A stylized, semi-transparent illustration of a human heart in shades of pink and red. Several catheters or tubes are shown inserted into the heart's chambers and major vessels. The background is a soft, light pink gradient.

ALBERTINA BONETTI

**O CORAÇÃO E O LÚDICO:
VIVÊNCIAS CORPORAIS PARA UM VIVER MAIS
SAUDÁVEL DE PESSOAS COM DOENÇAS
ATEROSCLERÓTICA CORONARIANA**

2006

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

ALBERTINA BONETTI

**O CORAÇÃO E O LÚDICO:
VIVÊNCIAS CORPORAIS PARA UM VIVER MAIS SAUDÁVEL DE
PESSOAS COM DOENÇAS ATEROSCLERÓTICA CORONARIANA**

**FLORIANÓPOLIS
2006**

B712c Bonetti, Albertina

O coração e o lúdico : vivências corporais para um viver mais saudável de pessoas com problemas cardiovasculares / Albertina Bonetti ; orientadora Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva. – Florianópolis, 2006.
212 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2006.

Inclui bibliografia.

1. Artérias coronárias – Doenças. 2. Aterosclerose. 3. Exercícios físicos. 4. Idosos – Recreação . 5. Autopercepção. 6. Qualidade de vida. I. Silva, Denise Maria Guerreiro Vieira da. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU: 616-083

Catálogo na fonte por Onélia S. Guimarães CRB-14/071

ALBERTINA BONETTI

**CORAÇÃO E O LÚDICO:
VIVÊNCIAS CORPORAIS PARA UM VIVER MAIS SAUDÁVEL DE
PESSOAS COM PROBLEMAS CARDIOVASCULARES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

2006

ALBERTINA BONETTI

O CORAÇÃO E O LÚDICO: vivências corporais para um viver mais saudável de
pessoas com problemas cardiovasculares

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para
obtenção do Título de:

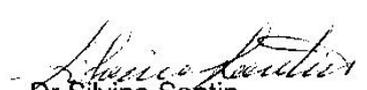
Doutor em Enfermagem

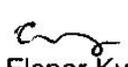
E aprovada em sua forma final em 18 de dezembro de 2006, atendendo às
normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia,
Saúde e Sociedade.


Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:


Dra. Denise Maria Guerreiro Viera da Silva
Presidente


Dr. Silvino Santin
Membro


Dr. Elenor Kunz
Membro

Dra. Grace T. Marcon Dal Sasso
Membro

Dra. Mercedes Trentini
Membro

Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Suplente

Dr. Magnus Benedetti
Suplente

À minha querida Mãe,
que me ensinou a enfrentar
os desafios que o
VIVER
me apresenta.

A elaboração deste estudo foi um processo coletivo. Muitas pessoas direta ou indiretamente, consciente ou inconsciente, contribuíram para que ele se tornasse realidade. À todas elas registro minha gratidão e carinho.

*Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela oportunidade, em especial à coordenadora
Profa. Maria Itayra Coelho de
Souza Padilha.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo
financiamento dos meus estudos na Espanha.*

*Aos funcionários da Secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
em especial à Cláudia e ao Sr. Jorge.*

*Ao Dr. José Luis Medina Moya, pela possibilidade de aprendizado e compartilhamento de
suas experiências.*

Aos amigos do NUCRON, por enriquecer o meu processo de reflexão.

*Aos amigos do Núcleo Interdisciplinar, em especial as pessoas que contribuíram na
realização dessa investigação.*

*Aos amigos do Centro de Esporte, em especial do NEPEF, que acreditaram e torceram por
mim.*

Aos alunos, que a cada dia nos estimulam na busca permanente de novos desafios.

*Às alunas e amigas da Ginástica, pela compreensão, carinho e aconchego ao entender
todo o processo aprendizagem.*

*Às amigas Selma, Ana Lúcia, Magda, Tânia, pelo convívio, solidariedade e amizade compartilhados
por todo esse tempo de Curso.*

*Às monitoras, Verônica, Melina e Pratrícia, e as pessoas que participaram do Programa
de Vivências Corporais Lúdicas, que souberam tornarem nossos
“encontros” mais lúdicos graças ao entusiasmo,
dedicação e carinho.*

*Aos amigos Deo, Suely, Chico, Rosane, Luís, Regina, Nely, Maristela e Neuza pelo carinho,
devaneios e companheirismo.*

*À minha orientadora, Denise, sou inteiramente grata por essa orientação que ultrapassa a Tese,
bem como o imenso carinho, respeito nos momentos
de dificuldade, de dor e alegrias.*

*Aos Doutores: Silvino Santin, Mercedes Trentini, Elenor Kunz, Grace Sasso, Flávia Regina Souza
Ramos e Magnus Benetti pelos questionamentos, contribuições e
observações críticas a respeito do texto.*

À minha família, pela educação, respeito e carinho dada a minha formação, proporcionando a continuidade nos estudos até a chegada a este doutorado e compreensão quanto ao afastamento e ausência em momentos especiais.

À minha mãe, os mais profundos agradecimentos por suas sábias Lições de esperança; através de gestos de amor, compreensão, alegria que infundiram-me a confiança necessária para realizar os meus sonhos.

Há muito mais a quem agradecer...À todos aqueles que, embora não nomeados, estiveram presentes em distintos momentos do meu "processo de viver", o meu reconhecido e carinhoso muito obrigado!!!

"Sim, esta é a vida vista pela vida.

*Mas de repente esqueço o como
captar o que acontece,
não sei captar o que existe
senão vivendo aqui cada coisa que
surgir e não importa o quê (...).*

*Então escrever é o modo de
quem tem a palavra como isca:
a palavra pescando o que não é palavra.*

*Quando essa não palavra
-a entrelinha-
morde a isca, alguma coisa se escreveu.*

*Uma vez que se pescou a entrelinha,
poder-se-ia com alívio jogar a
palavra fora.*

*Mas aí cessa a analogia:
a não palavra,
ao morder a isca,
incorporou-a".*

(ÁGUA VIVA)

Clarice Lispector

BONETTI, Albertina. **Coração e o lúdico**: vivências corporais lúdicas para um viver mais saudável de pessoas com doenças arterosclerótica coronariana, 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 212p.

Orientadora: Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

RESUMO

Este estudo objetivou compreender como um programa de Vivências Corporais Lúdicas contribui para um viver mais saudável de pessoas com doença aterosclerótica coronariana (DAC). A tese sustentada foi que o programa de Vivências Corporais Lúdicas oferece melhores condições para pessoas com DAC se expressarem, se manifestarem por meio do movimento corporal, oportunizando à ela construir outras possibilidades de se situar mais saudável no mundo. O caminho metodológico se fundamentou na pesquisa convergente-assistencial. As pessoas envolvidas, foram dezenove, com idades que variaram entre cinquenta e um e oitenta e dois anos integrantes, de um grupo de pesquisa interdisciplinar sobre dislipidemias. Foi desenvolvida um Programa de Vivências Corporais Lúdicas durante oito meses com esse grupo de pessoas, efetuando coleta de dados qualitativos obtidos através de observação participante e entrevistas semi-estruturada e os dados quantitativos foram obtidos através de exames laboratoriais objetivando verificar os perfis lipídicos (níveis de CT, HDL-c, LDL-c e TG), teste de esforço físico, medidas antropométricas, dobras cutâneas e flexibilidade. O programa foi realizado três vezes por semana com duração de uma hora cada encontro lúdico. Para analisar as entrevistas e os diários de campo utilizei o software para análise de dados qualitativos - ATLAS TI. Para análise dos dados quantitativos, como medidas antropométricas, exames laboratoriais, teste de esforço físico, flexibilidade, foi utilizada a estatística descritiva e a estatística inferencial, buscando apreender as mudanças físicas decorrentes das vivências corporais. A análise dos dados procedentes das observações e das entrevistas nos ofereceu uma aproximação dos temas que eram mais relevantes para as pessoas participantes do programa: saúde, corpo, conhecimento de si, relacionamento, motivação, condicionamento físico, diversidade; sendo assim, nos levou a formar duas categorias: “A re-significação dos movimentos corporais”; “O estar e fazer compartilhados”. Uma terceira categoria foi constituída a partir da análise dos dados quantitativos, denominada “As mudanças anátomo-fisiológicas”, observadas após as Vivências Corporais Lúdicas. No desenvolvimento do programa percebemos que as Vivências Corporais Lúdicas proporcionaram às pessoas com DAC: amenização dos momentos de solidão; o conhecimento de si; diminuição dos níveis de tensão; contribuição como suporte de ajuda; rompimento com movimentos estereotipados e mecanizados para a prevenção e reabilitação, dando um novo sentido ao “se-movimentar”. O Programa promoveu mudanças discretas em algumas variáveis mensuradas tais como: medidas antropométricas, exames laboratoriais e teste de esforço físico e mudanças significativas nas Dobras Cutâneas (Subescapular e Supraílica) e na flexibilidade. Por fim, acreditamos que as Vivências Corporais Lúdicas possibilitaram às pessoas perceberem-se ativas, vivas, motivadas, queridas,

amadas, capazes, importantes e “presentes” no seu processo de viver, proporcionando um re-significado de suas vivências e experiências.

Palavras Chave: corpo, doença aterosclerótica coronariana, saudável, vivências.

BONETTI, Albertina. **Corazón y el lúdico: vivencias corporales para un vivir más saludable de personas con enfermedad arteriosclerótica coronaria**, 2006. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Curso de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 212p.

Tutora: Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

RESUMEN

Este estudio ha objetivado comprender como un programa de Vivencias Corporales Lúdicas contribuye para un vivir más saludable de personas con enfermedad aterosclerótica coronaria (DAC). La tesis sustentada fue que el programa de Vivencias Corporales Lúdicas ofrece mejores condiciones para personas con DAC expresarse, manifestarse por medio del movimiento corporal, oportunizando a la persona construir otras posibilidades de situarse más saludable en el mundo. El camino metodológico se fundamentó en la pesquisa convergente-asistencial. Participaron diecinueve personas con edades entre cincuenta y uno y ochenta y dos años, integrantes de un grupo de investigación interdisciplinaria que poseían diagnóstico de dislipidemia. Fue desarrollado el programa de Vivencias Corporales Lúdicas durante ocho meses. Los encuentros lúdicos fueron realizados a una frecuencia de tres veces a la semana por una hora cada. Mientras ocurría el programa, era efectuada la recolección de los datos cualitativos obtenidos a través de las siguientes técnicas: observación participante, anotaciones en el diario de campo y entrevista semi-estructurada. Datos cuantitativos fueron obtenidos a través de exámenes laboratoriales objetivando verificar los perfiles lipídicos (niveles de CT, HDL-c, LDL-c y TG), test de esfuerzo físico, medidas antropométricas, doblas cutáneas y flexibilidad. Para analizar las entrevistas y los diarios de campo fue utilizado el software para análisis de datos cualitativos, denominado ATLAS TI. Para análisis de los datos cuantitativos fue utilizada la estadística descriptiva de inferencia, buscando aprehender los cambios físicos derivados de las vivencias corporales. El análisis de los datos procedentes de las observaciones y de las entrevistas nos ofreció una aproximación de los temas que eran más relevantes para las personas participantes del programa: salud, cuerpo, conocimiento de sí, relación, motivación, condicionamiento físico, diversidad; así que nos llevó a formar dos grandes categorías: “La Re-significación de los movimientos corporales”; “El estar y hacer compartidos”. Una tercera categoría fue constituida a partir de la análisis de los datos cuantitativos, denominada “Los cambios anátomo-fisiológicas” observadas tras las Vivencias Corporales Lúdicas. En el desarrollo del programa percibimos que las Vivencias Corporales Lúdicas proporcionaron a las personas con DAC: amenización de los momentos de soledad; el conocimiento de sí; disminución de los niveles de tensión; contribución como soporte de ayuda; rompimiento con movimientos estereotipados y mecanizados para la prevención y rehabilitación, dando un nuevo sentido al “moverse”. El Programa ha promovido cambios discretos en algunas variables mensuradas como: medidas antropométricas, dobla cutánea suprailiaca, exámenes laboratoriales y test de esfuerzo físico y mudanzas significativa en la dobla cutánea (Sub-espalar) y en la flexibilidad. Por fin, creemos que las Vivencias Corporales Lúdicas posibilitaron a las personas se percibieran activas, vivas, motivadas, queridas, amadas, capaces, importantes y “presentes” en

su proceso de vivir, proporcionando un (re)significado de sus vivencias y experiencias.

Palabras Llave: cuerpo, enfermedad aterosclerótica coronaria, saludable, vivencia.

BONETTI, Albertina. **Heart and the Ludic: Body Ludic Experience for a healthier life of people with arteriosclerosis coronary disease**, 2006. Thesis (Doctorate in Nursing) Post Graduation Course in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianopolis. 212f.

Advisor: Dr. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

ABSTRACT

The aim of this study was to understand how a program Body Ludic Experience can improve the lives of people diagnosed with coronary arteriosclerosis (CA). The assumption underlying this study was that the aforementioned program offer opportunities for these people to express themselves through body movements, enabling them to relate to the world in a different way. The method used was the supporting convergence. There were 19 participants, ranging from 50 to 80 years old and who were part of a group of interdisciplinary research on dislipdemias. A program of Body Ludic Experience was developed and run during 8 months with the participants. The qualitative data was collected through observation and semi structure interviews and the quantitative data were collected through laboratory tests aiming at identifying lipid profiles (levels of CT, HDL-c, LDL-c and TG), physical strength test, anthropometric measures, skin laps and flexibility. The program ran three times a week and the sessions lasted one hour each. The software ATLAS TI was used to analyze the qualitative data. Descriptive statistics were run for the quantitative data, searching physical changes as a consequence of participating in the program. The analyses of the notes taken during observations, as well as of the interviews enabled the researcher to tap emerging themes for the participants such as: health, body, and self-knowledge. From these, two categories were created: "The search for new meanings of body movements"; "The shared being". A third category was created from the analyses of the quantitative data, namely "The anatomic-physiological changes" observed after participation in the program. As the program progressed, the following changes in the people involved were observed: loneliness relief, self-knowledge, decrease of tension levels, contribution as help support, break with stereotyped and mechanical movements to prevent disease and rehabilitation providing a new meaning to movement. The program promoted discreet significant changes in some measurable variables such as skin laps, and flexibility. Finally, it is believed that the program enabled the participants to see themselves as active, motivated, loved, capable people who were in charge of their lives, giving them a new meaning to their experiences.

Key-words: body, arteriosclerosis coronary disease, health, experience.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Valores da Flexibilidade Pré e Pós-Programa	164
Tabela 2 - Classificação do Teste de Sentar e Alcançar de Nieman	164
Tabela 3 - Comparação entre os valores médios da flexibilidade no Pré e Pós-Programa	165
Tabela 4 - Apresentação da Massa Corporal e do IMC do Pré e Pós-Programa...	167
Tabela 5 - Apresentação da classificação do IMC proposto pela OMS	167
Tabela 6 - Comparação Massa Corporal e do ICM do Pré e Pós-Programa	168
Tabela 7 - Comparação DC Subescapular do Pré e Pós-Programa em %.....	169
Tabela 8 - Comparação DC Supra- ilíaca do Pré e Pós-Programa em %.....	170
Tabela 9 - Média e Desvio Padrão das Dobras Cutâneas: subescapular, supra-íliaca do Pré e Pós-Programa	170
Tabela 10 - Comparação do Perímetro da Cintura do Pré e Pós-Programa	171
Tabela 11 - Média e Desvio Padrão do Perímetro da Cintura do Pré e Pós-Programa	172
Tabela 12 - Apresentação dos Níveis de CT, HDL, LDL e TG dos Participantes do Pré e Pós-Programa.....	174
Tabela 13 - Comparação das médias de COL, HDL, LDL, e TG do Pré e Pós-Programa	174
Tabela 14 - Comparação do Consumo Máximo de O ₂ (VO ₂) do Pré e Pós-Programa	177

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização e Diagnóstico dos Participantes do Programa.....	80
Quadro 2 - Frequência dos Participantes no programa de Vivências Corporais Lúdicas.....	86
Quadro 3 - Exemplo do processo de codificação do conteúdo das entrevistas..	101
Quadro 4 - Categorias Emergentes da Codificação das Entrevistas.....	103

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tela de trabalho com o ATLAS TI 5.0.....	100
--	------------

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	15
LISTA DE QUADROS	16
LISTA DE FIGURAS	17
I INTRODUÇÃO	20
1.1 Objetivos	25
II FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
2.1 O corpo saudável e o corpo doente: revisando alguns conceitos	26
2.1.1 O(s) Corpo(s).....	26
2.1.2 A(s) doença(s).....	29
2.1.3 A(s) doença(s) como um processo cultural dinâmico.....	31
2.1.4 A doença crônica como experiência.....	34
2.2 A Doença Aterosclerótica Coronariana	37
2.2.1 Fatores de Risco da DAC.....	39
2.2.2 Intervenção para a prevenção da DAC	49
2.3 Exercício Físico e Suas Percepções	51
2.3.1 Percepção Anátomo-fisiológica	52
2.3.2 Percepção Motivacional	56
2.4 O Lúdico nas Manifestações Corporais.....	58
2.4.1 O Jogo.....	60
2.4.2 O Lúdico.....	65
2.5 As Vivências Lúdicas nas Manifestações Corporais	68
III CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	74
3.1 A Pesquisa Convergente Assistencial	74
3.2 Local do Estudo.....	77
3.3 Escolha dos Participantes.....	78
3.4 Caracterização dos Participantes.....	79
3.5 Procedimentos de Coleta de Dados	81
3.6 Aspectos Éticos.....	83
3.7 A Prática Assistencial: encontros lúdicos.....	84
3.8 Conhecendo as manifestações corporais vivenciadas no Programa	87
3.8.1 A Expressão corporal.....	88
3.8.2 A Dança.....	89
3.8.3 Os Jogos Recreativos.....	92
3.8.4 A Capoeira.....	92
3.8.5 A Caminhada.....	94
3.8.6 A Ginástica.....	95
3.8.7 A Hidroginástica.....	96
3.8.8 A Flexibilidade.....	97
3.8.9 A Ioga.....	97
3.9 Processo de Análise dos Resultados	98
3.9.1 Dados quantitativos	98
3.9.2 Dados qualitativos	99
IV VIVER DE BRINCAR: VIVÊNCIAS LÚDICAS.....	106
4.1 O que as Vivências proporcionaram.....	106
4.1.1 As sensações.....	107

4.1.2 As dificuldades...	113
4.1.3.1 Os desafios.....	115
4.1.4 O lúdico na e com a natureza.....	117
4.1.5 Os receios.....	122
4.1.6 As percepções.....	129
4.1.7 O prazer.....	130
V ALÉM DAS VIVÊNCIAS CORPORAIS LÚDICAS: UM VIVER MAIS SAUDÁVEL	137
5.1 Re-significação dos movimentos corporais.....	139
5.1.1 A Diversidade.....	140
5.1.2 A Motivação.....	142
5.1.3 As Singularidades.....	143
5.1.4 As Dores.....	148
5.1.5 As Amarras.....	150
5.1.5 O Conhecimento de si.....	153
5.2 O estar e o fazer compartilhados.....	155
5.2.1 O Tecido de Relações e Interações.....	158
5.2.2 O Sentimento de Amor.....	160
5.3 Mudanças anátomo-fisiológicas observadas após Vivências Corporais.....	163
5.3.1 A Flexibilidade.....	163
5.3.2 O Índice de Massa Corporal (IMC).....	166
5.3.3 Os Indicadores Lipídicos.....	173
5.3.4 Teste de Esforço Físico.....	176
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	180
APÊNDICES.....	198
ANEXO.....	212

I INTRODUÇÃO

O movimento da globalização, desencadeado na década de 80, expressa-se na difusão de padrões transnacionais de organização econômica e social de consumo, de formas de lazer e práticas culturais, artísticas e corporais, influenciando a forma de viver das pessoas.

O mundo globalizado atingiu as diversas esferas da vida humana, desde os padrões de trabalho, saúde e educação, até as formas de lazer e de expressão artístico/cultural, tecnologia, administração de empresas e de instituições públicas, gerando profundas mudanças sociais e econômicas. Essas mudanças têm provocado alterações no modo de viver das pessoas, desencadeando fatores de risco de caráter social, político, econômico e cultural.

Um dos maiores reflexos das mudanças geradas no mundo globalizado é o que ocorre sobre a qualidade de vida das pessoas, principalmente nos seus hábitos e estilos de vida. É possível verificar os efeitos das pressões contextuais no modo como as pessoas se organizam, encaminham suas atividades e interagem no dia-a-dia, principalmente os trabalhadores. Também são percebidas alterações no seu padrão de funcionamento biológico, nos hábitos de saúde e o surgimento, cada vez mais comum, de patologias clínicas. Nesse aspecto, é possível estabelecer uma relação entre o que se torna estilo de vida inadequado e o surgimento de doenças cardíacas, algumas formas de câncer, diabetes, distúrbios das gorduras do sangue e a obesidade.

