



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – DCH IV  
CURSO DE LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA

ANDRESSA DE OLIVEIRA ARAÚJO

**QUALIDADE DE VIDA, INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS E  
NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA DE USUÁRIOS DE DROGAS DO  
INTERIOR DA BAHIA**

JACOBINA  
2017

ANDRESSA DE OLIVEIRA ARAÚJO

**QUALIDADE DE VIDA, INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS E  
NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA DE USUÁRIOS DE DROGAS DO  
INTERIOR DA BAHIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Universidade do Estado da Bahia, como  
requisito parcial para a conclusão do curso de  
Licenciatura em Educação Física.

Orientador: Prof. M<sup>c</sup> Michael Daian Pacheco  
Ramos

Co-orientador: Prof. M<sup>c</sup> Jorge Lopes  
Cavalcante Neto

JACOBINA

2017

Andressa de Oliveira Araújo

**QUALIDADE DE VIDA, INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS E NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA DE USUÁRIOS DE DROGAS DO INTERIOR DA BAHIA**

Artigo submetido ao corpo docente do curso de licenciatura em Educação Física da Universidade do Estado da Bahia e aprovada em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

**Banca Examinadora;**

---

**(Me. Michael Daian Pacheco Ramos, UNEB)**

**Orientador**

---

**(Me. Laura Emmanuela Lima Costa, UNEB)**

---

**(Dr<sup>a</sup> Marília Freire)**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me concebido forças e determinação para chegar até aqui e enfrentar os desafios da vida.

À toda minha família: Aos meus pais, Vando e Creuza, que nunca mediram esforços para me manter estudando e que sabiamente me ensinaram os princípios básicos do bem viver, tais como a honestidade, a humildade e perseverança. Ao meu irmão Ademir, as minhas primas (de sangue) e irmãs (de coração), Lorena e Lenivia, aos meus sobrinhos Davi e Eduardo, a minha vó e aos meus tios e tias por tudo que são e representam na minha vida. Amo vocês.

A Klaus e as minhas “pires” Gleice e Vandelma, pelos inúmeros momentos vividos (sem comentários) e por ter se tornado uma segunda família. Sem vocês a graduação não seria a mesma coisa. Amo muito.

A Universidade do Estado da Bahia que me orgulho ter feito parte e a todos os seus funcionários que se colocam todos os dias a disposição fazendo um trabalho de qualidade.

Ao Colegiado de Educação Física, por todo o trabalho realizado para proporcionar o melhor ao nosso curso, mesmo enfrentando inúmeras dificuldades.

Agradeço aos meus professores por compartilharem os seus conhecimentos ao longo dessa jornada chamada graduação:

Especialmente a Michael Ramos, meu orientador, pelos diálogos, incentivos e pela amizade. Além de ser um profissional exemplar é uma pessoa iluminada, obrigada por tudo.

Especialmente a Jorge Lopes, meu co-orientador, pela dedicação, competência, incentivos, por ser um excelente profissional e por me mostrar os caminhos para o mundo da pesquisa. Sem você esse trabalho não teria sentido, muito obrigada por tudo.

A Salomão, “Sassá”, por ter se tornado mais que um professor, um amigo. Obrigada por todos os momentos e conhecimentos para além da Educação Física.

A Laura Emmnuela, pelo incentivo desde o primeiro semestre. Exemplo de dedicação à profissão e de mulher em todos os sentidos. Você me motiva.

A Elmo, por cada aprendizado que me proporcionou. Obrigada por todo apoio nos momentos difíceis enfrentados na Universidade.

Amália Cruz, por todos os ensinamentos, conselhos, incentivos e pelos momentos vividos para além da universidade.

Osni Oliveira, pelo profissional que és, competente, determinado e exemplar. Obrigada pelos conhecimentos e conselhos acadêmicos.

A Francisco Sales e Jessica Terra Nova pelos ensinamentos e reflexões sobre assuntos que levarei para a vida.

Aos professores que passaram por minha graduação: Alexandra Amorim, Daniel Portella e Rafael Estrela vocês também contribuíram muito, obrigada.

A minha turma 2013.1, por todos os momentos vividos, sejam eles com discussão, polêmica e união. Somos os “melhorzinhos”. E aos amigos que fiz durante essa jornada na universidade e que levarei para a vida.

Aos usuários do CAPS, CAPSad e do Ministério de Restauração MAANAIM, sem a contribuição de vocês essa pesquisa não seria possível.

E a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que essa pesquisa se concretizasse, a minha sincera gratidão.

“Errar é um direito de quem quer aprender; ter humildade de recomeçar sempre que preciso, faz parte do ser íntegro e corajoso; ousar é também reconhecer os próprios limites e aceitá-los. Ninguém é obrigado a ser brilhante. Importante é perseguir o desejo de ser feliz e tornar-se um profissional responsável, respeitando, antes e acima de tudo a você mesmo e aos seus princípios”.

(Lucila Camargo)

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Análise bivariada das variáveis sociodemográficas em função da qualidade de vida dos usuários .....	19
<b>Tabela 2</b> - Análise descritiva da Qualidade de vida dos usuários participantes do estudo.....	20
<b>Tabela 3</b> - Análise descritiva dos níveis de atividade física dos usuários participantes do estudo.....	21
<b>Tabela 4</b> – Escores de qualidade vida em função dos níveis de atividade física entre os usuários de drogas .....	21

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CADS - Centro de Atenção Diária

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

HDs - Hospitais Dias

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

IPAC - Questionário Internacional de Atividade Física

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

ONU - Organização das Nações Unidas

PIBIC - Programa de Iniciação Científica

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNEB - Universidade do Estado da Bahia

## RESUMO

Este trabalho tem como objeto de estudo a qualidade de vida, o perfil sociodemográfico e o nível de atividade física de usuários de drogas. Partimos do seguinte problema: Qual a relação entre as questões sociodemográficas e os níveis de atividade física na qualidade de vida dos usuários de drogas no interior da Bahia? E de que forma os sujeitos vivenciam essas relações? O objetivo geral do trabalho foi investigar o impacto das questões sociodemográficas e os níveis de atividade física na qualidade de vida dos usuários de drogas no interior da Bahia e teve como objetivos específicos: a) avaliar a relação dos fatores sociodemográficos com a qualidade de vida dos usuários de drogas pesquisados no estudo e b) avaliar a relação dos fatores sociodemográficos com os níveis de atividade física dos usuários de drogas pesquisados no estudo. A pesquisa foi pautada sobre os pressupostos quantitativo e qualitativo. A análise quantitativa trata-se de um estudo transversal realizado com usuários de drogas de ambos os sexos em atendimento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, no Centro de Atenção Psicossocial e em Centros Privados de Reabilitação de Álcool e Drogas de cidades do interior da Bahia. A amostra foi composta por quarenta usuários de drogas. Foi utilizado os seguintes instrumentos: a) Questionário WHOQOL-bref; b) Questionário Internacional de Atividade Física e c) Questionário Sociodemográfico. Aplicou-se a estatística descritiva para apresentação dos dados. Para comparação das variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado e para comparação das médias o teste t-Student, com nível de significância  $p < 0,05$ . Na análise qualitativa a amostra foi composta por dois usuários de drogas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas em uma cidade do interior da Bahia. Foi utilizado o instrumento de entrevista semiestruturada. Para a análise de dados foi feita um exercício de aproximação com os princípios da técnica de análise de conteúdo. Obtivemos os seguintes resultados: a) Na pesquisa quantitativa identificamos que de uma forma geral a qualidade de vida dos sujeitos entrevistados de uma forma geral pode ser considerada boa; b) Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos (Muito Ativos + Ativos e Insuficientemente ativos + Sedentários) nos escores de qualidade de vida ao nível de  $p < 0,05$  e; c) Evidenciamos que há um risco sete vezes maior de usuários com  $\leq 4$  cômodos apresentar baixos escores de qualidade de vida. Na pesquisa qualitativa identificamos que: a) a discussão do consumo de substâncias psicotrópicas a partir do sexo e da idade perpassam por questões de ordem social, cultural e moral que cada sexo assume historicamente na sociedade; b) quanto mais precoce for o início do uso de drogas, principalmente o álcool, menores são as chances dos sujeitos avançarem no nível de escolaridade; c) o uso das substâncias psicoativas pode gerar consequências físicas e psíquicas na vida dos usuários, dentre elas, a diminuição na capacidade produtiva de trabalhar, a insuficiência financeira para suprir as necessidade do dia a dia e a sensação subjetiva de incapacidade laboral; d) os usuários de drogas entrevistados faz uso cruzado das substâncias psicotrópicas, prevalecendo o consumo do álcool; e) a adesão ao tratamento desses sujeitos está relacionada principalmente à questão familiar e pessoal e; f) em relação a característica do domicílio apontamos que as narrativas dos dois (2) sujeitos pesquisados apresentou uma contradição com os resultados quantitativos (o número de cômodos  $\leq 4$  se associou aos níveis baixos de qualidade de vida dos usuários), pois eles não percebem que mesmo morando em casa emprestada e/ou pequena uma sensação de baixa qualidade de vida; h) sobre as características do perfil de atividade física e qualidade de vida identificamos que o sujeito um (1) aponta que realiza atividade física e considera sua importância na sensação de bem-estar e o sujeito dois (2) aponta que não realiza atividade física atualmente, contudo aponta que quando realizava se sentia muito bem.

**Palavras-chave:** Atividade Física. Qualidade de vida. Drogas Psicotrópicas. Indicadores Sociodemográficos. Educação Física.

## ABSTRACT

This study aims to study the quality of life, sociodemographic profile and level of physical activity of drug users. We start from the following problem: What is the relationship between sociodemographic issues and levels of physical activity in the quality of life of drug users in the interior of Bahia? And how do subjects experience these relationships? The general objective of this study was to investigate the impact of sociodemographic issues and levels of physical activity on the quality of life of drug users in the interior of Bahia and had the following specific objectives: a) to evaluate the relationship of sociodemographic factors with the quality of life of drug users surveyed in the study and b) to evaluate the relationship of sociodemographic factors with the levels of physical activity of drug users surveyed in the study. The research was based on the quantitative and qualitative assumptions. The quantitative analysis is a cross-sectional study carried out with drug users of both sexes in care at the Center for Psychosocial Care Alcohol and Drugs, at the Center for Psychosocial Care and at Private Rehabilitation Centers for Alcohol and Drugs in cities in the interior of Bahia. The sample consisted of forty (40) drug users. The following instruments were used: a) WHOQOL-bref questionnaire; B) International Questionnaire of Physical Activity and c) Sociodemographic Questionnaire. Descriptive statistics were used to present the data. The chi-square test was used to compare the categorical variables and the t-Student test was used to compare the means, with significance level  $p < 0.05$ . In the quantitative analysis, the sample consisted of two (2) drug users in the Center for Psychosocial Care Alcohol and drugs in a city in the interior of Bahia. The semi-structured interview instrument was used. For the data analysis, an exercise of approximation was made with the principles of the technique of content analysis. We obtained the following results: a) In the quantitative research we identified that in a general way the quality of life of the subjects interviewed in general can be considered good; B) There were no significant differences between the groups (Very Active + Active and Insufficiently active + Sedentary) in the quality of life scores at  $p < 0.05$  and; C) We showed that there is a seven times greater risk of users with  $\leq 4$  rooms presenting low quality of life scores. In the qualitative research, we identified that: A) the discussion of the consumption of psychotropic substances based on sex and age, crosses social, cultural and moral questions that each sex historically assumes in society; B) the earlier the onset of drug use, especially alcohol, the lower the chances of subjects advancing in the level of schooling, since the low level of schooling found in the users interviewed was strongly associated with the consumption of psychotropic substances; C) the use of psychoactive substances can generate physical and psychic consequences in the life of users, among them, the decrease in the productive capacity to work; D) the users of drugs interviewed makes cross-use of psychotropic substances, prevailing alcohol consumption; E) adherence to the treatment of these subjects is mainly related to family and personal issues; F) in relation to the characteristics of the domicile we pointed out that the narratives of the two (2) subjects surveyed presented a contradiction with the quantitative results (the number of rooms  $\leq 4$  was associated to the low levels of quality of life of the users), since they do not perceive That even when living at home and / or a small home, a feeling of low quality of life; H) on the characteristics of the physical activity profile and quality of life we identified that the subject one (1) indicates that he / she performs physical activity and considers its importance in the sense of well-being and the subject two (2) indicates that it does not perform physical activity Currently, however, points out that when he performed he felt very well.

**Keywords:** Physical Activity. Quality of life. Psychotropic drugs. Sociodemographic Indicators. Physical Education.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. METODOLOGIA.....	16
2.1 Pesquisa quantitativa.....	16
2.1.1 Tipo de estudo e sujeitos .....	16
2.1.2 Critérios de inclusão e exclusão .....	16
2.1.3 Instrumentos na coleta de dados.....	16
2.1.4 Análise dos dados.....	17
2.2 Pesquisa qualitativa.....	17
2.2.1 Tipo de estudo e sujeitos .....	17
2.2.2 Instrumento de coleta de dados .....	17
2.2.3 Técnica de análise dos dados .....	18
2.3 Aspectos éticos .....	18
3. ANÁLISE DOS DADOS .....	19
3.1 Análise quantitativa-descritiva da relação entre os níveis sociodemográficos, atividade física e qualidade de vida.....	19
3.2 Análise qualitativa da relação entre os níveis sociodemográficos, atividade física e qualidade de vida dos usuários de drogas .....	23
3.2.1 Sobre a discussão do sexo e idade.....	23
3.2.2 Sobre a discussão de escolaridade.....	26
3.2.3 Sobre a discussão de renda familiar e situação laboral. ....	28
3.2.4 Sobre os tipos e tempo de uso de drogas e o tempo de tratamento .....	31
3.2.5 Sobre a característica do domicílio .....	34
3.2.6 Sobre as características do perfil de atividade física e qualidade de vida.....	36
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	39
5. REFERÊNCIAS .....	42
APÊNDICES .....	49
ANEXOS .....	56

## 1. INTRODUÇÃO

O objeto de estudo deste trabalho de conclusão de curso versa-se sobre a qualidade de vida, o perfil sociodemográfico e o nível de atividade física de usuários de drogas. O interesse em pesquisar esse tema surgiu mediante a minha participação no Programa de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), no qual foi feita uma investigação sobre a relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de usuários de drogas em atendimento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e/ou nos Centros Privados de Reabilitação de Álcool e Drogas de cidades do interior da Bahia, especificamente Capim Grosso, Irecê, Jacobina e Miguel Calmon.

