

O MUAY THAI E SUA APLICAÇÃO NO TRATAMENTO DO DEPENDENTE QUÍMICO NA CLÍNICA DE REABILITAÇÃO

MUAY THAI AND ITS APPLICATION IN THE TREATMENT OF CHEMICAL DEPENDENTS IN THE REHABILITATION CLINIC

Emanuel da Silva Ripardo¹

Rosita de Lina Montenegro Duarte Paraguassú²

Resumo: O presente Trabalho de Conclusão de Curso, cujo título é: “O Muay thai e sua aplicação no tratamento do dependente químico na clínica de reabilitação”, foi idealizado com o intuito de apresentar os benefícios gerais da prática da arte marcial Muay Thai, como ferramenta auxiliar no tratamento da dependência química dentro de clínicas de reabilitação. O objetivo é proporcionar conhecimento sobre a possibilidade de relacionar o exercício físico da arte marcial, estimulando a busca por uma melhor qualidade de vida, ressignificando valores, mudanças de hábito, e a consciência de que é possível obter prazer por meios e alternativas saudáveis. Para demonstrar os benefícios do Muay Thai no tratamento do dependente químico, este trabalho foi desenvolvido a partir da metodologia de pesquisa bibliográfica na perspectiva qualitativa. O trabalho também se utilizou dos tipos de pesquisa de revisão de literatura e revisão sistemática. O estudo concluiu que é possível fazer uso da arte marcial associado ao tratamento da dependência como alternativa auxiliar, bem como é necessário prosseguir com pesquisas abordando o tema proposto, buscando sempre alternativas para reduzir riscos e danos.

Palavras-chave: Muay Thai. Dependência Química. Tratamento. Clínica de Reabilitação.

1 Universidade de Fortaleza – Curso de Psicologia

2 Universidade de Fortaleza – Professora-Orientadora (PQ)

Introdução

O presente estudo cujo título “O Muay Thai e sua aplicação no tratamento do dependente químico na clínica de reabilitação” nasce de um olhar cada vez mais atento ao aumento no consumo de drogas na sociedade associado em muitos casos a uma opção de obtenção de prazer, assim como estratégia de redução da ansiedade, estresse, medo ou até mesmo para o alívio de dores. Todas essas motivações tornam pertinente a criação de estudos e intervenções com vistas ao tratamento da dependência química.

Alternativas de medidas preventivas, como a prática de esportes e das artes marciais, as quais propõem efeitos semelhantes no indivíduo, podem ser acionadas nesse tratamento, como é o caso da prática do Muay Thai.

A origem do Muay Thai é associada à origem do povo Tailandês, que surgiu na província de Yunnan, onde muitas gerações migraram da China para o local onde hoje é a Tailândia, em uma época em que eram constantemente hostilizados, sofrendo diversos ataques de seu local de origem até o seu destino, por senhores da guerra e bandidos, e por isso, usavam a arte marcial para proteger o país, tornando-o livre e independente. (Alves; Mariano, 2007).

Com a necessidade de se protegerem o tempo todo, e de manterem uma boa saúde, desenvolveu-se um método de luta chamado Chupasart, o qual consistia em um estilo de luta de autodefesa em que se usavam diversas armas como objetos cortantes de combate, bastões, escudos, arco e flecha. Posteriormente, implementou-se o método de uma maneira que as armas não eram mais necessárias, o precursor do Muay Thai, sendo este o começo da utilização dos pés, joelhos, cotovelos e punhos para se defender, o exército tinha como base de autodefesa, e era ensinado aos soldados, e nas escolas, permitindo que eles pudessem continuar treinando mesmo em tempos de paz, sem maiores riscos. (Alves; Mariano, 2007).

O Muay boran, como o Muay Thai antigo era chamado, é um estilo da luta tailandesa que se

tem registros de pelo menos 2000 anos de existência. Somente após a década de 1920, foram adaptadas algumas regras oriundas do boxe inglês, devido ao alto grau de lesões que ocorriam entre os lutadores, como a criação das divisões por peso, o uso de luvas, a inclusão do round e também do árbitro central, juntamente com os juizes laterais, porém mantendo algumas tradições antigas, como o uso de um conjunto musical com antigos instrumentos, para dar o ritmo da luta; o Wai Kru, que é a dança ritual; o Mongkon, que é uma corda trançada em forma de coroa; e o Kruang ou Prajied, que consiste em uma corda trançada usada no braço. (Kraitus, 1988; Stockmann, 1979).

No Brasil, o Muay Thai foi introduzido no final da década de 1970, pelo professor Nélio Borges, na época a arte marcial era mais conhecida como Boxe tailandês. Mestre Nélio Naja como é conhecido, reuniu na época um grupo de faixas pretas de TaeKwonDo, entre eles os Mestres, Luiz Alves, Flavio Molina (in memoriam), Rudimar Fedrigo, diretor da equipe Chute Boxe considerada uma das maiores equipes do Brasil, Luis Alves (in memoriam), Paulo Nikolai, entre outros grandes mestres. (Alves; Mariano, 2007).

Mas foi o Holandês Thom Harinck o encarregado de ensinar o Muay Thai aos brasileiros. Logo, passou-se a utilizar no Brasil um sistema de graduação, em que uma faixa era usada na cintura, e, posteriormente, passou-se a usar o Kruang ou Prajied, com a cor do grau no braço esquerdo. Em 1980 foi fundada a primeira associação de Muay Thai onde tinha como Presidente o Grão Mestre Flavio Molina (in memoriam). (Alves; Mariano, 2007).

O organismo humano necessita de sensações prazerosas, e nele, o cérebro é quem gerencia esta demanda de dependência, através de substâncias conhecidas por neurotransmissores. O consumo de substâncias químicas que alteram o funcionamento mental é parte da história da humanidade, e desde sempre, diferentes tipos de grupos e pessoas, associaram a prática do uso dessas substâncias, a diversos contextos, inicialmente a rituais religiosos, festas e comemorações, e aos tratamentos de doenças (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas [SENAD], 2006). A prática do uso chega a ser tão antiga quanto o surgimento do homem, sendo uma prática milenar e universal. (Toscano Jr., 2001).