Da mesma forma, verifica-se que hábitos como o tabagismo, o alcoolismo ou outro tipo de dependência química, na maioria das vezes gerados por fatores ambientais, sociais e estresse da “vida moderna”, também são determinantes de doenças e de desajuste/desigualdade social.

Ao lado desse quadro desfavorável à definição de uma vida saudável, observa-se que a dinâmica do trabalhador, de um mundo voltado à competição e à produção permanente, o estimula ao hábito de viver de forma cada vez mais

sedentária, conseqüentemente, longe de algum tipo de atividade física. Esta forma de agir, por sua vez, tende a gerar uma rotina de convívio com a angústia e mal-estar psicológico/social de vários tipos, podendo acarretar uma deterioração orgânica precoce.

Para superar esse risco e na tentativa de busca de uma melhor qualidade de vida, as pessoas procuram alternativas que consideram mais saudáveis para si. Recorrem, com isso, a todo tipo de práticas que lhes proporcionem bem-estar, como, por exemplo, a busca de novas religiões, seitas, igrejas, templos; academias e pólos desportivos; participação em esportes radicais e junto à natureza. Esse processo de busca acaba por desencadear o surgimento de espaços privados e restritos como os hotéis-fazenda, os spas, as clínicas, os centros terapêuticos, os grupos comunitários, que respondam às suas necessidades, inquietações e angústias.

Outras tentativas de ampliar o acesso das pessoas a espaços que permitam a sua maior integração com a natureza e consigo mesma têm sido as iniciativas de políticas de caráter governamentais e não-governamentais, com programas voltados à conscientização sobre o valor da prática das atividades corporais. O exercício físico regular tem sido proposto para indivíduos com predisposição a desenvolver tais doenças, como mais uma possibilidade de ajuda.

Nesse sentido, para atender as pessoas portadoras de doenças coronarianas, especialmente a Doença Aterosclerótica Coronariana (DAC), o Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) desenvolve um Programa de Reabilitação e Prevenção Cardiorrespiratório, o PROCOR, do qual temos participado e adquirido alguma experiência nesta área. O trabalho teve início em setembro de 1997, com o objetivo de promover o condicionamento físico direcionado aos portadores de DAC, bem como para aqueles com diagnóstico de diabetes mellitus ou intolerância à glicose, hipertensão, obesidade, hiperuricemia, hipercolesterolemia, dilipoproteínemias, pessoas tabagistas e sedentárias (SILVA, 1997). Essa experiência, além de atender uma demanda significativa da comunidade, tem servido como campo experimental para docentes e discentes, em especial, do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina.

Um destaque do programa é o atendimento às pessoas com DAC incluindo aquelas pós-infarto do miocárdio, estimulando sua participação em atividades físicas que conduzam à melhoria das condições fisiológicas, clínicas, psicológicas, sociais e profissionais.

No entanto, nesta experiência da qual participamos no período de 1998 a 2001 e, em outras que têm sido relatadas, os exercícios de alongamento, flexibilidade e efeitos localizados geralmente são realizados de uma forma mecânica, repetitiva, levando muitas vezes as pessoas a desistirem de freqüentar o programa de reabilitação por o considerarem enfadonho. A metodologia é centrada na demonstração e repetição de exercícios o que resulta, por vezes, na execução de movimentos sem que os alunos sintam seu próprio corpo: um corpo que se relaciona, sente e vibra. Nesse sentido, percebemos uma dificuldade de sentirem o próprio ritmo e de compreenderem as suas possibilidades corporais de expressão.

Estudos já realizados com sujeitos em outras situações enfatizam que as pessoas sentem-se mais motivadas em participar de programas quando estes apresentam uma forma mais dinâmica na realização das atividades, proporcionando maior prazer em ter vivenciado aquela atividade (FRANKLIN, 1988; DZEWALTOWSKI, 1994; SHEPARD, 1995; OKUMA, 1997; ISLER & DARIDO, 1999; BONETTI, 2000; WEINBERG & GOLD, 2001; SAMULSKI, 2002).

Geralmente o que se encontra são programas que enfatizam sessões de exercícios exaustivos, repetições exageradas dos movimentos causando um certo desconforto, dor e, sobretudo, muita força de vontade para permanecer nestes programas. Apenas uma minoria de pessoas parece realizar o exercício físico com prazer, sem esforço nem desconforto.

Lovisoló (2000) e Carvalho (2001) questionam o porquê de as pessoas não praticarem atividade física ou permanecerem em um programa de atividade física¹, já que há uma ampla divulgação dos conhecimentos científicos sobre os benefícios da atividade física para as pessoas que a praticam. As pesquisas indicam que as pessoas têm consciência dos benefícios da atividade física sobre o bem-estar, a saúde e a longevidade.

Segundo Lovisoló (2000), existe um conjunto de explicações fisiológicas e bioquímicas influenciando as pessoas a praticarem atividade física. No entanto, não existem essas mesmas explicações para justificar porque não realizam a atividade ou a abandonam. Os médicos e fisiologistas não sustentam o paradoxo de suas afirmações. Algumas questões são levantadas pelo autor:

¹ Conforme resultado de uma pesquisa realizada por Isler e Darido (1999), 70% das pessoas que freqüentam academia de ginástica o fazem por menos de seis meses, e as pessoas têm uma concepção muito mais relacionada à estética do que à necessidade de ser saudável.

Se a atividade física é tão boa para o organismo, porque ele a abandona? Por que a atividade física é abandonada ou suspensa se durante sua realização são gerados hormônios que provocam sensações de prazer, de potência, de excitação agradável? Por que é tão difícil, demanda tanto esforço físico e, sobretudo, mental, realizar o condicionamento físico, ganhar aptidão, fitness? Por que, em contrapartida, é tão fácil perder o condicionamento? (id., p. 75).

Um estudo desenvolvido por Carvalho (2001) aponta que as pessoas que freqüentam programas de atividade física não são vistas como pessoas que pensam, sentem, experimentam emoções, desejos carregam consigo sua própria história de vida. Freqüentemente elas aparecem escondidas em um grupo de sedentários ou praticantes de atividade física; em um grupo definido pela faixa etária (adulto, idoso); em um grupo definido pela natureza da atividade física que desenvolve; em um grupo de atletas, não atletas; indivíduos sadios e doentes, entre outras.

A ênfase de tais atividades, geralmente, concentra-se nos aspectos biológicos do ser humano, caracterizando-se pelo desenvolvimento de exercícios que visam o estímulo à busca da manutenção da saúde corporal e à aquisição da aptidão física e privilegiam os modelos padronizados de movimentos, aproximando-se mais de um conceito de normalizações de corpos (BONETTI, 1999). Desse modo, o corpo passa a ser entendido como um “corpo-anátomo-fisiológico” e não como um corpo antropológico (SOARES, 1994). O exercício físico é realizado de uma forma mecanizada, segmentado, padronizado, destituído de valores, princípios – recaindo numa mera reação aos estímulos do meio – em detrimento de uma ampla forma de exercitar o corpo, dotado de significados, de sentidos, de sensibilidade, de expressividade, impressividade, de afetividade, de símbolos culturais, entre outros elementos. Quando o ser humano é percebido sob a ótica biologista, ele é comparado a “uma máquina, um motor que depende dos ajustes funcionais e do combustível. O ser humano funciona dentro de leis e princípios mecânicos” (KUNZ, 1994, p.81). Sobressai então a coordenação motora, as performances e os rendimentos desprovidos de qualquer intencionalidade ou significado.

Considerando que a maioria dos programas de atividade física, principalmente os de prevenção e reabilitação cardiorrespiratória, não considera

como relevantes os aspectos sociais, culturais, ambientais, por exemplo; considerando que o essencial na prescrição médica são: intensidade, frequência e duração na prática do exercício físico e não a pessoa que se-movimenta. Considerando que as pesquisas que tratam de motivação à aderência aos programas não são desenvolvidas com pessoas que apresentam problemas de DAC, acreditamos que novas formas de práticas corporais que incluem não somente as atividades físicas, mas também consideram o sentido e as expressões dos movimentos baseados nas necessidades concretas de vida das pessoas, denominadas de Vivências Corporais Lúdicas possam contribuir para um viver mais saudável de pessoas com doença aterosclerótica coronariana.

Sendo assim, superar as dificuldades, fortalecidas historicamente, que comprometem a compreensão e a concretização dos fundamentos do lúdico, no dia-a-dia, deve ser o principal desafio. É nessa perspectiva que se pretende abordou as vivências lúdicas, objetivando as pessoas com doenças cardiovasculares, focalizando a DAC e seu fatores de risco, um pensar, agir, sentir, desejar e ter prazer, com sabor de liberdade, despertando o corpo para uma totalidade, muitas vezes desconhecida, proporcionando o (re)descobrir da ludicidade.

Nesse sentido, tem-se como elemento primordial na proposta desencadeadora deste projeto, o “lúdico”, entendido como uma atividade livre, prazerosa, alegre, harmoniosa, acreditando que este pode levar as pessoas com DAC à integrarem aos programas de prevenção e reabilitação cardiorrespiratória, objetivando desenvolver a criatividade, o prazer, a autonomia, a fantasia, entre outras manifestações; possibilitar melhor compreensão e percepção qualificada do movimento e, por fim, oferecer oportunidades às pessoas para, ao (re)descobrirem o seu corpo, (re)descubram o significado e a importância de ser e estar no mundo.

Assim, na intenção de elucidar e compreender o sentido de tais práticas para as pessoas envolvidas nessas atividades, este estudo se constituiu numa pesquisa que articulou a prática assistencial e a investigação, caracterizando-se como Pesquisa Convergente Assistencial. Teve como questão norteadora: Como um programa de Vivências Corporais Lúdicas contribui para um viver mais saudável de pessoas com doença aterosclerótica coronariana²?

A **tese** sustentada foi que o programa de Vivências Corporais Lúdicas oferece

² Para efeito deste estudo, estamos considerado pessoas com DAC aquelas que já possuem diagnóstico estabelecido ou apresenta fatores de risco identificados para doença.

melhores condições para a pessoa com DAC se expressar, se manifestar por meio do movimento corporal, oportunizando à ela construir outras possibilidades de se situar mais saudável no mundo.

1.1 Objetivos

A pesquisa em foco teve como objetivo geral: compreender como um programa de Vivências Corporais Lúdica contribui para um viver mais saudável de pessoas com DAC.

Para tanto, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver um Programa Vivências Corporais Lúdicas para um viver mais saudável de pessoas com DAC.
- Analisar as contribuições do Programa Vivências Corporais Lúdicas para um viver mais saudável de pessoas com DAC.
- Identificar as mudanças anátomo-fisiológicas dos participantes decorrentes do Programa de Vivências Corporais Lúdicas.

Sendo assim, nossa intenção neste estudo foi de contribuir para o desenvolvimento uma nova perspectiva de trabalhar com o movimento corporal, objetivando a prevenção e reabilitação de pessoas com DAC, possibilitando construções de referenciais para a orientação dos profissionais da área da Saúde e da Educação Física, influenciando, assim, no processo de viver mais saudável dessas pessoas.

II FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo apresentaremos algumas definições e percepções construídas sobre o corpo através da história, uma vez que este não cessa de ser redescoberto, estudado, revelado, cultuado como, também, a compreensão de doenças, sob a ótica da Biomedicina e da Antropologia, especialmente focalizando a doença crônica. Na seqüência, as características da doença aterosclerótica coronariana/DAC, seus fatores de riscos, a prevenção e reabilitação, o lúdico e sua compreensão na literatura e as vivências lúdicas nas manifestações corporais.

2.1 O corpo saudável e o corpo doente: revisando alguns conceitos

2.1.1 O(s) Corpo(s)...

Nos tempos atuais, a compreensão de corpo tem sofrido significativas alterações conforme as exigências culturais, como objeto de cuidados e controle. O corpo é indagado, pesquisado, em suas dimensões bio-psico-socio-cultural e seu portador passa a ser visto como uma totalidade dinâmica e integrada ao ambiente que o cerca. O corpo de cada indivíduo contém em si tudo aquilo que encerra o seu grupo, as suas representações, a sua história, as suas crenças e sentimentos que expressam sua origem social. Nele transbordam traços culturais, símbolos, imagens.

Os traços culturais são marcados pelo tempo na história e espaço na natureza, a partir dos quais os seres humanos engendram a vida, criam todos os bens simbólicos e, ao mesmo tempo, constroem-se a si próprios numa constante interação.

A humanidade não é constituída por um corpo, mas por muitos corpos, tantos quantos são os sujeitos pertencentes às muitas culturas que povoam o planeta.

Apesar disso, o corpo, como organismo e elemento da natureza, também nos atribui parte da condição humana e identidade da espécie. A interconexão

que estabelece com a cultura e a natureza, sendo integralmente de ambos os domínios, é que confere ao corpo humano sua singularidade no mundo e sua riqueza como ponto de partida para uma reflexão crítica. (SOARES E SILVA, 2003, p.133).

O homem, para Merleau-Ponty (1996), só pode ser compreendido nas relações de existência, e a relação homem-mundo é estabelecida pelo contato direto do corpo com o mundo. É o olhar e o seu significado que nos revela o mundo. O corpo é o mediador que organiza o sujeito no mundo.

O corpo é uma janela por meio da qual vejo e interajo com o mundo. Sendo, também, objeto do mundo, que tece os fios intencionais com ele e que me revela como percebo e sou percebido. É veículo do “ser no mundo, e ter um corpo é, para o ser vivo, juntar-se a um meio definido, confundir-se com certos projetos e empenhar-se continuamente neles (MERLEAU-PONTY, 1996, p. 122)”.

O corpo traz a história, desde o nascimento, que nos concebe como indivíduos da espécie humana (MENDES, 2002). Ao dar continuidade à historicidade do corpo, vai sendo construída outra história, mediante as experiências de vida, de acordo com a sociedade em que se vive.

O corpo, portador da mesma organização dos seres vivos, porém com diferença estrutural, vai adquirindo originalidade à medida que interage com o entorno. Formado por uma dinâmica molecular, organiza-se e reorganiza-se mediante as provocações advindas do ambiente e das pessoas com as quais se relaciona, sendo ao mesmo tempo agente perturbador, modificando o ambiente e as pessoas (MENDES, 2002). É durante o processo de viver, no cotidiano, que essas mudanças podem ser percebidas, com as mais variadas manifestações apresentadas no corpo.

Portanto, o que é biológico no ser humano se encontra simultaneamente infiltrado de cultura. Todo ato humano é bio-cultural. Os gestos, sendo ao mesmo tempo natural e cultural, expressam a nossa própria vida. Complexo, dinâmico, em constante transformação, o corpo expressa por meio dos gestos a relação com o mundo em que está inserido. É linguagem pessoal e social, embebida de influências culturais. Corpo universal que vai adquirindo singularidade; corpo que vai sendo construído e desconstruído de acordo com as relações complementares entre o cultural e o orgânico; corpo que, ao criar práticas de movimento, torna-se o espaço de expressão de vida. Corpo que se comunica através de seus gestos, e que é ao mesmo tempo orgânico, cultural e social (MENDES, 2002, p.15-16).

Este corpo, sendo móvel, mantém uma relação de reciprocidade com o mundo. O corpo vai se modificando, vai adquirindo simbolismo, significados novos, por meio das experiências que vão ocorrendo, e é pelos nossos gestos que somos capazes de expressar estes símbolos, formando, portanto, a linguagem do corpo. O corpo está sempre em construção (MENDES, 2002).

O corpo, para Goellner e Figueira (2002), não é apenas um corpo.

É também o seu entorno. Mais do que um conjunto de músculos, ossos, vísceras, reflexos e sensações, o corpo é a roupa e os acessórios que o adornam, as intervenções que nele se operam, a imagem que dele se produz, as máquinas que nele se acoplam, os sentidos que nele se incorporam, os silêncios que por ele falam, os vestígios que nele se exibem, a educação de seus gestos...enfim, é um sem limite de possibilidades sempre reinventadas, sempre à descoberta e a serem descobertas. O corpo é o que dele se diz, isto é, o corpo é construído. (p. 13)

O corpo, segundo Sant'Anna (2001, p. 3) é um processador de infindáveis virtualidade, "campo de forças que não cessa de inquietar e confortar", sendo talvez "o mais belo traço da memória da vida". O corpo é um "verdadeiro arquivo vivo, inesgotável fonte de desassossego e de prazeres, podendo revelar diversos traços de sua subjetividade e de sua fisiologia, mas ao mesmo tempo, escondê-lo".

Para Fraga, "o corpo existe em conexão. [...] Energia, alma, mente, genes, proteínas estão conectadas tanto ao nosso organismo, quanto aos outros, às plantas, ao planeta, à cultura e, por isso mesmo, tornam as possibilidades de significado do corpo cada vez mais amplas e implementam importantes alterações éticas, estéticas, epistemológicas e políticas para diversas áreas de estudo" (FRAGA, 2001 p.152).

São várias as formas de representar o corpo, pois existem corpos dissonantes que insistem em não se encaixar nos padrões fisiológicos, biológicos, psicológicos e estéticos vigentes; ou seja, corpos que escapam da racionalidade restrita da tecnociência, que reagem à padronização das relações humanas.

Fraga (2001, p.152) refere que:

há algum tempo a exposição de corpos se tornou um elemento central nas relações sociais, não apenas como consequência direta de modismo que está em voga, mas pelo modo como vem sendo insistentemente (re)pensado e (re)considerado por diferentes áreas do conhecimento humano e, também, pelo modo como o corpo vem sendo reconstituído dentro desse arsenal de inovações científicas e tecnológicas.

Sendo assim, percebemos que os corpos vão se modificando, transformando, adquirindo novos simbolismos e que na atualidade há uma pluralidade imensa na compreensão desse corpo, profundamente revestida do imaginário, do simbólico e do cultural. Podendo alcançar diversos significados demonstrados através de vasta terminologia, qual seja: Corpo objeto; Corpo modelo; Corpo máquina; Corpo emocional; Corpo saudável; Corpo doente.

Corroboramos com as palavras de Miranda (2005) que “ninguém nasce, ninguém vive, ninguém morre da mesma maneira em todos os lugares, estamos admitindo a interferência não só das condições genéticas e ambientais, mas também das culturais” p. (45). O corpo se constrói a partir de seus elementos biológicos e da sua inserção na cultura e a compreensão de corpo saudável e corpo doente também vai se modificando, vão adquirindo novos simbolismos, significados, representações por meio das experiências que vão ocorrendo nos diferentes contextos social, político, educacional, econômico e nas diferentes culturas. As mudanças culturais intervêm no aparecimento e na maneira das doenças se manifestarem.

2.1.2 A(s) doença(s)...

A expressão de doença atribuída pelas pessoas, por médicos, antropólogos e filósofos apresenta divergências e, muitas vezes, são incompatíveis com estilos de vida e definições individuais dos seres humanos (HEGEMBERG, 1998).

Alguns profissionais, principalmente os da área de saúde, fazem uma relação de saúde e doença com o “normal” e o “patológico”.

Para apreendermos a compreensão do normal e do patológico recorreremos a Canguilhem que enfatiza que na medicina existe uma confusão análoga em que este estado “normal designa ao mesmo tempo o estado habitual dos órgãos e seu estado ideal, já que o restabelecimento desse estado habitual é o objeto usual da terapêutica” (CANGUILHEM, 2000, p.66).

O autor questiona se este estado deve ser considerado normal porque é compreendido como objetivo da terapêutica ou se, pelo contrário, a terapêutica o considera justamente porque ele é tido como normal pelo doente. Canguilhem confirma que a segunda relação é verdadeira, pois entende que a medicina existe como arte da vida porque o ser humano pondera como patológicos certos estados ou comportamentos que, em relação à polaridade dinâmica da vida, são

apreendidos sob forma de valores negativos. Sendo assim, o ser humano prolonga de modo mais ou menos consciente um efeito espontâneo, para vencer obstáculos ao seu desenvolvimento e à manutenção da vida compreendida como “normal”. O sujeito imagina o que é não estar doente e age na concretização deste imaginário. Para ser normal, segundo o autor, tem que se levar em conta o conceito de equilíbrio e adaptabilidade, sendo necessário relevar o meio externo e o trabalho que o organismo ou suas partes devem efetuar.

Ser anormal para ele, consiste em se afastar, por sua própria organização, da grande maioria dos seres aos quais se deve ser comparado. Para a medicina, historicamente, doença, patologia e anormalidade passam a conotar a concepção de um único estado, enquanto que, por oposição, normalidade significa saúde.

O autor enfatiza que as anomalias não são os desvios estatísticos, mas sim um tipo normativo de vida. Quando a anomalia é interpretada em relação aos seus efeitos sobre a atividade do indivíduo e, portanto, à imagem que ele tem de seu valor e de seu destino, a anomalia é enfermidade. Mas nem toda anomalia é patológica, ou seja, a anomalia pode transformar-se em doença, mas não é, por si mesma, uma doença. Nesse sentido, há a percepção da dificuldade de determinar em que momento a anomalia passa a ser doença (CANGUILHEM, 2000).

