

**ANÁLISE DA PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS  
SOBRE OS NÍVEIS DE ANSIEDADE E APTIDÃO FÍSICA DE  
DEPENDENTES QUÍMICOS.**

**Prof. Maíra Frigo Flores**

**Prof. Dr. Daniela Lopes dos Santos**

**Universidade Federal de Santa Maria – UFSM**

[maiff@bol.com.br](mailto:maiff@bol.com.br)

[danielals@brturbo.com.br](mailto:danielals@brturbo.com.br)

## **RESUMO**

**Esta pesquisa, realizada junto à UFSM/CEFD, teve por objetivo analisar a influência da prática regular de exercícios físicos sobre os níveis de ansiedade-estado e aptidão física de dependentes químicos de Santiago – RS. Fizeram parte um grupo de estudos de 6 indivíduos participantes de um tratamento de 2 meses em uma academia de ginástica onde realizaram exercícios aeróbicos, resistidos e alongamentos. Foram feitos pré e pós testes sobre as variáveis ansiedade-estado, resistência aeróbica, resistência muscular localizada, flexibilidade e percentual de gordura corporal. Os resultados obtidos permitem concluir que o tratamento resultou em um aumento significativo na resistência aeróbica, aumento não significativo na flexibilidade, redução não significativa no percentual de gordura e nenhuma relação significativa com a resistência muscular localizada e ansiedade-estado. Sugere-se um número maior de pesquisas na área, visto que os estudos ainda são esparsos e faltam dados para comparar a estes.**

**UNITERMOS: Aptidão física; ansiedade-estado; dependentes químicos.**

## 1. INTRODUÇÃO

Na sociedade atual, é notório o crescimento no uso e abuso de drogas, que constituem hoje o fator mais importante da desorganização social, familiar e individual além do elevado custo sócio-econômico e sanitário (Rigotto e Gomes, 2002). O início do consumo de drogas está ocorrendo cada vez mais cedo e com substâncias de teor tóxico mais elevado, e por isso é importante atentar para o processo de dependência.

Diversas são as teorias que buscam identificar a origem e as causas do processo de dependência química, entretanto, ainda não há um consenso, visto que o tema vem sendo abordado com maior liberdade há relativamente pouco tempo. Entre estas, destacam-se as de linha fisiológica (que se detêm na farmacologia da droga), moral (credita a dependência à falta de vigor moral e decência), o modelo de doença (exime o indivíduo de culpa, o faz vítima no processo) e a de padrão de hábito superaprendido (crê que a dependência é um mau hábito que pode ser substituído) (Marlatt, 1993).

Os maiores êxitos para largar a adicção foram atingidos quando mais de uma técnica foi utilizada e a média anual de êxito tem sido de cerca de 26% (Sandí, Díaz e Molina, 1998). Entretanto, Marlatt (1993) atenta para o fato de que, quanto maior o número de técnicas, maior a exigência e pressão sobre o dependente químico, e isso pode ser contra-producente, pois aumenta as chances de falhas e respostas negativas no tratamento. Essa estatística se torna bastante preocupante, visto que pode ser inviável manter

estratégias e condutas no tratamento do dependente químico sendo que estas podem ser falhas em até 70% dos casos.

As experiências de aproximação inicial com substâncias psicoativas são, normalmente, a curiosidade, necessidade de ser aceito na turma de amigos, dificuldades no relacionamento familiar e facilidade de obtenção destas substâncias (homens no ambiente familiar e mulheres com traficantes e companheiros) (Rigotto e Gomes, 2002).

As definições de droga são muitas, dentre elas a de Lopes (1997) que diz que droga psicotrópica é aquela que age no cérebro, modificando o seu funcionamento, trazendo como consequência alterações do comportamento e do psiquismo, e a de LIONS (1994), definindo-a como toda a substância que, por sua natureza química, afeta a estrutura humana, modificando de vários modos a atividade mental e repercutindo nas esferas psíquica, somática e neuro-vegetativa, por alterações na bioquímica e na atividade bio-elétrica do organismo humano. As drogas dividem-se no campo legal em lícitas e ilícitas, de acordo com o modo com que alteram o funcionamento cerebral em estimulantes, depressoras e alucinógenas, e de acordo com sua origem em naturais ou sintéticas (Lopes, 1997).