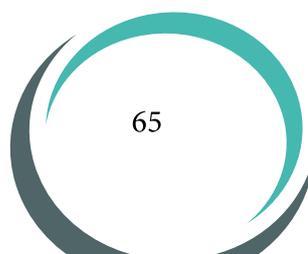
Nos tempos mais antigos, o alcoólatra era tratado como criminoso ou doente mental, considerando seu contexto histórico no mundo inteiro, antes do século XIX, o problema da dependência química era visto como uma deficiência de caráter, em que as pessoas que usavam substâncias químicas, as quais alteravam seu estado mental, tinham este hábito porque assim o desejavam, eram vistos como pessoas indecentes, de conduta condenável, visto que tinha o poder de escolha e de decisão de ingerir ou não tais substâncias químicas, e que optavam por usá-las. (Mijares & Silva, 2006).

Ainda no mesmo século, essa concepção foi alterada, devido a movimentos de reforma social, como a criação da Associação Americana para a Cura dos Embriagados, que disseminava a ideia de que a dependência química era uma doença, que os dependentes necessitavam de tratamento, e que os mesmos deveriam ser tratados como vítimas e não como pessoas de baixa moral ou criminosos. (Mijares & Silva, 2006).

Entre 1920 e 1933, o alcoolismo se tornou um problema de ordem religiosa. Nos Estados Unidos, no final do século XIX, o problema fez surgir organizações de temperança que pressionavam a favor da interdição nacional. Foi nesse período pós-interdição, que o Grupo dos Alcoólicos Anônimos (A.A) nasceu, e que muitos grupos religiosos continuaram a tratar o alcoolismo nos Estados Unidos. O A.A era o tratamento mais moderno e popular no país, que havia sido criado na época, por se tratar de um programa que significava o afastamento radical da tradição psiquiátrica no entendimento convencional do alcoolismo. (Pittman, 1988, McElrath, 1987 & Darrah, 1992).

O chamado Modelo Minnesota, é um método de tratamento para dependência química, que busca utilizar de maneira integrada, estratégias e técnicas psicológicas, associada aos doze passos do A.A, que se constituem nos princípios de todo o processo de reabilitação. (Alcoólicos Anônimos, 1978).

Grande parte dos tratamentos no Brasil se originou ou ainda segue princípios do Modelo Minnesota, que é baseado na ideia de que a dependência química não se trata de um sintoma de outra patologia, mas sim da própria patologia, a qual considera que tratar de uma doença multifacetada e



multidimensional, leva ao problema, que não está relacionado ao resultado, pois carrega como objetivo, seu tratamento, e não à cura. O indivíduo em tratamento é estimulado a lidar com seu problema, de maneira que desenvolva sua capacidade de viver tendo a consciência de que é portador de uma condição crônica. (Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas [OBID], 2007).

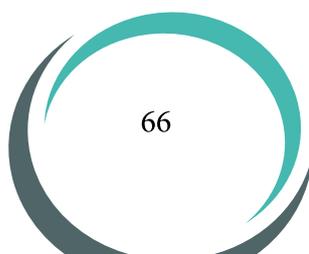
Basicamente, o Modelo Minnesota se utiliza da Teoria Cognitiva Comportamental juntamente com o Programa de Tratamento dos 12 Passos dos Alcoólicos Anônimos, onde se cria um ambiente em que a comunidade terapêutica precisa ter uma postura aberta e honesta, propiciando troca de experiências em diversos aspectos, trabalhando com uma equipe multidisciplinar, onde um conselheiro atua diretamente, podendo este ser um paciente em tratamento. O Modelo oferece um programa adequado e didático, e faz uso de planos de tratamento voltados para cada paciente e sua demanda. (OBID, 2007).

O Grupo dos Narcóticos Anônimos (N.A) teve o seu primeiro encontro em 1947, na cidade de Lexington, Estado do Kentucky nos Estados Unidos. Posteriormente, houve outras tentativas de criar programas com associação de ajuda mútua, com o intuito de recuperar os adictos, como é o caso dos Grupos de Drogas Formadoras de Habituação, tentativa esta que acabou fracassando, como a criação dos Adictos Anônimos, pois enfrentaram diversas dificuldades como a divulgação das reuniões, tendo em vista que nesses encontros se tratava de questões legais, como o vício em drogas ilícitas. (Cardoso, 2006).

Estas reuniões acabavam por acontecer de maneira clandestina, onde os membros faziam reuniões em suas próprias residências num sistema de rodízio, em que poucas pessoas tinham conhecimento, destacando assim o principal motivo de constantes insucessos.

Dessa maneira, o número de adictos que começaram a frequentar as reuniões dos Alcoólicos Anônimos (A.A), tinha seu número cada vez maior, onde procuravam ajuda sem correr risco com a justiça. (Cardoso, 2006).

Porém, por já ter se implantado uma identidade coletiva no grupo, começaram a surgir pro-



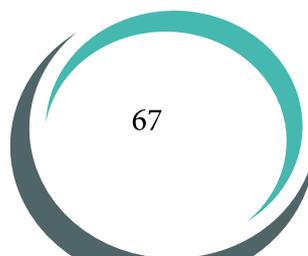
blemas no Grupo do A.A, a partir da interpretação dos próprios membros, diante da exposição de experiências não relacionadas ao uso de álcool, fugindo da compreensão dos que ali estavam. No entanto, o grupo não poderia e nem deveria expulsar essas pessoas que estavam ali buscando ajuda. E foi nesse contexto em que se desenvolveu um espírito de cooperação, que o caminho para a criação da irmandade de Narcóticos Anônimos (N.A), teve seu início. (Cardoso, 2006).

Membros dos Alcoólicos Anônimos incentivavam os adictos que frequentavam suas reuniões a criarem seu próprio grupo, o que resultou na fundação dos Narcóticos Anônimos, no Sul da Califórnia, em agosto de 1953. (Narcóticos Anônimos, 2015).