Canguilhem enfatiza que é complexo distinguir anomalia de estado patológico e, no entanto, “é bastante importante do ponto de vista biológico, pois afinal ele nos remete a nada menos que ao problema geral da variabilidade dos organismos, da significação e do alcance dessa variabilidade” (p.110).

O ser normal não tem a mesma característica determinativa que todos os indivíduos da mesma espécie e, sim, a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais. Isto leva a pensar que o conceito de doença e de saúde varia de pessoa para pessoa. O que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outras situações, se permanecer inalterado. A pessoa é que pode avaliar essa mudança, pois é ela que sofre as conseqüências desta transformação, no momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas impostas por esta nova situação; ao contrário do normal, que vive num meio em que as novas situações e novos acontecimentos são possíveis (id., p.145-156).

O corpo doente se percebe em um novo meio, mais limitado, com novas normas de vida por uma redução do nível de sua atividade. “O doente é doente por

só admitir uma norma. O doente não é anormal por ausência de norma e, sim, por incapacidade de ser normativo". (id., p.148). O conceito de saúde não pode ser reduzido a um conceito científico, enfatiza Canguilhem.

Considerando que é impossível associar normalidade e saúde, ou anomalia e patologia, o recurso às medidas estatísticas, aos valores freqüentes, aos cálculos, nada nos esclarece a respeito deste conceito. Não é possível que a vida se desenvolva na solidão do organismo individual, nem que possamos alcançar um conhecimento dela pela comparação entre organismos. Só podemos considerar o ser vivo normal quando estiver inserido no seu meio e responder as demandas que este lhe impõe (CAPONI, 2003). A saúde, para esta autora, não pertence à "ordem dos cálculos, não é o resultado de tabelas comparativas, leis ou médias estatísticas e, portanto, seu estudo não é exclusivo das investigações biomédicas, sejam elas quantitativas ou não" (id., p. 120). Assim como a doença e a experiência que ela representa transcendem em muito a visão biomédica representando um papel em todos os lugares da vida social (ADAM, HERZLICH, 2001).

Do ponto de vista da pessoa doente, a interpretação da saúde/doença não se faz apenas com base em sensações fisiológicas, caracterizadas em termos biológicas ou bioestatísticos uma vez que a própria leitura dessas sensações é uma construção psicossocial e antropológico. Isto significa que a percepção das sensações enquanto alterações faz parte de um aprendizado que diz respeito a significados socialmente compartilhados (FERREIRA, 1995; NORDENFELT, 2000).

2.1.3 A(s) doença(s) como um processo cultural dinâmico...

Concordando que a saúde e a doença não acontecem de maneira separada dos demais aspectos da vida das pessoas e de uma sociedade Langdon (1994) ressalta que ambas fazem parte do contexto sócio-cultural, de um "sistema de saúde que é concebido como um sistema cultural, ou seja, um sistema de significados ancorados em arranjos particulares de instituições e padrões de interações interpessoais" (p. 9).

Para entender essa pluralidade de significados da doença, Kleinman (1988), propõe três conceitos: illness (doença), como a perspectiva da pessoa que percebe, convive e responde às alterações provocados pela doença. É o conjunto de sinais e

sintomas percebidos e verbalizados pela pessoa acometida; *disease* (patologia), refere-se a alterações ou disfunções de processos biológicos e/ou psicológicos na perspectiva de concepção médica; *sickness* (enfermidade) entendida como uma anormalidade, envolvendo um termo abrangente, uma desordem; é a percepção da doença pelo entorno não médico da pessoa afetada. Estes três conceitos, devem ser compreendidos em suas relações múltiplas; examiná-los separadamente distorce a compreensão da natureza de cada uma delas e o modo como funciona em um dado contexto (KLEINMAN, 1988; ALMEIDA FILHO & ANDRADE, 2003).

Numa perspectiva interpretativa da saúde, desenvolvida na década de 70, Arthur Kleinman, Fabrega, Bryon Good e Allan Young, propõem visões alternativas à biomedicina sobre o conceito de saúde (LANGDON, 1994). A doença, para estes antropólogos, segundo Langdon, “é concebida em primeiro lugar como um processo experiencial cujo significado é elaborado através de episódios culturais e sociais, e em segundo como um evento biológico. A doença não é um estado estático, mas um processo que requer interpretação e ação no meio sócio-cultural, o que implica numa negociação de significados na busca da cura” (1994, p.9).

A perspectiva interpretativa considera três aspectos importantes para o entendimento desse processo: a perspectiva da doença como uma construção sócio-cultural; o conceito de doença como processo; a negociação e construção da doença num mundo de sistemas médicos plurais e de forças políticas desiguais (LANGDON, 1994).

A mesma autora refere que a doença como construção sócio-cultural varia de cultura para cultura. Procura identificar no grupo estudado as categorias das doenças, reconhecendo-se o que é definido como doença, como são classificadas, quais sintomas são identificados como signos delas. Todos estes aspectos não necessariamente correspondem com as categorias da biomedicina, que focaliza o interior do corpo e suas microestruturas.

O *conceito de doença como processo* é percebida como um episódio, onde seu significado depende do processo de percepção e ação. O episódio de doença é caracterizado pelo: reconhecimento dos sintomas do distúrbio como doença; diagnóstico e a escolha de tratamento e avaliação. O processo terapêutico como negociação é entendido como uma seqüência de decisões e negociações entre

várias pessoas e grupos com interpretações divergentes sobre a identificação da doença e a escolha da terapia adequada (LANGDON, 1994).

A proposta interpretativa se distingue das demais por relativizar a biomedicina e também por ter maior preocupação com a dinâmica da doença e com o processo terapêutico, além de colocar a relação entre cultura e doença no centro de seu interesse. A doença não pode ser vista apenas como um conjunto de sintomas físicos mas, sim, por um conjunto de experiências associadas por redes de significados e interação social em uma sociedade (LANGDON, 1994).

A doença, para Porto (2005, p.8), pode adquirir significados completamente distintos, na dependência do momento e contexto que a pessoa estiver vivendo. Uma lesão em alguma parte do corpo, principalmente do coração, significa para o médico apenas um órgão doente, mas para a pessoa esta lesão interfere não apenas na dinâmica daquele órgão, mas atinge todos os seus aspectos vivenciais. Identificar uma doença, ou seja, fazer um diagnóstico, não é tudo. É necessário, também, conhecer a pessoa doente em sua singularidade. As doenças podem ser iguais, mas as pessoas são sempre diferentes. Mesmo “quando se identifica um agente etiológico bem definido, não se pode menosprezar as causas concomitantes”. No que concerne às doenças do coração, isso se torna cada vez mais claro. Nesse sentido, temos que levar os aspectos até então menosprezados pela medicina, a singularidade de cada corpo doente, e vê-lo como um todo, privilegiando os aspectos da qualidade de vida, psicológicos, socioeconômicos e os culturais.

Para este autor, “Ser ou Sentir-se doente” representa estar em situação de fragilidade, o que significa sofrimento, prejuízo corporal e limitações físicas reais, quando não invalidez. “Sentir-se doente golpeia a integridade do indivíduo e cria obstáculos à vivência normal; estar em situação de dependência é o corolário da situação de fraqueza”. Ficar dependendo daqueles a quem atribui o poder de consertar o que “quebrou”. Uma dependência não só física, mas moral, frente ao grupo familiar e social, que muitas vezes passa a decidir por ele, obrigando-o a submeter-se a exames agressivos, a medidas terapêuticas, mesmo que desagradáveis, sem questionar, tudo em nome de seu bem-estar (id., p. 46).

2.1.4 A doença crônica como experiência....

A doença entendida como algo que provoca alguma perturbação, sendo uma ameaça às rotinas cotidianas e a tranquilidade existencial, assume, nas sociedades modernas, uma conotação potencializada negativamente pelos custos físicos, psicológicos, familiares, profissionais e sociais (CARDOSO, 2004). Apesar de um número crescente de pessoas (con)viver com a sua doença, esta não deixa de ter um significado perturbador sobre a relação entre o sujeito e o seu corpo, o seu projeto de vida e toda a estrutura em que se inscreve.

O conceito de doença crônica é flexível, denso passível de múltiplas definições. De um modo geral, contempla todas as condições de doença incurável ou de duração muito prolongada provocando uma situação indesejável, modificações irreversíveis absoluta de readaptações variadas. Muitas destas doenças envolvem dor e fadiga reduzindo assim a habilidade geral que a pessoa tem para agir (SILVA, 2002; CARDOSO, 2004).

A dor é uma sensação desagradável variará necessariamente de acordo com aquele que a sente e nem sempre poderá ser enunciada do mesmo modo por diferentes pessoas como, também, a dor é diferente de um sistema de órgãos para outro e de doença para outra. A dor sentida em algumas áreas do corpo pode não refletir acuradamente a localização do problema, porque pode tratar-se de uma dor referida, isto é, originária de um outro local como por exemplo, a dor de um infarto do miocárdio pode ser sentida no pescoço, na mandíbula, nos membros superiores ou no abdômen, e a dor causada por um problema da vesícula biliar pode ser sentida no ombro. A tolerância à dor varia enormemente de um indivíduo a outro. Um indivíduo pode considerar a dor de um pequeno corte ou de uma escoriação intolerável, enquanto outro pode tolerar um acidente maior ou um corte com uma faca com muito pouca queixa. A capacidade de suportar a dor varia de acordo com o humor, a personalidade e as circunstâncias. A sensação da dor, os comportamentos que a envolvem, quer verbais ou não, até as atitudes que visam remover ou não a sua fonte modificam-se de acordo com o contexto social (FERREIRA, 1995; NORDENFELT, 2000; CAPONI, 2003).

A experiência de (con)viver com a doença crônica provoca alterações nos hábitos cotidianos, na liberdade, no autocontrole trazendo novos significados e compreensões de corpo-saúde-doença, muitas vezes provocando conflitos,

desequilíbrio no seu processo de viver. A pessoa sente o seu futuro ameaçado acarretando grande insegurança e ansiedade possibilitando sentir o fim do futuro planejado ou seja, poderá ter a sensação de que tudo o que havia programado para o futuro poderá não acontecer. Muitas vezes provoca algumas privações como perda da capacidade física para atividades laborativas e de lazer, que provocam ameaça na aparência física como também à vida, estabelecendo, às vezes, perdas nas relações sociais e financeiras (OLIVIERÍ, 1985, SILVA, 1990, VIEIRA e LIMA, 2002).

A doença crônica é mais do que a soma de vários eventos específicos que ocorrem no curso de uma doença; ela é um relacionamento entre momentos específicos e esse curso crônico. É assinalada na vida da pessoa, contribuindo assim para o desenvolvimento de uma vida onde a doença torna-se inseparável de sua história de vida (KLEINMAM 1988, p. 8).

Determinadas doenças crônicas não constituem uma ameaça vital, apenas obrigam as pessoas a conviver com sua patologia. Já as doenças cardiovasculares, por exemplo, representam uma ameaça à vida das pessoas, sendo passíveis de tratamento e o doente pode passar por estado de convalescença eventualmente bastante longo (ADAM & HERZLICH, 2001).

Silva (2000), em seu estudo sobre representações sociais de pessoas com DAC, relativamente ao seu processo saúde-doença, evidenciou que os sujeitos vivem momentos de sofrimento ao tomarem conhecimento sobre a doença. Essa transição de viver o antes, “sem doença” (normal) para viver o depois, “com doença” (anormal), causa grande impacto pelo fato de o processo ser súbito, gerando considerável ansiedade nas pessoas. Os conflitos são de diversas naturezas, incluindo a superação da doença e o enfrentamento da cirurgia. Utilizaram a simbologia de “estar por um fio”, para dar significado ao risco de vida por ser portador de DAC.

Corte (1998), em estudo realizado em seu ambiente de trabalho, no programa de reabilitação cardíaca na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, relata o resultado de sua experiência sobre as relações interpessoais, a representação e os significados da DAC e as repercussões no viver da pessoa e seu suporte social. O autor mostra que as relações interpessoais; o estatus social; a posição no seu trabalho; o lugar onde reside; encontram-se intimamente relacionados a seus

valores, crenças e cultura, e a importância do status social para si mesma. Ressalta que as mudanças súbitas, decorrentes de uma crise, implicando a perda de um desses elementos como, por exemplo, a situação no lar, no trabalho e na comunidade, causam impacto sobre a saúde, com perdas e ameaças em suas defesas.

A repercussão da DAC na pessoa, na sua família e no seu meio social provoca modificações na sua relação com o mundo e consigo mesmo. A doença representa, no seu cotidiano, uma ameaça não apenas na condição física e psíquica, mas no próprio destino. O modo como enfrenta suas fantasias, estabelece significados; e o que pesa na sua vida determinará o seu percurso vivencial. A história de vida da pessoa, seu modo de ser e viver poderá levar ao sofrimento, frustração, fragilidade e dependência do suporte social, a vivenciar reações das mais diversas. Sua identidade fica abalada pela perda de controle da situação, ela se torna vulnerável diante da limitação e da morte, encontrando-se atingida no corpo e na auto-estima.

A pessoa viverá a doença como algo “destrutivo” se, a partir da interrupção das suas atividades cotidianas provocada pela doença, interferindo tanto nos relacionamentos com os outros como em perdas nas suas capacidades físicas ou na inserção social, ela não consegue visualizar nenhuma possibilidade de reconstruir sua identidade (ADAM & HERZLICH, 2001). A condição crônica de saúde, diante de tantas nuances com as quais as pessoas se defrontam, requer dos profissionais o desenvolvimento de uma relação mais pessoal e humanizada nesse processo, percebendo as reais necessidades das pessoas sob sua própria perspectiva.

Sendo assim, percebe-se que a pessoa doente está sujeita às circunstâncias e necessita de atenção, de ser amado e de encontrar-se para que tenha um viver mais saudável podendo assim, passar a habitar a doença, quer dizer, a familiarizar-se com ela e viver bem com ela. Neste caso, a doença deixa de representar somente uma série de destruição, desvantagens, impossibilidades, permitindo reencontrar novamente um verdadeiro sentido para a vida.

2.2 A Doença Aterosclerótica Coronariana

As doenças cardiovasculares tornaram-se comuns e são responsáveis pela maior causa de mortalidade no mundo. O grupo destas doenças engloba a aterosclerose coronariana, a hipertensão arterial, o acidente vascular cerebral, a insuficiência cardíaca congestiva, a doença vascular periférica, as cardiopatias congênitas, a doença cardíaca valvar e a doença reumática do coração (POLLOCK & WILMORE, 1993; HEYWARD, 2004).

A DAC é a doença cardíaca de maior prevalência, comprometendo, na civilização contemporânea, a grande maioria dos corações das pessoas, em graus variáveis. Embora somente parte dos indivíduos apresente lesões importantes ou alterações clínicas manifestas, os dados não deixam de ser alarmantes, pois a aterosclerose se desenvolve em grande escala, principalmente nos países industrializados, como nos Estados Unidos, onde são responsáveis por cerca de 30% de todas as mortes anuais (SMITH; BRENER; PASHKOW; 2003). No Brasil, no ano de 2000, 27,5% das pessoas morreram devido a esta doença (DATASUS, 2004).

Laurindo (2000, p.115) caracteriza a aterosclerose como “obstrução do fluxo sangüíneo vascular, que decorre do crescimento intraluminal dos componentes lipídicos e/ou celular da lesão, bem como de graus variáveis de um remodelamento constritivo da parede arterial”.

Para compreender o processo fisiopatológico da aterosclerose, faz-se necessário uma descrição das estruturas que constituem a anatomia básica da artéria coronária, que se apresenta em três camadas distintas: a íntima, a média e a adventícia. A adventícia é a camada mais externa da parede arterial, formada de fibroblastos e fibras musculares lisas, rodeadas por colágeno e proteoglicanos. Essa camada, altamente vascularizada, proporciona oxigênio e nutrientes às camadas média e íntima. A camada média, por sua vez, contém a maior parte das células musculares lisas envolvidas por pequena quantidade de colágeno, fibras elásticas situadas abaixo da íntima. A camada íntima, situada abaixo da membrana basal endotelial, consiste em uma fina camada de tecido conjuntivo com algumas células musculares ocasionais. A íntima é a área da parede arterial onde se formam as lesões da aterosclerose (SQUIRES, 2003).

A lesão funcional da aterosclerose é denominada de ateroma. As evidências indicam que o “evento fundamental para o início desta lesão é o acúmulo de lipoproteínas derivadas do plasma, na camada íntima arterial, que desencadeia reações celulares específicas, das quais a disfunção endotelial e o estado inflamatório são os componentes principais” (FAVARATO; LUZ, 2003, p.131). Uma resposta inflamatória subsequente ocasiona um crescimento do tecido dentro da parede arterial, podendo obstruir o fluxo normal do sangue. Este processo pode começar na infância e progredir por muitos anos antes de ocorrerem os sintomas (SQUIRES, 2003; HEYWARD, 2004).

Visando compreender melhores os estágios evolutivos para conhecimento da progressão, estabilização ou regressão das lesões, e suas correlações clínicas, Moraes (2005), Lúcio (2005), Nobre e Serrano (2005); apresentam a classificação em seis tipos histopatológicos:

- Lesões Iniciais: Lesão Tipo I caracterizada pelo aumento do número de macrófagos e pelo surgimento das células esponjosas (macrófagos cheios de gordura) no nível da íntima vascular. Estas lesões são detectadas antes mesmo do primeiro ano de vida. Lesão Tipo II são compostas por macrófagos, células musculares lisas e gordura extracelular, conhecida como estria gordurosa. Estas lesões são encontradas antes da 3ª década de vida.
- Lesões Intermediárias – *Lesão Tipo III* chamada de pré-ateroma, origina-se das lesões tipo II e diferem destas por possuir maior quantidade de lipídio extracelular ocupando parte da matriz de proteoglicanos, formando pequenos núcleos lipídicos visíveis a olho nu.
- Lesões Avançadas: *Lesão Tipo IV* conhecida como ateroma, possui um núcleo lipídico individualizado, formado pela fusão das ilhotas de gordura das lesões tipo III. Este núcleo é também chamado de centro necrótico por possuir, além de macrófagos e gordura livre, grande quantidade de debris celulares. *Lesão Tipo V* caracterizada pela presença de tecido fibroso envolvendo o núcleo lipídico subdivide-se em: fibroateroma, placa calcificada e placa fibrótica. *Lesão Tipo VI* é a placa complicada por trombo, fissura, rotura, hemorragia ou erosão. Esta complicação tem maior chance de ocorrer quando existe remodelamento do vaso, presença de núcleo lipídico > 40% da área total da placa, capa fibrótica fina e presença de grande quantidade de células inflamatórias. As lesões avançadas reduzem o fluxo sanguíneo ao

miocárdio, resultando nos sintomas típicos dos eventos coronarianos isquêmicos.

2.2.1 Fatores de Risco da DAC

Desde os estudos iniciais sobre essa doença, ficou evidenciado que ela é mais freqüente em indivíduos que apresentam determinadas características, conhecidas como fatores de risco para aterosclerose. A expressão “fator de risco”, proposta pelos pesquisadores de Framingham³, segundo Gordon (2003), surgiu graças ao reconhecimento de que não existe um fator isolado conhecido, capaz de causar aterosclerose coronariana, mas que uma combinação de fatores pode ser correlacionada com o surgimento da doença cardíaca coronariana. Alguns deles têm seu papel claramente estabelecido, enquanto muitos outros ainda necessitam de maiores avaliações, sendo que o crescimento da placa aterosclerótica é determinada pela presença de vários fatores concomitantemente.

Gordon (2003) cita uma classificação mecanística dos fatores de risco, com a finalidade de avaliação e prevenção. Essa abordagem divide os fatores de risco em quatro categorias: a) fatores de risco causais, que estão representados pelo fumo de cigarros, níveis elevados de colesterol e da lipoproteína de baixa densidade, níveis reduzidos da lipoproteína de alta densidade, hipertensão e diabetes; b) fatores de risco condicionais, os triglicerídios, a lipoproteína(a), a homocisteína, o fibrinogênio ativador do plasminogênio tecidual, a proteína C reativa; c) fatores de risco predisponentes caracterizados pela obesidade, estilo de vida sedentário, fatores comportamentais, condição socioeconômica, etnia, sexo masculino, estado pós-menopáusicos, história familiar de doença coronariana prematura, e d) carga da placa representada pela idade, doença vascular extracoronariana e pelo escore do cálcio coronariano.