A pesquisa realizada para o Programa de Iniciação Científica (PIBIC) não teve uma análise mais sistematizada do perfil sociodemográfico dos usuários de drogas entrevistados, tendo em vista que não foi o objetivo principal do trabalho. Assim, me inquietou em querer saber de qual forma as questões sociodemográficas se relacionam com o nível de atividade física e, principalmente, com a qualidade de vida dos usuários pesquisados.

Nesse sentido, este estudo transversalizou com diferentes territórios de identidade do Estado da Bahia, a saber: Capim grosso (território de identidade da Bacia do Jacuípe), Irecê (território de identidade de Irecê), Miguel Calmon e Jacobina (território de identidade do Piemonte da Diamantina)<sup>1</sup>.

Definimos neste trabalho como drogas psicotrópicas ou psicoativas, tanto as lícitas quanto as ilícitas, quaisquer substâncias capazes de desorganizar e modificar a função biológica dos organismos vivos, agindo nos mecanismos de gratificação do cérebro, provocando feitos estimulantes, euforizantes e/ou tranquilizantes. Quando a utilização dessas substâncias acontece de maneira abusiva, repetitiva e sem controle de consumo, instala-se a dependência química (CEBRID, SENAD 2011; GABATZ, et al., 2013).

O consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas se expandiu por todo o mundo proporcionando um grande problema de saúde pública. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) em dois mil e treze (2013) estima-se que aproximadamente duzentos e

---

<sup>1</sup> A divisão do estado da Bahia em Territórios de identidade está abrigada no Decreto 12.354 de 25 de agosto de 2010, que reconhece e defini a existência de vinte e sete (27) Territórios de Identidade constituídos a partir das peculiaridades de cada mesorregião, a saber: Baixo Sul, Extremo Sul, Litoral Sul, Costa do Descobrimento, Litoral Norte- Agreste Baiano, Recôncavo, Região Metropolitana de Salvador, Semi-Árido Nordeste II, Portal do Sertão, Sisal, Piemonte Norte do Itapicuru, Sertão do São Francisco, Itaparica, Irecê, Piemonte da Diamantina, Chapada Diamantina, Bacia do Jacuípe, Piemonte do Paraguaçu, Médio Sudoeste, Vale do Jiquiriçá, Vitória da Conquista, Médio Rio das Contas, Sertão Produtivo, Bacia do Rio Grande, Bacia do Rio Corrente, Bacia do Paramirim e Velho Chico.

quarenta e seis (246) milhões de pessoas ou 5% da população mundial com idade entre quinze (15) e sessenta e quatro (64) anos tenha feito uso de drogas psicotrópicas ilícitas (ONU, 2015; GABATZ, et al., 2013).

Dados do último levantamento sobre o uso de substâncias psicotrópicas no Brasil relatam que 22,8% da população brasileira já haviam feito uso de alguma substância psicoativa na vida, estando o álcool e o tabaco entre as substâncias mais consumidas. A dependência do álcool foi encontrada em mais de 12% da população brasileira acima de doze (12) anos de idade, vindo, em seguida, o tabaco com prevalência de dependência de mais de 10%. A região Nordeste do Brasil teve a maior prevalência de uso de qualquer substância psicotrópica, exceto tabaco e álcool, onde 27,6 % da população fizeram uso de alguma droga na vida. A região brasileira com menor uso de droga na vida foi a do Norte, com 14,4%. O uso de drogas ilícitas vem crescendo significativamente no país nos últimos anos (CARLINI et al., 2006).

A magnitude do problema mundial relacionado às drogas se torna visível quando se considera que um (1) em cada dez (10) usuários sofre de transtornos psiquiátricos e/ou a dependência dela. Dessa forma, a partir do momento que o consumo abusivo de drogas passou a ser interpretado como um problema social houve a criação de medidas para o enfrentamento dessa questão através da criminalização do uso e proibição de determinadas substâncias e a condução pelo viés da saúde pública a partir da criação de legislação e espaços de cuidados específicos (GABATZ, et al., 2013; LACERDA; ROJAS, 2017).

Seguindo o viés da saúde pública no âmbito da criação e intervenção das políticas públicas brasileiras, a reforma psiquiátrica propôs um processo de mudanças de legislações, teorias, políticas e práticas de assistências atreladas a projetos terapêuticos pautados na inclusão e em formas mais dignas de vida, encaminhando as pessoas em sofrimento psíquico à possibilidade de ressignificação de suas vidas no convívio social (AMARANTE, 1995).

A partir do movimento da reforma psiquiátrica, em dois mil e um (2001) foi criada a Lei Federal 10.216 que garante a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o tratamento para serviços de base comunitária. Através dessa lei, foi criada a Política de Saúde Mental que visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substituídos aos hospitais psiquiátricos, superando a lógica das internações que isola o paciente do convívio com a família e da sociedade como um todo (AMARANTE, 1995; BRASIL, 2004).

Com o surgimento da Política de Saúde Mental, surgiram importantes serviços de atendimento extra-hospitalares: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Centro de Atenção

Diária (CADs); Hospitais Dias (HDs); Centros de Convivência e Cultura; Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi,) e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) constituem a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica brasileira, pois é um serviço de atendimento de saúde mental criado especificamente para substituir as internações em hospitais psiquiátricos. Assim, o CAPS proporciona o acolhimento dos pacientes com transtornos mentais, estimulando sua integração social e familiar através do apoio em suas iniciativas de busca da autonomia e do oferecimento de atendimento à população por meio do acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços comunitários e familiares (BRASIL, 2004).

Os CAPS variam dependendo da especificidade da sua demanda: Para o atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes existem os CAPS I e II. O CAPS III foi criado para o atendimento diário e noturno de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, durante sete dias na semana. O CAPSi faz o atendimento diário de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Já o CAPSad foi criado especificamente para a população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicotrópicas, assim, possui leitos de repouso com o objetivo de tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004).

Dessa maneira, este estudo perpassou em distintos Centros de Convivência de Atendimento Psicossocial (CAPS) do Estado da Bahia, a saber: CAPS I, nas cidades de Capim Grosso (território de identidade da Bacia do Jacuípe) e Miguel Calmon (território de identidade do Piemonte da Diamantina) e CAPSad, na cidade de Jacobina (território de identidade do Piemonte da Diamantina). Ademais, este trabalho também transcorreu em um Centro privado de reabilitação de álcool e drogas, denominado de Ministério de Restauração MAANAIM localizado na cidade de Irecê (território de identidade de Irecê).

Nesse trabalho definimos qualidade de vida como sendo a compreensão do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto cultural e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas de vida, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1994).

A qualidade de vida também pode ser definida com a percepção de bem-estar resultante de um conjunto de parâmetros individuais (hereditariedade, estilo de vida, hábitos alimentares, controle do estresse, atividade física habitual, comportamento preventivo,

relacionamentos) e socioambientais (moradia, transporte, segurança, assistência médica, educação, cultura, meio ambiente) que são modificáveis. Além disso, a qualidade de vida se relaciona com os aspectos socioeconômicos de determinada população no qual configura a condição e modo de vida dos sujeitos integrantes da mesma (NAHAS, 2001; MARQUES, S/d).

Nesse trabalho definimos como saúde como: a) fenômeno, fato, atributo, função orgânico estado vital, individual ou situação social, definindo negativamente como ausência de doenças e incapacidade, ou positivamente como funcionalidades, capacidades, necessidades e demandas; b) como medida, indicadores demográficos e epidemiológicos, análogos de risco, competindo com estimadores de salubridade ou carga de doença; c) como práxis, conjunto de atos sociais de cuidado e atenção a necessidades e carências de saúde e qualidade de vida. (ALMEIDA FILHO, 2011).

Definimos nesse trabalho atividade física como toda e qualquer ação humana que incorpora a ideia de trabalho como conceito físico, havendo gastos de energia. Entretanto, é necessário considerar atividade física como uma forma secundária no processo da melhora da saúde, pois a saúde, conforme apontado acima, é um complexo de vários outros componentes que interagem e exercem influencia sobre o processo final (CARVALHO, 1995; MARQUES, S/d).

Portanto, é necessário salientar que existe uma relação complexa entre a Qualidade de vida, saúde e atividade física, visto que se expressam numa análise dos objetivos, possibilidades, condições de vida e de realização do sujeito que se adequam a prática e ao estilo de vida de forma consciente e positiva à saúde clínica, emocional e social (MARQUES, S/d).

Moreira et al. (2013) relatam que muitos fatores podem interferir na qualidade de vida dos usuários de drogas incluindo os problemas que surgem a partir do uso de substâncias psicoativas a variáveis sociodemográficas, como gênero, idade, estado civil, nível educacional e econômico.

Nesse sentido elencamos como problema de pesquisa para este trabalho: Qual a relação entre as questões sociodemográficas e os níveis de atividade física na qualidade de vida dos usuários de drogas no interior da Bahia? E de que forma os sujeitos vivenciam essas relações?

Tivemos como objetivo geral investigar o impacto das questões sociodemográficas e os níveis de atividade física na qualidade de vida dos usuários de drogas no interior da Bahia. Tivemos como objetivos específicos: Avaliar a relação dos fatores sociodemográficos com a

qualidade de vida dos usuários de drogas pesquisados no estudo; e avaliar a relação dos fatores sociodemográficos com os níveis de atividade física dos usuários de drogas pesquisados no estudo.

A importância científica deste estudo se justifica pelo pequeno número de trabalhos referente à análise da relação das questões sociodemográficas com o nível de atividade física e qualidade de vida em usuários de drogas, principalmente em cidades do interior da Bahia.

Observa-se que o uso frequente de drogas ilícitas alcançou um forte crescimento no Brasil nos últimos anos, evidenciado pelo aumento na procura da assistência médica em ambulatórios e em centros de tratamento (CARLINI et al., 2006; CHAVES et al., 2011). Esse contexto vem se estendendo ao Estado da Bahia, sobretudo nos grandes centros urbanos como as cidades de Salvador, Feira de Santana, Ilhéus e Vitória da Conquista, que por apresentarem uma população superior a 200 mil habitantes fizeram parte da amostra do I e do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI et al., 2002; CARLINI et al., 2006). Ademais este estudo torna-se necessário, pois o Relatório Brasileiro sobre drogas (SENAD, 2009) também vem apontando o aumento do consumo em cidades menores, justificando a importância dessa pesquisa.

Este trabalho torna-se fundamental no campo acadêmico-político, pois cidades de menor porte apresentam lacunas quanto à caracterização de seus usuários. É a partir dessa conjuntura que este estudo irá contribuir para o melhor entendimento de determinados fatores possivelmente associados à qualidade de vida, ao perfil sociodemográfico e aos níveis de atividade física dos usuários de drogas de algumas cidades do interior da Bahia (Capim Grosso, Jacobina, Irecê e Miguel Calmon).

Nessa perspectiva, este trabalho está estruturado em três partes.

A primeira denominada “Introdução” faz um apanhado geral sobre o uso mundial das substâncias psicoativas, a reforma psiquiátrica, o conceito de saúde, atividade física e qualidade de vida, apontamos o problema, os objetivos e a justificativa da pesquisa.

A segunda denominada de “Metodologia” apresenta o percurso metodológico, inicialmente apresentando os dispositivos quantitativos e posteriormente os qualitativos.

A terceira denominada de “Análise dos dados” apresenta os resultados através da análise quantitativa-descritiva da relação entre os níveis sociodemográficos, atividade física e qualidade de vida e a análise qualitativa da relação entre os níveis sociodemográficos, atividade física e qualidade de vida dos sujeitos entrevistados.

Por fim, a quarta parte denominada de “considerações finais” aponta de maneira sintética os resultados da pesquisa.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1 Pesquisa quantitativa**

#### **2.1.1 Tipo de estudo e sujeitos**

Trata-se de um estudo transversal realizado com usuários de drogas de ambos os sexos em atendimento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e em Centros Privados de Reabilitação de Álcool e Drogas de cidades do interior da Bahia.

Foram realizadas entrevistas com os usuários nas cidades de Capim Grosso - BA, Irecê - BA, Jacobina – BA e Miguel Calmon- BA. A amostra foi composta por quarenta (40) usuários de drogas.

#### **2.1.2 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram inclusos neste estudo indivíduos a partir de dezoito anos de idade que aceitaram participar da pesquisa e que estivesse em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e/ou em Centros Privados de Reabilitação de Álcool e Drogas nas cidades de Capim Grosso - BA, Irecê - BA, Jacobina – BA e Miguel Calmon- BA.

Foram excluídos do estudo os sujeitos que mesmo consentindo a participação apresentaram condições ou comportamentos inadequados para a pesquisa, como perturbação sensorial e/ou agressividade para com os pesquisadores.

#### **2.1.3 Instrumentos na coleta de dados**

Os seguintes instrumentos foram aplicados para coleta dos dados: a) Questionário WHOQOL–bref (Anexo A), adaptado no Brasil por Chachamovic, Trentini e Fleck (2006), para analisar a qualidade de vida dos indivíduos; b) Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) (Anexo B) com a validade testada no Brasil por Matsudo et al. (2001), para verificar os níveis de atividade física dos voluntários e; c) questionário sociodemográfico (Apêndice A) construído especificamente para a pesquisa contendo interrogativas acerca da renda familiar, escolaridade, sexo, estado civil, dentre outras variáveis.

### **2.1.4 Análise dos dados**

Aplicou-se a estatística descritiva para apresentação dos dados. Para comparação das variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado e para comparação das médias o teste t-Student, com nível de significância  $p < 0,05$ . Para verificar as possíveis associações entre as variáveis aqui consideradas, foi utilizado o cálculo da razão de chances (odds ratio), com intervalo de confiança de noventa e cinco por cento (95%), tendo a qualidade de vida dicotomizada em altos escores de qualidade de vida (escore total  $\geq 60$ ) e em baixos escores de qualidade de vida (escore total  $< 60$ ) como variável dependente e variáveis sociodemográficas como variáveis independentes.

Já para a análise de associação das médias dos escores de qualidade de vida e níveis de atividade física por meio do teste t, consideraram-se os níveis de atividade física dicotomizados (Muito Ativos + Ativos e Insuficientemente Ativo A + Insuficientemente Ativo B + Sedentário) como variável dependente e os escores de qualidade de vida como variáveis independentes do estudo.

## **2.2 Pesquisa qualitativa**

### **2.2.1 Tipo de estudo e sujeitos**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que prioriza a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema a que pretende investigar (MINAYO, 2015). Foram realizadas entrevistas semiestruturada com dois (2) usuários de drogas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) na cidade de Jacobina-Bahia.