Realizado o contato com o escritório central do Alcoólicos Anônimos (A.A), obteve-se a autorização de uso dos Doze Passos e Doze Tradições pelo N.A, dirigiram-se diretamente à Divisão de Narcóticos, da Polícia local, para tratar da vigilância policial. Relataram suas dificuldades e finalmente, conseguiram uma sala do Exército da Salvação, com o valor de cinco dólares por mês. (Narcóticos Anônimos, 1973).

O presente trabalho focalizará seu estudo na possibilidade do uso do Muay Thai no tratamento do dependente químico dentro da clínica de reabilitação, com foco na compreensão do aspecto neuropsicológico e social. Diante disso, foram elaboradas algumas questões norteadoras: As drogas estimulam a produção de neurotransmissores no organismo, porém de maneira extremamente nociva, enquanto que a prática do Muay Thai, dentro do contexto da clínica de reabilitação, poderia estimular a produção destes, no dependente, afetando a química do cérebro, e como consequência as relações sociais, profissionais e familiares. A arte Marcial poderia atuar juntamente com o tratamento, como alternativa de tratamento, prevenção e manutenção do mesmo?

A relação entre a prática de exercícios físicos e o metabolismo do sistema nervoso central, tem sido pesquisada e comprovada há anos. Tais benefícios ocorrem pelo fato de que a atividade física atua proporcionando sensações de bem-estar mesmo após ser realizado em intensidade moderada, provocando alterações fisiológicas, bioquímicas e psicológicas. Logo, supõe-se que a atividade física



pode ser utilizada como uma intervenção para o tratamento de problemas psicobiológicos. (Mello; Boscolo; Esteves & Tufik, 2005).

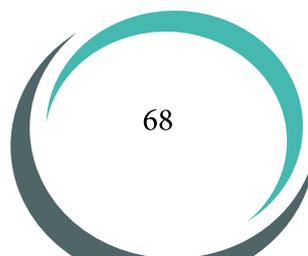
O interesse pelo tema do presente trabalho se firmou através da leitura de artigos, com experiências e vivências acadêmicas em clínicas de reabilitação em dependência química, bem como em ambientes de prática do Muay Thai, a qual foi percebida como possibilidade de fontes de estudo, e a partir dessa compreensão o presente trabalho visa compreender as possibilidades da utilização desta arte marcial enquanto atividade física provedora de benefícios fisiológicos, no tratamento de dependência química em clínicas de reabilitação a partir do funcionamento da clínica de reabilitação e do conhecimento do Muay Thai. Além disso, e obviamente, há o interesse profissional de associar a arte marcial com a Psicologia em busca de alternativas que possam reduzir sofrimentos e riscos.

Metodologia

O presente artigo de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi desenvolvido a partir da metodologia de pesquisa bibliográfica (Oliveira, 2002; Marconi e Lakatos, 2001), na perspectiva qualitativa (Minayo, 2001). O trabalho também se utilizou dos tipos de pesquisa de revisão de literatura (Hohendorff, 2014) e revisão sistemática (Ríos & Buela-Casal, 2009).

Entende-se por pesquisa bibliográfica o ato de fichar, relacionar, referenciar, ler, arquivar, fazer resumo com assuntos relacionados com a pesquisa em questão. (Oliveira, 2002). Consiste em uma pesquisa de fontes secundárias, em que se trata do levantamento de toda a bibliografia já publicada. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato com o que foi escrito sobre determinado assunto, com o objetivo de manipulação das informações. (Marconi & Lakatos, 2001).

A pesquisa qualitativa preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que



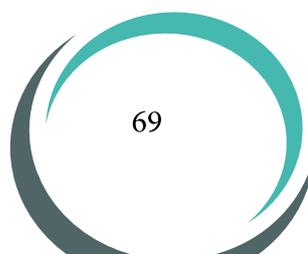
corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Aplicada inicialmente em estudos de Antropologia e Sociologia, como contraponto à pesquisa quantitativa dominante, tem alargado seu campo de atuação a áreas como a Psicologia e a Educação. A pesquisa qualitativa é criticada pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador. (Minayo, 2001).

A pesquisa de revisão de literatura é composta por textos que já foram publicados, onde autores revisam lacunas, comunicando contradições e sugerindo soluções a possíveis problemas. Esse tipo de artigo é caracterizado pela avaliação crítica desses materiais já publicados, visando o progresso das pesquisas na temática oferecida. O objetivo seria apresentar dados da pesquisa, como o local, onde os artigos foram encontrados, podendo sugerir melhorias e resoluções. Para este tipo de pesquisa faz-se necessário apresentar um problema de pesquisa claro, com uma estratégia elaborada para buscar e selecionar estudos de maneira criteriosa para serem utilizados. (Hohendorff, 2014).

A pesquisa de revisão sistemática é um método de avaliação de síntese da literatura nos mais variados âmbitos de conhecimento, caracterizada pelo uso de técnicas de busca, análise crítica e síntese de literatura de maneira estruturada, reduzindo os vieses. Fazer uma revisão sistemática de um problema de pesquisa requer um trabalho reflexivo, ao invés de resumir-se a uma apresentação simplesmente cronológica, descrevendo uma temática (Ríos & Buela-Casal, 2009).

O material a seguir, apresenta a estrutura da pesquisa de revisão sistemática, a partir dos seguintes passos: Delimitação do tema “O Muay Thai e a sua aplicação no tratamento do dependente químico na clínica de reabilitação”; Definição dos descritores: Muay Thai, Dependência química, tratamento e clínica; Identificação das fontes de pesquisa: Scielo e Pepsic; Definição do recorte do tempo de pesquisa dos artigos de 2012 a 2017; Definição dos critérios de inclusão e de exclusão.

Para o presente estudo estão incluídos artigos de língua portuguesa que tratam da arte marcial do Muay Thai, como recurso utilizado no tratamento da dependência química, no processo interno de funcionamento da clínica de reabilitação do dependente químico. Estão excluídos os arti-



gos escritos em outras línguas estrangeiras, que tratam de outras modalidades esportivas, de outras dependências químicas, e de outras formas de tratamento que não sejam as contempladas em uma clínica de reabilitação de dependência química.

