querer o tratamento.

Maçaneiro (2008, p.17) também cita que a dependência química é uma doença que apresenta diversos sintomas como: Tolerância que é a necessidade do aumento da dose, as crises de abstinências, onde acarreta em irritabilidade, ansiedade, insônia e tremores diante da redução da dosagem. Negligência com relação às atividades sociais, ocupacionais e recreativas em benefícios da droga e persistência da utilização das drogas mesmo com problemas físicos e psíquicos decorrentes da utilização.

2.6 COMUNIDADE TERAPÊUTICA - FAZENDA SÃO JORGE ARARANGUÁ

A Fazenda São Jorge foi fundada em 1997, com o objetivo de recuperar jovens dependentes químicos, exatamente por dois jovens que após várias tentativas de se livrarem da escravidão, passando por clínicas e hospitais, inclusive em outros estados, alcançaram suas recuperações numa Comunidade Terapêutica.

O êxito foi total para estes jovens, que após o tratamento começaram a buscar um lugar que fosse ideal para recuperar outros tantos seres perdidos e desorientados pelo uso de drogas e álcool; juntamente com suas famílias que sempre os apoiaram.

Foi assim que a Fazenda São Jorge tornou-se uma Comunidade Terapêutica, num belo local às margens do caudaloso Rio Araranguá. Com poucos recursos financeiros e instalações precárias, foi através de bingos, rifas e o apoio da comunidade, que a Fazenda São Jorge é hoje referência nacional, abrigando 60 pessoas do sexo masculino. Atualmente conta com uma ala feminina abrigando 14 mulheres e 3 tutoras.

É no tratamento que se promove a transformação e o crescimento do interno, através da mudança do estilo de vida, levando-o a vencer suas próprias dificuldades. Para isso a Fazenda São Jorge conta com uma equipe de apoio como coordenadores, monitores, palestrantes, guias espirituais, psicólogo, psicoterapeuta, assistente social, médicos (clínico geral e psiquiatra), farmacêutico, estagiários e voluntários em geral. Hoje a Fazenda São Jorge é outra realidade. Através do Governo Federal obtivemos recursos financeiros como contrapartida para auxiliar na construção da nova sede, que ora está sofrendo nova ampliação. Dispomos de espaços adequados para o tratamento dos dependentes bem como receber seus familiares. Agora a capacidade é de 60 pacientes, e em breve teremos mais vagas disponíveis na Fazenda São Jorge II. Hoje a Fazenda São Jorge está dentro das normas que regulamenta as comunidades terapêuticas, através da Resolução 101 da Anvisa- Agência Nacional de Vigilância Sanitária, atendendo todos os seus requisitos.

O tratamento ocorre de acordo com a necessidade do paciente, pode ser até 3 meses, até 6 meses e até 9 meses. Sendo voluntário ou involuntário.

A metodologia aplicada pela Fazenda São Jorge no tratamento da dependência química é originada nos 12 Passos de Alcoólicos Anônimos (AA), criada pelos seus fundadores, Bill e Bob, ainda em 1935.

Os Doze Passos de NA tem como objetivo convidar os nossos membros a empenharem-se numa viagem de recuperação, e servir como meio para se alcançar uma compreensão pessoal dos princípios espirituais de cada passo e a forma como os experimentos nas nossas vidas acreditamos que os passos estão apresentados de uma forma que abrange a diversidade da nossa irmandade e reflete o despertar espiritual descrito no nosso 12º passo:

PRIMEIRO PASSO:

Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que nossas vidas tinham se tornado incontroláveis.

SEGUNDO PASSO:

Vimos a acreditar que um Poder maior do que nós poderia devolver-nos à sanidade.

TERCEIRO PASSO:

Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, da maneira como nós o compreendíamos.

QUARTO PASSO:

Fizemos um profundo e destemido inventário moral de nós mesmos.

QUINTO PASSO:

Admitimos a Deus, a nós mesmos e a outro ser humano a natureza exata das nossas falhas.

SEXO PASSO:

Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

SÉTIMO PASSO:

Humildemente pedimos a Ele que removesse nossos defeitos.

OITAVO PASSO:

Fizemos uma lista de todas as pessoas que tínhamos prejudicado, e dispusemo-nos a fazer reparações a todas elas.

NONO PASSO:

Fizemos reparações diretas a tais pessoas, sempre que possível, exceto quando fazê-lo pudesse prejudicá-las ou a outras.

DÉCIMO PASSO:

Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

DÉCIMO PRIMEIRO PASSO:

Procuramos, através de prece e meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, da maneira como nós O compreendíamos, rogando apenas o conhecimento da Sua vontade em relação a nós, e o poder de realizar essa vontade.