Laurindo (2000) enfatiza, ainda, que os fatores de risco podem ser: *modificáveis*: quando a pessoa tem um certo controle, alterando seu estilo de vida ou hábitos pessoais, tais como; dislipidemia, hipertensão arterial, tabagismo,

³ “Estudo Framingham”. Este iniciou em 1948, na cidade de Framingham, Massachusetts, e sua investigação envolveu 5127 pessoas entre as faixas etárias de 30 e 62 anos, que não mostravam sinais de doença cardíaca. A cada dois anos, os participantes submetiam-se a um completo exame médico. O estudo se estendeu por 30 anos e forneceu preciosas informações de padrões que poderiam preceder as doenças cardíacas, conhecidas como fatores de risco.

hiperglicemia (diabetes mellitus), obesidade, estresse e sedentarismo;

não modificáveis: aqueles sob os quais a pessoa não tem controle, é uma consequência genética, caracterizados pela idade, hereditariedade, sexo.

A *dislipidemia* é um dos fatores contribuintes na causa de doenças cardiovasculares, principalmente da DAC, considerado um dos problemas de saúde que afeta grande parte da população adulta na atualidade. (III DIRETRIZES BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIA – DBD, 2001). É caracterizada por alterações metabólicas lipídicas decorrentes de distúrbios em qualquer fase do metabolismo lipídico, que ocasionem repercussão nos níveis séricos das lipoproteínas. Os lipídeos são responsáveis por várias funções (produção e armazenamento de energia, absorção de vitaminas, etc.), mas o excesso está relacionado à aterosclerose (PORTO et al. 2005).

A dislipidemia pode ser classificada, segundo Porto et al (2005) em:

Classificação laboratorial:

- Hipercolesterolemia isolada: aumento do colesterol total e/ou LDL-c.
- Hipertrigliceridemia isolada: aumento isolado do triglicerídios.
- Hiperlipidemia mista: aumento do colesterol total e dos triglicerídeos.
- HDL- c Baixo: isolado ou em associação com aumento do LDL-c e/ou dos triglicerídeos.

Classificação Etiológica:

- Dislipidemias primárias: em virtude de um distúrbio genético, podem ser decorrentes de interações de múltiplos genes com fatores ambientais (alimentação, álcool ou sedentarismo);
- Dislipidemias secundárias: devido a alterações das lipoproteínas plasmáticas produzidas por doenças, condições fisiológicas ou fatores externos capazes de modificar o metabolismo lipoprotéico (COELHO, 2003; MARTINEZ, 2003, NOBRE; SERRANO, 2005, PORTO et al. 2005).

Segundo Woods; Froelicher; Motzer, (2005) no *Framingham Heart Study*, mulheres e homens com concentrações de colesterol sérico maiores do que 295 mg/dl tinham mais de três vezes o risco de Infarto do Miocárdio e eventos coronários

definidos do que aqueles com concentrações de colesterol menores do que 204 mg/dl.

Os níveis séricos de colesterol foram divididos em três categorias, segundo a definição do National Cholesterol Education Program (NCEP): desejável, colesterol total < 200mg/dL; limítrofe, colesterol total entre 200 e 239mg/dL; e alto, colesterol total \geq 240mg/dL. Em relação ao LDL-C, temos: ótimo, <100mg/dL; próximo a ótimo, entre 100 e 129mg/dL; limítrofe, entre 130 e 159 mg/dl; alto, entre 160 e 189; e muito alto, \geq 190mg/dL. Em relação ao HDL-C, os níveis abaixo de 40mg/dL são considerados baixos e os >(-) 60mg/dL, altos (COELHO, 2003a).

Para indivíduos diabéticos ou com Doença Arterial Coronariana, os níveis recomendáveis de LDL-colesterol devem ser inferiores a 100 mg/dl (III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2001).

De outro modo, o HDL-colesterol (lipoproteína de alta densidade) é inversamente associado com a incidência da Doença Arterial Coronariana. A relação entre colesterol total e HDL-colesterol representa um meio simples e eficiente de estimar o risco de doença coronariana (III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2001).

Tem sido salientado o papel da dieta pobre em gorduras saturadas e da atividade física moderada na prevenção da Doença Arterial Coronariana, pois estudos têm demonstrado que pessoas de países, grupos sociais ou raças que consomem grandes quantidades de gorduras têm níveis elevados de colesterol sérico e maior incidência de aterosclerose coronariana e aórtica em relação àqueles que consomem menos gordura (III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2001).

A *hipertensão arterial* é um grande problema de saúde pública, porque é um fator de risco independente para a ocorrência de eventos cardiovasculares, tendo uma elevada prevalência, acometendo em torno de 20% da população adulta na faixa etária dos quarenta aos cinquenta anos, aumentando esta prevalência com a idade, de maneira que, em torno da sétima e oitava décadas da vida, dois em cada três indivíduos são hipertensos (COSTA, 2003). A hipertensão arterial acelera a aterogênese, aumentando o risco de eventos cardiovasculares em duas a três vezes, incluindo o risco de doença arterial coronariana, sua seqüela mais comum (ALMEIDA & LOPES, 2003).

Segundo o estudo de *Framingham*, mesmo a população com níveis

pressóricos na faixa “normal alta” tem risco cardiovascular aumentado, porém a maioria das seqüelas cardiovasculares dessa doença irá ocorrer em pacientes portadores de hipertensão leve a moderada, que constituem a grande maioria da população hipertensa. O risco é maior para insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral, mas a insuficiência coronariana é a mais comum e a mais lenta seqüela na hipertensão, e sua incidência equipara-se à soma das incidências de todas as outras manifestações da doença aterosclerótica. A presença de hipertensão aumenta as chances de ocorrência de todas as manifestações clínicas de insuficiência coronariana, incluindo angina do peito, infarto agudo do miocárdio e morte súbita (ALMEIDA & LOPES, 2003).

A *hipertensão arterial sistêmica* (HAS) é caracterizada por uma condição na qual a pressão (PA) mantém-se cronicamente elevada, acima de níveis considerados normais para a idade e o peso da pessoa. Existem valores limítrofes adotados para a avaliação desta condição. Para um indivíduo adulto, uma pressão arterial sistólica (PAS) de <120mmHg e/ou uma pressão diastólica (PAD) de <80mmHG indicam valores normais da pressão arterial. Acima destes valores, por exemplo, uma PAS de 120-129 mmHg ou mais e/ou uma pressão diastólica (PAD) de 80-89mmHg indicam valores de pré-hipertensão. A pressão arterial sistólica (PAS) de 140-159mmHg e/ou uma pressão diastólica (PAD) de 90-99mmHG indicam estágio 1 de hipertensão. Acima destes valores, por exemplo, uma PAS de \geq 160mmHg ou mais e/ou uma pressão diastólica (PAD) de \geq 100mmHg indicam estágio 2 de hipertensão (COELHO, 2003). Infelizmente, esses valores nem sempre são alcançadas, expondo essas populações ao risco de complicações cardiovasculares.

O *tabagismo* é outro fator de risco, representando um dos maiores problemas de saúde pública no mundo atual. No Brasil, estima-se que cerca de duzentas mil mortes anuais são causadas pelo tabagismo. Aproximadamente 30% da população adulta brasileira são fumantes, sendo 11,2 milhões de mulheres e 16,7 milhões de homens. Cerca de 90% dos fumantes ficam dependentes da nicotina entre os cinco e dezenove anos de idade e, atualmente, em torno de 2,8 milhões deles situam-se nessa faixa etária. A maioria dos fumantes está entre vinte a quarenta e nove anos; os homens aparecem em maior proporção em todas as faixas etárias, porém as mulheres vêm aumentando sua participação, sobretudo em faixas etárias mais jovens (MENDONÇA; CAMARGO; FERREIRA & SILVA; 2004).

A relação do fumo com a coronariopatia, foi observada em múltiplos inquéritos epidemiológicos. Para Morais (2005), o tabagismo aumenta a mortalidade cardiovascular em até três vezes em relação aos não fumantes. Não apenas é maior o risco, como esse mantém constante relação com o número de cigarros consumidos, acrescentando-se que, no fumante, aumenta não só a incidência de cardiopatia isquêmica mas também a de infarto do miocárdio e de morte súbita.

O *fumo*, para Gordon (2003), também produz aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, portanto, do trabalho cardíaco, redução do consumo de oxigênio e glicose pelo miocárdio, vasoconstrição com redução do fluxo sanguíneo periférico e alterações balistocardiográficas em normais e em coronariopatas. O fumo provoca uma disfunção endotelial. Além disso, o fumo acarreta vasoconstrição e perda da integridade das células varredoras através da barreira endotelial. Os fumantes de cigarros possuem maiores níveis de fibrinogênio e atividade fibrinolítica reduzida. O tabagismo exerce também um efeito direto sobre os lipídios séricos, reduzindo o nível de HDL e aumentando os níveis de LDL e dos triglicerídios.

A maior frequência cardíaca por um lado e o efeito vasoconstritor da nicotina por outro, provocam um aumento da pressão sanguínea sistólica e diastólica, o que leva à maior carga para o miocárdio, com correspondente aumento da necessidade de oxigênio. A longo prazo, devido à constante vasoconstrição e pressão alta, ocorrem alterações nas paredes dos vasos, com conseqüentes distúrbios na circulação, que são notados principalmente no coração (WEINECK, 1991; HEYWARD, 2004).

A *hiperglicemia*, característica do diabetes mellitus, existe quando a taxa de açúcar⁴ no sangue está constantemente elevada, ocasionando várias anormalidades metabólicas e hemostáticas que aceleram o desenvolvimento e a gravidade da aterosclerose e suas complicações, principalmente a cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, obstrução arterial de membros inferiores e hipertensão arterial (BRAGA, et al. 2005).

Nas pessoas com diabetes, o risco de doença aterosclerótica coronariana é de três a quatro vezes maior quando comparado com os não diabéticos (ARMAGANIJAN, 2003). Lesões ateroscleróticas estão quase sempre presentes

⁴ As taxas normais de açúcar no sangue, em jejum, devem estar abaixo de 100mg/dl. Valores de glicose maiores do que 100mg/dl significam predisposição para o diabetes (BRAGA, et al. 2005).

após cinco a dez anos de evolução da doença, aumentando com a idade do paciente e com a duração do diabetes (SAAD & SAAD, 2005).

A *obesidade* é considerada hoje uma doença crônica, que provoca ou acelera o desenvolvimento de muitas doenças e que causa a morte precoce. O aumento da obesidade, segundo Trombeta (2003), resulta da combinação de suscetibilidade genética e de fatores ambientais. Entre os fatores ambientais, a abundância de alimentos palatáveis de baixo custo é uma das causas que mais contribui para a epidemia. Outro consenso de causa do aumento da obesidade no mundo é o consumo de grande proporção de calorias derivadas da gordura, associado a um estilo de vida sedentário (TROMBETA, 2003).

A obesidade, há muito tempo, vem sendo associada a um risco acentuado de doença cardiovascular. Gordon (2003), enfatiza que a “análise da relação entre obesidade e doença arterial coronariana é difícil por causa da sua associação com outros fatores de risco, em particular com a atividade física, hipertensão, hiperlipidemia e diabetes”. No entanto, segundo o autor, os relatos “recentes do Framingham Heart Study apóiam a independência da obesidade como fator de risco para doença arterial coronariana” (p.10).

Martinez (2003), abordando o tratamento da obesidade, salienta que essa ocorrência guarda relação direta com a presença de hipertensão arterial, pois quanto maior o índice de massa corporal (IMC), maior a prevalência de hipertensão. Quando seguimos uma dieta, incorporamos ao nosso estilo de vida a atividade física e farmacoterapia, há perda de 10% da massa corporal, seguida da perda de 30% de gordura visceral. Nesse sentido, o perfil lipídico da pessoa paciente melhora sensivelmente, bem como sua sensibilidade à insulina e sua susceptibilidade à trombose. Conseqüentemente, melhoramos também a inflamação do tecido e a função endotelial.

Quanto à *hereditariedade*, a aterosclerose e a cardiopatia isquêmica têm sido evidenciadas em famílias que mostram maior predisposição para a ocorrência de tais doenças. Essa tendência baseia-se em influências genéticas ou decorrentes de hábitos de vida e de alimentação dentro da família, sendo que vários estímulos podem atuar ao mesmo tempo: raça, hábitos de vida, fumo, sedentarismo e ambiência. Quase todos os fatores familiares ligam-se à ocorrência de diabetes, hiperlipidemia, obesidade, hipertensão. Quanto mais precoce o aparecimento da

coronariopatia, tanto maior a possibilidade de base genética para tal (RODRIGUES, 1989).

À medida que a vida média avança em anos, tanto maior o número de infartos numa população. Nesse caso, a genética cede lugar ao envelhecimento como explicação para a coronariopatia. Um indivíduo com base familiar para aterosclerose torna-se particularmente suscetível, e a presença de outros fatores de risco como fumo, excesso dietético, hipertensão, sedentarismo, potencializam aquela tendência e necessita ser encarada com muita seriedade. Tais fatores removidos com a ajuda de medidas higiênico-dietéticas, diminuem o risco coronariano (RODRIGUES, 1989; McARDLE, KATCH & KATCH, 2003).

O estresse é caracterizado, também, como fator de risco para a doença aterosclerótica coronariana. A instabilidade de vida como: os desajustes conjugais, dificuldades financeiras, problemas de transporte, além de outros, são potenciais agentes estressores que contribuem para as doenças cardiovasculares (TOSCANO; ROTTA, 2005).

O estresse “é uma reação desencadeada por qualquer evento que confunda, amedronte ou emocione a pessoa profundamente” (LIPP & ROCHA, 1996, p. 62). As fontes de estresse podem ser fisiológicas ou psicológicas. Os estressores fisiológicos podem ser causados por atividades, como levantamento de peso, corrida, assim como mudanças na temperatura ou na altitude. Já os estressores psicológicos incluem mudanças eventuais na vida, como perda de um membro da família, doença na família, novo emprego. O corpo não diferencia estressores fisiológicos e psicológicos. Em uma situação de estresse, o corpo prepara-se para lutar contra ou defender-se de situações ameaçadoras, caracterizando-se por aumentos da frequência cardíaca e respiratória, na temperatura corporal, no fluxo sanguíneo para os músculos, suor, utilização de oxigênio e tensão muscular (HEYWARD, 2004).

O processo de estresse, conforme Lipp e Rocha (1996), abrange três fases distintas: de reação de alerta, que ocorre quando o indivíduo percebe o estressor. Estressor “é qualquer evento que amedronte, confunda ou excite a pessoa” (p. 64). Nesta fase, há uma grande atividade do sistema nervoso simpático, caracterizado por hiperventilação, taquicardia e aumento na pressão arterial. A segunda fase, resistência, ocorre quando o estressor continua presente por períodos prolongados ou quando a sua dimensão é muito grande. Nesta fase, a pessoa procura se

adaptar, utilizando sua reserva de energia adaptativa. Quando estas são suficientes, os sintomas da fase de alerta do estresse desaparecem, e o indivíduo volta ao normal e, quando se evidencia o contrário, a pessoa sente falta de memória, sensação generalizada de mal-estar e dúvidas quanto a si próprio. É nesta fase, enfatizam os autores, que a pessoa “começa a se tornar mais vulnerável a doenças: o herpes simples pode aparecer, resfriados ocorrem constantemente e muitas infecções podem ser contraídas” (p. 66). A terceira fase, de exaustão, caracteriza-se pelo desequilíbrio do organismo. Nesta, o estresse tornou-se muito intenso e ultrapassou as reservas de energia adaptativa que a pessoa possuía, ocasionando, muitas vezes, o aparecimento de uma série de doenças, inclusive “hipertensão arterial, psoríase, úlceras, gengivites, depressão, ansiedade, problemas sexuais, infarto e até morte súbita” (p.66). A pessoa, na fase de exaustão, precisa de tratamento especializado, como médico, psicólogo, terapeutas para ajudá-la a superar este desequilíbrio (LIPP e ROCHA, 1996).

Segundo Heyward (2004), um estresse excessivo pode ocasionar algumas doenças como insônia, diarreia, perda de apetite, tensão muscular e dores de cabeça, caracterizados como sintomas físicos de estresse. Outras doenças como “colite, úlcera, hipertensão, AVC e doença arterial coronariana estão também associados com estresse excessivo” (p. 214). Ansiedade, depressão, concentração diminuída, irritabilidade, memória fraca e raiva são alguns sintomas psicológicos do estresse excessivo.

O *sedentarismo* já é considerado a doença deste século. Na verdade, trata-se de um comportamento induzido por hábitos decorrentes dos confortos da vida moderna. Com a evolução da tecnologia e a tendência cada vez maior de substituição das atividades ocupacionais que demandam gasto energético por facilidades automatizadas, o ser humano adota cada vez mais a lei do menor esforço, reduzindo assim o consumo energético de seu corpo (HEYWARD, 2004).

O sedentarismo é definido como a carência ou grande diminuição da atividade física (BARROS NETO, 1997; CARVALHO, 2005). Na realidade, o conceito não está associado necessariamente à falta de uma atividade esportiva. Do ponto de vista da Medicina Moderna, o sedentário é o indivíduo que gasta poucas calorias por semana com atividades ocupacionais. Segundo um trabalho realizado com ex-alunos da Universidade de Harvard, o gasto calórico semanal define se o indivíduo é sedentário ou ativo. Para deixar de fazer parte do grupo dos sedentários, o indivíduo

precisa gastar no mínimo 2.200 calorias por semana em atividades físicas (BARROS NETO, 1997).

As conseqüências da vida sedentária provocam literalmente o desuso dos sistemas funcionais. O aparelho locomotor e os demais órgãos e sistemas solicitados durante as diferentes formas de atividade física entram em um processo de regressão funcional, caracterizando, no caso dos músculos esqueléticos, um fenômeno associado à atrofia das fibras musculares, à perda da flexibilidade articular, além do comprometimento funcional de vários órgãos.

Em um estudo citado por Powers e Howley (2002) em que observaram o papel da Atividade Física na prevenção primária da doença coronariana, concluíram que o risco da doença coronariana era de aproximadamente 1,9 para os indivíduos sedentários, tendo quase o dobro de chance de apresentar DC em comparação com os fisicamente ativos. O risco relativo foi similar ao tabagismo (2,5), colesterol sérico elevado (2,4) e hipertensão arterial (2,1). Quando os autores controlam o tabagismo, a pressão arterial, o colesterol, a idade e o sexo (todos associados a DC), a associação entre a Atividade Física e a DC permaneceu, indicando que a primeira era um fator de risco independente da DC.

Resumindo a abordagem dos fatores de risco, apresentamos uma classificação desses fatores, de acordo com o Colégio Americano de Cardiologia (PORTO, 2005):

Classe I. Fatores em que as intervenções empregadas seguramente reduzem o risco de doença coronariana:

- Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL)
- Dietas hiperlipídicas
- Hipertensão arterial
- Hipertrofia ventricular esquerda
- Tabagismo
- Fibrinogênio Sérico

Classe II. Fatores em que as intervenções provavelmente reduzem o risco:

- Diabetes
- Sedentarismo
- Lipoproteína de Alta Densidade (HDL)
- Triglicerídeos
- Obesidade
- Pós-Menopausa

Classe III. Fatores associados às doenças aterosclerótica coronariana e que, se modificados, talvez reduzam suas conseqüências:

- Fatores Psicossociais
- Lipoproteína (a)
- Homocisteína
- Estresse Oxidativo
- Ingestão de Bebidas Alcoólicas

Classe IV. Fatores que se associam ao aumento do risco de doença aterosclerótica coronariana, porém sem possibilidade de modificação ou, se modificados, raramente produzem alterações na sua história natural:

- Idade
- Sexo
- Estado socioeconômico
- História familiar de doença arterial coronariana.

Segundo Laurindo (2000, p. 119), embora pareça óbvio que um fator de risco é uma característica que predispõe à aterosclerose, devemos levar em conta alguns aspectos:

- para que um fator de risco seja considerado como tal, deve conferir um risco aumentado da doença de forma independente de sua associação com outros fatores de risco;
- é necessário que o nexos biológico entre o fator de risco e a aterosclerose seja comprovado de várias formas, pois enquanto considerados apenas como variável estatística, eles “discriminam apenas uma chance aumentada de ocorrência da doença e não necessariamente uma relação causa/efeito”;
- precisamos distinguir claramente qual o risco que é conferido por um determinado fator, se o da “maior incidência da doença ou se o da maior incidência de complicações da doença”;
- a maioria dos fatores de risco se comporta de forma multiplicativa, considerando que o risco das associações entre os mesmos é bem maior do que apenas o risco da adição dos fatores individuais.

O conhecimento destes fatores de risco possibilita selecionar pessoas ou subpopulações com risco particularmente aumentado de desenvolvimento de aterosclerose e facilita a adição de intervenções terapêuticas, objetivando proporcionar uma redução desses fatores.