Quando passado pelo crivo de recorte de tempo entre 2012 e 2018, buscados nas plataformas Scielo e Pepsic, apresentaram inicialmente 230 resultados referentes aos descritores. Continuando no processo de seleção dos artigos, devido ao elevado número de artigos, foi necessário alterar descritores, e recorte de tempo, para que fosse possível chegar até um número de artigos possíveis de serem estudados para o referido trabalho. Ao final desse processo chegou-se a três artigos que retratam a temática desta investigação: “Dependência de drogas”, de autoria de Mijares e Silva (2006), “Exercício físico e função cognitiva: uma revisão”, de Antunes; Santos; Cassilhas; Santos; Bueno e Mello (2006), e “O exercício físico e os aspectos psicobiológicos”, de Mello; Boscolo; Esteves e Tufik (2005).

Resultados e Discussão

O trabalho apresentará agora o resultado do levantamento teórico, sobre a temática e as sínteses dos artigos coletados nas fontes de dados, para atualizar tais estudos. Somente depois serão apresentadas as discussões, algumas articulações entre o material teórico encontrado e os artigos selecionados.

O Muay-Thai tem como significado, na língua portuguesa, “Arte Livre”. No Brasil, já foi conhecido como Boxe Tailandês. Os golpes mais utilizados da modalidade são os socos e chutes circulares onde a tíbia, popularmente chamada de “canela”, é sempre projetada; chutes frontais, joelhadas frontais, laterais, com saltos e em clinch, que se trata de um movimento em que os lutadores se agarram durante a luta, um prendendo o braço do outro sob o seu próprio braço, ou em torno do pescoço ou do próprio corpo, com diferentes objetivos; joelhadas, cotoveladas e outros. (Alves; Mariano, 2007).

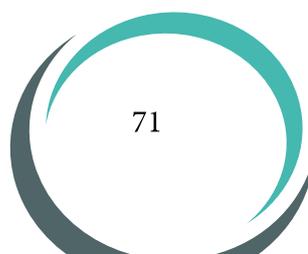
No Muay Thai, podem-se observar características semelhantes a outros estilos de luta como os indochineses de kickboxing, a qual é conhecida como a arte das oito armas, pois se caracteriza pelo uso combinado de punhos, cotovelos, joelhos e pernas (FPK/IFMA, 2008).

O principal objetivo do Muay Thai em uma competição é nocautear, podendo atingir o objetivo com sequência de socos semelhantes ao boxe inglês, chutes e suas variações, assim como já dito, por joelhadas e cotoveladas, que quando combinados com força e precisão, são considerados como pontos em torneios e campeonatos, considerando ainda a plasticidade do golpe, o nível de dificuldade na aplicabilidade e a tradição, associada a uma boa preparação física, tornando a luta de contato físico bastante eficiente, além de ser função essencial na evolução do uso da técnica, ajudando a desenvolver habilidades motoras. Atualmente em campeonatos e torneios, são utilizadas regras definidas. As lutas acontecem no decorrer de cinco rounds de três minutos, com intervalos de dois minutos. (Alves; Mariano, 2007).

No combate de Muay Thai é exigido do atleta que execute sequências de ataques, que utilize bloqueios com defesa, esquivando e golpeando de maneira sistemática com um ritmo de luta e no momento apropriado. Geralmente o ataque e a defesa são combinados de forma simultânea, onde os dois lados do corpo são utilizados, necessitando de treino e habilidade, para o desenvolvimento da capacidade do uso de movimentos de extrema rapidez e flexibilidade, alterando direções e sentidos. (Carnaval, 1997).

No DSM-IV (1994) a palavra doença é substituída pelo termo transtorno, porém com significado implícito à primeira incluindo a diferença entre definição de adicção e consumo excessivo, em relação à dependência e abuso. Então, a premissa fundamental de que a perda do controle do indivíduo define a dependência química, segue como um dos fatores que compõe a doença (Mijares & Silva, 2006).

Entende-se que a dependência química é uma doença que atinge aspectos biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo, sendo essencial a elaboração de um tratamento que envolva inter-



venções que atinjam os três fatores do modelo biopsicossocial do ser humano, buscando aumentar a probabilidade de eficácia e efetividade. (Fontes, 2013).

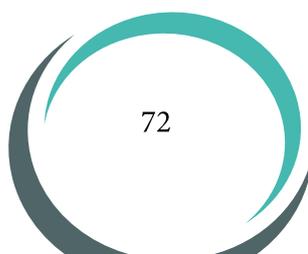
No que diz respeito à esfera biológica, o sistema de recompensa do cérebro é o responsável por liberar os neurotransmissores, principalmente a dopamina, com liberação no núcleo accumbens e no cortex pré-frontal, regiões responsáveis pelas vias do prazer, independentemente do estímulo ser natural ou pelo uso de substâncias químicas. (Fontes, 2013).

Já para o fator psicológico, o uso de drogas parece estar associado de maneira equivocada ao alívio de tensões e ou preocupações, proporcionando bem-estar momentâneo, funcionando como um amortecedor da sensação negativa oriunda de problemas emocionais, fazendo com que o indivíduo abstraia as dificuldades da vida. (Fontes, 2013).

E por fim, no aspecto social, é pertinente compreender o contexto social no qual o indivíduo faz parte. A disponibilidade de drogas, tais como o álcool, o cigarro e as ditas ilícitas, é grande e de fácil acesso, considerando ainda o déficit no suporte social disponível às camadas menos favorecidas, além de que a droga atua como fator de busca de identidade do grupo e com o grupo. (Fontes, 2013).

A dependência química é classificada como um conjunto de três ou mais sintomas relacionados aos critérios diagnósticos apresentados pelo DSM-V (2013), como uso em quantidades maiores mesmo por mais tempo que o planejado, fruto do desejo persistente ou da incapacidade de controlar o desejo, do gasto de tempo em atividades para obter a substância, fissura, deixar de desempenhar atividades sociais, ocupacionais ou familiares devido ao uso, de continuar o uso apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais, da restrição do repertório de vida em função do uso, da manutenção do uso apesar de prejuízos físicos, e do uso em situações de exposição a risco, tolerância e abstinência, ocorrendo a qualquer momento, no mesmo período de 12 meses (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM–5], 2013).