### **2.2.2 Instrumento de coleta de dados**

Foi utilizada para a coleta dos dados a entrevista semiestruturada (Apêndice B).

Na entrevista semiestruturada o entrevistador fica a vontade para progredir com qualquer situação a diferentes destinos que julgar necessário, analisando de forma mais ampliada uma dada questão (LAKATOS; MARCONI, 2003).

### 2.2.3 Técnica de análise dos dados

Utilizamos a análise de conteúdo para a análise dos dados.

A análise de conteúdo busca a compreensão dos significados no contexto da fala a partir de sua interpretação mais aprofundada, não como critério de objetividade e cientificidade (MINAYO, 2015 *apud* MINAYO, 2006, p. 84).

A análise de conteúdo se caracteriza de acordo com um conjunto de quatro (4) técnicas: 1) análise representacional que mede as atitudes do locutor quanto aos objetos de que fala considerando a linguagem como uma forma de representação de quem a utiliza; 2) análise de expressão que indica correspondência entre o tipo de discurso e as características do locutor e de seu meio; 3) análise de enunciação que considera a comunicação como um processo e não como um dado estatístico e 4) análise temática no qual o conceito central é o tema (BARDIN, 1979 *apud* MINAYO, 2006, p. 85).

A análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõe a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo escolhido ((BARDIN, 1979 *apud* MINAYO, 2006, p. 87).

Estamos realizando um exercício de aproximação com os princípios da técnica de análise de conteúdo, especificamente com a análise temática.

### 2.3 Aspectos éticos

O estudo seguiu todos os preceitos da ética aplicada a pesquisa em seres humanos, contida na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS,466/12), sendo submetido ao comitê de ética em pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, via Plataforma Brasil e aprovado com número CAEE 44062415.0.0000.0057.

Todos os participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) para a pesquisa quantitativa e outro TCLE (Apêndice D) para a pesquisa qualitativa.

### 3. ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente abordaremos os resultados da pesquisa quantitativa referente aos dados coletados, analisados e discutidos do WHOQOL–bref (Anexo A), do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) (Anexo B) e questionário sociodemográfico (Apêndice A). Posteriormente será relatado à análise e discussão dos dados qualitativos da Entrevista semiestruturada (Apêndice B).

#### 3.1 Análise quantitativa-descritiva da relação entre os níveis sociodemográficos, atividade física e qualidade de vida

A amostra final total do estudo foi de quarenta (40) usuários de drogas. Desse total, trinta e nove (39) são do sexo masculino e um (1) do sexo feminino. Eles apresentaram uma idade média de 40,35 (12,05DP) anos e o tempo médio que tais indivíduos fazem ou fizeram uso de drogas é de 19,41 (10,14DP) anos. Observou-se que o tipo de droga mais utilizada pelos usuários foi o álcool (44,15%), a maconha (15,58%), o cigarro (9,09%), a cocaína (7,79%), o crack (5,19%), a cola (2,59%) e fármacos (1,29%).

A tabela um (1) evidencia a análise bivariada das variáveis sociodemográficas em função da qualidade de vida dicotomizada dos usuários. Dentre as variáveis sociodemográficas investigadas, apenas o número de cômodos esteve associado à qualidade de vida. Já que se observou um risco sete (7) vezes superior de usuários com residências que apresentam  $\leq 4$  cômodos apresentar baixos escores de qualidade de vida quando comparados a usuários com residências que apresentam  $> 4$  cômodos.

**Tabela 1** – Análise bivariada das variáveis sociodemográficas em função da qualidade de vida dos usuários

Variável	Altos escores de Qualidade de vida ( $\geq 60$ )	Baixos escores de Qualidade de vida ( $< 60$ )	p-valor	OR (IC: 95%)
<b>Renda familiar</b>				
$\leq 1$ salário mínimo	10 (45,5)	12 (54,5)	0,18	2,40 (0,66-8,72)
2 salários mínimos	12 (66,7)	06 (33,3)		
<b>Escolaridade</b>				
Baixa escolaridade	17 (56,7)	13 (43,3)	0,71	0,76 (0,18-3,21)
Alta escolaridade	05 (50,0)	05 (50,0)		
<b>Escolaridade do</b>				

<b>pai</b>	15 (53,6)	13 (46,4)	0,78	1,21 (0,30-4,76)
Baixa escolaridade	07 (58,3)	05 (41,7)		
Alta escolaridade				
<b>Escolaridade da mãe</b>	12 (48,0)	13 (52,0)	0,25	2,16 (0,57-8,19)
Baixa escolaridade	10 (66,7)	05 (33,3)		
Alta escolaridade				
<b>Situação laboral</b>				
Trabalha	05 (62,5)	03 (37,5)	0,63	1,47 (0,30-7,21)
Não trabalha	17 (53,1)	15 (46,9)		
<b>Número de filhos</b>				
Nenhum	07 (46,7)	08 (53,3)	0,58	—
Até 2 filhos	07 (53,8)	06 (46,2)		
Mais que 2 filhos	08 (66,7)	04 (33,3)		
<b>Possui doença</b>				
Sim	02 (33,3)	04 (66,7)	0,26	2,85 (0,45-17,80)
Não	20 (58,8)	14 (41,2)		
<b>Possui outro usuário na família</b>				
Sim	15 (57,7)	11 (42,3)	0,64	0,73 (0,20-2,70)
Não	07 (50,0)	07 (50,0)		
<b>Tempo de tratamento</b>				
Pouco	18 (62,1)	11 (37,9)	0,15	0,34 (0,08-1,47)
Muito	04 (36,4)	07 (63,6)		
<b>Número de cômodos no domicílio</b>				
≤4 cômodos	04 (26,7)	11 (73,3)	0,008	7,07 (1,67-29,82)
>4 cômodos	18 (72,0)	07 (28,0)		
<b>Número de residentes no domicílio</b>				
<4 residentes	17 (58,6)	12 (41,4)	0,45	0,58 (0,14-2,38)
≥4 residentes	05 (45,5)	06 (54,5)		

A tabela dois (2) apresenta as médias, desvios-padrão, número mínimo e máximo dos escores de qualidade de vida por cada domínio do WHOLQOL Brief. Observou-se a média dos escores não ultrapassou sessenta e cinco (65), no qual a maior média foi encontrada no Domínio Psicológico ( $65,73 \pm 13,52$ ) e a menor média no Domínio Ambiental ( $54,70 \pm 15,08$ ).

**Tabela 2** - Análise descritiva da Qualidade de vida dos usuários participantes do estudo

Escores de Qualidade de Vida	Média	Desvio-Padrão	Número mínimo	Número Máximo
Domínio Físico	60,09	14,47	25,00	92,90

Domínio Psicológico	65,73	13,52	33,3	91,7
Domínio Social	60,41	11,74	33,3	83,3
Domínio Ambiental	54,70	15,08	18,8	87,5
Geral	60,13	9,50	37,0	75,3

A tabela três (3) apresenta as frequências relativas e absolutas dos níveis de atividade física dos usuários investigados no estudo. A maioria dos sujeitos foi classificada como Ativos (26,2%) e também como Insuficientemente Ativos B (26,2%).

**Tabela 3** - Análise descritiva dos níveis de atividade física dos usuários participantes do estudo

<b>Níveis de Atividade Física</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muito Ativos	06	14,3
Ativos	11	26,2
Insuficientemente Ativos A	10	23,8
Insuficientemente Ativos B	11	26,2
Sedentários	02	4,8

A tabela quatro (4) evidencia a comparação das médias dos escores de qualidade de vida de cada domínio do WHOQOL Brief em função dos níveis de atividade física categorizados dos usuários de drogas. Apesar das maiores médias nos Domínios de qualidade de vida terem sido observadas no grupo de Muito Ativos + Ativos quando comparado ao grupo de Insuficientemente Ativos + Sedentários, não foram encontradas diferenças significativas ao nível de  $p < 0,05$ .

**Tabela 4** – Escores de qualidade vida em função dos níveis de atividade física entre os usuários de drogas

<b>Escores de Qualidade de Vida</b>	<b>Muito Ativos+Ativos</b>	<b>Insuficientemente ativos+Sedentários</b>	<b>t</b>	<b>p-valor</b>
Domínio Físico	63,88 (14,06)	57,28 (14,42)	-1,44	0,15
Domínio Psicológico	69,37 (12,49)	63,04 (13,90)	-1,48	0,14
Domínio Social	60,77 (14,65)	60,13 (9,38)	-1,48	0,86
Domínio Ambiental	56,62 (13,01)	53,27 (16,60)	-0,16	0,50
Geral	62,42 (8,97)	58,43 (9,72)	-1,32	0,19

Em relação à análise da qualidade de vida dos usuários, os resultados apontam que a média dos escores não ultrapassou sessenta e cinco (65) e que os escores mais baixos foram

encontrados no Domínio Ambiental ( $54,70 \pm 15,08$ ), enquanto que os escores mais altos foram encontrados no Domínio Psicológico ( $65,73 \pm 13,52$ ) - (tabela 2).

Estes resultados são consonante ao estudo de Silveira et. al (2013), no qual a média dos escores também não ultrapassou sessenta e cinco (65). Entretanto, ao contrário do nosso estudo, o domínio ambiental foi o que obteve a maior média ( $65,5 \pm 12,2$ ), enquanto a menor média foi encontrada no domínio psicológico ( $58,9 \pm 11,5$ ).

De acordo com os resultados da pesquisa, o Domínio Psicológico apresentou o maior escore ( $65,73 \pm 13,52$ ) entre os demais domínios. Tendo em vista que o Domínio Psicológico pode ser entendido quanto aos aspectos da autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; pensar, aprender, memória e concentração; espiritualidade, religião e crenças pessoais (THE WHOQOL GROUP, 1994), é possível inferir que a maioria dos participantes deste estudo estão satisfeitos com sua espiritualidade, seus corpos e conseguem lidar com problemas pessoais de forma positiva.

A satisfação dos usuários de drogas e álcool com sua espiritualidade e religião, foi um aspecto evidenciado na pesquisa feita por Manning et. al (2012) com setecentos (700) pacientes ambulatoriais em tratamento de álcool, drogas e distúrbios de jogo.

Os resultados desta pesquisa apontam que o Domínio Ambiental apresentou o menor escore ( $54,70 \pm 15,08$ ) do que os outros domínios. O Domínio Ambiental se refere aos recursos financeiros; ambiente no lar; cuidados de saúde e sociais – disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação e lazer e; ambiente físico (THE WHOQOL GROUP, 1994).

Dentre as variáveis sociodemográficas deste estudo, o número de cômodos  $\leq 4$  se associou aos níveis baixos de qualidade de vida dos usuários. O que pode envolver características relativas ao Domínio Ambiental, visto que a menor média dos escores foi encontrada nesse domínio ( $54,70 \pm 15,08$ ), e condições de domicílio são características de cunho ambiental.

Esses apontamentos são comprovados nos achados da pesquisa feita por Manning et. al (2012), no qual relatam que além da gravidade do vício com as drogas, as características sociodemográficas são um fator importante na determinação da qualidade de vida de usuários.

Bem como no estudo de Manzatto et. al (2011), sobre o consumo de álcool e qualidade de vida em estudantes universitários, no qual relatam que o Domínio Ambiental tem grande importância na percepção de qualidade de vida do indivíduo, pois os resultados positivos deste domínio pode confirmar uma boa qualidade de vida.

Em relação à avaliação dos níveis de atividade física, os resultados apontam que a maioria dos participantes deste estudo foi classificada como Ativos (26,2%) e Insuficientemente Ativos B (26,2%) - (tabela 3), entretanto, não foram encontradas diferenças ao nível de  $p < 0,05$  nas médias dos domínios de qualidade de vida – (tabela 4).

Diante desses dados é possível inferir que, de uma forma geral, os usuários de drogas investigados no estudo têm uma qualidade de vida considerada boa. Todavia, além dos efeitos deletérios imediatos e tardios que o consumo de substâncias psicotrópicas provoca na saúde dos usuários, a exposição a essas drogas torna-se um fator de forte influência para adquirir comportamentos de riscos à saúde, que se relacionam diretamente com a qualidade de vida (BEZERRA et. al, 2015).

### **3.2 Análise qualitativa da relação entre os níveis sociodemográficos, atividade física e qualidade de vida dos usuários de drogas**

#### **3.2.1 Sobre a discussão do sexo e idade**

Os resultados obtidos no questionário sociodemográfico (Apêndice A) sobre a questão do sexo e idade mostraram que entre os quarenta (40) usuários entrevistados, trinta e nove (39) são do sexo masculino e um (1) do sexo feminino.

O predomínio do sexo masculino em usuários de drogas encontrado no nosso estudo é semelhante aos dados da maioria das pesquisas brasileiras sobre essa temática, como apontam os estudos de Almeida et al. (2014) e Andolfatto et al. (2016) em que há a maioria dos usuários de drogas foram do sexo masculino, com a respectiva proporção de 86,68% e 89,9%.

Essas informações são consonantes com os dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil<sup>2</sup> (CARLINI et al., 2006), no qual relata que o gênero masculino apresenta maior uso na vida e maior dependência de álcool do que o gênero feminino, em todas as faixas etárias.

Embora esteja nítido na literatura que a prevalência do uso de drogas é do sexo masculino, articular os aspectos do sexo com a utilização de substâncias psicotrópicas não é algo simples, pois além de uma abordagem biológica entre os sexos é necessário abranger a discussão através das relações sociais existentes entre ambos.

---

<sup>2</sup> Em 2016, foi finalizado o III Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, entretanto, os resultados do processamento e análise dos dados ainda não foram divulgados até o momento de apresentação desse trabalho.

Nesse sentido, compreendemos que a reflexão sobre o consumo de drogas perpassa também pela discussão de gênero e não somente do sexo. Sendo assim, o gênero dos indivíduos é um elemento constitutivo das relações sociais e históricas a partir das diferentes concepções entre ambos os sexos, não sobre uma perspectiva biológica, mas sobre percepções que explicam as persistentes desigualdades existentes entre mulheres e homens (SCOTT, 1995).

Ou seja, refletir sobre o consumo de drogas entre homens e mulheres, perpassa por uma compreensão dos papéis sociais que cada sexo assume historicamente na sociedade.

Dessa forma, segue abaixo excertos dos indivíduos pesquisados em que apontam suas compreensões sobre a prevalência de homens no consumo de drogas.