Segundo Gilman & Goodman *apud* Pagani e Lopes (1997), os problemas de utilização de drogas fora dos padrões habituais são tão antigos quanto a própria civilização. A sociedade vem utilizando-as para produzir efeitos sobre o humor, pensamento e as sensações, e sempre houve indivíduos que se desviaram das regras. A industrialização, além de

popularizar o uso das drogas aumentou o poder de dependência destas, tanto pelas características químicas quanto por questões sociais. A droga que ontem era utilizada como parte de uma cultura, hoje tem como fim a busca do prazer em si (Brasil, 1989).

Um dado interessante trazido por Dupont Júnior *apud* Lopes (1997), é que no decorrer do século XX, todos os segmentos da população norte-americana obtiveram melhorias em sua saúde, exceto a faixa localizada entre os 15 e 24 anos; os adultos norte-americanos fizeram mais exercícios e consumiram menos substâncias tóxicas, e os adolescentes fizeram menos exercícios físicos e consumiram mais substâncias tóxicas, ao se comparar com anos anteriores. Esta relação ainda precisa ser melhor estudada, mas nos traz questionamentos e reflexões acerca da importância da atividade física na diminuição do consumo de substâncias tóxicas.

É inerente ao ser humano estabelecer relações de dependência podendo ser esta benéfica ou danosa (Brasil, 1989). Certos indivíduos a estabelecem com produtos químicos e, na falta destes, é tomado pela síndrome de abstinência (Brasil, 1989), que ocorre porque a droga se insere no metabolismo do organismo, passando a fazer parte de reações bioquímicas que nele ocorrem. Em síntese, a dependência física resulta da adaptação do organismo a um uso continuado de determinada droga, que o leva a estabelecer uma nova condição de equilíbrio em seu funcionamento. Quando se instala a “síndrome de abstinência”, esse equilíbrio foi quebrado, devido à ausência de drogas no organismo (Brasil, 1989). A síndrome da

abstinência ocorre porque a droga se insere no metabolismo do organismo, passando a fazer parte de reações bioquímicas que nele ocorrem. Entretanto, nem todas as drogas psicotrópicas possuem as propriedades farmacológicas para causar dependência física, e o principal a se considerar é que todas as drogas alteram o psiquismo, e destas o indivíduo passa a depender. Assim, a dependência fundamental é a psíquica, caracterizada por um impulso irrefreável de continuar a utilização de drogas (Brasil, 1989).

A OMS *apud* Lopes (1997) definiu quais os indivíduos que tem maior propensão a se tornarem usuário de drogas, sendo estes os que não possuem adequadas informações acerca dos efeitos das drogas, os que possuem deficiências em sua saúde, os que estão insatisfeitos com sua qualidade de vida, aqueles que possuem uma personalidade deficientemente interada e os que possuem acesso fácil às drogas.

A idéia da prevenção é uma das políticas mestras em se tratando da erradicação do uso de drogas. Assim, foram propostos os três níveis de prevenção, onde esses programas buscam atuar, sendo eles a prevenção primária (busca intervir antes que surjam os problemas, ou seja, visa crianças e uma educação para a saúde), prevenção secundária (é aplicada aos problemas de drogas, em indivíduos que já tiveram contato com esta, mas não são toxicômanos, apesar de correr este risco), e prevenção terciária (confunde-se com a reabilitação, visa impedir a recaída, por meio da reintegração social do indivíduo).

Uma grande dificuldade encontrada para a recuperação de dependentes químicos é a alta ocorrência de recaídas durante o período de tratamento, sendo estas mais frequentes nos três primeiros meses de tratamento, tendendo a diminuir com o avanço deste (Marlatt, 1993). A falta de apoio familiar, a falta de acompanhamento apropriado, envolvimento com antigos amigos usuários, uso de bebidas alcoólicas, necessidade de aprovação social e frustrações diante de circunstâncias adversas estão associados aos episódios de recaída. O grande desafio da recuperação é substituir a rotina centrada nas drogas por novos hábitos evitando o retorno aos comportamentos destrutivos anteriores (Rigotto e Gomes, 2002).