Um dos critérios iniciais, relacionado à dependência química é a tolerância, onde o usuário por desenvolvê-la, passa a utilizar cada vez mais a substância, com o intuito de sentir a primeira sen-



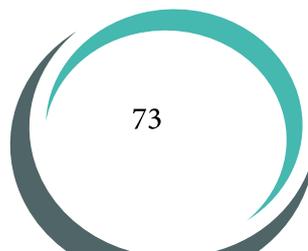
sação de uso, com doses cada vez maiores buscando um efeito mais forte e acentuado, pois a dose habitual já não surte o efeito desejado, tendo seu grau, relativo, variando entre as substâncias e o organismo. O forte desejo seguido de impulso subjetivo, ou compulsão incontrolável de uso da substância, é denominado fissura. Sintoma este, que a grande maioria dos usuários dependentes químicos experimentam na doença. (Fontes, 2013).

O consumo excessivo e repetido da droga altera fisiologicamente o funcionamento do organismo, desenvolvendo a chamada abstinência, que se trata da alternativa do organismo, de equilibrar os efeitos nocivos da droga, causando diversos sintomas aversivos, físicos e psíquicos, gerados pela ausência após a redução ou interrupção total da administração da droga no organismo. (Mijares & Silva, 2006).

Milhares de impulsos nervosos são passados de um neurônio para outro, movimento denominado de Fenda Sináptica. Tal sinapse é resultado da atividade de passar e receber o estímulo nervoso para o neurônio, que ao receber, sintetiza e liberam os neurotransmissores, que estimulam ou inibem o próximo neurônio. Tarefa fundamental para o funcionamento do Sistema Nervoso. (Andrade, 2003).

Os neurotransmissores contidos nos neurônios, são liberados na área do cérebro associada diretamente às principais vias do prazer, independentemente de sua procedência, sejam elas naturais e produzidas pelo próprio organismo ou por estímulos externos, como as drogas, explicando em parte, como o sistema de recompensa atua no organismo humano, e do porquê de muitas pessoas usarem drogas de forma recorrente, tornando-se dependentes, pois, ainda que momentâneas essas sensações prazerosas geradas pela ingestão da droga, geram resultados mais rapidamente no sistema nervoso. (Fontes, 2013).

Certamente, é pertinente se compreender também o significado do termo clínica, em que uma de suas definições destaca que a atividade clínica é a do profissional que estando próximo ao doente, pode observar manifestações de seu problema, para assim diagnosticar, oferecer um prognóstico e por fim sugerir um tratamento. (Doron & Parot, 1998).



Clínica de maneira geral é um termo usado para designar, a prática médica, a clientela dos médicos, ou um local onde é aplicado o tratamento de saúde, onde os pacientes são observados, e tem examinadas, as manifestações de doenças, para que se possa dar um diagnóstico, um prognóstico, e a partir disso, seja possível prescrever um tratamento. (Pacionik, 1978).

As clínicas de reabilitação funcionam como comunidades terapêuticas, e que segundo o Glossário de álcool e drogas (Brasília, 2010), são ambientes com estrutura específica, especializados em ajudar pessoas na recuperação de doenças, como a dependência química, oferecendo amparo ao paciente que está sofrendo com o abuso de drogas de todos os tipos, que por sua vez, passam a residir no local, se isolando geograficamente. (Brasília, 2010).

Possuem um modelo residencial, onde o paciente deverá assumir o compromisso de seguir o programa de tratamento, variando de acordo com a demanda, os tratamentos podem durar entre seis e doze meses, para reduzir a abstinência, é oferecida aos residentes, uma grade de atividades e trabalhos recreativos importantes para o início da ressocialização e readaptação ao ambiente, gerando alívio e distração para os pacientes, sendo possível assim fazê-los esquecer momentaneamente o vício e as substâncias químicas. As famílias podem realizar visitas, geralmente uma vez por mês, em data definida pelo local. (Brasília, 2010).

O tratamento geralmente segue três etapas: desintoxicação, tratamento de dependência química e pós-tratamento. Para sua realização, inicialmente o paciente se torna residente, e será trabalhado a desintoxicação e o desenvolvimento da adaptação nos três primeiros meses, posteriormente, acontece entre o terceiro e o sexto mês, o período de tratamento e reabilitação. Nessa segunda etapa, o indivíduo deve identificar sua doença, aceitar sua condição de pessoa doente que necessita de tratamento, formular uma programação pessoal de reabilitação, conhecer o programa de doze passos do Alcoólicos Anônimos (A.A) e preparar-se para a sua reinserção social. (Fossi & Guareschi, 2015).

Para trabalhar a conscientização e gerar ressignificação de posturas e situações de risco, segue-se pela reinserção social, que acontece do sexto ao nono mês, e que se trata do pós-tratamento,

que consiste em acompanhamento ambulatorial e participação em reuniões semanais de grupos de Alcoólicos Anônimos (A.A) ou Narcóticos Anônimos (N.A), nesse momento o indivíduo será reinserido à sociedade, ou seja, é quando o usuário se prepara para voltar ao convívio social (Fossi & Guareschi, 2015).

Tendo apresentado os conteúdos teóricos sobre a temática, serão expostos agora em forma de síntese, os artigos científicos que atualizam os estudos sobre o tema deste trabalho.

De acordo com o artigo “Dependência de drogas”, de 2006, de Mijares e Silva, as autoras ressaltam que com o desenvolvimento tecnológico e teórico das neurociências, o modelo de dependência física/psicológica mudou. A descoberta dos sistemas neurofisiológicos alterados pelas drogas possibilitou o desenvolvimento dos chamados modelos psicobiológicos, psicofisiológicos ou neuropsicológicos da dependência. (Mijares & Silva, 2006).

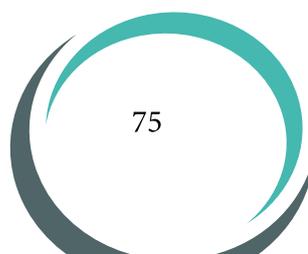
O núcleo accumbens (Nac), o córtex pré-frontal (CPF) e amígdala compõem o chamado circuito “do reforço” ou “da motivação”, um circuito crítico para a aquisição e emissão de comportamentos aprendidos. (Mijares & Silva, 2006 citando Kalivas & Nakamura, 1999).