“Eu acho... é o seguinte... porque tem mais homem porque... os homens tem mais... dá mais trabalho de bebida, de droga, e mulher não, mulher se cuida mais” (SUJEITO 1, ENTREVISTA, 2017).

“Porque os homens não tem muito preconceito já a mulher fica com medo de se expor, acha que aqui todo mundo é doido, todo mundo é drogado” (SUJEITO 2, ENTREVISTA, 2017).

Identificamos através da análise das entrevistas que a explicação sobre a prevalência masculina em relação à feminina está articulada aos pressupostos da função social da mulher na sociedade, ora compreendida como um sujeito mais cuidadoso, que se previne, ora como um sujeito mais velado pelas regras sociais.

Essas informações corroboram com os dados da pesquisa de Bolzan e Bellini (2015), no qual apontam as diferentes concepções sociais sobre a utilização de drogas entre ambos os sexos, as autoras relatam que o consumo de drogas feito pelo sexo masculino se torna mais naturalizado, permitindo, portanto maior exposição na sociedade. As autoras apresentam ainda que o consumo das substâncias psicotrópicas feito pelo sexo feminino torna-se mais camuflado, atravessado por marcadores sociais da diferença que estão envolvidos de questões de caráter subjetivos e sociais permeadas por uma cultura estigmatizada e por uma conduta considerada social e moralmente desviante.

Sendo assim, percebemos nas narrativas dos sujeitos entrevistados a tendência em explicar a diferença de consumo de drogas entre os sexos a partir da “naturalização” e da “camuflagem”.

Sobre a percepção dos motivos que levam os homens e mulheres a se relacionarem com as drogas, os sujeitos entrevistados apontaram que

“Eu acho que sim, porque tinha duas que bebia (sic) pelo mesmo motivo”.  
 “Eu acho...é... eu acho muito... algumas bebem porque não tem ocupação... vem pra cá ai bebe. Os homens bebem pra se refugir (sic) da solidão, dos desentendimento com a família, desentende muito da família ai resolve beber”. (SUJEITO 1, ENTREVISTA, 2017).

“As vezes é incentivado pelo próprio parceiro né!, então eu acho isso!”  
 “Problemas familiares... normalmente é para esquecer os problemas e também as vezes por separação...”. (o homem). Não... eu acho que a mulher bebe mais porque gosta de farra... (mulher). Se beber moderadamente é tranquilo... agora não pode exagerar... passar por determinadas situações... se expor né... (mulher). Os homens são mais exagerados... ultrapassam o limite... e fica as quedas e a mulher é mais um pouco difícil de ficar assim” (SUJEITO 2, ENTREVISTA, 2017).

Podemos compreender a partir das narrativas acima que os sujeitos apontam diferentes motivos que levam ao contato com as drogas, desde um momento de fuga da realidade até a tentativa de solução de problemas familiares.

Esses argumentos foram também descritos nos achados da pesquisa realizada por Crives e Dimenstein (2003) no qual relatam que “a fuga dos problemas” foi o principal motivo que induzem as pessoas fazerem uso de drogas. Assim, apontam também que essa motivação está relacionada na maioria das vezes com modificações na vida das pessoas através de sofrimentos que se manifestam na sociedade, sejam eles individuais ou coletivos, no mercado de trabalho e nos relacionamentos sociais e/ou familiar.

Em relação a idade identificamos no questionário (Apêndice A) que a média dos usuários eram de 40,35 (12,05DP) anos. Os sujeitos (1 e 2) selecionados para as entrevistas (Apêndice B) afirmaram possuir respectivamente cinquenta e três (53) e quarenta e sete (47) anos. Dessa forma, identificamos que os sujeitos entrevistados apresentaram uma idade superior a média identificada em nosso estudo quantitativo.

O predomínio de usuários de drogas jovens e de meia idade encontrado em nosso estudo assemelha-se aos dados encontrados na literatura, como nas pesquisas realizadas por Mastroianni et al. (2016), no qual 41% dos sujeitos entrevistados relataram ter idade igual ou superior a trinta e cinco (35) anos, Peixoto et al. (2010) no qual os usuários apresentaram uma idade média de 35,2 (13,7DP) anos e Santos, Carvalho e Miranda (2014) no qual a faixa etária dos indivíduos entrevistados ficou em torno de dezoito (18) a quarenta e um (41) anos.

Portanto, identificamos a partir do nosso estudo e da articulação com outras pesquisas e referenciais teóricos que a discussão do consumo de drogas a partir do sexo e idade dos usuários perpassa por questões de ordem social, cultural e moral. Percebemos ainda pouca

produção científica que faça uma articulação mais aprofundada entre o sexo, a idade e o consumo de drogas.

### 3.2.2 Sobre a discussão de escolaridade

Sobre a trajetória de vida na escola, escolaridade da família (pais, mãe, filhos, etc.) e o contato com as substâncias psicoativas durante o período escolar os sujeitos abordaram que

“Da escola eu estudei até a oitava série, no Deocleciano”.

“Na escola eu bebia álcool... eu tomava cachaça depois da escola e no intervalo também, às vezes saía pra tomar uma (sic)” (SUJEITO 1, ENTREVISTA, 2017).

“Eu parei na oitava série... eu estudei só em Fortaleza”.

“Minha mãe estudou só até a sexta série... meu pai eu não sei o grau de escolaridade dele porque eu não tive muita convivência com ele... conheci ele com dezenove anos”.

“Tive contato com as drogas na escola. Nas amizades... às vezes os amigos chamavam... às vezes matava (sic) um dia de aula pra tomar cachaça, cerveja... foi um dos meus primeiros contatos com o álcool” (SUJEITO 2, ENTREVISTA, 2017).

Podemos compreender a partir das narrativas acima que os sujeitos apontam que os primeiros contatos com as drogas, principalmente o álcool, ocorreu no ambiente escolar sobre forte influência de amizades, visto que em alguns momentos deixavam de frequentar as aulas para ir consumir bebidas alcoólicas junto com os amigos.

Essas informações condizem com os achados da pesquisa realizada por Prata e Santos (2006) sobre os motivos e os responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes com as drogas na escola. Os autores relatam que a curiosidade foi o motivo principal apontado para o uso de drogas pela primeira vez e que os responsáveis pelo início do consumo dessas substâncias pelos adolescentes foram os amigos, corroborando com os dados encontrados em nossa entrevista.

Na pesquisa de Paini, Casteletto e Fonseca (2010), 90% dos alunos entrevistados consideraram já ter usado ou experimentado drogas, sendo que 37% dos estudantes afirmaram ter usado as substâncias psicoativas pela primeira vez na escola, os outros 33% utilizaram essas substâncias junto com os amigos de festa, que segundo os autores, muitas vezes esses amigos são os próprios colegas da escola.

Identificamos também essa relação do consumo de drogas e o espaço escolar no público feminino através do estudo produzido por Marangoni e Oliveira (2013) com doze (12) mulheres usuárias de drogas que relataram a inserção no consumo das substâncias psicotrópicas na adolescência, entre os doze (12) e quinze (15) anos de idade sobre influência dos amigos que conheceram “na rua” e no ambiente escolar.

Conforme apontado nos excertos das entrevistas, os sujeitos entrevistados conviveram com a droga no espaço escolar na adolescência. Dessa forma, compreendemos que a adolescência é uma fase que acontece a experimentação de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas. Mesmo que esse uso na maioria das vezes aconteça de forma experimental, é possível perceber padrões que refletem comportamentos observados na vida adulta podendo ser indicativos da necessidade de estabelecer medidas de prevenção nessa etapa do desenvolvimento humano (TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2001).

Outro fator importante apontado pelos sujeitos do estudo de acordo com as narrativas acima diz respeito a não conclusão do ensino fundamental II (6<sup>a</sup> ao 9<sup>a</sup> ano), tanto por eles quanto por seus pais.

Em relação ao total de sujeitos que participaram do estudo (40), do questionário sociodemográfico (Apêndice A), identificamos que dezesseis (16) possuem o ensino fundamental incompleto, doze (12) o ensino fundamental completo, cinco (5) o ensino médio incompleto, um (1) o ensino médio completo, um (1) ensino superior incompleto, dois (2) ensino superior completo e três (3) usuários relataram não ter nenhum tipo de instrução.

Em relação ao nível de escolaridade dos pais dos sujeitos entrevistados identificamos que vinte e um (21) não tinham nenhum grau de instrução, sete (7) possuíam o ensino fundamental incompleto, dez (10) o ensino fundamental completo e dois (2) o ensino médio incompleto.

Referente ao nível de escolaridade das mães identificamos que dezesseis (16) não tinham nenhum grau de instrução, dez (10) possuem o ensino fundamental incompleto, nove (9) o ensino fundamental completo, dois (2) o ensino médio incompleto, dois (2) o ensino médio completo e um (1) o superior incompleto.

Essa questão corrobora com os dados do último levantamento sobre o uso de substâncias psicotrópicas no Brasil, visto que o grau de escolaridade dos entrevistados no estudo pertencia ao patamar de não letrados ou não tinham completados o primeiro grau, estando em torno de 28,3% (CARLINI et al., 2006).

Compreendemos que nossos resultados apresentam singularidades com os dados da pesquisa do IBGE (2011) em que foi apontado que a média de escolaridade do brasileiro é de 7.2 anos de estudo, apresentando o menor número entre os países da América do Sul.

A predominância do baixo grau de escolaridade dos sujeitos investigados no nosso estudo está em concordância com os achados da pesquisa de Santos, Carvalho e Miranda (2014), no qual 51% dos indivíduos pesquisados possuíam o ensino fundamental incompleto e nos achados do estudo de Capistrano et al. (2013), no qual 67,3% dos indivíduos entrevistados estudaram até o ensino fundamental.

A baixa escolaridade normalmente observada entre os usuários de drogas pode estar relacionada com o uso precoce dessas substâncias, proporcionando um possível abandono da escola. Em contrapartida, o próprio abandono da escola facilita a adesão ao comportamento de uso das substâncias psicoativas. A baixa escolaridade entre os usuários de drogas pode estar também associada ao desenvolvimento da dependência química (GARCIA et al., 2012; CAPISTRANO et al., 2013).

Nesse sentido, compreendemos que quanto mais precoce for o início do uso de drogas, principalmente o álcool, menores são as chances dos sujeitos avançarem no nível de escolaridade, visto que baixo nível de escolaridade encontrado nos usuários entrevistados esteve fortemente associado com o consumo das substâncias psicotrópicas, seja no questionário sociodemográfico (Apêndice A) ou na entrevista semiestruturada (Apêndice B).

### **3.2.3 Sobre a discussão de renda familiar e situação laboral.**

Sobre a questão de renda familiar e situação laboral os indivíduos pesquisados apontaram que

“Já trabalhei, já trabalhei em uma fábrica de rosa, não é aqui não, é em Minas e trabalhei também no morro velho, trabalhei em outras firmas lá em Minas”.

“Hoje eu já sou encostado (sic), tenho a pensão de encostado (sic). Recebo só um salário mínimo por mês, não tenho dinheiro suficiente” (SUJEITO 1, ENTREVISTA, 2017).

“Já trabalhei... trabalhei de vendedor de móveis, colchão... trabalhei com uma série de material... de limpeza... hoje eu faço “artezanato (sic)”.

“não tenho dinheiro suficiente... me sinto deprimido” (SUJEITO 2, ENTREVISTA, 2017).

Podemos identificar a partir das narrativas acima que os sujeitos relatam fatores importantes sobre a situação laboral e a renda familiar. Identificamos que a situação laboral sempre apareceu como um fato passado, pois atualmente nenhum dos dois sujeitos entrevistados encontram-se trabalhando. Sobre a percepção da renda financeira, os sujeitos apontaram que não possuem dinheiro suficiente para suprir as necessidades do dia a dia. Assim, ao discutir a questão econômica e situação laboral de usuários de drogas é necessário ressaltar a questão do desemprego, estando bem documentada na literatura.

Sobre a situação laboral, uma pesquisa sobre o perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa-PB, 44,19% dos indivíduos entrevistados trabalhavam, enquanto que 55,81% não desempenhavam nenhum tipo de atividade profissional. Destes, 4,96% recebiam algum benefício social e 2,84% apenas estudavam culminado com uma frequência de 48,01% de usuários sem nenhuma ocupação ou renda (ALMEIDA et al., 2014).

No estudo desenvolvido com dependentes químicos na região metropolitana de Curitiba-PR, 45,4% do total de usuários estavam desempregados e 36,8% estavam com a carteira assinada. Porém não significa que todos os que estavam com a carteira assinada encontravam-se trabalhando, visto que 31,3% deste total estavam afastados de seu trabalho recebendo benefício do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (OLIVEIRA, 2012).

Os resultados obtidos no questionário sociodemográfico (Apêndice A) sobre a questão da situação laboral e renda familiar mostraram que dos quarenta (40) sujeitos entrevistados somente oito (8) trabalhavam enquanto que os outros trinta e dois (32) não desempenhavam nenhum tipo de atividade. Vinte e dois (22) recebiam menos de um (1) salário mínimo, treze (13) até um (1) salário mínimo e dois (2) até dois (2) salários mínimos.

Segundo Reis, Uchima e Oliveira (2013), o baixo nível de renda familiar se associa ao uso de drogas de abuso e a altos indicadores comunitários de violência, no qual torna os moradores vulneráveis aos problemas originários do consumo e da comercialização de drogas de abuso nas comunidades.

Sobre a situação do rendimento nominal mensal domiciliar per capita da população residente, segundo as unidades de federação em 2016 apontam que no Brasil a renda per capita é R\$ 1.226, o Distrito Federal apresentou a maior renda (R\$2.351) e o Maranhão a menor (R\$ 575). Já o estado da Bahia possui a renda per capita de R\$ 773 (IBGE, 2016). Dessa forma, a média da renda familiar dos sujeitos de nossa pesquisa apresenta uma consonância com a média da renda familiar dos dados do Estado da Bahia e do Maranhão.

Diante dessas informações é possível inferir duas questões: a) percebemos que há um grande número de sujeitos desempregados e/ou afastados pelo INSS devido ao consumo de

substâncias psicotrópicas e; b) a baixa média de remuneração da renda familiar dos sujeitos entrevistados pode ser explicada devido a esse grande número de sujeitos desempregados e/ou afastados pelo INSS.

Dentre as doenças que podem causar incapacidade laboral, o Instituto Nacional de Seguro Social reconhece a Síndrome da Dependência Química, devido ao fato de considerar o uso das substâncias psicotrópicas como causadora de problemas físicos e psíquicos que incapacita o sujeito ao trabalho, porém, é um benefício de caráter temporário (OLIVEIRA, 2012).