DÉCIMO SEGUNDO PASSO:

Tendo experimentado um despertar espiritual, como resultado destes passos, procuramos levar esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

Fonte: Todas as informações que estão exposta no capítulo 2.7 são do site da Fazenda São Jorge.

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo caracteriza-se como estudo de caso descritivo, segundo Mattos, Rossetto Jr, Blecher (2004, p.15) “o método de pesquisa descritivo tem como características observar, registrar, analisar, descrever e correlacionar os fatos ou fenômenos sem manipula-los, procurando descobrir com precisão a frequência em que um fenômeno ocorre e sua relação com os outros”.

Os estudos de caso mais comuns são os que têm o foco em uma unidade ou múltiplo, tal pesquisa, por exemplo, será de caso múltiplo, pois irá abordar diversos indivíduos, contudo realizado em uma instituição somente

A pesquisa descritiva pode assumir algumas formas relacionadas com o enfoque que o pesquisador deseja dar para o seu estudo, no caso desta, será abordado o estudo de caso, onde o objetivo é estudar um determinado indivíduo ou família ou grupo para investigar variados ou um evento específico da amostra (CERVO e BER VIAN 2002 apud MATTOS, ROSSETTO JR, BLECHER 2004).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Marconi e Lakatos (2001, p 37) “acreditam que a população ou o universo é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam uma característica em comum”.

A pesquisa foi realizada na Fazenda São Jorge, ala feminina, localizada na Rua Amaro Jose Pereira, 1679 bairro Coloninha, na cidade Araranguá-SC. A população são mulheres com idade entre 14 e 65 anos em tratamento de substancia psicoativas.

A pesquisa foi de amostra intencional constituída por 14 mulheres que por legitima e boa vontade prontificaram-se a responder os questionários e realizaram as atividades. Porem foram analisados os testes de apenas 6 mulheres, por motivo de desistência do tratamento.

A maioria das mulheres são casadas e tem filhos, foram incluídas no tratamento por uso de crack, maconha e outras drogas, sendo que 2 mulheres pelo

uso de álcool, 1 mulher por bipolaridade e por não tomar os remédios controlados corretamente e 1 mulher por cocaína e 2 por uso de crack. As mulheres já utilizaram outras drogas como maconha, álcool, cola, cocaína antes de serem incluídas no tratamento por usar crack.

Não realizavam nem um tipo de praticas corporais, nem durante o tratamento e nem antes de integrarem na Fazenda.

Durante toda a pesquisa foi preservado a identidade dos pesquisados e dos responsáveis pelo local, não foram citados nomes, nem fotografias expondo seus rostos a não ser com autorização dos pesquisados e responsáveis por meio do termo de consentimento. Os testes específicos foram analisados por um psicólogo voluntario, pois a aplicação e interpretação dos testes é exclusiva da área da psicologia.

3.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA

3.3.1 Inclusão

Mulheres

Idade entre 14 e 65 anos

Realizar as atividades

Ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A)

3.3.2 Exclusão

Ter mais de duas faltas nas atividades

Não responder os questionários

Não realizar os testes como pedido pelo responsável.

Desistir do tratamento

3.4 INSTRUMENTOS

Os métodos de investigação qualitativa pressupõem uma abordagem diferenciada. Também no que se refere aos instrumentos de coleta de informações, não costumam se servir de instrumentos de coleta que utilizam valores numéricos ou que tomem apoio neles para proceder à análise e interpretação das informações

recolhidas, podem-se utilizar diferentes instrumentos de coleta de dados como: observação, entrevista, questionário e memoriais descritivos (NEGRINE, 2004 apud PERIOTO 2011, p.40).

Segundo Cervo e Bervian (2002) “afirmam que o questionário é a forma mais utilizada para coletar dados possibilitando medir com exatidão o que se deseja”.

Optou-se por utilizar um questionário estruturado, com perguntas abertas e fechadas, versando sobre o objetivo do estudo. O questionário estruturado com perguntas relacionadas ao bem estar do individuo, como ele está se sentindo no momento, dados pessoais e perguntas relacionadas à sua vida antes de estar em tratamento.

Os questionários foram aplicados apenas para a investigadora conhecer os investigados, não foram utilizados para análises.

Forão realizados durante a pesquisa observações para uma melhor coleta de dados.

Segundo Mattos et al (2003, p.43):

Observação é uma técnica de obtenção empregada de informações geralmente quando o intuito do pesquisador é analisar, avaliar e examinar as relações sociais ou interações entre pessoas de um determinado grupo, comunidade e sociedade.