A melhora na capacidade de enfrentar os agentes estressores é adquirida, segundo Marlatt (1993), por meio da incorporação de atividades novas e gratificantes (exercícios físicos, relaxamento) buscando contrabalançar o excesso de deveres que está associado ao estilo de vida adictivo. O prazer e orgulho gerados por esta atividade minimizarão o sentimento de privação e perda pessoal que vem junto ao término no padrão de hábitos adictivos. A recuperação parece estar ligada à definição de novos objetivos pessoais, reconhecimento de recursos pessoais que podem ser mobilizados para a manutenção da abstinência (Rigotto e Gomes, 2002), e percepção da auto eficácia diante de situações de risco para a recaída (Marlatt, 1993).

A procura por recuperação se dá por experiências críticas de desamparo, debilidade física, ocorrências legais e revitalização de laços

familiares. A manutenção do propósito de manter-se longe das drogas é muito difícil, pois a abstinência leva a instabilidade decorrente da mudança de vida e ainda traz angústia e depressão; a própria situação de abstinência serve como estímulo ao retorno às drogas (Rigotto e Gomes, 2002).

Os padrões de consumo de drogas podem ser modificados por intervenções desenvolvimentais e ambientais, e por mudanças intencionais, como ocorre na psicoterapia (Prochaska e DiClemente, 1986). Entretanto, a heterogeneidade dos dependentes, diversidade das substâncias químicas consumidas, custos econômicos, dificuldades com recursos humanos e de materiais especializados, acabam por limitar os tratamentos da drogadição (Rigotto e Gomes, 2002). Assim, apesar de ser consenso de que qualquer tratamento é melhor do que nenhum, não se sabe qual tratamento, ou combinação de tratamentos é mais eficaz no combate à dependência química. Deve-se atentar ainda para o processo que segue o tratamento em si, a fase da manutenção à longo prazo, que é extremamente delicada.

Após haver a intenção do indivíduo de abandonar o vício, sua recuperação pode ser feita em entidades especializadas que cuidam do problema, por meio de fundo religioso, que tratam de todos os tipos de drogas (LIONS, 1994). Marlatt e Gordon (1993) comentam que, nos EUA, os programas de tratamento do dependente químico utilizam uma grande variedade de intervenções, como psicoterapia individual, conjugal, de grupo, regimes de dieta, aversão química e elétrica, confronto e pressão social, treinamento de autocontrole comportamental para o controle/manejo



do estresse, terapia racional-emotiva, doutrinação religiosa, entre outros. Por parte do sujeito, são favoráveis ao êxito sua motivação, apoio familiar e social e ausência de situações estressantes; por parte médica, a compreensão do que vem a ser o processo aditivo, o reconhecimento deste como uma doença, também acrescem às chances de êxito.

Os padrões de consumo de drogas podem ser modificados por intervenções desenvolvimentais e ambientais, e por mudanças intencionais, como ocorre na psicoterapia (Prochaska e DiClemente, 1986). Entretanto, a heterogeneidade dos dependentes, diversidade das substâncias químicas consumidas, custos econômicos, dificuldades com recursos humanos e de materiais especializados, acabam por limitar os tratamentos da drogadição (Rigotto e Gomes, 2002). Assim, apesar de ser consenso de que qualquer tratamento é melhor do que nenhum, não se sabe qual tratamento, ou combinação de tratamentos é mais eficaz no combate á dependência química. Deve-se atentar ainda para o processo que segue o tratamento em si, a fase da manutenção à longo prazo, que é extremamente delicada.