Nesse sentido, o consumo diário de substâncias psicoativas pode ter contribuído para o afastamento do mercado de trabalho de usuários de drogas, visto que a partir do momento que o dependente químico passa a maior parte do tempo na obtenção e/ou na utilização dessas substâncias, ele abandona ou desconsidera as responsabilidades diárias (CAPISTRANO et al., 2013).

Sobre a percepção da capacidade de trabalhar, a importância do trabalho na vida e a interferência do uso da droga com a relação ao trabalho os sujeitos apontaram que

“Sofri um acidente de moto, fiquei com sequela eu não tou apto para trabalhar” (SUJEITO 1, ENTREVISTA, 2017).

“Eu tenho capacidade de trabalhar... só que as pessoas não estão dando mais oportunidade por causa do alcoolismo... a idade também... já tá em uma certa idade avançada... as pessoas não dão mais oportunidade”.

“Seria tudo, porque talvez seria um modo de eu me sair do alcoolismo e voltar a ser o que eu era”.

“Interfere porque a pessoa fica desacreditada... então às vezes a pessoa tem vontade de mudar mais as pessoas não dão oportunidade” (SUJEITO 2, ENTREVISTA, 2017).

Através da análise das entrevistas acima podemos compreender que, especificamente, o sujeito dois (2) aponta alguns elementos importantes sobre a relação das drogas e mercado de trabalho, desde a percepção subjetiva que o trabalho serviria como um meio de se livrar da utilização das substâncias psicoativas até a dificuldade de conseguir emprego devido aos preconceitos envolto do uso dessas substâncias, mesmo o usuário possuindo a capacidade de trabalhar.

Em relação aos dados quantitativos, identificamos no Questionário WHOQOL–bref (Anexo A) o nível de satisfação da capacidade de trabalhar dos quarenta (40) sujeitos entrevistados, a saber: cinco (5) apontaram estar “insatisfeito”, cinco (5) “nem satisfeito e nem insatisfeito”, vinte e quatro (24) “satisfeito” e seis (6) “muito satisfeito”. Sobre a

percepção de ter dinheiro suficiente para atender as necessidades diárias quatorze (14) usuários relataram que “não tem”, oito (8) “têm um pouco”, quatorze (14) “mais ou menos” e quatro (4) disseram “ter bastante”.

Corroborando com o estudo de Possa e Durman (2007), foi ressaltado entre os usuários de substâncias psicotrópicas entrevistados que o trabalho significaria uma forma de se sentirem cidadãos produtivos, favorecendo a inclusão dos mesmos na sociedade. Todavia, ao longo dos séculos o usuário de drogas estabeleceu um parentesco com as culpas morais e sociais que permanece nas representações sociais, contribuindo para o processo de estigmatização.

Assim, os estigmas sociais que estão em volta do usuário de drogas proporciona uma maior dificuldade de reintegração social desses indivíduos na sociedade, principalmente quando relacionado à inclusão no mercado de trabalho. Os usuários de drogas sofrem as consequências negativas por serem rotulados e estereotipados como indivíduos improdutivos e indesejáveis na sociedade, o que lhes proporciona um posicionamento menor na hierarquia social interferindo, negativamente, na sua vida como cidadão (BARD et al., 2016).

Nesse sentido, percebe-se que o uso das substâncias psicoativas pode gerar consequências físicas e psíquicas na vida dos usuários, dentre elas, a diminuição na capacidade produtiva de trabalhar, a insuficiência financeira para suprir as necessidades do dia a dia e a sensação subjetiva de incapacidade laboral. Ademais, podemos identificar que a discussão do consumo de drogas e mercado de trabalho perpassa também por questões de caráter social, cultural e principalmente moral.

### **3.2.4 Sobre os tipos e tempo de uso de drogas e o tempo de tratamento**

Sobre os tipos e o tempo de drogas que consomem ou já consumiram os indivíduos relataram que

“Maconha, cigarro eu fumei um ano, quando eu fumava maconha eu fumava cigarro...o álcool tb”.

“A muito tempo” (SUJEITO 1, ENTREVISTA, 2017).

“Maconha, cocaína e álcool”

“Eu usei a maconha só na adolescência mesmo... o álcool eu uso desde os dezesseis anos... tenho 47 anos” (SUJEITO 2, ENTREVISTA, 2017).

Podemos compreender a partir das narrativas acima que os sujeitos fazem e/ou fizeram uso de mais de uma substância psicoativa ao longo da vida, prevalecendo o uso do álcool. Nesse sentido, a utilização do álcool como substância de maior utilização pelos usuários não se distânciava das informações adquiridas na nossa pesquisa quantitativa e dos dados encontrados na literatura.

Os resultados obtidos no questionário sociodemográfico (Apêndice A) sobre o tipo de droga mais consumida pelo usuário mostrou que o álcool (44,15%) foi a substância mais utilizada, seguido da maconha (15,58%), do cigarro (9,09%), da cocaína (7,79%), do crack (5,19%), da cola (2,59%) e de fármacos (1,29%). O tempo médio que os usuários fazem ou fizeram uso de drogas foi de 19,41 anos.

Essas informações corroboram nos achados da pesquisa de Santos, Carvalho e Miranda (2014), no qual cerca de 67% dos indivíduos apresentaram uso cruzado de substâncias, estando o álcool (61%) como a substância de maior consumo. E com a pesquisa realizada por Reis, Uchima e Oliveira (2013), que entre os usuários estudados, 100% com menos de vinte (20) anos já haviam feito uso de maconha, 88,9%, de cocaína, 77,8%, de álcool e 66,7% de crack. Segundo os autores, o consumo da droga se manteve na mesma proporção até os trinta e nove (39) anos, quando apresentaram redução das drogas ilícitas e aumento das drogas lícitas, especificamente o álcool, com maior frequência a partir dos quarenta anos.

Essas informações condizem com os dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI et al., 2006), no qual se estima que 12,3% da população brasileira são dependentes de álcool, na região Nordeste as porcentagens atingiram 14%. Ademais, 78,6% da população fizeram uso na vida de álcool, sendo que o menor uso ocorreu na região Norte e o maior uso aconteceu na região Sudeste 80,4%, a região Nordeste ficou em torno de 66,8%.

Sobre o tempo e a importância do tratamento e o porquê de estarem no CAPS os indivíduos relataram que

“Já tou a nove anos”.

“É importante porque eu lá fora não tou bebendo...aqui eu tou me tratando... tou aproveitando e não bebo, não fumo... aqui eu tou fazendo o tratamento” (SUJEITO 1, ENTREVISTA, 2017).

“Tem mais de um ano”.

“É bem interessante porque aqui o pessoal me trata muito bem e o tratamento aqui é ótimo e tem apoio psicológico, tem remédios... eu me sinto bem em estar aqui” (SUJEITO 2, ENTREVISTA, 2017).

“Eu, eu acho muito bom, evito tá na rua bebendo e usando droga”.  
“Eu tou aqui porque minha família mim (sic) trouxeram pra mim (sic) tratar aqui” (SUJEITO 1, ENTREVISTA, 2017).

“Eu acho legal, é uma força que dá pra pessoa se recuperar... no meu caso... do alcoolismo”.  
“Estou aqui porque eu preciso de ajuda” (SUJEITO 2, ENTREVISTA, 2017).

Podemos interpretar a partir das narrativas acima que os sujeitos reconhecem a importância do tratamento na sua vida, pois estão inseridos em uma instituição que acolhe e oferece suporte para a solução dos problemas com as drogas. Percebe-se que a busca do tratamento dos sujeitos pesquisados foram diferentes, visto que o sujeito um (1) iniciou o tratamento de forma direta, por interferência da família, já o sujeito dois (2) começou o tratamento de forma autônoma.

Griffth, Marshall e Cook (2005) relatam que é comum a preocupação dos familiares de usuários de drogas, principalmente do álcool, com a busca do tratamento desses indivíduos, visto que a maioria das vezes o dependente não consegue discernir o que é relevante para a sua vida, negligenciando a sua relação com o uso de drogas.

Nesse sentido, apesar de a família agir como grande incentivadora e coadjuvante na busca do tratamento da dependência química, a prontidão para a mudança depende especificamente dos fatores intrínsecos de cada indivíduo, no qual influenciam diretamente no grau de motivação de cada pessoa em busca de mudanças na vida (CARVALHO; LIOTTI; LENZI, 2015).

Carvalho, Liotti e Lenzi (2015), apontam que todos os participantes da sua pesquisa abordaram a necessidade de aderir a um tratamento e buscar ajuda junto de uma instituição a partir do momento em que se deparou com prejuízos causados pelo uso do álcool, sejam eles pessoais, familiar e/ou sociais.

Corroborando com nossa pesquisa, Lacerda e Rojas (2017) apontam os significados que o CAPS tem na vida dos usuários pesquisados no seu estudo, que diz respeito a um espaço que acolhe, cuida e onde é possível encontrar forças para continuar o tratamento. Mastroianni et al. (2016) relata a percepção dos usuários a respeito desses espaços como um ambiente que promove crescimento, cuidado e acolhimento.

Sobre o tempo de tratamento, as narrativas dos sujeitos entrevistados não diferem dos achados encontrados da parte quantitativa da nossa pesquisa e dos dados da literatura.

Os resultados obtidos no questionário sociodemográfico (Apêndice A) sobre o tempo de tratamento mostrou que dos quarenta (40) usuários entrevistados vinte e um (21) estavam de 1 à 47 anos em tratamento, os outros dezenove (19) sujeitos estavam a pouco tempo na reabilitação, estando em torno de 14 dias à 10 meses.

Os dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI et al., 2006), relatam que um terço (1/3) da população masculina entrevistada, entre doze (12) e dezessete (17) anos, declarou já ter sido submetida a algum tratamento para a dependência de drogas. Cerca de (11%) dos entrevistados a nível Brasil já foram tratados devido ao uso de álcool e drogas.

Portanto, identificamos a partir do nosso estudo e da articulação com outras pesquisas que o usuário de drogas faz a utilização do uso cruzado dessas substâncias, prevalecendo o uso do álcool. Encontramos também que a adesão do tratamento desses sujeitos está relacionada principalmente a questão familiar e pessoal.

### **3.2.5 Sobre a característica do domicílio**

Em nossos dados quantitativos, identificamos que dos quarenta (40) entrevistados trinta (30) possuem casa própria, seis (6) alugada e quatro (4) emprestada. Na narrativa acima percebemos que o sujeito dois (2) reforça os dados em relação ao empréstimo da casa.

Em relação ao número de residentes do lar encontramos a seguinte distribuição dos quarenta (40) sujeitos pesquisados: treze (13) moravam sozinhos; sete (7) com uma pessoa; nove (9) com duas (pessoas); seis (6) com quatro (4); duas (2) com cinco (5), duas (2) com oito (8) e um (1) com nove (9) membros da família.

Acerca do número de cômodos encontramos o seguinte cenário: dois (2) indivíduos moram em uma casa com um (1) cômodo, dois (2) moram em casas com dois (2) cômodos, quatro (4) moram em casas com três (3) cômodos, oito (8) moram em casas com quatro (4) cômodos, nove (9) moram em casas com cinco (5) cômodos, sete (7) moram em casas com seis (6) cômodos, três (3) moram em casas com sete (7) cômodos, três (3) moram em casas com oito (8) cômodos e dois moram em casas com dez (10) cômodos. Dessa forma, em nossa pesquisa quantitativa percebemos que o número de cômodos  $\leq 4$  se associou aos níveis baixos de qualidade de vida dos usuários.

Identificamos também nos resultados do questionário WHOQOL–bref (Anexo A) sobre o nível de satisfação com as condições de moradia que entre os quarenta (40) usuários entrevistados nenhum indicou estar “muito insatisfeito”, nove (9) estavam “insatisfeito”, sete

(7) “nem satisfeito e nem insatisfeito”, vinte e um (21) apontaram estarem “satisfeito” e três (3) “muito satisfeito” com as suas moradias.

Quando questionados sobre o lugar onde mora e a satisfação com as condições do local os indivíduos relataram que

“o lugar eu moro é agradável, tem uma cômoda, uma cama e uma televisão”.

“eu acho que eu tou satisfeito mais ou menos” (SUJEITO 1, ENTREVISTA, 2017).

“eu moro de favor... minhas irmãs me deu uma garagem pra mim (sic) morar, tem um banheiro lá dentro”.

“não... por causa de vizinhos... é muito barulho... gostam muito de falar da vida dos outros” (SUJEITO 2, ENTREVISTA, 2017).

Contudo, as narrativas dos dois (2) sujeitos pesquisados acima apresentou uma contradição com os resultados quantitativos (o número de cômodos  $\leq 4$  se associou aos níveis baixos de qualidade de vida dos usuários), pois eles não percebem que mesmo morando em casa emprestada e/ou pequena uma sensação de baixa qualidade de vida.

Dessa forma, a narrativa do sujeito 1 apresenta consonância com a maioria dos entrevistados na pesquisa quantitativa (60%) onde apontam estarem “satisfeitos” e “muito satisfeitos” com o local em que mora. Já a narrativa do sujeito 2 apresenta confluência com os dados da pesquisa quantitativa em que cerca de 40% dos entrevistados apontam estar “insatisfeito” e “nem satisfeito e nem insatisfeito”.

Sobre a facilidade do contato com as drogas no local que moram os sujeitos apontam que

“É fácil, lá tem duas adegas e tem o bar” (SUJEITO 1, ENTREVISTA, 2017).

“Se eu quiser é só chegar e falar hô (sic) fulano vai buscar pra mim uma trouxinha, um crack” (SUJEITO 2, ENTREVISTA, 2017).

Podemos compreender a partir das narrativas acima que os sujeitos relataram a facilidade de encontrar as substâncias psicoativas no local onde moram, seja o contato com as drogas ilícitas ou lícitas.

Essas informações corroboram com a avaliação da percepção da população brasileira quanto à facilidade de se conseguir determinadas drogas, exceto o álcool e tabaco, do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil no qual a facilidade de obtenção da maconha variou de 71,9% na região Sudeste, 61,6% na região Nordeste,

57,7% na região Centro-Oeste, 53,8% na região Sul e 48,1% na região Norte (CARLINI et al., 2006).