Durante a pesquisa foram realizados testes para analisar e avaliar a ansiedade, autoestima e a melhora nos relacionamentos sociais e interpessoais.

Segundo Mattos et al (2003) “teste é um instrumento com a finalidade de obter dados que permitam medir o rendimento, a frequência, a capacidade ou a conduta dos grupos ou indivíduos de forma quantitativa”.

De acordo com a literatura os testes podem ser padronizados onde cita-se o nome de quem o criou para uma melhor sustentabilidade a pesquisa e se não existirem testes que não examinem o objeto do estudo da forma como se planeja, o próprio autor do trabalho pode elaborar alguns, lembrando-se de que esse instrumento deve ser preciso e fidedigno.

Foram realizados durante a pesquisa os seguintes testes: teste de avaliação do nível de ansiedade.

Para avaliar o nível de ansiedade dos indivíduos foi aplicada a Escala de ansiedade de Beck. Em 1998 Beck e colaboradores criaram o instrumento Beck

Anxiety Inventory (BAI) com o objetivo de medir a ansiedade clínica, utilizando para a pesquisa 1.086 sujeitos provenientes de hospital psiquiátrico, sendo 42% homens e 58% mulheres. Os sujeitos selecionados foram chamados para uma entrevista clínica, na qual foram administrados os testes: Anxiety Checklist (ACL), The Physician's Desk Reference checklist (PDR) e Situational Anxiety Checklist (SAC).

Diante dos resultados desses três testes, foi criada uma primeira escala com 86 itens e aplicada em 810 sujeitos. Após, foram realizados vários estudos de diferentes tipos de evidências de validade e precisão chegando-se a escala final que passou a conter 21 itens. Cada item dessa escala descreve um sintoma comum de ansiedade e o sujeito deve responder o quanto se incomodou com cada sintoma durante a última semana (CUNHA, 2001 apud BUENO 2009).

Esta escala consiste em 21 questões de múltipla escolha, sobre como o indivíduo pesquisado tem se sentido na última semana, expressas em sintomas comuns de ansiedade (como sudorese e sentimentos de angústia). Cada questão apresenta possíveis respostas que se assemelham ao estado do indivíduo.

A versão em português das escalas de Beck foi aplicada em diversos tipos de pacientes, em estudantes e pessoas da comunidade, sendo utilizado em 1.388 pacientes ambulatoriais com diagnóstico misto (Cunha, 2001 apud Bueno 2009).

O BAI, constituem uma série escalar de 0 a 3 pontos cada e a soma total dos escores pode variar de 0 a 63 pontos. Assim sendo, os resultados diferem quanto ao grau de ansiedade: nível mínimo de 0 a 10; nível leve de 11 a 19; nível moderado de 20 a 30 e nível grave de 31 a 63.

Foi aplicado também o Inventário de Ansiedade de Traço-Estado- IDATE, segundo Heteoum e Graeff (2004 pg 83) este que foi desenvolvido por Spielberger (1970), é uma escala de auto relato que depende da reflexão consciente do sujeito no processo da avaliação do seu estado de ansiedade assim como característica de sua personalidade. O teste consta de uma escala de traços de ansiedade com 20 itens que requerem que os sujeitos descrevam como geralmente se sentem. Para a presente pesquisa foi abordada apenas o IDATE I que investiga o nível de ansiedade como estado.

Para a fidedignidade do teste podemos usar a autora Rodrigues (2009) em seu trabalho validação do teste TSAY (State-Trait Anxiety Inventory) ou IDATE

(inventário de ansiedade Traço-estado) de Spielberger: avaliação da ansiedade Face aos testes, que teve objetivo de validar uma versão em português do inventário de ansiedade estado-traço de Spielberger, a autora toma uma amostra de 500 alunos de 11 a 21 anos com 7 a 12 anos de escolaridade. O instrumento foi aplicado em dois momentos, juntamente com os testes STAY-Y e o SAS de ZUNG. Pretendeu-se avaliar a ansiedade estado e a ansiedade traço nos respectivos alunos face aos testes de avaliação curricular. As diferenças encontradas nos resultados obtidos nos dois momentos são indicadores do alto grau de uma validade discriminante. Apresentou alta validade concorrente entre o STAY-Y e o SAS de ZUNG. A consistência interna avaliada através do Alfa de Cronbach revela uma grande homogeneidade dos itens. Da análise dos resultados o autor conclui que o instrumento de medida é válido e fidedigno.

O IDATE constitui um score de 0 à 80 sendo que os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade.

Na versão brasileira a evidência de validade convergente foi estabelecida em um estudo de correlação do BAI com o IDATE (Spielberger, Gosuch & Lushene, 1979 apud Bueno 2009), verificando-se uma correlação significativa com os dois tipos de ansiedade nele descritos, Traço ($r = 0,78$; $p < 0,001$) e Estado ($r = 0,76$; $p < 0,001$).