É necessário que se auxilie na reintegração social do indivíduo, e como alternativa podemos propor as atividades esportivas, de lazer, culturais, sociais, profissionais, privilegiando aquelas que possuem maior potencial sociabilizador (Brasil, 1989). Os exercícios físicos são uma das estratégias de manutenção de hábito mais utilizadas e eficazes na manutenção da mudança no estilo de vida (Marlatt, 1993). As atividades positivas no estilo de vida podem vir a tornar-se uma “adição positiva”

conforme se fixam como hábito, substituindo a adicção negativa existente até então. Os exercícios aeróbicos são positivamente adictivos (Glasser *apud* Marlatt, 1993), visto que o estado de excitação que proporcionam não é muito diferente daquele proporcionado por muitas drogas psicoativas (sentimento positivo, estado de alerta da consciência, maior atenção sobre o que ocorre neste momento, diminuição das preocupações e conflitos cognitivos). Estes efeitos parecem ser causados pela liberação de opiáceos naturais que ocorre durante as atividades aeróbicas – as beta-endorfinas. Segundo Marlatt (1993), a adesão no desenvolvimento de um programa de atividades físicas freqüentemente obtém melhores resultados quando esta é realizada junto a algum membro da família ou pessoa com a qual o adicto se identifique, sinta-se à vontade. Entretanto, alguns indivíduos podem sentir-se melhor ao realizar as atividades sozinhos e longe de possíveis pressões, comparações e cobranças.

Marlatt (1993) comenta que, para a maioria dos programas de prevenção da recaída, os exercícios recomendados são os aeróbicos, como caminhadas rápidas, correr, pedalar, natação e esportes, envolvendo grandes grupos musculares e com a energia sendo extraída dos processos metabólicos por meio de um fluxo constante de oxigênio (McArlde, Katch e Katch, 2002). Os exercícios isométricos, como a musculação, segundo Marlatt (1993), trazem benefícios tangenciais aos adictos, não devendo ser o cerne do programa de atividades físicas. Entretanto, Nieman (1999) comenta que os exercícios resistidos, como a musculação, trazem enormes benefícios

por melhorar a auto-estima destes indivíduos, e assim diminuir sua ansiedade e melhorar o bem-estar e sentimento de auto-eficácia.

Ferreira, Tufik e Mello (2001) indicam para dependentes químicos a corrida (30 min, 3 vezes na semana), a musculação (90 min, 2 vezes na semana) e/ou os alongamentos (30 min).

A ansiedade, bem como a depressão e o estresse, podem ser causadores do uso de algumas drogas (LIONS, 1994). Ela é parte integrante do contexto natural da vida, mas quando mal controlada, pode reduzir a qualidade de vida dos indivíduos, podendo ainda evoluir para níveis patológicos. Nieman (1999) comenta um estudo que indica que os três maiores problemas de saúde mental nos Estados Unidos são: distúrbios de ansiedade (23,3 milhões de norte-americanos), depressão (17,6 milhões) e distúrbios de abusos de substâncias (17,5 milhões).

Nemiah *apud* Santos (2004) define ansiedade como um estado emocional que envolve sentimentos de tensão, nervosismo, e promove alterações fisiológicas (palpitações, vertigens, tremores) e comportamentais e acomete a todos os indivíduos em algum momento de sua vida, mas que quando excessiva pode afetar o funcionamento normal do organismo. Atualmente vem sendo subdividida em ansiedade-estado (uma disposição de conduta devida a situações temporárias ou tensões situacionais) e ansiedade-traço (tendência que o indivíduo tem a perceber diversas situações com maior grau de ameaça do que o real) (Spielberguer *apud* Santos, 2004). Cooper *apud* Lopes (1997) acresce que psiquiatras do mundo inteiro vêm

utilizando o exercício físico como forma de aliviar estresse e ansiedade emocional, pois o aumento da endorfina (induzido pelo exercício) pode ser o melhor tranqüilizante natural. A atividade física está associada positivamente com a boa saúde mental, o humor especialmente positivo, o bem-estar geral e menos ansiedade e depressão, sendo essa relação mais forte para pessoas acima de 40 anos de idade e para o sexo feminino (Nieman, 1999).