A manifestação clínica mais comum da DAC é a angina ou a dor precordial, que é provocada por uma isquemia miocárdica, ou seja, ocorre uma estimulação das

terminações nervosas aferentes localizadas nos vasos coronarianos e no miocárdio. Os impulsos nervosos chegam aos gânglios simpáticos cervicais e torácicos e, considerando as variações do trajeto nervoso através desta rede aferente, justifica-se a grande variação na expressão da dor coronariana ou isquêmica (AMATO, 2000; LÚCIO, 2005). A dor precordial é, portanto, um importante sintoma para o diagnóstico de isquemia, funciona como mecanismo de alerta frente à lesão tecidual e é influenciada por elementos sensitivos, emocionais e culturais (GONDIM; OLIVEIRA; GROSS, 2003; LÚCIO, 2005).

2.2.2 Intervenção para a prevenção da DAC

O conhecimento científico atual enfatiza que determinadas situações ambientais podem condicionar o aparecimento ou agravar os fatores de risco da DAC. Tais condições ambientais estão relacionadas com o estilo de vida, considerado nos seus vários aspectos que, uma vez modificados, podem ter um papel fundamental para a longevidade e o bem-estar. Podemos resumi-los em combate ao estresse, ao tabagismo, ao sedentarismo e ao controle da dieta alimentar. O uso de medicamentos redutores de colesterol pode proporcionar benefícios na prevenção da aterosclerose (ARMAGANIJAN et al, 2004).

A diminuição e a prevenção desses fatores de risco ocupam lugar central na redução da incidência de aterosclerose e de suas implicações cardiovasculares.

Dentre os fatores de risco está o combate ao fumo. Gordon (2003) afirma que existe evidência que o abandono do fumo reduz substancialmente o risco coronariano, afetando o risco de eventos, tanto iniciais quanto recorrentes. Em média, o risco pode ser reduzido em 50% dentro de um ano de abandono do fumo.

Fonseca (2003) cita um estudo realizado na cidade de Elena, Montana, EUA, envolvendo controle de fatores de risco, destacando que, após plebiscito, a população daquela cidade optou pela proibição do fumo em locais públicos da cidade (inclusive bares e restaurantes). Foi mostrada a incidência de infarto de miocárdio ao longo dos últimos anos, comparando-se o período pré e pós a proibição do fumo. Surpreendentemente, a redução obtida na incidência de infarto de miocárdio na população de Elena foi de 60%, atribuída à diminuição do fumo, portanto, mais efetiva do que a observada em vários estudos de intervenção com medicamentos.

A dieta alimentar é um fator de risco, quando não orientada para a diminuição de gordura e carboidratos. É passível de ser modificada no tratamento da DAC, assumindo grande importância na prevenção dessa doença, tanto primária como secundária. A sobrecarga metabólica causada pela ingestão de dietas hipercalóricas e pelo estilo de vida sedentário tem aumentado a incidência de obesidade e de perfis lipídios adversos, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, que corroboram as elevadas taxas e a precocidade do desenvolvimento das doenças ateroscleróticas (ARMAGANIJAN et al, 2004).

Segundo as Novas Diretrizes para a Prevenção e Tratamento da Hipertensão (2003), a redução de peso, mantendo o índice de massa corporal, entre 18,5 e 24,9Kmg, um plano de alimentação com dieta rica em frutas, vegetais e laticínios magros, com reduzido conteúdo de gorduras saturadas e gordura total e incorporar a redução dietética de sódio são excelentes intervenções não-farmacológicas, para se tratar a obesidade. Além de uma atividade física aeróbia regular, com caminhada rápida, pelo menos 30 minutos por dia, na maioria dos dias da semana.

Trombeta (2002) considera que a inclusão de tratamento medicamentoso pode ser necessária no tratamento da obesidade. Todavia, mesmo nesses casos, segundo o autor, para se obter sucesso no tratamento, é necessária a associação de dieta hipocalórica e de exercício físico.

O controle do estresse influencia profundamente o bem-estar, pontuam Lipp e Rocha (1996), principalmente para os portadores de doença arterosclerótica, em virtude da influência que o estresse tem na pressão arterial. O controle pode ser realizado através de técnicas de relaxamento, que reduzem a ansiedade, a frequência cardíaca, a frequência respiratória e a tensão muscular nas populações normais, e que são úteis no tratamento de certos distúrbios, tais como cefaléia, insônia e hipertensão. O exercício aeróbio regular, nas pessoas, se revelou capaz de reduzir o efeito cardiovascular dos estressores emocionais; de diminuir a ansiedade, a tensão muscular e a depressão; e de aumentar a capacidade de controlar o estresse e as sensações gerais de bem-estar e de auto-estima (LIP & ROCHA, 1996; HEYWARD, 2004).

Sotile (2003) acresce que a intervenção para controle do estresse, que enfatiza o exercício, revelou-se capaz de reduzir a reatividade cardiovascular exagerada e de aprimorar o controle de arritmias e o funcionamento psicossocial.

A constatação da eficiência das medidas de prevenção cardiovascular sobre o uso de medicamentos e emprego ocasional de fármacos, modificaram sobremaneira a evolução e o prognóstico da doença arterial coronariana, como é o caso da:

- Hipertensão arterial, destacada pela seguinte classe de medicamentos: diuréticos, beta-bloquadores, antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), antagonistas dos receptores AT1 da angiotensina II (AII), inibidores adrenergéticos de ação central, alfa-1 bloqueadores e vasodilatadores diretos (NOBRE et al. 2005).
- Dislipidemia com a utilização de vastatinas ou estatinas (inibidores do HMG-CoA redutase), seqüestradores de ácidos biliares (colestiramina e colestipol), fibratos, ácido nicotínico, ácidos graxos ômega 3, inibidores lipídica (PORTO et al, 2005).

O uso continuado de medicamentos, são exemplos de intervenções capazes de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares, motivo pelo qual têm sido preconizadas por diretrizes nacionais e internacionais (SMITH, 2001; RASSI, 2004).

O exercício, juntamente com a dieta, o controle do estresse, o combate ao tabagismo e o tratamento farmacológico da dislipidemia, hipertensão e diabetes tem sido considerado uma das principais abordagens no tratamento de DAC. A atividade física regular é recomendada para portadores dessa doença, em razão de seus vários efeitos benéficos sobre o risco cardiovascular, controle metabólico e prevenção das complicações crônicas das doenças. Além disso, o baixo custo, a natureza não farmacológica e os benefícios psicossociais aumentam ainda mais o apelo da terapêutica através do exercício físico regular (IRIGYEN et al, 2003).

2.3 Exercício Físico e Suas Percepções

A compreensão semântica de exercício físico na literatura abarca várias acepções, objetivando desenvolver os mais diversificados aspectos: desenvolvimento social, cultura, recreação, ludicidade, competição, condicionamento, prevenção, etc.

O exercício físico implica em repetições de movimentos, em seqüências

gestuais ordenadas, encadeadas; variações quantitativas e qualitativas de movimentos, número, intensidade de estímulos; sobrecargas e implementos. Sendo assim, neste sub-item apresentaremos as percepções bio-fisiológicas e motivacionais do exercício físico, dada a sua relevância na prevenção e no tratamento da DAC.

2.3.1 Percepção Anátomo-fisiológica

A inatividade física é classificada como um dos principais fatores de risco que contribuem para a doença cardíaca, tal qual colesterol sanguíneo elevado, fumo e hipertensão, destacados anteriormente. Estudos longitudinais mostraram que os níveis mais altos de aptidão aeróbia estão associados à menor mortalidade por doença cardíaca, até mesmo após fazer os ajustes estatísticos para a idade, fatores de risco coronarianos e história familiar de doença cardíaca (FRANKLIN & ROITMAN, 2003).

Um dos maiores benefícios da atividade física regular é a melhora do perfil lipídico a longo prazo. O tipo de exercício que mais atua no metabolismo de lipoproteínas é o aeróbio, pois eleva a concentração sanguínea do HDL-c e sua subfração HDL(2), cujo aumento vem sendo associado inversamente às coronariopatias. Além disso, reduz de forma consistente as concentrações plasmáticas dos triglicérides, embora a diminuição do colesterol total e LDL-c seja controversa, pois é mais eficiente quando associada à perda de peso e à restrição energética. Ainda assim, ocorrem mudanças nas subfrações da LDL-c, pois praticantes de atividade aeróbia apresentam concentrações mais baixas de LDL3, do que sedentários, e esta subfração vem sendo associada às coronariopatias (RIQUE; SOARES & MEIRELLES, 2002).

As pessoas podem obter alguns benefícios à saúde exercitando-se o suficiente para queimar 150 quilocalorias (kcal) por dia, ou 1.000 kcal por semana. Isto reduziria o risco de cardiopatia coronariana em 50% e o risco de hipertensão, diabetes e câncer de cólon em 30% (HEYWARD, 2004).

O exercício físico induz a muitas alterações fisiológicas, contribuindo para que a pessoa fique mais condicionada, mais eficiente e mais capaz de fornecer e utilizar oxigênio e nutrientes e de resistir à fadiga. O efeito do condicionamento oferece

também alguma proteção contra a mortalidade cardiovascular e contribui para aprimorar a capacidade de executar as atividades da vida diária (FRANKLIN & ROITMAN, 2003).

O American College of Sport Medicine/ACSM (2000) enfatiza que o exercício físico proporciona uma melhora na função cardiorrespiratória, através de: a) aumento do consumo máximo de oxigênio; b) melhor dispêndio de oxigênio miocárdico para uma determinada intensidade submáxima absoluta; c) pressão sangüínea e freqüência cardíaca mais baixas a uma determinada intensidade máxima; d) maior limiar de exercício para o acúmulo de lactado no sangue; e) maior limiar de exercício para o início dos sintomas da doença. O exercício físico reduz os fatores de risco de doença de artéria coronária, promovendo: a) pressão diastólica e sistólica, em repouso, diminuídas; b) aumento do colesterol lipoproteína (HDL) de alta densidade sérica e redução de triglicerídios; c) redução da gordura corporal; d) necessidade de insulina reduzida, tolerância à glicose melhorada. Também influencia na diminuição da mortalidade e morbidade e acrescenta outros benefícios, como: a) diminuição da ansiedade e da depressão; b) melhora na sensação de bem-estar; c) melhora no desempenho profissional, no lazer e em outras atividades esportivas.

A prescrição de atividade física mais indicada pela classe médica aos portadores de doença aterosclerótica coronariana são os exercícios aeróbios, ou seja, exercícios de natureza continuada, que demandam um período de tempo prolongado e envolvem, na sua execução, grandes grupos musculares. Segundo o ACSM (2000), a intensidade da atividade deve ser de baixa a moderada (em torno de 60% a 90% da freqüência Cardíaca Máxima ou 50 a 85% do volume de oxigênio máximo), e de moderada duração, ou seja, 20 a 30 minutos de atividade contínua.

Embora os exercícios aeróbios sejam os mais recomendados e tenham conquistado destaque, atualmente vem se dando ênfase aos exercícios contra-resistência. Para Bermudes et al. (2003), o exercício contra-resistência, ou resistido, consiste em um trabalho muscular local, que utiliza sobrecargas, como peso, barras, anilhas, realizados com cargas moderadas e freqüentes repetições, apresentando pausas entre as execuções e, portanto, caracterizado como esforço descontínuo. Esses exercícios têm como propósito melhorar a função física através do aumento da força, aumento da resistência muscular à fadiga e o aumento da potência muscular.

Os exercícios resistidos podem ser realizados em diferentes intensidades. Segundo Fleck e Kraemer (1999), quando são executados com intensidade leve (40% a 60% da carga voluntária máxima–CVM, ou seja, 40% a 60% do peso máximo que se consegue levantar somente uma vez), várias repetições (20 a 30) podem ser realizadas, e o resultado dessa prática será o aumento da resistência muscular envolvida no exercício. O exercício de baixa intensidade e muitas repetições é chamado de exercício de resistência muscular localizada (RML). Por outro lado, quando os exercícios são realizados em intensidade maior (acima de 70% da CVM), o número de repetições não pode ser muito alto (8 a 12). Obtém-se como resultado do treinamento o aumento da massa muscular (hipertrofia) e da força da musculatura envolvida. Assim, esse exercício (alta intensidade e poucas repetições) é chamado de exercício de força/hipertrofia.

Sendo assim, podemos observar que os efeitos dos exercícios de baixa intensidade (RML) são diferentes dos observados com os de alta intensidade (força/hipertrofia). O exercício físico de baixa intensidade causa redução significativa da resistência vascular periférica, determinada por redução da vasoconstrição, melhora da função endotelial e/ou alterações estruturais da microcirculação (IRIGYEN et al., 2003). A recomendação, segundo o ACSM (2000), é que se realizem no mínimo duas sessões semanais de oito a dez exercícios, que treinem os principais grupamentos musculares, com cargas adequadas e realização de séries com dez a quinze repetições, com aproximadamente 30 segundos de intervalo entre as séries.

O treinamento regular com exercícios resistidos promove uma série de adaptações fisiológicas, sendo as modificações músculo-esqueléticas as mais evidentes e comprovadas. Além disso, ele aumenta a densidade óssea, reduzindo a prevalência da osteoporose (IRIGYEN et al. , 2003).

Os exercícios resistidos ou resistência muscular para os sujeitos hipertensos parecem promover aumentos seguros da pressão arterial, e há alguns indicativos de que possam apresentar efeito hipotensor a longo prazo. Apesar de grande parte da literatura sobre exercício ter focado o exercício aeróbio para indivíduos com hipertensão, existe uma evidência que permite recomendar que o treinamento de resistência deve ser combinado com o exercício aeróbio para controlar a pressão arterial e aprimorar a saúde cardiovascular (STEWART, 2003; IRIGYEN et. al., 2003).

A flexibilidade é outra qualidade física importante a ser trabalhada nas pessoas, uma vez que a falta desta pode prejudicar as atividades cotidianas. A flexibilidade é caracterizada como a capacidade que cada articulação tem de realizar movimentos com apropriada amplitude de movimento. Depende da estrutura articular, da força e do número de ligamentos e músculos que envolvem a articulação (BARBANTI, 1994; WERLANG, 1997; ACSM, 2000; HEYWARD, 2004).

Nas pessoas saudáveis, a amplitude articular é influenciada pelos ligamentos, comprimento dos músculos e tendões, e tecidos moles. Já em pessoas com problemas patológicos, as limitações podem ser agravadas por processos inflamatórios, redução da quantidade de líquido sinovial, presença de corpos estranhos na articulação e lesões cartilaginosas. Uma pessoa sedentária tende a ter menor grau de flexibilidade que a pessoa ativa, sendo agravado com o passar dos anos, pois o nível de flexibilidade tende a diminuir, aumentando com isso os riscos de lesões, dores, problemas posturais e dificuldade na realização de atividades diárias (WERLANG, 1997).

Os fatores que mais favorecem a redução dos níveis de amplitude articular destacam-se pela atrofia, devido ao pouco uso articular, pelo tipo corporal, pelo envelhecimento, pela inatividade física e hereditariedade (WERLANG, 1997; HEYWARD, 2004).

A melhora da flexibilidade pode ser atingida com a prática regular de exercícios de alongamento, que consistem em favorecer toda a amplitude de movimento de uma articulação, além do comprimento de repouso normal (MARCHAND, 1992; HEYWARD, 2004).

Segundo Anderson (1983), dentre os benefícios que se podem atingir com os exercícios de alongamento, destacam-se: redução das tensões musculares; benefícios para a coordenação; maior grau de mobilidade; desenvolvimento da consciência corporal; liberação de movimentos bloqueados por tensões emocionais; ativação da circulação; melhora da capacidade mecânica dos músculos e das articulações.

Os programas de exercícios físicos voltados para o desenvolvimento ou manutenção da flexibilidade ou, até mesmo, de outros importantes componentes da aptidão física relacionada à saúde podem exercer papel extremamente relevante ao longo da vida.

2.3.2 Percepção Motivacional

Há fortes evidências que os exercícios aeróbios e resistidos promovem mudanças nos aspectos fisiológicos. Quanto aos outros aspectos envolvidos na realização da atividade física, como prazer, afetividade, motivação, também é importante serem enfatizados. Percebemos que há uma adesão maior aos programas de exercício físico quando o sujeito se sente motivado. A motivação aumenta quando os indivíduos passam por experiências positivas e adquirem confiança nos profissionais da saúde, no profissional de Educação Física, bem como em outros profissionais que fazem parte do seu cotidiano.

Samulkis e Noce (2000) enfatizam que a motivação é um fator pessoal determinante, vinculado a interesse, motivos e metas, extremamente significativo no processo de aderência ao exercício físico regular.

Alguns fatores influenciam as pessoas a aderirem e a permanecerem motivadas a determinados programas de exercício físico, tais como: autoconfiança, auto-realização, auto-eficácia e satisfação pessoal. Outros fatores, como a distância do local de prática de exercício, as condições climáticas, os horários oferecidos para o exercício físico, a característica do trabalho, a intensidade, duração, frequência, o profissional de saúde, assim como o apoio de familiares, interferem na continuidade da pessoa em um programa de exercício físico (FRANKLIN, 1988; DZEWALTOWSKI, 1994; SHEPARD, 1995; OKUMA, 1997; WEINBERG & GOLD, 2001; ISLER & DARIDO, 1999; SAMULSKI, 2002).

Weinberg e Gold (2001, p. 81) citam algumas teorias que explicam o que leva as pessoas a agirem: a teoria da motivação pela necessidade de realização, a teoria da atribuição, a teoria das metas de realização e a teoria da motivação para a competência.

A teoria de motivação como necessidade de realização abrange fatores pessoais e situacionais, como prognosticadores importantes de comportamento. Os componentes que constituem esta teoria incluem os aspectos da personalidade e motivos, fatores situacionais, tendências resultantes, reações emocionais e comportamentos relacionados à realização.

A teoria da atribuição caracteriza-se em como as pessoas explicam seus sucessos e fracassos. As categorias básicas são a estabilidade, locus de

casualidade (se a causa do comportamento for externa ou interna da pessoa) e o locus de controle (um fator que está ou não sob nosso controle).

A teoria das metas de realização é influenciada por três fatores que interagem para determinar a motivação de uma pessoa: as metas de realização, a percepção de capacidade e o comportamento frente à realização.

E a teoria da motivação para a competência, sustenta que as pessoas são motivadas a se sentirem dignas e capazes, baseando-se em seus próprios padrões de referências, sendo mais fácil para elas sentirem-se bem em relação a si mesmas e demonstrarem alta percepção de competência do que para pessoas orientadas para o resultado.

Os fatores psicológicos, como o prazer e a satisfação, têm influências significativas na aderência ao programa de exercício físico. Estes devem ser percebidos tanto na realização do exercício quanto ao término do mesmo. Quando a pessoa se sente realizada, progredindo na execução dos exercícios, isto proporciona maior motivação e, conseqüentemente, maior permanência nos programas de exercício físico.

Estudos como de Lopes & Lopes (2000) e Morales (2002) afirmam que os motivos que levam as pessoas a desistirem ou interromperem um programa de Atividade Física são a falta de tempo, a falta de motivação, os problemas financeiros e problemas de saúde.

Outro estudo, realizado por Samulski e Noce (2000), objetivando verificar quais os motivos que levam as pessoas a praticarem exercício físico, destacou como relevantes: sentir prazer pela atividade, reduzir o estresse e a ansiedade.

O prazer sentido pelo corpo em movimento pode trazer o desenvolvimento da sensibilidade no processo de autoconhecimento mas também podem surgir situações e emoções desagradáveis, como a insegurança diante de um determinado desafio, tudo dependendo de como a pessoa lida com isso. Muitas vezes, uma dificuldade pode ser sentida como um fracasso, como uma circunstância natural ou como um desafio. Mas, quando se consegue superar a dificuldade, vencer o medo, resolver os conflitos, pode gerar uma sensação de prazer. “Errar também traz informações sobre como agir no futuro. O saber mais sobre si mesmo gera prazer, até mesmo se esse autoconhecimento for tomar contato com as limitações e dificuldades do corpo” (LEE-MANOEL, 2002, p. 35). De acordo com a autora :

As atividades que lidam com o corpo em movimento e que são de qualidade, bem orientadas e prazerosas, podem ser cruciais no estabelecimento de uma visão positiva do 'eu'. A própria natureza de atividades físicas oferece diversas oportunidades de se autoconhecer. As atividades podem envolver a vontade de vencer desafios, de interagir e de ser aceito pelos colegas, de brincar com o corpo, de conhecer o corpo, de sentir-se atraente, de superar-se (LEE-MANOEL, 2002, p. 37).

Nesse sentido, despertar o corpo para uma totalidade, muitas vezes desconhecida, proporcionando o (re)descobrir da ludicidade foi que abordamos as vivências corporais lúdicas, objetivando as pessoas portadoras de distúrbios cardiorrespiratórios um pensar, agir, sentir, desejar e ter prazer, com sabor de aventura e liberdade.