Uma das vias do circuito do reforço amplamente estudada por seu envolvimento na função reforçadora de estímulos naturais ou de drogas, é a via dopaminérgica que se projeta da área ventral tegmental (VTA) para as áreas desse circuito. (Mijares & Silva, 2006 citando Kalivas, Churchill, & Klitenick, 1993).

No estágio chamado de “transição à dependência”, as mudanças moleculares são produto da administração repetida da droga ou de seu uso intermitente. (Mijares & Silva, 2006).

O nível de gravidade como efeito da ingestão da droga é diferenciado de acordo com o tipo de droga e grau de intensidade de ingestão, no que se refere à gravidade da síndrome de dependência. Tais sintomas causam fortes sensações negativas ao indivíduo, fazendo com que o mesmo sinta a necessidade de ingeri-las, como solução de alívio do mal-estar (Mijares & Silva, 2006).

O modelo psicobiológico, torna-se neurofisiológico, ao defender que a dependência química



é uma doença que desenvolve a partir das alterações moleculares e celulares que a droga causa no organismo (Mijares e Silva, 2006).

O uso contínuo, recorrente e recorrente, em longo prazo provoca mudanças na estrutura molecular nas propriedades de sinalização das células nervosas dos neurônios, principalmente no uso excessivo, pois há suspeita de que a ação desse uso da droga no organismo passe a tomar conta dos circuitos relacionados ao controle das emoções, da motivação, da tomada de decisão, aprendizado e memória, reduzindo ainda a introspecção do adicto. (Mijares e Silva, 2006).

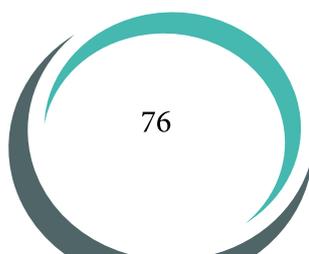
Os avanços recentes das neurociências integrados às teorias comportamentais vêm mudando a visão do fenômeno de dependência. O que antes era considerado doença ou falta de vontade, hoje é entendido como alterações no autocontrole decorrentes de mudanças específicas no sistema nervoso central. (Mijares e Silva, 2006).

No artigo “Exercício físico e função cognitiva: uma revisão”, publicado em 2006, de autoria de Antunes; Santos; Cassilhas; Santos; Bueno e Mello, o exercício e o treinamento físico são vistos como provedores de diversas alterações no organismo, como melhorias no sistema cardiorrespiratório, elevando níveis da densidade mineral óssea, diminuindo risco de doenças de diversas origens (Antunes, et al., 2006).

A Função cognitiva é caracterizada pelas fases do processo de informação, como percepção, aprendizagem, memória, atenção, vigilância, raciocínio e solução de problemas, bem como o funcionamento psicomotor que se trata do tempo de reação, do tempo de movimento, e da velocidade de desempenho. (Antunes, et al., 2006).

A atividade física traz a possibilidade de agir interferindo no funcionamento cognitivo devido ao aumento dos níveis de neurotransmissores, mudanças na estrutura cerebral, na melhora da flexibilidade mental/atencional. (Antunes, et al., 2006).

A atividade física além de melhorar a função cerebral, funciona também como “escudo protetor” do corpo, reduzindo drasticamente riscos de distúrbios mentais em pessoas ativas, geran-



do um processamento cognitivo mais desenvolvido e acelerado, resultando em uma melhor circulação cerebral e aumento da liberação de neurotransmissores. A presença de uma substância chamada Norepinefrina (Noradrenalina), influencia no humor, na ansiedade, no ciclo de sono e alimentação juntamente com a Serotonina, Endorfina, Dopamina e Adrenalina, os quais influenciam também no acréscimo da concentração. Isso tudo acontece após a prática da atividade física de maneira intensa (Antunes, et al., 2006).

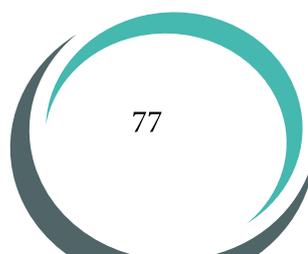
O artigo sugere ainda que tais mudanças no organismo causariam alterações na biossíntese, na secreção e no metabolismo do sistema nervoso central, com atuação direta em determinadas áreas do cérebro. (Antunes, et al., 2006).

O uso do exercício físico como alternativa para melhorar a função cognitiva mostra-se relevante, especialmente por sua aplicabilidade, pois se trata de um método relativamente de fácil acesso, que pode ser apresentado a grande parte da população. Todavia, deve-se ponderar sobre o exercício não somente como uma alternativa não medicamentosa, mas também como um coadjuvante. (Antunes, et al., 2006).

No artigo: “O exercício físico e os aspectos psicobiológicos”, de Mello; Boscolo; Esteves e Tufik (2005) vê-se destacado que a atividade física altera a fisiologia, a bioquímica e provoca também mudanças psicológicas, sugerindo ainda que o exercício físico pode ser utilizado como uma intervenção para o tratamento de distúrbios associados aos aspectos psicobiológicos.

A repercussão acerca da eficácia do exercício físico sobre o humor e a ansiedade, foi resultado de pesquisas e trabalhos desenvolvidos na década de 1970, usando a atividade aeróbica como motor dessas alterações positivas. O exercício físico influencia fortemente o ciclo circadiano, ou ritmo circadiano, que é a função que regula o relógio biológico do ser humano, controlando funções fisiológicas, como o sono e o apetite, em um ciclo de um dia, modificando positivamente a produção de hormônios e o ciclo sono-vigília. (Mello, Boscolo, Esteves & Tufik, 2005).

É importante apontar como se dá o processo de redução do transtorno relacionado ao humor,



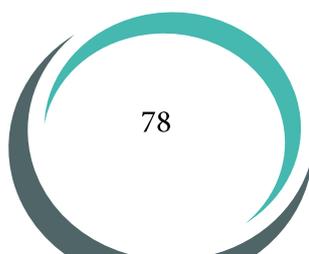
decorrente da prática diária de exercícios intensos, e assim explicar e compreender os efeitos positivos associados à atividade física. Então, torna-se necessário compreender o grau de intensidade, tempo, bem como a elaboração adequada de um programa de exercícios, e assim se possa observar os efeitos e como o exercício físico pode ser utilizado de forma eficiente e eficaz, na melhoria e redução de sintomas (Mello, et al., 2005).