Em alguns itens destes questionários, as pontuações são invertidas, já que o conteúdo das afirmações nele contidas é oposto das afirmações dos demais itens. São eles: 1, 6, 7, 10, 13, 16 e 19 na parte referente ao traço, e 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20 na parte referente ao estado.

Para avaliação dos escores obtidos com os inventários foi utilizada a categorização utilizada por Chaves, ou seja, 20 a 40 pontos (baixa ansiedade); 40 a 60 pontos (média ansiedade); 60 a 80 pontos (alta ansiedade).

Neste estudo foi abordado apenas a versão ADATE –Estado devido a população do estudo, estar com níveis de ansiedade altos por causa do tratamento e da situação em que se encontram, por isso levamos em consideração ao fato de que este estado não é permanente.

Apesar do BAI ter sido criado originalmente para pacientes de hospital psiquiátrico, os estudos realizados demonstraram adequação à população geral.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados anteriormente e após a realização das atividades. Os questionários e os testes foram aplicados no dia 15 de setembro com duração de uma hora para os indivíduos responderem. Foram analisados posteriormente pela pesquisadora com um auxílio de um psicólogo, responsável pela orientação.

Como procedimento de treinamento foi abordado nas primeiras duas semanas uma adaptação neuromuscular devido ao fato de que os indivíduos são sedentários e não estão acostumados a realizar as atividades que serão propostas.

Esta adaptação de acordo com alguns estudos cita que organismo humano vive em um estado dinâmico de equilíbrio, fruto da constante interação com o meio. Sempre que um estímulo externo o afasta deste equilíbrio, os padrões de organização do sistema são mudados para se ajustar a nova realidade. A adaptação neuromuscular é necessária, pois evita lesões musculares no indivíduo, evita inflamações excessivas nas fibras musculares. Uma adaptação correta estimula o indivíduo a não desistir das atividades e se torne motivado.

Anteriormente foi levada ao local a carta de apresentação (Apêndice B) para posterior liberação da pesquisa.

Durante a pesquisa foi proposto e realizado para as residentes durante o tempo de uma hora, duas vezes na semana, um total de 20 encontros, alongamentos, poli chinelos, abdominais no solo e com auxílio de um banco, sentar e levantar, afundos, agachamentos, tríceps no banco, agachar e saltar, flexões de braço, aula de ginástica aeróbica com musicalidades diversas, e brincadeiras recreativas.

A população da pesquisa sofreu mudanças durante as atividades, por motivos de desistência de tratamento e término do tratamento, a população geral da pesquisa passou de 14 mulheres para 6, segundo organizadoras da fazenda São Jorge, este ocorrido é normal e de ordem natural e faz parte do tratamento de cada indivíduo.

Por fim, no dia 15 de novembro de 2012 foi aplicado após as atividades novamente os testes específicos e ocorreu a finalização das atividades na fazenda.

3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Para análise dos dados foi utilizado estatística com valor mediano, somados os testes de ansiedade com auxílio de um profissional da área da psicologia. Os dados foram processados e analisados pela construção de tabelas e gráficos. Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel 2007.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos em dois testes de ansiedade como mostra a tabela abaixo.

TESTE DE BAI	PRÉ	PÓS
Média de Idade:	40 anos	
<u>CLASSIFICAÇÃO:</u>	-	-
- 0 à 10 /LEVE	2	4
- 11 à 20 /MODEDARO	3	1
- 20 à 30 /SEVERO	0	1
- 31 à 63 /GRAVE	1	-
<u>CLASSIFICAÇÃO:</u>	-	-
- 20 à 40/ BAIXA	2	5
- 40 à 60 MEDIA	2	-
- 60 à 80 ALTA	2	1

Fonte: Da Pesquisa.

Como se pode observar na tabela acima, em relação ao primeiro teste (teste de BAI), no começo da pesquisa haviam duas mulheres com ansiedade leve, três mulheres com ansiedade moderada e uma mulher com ansiedade grave, após as 20 sessões de práticas corporais, a classificação dos testes passou para quatro mulheres com ansiedade leve, uma mulher com ansiedade moderado e uma mulher para ansiedade em nível severo, pode-se então observar que o grupo total, deixou de ter indivíduos dentro do quadro de ansiedade grave, o que confirma as afirmações em relação aos benefícios das práticas corporais citado pelo autor Zawadski e Vagetti (2007) onde as práticas corporais trazem benefícios psicológicos, redução na ansiedade e melhoria na saúde e diminuição no risco de depressão, além de tornar os indivíduos mais seguros, terem maior integração com a comunidade e funções sociais preservadas, aumento da autoestima e melhora nos relacionamentos sociais.