A facilidade de se conseguir cocaína e crack variou de 64,4% e 54,5% na região Sudeste, 44,8% e 42,3% na região Sul, 41,7% e 27,9% na região Centro-Oeste, 29,3% e 30,5% na região Nordeste e 29,1% e 18,1% na região Norte, no qual coincide com as maiores prevalências de uso na vida dessas drogas. A facilidade de se conseguir LSD-25 e heroína variam acerca de 10% no Nordeste até 42% no Sudeste (CARLINI et al., 2006).

No estudo realizado por Reis, Uchima e Oliveira (2013), foi relatado uma percepção elevada sobre a presença de drogas de abuso, com uma proporção de 98,6%, onde os moradores apontaram conviver cotidianamente com a disponibilidade e o tráfico de drogas na comunidade estudada.

Segundo Marangoni e Oliveira (2013) o principal motivo para a iniciação ao uso de substâncias psicoativas pelos indivíduos entrevistados foi à presença e facilidade de obtenção dessas drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, na comunidade de convivência.

Portanto, identificamos através do nosso estudo e da articulação com os referenciais teóricos que o uso das substâncias psicotrópicas está inserido culturalmente na sociedade, estando com maior frequência presente nos lugares mais socialmente vulneráveis.

### **3.2.6 Sobre as características do perfil de atividade física e qualidade de vida**

Quando questionados sobre a prática de atividade e como se sente quando faz atividade física os indivíduos relataram que

“Eu faço caminhada, as vezes eu faço aqui um pouco de caminhada, faço terapia, fisioterapia”.

“Eu me sinto bem melhor” (SUJEITO 1, ENTREVISTA, 2017).

“No momento não... já pratiquei o futebol”.

“Eu me sentia bem” (SUJEITO 2, ENTREVISTA, 2017).

Podemos analisar a partir das narrativas acima que o sujeito um (1) aponta que realiza atividade física e considera sua importância na sensação de bem-estar, já o sujeito dois (2) aponta que não realiza atividade física atualmente, contudo aponta que quando realizava se sentia muito bem.

Em relação aos dados quantitativos, identificamos no Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) (Anexo B) que os níveis de atividade física dos quarenta (40)

sujeitos entrevistados foram: 26,2 % considerados Ativos, 26,2%, insuficientemente ativos B, 23,8% insuficientes ativos A, 14,3% muitos ativos e 4,8% sedentários.

Essas informações condizem com os achados da pesquisa desenvolvida por Junior et al. (2011), que ao utilizar a versão de forma curta do IPAQ, chegaram a seguinte conclusão: 59,1% pertenciam ao grupo de insuficientemente ativos e 40,1% ao grupo de ativos.

Nossas informações são contrárias aos dados da pesquisa feita por Balbim, Júnior e Filho (2011), no qual 40% dos sujeitos entrevistados foram considerados Ativos, 10% Insuficientemente Ativos B, 5% insuficientes ativos A, 30% muitos ativos e 15% sedentários. Entretanto, esse estudo corrobora com as informações da nossa pesquisa qualitativa sobre a percepção da atividade física, visto que 100% dos usuários apontaram considerar importante a prática da atividade física na sensação de bem estar, saúde e qualidade de vida.

Sobre a importância da atividade física para usuário de drogas, o estudo de Tegan (2011) aponta que os resultados obtidos afirmam que a prática de atividades físicas em usuários de drogas demonstraram ser uma ferramenta que auxilia no tratamento da dependência química, principalmente no processo de abstinência.

Dessa forma, a recuperação se torna um processo difícil, ao incorporar em suas práticas as atividades físicas, os dependentes químicos podem aprender novas ferramentas para liberar o estresse, melhorar o humor e adquirir autoconfiança (MEDEIROS et al., 2013).

Quando questionados de que forma o consumo de drogas interferiu na participação de atividades físicas e na qualidade de vida os sujeitos apontaram que

“Interferiu, quando eu não bebia eu andava muito. Afetou a minha qualidade de vida” (SUJEITO 1, ENTREVISTA, 2017).

“Afetou a minha qualidade de vida também... da atividade física atrapalhou por causa do cansaço... não dá pra fazer as duas coisas... álcool com o futebol ou outra atividade física... minha vida já é uma droga, eu perdi tudo o que eu tinha” (SUJEITO 2, ENTREVISTA, 2017).

Podemos compreender a partir das narrativas acima que o consumo de drogas interferiu diretamente na qualidade de vida dos sujeitos entrevistados, principalmente nas valências físicas.

Em relação aos dados quantitativos, identificamos no Questionário WHOQOL–bref (Anexo A) que os quarenta (40) sujeitos entrevistados dois (2) avaliam a sua qualidade de vida como “muito ruim”, três (3) como “ruim”, doze (12) “nem ruim, nem boa”, vinte (20) como boa e três (3) como “muito boa”. Quando questionados o quanto a vida tem sentido

um (1) usuário relatou que a vida “não tem nenhum sentido”, três (3) disseram que fazia “muito pouco sentido”, três (3) relatam “nem muito e nem pouco”, vinte e nove (29) disseram que a vida “tem muito sentido” e quatro (4) falaram que “totalmente”.

A qualidade de vida está relacionada a um dos desejos humanos básicos, que é viver bem e se sentir bem, assim a qualidade de vida tem sido cada vez mais compreendida como um pré-requisito para a saúde geral das pessoas, incluindo satisfação, felicidade e bem-estar. Dessa forma, todas as variáveis que podem interferir nesse aspecto, como a prática de atividade física, são importantes para alterar ou modificar o tratamento de qualquer doença, incluindo a dependência química (MOREIRA et al., 2013).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo partiu da necessidade de analisar a qualidade de vida, o perfil sociodemográfico e o nível de atividade física de usuários de drogas do interior da Bahia.

Durante o desenvolvimento desse trabalho buscou saber qual a relação das questões sociodemográficas e dos níveis de atividade física na qualidade de vida dos usuários de drogas do interior da Bahia e de que forma esses sujeitos vivenciam essas relações.

Conseguimos alcançar nossos objetivos, visto que foi possível investigar o impacto das questões sociodemográficas e dos níveis de atividade física na qualidade de vida dos usuários de drogas entrevistados.

Dessa forma, alcançamos os seguintes resultados referentes à pesquisa quantitativa:

Foi evidenciado que a qualidade de vida dos usuários de drogas investigados de maneira geral pode ser considerada boa. Contudo, ao se investigar os escores de cada domínio do WHOQOL Brief, chama a atenção o fato de o Domínio Ambiental exibir as menores médias entre os usuários, o que também foi observado entre os participantes com níveis de atividade física mais baixos. Por outro lado, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos (Muito Ativos + Ativos e Insuficientemente ativos + Sedentários) nos escores de qualidade de vida ao nível de  $p < 0,05$ .

Observou-se também que o fato do usuário de drogas residir em ambiente com  $\leq 4$  cômodos é um fator de risco importante para que ele apresente uma qualidade de vida inferior quando comparado a usuários que residem em ambiente com  $> 4$  cômodos. Este estudo evidenciou que há um risco sete vezes maior de usuários com  $\leq 4$  cômodos apresentar baixos escores de qualidade de vida.

Portanto, esse achado reforça a evidência já documentada na literatura que questões ligadas ao ambiente do indivíduo podem ser determinantes à sua qualidade de vida. E que variáveis de cunho ambiental devem ser inseridas em programas de intervenção que visem à melhoria da qualidade de vida de usuários de drogas.

Em relação à pesquisa qualitativa obtivemos os seguintes resultados:

Sobre a discussão de sexo e idade identificamos que são questões que perpassam por ordem social, cultural e moral que cada sexo assume historicamente na sociedade. Percebemos ainda pouca produção científica que faça uma articulação mais aprofundada entre o sexo, a idade e o consumo de drogas.

Sobre a discussão de escolaridade compreendemos que quanto mais precoce for o início do uso de drogas, principalmente o álcool, menores são as chances dos sujeitos avançarem no nível de escolaridade, visto que baixo nível de escolaridade encontrado nos usuários entrevistados esteve fortemente associado com o consumo das substâncias psicotrópicas.

Sobre a discussão de renda familiar e situação laboral identificamos que: 1) o uso das substâncias psicoativas pode gerar consequências físicas e psíquicas na vida dos usuários, dentre elas, a diminuição na capacidade produtiva de trabalhar, a insuficiência financeira para suprir as necessidades do dia a dia e a sensação subjetiva de incapacidade laboral; 2) a discussão do consumo de drogas e mercado de trabalho perpassa também por questões de caráter social, cultural e principalmente moral; 3) os usuários de drogas entrevistados fazem uso cruzado das substâncias psicotrópicas, prevalecendo o consumo do álcool e 4) a adesão ao tratamento desses sujeitos está relacionada principalmente à questão familiar e pessoal.

Sobre a característica do domicílio apontamos que as narrativas dos dois (2) sujeitos pesquisados apresentaram uma contradição com os resultados quantitativos (o número de cômodos  $\leq 4$  se associou aos níveis baixos de qualidade de vida dos usuários), pois eles não percebem que mesmo morando em casa emprestada e/ou pequena uma sensação de baixa qualidade de vida.

Além disso, foi identificado na narrativa do sujeito um (1) uma consonância com a maioria dos entrevistados da pesquisa quantitativa (60%) onde apontam estarem “satisfeitos” e “muito satisfeitos” com o local em que mora. Percebemos na narrativa do sujeito dois (2) uma confluência com os dados da pesquisa quantitativa em que cerca de 40% dos entrevistados relataram estar “insatisfeito” e “nem satisfeito e nem insatisfeito” com as condições de moradia.

Identificamos também que o uso das substâncias psicoativas está inserido culturalmente na sociedade, estando com maior frequência presente nos lugares mais socialmente vulneráveis.

Sobre as características do perfil de atividade física e qualidade de vida identificamos que: a) o sujeito um (1) aponta que realiza atividade física e considera sua importância na sensação de bem-estar e b) o sujeito dois (2) aponta que não realiza atividade física atualmente, contudo relata que quando realizava se sentia muito bem.

Identificamos no nosso estudo que existem poucas pesquisas que articulem dados quantitativos com dados qualitativos sobre a relação dos fatores sociodemográficos, níveis de atividade física e qualidade de vida de usuários de substâncias psicotrópicas. Identificamos

que existem poucos estudos na literatura, tantos nacionais como internacionais, que faça a relação dos níveis de atividade física e qualidade de vida de usuários de drogas, sejam elas pesquisas quantitativas ou qualitativas.

Portanto, ao finalizar esse trabalho consideramos a necessidade do surgimento de mais estudos que englobe os fatores sociodemográficos com os níveis de atividade física e qualidade de vida de usuários de drogas.

## 5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA et al. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n.102, p. 526-538, 2014. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0526.pdf> >. Acesso em 04 de julho de 2017.

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011

AMARANTE, P. D. de C., (coordenador), - **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica na Brasil**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.

ANDOLFATTO et al. Caracterização de usuários de álcool e drogas atendidos pelo centro de atenção psicossocial (caps-i) de um município do meio-oeste catarinense. **Unoesc & Ciências - ACBS**, Joaçaba, v. 7, n.1, p. 31-38, 2016. Disponível em< <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/10060> >. Acesso em 05 de junho de 2017.

BALBIM, G. M.; JÚNIOR, E. G.; NOGUEIRA FILHO, K. Nível de atividade física e condições sócio-demográficas em dependentes químicos em tratamento do município de Maringá, PR. **EFDdesportes.com**, Buenos Aires, v. 15, n. 153, 2011. Disponível em: < <http://www.efdesportes.com/efd153/atividade-fisica-em-dependentes-quimicos.htm> >. Acesso em 16 de junho de 2017.

BARD et al. Estigma e preconceito: vivência dos usu; ários de crack. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 24, p. 1-7, 2016. Disponível em< [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-0852-2680.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0852-2680.pdf) >. Acesso em 04 de julho de 2017.

BEZERRA et al. Consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo: associação com inatividade física no lazer e comportamento sedentário. **Revista Andaluza de Medicina del Deporte**, Andalucia , v. 8, n.1, p. 1-6, 2015. Disponível em: < <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-andaluza-medicina-del-deporte-284-articulo-consumo-bebidas-alcoolicas-e-tabagismo-S1888754614000124> >. Acesso em 04 de março de 2017.

BOLZAN, L. M.; BELLINI, I. B. Gênero e uso de drogas: fatores preponderantes ao universo feminino. **Anais...** I congresso internacional de política social e serviço social: desafios contemporâneos, Londrina PR, 2015.

BAHIA (Estado). Decreto n. 12.354, de 25 de agosto de 2010. **Inclui o programa Território de Identidade e dá outras providências**. Disponível em: < <http://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/1024959/decreto-12354-10>>. Acesso em 10 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPISTRANO et al. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 234-241, 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200005) >. Acesso em 10 de junho de 2017.

CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E. A. et al. **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Brasil, 2005**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/ Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

CARVALHO, Y. M. **O “mito” da atividade física e saúde**. Editora HUCITEC, São Paulo, 1995.

CARVALHO, J. E. S; LIOTTI, D. B. M.; LENZI, M.. C. R. Caps ad e alcoólicos anônimos: o processo de tratamento sob o ponto de vista dos usuários. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 7, n. 16, p. 41-65, 2015. Disponível em: < <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2339/4326> >. Acesso em 10 de junho de 2017.

CEBRID, SENAD 2011. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobredrogas/drogaspsicotropicas.pdf> >. Acesso em: 10 de fevereiro de 2016.

CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. C.; FLECK, M. P. A. Assessment of the psychometrical performance of the Whoqol-bref instrument in a sample of Brazilian older adults. **International 69 Psychogeriatrics**, Illinois, v. 19, n. 4, p. 635-646, 2006. Disponível em< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16870036> >. Acesso em: 02 setembro de 2015.

CHAVES, T. V. et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e exusuários. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.6, p.1168-75, 2011. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000600020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600020) >. Acesso em: 06 setembro de 2016.

CRIVES, M. N. S.; DIMENSTEIN, M. Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um Programa Público. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.12, n.2, p.26-37, 2003. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902003000200004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902003000200004&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 06 janeiro de 2016.

DUARTE, P. C. A.; STEMPLIUK, V. A., BARROSO, L. P. (Orgs). **Relatório Brasileiro sobre Drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. SENAD**, 2009. Disponível em: <[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome\\_c/dr\\_drogadicao/dr\\_outros\\_drogadicao/plano\\_enfrentamento/pevb\\_levantamentos/relatorio%20uso%20drogas%20no%20brasil\\_senad.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c/dr_drogadicao/dr_outros_drogadicao/plano_enfrentamento/pevb_levantamentos/relatorio%20uso%20drogas%20no%20brasil_senad.pdf)>. Acesso em: 01 de agosto de 2016.