2.4 O Lúdico nas Manifestações Corporais

O lúdico se sente nas emoções,
na excitação dos sentidos,
no lado não racional,
no lado não 'sério'
do humano.
Santin (1987)

Falar sobre o lúdico é algo extremamente complexo, uma vez que esta palavra vêm sendo utilizada de maneira indiscriminada para indicar situações e episódios da vida cotidiana que envolve o prazer, o relaxamento, a descontração, a estética, a liberdade, a criatividade e outros aspectos da vida humana. Neste sentido, o uso deste vocábulo empregado no vocabulário corrente da língua portuguesa, traz consigo outros significados, muitas vezes contraditórios e, polêmicos e até certo, ponto obscuros. Isso resulta que, muitos pesquisadores na área da Educação Física, sobretudo, façam o seu uso de forma indiscriminada e

sem precisar o seu significado, confundido-o com as palavras lazer, brincadeira, jogo e outras.

Para além do seu significado etimológico, o lúdico, nos termos dessa confusão conceitual, termina por indicar, de forma generalizada, um certo romantismo, uma atividade ou tempo, sobretudo na infância, que indicam a conquista da emancipação, da criatividade, da liberdade, enfim do consenso, pautados pela visão ideal e idílica de mundo. Neste sentido, o lúdico, de um lado, pode ser compreendido como o universo da emancipação e, de outro, em virtude da sua não discussão mais profunda, compreendido como qualquer tempo ou atividade que dê prazer – não importando os valores éticos e estéticos subjacentes às suas ações (Ex: violência, dor, competição exarcebada etc.).

De fato, se recorremos aos dicionários de língua portuguesa, veremos que os significados, comumente atribuídos ao lúdico, o qualificam como um adjetivo “que tem o caráter de jogos, brinquedos e divertimentos”, os quais constituem a atividade lúdica da criança (FERREIRA, 1975, pág. 855).

Esse primeiro aspecto constatado sobre o significado do lúdico, parece estar pautado no senso-comum, estimulando, assim, a necessidade de debates mais consistentes a respeito. Na verdade, o que está por trás de tudo isso – reside a crença de que o lúdico restringe-se a uma única fase da vida (infância). Todo esse equívoco reforça a crença de que as pessoas de outras faixas etárias (adultos, idosos), preocupadas com as coisas ‘sérias’ da vida, não podem se entregar às chamadas ‘atividades lúdicas’, as quais são vistas também na perspectiva da inutilidade e improdutividade.

O segundo aspecto que torna o lúdico limitado em sua compreensão, reside no fato da limitação de sua compreensão, reduzida, unicamente, à prática dos jogos, brinquedos e brincadeiras. Este fato, acontece também com a palavra recreação, que segundo Gomes (2004 pág. 142)

leva os educadores a limitarem a compreensão do lúdico, sem levar em conta as demais manifestações culturais e artísticas da humanidade, as quais se constituem como patrimônios culturais construído, social e culturalmente, pela humanidade; constituindo-se, assim, como um direito de todos os seres sociais, tais como as manifestações artísticas (dança, música, pintura, desenho, poesia e outras).

Diante de toda essa polêmica, no entanto, esta pesquisa pretende apenas ressaltar essas controvérsias e contradições no uso do termo lúdico, priorizando, assim, apenas o seu caráter etimológico e conceitual, defendido por alguns estudiosos do jogo, como veremos a seguir.

LÚDICO vem da palavra latina LUDUS e tem as seguintes acepções, segundo o Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa: 1. relativo a jogo, a brinquedo; 2. qualquer objeto ou atividade que vise mais ao divertimento que a qualquer outro objetivo; 3. que se faz por gosto, sem outro objetivo que o próprio prazer de fazê-lo (2001, p. 1789).

2.4.1 O Jogo...

O jogo, para Huizinga (1996), é mais antigo que a cultura, pois o mesmo pressupõe sempre a sociedade humana, a convivência. Qualquer forma de atividade do homem na sociedade pode ser considerada como uma manifestação de jogo. Mesmo em suas formas mais simples, o jogo é mais do que um fenômeno fisiológico ou um reflexo psicológico; ele ultrapassa os limites da atividade puramente física ou biológica, é uma função que encerra um determinado sentido. No jogo existe algo que transcende as necessidades imediatas da vida e confere um sentido à ação.

O elemento divertimento, presente no jogo, “resiste a toda análise e interpretação lógicas” (HUIZINGA, 1996, p.5). Para o autor, a harmonia do jogo lúdico expressa a possibilidade de conquista da liberdade, revelando os sentidos de gratuidade e de prazer em viver as ações, o tempo e o espaço. Dado que estes princípios são aplicados a diferentes manifestações culturais, o jogo é, para Huizinga, desligado de todo e qualquer interesse material, representa uma atividade não séria e é exterior à vida habitual.

O prazer é um dos elementos presentes na maioria dos jogos. Podemos associá-lo à motivação existente nas pessoas na vivência do jogo. Segundo Huizinga (1996), “a pessoa quando joga fica literalmente transportada de prazer, superando-se a si mesma a tal ponto que quase chega a acreditar que realmente é esta ou aquela coisa, sem contudo perder inteiramente o sentido da realidade habitual” (p.170).

Como a realidade do jogo ultrapassa a esfera da vida humana, é impossível que tenha seu fundamento em qualquer elemento racional, pois, nesse

caso, limitar-se-ia à humanidade. A existência do jogo não está ligada a qualquer grau determinado de civilização ou qualquer concepção do universo [...]. A existência do jogo é inegável” (id., p. 6).

O jogo é encontrado como um elemento da cultura, acompanhando-a e marcando-a desde as mais distantes origens até hoje. As grandes atividades arquetípicas da sociedade humana, desde o seu início, são marcadas pelo jogo. Na linguagem, por detrás de toda expressão abstrata, oculta-se uma metáfora, e toda metáfora é jogo de palavras. No mito, que é uma “imaginação” do mundo exterior, há um espírito fantasista que joga no extremo limite entre a brincadeira e a seriedade. No culto de sociedades primitivas, os ritos são celebrados dentro de um espírito de puro jogo (id., p. 07).

O autor citado ainda enfatiza que o jogo é a não-seriedade, mas, considerado em si mesmo, o jogo não é cômico. Ele é uma atividade voluntária, é uma função que pode ser adiada ou suspensa, constituindo, assim, a primeira de suas características fundamentais, o fato de ser livre, de ser ele próprio liberdade. A segunda característica é que o jogo não é vida cotidiana, não é vida “real”, ele é uma evasão da vida real para uma esfera temporária de atividade, com orientação própria, que se realiza tendo em vista uma satisfação que consiste na sua própria realização. Outra característica que pode ser destacada é que ele cria uma ordem específica e absoluta. As regras são muito importantes para o conceito do jogo; elas determinam aquilo que “vale” dentro do seu mundo temporário.

Para Caillois (1990, p.30), o jogo é caracterizado como uma atividade livre, experimentando a diversão sem caráter de obrigatoriedade; delimitado, realizado em espaço e tempo previamente estabelecidos; incerto, já que seu desenrolar não pode ser determinado e sem previsão de resultados; improdutivo, não mantém vínculos com a sociedade de consumo; regulamentado, sujeito a convenções e submissão a regras; fictício, acompanhado de “uma consciência específica de uma realidade outra, ou de franca realidade em relação à vida normal” .

Os jogos são permeados por regras que enfatizam a liberdade, a distração, a fantasia, caracterizadas pelas manifestações espontâneas do instinto do jogo. Ela intervém em toda a animada exuberância que traduza uma agitação imediata e desordenada, uma recreação espontânea e repousante, habitualmente excessiva, cujo caráter improvisado e desregrado permanece como sua essencial, para não dizer única razão de ser” (id., p. 48).

Buytendijk (1977) afirma que o jogo sempre aparece como uma forma de comportamento caracterizado como alternância entre a tensão e o relaxamento. Cita a tese de Scheuererl, segundo a qual todas as características, como liberdade, um planar aparente, coerência, ambivalência, infinidade interna e presença fora do tempo é o que caracterizam o transcórrer de um movimento como fenômeno lúdico, que se encontram reunidas visivelmente no jogo impessoal de luz e sombra das ondas ao luar. No fenômeno lúdico, não se vê qualquer objeto, qualquer finalidade, qualquer intenção .

Para o conhecimento da essência do jogo humano é necessário, segundo Buytendijk (1977), ter sempre em vista a importância fundamental dos conceitos subjetividade corporal e o corpo como consciência.

Todo jogo humano é de algum modo relacionado com o fundamento irracional e obscuro dos nossos instintos e paixões, capacidades, disposição, condições e estados de ânimo, e com o também inteiramente inexperiente elemento criador em cada atividade(id., p 66).

A essência do jogo, na ótica do autor citado, está fundamentada na representação, ou seja, a auto-representação. Esta auto-representação é uma relação dialética entre a aparência e a realidade. É um vaivém manifestado como elemento lúdico e, também, na essência do jogo humano. O lúdico contém elementos subjetivos da fantasia e elementos objetivos, o que quer dizer aparência objetiva ou imagens objetivamente existentes. A imagem aqui é o “modo como se apresentam as coisas e os acontecimentos”. Um objeto é objeto lúdico só na medida em que possui um caráter de imagem. A “esfera do jogo é a esfera das imagens e, com isso, a esfera das possibilidades e da fantasia”. O objeto lúdico nunca possui o caráter de um “objeto”, de uma “coisa”, cujos traços são reconhecidos aos poucos pela técnica e pela razão. Joga-se não com algo determinado, mas apenas com algo que somente ganha forma pelo contato, pelo processo dialético circular de estímulo e resposta, de mover e ser movido. Observa-se no vaivém do jogo, a alternância de uma tensão e de um relaxamento que são vividos com surpresa. (id., p. 68)

Na opinião do autor, o verdadeiro sentido do jogo humano se manifesta com os primeiros jogos de ilusão, ou seja, aquele vaivém excitante e gostoso do lúdico no

desenvolvimento infantil, torna-se agora atuante como uma relação humana para com o mundo e como um poder dinâmico e formador. A “criança descobre esse poder em seus jogos. Tal descoberta pressupõe uma existência em dois mundos: o sensitivo e o abstrato – e em duas camadas de comportamento: a camada instintiva, condicionada pela situação, e a camada escolhida, planejada, imaginada”. (id., p. 76)

O jogo é transformação – transformar é sempre uma atividade criativa que pressupõe o risco de quem se aventura. “Se o atrativo do jogo se encontra no risco, devemos nos dar conta de que o jogador expõe a si próprio ao risco da transformação – de emancipação” (id., p. 79).

Todo ser humano que joga apresenta traços juvenis, e o homem envelhecido, cansado, deprimido ou entediado, mas também o homem que cuida e que trabalha, tem saudades do “paraíso” do impulso vital da juventude, da espontaneidade, transpor fronteiras, assumir riscos da ventura, tentar a sorte; em suma: usufruir do prazer do jogo, da felicidade, do sucesso (id., p. 79).

Bruhns (1996, p.29) aponta alguns aspectos para que uma atividade seja considerada como jogo: o aspecto desinteressado, onde a qualquer momento o jogador pode refutá-lo, pois o mesmo não requer uma continuidade, objetivando alguma produção relacionada ao trabalho; nesse sentido, ele está “altamente interessado”. O prazer é outro critério presente no jogo, como também há a possibilidade de outros sentimentos desagradáveis, anulando o prazer, através de inseguranças, temores excessivos. A aparente desorganização do jogo é outro aspecto a ser relevado, pois para um “observador passageiro, toda a agitação, troca de lugares, empolgação, pode levar a uma falsa idéia de confusão”, mas para quem é sujeito deste jogo, tudo está bem organizado e tem sentido/significado. A espontaneidade na participação do jogo é outro aspecto a ser considerado, assim como a libertação dos conflitos, “constituindo numa espécie de ‘desforra’ do EU, na supressão de algum problema ou porque uma solução (submissão, revolta ou cooperação) torna-se aceitável”.

O jogo, segundo Bruhns (1996, p:32), abrange uma amplitude muito grande, pois pode-se jogar com ‘algum’ objeto, como ‘por’ um objeto-coisa, e ‘como’ um objeto. Este objeto ganha forma através do “processo dialético de mover e ser

movido; o objeto lúdico transcende o caráter de ‘objeto’ como alguma coisa reconhecida pela razão”.

Bruhns se refere ao jogo ainda como um espaço que possibilita às pessoas alcançarem a liberdade, a criatividade e a alegria, transcendendo as regras impostas pela realidade. “Seria um espaço onde o desejo é expresso e o sujeito se realiza na comunicação entre as pessoas” (p.33).

Para Marinho (1996), o jogo está relacionado a todas as coisas: objetos, sentimentos e pessoas...

Nascemos por meio de um jogo. O jogo do amor. Crescemos com o jogo. O jogo das cores, do brincar, do produzir, do aprender. Trabalhamos camuflados por jogo. O jogo da ordem. O jogo dos papéis. O jogo da memória. Ficamos tristes por meio do jogo. O jogo de tristezas e, talvez, alegrias. O jogo do choro. Ficamos felizes, também, por meio do jogo. O jogo das flores, dos sentimentos, dos sorrisos! Envelhecemos junto com o jogo. O jogo das lembranças, das recordações. E, por fim, morreremos levando o jogo do descaso e deixando, pros que ficam, o jogo das lágrimas, da perda...(p.161).

A autora, nesta compreensão de jogo, descarta qualquer tipo de característica competitiva ou lucrativa, atribuindo-lhe um sentido mais amplo, mais humano e criador.

O jogo tem a capacidade de agregar as pessoas que dele participam, promovendo a formação de grupos sociais. Nos jogos, os corpos brincam e “expressam a ordem interna da vivência lúdica, cujo ritmo e harmonia são construídos pelos jogadores, em clima que desafia e envolve a todos como parceiros, assumindo-se uns aos outros e à realidade onde acontece a ação brincante”. Os jogadores (re)criam novas regras, ordem, decidem jogadas e empenham-se nelas. O outro se torna categoria fundamental para o exercício da liberdade e, quanto mais livres as relações no lúdico, tanto mais necessário é o reconhecimento do outro (PINTO, 1996, p. 20).

O lúdico materializa a experiência sociocultural movida pelos desejos de quem joga e coroada pelo prazer. Prazer desenvolvido no exercício da liberdade e que representa a conquista de sonhar, sentir, decidir, arquitetar, aventurar e agir, esforçando-se por superar os desafios da brincadeira, consumindo o processo do brinquedo, recriando o tempo, o lugar e os objetos em jogo e usufruindo do seu produto, que, em sua exuberância, é festa (PINTO, 1996, p:97).

2.4.2 O Lúdico...

As trocas lúdicas fortalecem laços de amizade, partilham e reciclam sonhos e sentimentos, desconstróem, diferenciam e reinventam temporalidades. Tudo pode ser reorganizado, pode ser transformado pela imaginação. O jogo lúdico leva a um jogo de palavras e, como linguagem, representa a materialização de desejos, podendo transcender o aqui e o agora. A ação lúdica permite incorporar hábitos culturais e sociais relevantes, estabelecendo normas de convivência, respeito e limites. Implica, ainda, em uma relação dialética entre realidade e fantasia, apontando formas transformadoras para se trabalhar com essa realidade (ERDMANN, 1998; PINTO, 1996).

Para Santin (1987, p.102-103), fica difícil conceituar o lúdico, pois ele “não é conceituável”. O lúdico situa-se na esfera do simbólico. Ele é um modo de comportamento, o que significa dizer que é uma valorização, um sentido, uma intencionalidade do homem. É através do comportamento que o lúdico se manifesta. Portanto, não conseguimos conceituá-lo, pois ele não é um “objeto” ou uma “coisa”. O lúdico se sente “nas emoções, na excitação dos sentidos, no lado não racional, no lado não “sério” do humano”.

O lúdico, normalmente, não acontece no cenário das atividades cotidianas dos seres humanos, pois não visa rendimento, produtividade, técnica, trabalho, mas é vivido e sentido nos momentos livres em uma outra dimensão, caracterizando uma das tantas possibilidades de o homem manifestar-se. Santin (1987, p.102; 104; 105) enfatiza que “o lúdico acontece sob os fluídos da magia. Ele é o diferente. O secundário. Dispensável da vida. [...], o lúdico não é entendido, nem vivido como o elemento principal. É, apenas, um momento extra. Um acréscimo. Quase uma recompensa”.

Carvalho (1996) interpreta o lúdico como uma atividade espontânea de auto-expressão construtiva do ser humano. Este aspecto o coloca no mesmo grupo de todas as outras necessidades das pessoas, fazendo do lúdico algo tão essencial quanto respirar e receber afeto. O lúdico é o movimento de satisfação. Mais do que causador do prazer imediato, o movimento lúdico é um gerador de felicidade.

Carvalho (1996, p.306) afirma que como a ludicidade não pode ser excluída da vida do ser humano (embora se tente), ela tem sido alijada, tratada como algo sem valor, sem importância. Procura-se transformar o brincar, a ludicidade, a

criatividade, a alegria e o prazer em mercadorias, as quais devem ser consumidas como qualquer produto pré-fabricado.

Necessitamos despir um pouco da racionalidade externa que passou a dominar nossas vidas, para que se possa, através do lúdico, resgatar a humanidade; deixar um pouco de lado o homo faber que teima em nos dominar, para deixar aflorar, mais intensamente, o homo ludens, que reside em cada um de nós (CARVALHO, 1996, p.306).

Deve-se resgatar a “ludicidade que faz parte do lado humano do homem industrial” (SANTIN, 1994, p.15).

As relações impostas pelos valores dominantes contribuem para que os seres humanos adultos quase não brinquem ou já tenham deixado cair no esquecimento o ato de brincar. Nesse contexto, o lúdico vem sendo negado em nome da produtividade que requer que não somente os corpos, mas a vida, como um todo, seja organizada e controlada ao mesmo tempo, submetendo tudo às leis e aos princípios racionalistas voltados para os fins do modo de produção dominante. Essa realidade tem levado à eliminação do lúdico cada vez mais cedo na vida das crianças, como estratégia de controle e de repressão dos adultos (PINTO, 1996).

Erdmann (1998) enfatiza que precisamos incorporar os jogos, as festas e suas transgressões em nossas vidas, que marcam uma ruptura no tempo cotidiano do trabalho, opressivo e alienante, regrado pelas normas sociais. São pausas para o viver, superando as rotinas de todos os dias, compartilhando as alegrias e fantasias com os outros. Nesses momentos, para Santin (1987, p. 105), “as regras e técnicas pouco interessam. O rendimento é secundário. Os esquemas do racional ou do formal são esquecidos. É momento de brincar. De fazer do brinquedo um processo criativo de alegria e bem-estar. O importante é sentir-se livre e liberto”.

A atividade do homem, segundo Santin (1994, p.21), é “marcada pela seriedade, pela dedicação às atividades produtivas, pela valorização dos resultados, pela transformação dos objetos em instrumentos e pela mudança do sistema simbólico por relações econômicas”. O homem esquece de brincar, de dar expansão a sua imaginação, criação, ficando “cercado de regras e princípios que o aprisionam e controlam o poder criativo de seu imaginário”. O homem não se dá conta que, muitas vezes, o ato de brincar, de vivenciar o lúdico permite-lhe extravasar as

tensões imbuídas pelo trabalho.

A atividade do homem vivida numa dimensão lúdica, compreendendo-a como uma manifestação cultural, pode provocar emoções, sensações e descobertas de novas experiências, pois o ser lúdico, o ser que joga, é igualmente um ser pleno, um ser belo. Através do belo, o homem é como que recriado em todas as suas potencialidades e recupera sua liberdade tanto em face das determinações do sentido quanto em face das determinações da razão. Pode-se afirmar, então, que essa ludicidade suscitada pelo belo é um estado de liberdade para o homem (SCHILLER, 1995).

A “ludicidade é fantasia, imaginação e sonhos que se constróem como um labirinto de teias urdidadas com materiais simbólicos” (SANTIN, 1994, p.29). É uma forma viva, é uma ação sentida e vivida, não pode ser apreendida pela palavra, mas pela fruição; ela é vivenciada. Este simbólico permite ao homem estabelecer uma relação com seu meio circundante, podendo manifestar-se através de seus gestos, de seus movimentos, no manuseio de objetos, na criação de coreografias, do contato e estar com o outro.

A ludicidade permite ao ser humano vivenciar uma experiência plena como pessoas inteiras, flexíveis, alegres, saudáveis; não há lugar para qualquer outra coisa e, sim, uma entrega total.

A ludicidade é um fazer mais amplo, que se relaciona não apenas à presença das brincadeiras ou jogos, mas também a um sentimento, atitude do sujeito envolvido na ação, que se refere a um prazer de celebração em função do envolvimento genuíno com a atividade, a sensação de plenitude que acompanha as coisas significativas e verdadeiras (LUCKESI, 2000, p.21).

O lúdico pode ser um instrumento relevante para o viver mais saudável das pessoas com doença aterosclerótica coronariana, uma vez que respeita a individualidade, proporciona maior interação com o outro, possibilitando uma reflexão sobre si e sobre o mundo em que vive.