Em relação as crises de abstinência o fato do individuo estar liberando hormônios através das práticas, e mantendo sua mente ativa e ocupada, faz com

que se concentre menos na ânsia de fazer o uso da substancia psicoativa, trazendo assim benefícios para sua relação consigo e com os outros indivíduos, devido ao fato de ter menos crises de raiva, impaciência e irritabilidade.

Confirmando assim esta afirmação Shephard (2003 apud PERIOTO 2011, p.32), cita que com as praticas de atividades corporais ocorrem uma melhora no afeto, aumento da percepção de imagem corporal e auto eficácia, reduzindo assim a angústia, a raiva, ansiedade e até a depressão.

Na parte fisiológica do individuo, as praticas corporais promovem estímulos e mudanças no organismo, portanto fazendo com que ocorra o aumento da sudorese, aumento de ingestão de liquido, auxiliando na desintoxicação, através do suor, urina entre outros.

Para corroborar com esta afirmação os autorres (KIDWELL, BLANCO, SMITH, 1997 apud PIMENTEL et al 2008, p.2), citam que é procedimento difundido o consumo de líquidos associado à realização de esforço corporal. Há muito tempo sabe-se que o suor é um veículo para excreção de drogas e seus catabólitos, assim, o efeito desejado é o aumento da transpiração e consequente excreção desses produtos por meio do suor.

Não podemos deixar de citar que estes ganhos e benefícios das praticas corporais caminham juntamente com o trabalho de recuperação que ocorre dentro da Fazenda.

Em relação ao segundo teste apresentado na tabela acima (Teste Ansiedade Estado) podemos observar que ocorreram mudanças positivas na classificação, onde no começo das atividades haviam 2 mulheres com ansiedade alta, 2 mulheres com ansiedade media e 2 mulheres com o ansiedade baixa, após as atividades ocorreram mudanças nesta classificação onde o grupo geral obteve uma melhora. Dentro desta melhora ocorreu apenas um fator incondizente com os estudos onde 1 individuo da pesquisa não saiu do nível de ansiedade alta. Frente as observações durante as atividades foi possível constatar que tal individuo não se aceitava e não era capaz de realizar as atividades por completo , de acordo com Damazio (1997 apud JUNIOR et al 2006) os indivíduos com índices altos de ansiedade tendem a ter mau desempenho ao se defrontarem com alguma situação estressante, ao contrário daqueles que apresentam níveis baixos de ansiedade. Os indivíduos que enfrentam tensões diárias, crônicas, amor ou guerra, podem ter um

aumento geral nos seus níveis de ansiedade, tornando-se mais vulneráveis a um futuro problema causado pela tensão, portanto perante esta afirmação pode-se dizer que tal individuo da pesquisa não teve resultados positivos, devido ao alto nível de tensão que se encontrava, como já se encontrava em um nível muito alto de ansiedade tal problema deveria que ser tratado de uma forma diferenciada anterior a este trabalho das praticas corporais.

Alem desta excessão, os resultados foram positivos , onde 2 indivíduos passaram de ansiedade media para ansiedade baixa e 1 individuo passou de ansiedade alta para ansiedade baixa.

De acordo com alguns estudos o pratica de atividade física (praticas corporais), promovem a liberação de determinadas substâncias químicas como a endorfina por exemplo que tem a capacidade de aumentar a disposição nos seres humanos e promovem também a sensação de prazer e bem-estar, auxiliando na redução do sentimento de estresse emocional e reduzindo portanto os sintomas clínicos da ansiedade.

Alem de mudanças nos níveis de ansiedade, as mulheres obtiveram com as atividades outros beneficios como a melhora na coordenação motora, no equilíbrio e na resistência muscular localizada.

Finaliza-se assim, as análises de dados com a maioria dos indivíduos obtendo com as práticas corporais redução nos seus níveis de ansiedade, melhorando sua saúde, diminuindo a irritação e facilitando assim o convívio do grupo. Pode-se afirmar que as práticas corporais devem fazer parte do tratamento dentro da Fazenda São Jorge, assim como em todas as Fazendas Terapêuticas.

5 CONCLUSÃO

Com as práticas corporais no período de 20 sessões foi possível observar através dos testes utilizados que os níveis de ansiedade das mulheres tiveram mudanças significativas. Pode-se então confirmar através dos estudos e bibliografia pesquisada que as praticas corporais devem fazer parte dos tratamentos em Fazenda terapêutica e em todos os modelos de tratamento para dependência química.