Entre os muitos benefícios do exercício físico, pode-se ainda destacar, melhorias no organismo em diversos aspectos, como a queda dos níveis de açúcar, decréscimo das taxas de colesterol e triglicérides, manutenção da integridade cerebrovascular, aumento da oxigenação cerebral, redução da pressão arterial, reforço do sistema imunológico, além da redução de dores no corpo, aumento de concentração e memória, combate ao estresse, devido à síntese e à degradação de neurotransmissores do prazer, entre outras vantagens que acarretam em uma maior qualidade de vida. (Mello, et al., 2005).

É indicado para os indivíduos que estão em recuperação no tratamento de dependência química, adotar uma rotina diária de exercícios físicos, devido à alta capacidade de melhoria em aspectos gerais no organismo e seu funcionamento, bem como nas funções corporais que possam ter sido comprometidas pelo abuso, como o metabolismo hepático e as funções cognitivas. (Mello, et al., 2005).

É sabido que ao iniciar o tratamento para dependência química, o paciente residente, obrigatoriamente deverá passar por um período de desintoxicação, conforme dito por Fossi & Guareschi, (2015) e sem a droga no organismo, o dependente químico tem a necessidade de suprir a falta desta, é nesse momento que o Muay Thai, como atividade física, poderá surgir na vida do indivíduo proporcionando prazer, pois como assinala Mello, et al., (2005), a atividade física atua proporcionando bem-estar mesmo após ser realizado em intensidade moderada, gerando alterações fisiológicas, bioquímicas e psicológicas.

Por esse aspecto, Antunes, et al., (2006) supõe que a atividade física pode ser utilizada não somente como uma alternativa não medicamentosa, mas também como um coadjuvante.



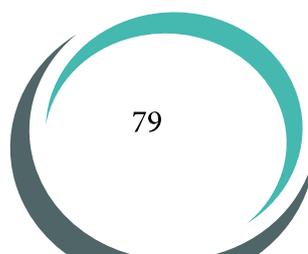
Consumir intensamente drogas de qualquer natureza, irá ativar a circuitaria cerebral do sistema de recompensa, resultando em uma maior liberação da dopamina, que se projeta substancialmente no núcleo accumbens (Nac), e seu funcionamento com o córtex pré-frontal (CPF) e a amígdala, conforme dito por Mijares e Silva, (2006) citando Kalivas & Nakamura, (1999), e que irão produzir de forma não-natural as recompensas, provenientes de comportamentos recorrentes que proporcionam prazer, desencadeando uma superdose neuroquímica no cérebro, reforçando a possibilidade de usar novamente.

O Muay Thai vai operar também produzindo de forma natural, a recompensa. pois conforme Mello, et al., (2005), as propriedades de reforço positivo do exercício estariam associadas à sua capacidade de aumentar os níveis dos principais neurotransmissores envolvidos nas vias neurais do prazer, as endorfinas e dopamina.

Dado que também, nos é apresentado por Antunes et al., (2006), onde afirmam que a prática da atividade física de maneira intensa ou moderada, parece estar diretamente associada uma maior ação da Dopamina, além da Serotonina e da Noradrenalina, que irão influenciar no humor, na ansiedade, no ciclo de sono, alimentação e processos de memória.

Os autores seguem ainda, apontando possíveis alterações neuroendócrinas e humorais promovidas pelo exercício, como o aumento do hormônio diurético conhecido como vasopressina, relacionando também a atividade física com a liberação de endorfinas, principalmente a β -endorfina que age reduzindo a dor ao ser lançado na corrente sanguínea, e que é liberada após o pico de adrenalina, que por sua vez, funciona como uma droga, pois ela vicia o organismo, fazendo com que o indivíduo procure cada vez mais a sensação que ela causa, e conseqüentemente repita as situações que a liberam, com o intuito de suprir a necessidade, porém no caso, pode-se dizer que se trata de um “vício positivo”.

A dependência química, segundo Mijares e Silva (2006), justifica-se em parte porque os sistemas neurais responsáveis pelo grau de controle de um estímulo sobre o comportamento do indivíduo,



são sensibilizados pela utilização repetida da substância, fazendo com que o indivíduo sensibilizado ao se expor à droga ou a estímulos associados a ela, queira a substância mesmo não gostando dela, e que o gostar estaria associado a processos e funções cognitivas, assim como o processo de fissura.

Antunes et al., (2006), dizem que o aumento da oxigenação cerebral durante o exercício, acelera a neurotransmissão para reações bioquímicas na síntese e degradação de seus contribuintes, agilizando os mecanismos e aumentando a velocidade do processo cognitivo, podendo auxiliar na melhora das funções cognitivas, demonstrando que os efeitos do exercício sobre a função cognitiva são multifatoriais e estão associados às alterações promovidas pelo exercício em diversos sistemas.

Considerações Finais

Diante do trabalho apresentado, o objetivo foi de apresentar dados que comprovassem a eficácia da utilização do Muay Thai no tratamento do dependente químico dentro da clínica de reabilitação, com foco na compreensão do aspecto neurológico, biológico e psicológico, o que se fez convalidar tal propósito, pois percebe-se a existência de mecanismos bioquímicos no organismo humano que são ativados tanto no uso de substâncias químicas, quanto na prática do Muay Thai.

A ação de neurotransmissores, dentre eles a dopamina, pode ser estimulada com a prática do exercício físico, confirmando assim a hipótese de que o sistema dopaminérgico está particularmente envolvido tanto na execução da prática do Muay Thai, quanto na utilização e no desenvolvimento da dependência a diferentes drogas.