Aptidão física é a capacidade de realizar as tarefas do dia a dia com o mínimo de fadiga e desconforto. É uma condição que pode ser mudada e ampliada de acordo com os interesses individuais (Saba, 2003). Subdivide-se em aptidão física relacionada a saúde e aptidão física relacionada às habilidades esportivas. A aptidão física relacionada á saúde se define como uma capacidade de realizar as atividades diárias com vigor e é relacionada à um menor risco de doenças crônicas (Nieman, 1999). Já a aptidão física relacionada á habilidade se direciona mais ao desempenho em práticas desportivas, não estando muito relacionada à diminuição de doenças. Segundo Saba (2003), existem três componentes da aptidão física relacionada à saúde, que são recomendados para todas as pessoas: aptidão musculoesquelética (pode ser representada pela resistência muscular localizada e flexibilidade), composição corporal (indicada pelo percentual de gordura corporal) e resistência cardiovascular (indicado pela resistência aeróbica). Os autores encontraram uma relação direta entre o tempo de

abstinência e prática de atividade física e a condição física e saúde de toxicômanos.

Neste contexto, a atividade física aparece como uma possível alternativa para auxiliar na recuperação de dependentes químicos, bem como na prevenção das recaídas, causa de muitas desistências no processo. Ela se torna um fator importante, pois proporciona sensações semelhantes às provocadas pelo objeto de dependência do adicto, além de liberar opiáceos naturais, fonte de prazer e bem-estar. Por isso, ela pode facilmente se tornar uma adicção positiva, substituindo o antigo hábito negativo (Marlatt, 1993). Assim, surgiu a importância desta pesquisa, que busca, por meio da atividade física, experimentar mais uma alternativa de facilitação do processo de abstinência ou de auto-controle, visando aumentar a qualidade de vida e a saúde do indivíduo em recuperação. Apresenta-se, então, o seguinte objetivo: analisar a influência da prática regular de exercícios físicos sobre os níveis de ansiedade e aptidão física de dependentes químicos em recuperação na cidade de Santiago – RS.

## **2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **Grupo de estudos:**

Esta pesquisa teve como população os dependentes químicos da cidade de Santiago – RS, e o grupo de estudos foi selecionado mediante declaração de dependente químico participante de grupos de auto-ajuda,

buscando recuperação. A pesquisa foi realizada com seis indivíduos, 3 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. As substâncias de abuso eram o álcool, tabaco, tranqüilizantes, maconha e cocaína, e a idade variava de 15 a 44 anos.

Para que fosse possível caracterizar a amostra, foi aplicado o Questionário Internacional de Atividade Física – Versão Curta (IPAQ), buscando identificar as atividades que faziam parte do dia a dia destes indivíduos. Pode-se perceber (tabela 1) que os indivíduos tinham uma vida bastante ativa e que alguns, com o passar do tempo, tiveram um aumento nas atividades físicas diárias. Importante destacar que esta vida ativa contrasta abundantemente com a debilidade geral e falta de energia, tipicamente associadas ao estilo de vida adictivo (Marlatt, 1993).

TABELA 1: Caracterização da amostra segundo nível de atividade física cotidiana.

	Sujeito 1		Sujeito 2		Sujeito 3		Sujeito 4		Sujeito 5		Sujeito 6	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
<b>IPAQ</b>	MA	MA	A	MA	A	MA	A	A	MA	MA	MA	MA

A: ativo      MA: muito ativo

### **Tratamento:**

Os indivíduos em recuperação participantes das reuniões dos grupos de apoio aos dependentes químicos foram convidados a participar da

pesquisa, e os que responderam positivamente ao convite integraram o grupo de tratamento. Estes assinaram um termo de consentimento livre esclarecido, seguiram freqüentando as reuniões de seu grupo de apoio e iniciaram um programa de exercícios físicos acompanhados por professores de educação física.

O programa de exercícios físicos consistia em atividades aeróbicas (cicloergômetro e esteira rolante) e anaeróbicas (musculação), além de alongamentos. A intensidade dos exercícios foi verificada individualmente, por meio de uma Escala de Borg de percepção subjetiva de esforço (McArdle, Katch e Katch, 2002), através da qual se procurou manter os indivíduos a uma intensidade entre moderada e levemente pesada. As atividades foram realizadas duas vezes por semana (nas segundas e quintas-feiras), uma hora por dia, durante dois meses. Os exercícios foram realizados em uma academia, onde os participantes da pesquisa podiam optar por treinar em um horário em que a academia estava aberta ao público ou treinar somente com seus professores, quando a academia estivesse fechada. Ainda, puderam levar familiares e amigos para a prática de exercícios físicos junto a eles.