Por meio das observações e relatos das mulheres participantes da pesquisa constatou-se que estas obtiveram durante as praticas corporais melhoras em sua autoestima, equilíbrio corporal, na coordenação motora, não ocorrendo assim durante as noites insônias e pesadelos.

De acordo com (SHEPHARD, 2003 apud PERIOTO 2011, p. 32). Além de benefícios biológicos e sociais, são fortes os indícios acerca dos benefícios psicológicos frente a atividade física regular, que é justificado por uma maior satisfação com a vida, melhora no afeto, aumento da percepção de imagem corporal e auto eficácia, reduzindo assim a angústia, a raiva, ansiedade e até a depressão.

As mulheres estavam se aceitando uma a outra, nas últimas sessões de práticas corporais pode-se perceber que estas estavam se sentindo mais felizes e mais flexíveis, devido aos exercícios e alongamentos passadas nas atividades.

Relataram que estavam se sentindo com menos flacidez corporal, mais leves e mais bonitas. Que nunca tinham suado tanto como estavam suando durante as práticas.

Considerando a difusão passiva da droga da corrente sanguínea para o suor, a prática da atividade física, como parte do processo terapêutico, levaria ao aumento do fluxo sanguíneo e da transpiração, aumentando esta via de excreção da droga e seus catabólitos.

Pode-se então afirmar que as práticas corporais não trouxeram apenas benefícios psicológicos para com o tratamento mas também fisiológicos através das eliminações das toxinas.

Recomenda-se para estudos futuros, aumentar o tempo das práticas corporais e realizar outros tipos de atividades que não puderam ser desenvolvidas devido ao espaço não ser apropriado para certas atividades, como corrida e caminhada por exemplo, realizar não apenas testes psicológicos mais

fisiológicos, para poder analisar os ganhos fisiológicos das práticas corporais no tratamento de dependência química.

REFERÊNCIAS

- ALCHIERI, João Carlos, CRUZ, Roberto Morais. **Avaliação Psicológica: conceito, métodos e instrumentos**. São Paulo- SP. Ed. Casa do psicólogo. (coleção temas em avaliações psicológicas), 2003.
- ANASTASI. Anne. **Testes psicológicos**. São Paula-SP, Ed. E.P.U – Editora Pedagogia e Universidade Ltda. 1977.
- BITTENCOURT, Adroaldo. **O processo de contato com as drogas: uso e abuso, sentidos e lugares**. Dissertação apresentação no programa de mestrado em psicologia da Universidade católica Dom Bosco Campo Grande, 2007.
- BONADIO, Alessandra Nagamine. **Reabilitação Psicossocial de dependentes químicos: estudo qualitativo em uma residência terapêutica**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria. São Paulo, 2010.
- BONETTI, A. **As práticas corporais e seu processo de re-significação: apresentando os subprojetos de pesquisa**. In: SILVA, A. M.; DAMIANI, I. R. **Práticas Corporais: gênese de um movimento investigativo em educação física**. Florianópolis: Nauemblu Ciência & Arte, 2005.
- BRANDEN, Nathaniel. **Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo**. São Paulo, 40ª edição, Ed. Saraiva, 2003.
- CARVALHO, Y. M. **Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica**. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- DE MATTOS, Mauro Gomes, ROSSETTO JR, Adriano José, BLECHER, Shelly. **Teoria e Prática da Metodologia da Pesquisa em Educação Física: Construindo sua monografia, artigo e projeto de ação**. São Paulo-SP, Ed.Phorte, 2004.
- FERNANDES, David Manuel Ferreira. **O Exercício pode Prevenir ou Tratar a Toxicodependência**. Trabalho de Conclusão de Curso realizado pela Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física (Coimbra), junho de 2009.
- GOMES, Giuliano de Assis Pimentel; REGINA, Edna Netto de Oliveira; PAULINA, Aparecida Pastor. **Significados das práticas corporais no tratamento da dependência química**. INTERFACE COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO v.12, n.24, p.61-71, jan./mar. 2008. Acesso em julho de 2012.
- GUTJAHR, Méris. **Redes sociais: Prevenção a recaída no tratamento de dependentes químicos**. Trabalho Final de Mestrado Profissional para obtenção do grau de Mestre em Teologia Escola Superior de Teologia Programa de Pós-Graduação. São Leopoldo-RS, 2010.
- HETEM, Luiz Alberto B, GRAEFF, Frederico G. **Transtornos de ansiedade**. São Paulo, Ed Atheneu, 2004.

KALINA, Eduardo. **Clínica e Terapêutica de adições**. Porto Alegre, Ed.Artmed,2001.