Após as considerações supracitadas sobre o significado da palavra “lúdico”, concordamos com Pinto (1992) que, é necessário colocar aspas no jogo. A autora diz que as aspas na palavra jogo, constituem-se numa peça-chave para toda a

articulação de todo o sentido do tema – considerando que “jogo” pode se referir a dois mundos contraditórios: o mundo do “jogo lúdico” e o “jogo de manobras”. Nesta linha de raciocínio o “jogo lúdico” expressa a vivência cultural em que as atitudes dos jogadores demonstram a possibilidade de conquista da liberdade, revelando o sentido de gratuidade e de prazer pela vivência de conteúdos culturais no tempo e lugar de posse dos jogadores. Deste modo, o interior deste poderá preservar sua intimidade, revestido-a de mistérios, visando proteger a existencialização de papéis vividos nesse jogo.

Quando se trata do “jogo de manobras” – sua essência é diferente do “jogo lúdico”. Neste sentido, as atitudes, bem como a apropriação do tempo e do espaço-lugar, deixam de ser dimensionadas pelos desafios que surgem no desenvolvimento do jogo, passando a ser condicionadas a outras metas fora dele, tais como poder, controle, mercantilização do jogo pela esfera da Indústria cultural e Indústria do Entretenimento.

Isto posto, pode-se inferir que o “jogo lúdico”, em seu caráter educativo, não sustenta os pressupostos de coisificação e mercadorização da liberdade, da criatividade, do prazer, do tempo e dos espaços, em suma, das emoções e dos desejos humanos.

2.5 As Vivências Lúdicas nas Manifestações Corporais

O surgimento da palavra “vivência” se tornou usual nos anos 70 do século XIX, resultante da formação secundária de “vivenciar”, que significa, de início, “ainda estar vivo, quando algo acontece” (GADAMER, 1977). A partir deste sentido, conforme esse autor, a palavra ‘vivenciar’ passa a carregar o tom de imediaticidade com que se abrange algo real – ao contrário daquilo que pensa saber, mas para o qual falta a credencial da vivência própria, quer o tenhamos recebido de outros, ou venha do ouvir falar, quer o tenhamos deduzido, intuído (gemutmasst)”. O vivenciado (das Erlebte) é sempre o que nós mesmos vivemos (das Selbsterlebte) (p.118).

O “vivenciado” passa, então, a significar aquele conhecimento que é duradouro, ou seja, esse conhecimento que é como um “rendimento ou resultado que, da transitoriedade do vivenciar, ganha duração, peso e importância”. Sendo

assim, estes dois significados ‘vivenciar’ e ‘vivenciado’ são resultados de ‘vivência’, tanto a imediaticidade, que se antecipa a toda a interpretação, elaboração e transmissão e que oferece apenas o ponto de partida para a interpretação da matéria para a configuração, como também o rendimento mediado por ela, seu resultado duradouro (GADAMER, 1977, p.118).

Na vivência algo se “transforma, na medida em que não somente foi vivenciado, mas que o seu ser-vivenciado teve uma ênfase especial, que lhe empresta um significado duradouro” (GADAMER, 1977, p.119).

A vivência é a expressão da vida, e onde existe vida existe movimento, transmissão de sentimentos, comunicação. Esta não pode ser satisfatoriamente descrita, verbalizada, é essencial vivê-la, senti-la, experimentá-la. É exploração e experimentação de gestos, ações, movimentos percebidos e executados nas diversas funções do cotidiano, que favorecem possibilidade de re-construção da linguagem corporal, de conscientização individual e maior integração coletiva, tendo a expressão como essência (GUIMARÃES, 2002).

Partindo de tais pressupostos sobre o significado de vivência, corroboramos com Kunz (2002), entendendo que a pessoa estabelece vivências e experiências consigo mesma, com os outros e com os objetos. Este se apropria da definição de Zur Lippe sobre vida, vivência e experiência, configurando-as em três dimensões de nossa existência, que cada um, a sua maneira, desenvolve de forma simultânea.

A vida se refere mais às funções biológicas do ser humano, a *vivência*⁵ corresponde às elaborações e expressões emocionais, e as experiências seriam os processamentos que ocorrem na consciência humana, nas diferentes formas e níveis de manifestação dessa consciência (KUNZ, 2002, p.20).

Sendo assim, concebem-se as “Vivências Corporais” como um inter-relacionamento entre vida, vivências e experiências, enfatizando que a sensibilidade, as percepções e as intuições do ser humano “desenvolvem-se de forma mais aberta e intensa quanto maior for o grau e as oportunidades de vida, vivência e

5 Grifo nosso

experiências com atividades constituídas por um se-movimentar espontâneo, autônomo e livre” (KUNZ, 2002, p. 20).

Com base nessa reflexão, entendemos que as práticas corporais devem partir da visão mais abrangente do ser humano, abordando o sentido e as expressões dos seus movimentos. Para tanto, é preciso desenvolver vivências baseadas em suas necessidades reais/concretas de vida, conhecer suas expectativas e aspirações, superando o predomínio de movimentos mecanizados que visam à performance, ao rendimento e aos aspectos biológicos do ser humano, presentes nos programas de atividades físicas, como também nos programas tradicionais de prevenção e reabilitação cardíaca.

Nos programas de prevenção e reabilitação cardíaca são enfatizados os exercícios aeróbios⁶, cujo objetivo é desenvolver atividades que estimulem o trabalho do aparelho cardiorespiratório. Os movimentos são realizados de modo cíclico (repetitivos, como a corrida, a caminhada e o ciclismo), facilitando a manutenção e a estabilização da frequência cardíaca. Nestes programas não se dá oportunidade à pessoa de criar, pensar, agir e refletir o movimento que está sendo realizado, priorizando a homogeneização dos movimentos corporais, reforçando e restringindo, assim, a visão de corpo a uma perspectiva anátomo-fisiológica.

Essa forma irrefletida de sentir o movimento humano através das atividades físicas, para Kunz (1991, p.165), talvez possa em parte ser superada se interpretássemos o movimento humano na sua concepção mais ampla de fenômeno Antropológico, Sócio e Histórico. O movimento humano consiste em experiências significativas, onde, pelo seu “movimentar”, a pessoa realiza sempre um contato e um confronto com o mundo material e social, bem como consigo mesmo.

Kunz (1991, p.166) apresenta cinco distinções para compreender os Sentidos/Significados do movimento humano:

- Sentido Comparativo – o movimento tem como objetivo o rendimento, a competição e a vitória esportiva.
- Sentido Explorativo – manifesta-se nos movimentos que têm a finalidade de conhecer e interpretar objetos materiais, pelo contato com os mesmos e com o mundo material e social. Neste sentido, o movimento realizado não tem a intenção de melhorar a performance, a aptidão física, mas “sim explorar

⁶ Conforme enfatizado no subitem “Exercício físico e suas perspectivas”, desta proposta.

novas formas de movimentos e jogos”.

- Sentido Produtivo - o movimento expressa-se na produção de obras artísticas e objetos de valor utilitário.
- Sentido Comunicativo – o movimento manifesta-se através dos gestos, com a finalidade de expressar alguma intenção, saudação, sentimento, idéia, enfim, a comunicação corporal.
- Sentido Expressivo – este objetiva expressar as emoções, os sentimentos, as impressões, os gestos, as atividades esportivas, artísticas, a expressão corporal.

Os sentidos/significados do se-movimentar não objetivam demonstrar somente a técnica gestual, a performance, a aptidão física, mas sim estimular uma reflexão crítica, como também oportunizar às pessoas a construção de seu próprio movimento. O homem “se-movimenta” a partir dos significados e da interpretação que tem do mundo, e ele irá agir, expressar sentimentos, emoções conforme essa interpretação e de forma intencional. O autor afirma que:

O Se-movimentar, entendido como diálogo entre Homem e Mundo, envolve o Sujeito deste acontecimento, sempre na sua Intencionalidade. E é através desta intencionalidade que se constitui o Sentido/significado do Se-movimentar. Sentido/significado e Intencionalidade têm assim uma relação muito estreita na concepção dialógica do movimento (KUNZ, 1991, p.174).

Com base nessa reflexão, corroboramos com Carvalho (2003) que, ao propor um programa de atividade física e a análise de sua efetividade, não poderia ser ele um programa cujo conteúdo priorizasse somente a relação atividade física e saúde física, mas a proposta deverá fundamentar-se na idéia de que é o conhecimento e a experiência do homem com a cultura corporal que possibilita a ele manifestar-se, expressar-se, visando a melhoria da saúde. Desloca-se a idéia de que a saúde está apenas centrada no organismo, no físico, no biológico mas, sim, entendida como um processo e resultado das opções na vida, opções essas relativas ao trabalho, à moradia, à família, ao lazer, mas especialmente aos valores e princípios de vida que se quer, que se acredita serem melhores.

Sob essa ótica, as vivências corporais lúdicas podem contribuir para que as pessoas tenham a oportunidade de confrontar-se consigo mesmas, descobrindo

seus limites e possibilidades: restaurando o passado, vivendo e compreendendo o presente, construindo o futuro, procurando organizar e/ou reorganizar a vida de forma mais saudável. Se isso for buscado, afirma Luckesi (2000), “certamente que experiências negativas do passado serão restauradas, de tal forma que a vida se torne mais pulsante” (p. 35).

As vivências corporais lúdicas podem proporcionar um desabrochar, um desnudar a corporeidade de concepções estabelecidas, já que o “adulto de hoje não tem tempo mais para brincar”. Mesmo reconhecendo a importância do brincar, ele se priva deste “momento de prazer, ‘está moldado nos cânones’ da produção, está disciplinado por uma educação opressora, está, portanto, ‘travado’, fragmentado, vigiado, inibido, com medo da punição, com medo do ridículo” (FALCÃO, 2002, p.99).

O corpo não agüenta tantas pressões, competições presentes nestes tempos modernos. A incapacidade para superar vivências e experiências tão estressantes desgasta a pessoa, levando a uma ruptura do bem-estar individual, podendo resultar em sérias enfermidades físicas, como arteriosclerose, hipertensão, suicídio, ataque cardíaco e infarto.

As vivências corporais lúdicas podem proporcionar um alívio das tensões geradas no dia-a-dia das pessoas com doenças crônicas, como também uma interrupção temporária da vida real para “brincar”. Essa interrupção permite às pessoas libertarem-se de suas amarras sociais. É um momento mágico, onde o “brincar” é desprovido de censuras e críticas. Os jogos e brincadeiras organizam os indivíduos em grupos, estabelecendo regras de convivência, vínculos sociais e afetivos, e forma de se elaborar ludicamente a fantasia, a agressão, o medo (ZANLORENZI, 1997).

O lúdico, presente nas vivências corporais, não tem idade, está intrínseco em qualquer Ser Humano, basta o estímulo necessário para que esta capacidade seja extravasada. O que acontece muitas vezes é que a pressão gerada pela sociedade, com suas exigências e regras de conduta perante a aceitabilidade social reprime as pessoas, limitando sua capacidade criativa.

Incorporar a ludicidade em nossas vidas, principalmente para as pessoas marcadas pela doença aterosclerótica coronariana, pode ocasionar mudanças, reflexões, (re)significações na maneira de encaminhar e encarar a vida, de viver os momentos presentes e deixar fluir as energias, as tensões, as angústias, os medos,

as depressões, as ansiedades características tão presentes nos seres humanos. Geralmente as pessoas deixaram de brincar, de vivenciar a ludicidade, vivem em uma tensão constante; são pessoas reprimidas, deprimidas, estressadas, ansiosas, não se permitindo um momento de descontração, de fantasia, de liberdade, no seu processo de viver. Por momentos, esquecem que seu corpo vive, pensa, sonha, sente, sofre, trabalha e brinca.

III CAMINHOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, apresentamos o método do estudo, descrevendo o processo de produção e análise dos dados.

3.1 A Pesquisa Convergente Assistencial

O presente estudo teve como finalidade compreender como um programa de Vivências Corporais Lúdicas (VCL) contribui para um viver mais saudável de pessoas com doença aterosclerótica coronariana (DAC). A metodologia utilizada na realização deste trabalho se pautava na Pesquisa Convergente Assistencial, devido à convergência entre a prática realizada com pessoas com DAC – Vivências Corporais Lúdicas e a investigação realizada concomitantemente. A prática se concretizou através da inserção da pesquisadora, cotidianamente, nos encontros, como professora e colaboradora ativa das vivências, interagindo com o grupo, levando em consideração o interesse e a necessidade das pessoas e concebendo a intervenção como um processo coletivo.

A pesquisa convergente-assistencial (PCA) tem como característica a participação ativa das pessoas, orientadas para a resolução ou minimização de problemas na prática, ou para a realização de mudanças e/ou introdução de inovações nas práticas de saúde, podendo levar a novas construções teóricas. A proposta da prática desenvolvida proporcionou às pessoas com DAC, um “cuidar” diferenciado dos programas tradicionais de prevenção e reabilitação cardíacas. Este “cuidar” não está compreendido no fazer por fazer, mas, sim, em articulação com as ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada numa relação de cooperação mútua (TRENTINI & PAIM, 2004).

Na pesquisa convergente-assistencial, segundo Trentini e Paim (2004), o

“fazer” e o “pensar” estão juntos, integrados, para uma melhoria substancial da prática. Durante todo o processo, esse tipo de pesquisa mantém uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações no cotidiano da pessoa.

A pesquisa convergente-assistencial teve inspiração na pesquisa-ação de Kurt Lewin, especialmente pela possibilidade de articular o processo de pesquisa com o processo de assistência em saúde. Esta proposta metodológica está centrada em cinco pressupostos:

- O contexto da prática assistencial suscita inovação, alternativas de soluções para minimizar ou solucionar problemas cotidianos em saúde e renovação de práticas em superação, o que requer comprometimento dos profissionais em incluir a pesquisa em suas atividades assistenciais unindo o saber-pensar ao saber-fazer.
- O contexto da prática assistencial é potencialmente um campo fértil de questões abertas a estudos de pesquisa.
- O espaço das relações entre a pesquisa e a assistência vitaliza simultaneamente o trabalho vivo no campo da prática assistencial e no da investigação científica.
- PCA implica no compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo, ao tempo em que se beneficia com o acesso franco às informações procedentes deste contexto.
- O profissional da saúde é potencialmente um pesquisador de questões com as quais lida cotidianamente, o que lhe possibilita uma atitude crítica apropriada à crescente dimensão intelectual no trabalho que realiza (TRENTINI e PAIM, 2004, p. 27-28).

Esse processo foi acompanhado de uma reflexão autocrítica e da avaliação dos resultados, tendo como finalidade contribuir simultaneamente com o alívio das preocupações de ordem prática das pessoas que estão em situação problemática. Visamos como objetivo uma mudança na atitude dos participantes na relação com sua saúde, com sua doença, com seu corpo e com os outros.

Buscamos, outrossim, contribuir para o desenvolvimento da ciência, produzindo um conhecimento que sirva de base para futuros trabalhos de profissionais que atuem com pessoas que apresentam doenças cardiovasculares, cujo propósito foi desenvolver experiências corporais alternativas às formas tradicionais que centram sua atenção no tratamento da doença, ignorando, muitas vezes, a pessoa portadora.

Na proposta que estamos apresentando, a realização de vivências corporais lúdicas, como uma abordagem diferenciada, que alia atividade física ao processo de viver das pessoas com DAC, constituiu-se o foco do estudo, com a intenção de compreender como essas vivências contribuem para um viver mais saudável de seus integrantes.

O estudo foi realizado com a utilização de abordagem qualitativa, mas também utilizando abordagem quantitativa, especialmente na análise das mudanças anátomo-fisiológicas percebidas nos integrantes do programa.

Nessa escolha está implícita a intenção de superar o falso dualismo e as polarizações dicotômicas e excludentes que, historicamente, vêm se manifestando em pesquisas sociais. Consideramos que a interconexão de ambos os tipos de abordagens proporcionam uma maior compreensão do objeto de estudo, aproximando-nos da sua totalidade de forma dinâmica (GAMBOA, 1995). Partimos da teoria que fundamentou nosso estudo, movimentamo-nos em direção de escolher as técnicas e os instrumentos operacionais que pudessem contribuir para a construção e a avaliação do conhecimento (MINAYO, 2002, p.20). Consideramos os dados quantitativos, não de forma neutra e rígida, mas como uma interpretação que se traduz em qualidade, permeada por nossa postura teórica, nossos valores, nossa concepção de homem, de ser doente, de saúde, de cuidados e de vivências corporais.

Segundo Minayo (1994, p. 22), a diferença entre a pesquisa qualitativa e a quantitativa é de natureza metodológica. Os cientistas sociais que limitam seus trabalhos à estatística, apreendem apenas as regiões visíveis, ecológicas, morfológicas e concretas dos fenômenos. Mas, ao se utilizarem da abordagem qualitativa, aprofundam-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas. No entanto, o conjunto de dados qualitativos e quantitativos interage dinamicamente no processo de pesquisa. A rigor, não há dicotomia e exclusão entre os dados quantitativos e os qualitativos, mas complementação recíproca no entendimento do fenômeno estudado.

3.2 Local do Estudo

O Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência ao Portador de Dislipidemia, teve origem no início dos anos de 1997, sendo constituído por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar de um Hospital de Santa Catarina, e tem como objetivo geral avaliar o sucesso da intervenção multiprofissional e interdisciplinar nos fatores de risco para DAC, em busca de prevenção para eventos cardiovasculares e de um estilo de vida mais saudável. O Núcleo é composto por duas médicas cardiologistas, duas bioquímicas, uma professora de Educação Física, uma nutricionista e uma bolsista, as quais vêm desenvolvendo vários projetos, tais como:

- Controle de dislipidemia na comunidade universitária na prevenção do desenvolvimento da aterosclerose;
- Eficácia de dietas hipolipídicas no tratamento de dislipidemia;
- Ambulatório de prevenção e tratamento de dislipidemia para a comunidade universitária;
- Avaliação do estresse no grupo de risco para as doenças cardíacas coronarianas (DCC) em pacientes atendidos no referido Hospital.

Desde março de 2002, além desses projetos de pesquisa, o Núcleo inseriu, na sua proposta de prevenção e controle dos fatores de risco predisponentes, as DCCs, práticas corporais como a biodança, com objetivo de produzir modificações estáveis no estilo de vida, diminuindo o estresse e elevando a qualidade de vida dos participantes, através da música, do movimento e da comunicação. Também foi criado um programa de condicionamento físico estruturado no Laboratório de Esforço Físico do Centro de Desportos da UFSC.

Além dessas atividades, os profissionais do Núcleo Interdisciplinar organizam, toda primeira quarta-feira do mês, no período da manhã, palestras, fóruns, debates, vídeos, aulas expositivas para as pessoas com problemas cardiovasculares.

No Núcleo, atualmente, estão cadastrados 260 (duzentos e sessenta) pessoas com doenças cardiovasculares.

As pessoas que estão cadastradas no Núcleo são aquelas que possuem um fator de risco (baixo, médio e alto) para doença aterosclerótica coronariana, considerando o tabagismo, o diabetes, a hipertensão, a obesidade, o sedentarismo,

com história familiar ou previamente dislipidêmicos, de ambos os sexos; idade superior a vinte anos; alterações lipídicas (colesterol total acima de 200 mg/dl, HDL menor que 35 mg/dL, LDL maior 150 mg/dl e/ ou triglicerídeos maiores que 200 mg/dl.

O perfil lipídico é definido pelas determinações do colesterol total (CT) e triglicerídeos (TG), utilizando métodos enzimáticos - colorimétrico automatizado; HDL-colesterol: (HDL), método de precipitação seletiva, acoplado à dosagem por método enzimático colorimétrico automatizado e LDL-colesterol (LDL)⁷.

3.3 Escolha dos Participantes

No início do ano de 2005, em reunião com os profissionais do Núcleo Interdisciplinar apresentamos o projeto de Pesquisa “O Coração e o Lúdico” os quais ficaram interessados no desenvolvimento do projeto para as pessoas com doenças cardiovasculares, cadastradas no Núcleo. Na ocasião, fomos convidada a proferir a palestra: “*Os benefícios da atividade física para pessoas com doenças cardiovasculares*”, organizada pelo Núcleo Interdisciplinar na primeira quarta-feira do mês de março de 2005, no Auditório do Hospital. Na oportunidade apresentamos, também, o projeto de pesquisa e convidamos as pessoas, cadastradas no Núcleo, a fazer parte da mesma.