GABATZ, et al. Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. **Escola Anna Nery (Online)**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 520-525, 2013. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452013000300520&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452013000300520&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 10 de fevereiro de 2016

GARCIA, E. L.; ZACHARIAS, D. G.; WINTER, G.; SONTAG, J. (Re)conhecendo o perfil do usuário de crack de Santa Cruz do Sul. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, v.36, ed. esp., p.83-95, 2012. Disponível em < <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/2922> >. Acesso em: 10 de fevereiro de 2017

GRIFFITH, E. MARSHALL, J. COOK, C. C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde**. Artmed, Porto Alegre,2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010 Trabalho e rendimento: resultado da amostra**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm> >. Acesso em: 17 de julho de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE divulga o rendimento domiciliar per capita 2016**. Brasília, 2016. Disponível em < [ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Nacional\\_por\\_Amostra\\_de\\_Domicilio\\_s\\_continua/Renda\\_domiciliar\\_per\\_capita/Renda\\_domiciliar\\_per\\_capita\\_2016.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilio_s_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2016.pdf) >. Acesso em: 17 de julho de 2017.

**INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS 2015.** Naciones Unidas (ONU). Nueva York, 2015. Disponível em: <<http://www.unodc.org/wdr2015/>>. Acesso em: 7 de janeiro de 2016.

JUNIOR et al. Nível de Atividade Física e Perfil Sociodemográfico dos Usuários dos Ambientes Públicos de Atividades Físicas na Cidade de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 349-356, 2011. Disponível em <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/10923/6830>>. Acesso em: 17 de março de 2017.

LACERDA, C. B.; ROJAS, M. F. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. **Interface (Botucatu) [online]**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 363-372, 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000200363&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000200363&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 de dezembro de 2016.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MANNING et al. An Exploration of Quality of Life and its Predictors in Patients with Addictive Disorders: Gambling, Alcohol and Drugs. **International Journal of Mental Health and Addiction**, v. 10, n. 4, p. 551-562, 2012. Disponível em <[http://eric.ed.gov/?q=\(physical+exercise\)+OR+\(illicit+drugs\)+OR+\(Mental+heallh\)&ff1=dyS ince\\_2012&ff2=pubJournal+Articles&ff3=pubReports+-+Research&ff4=subSubstance+Abuse&ff5=subAlcohol+Abuse&id=EJ974255](http://eric.ed.gov/?q=(physical+exercise)+OR+(illicit+drugs)+OR+(Mental+heallh)&ff1=dyS ince_2012&ff2=pubJournal+Articles&ff3=pubReports+-+Research&ff4=subSubstance+Abuse&ff5=subAlcohol+Abuse&id=EJ974255)>. Acesso em: 20 de outubro de 2015.

MANZATTO, L. et al. Consumo de álcool e qualidade de vida em Estudantes universitários. **Conexões**, Campinas, v. 9, n. 1, p. 37-53, 2011. Disponível em <<http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/conexoes/article/view/8637712/5403>>. Acesso em: 01 de agosto de 2016.

MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em Mulheres. **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 662-70, 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300012)>. Acesso em: 17 de maio de 2017.

MARQUES, R. F. R. Qualidade de Vida, Atividade Física e Saúde: Relações na Busca de uma Vida Melhor. S/d. Disponível em <[http://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/ambiente\\_cap12.pdf](http://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/ambiente_cap12.pdf)>. Acesso em: 7 de maio de 2017.

MASTROIANNI et al. Perfil Sociodemográfico de um CAPSad e sua Funcionalidade Segundo os Usuários. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v.8, n.2, p.3-16, 2016. Disponível em < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2016000200001](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2016000200001) >. Acesso em: 03 de maio de 2017.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v.6, n.2, p.5-18, 2001. Disponível em < <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/931> >. Acesso em: 10 de fevereiro de 2016.

MEDEIROS et al. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 269-279, 2013. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722013000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000200008) >. Acesso em: 10 de fevereiro de 2016.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 38 ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MOREIRA, T. C. et al. Qualidade de vida em usuários de substâncias psicoativas, familiares e não usuários por meio do WHOQOL-BREF. **Ciências saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v.18, n.7, p. 1953-1962, 2013. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700010&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 17 de junho de 2017.

NAHAS, M. **Atividade física, saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2 ed. Londrina: Midiograf, 2001.

OLIVEIRA, V. C. **Perfil sociodemográfico, clínico e familiar de dependentes químicos em tratamento em um centro de atenção psicossocial- álcool e outras drogas da região metropolitana de Curitiba**. 2012. 76f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2012. Disponível em < <http://www.saude.ufpr.br/portal/ppgenf/wp-content/uploads/sites/9/2016/01/PERFIL-SOCIODEMOGR%C3%81FICO-CL%C3%8DNICO-E-FAMILIAR-DE-DEPENDENTES-QU%C3%8DMICOS-EM-TRATAMENTO-EM-UM-CENTRO-DE-ATEN%C3%87%C3%83O-PSICOSSOCIAL-%C3%81LCOOL-E-OUTRAS-DROGAS-DA-REGI%C3%83O-METROPOLITANA-DE-CURITIBA.pdf> >. Acesso em: 20 de abril de 2017.

PAINI, L.D.; CASTELETTO,; H.S. FONSECA, G. Análise do uso de drogas nas escolas públicas: Como os amigos influenciam no contato e Disseminação das drogas. **Avesso do avesso**, São Paulo, v.8, n.8, p. 28-43, 2010. Disponível em <

[http://www.feata.edu.br/downloads/revistas/avessodoavesso/v8\\_artigo02\\_analise.pdf](http://www.feata.edu.br/downloads/revistas/avessodoavesso/v8_artigo02_analise.pdf) >. Acesso em: 10 de janeiro de 2017.

PARKER R. Estigma, preconceito e discriminação na saúde pública global. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.1, p. 164-169, 2012. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000100017&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000100017&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 05 de junho de 2017.

PEIXOTO et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J. bra. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.59, n.4, 2012. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n4/08.pdf> >. Acesso em: 07 de dezembro de 2016.

POSSA, T.; DURMAN, S. Processo de ressocialização de usuários de substâncias lícitas e ilícitas. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v.3, n.2, 2007. Disponível em < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762007000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762007000200006) >. Acesso em: 08 de março de 2017.

PRATTA, E. M. M. MANOEL, A. S. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, São Paulo v.2, n.2, 2006. Disponível em < <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38640> >. Acesso em: 10 de janeiro de 2016.

REIS, L. M.; UCHIMURA, T. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Perfil socioeconômico e demográfico em uma comunidade vulnerável ao uso de drogas de abuso. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.26, n.3, p. 276-282, 2013. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300012) >. Acesso em: 10 de julho de 2017.

SANTOS, R. C. A.; CARVALHO, S. R.; MIRANDA, F. A. N. Perfil socioeconômico e epidemiológico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas II de Parnamirim, RN, Brasil. **Revista Brasileira Pesquisa Saúde**, Vitória, v.16, n.1, p. 105-111, 2014. Disponível em < <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/8497/5993> >. Acesso em: 03 de junho de 2017.

SCOTT, J. Gênero: Uma categoria útil para análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, 1995.

SILVEIRA et al, Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2001-2006, 2013. Disponível em <

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700015&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 07 de junho de 2017.

TAVARES, B. F. BÉRIA, J. U. LIMA, M. S. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Revisa saúde pública**, São Paulo, v35, n. 2, p. 150-158, 2001. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102001000200008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102001000200008&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 15 de julho de 2017.

TEGAN, M. S. **Programas de atividade física no tratamento da dependência química em instituições de saúde de Campinas-SP**. 2011. 49f. Faculdade de Educação Física, Universidade de Campinas, Campinas, 2011. Disponível em < [www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000875802](http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000875802) >. Acesso em 05 de junho de 2017.

THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Org.) **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, p 41-60, 1994. Disponível em < [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf) >. Acesso em 05 de junho de 2015.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )M ( )F Idade: \_\_\_\_\_

Renda familiar: ( ) menos de um salário mínimo ( ) um salário mínimo ( ) dois salários mínimos ( ) três salários mínimos ( ) quatro salários mínimos ( ) cinco salários mínimos ( ) seis salários mínimos ( ) entre sete e dez salários mínimos ( ) mais de dez salários mínimos

Escolaridade: 0 – sem instrução 1 – fundamental incompleto 2 – fundamental completo 3 – ensino médio incompleto 4 – ensino médio completo 5 – superior incompleto 6 – superior completo 7 – pós-graduação

Escolaridade do pai: 0 – sem instrução 1 – fundamental incompleto 2 – fundamental completo 3 – ensino médio incompleto 4 – ensino médio completo 5 – superior incompleto 6 – superior completo 7 – pós-graduação

Escolaridade da mãe: 0 – sem instrução 1 – fundamental incompleto 2 – fundamental completo 3 – ensino médio incompleto 4 – ensino médio completo 5 – superior incompleto 6 – superior completo 7 – pós-graduação

Situação laboral: 0 – Não trabalha 1 – Trabalha

Número de filhos: ( ) nenhum ( ) um ( ) dois ( ) três ( ) quatro ( ) cinco ( ) seis ( ) mais que seis

Você apresenta alguma doença ou enfermidade crônica? ( ) sim ( ) não

Características do domicílio: ( ) casa própria ( ) alugada ( ) emprestada ( )

Número de residentes no lar: \_\_\_\_\_

Número de cômodos no lar: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo faz uso de drogas? \_\_\_\_\_

Qual(is) o(os) tipo(s) de droga(s) que fez/faz uso? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo está em tratamento? \_\_\_\_\_

Apresenta alguém na família que também é usuário de drogas? ( ) sim ( ) não

Se sim, quem? ( ) pai ( ) mãe ( ) irmãos ( ) tios ( ) primos ( ) avós ( ) outro

**APÊNDICE B****ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )M ( )F Idade: \_\_\_\_\_

1. Poderia comentar um pouco sobre sua sensação em estar aqui no Caps?
2. Você sabe por que está aqui?

Item I – Identificar a influência dos fatores sócio demográficos na qualidade de vida e níveis de atividade física dos usuários de drogas.

Sobre a questão de gênero:

1. Observamos que há uma maior quantidade de homens do que mulheres aqui. Na sua opinião porque acontece isso?
2. Você considera que as mulheres iniciam o uso de drogas e álcool pelos mesmos motivos que os homens? Porquê?
3. Como você percebe o consumo de drogas pelas mulheres? E pelos homens?

Sobre a questão de renda familiar e situação laboral:

4. Você trabalha ou já trabalhou? Em quê?
5. Você considera que tem dinheiro suficiente para suprir as suas necessidades? Como se sente em relação a isso?
6. Você está satisfeito com a sua capacidade de trabalhar? Ou poderia render mais?
7. Qual a importância do trabalho na sua vida?
8. Qual a influência do uso de droga em sua relação com o trabalho?

Sobre a questão de escolaridade:

9. Me conte um pouco sobre sua trajetória na escola? Onde estudou? Quando estudou? Até onde estudou ou estuda?
10. Como é o nível de escolaridade de sua família (pais, filhos, etc)?
11. Na escola você possuiu contato com drogas?

Sobre a questão dos números de filhos:

12. Você tem filhos? Quantos?
13. Como você trata a questão das drogas com seus filhos?

Sobre a questão de aquisição de doenças crônicas e tempo de tratamento:

14. Você tem alguma doença crônica? Poderia me falar qual?
15. Em que medida essa doença interfere em sua vida?
16. Há quanto tempo está em tratamento com o uso de drogas?
17. Qual a importância do tratamento em sua vida?

Sobre o tipo e tempo de uso de drogas:

18. Quais tipos de droga já consumiu ou consome?
19. Por quanto tempo consumiu ou consome drogas?

Sobre a característica de domicílio:

20. Como é o lugar que você mora?
21. Você está satisfeito com as condições do local que você mora?
22. No local onde mora há grande contato com o universo das drogas?
23. Você considera que o local em que mora permite um maior contato com o universo das drogas? Porquê?

Item II – identificar questões sobre a qualidade de vida e atividade física dos usuários

1. Você pratica atividade física? Qual(is)?
2. Como você se sente quando faz atividade física?
3. O consumo de drogas afetou em alguma medida a sua participação nas atividades físicas? E na sua qualidade de vida? De quê forma?

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - PIBIC

(Em 2 vias, firmado por cada participante voluntário(a) da pesquisa e pelo responsável)

*“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”*

Eu,....., tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo *“Análise dos Níveis de atividade física, qualidade de vida e transtornos mentais comuns em usuários de drogas de Jacobina, Bahia”*, que será realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD) recebi do Sr. Jorge Lopes Cavalcante Neto, professor do curso de Educação Física da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Campus IV, e das Srs<sup>as</sup>. Andressa de Oliveira Araújo e Talita Almeida Santos, acadêmicas de Educação Física da UNEB, Campus IV, responsáveis por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- 1) Que o estudo se destina a verificar se existe associação entre os níveis de atividade física, a qualidade de vida e a presença de transtorno mental comum em usuários de drogas;
- 2) Que a importância deste estudo é possibilitar maior compreensão acerca dos níveis de atividade física, da qualidade de vida e da saúde mental de usuários de drogas;
- 3) Que os resultados que se desejam alcançar são: entender as implicações dos fatores associados aos baixos níveis de atividade física, a boa ou má qualidade de vida e da presença de transtorno mental comum em usuários de drogas;
- 4) Que este estudo começará em outubro de 2015 e terminará em dezembro de 2015;
- 5) Que eu participarei do estudo da seguinte maneira: respondendo aos questionários propostos no estudo, através de entrevista individual;
- 6) Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são constrangimento em responder algum item dos questionários;
- 7) Que os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos: as entrevistas serão feitas de forma individual em um local reservado e os pesquisadores serão treinados para aplicação de todos os questionários;
- 8) Que poderei contar com a assistência dos profissionais de saúde vinculados ao CAPSAD de Jacobina, sendo responsável (is) por ela a direção do local;
- 9) Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação são maior entendimento das consequências da falta de atividade física regular, conseguidos através do retorno a instituição ao término da pesquisa, visando descrever os principais achados do estudo;
- 10) Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
- 11) Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
- 12) Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;
- 13) Que não terei forma alguma de ressarcimento, uma vez que não terei despesas com a minha participação no estudo.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em

dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do(a) participante voluntário(a):

Domicílio: (rua, conjunto).....Bloco:

.....Nº: ....., complemento: .....Bairro:

.....Cidade: .....CEP.....Telefone:.....