**Variáveis:**

As variáveis de estudo controladas foram a aptidão física e a ansiedade de estado.

- Aptidão física:

Foi realizada uma avaliação física buscando identificar a aptidão física relacionada à saúde dos indivíduos participantes desta pesquisa.

Composição corporal: foi avaliada por meio da mensuração da espessura do tecido adiposo em determinadas dobras cutâneas, neste caso a tricipital, sub-escapular, supra-ilíaca e panturrilha, de acordo com Petrosky (1995). Também foram coletadas a estatura e massa corporal dos participantes.

Flexibilidade: foi avaliada por meio do Flexiteste resumido (Wallace *apud* Carnaval, 2002), onde os indivíduos adotaram oito posturas diversas e tiveram sua flexibilidade classificada.

Resistência aeróbica: foi mensurada por meio do Teste de Caminhada de 1609 m (McArdle, Katch e Katch, 2002), no qual deve-se percorrer essa distância no menor tempo possível.

Resistência muscular localizada: foi mensurada por meio do teste de flexão do tronco, onde se demarcou um ritmo para o movimento e o indivíduo executou o máximo de repetições possíveis.

#### ▪ Ansiedade-estado

Foi aplicado, no início e final do tratamento, o Inventário de Ansiedade-Estado - IDATE (Spielberger *apud* Santos, 2004), com o objetivo de identificar os níveis iniciais de ansiedade-estado dos indivíduos e se houve alterações desta com o avanço do treinamento.

### **Limitações do Estudo**



Este estudo apresentou como principal limitação o fato de não haver controle sobre o uso real de qualquer substância de adicção dos sujeitos envolvidos. Os resultados deste estudo ficam restritos à amostra por este estudada.

### 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A primeira e a segunda avaliação foram comparadas segundo as variáveis: ansiedade-estado, flexibilidade, resistência aeróbica, composição corporal e resistência muscular localizada. O teste utilizado para a comparação foi o teste “t” de Student para comparação de duas médias. Esse teste verifica se as duas avaliações foram iguais ou diferiram entre si, segundo a variável analisada. Foi utilizado um nível de significância de 5% para a realização desses testes. Na tabela 2 apresenta-se as médias dos resultados dos testes:

TABELA 2: Teste “t” de Student para as variáveis

	<b>Pré-teste</b>	<b>Pós-teste</b>
<b>Ansiedade (pontos)</b>	46,3	44,3
<b>Flexibilidade (%)</b>	56,2	67,96
<b>Resistência Aeróbica (ml/kg/min)</b>	41,78	44,5*
<b>Composição Corporal (%)</b>	24,26	18,8
<b>Resistência Muscular Localizada</b>	265,5	90,3

**(repetições)**

---

\* Significativo para um  $p < 0,05$

Pode-se notar que para a variável resistência aeróbica as duas avaliações diferem significativamente, indicando que os indivíduos melhoraram sua resistência aeróbica de forma considerável. Esse dado é interessante, pois diversas pesquisas citam a relação entre melhorias na resistência aeróbica e diminuição no consumo de drogas. Marlatt (1993) citam uma pesquisa que comparou os efeitos do relaxamento (alongamento) e da corrida em alcoólatra, e revelou que, apesar das duas técnicas terem reduzido o consumo de álcool, o grupo da corrida seguia com o consumo diminuído mesmo após o término do tratamento.

As duas avaliações não diferem significativamente em relação às variáveis ansiedade-estado, flexibilidade, percentual de gordura corporal e resistência muscular localizada.

Apesar de não haver diferença significativa entre as variáveis percentual de gordura corporal e flexibilidade, pode-se notar pelos resultados brutos que houve indícios de melhorias no desempenho destes testes, com o percentual de gordura tendendo a diminuir e a flexibilidade tendendo a aumentar. O fato de a flexibilidade tender a melhorar nos indivíduos é extremamente benéfico, visto que em pesquisa citada por Marlat (1993) alcoólatras que praticavam algum tipo de relaxamento (alongamento) tinham uma queda de 50% no seu consumo de álcool com relação ao pré-treinamento.