LIMA, Francine Gelbecke; ITAYARA, Maria Coelho de Souza Padilha. **O fenômeno das drogas no contexto da promoção de saúde**. Texto contexto Enf. 2004 abr-jun 13(2): 272-9. Acesso em julho de 2012.

LONGENECKER, GESINA L, HEE, Nelson W (ilus.). **Como agem as drogas: Abuso de drogas e o corpo humano**. São Paulo – SP, 1º edição, Ed. Quark, 1998.

LUIS, Dante Pereira; MARTINS, Gabriela Gorski. **A influencia do exercício físico no humor em dependentes químicos em tratamento**. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Ano 15, Nº 153, Fevereiro de 2011.Acesso em julho de 2012.

MAÇANEIRO, Amarildo. **Percepção do dependente químico quanto ao processo de recuperação**. Trabalho de conclusão de curso de graduação de Enfermagem do Vale do Itajaí – UNIVALE

PERARO, Adriana de Lima. **Características do sono e qualidade de vida em dependentes**. Dissertação apresentada ao departamento de neurologia da Faculdade de Medicina para Universidade de São Paulo para a obtenção de título de mestre em ciência. São Paulo 2008.

PEREIRA, Graziela Lopes; MARASCHIN, Cleci. **Políticas cognitivas e as propostas de intervenção e tratamento para usuários e dependentes de drogas**. PSIC. CLIN., RIO DE JANEIRO, VOL.20, N.2, P.149 – 161, 2008. Acesso em: julho 2012.

POSSA, Terezinha; DURMAN, Solânia . **Processo de ressocialização de usuários de substâncias lícitas e ilícitas**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Droga. (Ed. port.) v.3 n.1 Ribeirão Preto ago. 2007. Acesso em: agosto de 2012.

QUADROS, Junior Antonio Carlos; VICENTIM, Joseane; CRESPILO, Daniel. **Relações entre ansiedade e psicologia do esporte**. <http://www.efdeportes.com/> Revista Digital - Buenos Aires - Año 11 - Nº 98 - Julio de 2006. Acesso em novembro de 2012.

RODRIGUES, Catia Marisa Pereira. Validação do teste TSAI-Y de Spielberger: **Avaliação da ansiedade face aos testes**.- 2009.
<http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pivic/trabalhos/GLAYDMIL.PDF>
Acessado em: novembro de 2012.

ROSA, José Tolentino, NASSIF Suely Laitano da Silva. **Cérebro inteligência e vínculo emocional na dependência de drogas**. São Paulo-SP, 1º edição, Ed.Vetor, 2003.

RUSSEL, George K. **Maconha Hoje**. São Paulo, Publicado em português por: Associação Beneficente Tobias, 1975.

SCHMIDT, Ivan. **A Ilusão das Drogas**. Santo André –SP, Ed. Casa Publicadora Brasileira

SIELSKI, Fernando. **Filhos que usam drogas: guia para os pais**. Curitiba- PR, Ed. Adrenalina, 1999

TORRES, Ubirajara. **Toxicologia das drogas**. Porto Alegre- RS, 1º edição, Ed. Pallotti, 1987.

VAZ, R. A.; NODIN N. **A importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. Análise psicológica**. 2005 v.3, p 329-39. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n3/v23n3a11.pdf>> Acesso em: novembro/2011. Ed. Adrenalina, 1999

WATANABE, Teruo. **Qualidade de vida e saúde**. Criciúma, 21º edição. Ed. Do autor, 2003.

Leis

BRASIL, Lei 6368 de 21 de outubro de 1976.

APENDICE (S)

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estou realizando um projeto para o trabalho de Conclusão de Curso em Educação Física Bacharelado: **Os benefícios das praticas corporais na autoestima e na ansiedade das mulheres em tratamento de dependência química residentes na fazenda São Jorge em Araranguá-Sc.** A Sr (a), foi plenamente esclarecida de que participando deste projeto, estará participando de um estudo de cunho acadêmico que tem como um dos objetivos **Identificar os benefícios das praticas corporais para autoestima e na ansiedade das mulheres em tratamento de dependência química residente na fazenda São Jorge.**

Embora a Sr (a) venha aceitar a participação neste projeto, estará garantido que a Sr (a) poderá desistir a qualquer momento bastante para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro a Sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes à Sr (a) serão sigilosos e privados, preceitos este assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que a Sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta data.

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora Claudia Bonacini de Souza da 8º fase do curso de Educação Física Bacharelado da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC e orientada pela professora Grasiela Fatima Giocomazzo.

Criciúma (SC) agosto de 2012.