A dependência química é tratada neste trabalho como uma doença que acomete os fatores componentes da função biopsicossocial do indivíduo, causando ao dependente químico alterações fisiológicas, sociais e psicológicas, tendo ainda como resultado dessas alterações, perdas significativas como o aumento de sintomas negativos emocionais, físicos e perdas no âmbito social e familiar, o que torna indispensável a elaboração de um plano de ação, seja terapêutico e/ou medicamentoso, que



promova sua reabilitação e reinserção social como um todo.

A prática do Muay Thai, enquanto atividade física promove a saúde, auxiliando no tratamento da dependência química e na reabilitação, considerando que o dependente irá passar por um processo de mudanças, que irão exigir habilidades das quais o mesmo não dispunha antes de iniciar o tratamento.

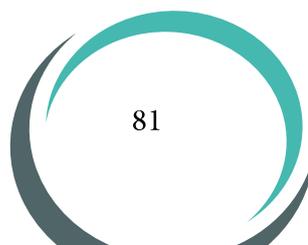
O período de recuperação vai exigir do paciente em tratamento, um plano de reestruturação da vida, tendo a consciência de que a droga não pode e nem deve fazer parte desse novo caminho, e para que isso seja possível, há de se ter também a consciência da necessidade de mudanças de lugares frequentados, ciclo de amizade, e de comportamentos e situações de risco, possibilitando o paciente em tratamento, conhecer suas necessidades e limites.

O dependente em tratamento e pós-tratamento deve procura inserir-se socialmente, buscando fazer parte de ambientes e grupos saudáveis, fazendo-se influenciar por situações e pessoas com visões de mundo positivas, a fim de reduzir riscos, sentindo-se capazes de buscar alcançar metas, iniciando projetos de vida e se conscientizando de sua capacidade.

A arte marcial vai atuar diretamente no treinamento de autocontrole, desenvolvendo no indivíduo a capacidade de lidar com situações difíceis da vida e do tratamento em si, reduzindo a ansiedade, a raiva e comportamentos inadequados.

Assim, é possível concluir através do presente estudo, que o Muay Thai, pode auxiliar no tratamento para a dependência química, dentro da clínica de reabilitação, pois o dependente químico isolado, longe do contexto social, necessitará preencher a falta da droga da qual é dependente, bem como da ausência de familiares e amigos.

Logo, a arte marcial será provedora de benefícios, gerando prazer, bem-estar físico e mental, possibilitando, ainda, dentro do tratamento clínico, reiniciar um novo programa de hábitos, ciclos sociais de amizades saudáveis, buscando atuar de maneira mais assertiva.



Referências

Alcoólicos Anônimos. (1978). A história de como muitos milhares de homens e Mulheres se recuperaram do alcoolismo, Centro de Distribuição de literatura de A.A. para o Brasil.

Alvaes, L.; Mariano, A. (2007) Muay Thai. Boxe Thailandês. São Paulo. On Line editora. Andrade RV, Silva AF, Moreira FN, Santos HPS, Dantas HF, Almeida IF, Lobo LPB, Nascimento MA. (2003). Atuação dos neurotransmissores na depressão. Rev. Bras. Ciênc. Farm. [periódico na Internet].

Antunes, H.K.M.; Santos, R.F.; Cassilhas, F.; Santos, R.V.T.; Bueno, O.F.A.; Mello, M.T. (2006). Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, São Paulo, v.12, n.2, p.108-14.

Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2010). Glossário de álcool e drogas.

Cardoso, R. M. M. (2006) Só por hoje: um estudo sobre Narcóticos Anônimos, estigma social e sociedade contemporânea. 113 p.

Carnaval, Paulo Eduardo. (1997). Medidas e avaliações: em ciências do esporte. 2 ed. Rio de Janeiro: Sprint.

DSM -5. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

Doron, R.; Parot, F. (orgs.) Psicologia Clínica. (1998) Dicionário de Psicologia. Vol. I. São Paulo: Ática.



Federação Portuguesa de Kick Boching e Muay Thai. (2008). Regras de Arbitragem de Muay Thai FPK/IFMA.

Fernández-Ríos, L., & Buela-Casal, G. (2009). Standards for the preparation and writing of Psychology review articles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 329-344.

Fontes, Maria Alice. (2013). O que é a Dependência Química? Tipos de droga, efeitos e tratamento – Internet. Disponível em <http://www.plenamente.com.br>

Fossi, L. B.; Guareschi, N. M. F. (2015). O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Estudos e pesquisas em psicologia*, v. 15, n.1, p. 94-115.

Garcia-Mijares, Miriam; Silva, Maria Teresa Araujo. (2006). Dependência de drogas. *Psicologia – USP, São Paulo*, v.17, n 4, p.213-240.

Koller, S. H.; Couto, M. C. P. P.; Hohendorff, J.V. (2014, Organizadores). *Métodos de pesquisa: manual de produção científica*. Porto Alegre, RS: Penso

Kraitus, P. (1988). *Muay-Thai*. Bangkok. J.A.S. International Co.,LTD, 9. ed. STOCKMANN, H. *ThaiBoxing*. Bangkok. Duang Kamol, 1979

Marconi, M. de A.; Lakatos, E.M. (2001). *Metodologia do trabalho científico*. 5.ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas.

Mello, M. T., Boscolo, R. A., Esteves, A. M. & Tufik, S. (2005). O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 11(3), 203-207.

Minayo, Maria Cecília de Souza. (2001) (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 19.ed. Petrópolis: Vozes.

Narcóticos Anônimos, NAWS (2015). *Narcóticos Anônimos (Texto Básico, Tradução para o Português, Brasil, da Sexta Edição do livro Narcotics Anonymous)*.

Partilha de Jimmy K. EUA, (1973). Disponível em <http://www.napt.org/arquivo/jimmyk.php>. OBID – (2007) Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas.

Oliveira, Silvio Luiz. (2002). *Metodologia Científica Aplicada ao Direito*. Ed. Cengage Learning Editores.

Pacionik, R. (1978) *Dicionário Médico*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Pittman, (1988) AA “The Way It Began”. Seattle: Glen Abbey.

SENAD – (2006). *Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas*.

Toscano Jr., A. (2001). Um breve histórico sobre o uso de drogas. Em S. Seibel & A. Toscano Jr. (Eds.). *Dependência de drogas* (pp. 7-23). São Paulo: Atheneu.