TABELA 3: Resultados brutos da composição corporal (%) e flexibilidade (%):

	Sujeito 1		Sujeito 2		Sujeito 3		Sujeito 4		Sujeito 5		Sujeito 6	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
<b>Composição Corporal</b>	16,7	11,7	24,4	22,5	31,2	29,3	24,0	21,6	27,7	27,4	21,3	20,0
<b>Flexibilidade</b>	59,3	75	59,3	70,3	37,5	50	46,8	53,1	53,1	75	81,2	84,3

Já para a variável resistência muscular localizada, não houve uma tendência única no desempenho, com indivíduos melhorando esta condição física e outros piorando (tabela 4). Nos indivíduos que pioraram seu desempenho, talvez deva-se ao fato da técnica na execução dos exercícios abdominais ter melhorado na segunda avaliação, dificultando assim sua execução, por ter se tornado mais fatigante e eficiente em termos de treinamento.

TABELA 4: Resultados brutos da resistência muscular localizada (repetições):

Resistência Muscular Localizada	Sujeito 1		Sujeito 2		Sujeito 3		Sujeito 4		Sujeito 5		Sujeito 6	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
	1083	50	19	39	87	284	25	46	26	21	353	102

Para a ansiedade-estado (tabela 5), os dados não foram uniformes, e não foram encontrados indícios de melhorias. Isto pode ter sido influência da época de realização do segundo teste, coincidindo com a época de Natal, que pode ter aumentado a ansiedade momentânea dos sujeitos da pesquisa. Os indivíduos encontravam-se na faixa de nível de ansiedade médio a alto.

Tabela 5: Resultados do nível de ansiedade-estado (NAE) e classificação dos indivíduos quanto a esta variável (CLAS):

	Sujeito 1		Sujeito 2		Sujeito 3		Sujeito 4		Sujeito 5		Sujeito 6	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
<b>NAE</b>	44	44	52	48	44	45	49	45	52	49	37	35
<b>CLAS</b>	M	M	A	A	M	M	A	M	A	A	M	M

M: Médio      A: Alto

Estes dados contrastam com uma pesquisa realizada na UFSC – SC, por Lopes (1997), onde os toxicômanos participantes relataram que à medida que se engajavam no programa de exercícios físicos dormiam melhor, sentiam-se mais relaxados e calmos. Uma alternativa a ser testada é avaliar a ansiedade de estado antes e imediatamente após a prática de atividades físicas, pois Nieman (1999) comenta que há uma redução da ansiedade de estado após exercícios vigorosos, efeito que pode perdurar por várias horas após o exercício. Para que esse efeito seja visualizado, é necessário que se exercite por um mínimo de 20 minutos, sendo mais

significativo após a prática de exercícios aeróbicos, de intensidade moderada.

#### 4. CONCLUSÕES

De acordo com os resultados desta pesquisa, podem ser feitas as seguintes conclusões:

Com a prática regular de exercícios físicos durante dois meses, com uma frequência de duas vezes na semana, duração de uma hora, aliando exercícios aeróbicos e anaeróbicos, além de alongamentos, os dados relativos aos dependentes químicos demonstraram que:

- Houve um aumento significativo na resistência aeróbica dos dependentes químicos estudados;
- Não houve modificações significativas na flexibilidade dos indivíduos, apesar de mostrar uma tendência a aumentá-la;
- Não houve modificações significativas no percentual de gordura corporal dos sujeitos, apesar de fornecer indicativos de redução;
- Não houve modificações significativas na resistência muscular localizada dos dependentes químicos estudados;
- Não houve modificações significativas na ansiedade-estado pré e pós tratamento nos indivíduos pesquisados.

Importante destacar que, apesar dos já comentados problemas de adesão ao exercício, e da característica dificuldade dessa população na

manutenção de hábitos e compromissos a longo prazo, esse período de tratamento pode não ter sido suficiente para provocar as modificações nas variáveis testadas.