Ponto de referência: .....

Contato de urgência (participante): Sr(a): .....

Domicílio: (rua, conjunto).....Bloco:

.....Nº: ....., complemento: .....Bairro:

.....Cidade: .....CEP:.....Telefone: .....

Ponto de referência: .....

Nome e Endereço do Pesquisador Responsável: Jorge Lopes Cavalcante Neto, Avenida J.J.Seabra, 158, Estação, Jacobina, CEP: 44700-000

Instituição: Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências Humanas, Campus IV, Avenida J.J.Seabra, 158, Estação, Jacobina, CEP: 44700-000

Telefone: (74) 3621-3337

e-mail: <http://www.uneb.br/jacobina/dch/sobre/>

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se a

Universidade do Estado da Bahia – UNEB

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/UNEB

Pavilhão Administrativo – Térreo

Rua Silveira Martins, 2555, Cabula. Salvador-BA. CEP: 41.150-000.

Jacobina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

<p>_____</p> <p><b>Assinatura ou impressão datiloscópica da voluntária ou responsável legal (rubricar as demais páginas)</b></p>	<p> Assinatura do responsável pelo Estudo <small>(rubricar as demais páginas)</small> Jorge Lopes Cavalcante Neto Líder do GEPEFA Docente UNEB - 74564025-0</p> <p> _____</p> <p><b>ANDRESSA DE OLIVEIRA ARAÚJO</b> Assinatura do responsável pelo estudo (rubricar as demais páginas)</p> <p> _____</p> <p><b>TALITA ALMEIDA SANTOS</b> Assinatura do responsável pelo estudo (rubricar as demais páginas)</p>
--	---

## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Em 2 vias, firmado por cada participante voluntário(a) da pesquisa e pelo responsável)

*“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”*

Eu,....., tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo *“Qualidade de vida, indicadores sociodemográficos e níveis de atividade Física de usuários de drogas do interior da Bahia”*, que será realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD) recebi do Sr. Michael Daian Pacheco Ramos, professor do curso de Educação Física da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Campus IV, e da Sr<sup>a</sup>. Andressa de Oliveira Araújo, acadêmica de Educação Física da UNEB, Campus IV, responsáveis por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- 1) Que o estudo se destina a verificar se existe associação entre os níveis de atividade física, a qualidade de vida e questões sociodemográficas em usuários de drogas;
- 2) Que a importância deste estudo é possibilitar maior compreensão acerca dos níveis de atividade física, da qualidade de vida e questões sociodemográficas em usuários de drogas;
- 3) Que os resultados que se desejam alcançar são: entender as implicações dos fatores associados aos baixos níveis de atividade física, a boa ou má qualidade de vida em usuários de drogas;
- 4) Que eu participarei do estudo da seguinte maneira: respondendo aos questionários propostos no estudo, através de entrevista individual;
- 5) Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são constrangimento em responder algum item dos questionários;
- 6) Que os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos: as entrevistas serão feitas de forma individual em um local reservado e os pesquisadores serão treinados para aplicação de todos os questionários;
- 7) Que poderei contar com a assistência dos profissionais de saúde vinculados ao CAPSAD de Jacobina, sendo responsável (is) por ela a direção do local;
- 8) Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação são maior entendimento das consequências da falta de atividade física regular, conseguidos através do retorno a instituição ao término da pesquisa, visando descrever os principais achados do estudo;
- 9) Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
- 10) Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
- 11) Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;
- 12) Que não terei forma alguma de ressarcimento, uma vez que não terei despesas com a minha participação no estudo.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do(a) participante voluntário(a):

Domicílio: (rua, conjunto).....Bloco:

.....Nº: ....., complemento: .....Bairro:

.....Cidade: .....CEP.....Telefone:.....

Ponto de referência: .....

Contato de urgência (participante): Sr(a): .....

Domicílio: (rua, conjunto).....Bloco:

.....Nº: ....., complemento: .....Bairro:

.....Cidade: .....CEP:.....Telefone: .....

Ponto de referência: .....

Nome e Endereço do Pesquisador Responsável: Michael Daian Pacheco Ramos, Avenida J.J.Seabra, 158, Estação, Jacobina, CEP: 44700-000

Instituição: Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências Humanas, Campus IV, Avenida J.J.Seabra, 158, Estação, Jacobina, CEP: 44700-000

Telefone: (74) 3621-3337

e-mail: <http://www.uneb.br/jacobina/dch/sobre/>

**ATENÇÃO:** Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se a

Universidade do Estado da Bahia – UNEB

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/UNEB

Pavilhão Administrativo – Térreo

Rua Silveira Martins, 2555, Cabula. Salvador-BA. CEP: 41.150-000.

Jacobina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

<p>_____</p> <p>Assinatura ou impressão datiloscopia da voluntária ou responsável legal (rubricar as demais páginas)</p>	<p>_____</p> <p>ANDRESSA DE OLIVEIRA ARAÚJO Assinatura do responsável pelo estudo (rubricar as demais páginas)</p>
--	--

## ANEXOS

**ANEXO A**  
**WHOQOL-BREF**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outros aspectos de sua vida. Por favor, para cada pergunta escolha a resposta que lhe parecer mais apropriada. Se não tiver certeza sobre que resposta dar em alguma questão, a primeira que vier à sua cabeça geralmente é a melhor.

Considere os seus valores, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos que pense sobre a sua vida nas **ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS**. (*fazer um círculo no número que representa a resposta dada*)

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Muito ruim  Ruim  Nem ruim, nem boa  Boa  Muito boa

2. Como você se sente em relação à sua saúde?

Muito insatisfeito(a)  Insatisfeito(a)  Nem satisfeito, nem insatisfeito  
 Satisfeito(a)  Muito satisfeito(a)

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas **ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS**.

3. O quanto lhe parece que dor no corpo tem impedido você de fazer as coisas que precisa fazer?

nada  muito pouco  Nem muito, nem pouco  muito  totalmente

4. O quanto você precisa de algum tipo de tratamento para levar a sua vida do dia-a-dia?

nada  muito pouco  Nem muito, nem pouco  muito  totalmente

5. O quanto você aprecia a vida?

nada  muito pouco  Nem muito, nem pouco  muito  totalmente

6. Você acha que a sua vida tem sentido?

nada  muito pouco  Nem muito, nem pouco  muito  totalmente

7. O quanto você consegue se concentrar?

nada  muito pouco  Nem muito, nem pouco  muito  totalmente

8. O quanto você se sente seguro(a) em sua vida diária?

nada  muito pouco  Nem muito, nem pouco  muito  totalmente

9. O meio ambiente onde você vive é saudável?

nada  muito pouco  Nem muito, nem pouco  muito  totalmente

As questões seguintes são sobre como você tem se sentido ou foi capaz de fazer certas coisas nestas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

Nada  Um pouco  Mais ou menos  Bastante  Totalmente

11. Você aceita sua aparência física?

Nada  Um pouco  Mais ou menos  Bastante  Totalmente

12. Você tem dinheiro suficiente para atender às suas necessidades?

Nada  Um pouco  Mais ou menos  Bastante  Totalmente

13. Você tem acesso às informações que precisa para sua vida diária?

Nada  Um pouco  Mais ou menos  Bastante  Totalmente

14. Você tem oportunidades de fazer atividade de lazer?

Nada  Um pouco  Mais ou menos  Bastante  Totalmente

15. Como é sua capacidade para dar umas voltas pelas redondezas?

Muito ruim  Ruim  Nem ruim nem boa  Boa  Muito boa

16. Qual o seu nível de satisfação com a qualidade da sua dormida?

Muito insatisfeito(a)  Insatisfeito(a)  Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)  
 Satisfeito(a)  Muito satisfeito(a)

17. Qual o seu nível de satisfação com sua capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia?

Muito insatisfeito(a)  Insatisfeito(a)  Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)  
 Satisfeito(a)  Muito satisfeito(a)

18. Qual o seu nível de satisfação com sua capacidade de trabalhar?

Muito insatisfeito(a)  Insatisfeito(a)  Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)  
 Satisfeito(a)  Muito satisfeito(a)

19. Qual o seu nível de satisfação com você mesmo(a)?

Muito insatisfeito(a)  Insatisfeito(a)  Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)  
 Satisfeito(a)  Muito satisfeito(a)

20. Qual o seu nível de satisfação com seus relacionamentos pessoais?

Muito insatisfeito(a)  Insatisfeito(a)  Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)  
 Satisfeito(a)  Muito satisfeito(a)

21. Qual o seu nível de satisfação com sua vida sexual?

Muito insatisfeito(a)  Insatisfeito(a)  Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)  
 Satisfeito(a)  Muito satisfeito(a)

22. Qual o seu nível de satisfação com o apoio que você recebe de amigos(as)?

Muito insatisfeito(a)  Insatisfeito(a)  Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)  
 Satisfeito(a)  Muito satisfeito(a)

23. Qual o seu nível de satisfação com as condições da sua moradia?

- Muito insatisfeito(a)  Insatisfeito(a)  Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)  
 Satisfeito(a)  Muito satisfeito(a)

24. Qual o seu nível de satisfação com o acesso aos serviços de saúde?

- Muito insatisfeito(a)  Insatisfeito(a)  Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)  
 Satisfeito(a)  Muito satisfeito(a)

25. Qual o seu nível de satisfação com o seu meio de transporte?

- Muito insatisfeito(a)  Insatisfeito(a)  Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)  
 Satisfeito(a)  Muito satisfeito(a)

26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade ou depressão?

- Nunca  Algumas vezes  Frequentemente  Muito frequentemente

## ANEXO B

## QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ)

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( ) Ocupação: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Nós queremos saber quanto tempo você gasta fazendo atividade física em uma semana NORMAL. Por favor, responda cada questão *mesmo* que considere que não seja ativo. Para responder considere as atividades como meio de transporte, no trabalho, exercício e esporte.

1a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades LEVES ou MODERADAS por pelo menos 10 minutos, que façam você suar POUCO ou aumentam LEVEMENTE sua respiração ou batimentos do coração, como nadar, pedalar ou varrer:

- (a) \_\_\_\_\_ dias por SEMANA
- (b) Não quero responder
- (c) Não sei responder

1b. Nos dias em que você faz este tipo de atividade, quanto tempo você gasta fazendo essas atividades POR DIA?

- (a) \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos
- (b) Não quero responder
- (c) Não sei responder

2a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos, que façam você suar BASTANTE ou aumentem MUITO sua respiração ou batimentos do coração, como correr e nadar rápido ou fazer jogging:

- (a) \_\_\_\_\_ dias por SEMANA
- (b) Não quero responder
- (c) Não sei responder

2b. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo você gasta fazendo essas atividades POR DIA?

- (a) \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos
- (b) Não quero responder
- (c) Não sei responder

## ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

1a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

Sim ( ) Não ( )

1b. Quantos dias de uma semana normal você trabalha?

\_\_\_\_\_ dias.

Durante um dia normal de trabalho, quanto tempo você gasta:

1c. Andando rápido: \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

1d. Fazendo atividades de esforço moderado como subir escadas ou carregar pesos leves:

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

1e. Fazendo atividades vigorosas como trabalho de construção pesada ou trabalhar com enxada, escavar:

\_\_\_ horas \_\_\_ minutos

#### ATIVIDADE FÍSICA EM CASA

Agora, pensando em todas as atividades que você tem feito *em casa* durante uma semana normal:

2a . Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades dentro da sua casa por pelo menos 10 minutos de esforço moderado como aspirar, varrer ou esfregar:

(a) \_\_\_ dias por SEMANA

(b) Não quero responder

(c) Não sei responder

2b. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo você gasta fazendo essas atividades POR DIA?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

2c. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades no jardim ou quintal por pelo menos 10 minutos de esforço *moderado* como varrer, rastelar, podar:

(a) \_\_\_ dias por SEMANA

(b) Não quero responder

(c) Não sei responder

2d. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo você gasta POR DIA?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

2e. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades no jardim ou quintal por pelo menos 10 minutos de esforço *vigoroso* ou forte como carpir, arar, lavar o quintal:

(a) \_\_\_ dias por SEMANA

(b) Não quero responder

(c) Não sei responder

2f. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo você gasta POR DIA?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

#### ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Agora pense em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

3a. Em quantos dias de uma semana normal você caminha de forma rápida por pelo menos 10 minutos para ir de um lugar para outro? (Não inclua as caminhadas por prazer ou exercício)

(a) \_\_\_ dias por SEMANA

(b) Não quero responder

(c) Não sei responder

3b. Nos dias que você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo POR DIA você gasta caminhando? (Não inclua as caminhadas por prazer ou exercício) \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

3c. Em quantos dias de uma semana normal você pedala rápido por pelo menos 10 minutos para ir de um lugar para outro? (Não inclua o pedalar por prazer ou exercício)

(a) \_\_\_\_\_ dias por SEMANA

(b) Não quero responder

(c) Não sei responder

3d. Nos dias que você pedala para ir de um lugar para outro quanto tempo POR DIA você gasta pedalando? (Não inclua pedalar por prazer ou exercício)

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

Favor coloque as suas observações, críticas e sugestões em relação a este questionário (construção e clareza das perguntas, formatação, dificuldades, tempo para responder, etc):

---



---

#### CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA IPAQ:

1. MUITO ATIVO: aquele que cumpriu as recomendações de:

a) VIGOROSA:  $\geq 5$  dias/sem e  $\geq 30$  minutos por sessão

b) VIGOROSA:  $\geq 3$  dias/sem e  $\geq 20$  minutos por sessão + MODERADA e/ou

CAMINHADA:  $\geq 5$  dias/sem e  $\geq 30$  minutos por sessão.

2. ATIVO: aquele que cumpriu as recomendações de:

a) VIGOROSA:  $\geq 3$  dias/sem e  $\geq 20$  minutos por sessão;

b) MODERADA ou CAMINHADA:  $\geq 5$  dias/sem e  $\geq 30$  minutos por sessão;

c) Qualquer atividade somada:  $\geq 5$  dias/sem e  $\geq 150$  minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa).

3. INSUFICIENTEMENTE ATIVO: aquele que realiza atividade física, porém insuficiente para ser classificado como ativo, pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação soma-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa). Este grupo foi dividido em dois subgrupos de acordo com o cumprimento ou não de alguns dos critérios de recomendação:

INSUFICIENTEMENTE ATIVO A: aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da atividade:

a) Frequência: 5 dias / semana;

b) Duração: 150 min / semana

INSUFICIENTEMENTE ATIVO B: aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.

4. SEDENTÁRIO: aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.