Assinatura da participante

APENDICE B - CARTA DE APRESENTAÇÃO

A disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso – TCC faz parte da matriz curricular do Curso de Educação Física Bacharelado da Unesc- Universidade do Extremo Sul Catarinense, portanto é requisito para a conclusão do mesmo.

Neste sentido apresenta-se a acadêmica Claudia Bonacini da 8ª fase, do curso que solicitamos sua autorização para realizar a pesquisa (coleta de dados) em sua instituição.

Informamos que é mantida a ética da pesquisa, resguardando o nome da instituição e dos participantes, para que sejam fidedignas as respostas, a pesquisa atinja seus objetivos e tenha validade científica.

Agradecemos pela sua atenção e contribuição com o desenvolvimento da ciência.

Atenciosamente,

Prof.....

Coordenador(a) do TCC do Curso de

Criciúma _____ de _____ de 20__.

APENDICE C- QUESTIONARIO

NOME:

IDADE:

Quanto tempo está na Fazenda São Jorge?

Foi residida no tratamento com uso de qual substancia?

Qual motivo te levou a usar as drogas?

Como você está se sentia quando chegou aqui?

Como você está se sentindo hoje?

Ao sair do tratamento o que você pretende fazer?

Você tem filhos?

Você é casada?

Você senti falta dos seus filhos, amigos e conjugue?

Quando foi a ultima vez que você praticou uma atividade física?

Qual atividade você mais gosta de fazer?

ANEXO (S)

ANEXO 1: TESTE 1

Escala de ansiedade de Beck (BAI) - Criada pelo doutor Beck Aaron.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. → Dormência ou formigamento				
2. → Sensação de calor				
3. → Tremores nas pernas				
4. → Incapaz de relaxar				
5. → Medo que aconteça o pior				
6. → Atordoado ou tonto				
7. → Palpitação ou aceleração do coração				
8. → Sem equilíbrio				
9. → Aterrorizado				
10. → Nervoso				
11. → Sensação de sufocação				
12. → Tremores nas mãos				
13. → Trêmulo				
14. → Medo de perder o controle				
15. → Dificuldade de respirar				
16. → Medo de morrer				
17. → Assustado				
18. → Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. → Sensação de desmaio				
20. → Rosto afogueado				
21. → Suor (não devido ao calor)				

ANEXO 2: TESTE 2

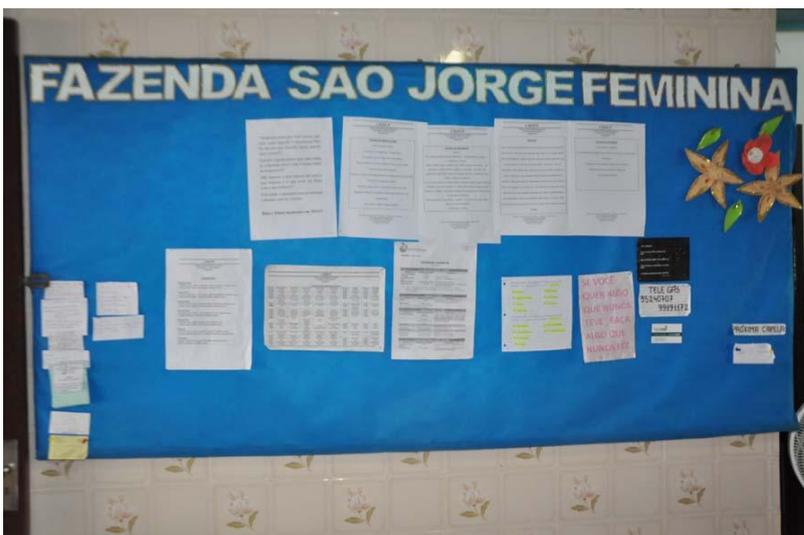
Ansiidade Estado				
Muitissimo=4 Bastante=3 Um Pouco=2 Absolutamente Não=1				
01. Sinto-me calmo	1	2	3	4
02. Sinto-me seguro	1	2	3	4
03. Estou tenso	1	2	3	4
04. Estou arrependido	1	2	3	4
05. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
06. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
07. Estou preocupado com possíveis infortúnios	1	2	3	4
08. Sinto-me descansado	1	2	3	4
09. Sinto-me ansioso	1	2	3	4
10. Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
11. Sinto-me confinado	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Estou agitado	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou descontraído	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me superexcitado e confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

ANEXO 3: FOTOS

Ambulancia utilizada na transferência de pacientes e outras ocorrências



Quadro de medicamentos e exames



Mesa utilizada para reuniões, estudos e alimentação



Objetos utilizados para a pratica de exercício físico.



Dados: Site da Fazenda São Jorge.