Optamos, para não sobrecarregar os indivíduos, por reduzir a parte aeróbica a 25 min, a musculação a 30 min e os alongamentos a 5 min, todos duas vezes na semana. Talvez esse possa ser o motivo de não visualizarmos adaptações significativas em algumas variáveis, enquanto as indicações são para tal.

Entretanto, mais investigações devem ser feitas, com um grupo de estudos composto de um número maior de indivíduos, experimentando um tempo maior de tratamento e outras frequências semanais, para certificarmos de outras afirmações sobre essas variáveis estudadas.

**ABSTRACT****ANÁLISIS OF REGULAR PHYSICAL EXERCISE PRACTICE IN  
THE STATE-ANSIETY AND PHYSICAL PERFORMANCE IN  
DRUGS ADDICTED.**

This study, made in UFSM/CEFD, had the objective of analyzing the influence of regular physical exercise practice in the state-anxiety and physical performance in drugs addicted of Santiago – RS. In this study, 6 subjects went during two month to a gym of the city, and were submitted to aerobics exercise, resisted exercises and stretching. Two tests were applied, before and after the treatment, in the variables of study: state-anxiety, aerobics performance, muscular resistance, stretching and body fat. The results lead to the conclusion that the treatment enhanced aerobics performance, but did not modify the others variables. More studies in area are suggested, because there are very few what makes difficult comparisons with this results.

UNITERMS: physical performance; state-anxiety; drugs addicted.

**Referência Bibliográfica:**

**ACSM, Programa de Condicionamento Físico do ACSM. São Paulo: Manole, 1999.**

**ASSOCIAÇÃO DE LIONS CLUBES INTERNACIONAL. Drogas: perguntas e respostas. 2ª ed. Arapongas, 1994.**

**BRASIL, Ministério da Educação; Secretaria de Educação Física e Desportos. Valores humanos, corpo e prevenção: a procura de novos paradigmas para a educação física. Ministério da Educação, Secretaria de educação física. Brasília: A secretaria, 1989.**

**CARNAVAL, P. Cinesiologia aplicada aos esportes. Rio de Janeiro: Sprint, 2002.**

**FERREIRA, S. E., TUFIK, S. e MELLO, M. T. Neuroadaptação: uma proposta alternativa de atividade física para usuários de drogas em recuperação. Rev. Bras. Ciên. e Mov. V.9 N.1 Brasília JAN 2001**

**GUEDES, D. P. Exercício Físico na promoção da Saúde. Londrina: Midiograf, 1995.**

**KINESIS, Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Educação Física e Desportos Santa Maria, 1984.**

**LOPES, C. Cara a cara com as drogas: Guia prático para entender e enfrentar a complexidade da dependência. Porto Alegre: Sulina, 1997.**



MARLATT, G. A. **Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MC ARDLE, W., KATCH, V. e KATCH, F. **Fundamentos de Fisiologia do Exercício.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NIEMAN, D.C. **Exercício e Saúde: Como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento.** São Paulo: Manole, 1999.

PETROSKY, E. L. **Antropometria: Técnicas e Padronizações.** Porto Alegre: Palloti, 1999.

OMS. **Diretrizes para la lucha contra las intoxicaciones.** Genebra: OMS, 1998.

RIGOTTO, S. D.; GOMES, W. B. Contexto de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psic.: Teor. e Pesq.** V.18 N.1 Brasília JAN./ABR. 2002

SABA, F. **Mexa-se.** São Paulo: Takano, 2003.

SANDÍ, L. E.; DÍAZ, A.; MOLINA, D. Resultados de um programa integral para deixar de fumar. **Rev. Costarric. Cienc. Méd.** V19 N1-2 San José Jun 1998

SANTOS, L. A. L. **A influência da prática regular de Kundalini Yoga sobre variáveis funcionais em indivíduos portadores da síndrome da fibromialgia.** Santa Maria: UFSM, 2004.

SILVA, C. J.; SERRA, A. M. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em Dependência Química. **Rev. Bras. Psiquiatria**. V 26. Supl 1. São Paulo: maio, 2004.