Na palestra estavam presentes médicos, enfermeiros, acadêmicos de enfermagem e medicina e quarenta pessoas com doenças cardiovasculares, cadastradas no núcleo, que se mostraram bastante motivadas a fazer parte da pesquisa. Num segundo momento, marcamos um horário com os interessados em participarem do programa de Vivências Corporais Lúdicas no Centro de Esportes, para expor com mais detalhes a dinâmica do programa, os objetivos da pesquisa e o horário dos encontros. Nessa reunião, apareceram vinte e três pessoas com doenças cardiovasculares. Como o programa de Vivências Corporais Lúdicas seria realizado nas 2^a, 4^a e 6^a-feira, período das 16:00 as 17:00horas limitou a participação de algumas pessoas em função de suas atividades profissionais. Sendo

⁷ Obtido por cálculo, utilizando a fórmula de Friedewald.

assim, iniciamos a pesquisa no dia 14.3.2005, com onze pessoas com doenças cardiovasculares, outras oito foram se integrando durante o desenvolvimento do programa, totalizando dezenove.

3.4 Caracterização dos Participantes

As pessoas envolvidas nesta pesquisa foram em número de dezenove, sendo sete homens e doze mulheres, portadores de distúrbios cardiorrespiratórios, com idades que variam entre cinqüenta e um e oitenta e dois anos. A maioria delas são ex-funcionários de um hospital geral de Santa Catarina, participantes de um grupo de pesquisa interdisciplinar. Dos participantes da pesquisa, todos os homens são casados e também seis mulheres. As outras mulheres, duas são solteiras, três viúvas e uma divorciada. O número de filhos e netos variam de um a seis. Atualmente, sete homens e dez mulheres estão aposentados, sendo que as outras duas mulheres ainda trabalham. Além da participação no projeto, duas das participantes estão envolvidas em outros grupos de atividade física, como biodança, ginástica, grupo de dança folclórica, um homem participa de outro programa de prevenção e reabilitação cardíaca; duas mulheres e um homem participam de atividades comunitárias de pessoas idosas. O nível sócio-econômico dos integrantes do grupo varia entre a classe média e média-baixa. O grau de escolaridade dos participantes é muito variado, indo desde pessoas que não concluíram o ensino fundamental até aqueles com títulos universitários. Residem em diferentes bairros de Florianópolis, e têm em comum o fato de participarem do projeto com finalidade de manutenção da saúde, atendendo à prescrição médica, devido a suas doenças, preocupados com a prevenção e reabilitação de eventos cardiorrespiratórios.

A seguir, uma breve descrição do perfil dos participantes:

Quadro 1 - Caracterização e Diagnóstico dos Participantes do Programa

Nome	Idade	Sexo	Estado Civil	Nº Filhos	Ocupação	Diagnóstico da Doença	Eventos Cardio-vasculares
1. Alice	57	F	Divorciada	02	Bancária (Aposentada)	Dislipidemia Pré-Diabética	
2. Angélica	58	F	Casada	02	Balconista (Aposentada)	Dislipidemia HA	
3. Bernardo	62	M	Casado	02	Dentista Aposentado	Depressão Dislipidemia Hepatite A	
4. Campeão	80	M	Casado	03	Coronel (Aposentado)	HA	
5. Canário	63	F	Casado	02	Técnico em Enfermagem (Aposentado)	DAC Dislipidemia HA	Infarto Cateterismo Angioplastia
6. Galego	58	M	Casado	dois	Barbeiro (Aposentado)	DAC Dislipidemia Hipertensão Nefropatia Obesidade Síndrome X	Episódio de Angina Instável Cateterismo
7. Cristina	52	F	Casada	3	Assistente Administrativa	Dislipidemia Hipotireoidismo HAS	
8. Gersinho	56	M	Casado	2	Bancário (Aposentado)	Dislipidemia Diabete HA Esquizofrenia	
9. Gioconda	76	F	Solteira	00	Empregada Doméstica (Aposentada)	Diabete Mellitus Dislipidemia Hipertensão	
10. Ihadad	52	F	Casada	03	Bibliotecária (Aposentada)	Dislipidemia	
11. Lena	60	F	Viúva	03	Secretária do Lar ⁸	HAS Dislipidemia	
12. Letícia	50	F	Casada	03	Copeira (Aposentada)	Dislipidemia HA DAC Tabagismo	Infarto
13. Lúcia	66	F	Casada	06	Secretária do Lar	Dislipidemia Hipertensão	
14. João Carlos	82	M	Casado	06	Auditor Fiscal da Previdência (Aposentado)	Dislipidemia HA	
15. Maria	72	F	Solteira	01	Empregada Doméstica	Dislipidemia HAS	Infarto
16. Mariana	68	F	Viúva	02	Secretária do Lar	HAS Dislipidemia	
17. Manoel	69	M	Viúvo	05	Trabalhava na Lavoura	Diabetes Mellitus HAS Insuficiência Coronária	Infarto
18. Natália	75	F	Viúva	02	Secretária do Lar	HA Hiperlipidemia	
19. Renata	58	F	Casada	05	Assistente Administrativa	Dislipidemia Stresse	DAC estável

Obs. O diagnóstico da doença foi estabelecido pelos profissionais do Núcleo Interdisciplinar previamente ao programa de VCL. Nem sempre os exames laboratoriais efetuados no início do programa de Vivências Corporais Lúdicas refletem o diagnóstico previamente estabelecido.

⁸ Esta denominação foi designada pela participante uma vez que esta recebe salário, diferenciado-se da Secretária do Lar.

3.5 Procedimentos de Coleta de Dados

O método de Pesquisa Convergente Assistencial integra vários métodos, estratégias e técnicas objetivando obter informações para o estudo. As estratégias de coletas de dados se diferenciam de outros métodos de pesquisa, pelo fato de que esses métodos se destinam a obter informações com dupla intencionalidade: produzir construções científicas ao desenvolvimento da pesquisa e contribuir no processo de viver mais saudável das pessoas com DAC pela prática assistencial (TRENTINI & PAIM, 2004).

Sendo assim, nesta pesquisa foi realizada uma triangulação metodológica, que consistiu na combinação de diferentes métodos e procedimentos de coletas de dados de um mesmo estudo, com vistas a abranger, de forma mais acurada, as variadas perspectivas do objeto em estudo. Triviños (1995, p. 138) ressalta que a triangulação na coleta de dados tem como “objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo”. A triangulação de dados envolve a coleta de dados de múltiplas fontes para análise em um mesmo estudo.

Os dados qualitativos foram obtidos através das seguintes técnicas de coletas: observação participante, com anotações em diário de campo, fichas individuais de avaliação médica e entrevistas semi-estruturadas.

A observação participante proporcionou o envolvimento direto do pesquisador com o grupo em estudo. A observação participante “é o envolvimento que despe o investigador do seu conhecimento cultural próprio, enquanto veste o do grupo investigado” (VALA, 1993, p.149). O objetivo da observação foi captar e registrar o maior número de elementos e impressões sobre as vivências realizadas no grupo, cujas manifestações se deram de forma objetiva e subjetiva. Esta técnica de coleta de dados envolveu não somente a observação do objeto, mas permitiu ao pesquisador experienciar e compreender a dinâmica dos acontecimentos, recolhendo as informações a partir do sentido que as pessoas envolvidas atribuíram a seus atos e à situação vivenciada, ou seja, como elas interpretaram os acontecimentos (BECKER, 1997; CHIZZOTTI, 2000).

Assim, a observação foi o instrumento que incluiu as anotações no diário de campo, dos seguintes aspectos: descrição das pessoas, atitudes, olhares,

comportamentos, palavras, atividades, medidas, enfim, tudo o que pudesse contribuir para desvelar o objetivo central da pesquisa. Esses registros constituíram os relatórios das Vivências Corporais Lúdicas que integraram o material de análise. Foram considerados oitenta e dois dos noventa e quatro relatórios elaborados. A definição do número de relatórios considerados foi a realização da segunda avaliação física conforme consta do cronograma das Vivências Corporais Lúdicas (Apêndice 01). Outro procedimento de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, cujo objetivo foi aprofundar e validar alguns aspectos da observação envolvidos na temática do estudo (Apêndice 02). Este procedimento metodológico foi desenvolvido a partir da orientação de um roteiro com perguntas abertas no qual buscamos encontrar respostas para as nossas indagações, no sentido de alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa, buscando identificar e compreender as percepções que as mesmas experienciaram a respeito da saúde, doença, corpo, relacionamentos e vivências corporais. Foram realizadas dezenove entrevistas, que se desenvolveram em um clima de harmonia. As pessoas aproveitaram esse momento para conversar, desabafar suas angústias, seus temores e incertezas frente às novas experiências vividas.

Os dados coletados por meio das entrevistas foram gravados em fita-cassete e transcritos em seguida e/ou escritos sob forma de notas ou relatórios mediante consentimento dos participantes.

As entrevistas foram realizadas em espaço agradável e tranquilo, de pouco ruído e com a menor possibilidade de interrupções. Estas duravam em média trinta a quarenta e cinco minutos, sendo que os participantes decidiam a hora e o local mais adequado para a realização da entrevista. Foram realizadas no último mês da coleta de dados e foi repetida com alguns integrantes. O foco básico das entrevistas foi compreender como as Vivências Corporais Lúdicas se integraram ao viver das pessoas, os sentimentos que provocaram e as possíveis mudanças na percepção do viver saudável dos integrantes do estudo. Essas entrevistas auxiliaram a complementar a observação efetuada durante todo o desenvolvimento do programa.

Quanto aos dados quantitativos, inicialmente foi realizada uma avaliação médica, incluindo uma anamnese e exame físico pelos profissionais integrantes do

Núcleo Interdisciplinar⁹.

Os exames laboratoriais, medidas de avaliação antropométrica, teste de esforço físico, medidas das dobras cutâneas e mensuração dos perímetros, flexibilidade, foram realizados em duas etapas: a primeira, em março, ao iniciar o Programa, e a segunda, em outubro de 2005.

Os exames laboratoriais foram realizados no Laboratório de Patologia Clínica, pela bioquímica integrante do Núcleo Interdisciplinar, e teve como objetivo verificar os perfis lipídicos (níveis de CT, HDL-C, LDL-C e TG).

O teste de esforço físico, cujo objetivo foi esclarecer a necessidade e a extensão da intervenção e avaliar a resposta ao tratamento foi realizado no Centro de Cardiologia do Hospital, por uma das cardiologistas integrantes do Núcleo Interdisciplinar.

As medidas antropométricas e de dobras foram realizadas no Laboratório de Esforço Físico do Centro de Desportos por esta pesquisadora. Para a avaliação da estatura, foi utilizado um estadiômetro, e a mensuração da massa corporal foi empregada uma balança digital com precisão de 100g. Na determinação do Índice de Massa Corporal (IMC) utilizou-se a fórmula $IMC (kg/m^2) = \text{Massa Corporal (kg)} / \text{Estatura}^2 (m)$. Para mensuração do perímetro da cintura foi utilizada uma fita antropométrica de aço flexível com precisão de 0,1 cm. A referência utilizada foi o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca.

A mensuração das dobras cutâneas, para determinar a composição corporal, foi utilizado o aparelho adipômetro, objetivando medir a espessura do tecido adiposo do tríceps, subescapular, supra ilíaca e panturrilha medial.

Para medir a flexibilidade do quadril utilizou-se o teste de sentar e alcançar (GUEDES, et al. 1995; BORBA, 1996; ACHOUR JUNIOR, 1999).

3.6 Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa, após ser submetido à banca de qualificação em

⁹ Os profissionais do Núcleo Interdisciplinar deram assessoria a todo o desenvolvimento da pesquisa. Os procedimentos aqui apresentados fazem parte do Projeto Interdisciplinar do Núcleo (2004).

fevereiro de 2005, foi encaminhado à Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina para apreciação, sendo considerado aprovado para execução, conforme parecer no projeto no 094/2005 (Anexo 01).

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3). Neste documento há esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, a voluntariedade da participação e a garantia do sigilo referente aos dados, sendo salientado a importância da participação para a melhoria da assistência no cuidado de saúde das pessoas com DAC.

Foi solicitada a cada um sua participação na pesquisa, sendo que as pessoas foram informadas dos objetivos da pesquisa, tipo de participação desejada, direito a livre opção em participar ou não da pesquisa, assim como desistir de participar em qualquer momento em que o desejassem. Foi garantido o total desvinculamento entre participação na pesquisa e a assistência prestada no hospital e no Núcleo Interdisciplinar. Foi garantido também o anonimato de todas as informações prestadas quanto à divulgação dos resultados do estudo.

Para garantir o anonimato das pessoas, foram escolhidos nomes fictícios, pelos próprios participantes da pesquisa.

As pessoas verbalmente autorizaram a gravação das entrevistas, de imagens de vídeo dos encontros lúdicos, deixando claro que esta, junto com as fotos, poderiam ser utilizadas na pesquisa.

3.7 A Prática Assistencial: encontros lúdicos

As vivências corporais lúdicas, enfatizadas neste estudo, diferenciam-se dos programas tradicionais de prevenção e reabilitação de pessoas com doença aterosclerótica coronariana, uma vez que não seguiam as mesmas características e os princípios do condicionamento físico quanto à intensidade e duração, assumindo outros princípios, conforme o cronograma das vivências realizadas¹⁰.

O cronograma foi elaborado seguindo a dinâmica da intensidade do trabalho

¹⁰ Conforme Apêndice 01.

exigido e sofreu alterações dependendo da disposição e motivação dos participantes. Normalmente, quando trabalhávamos em um encontro com vivências mais intensas, como, por exemplo, caminhadas, no próximo encontro proporcionávamos vivências menos intensas, como, por exemplo, danças e massagens com toque.

As vivências tinham como referência uma sala de ginástica do CDS. Iniciaram em 14 de março de 2005 e terminaram em 10 de novembro de 2005, sendo realizados três encontros lúdicos semanais: segundas, quartas e sextas-feiras, das 16 horas às 17 horas, portanto, com duração de uma hora, ministrados por esta pesquisadora. Salientamos algumas situações vivenciadas pelos participantes que interferiram nas freqüências:

- nem todos os participantes freqüentavam os encontros três vezes por semana. No mesmo horário das vivências, dois homens tinham outras atividades às 4^{as}feiras e três mulheres as 6^{as}feiras. Freqüentaram, então, somente duas vezes por semana;
- Gersinho, outro participante que freqüentava somente duas vezes por semana, começou a trabalhar no período da tarde impossibilitando a presença mais assídua ao programa;
- Cristina, assistente administrativa do Hospital, dependia de liberação do trabalho para freqüentar o programa. A liberação muitas vezes não aconteceu, pois ela dependia de outra pessoa para ocupar o seu lugar no trabalho;
- Campeão, Galego, Ihadad, João Carlos e Lúcia necessitaram dispensas por doença. Gioconda, Bernardo, Natália e Lena por motivos de viagens.

No quadro 2 apresentamos a freqüência dos participantes no programa de Vivências Corporais Lúdicas.

Quadro 2 - Frequência dos Participantes no programa de Vivências Corporais Lúdicas

Nomes	Data de Início no Programa	Nº de Vezes por Semana	Total de Encontros Lúdicos	Comparecimentos		Faltas		Dispensas	
				Nº	%	Nº	%	Nº	%
ALICE	17.6.05	03	55	47	85,5	08	14,5	00	00
ANGÉLICA	14.3.05	03	92	92	100	00	00-	00	00
BERNARDO	14.3.05	03	92	70	76,1	05	5,5	17	18,5
CAMPEÃO	01.4.05	03	85	65	76,5	08	9,4	12	14,1
CANÁRIO	14.3.05	02	74	51	68,9	09	12,2	15	20,3
CRISTINA	14.3.05	03	92	45	48,9	20	21,7	27	29,3
GALEGO	14.3.05	03	92	79	85,9	00	00	13	14,1
GERSINHO	14.3.05	02	75	15	20	60	80	00	00
GIOCONDA	14.3.05	03	92	55	59,8	09	9,8	28	30,4
IHADAD	01.4.05	03	85	50	58,8	19	22,4	16	18,8
JOÃO C	11.4.05	03	81	45	55,5	21	25,9	15	18,5
LENA	14.3.05	03	92	65	70,7	03	3,3	24	26,1
LETÍCIA	14.3.05	02	73	53	72,6	18	24,7	02	2,7
LÚCIA	11.4.05	03	81	34	42	20	24,7	27	33,3
MANOEL	01.7.05	03	49	44	89,8	05	10,2	00	00
MARIA	10.6.05	03	58	47	81	08	13,8	03	5,2
MARIANA	14.3.05	02	67	62	92,5	05	7,5	00	00
NATÁLIA	14.3.05	02	65	47	72,3	06	9,2	12	18,5
RENATA	30.3.05	03	86	62	72,1	24	27,9	00	00

Nos encontros, procuramos estar com os participantes minutos antes do começo das vivências. Os momentos de espera foram de grande importância na socialização das pessoas, já que estimulavam uma troca de relatos sobre suas vidas, famílias, saúde, doença, gostos, interesses e necessidades. Isto permitiu-nos poder compreender particularidades da vida dos alunos que complementaram as entrevistas e as observações de aula.

No início de cada encontro lúdico, ficávamos em pé ou sentados, formando um círculo, de mãos dadas, fazendo uma retrospectiva do encontro anterior, questionando como se sentiram e como se sentiam naquele momento, estimulando a reflexão e socializando a proposta do novo encontro. Ao término da vivência, voltávamos ao círculo, oportunizando aos participantes manifestarem-se sobre as

sensações e apreciações das vivências corporais realizadas, possibilitando, através do relato, a reconstrução da experiência vivida.

As vivências corporais lúdicas, que foram experienciadas pelas pessoas com doença aterosclerótica coronariana, foram aquelas nas quais as pessoas envolvidas participaram e atribuíram um sentido à ação. Incluem o movimento corporal consciente, com ênfase na expressão corporal, nos jogos, movimentos ginásticos, nos movimentos de alongamentos, nos exercícios de flexibilidade, na ioga, na massagem, nas danças, nos jogos, na capoeira, no tai-chi-chuan, na hidroginástica e nos exercícios aeróbios. Para tanto, utilizamos diferentes técnicas e materiais, estilos e ritmos musicais.

As vivências experienciadas nos encontros lúdicos foram elaboradas a partir dos objetivos do estudo e re-elaboradas a partir dos interesses e necessidades que captamos dos participantes, ao longo da pesquisa. Em cada encontro, proporcionávamos vivências diferentes tanto em intensidade como diversidade. Geralmente era socializado no final de cada encontro o planejamento da vivência para o próximo encontro. Muitas vezes, o planejado não acontecia, pois percebíamos pelas expressões dos participantes que a vivência programada não teria muito sentido naquele dia. A sensibilidade e a intuição sempre pautaram todo o processo de desenvolvimento da pesquisa.

Sendo assim, apresentaremos a seguir a fundamentação dos diferentes tipos de vivências corporais experienciadas pelas pessoas participantes do programa, em que procuramos resgatar, nas vivências e experiências, o direito à criatividade, ao jogo e ao lúdico, proporcionando aos participantes a possibilidade de sentirem prazer consigo mesmo, com o movimento, com o conhecimento de si e no estar e fazer com outro.

3.8 Conhecendo as manifestações corporais vivenciadas no Programa

As manifestações corporais vivenciadas foram propostas a partir do entendimento de que o movimento é vida e este movimento transmite sentimento,

comunicação. Na exploração e experimentação, movimentos, gestos, ações foram percebidos e executados nas diversas mediações simbólicas e de significados, sendo permeados e partilhados pela: plenitude da experiência expressa na alegria de estar vivenciando aquele momento; intencionalidade no ato de brincar, envolvendo uma participação efetiva dos participantes, desejo de estar e ficar ali; absorção e valorização de todos os envolvidos, (re)significando as expressões, movimentos individuais e coletivos e respeito às diferenças culturais; espontaneidade e liberdade dos participantes nas vivências, tanto de opinar, de se expor como de se omitir; transparência nas construções das regras, não havendo imposição de como deve ser a programação e a seqüência dos acontecimentos. Estes pressupostos permitiram vivenciar plenamente a experiência presente, sem se preocuparem com o produto final e, sim, com a relevância do processo, ocasionando uma vivência contextualizada pelos participantes, caracterizando a singularidade que aquele momento encerra em si mesmo.

3.8.1 A Expressão corporal...

A *expressão corporal* - manifestação presente nos movimentos em que as pessoas têm a oportunidade de criar, de imitar através de sentimentos de prazer, dor, alegria, aconchego, tristeza, tensão, foi elemento fundamental na constituição das vivências corporais lúdicas. Buscamos, nesta relação vivência-expressão, trabalhar movimentos que enfatizassem a respiração, o alongamento, o relaxamento, a massagem e a consciência corporal. Estes se apresentaram como elementos significantes para aliviar as tensões, por meio de movimentos que podiam ser normalmente mais lentos, expressivos, e concentrados, respeitado o contexto de vida de cada pessoa, na tentativa de promover o bem-estar, a auto-estima, importantes na compreensão de uma vida saudável. No que diz respeito às qualidades físicas, elas são o resultado do trabalho com as vivências corporais lúdicas: flexibilidade, força, resistência, coordenação motora, equilíbrio, agilidade.

As vivências foram realizadas, geralmente, com o auxílio de um companheiro(a), de forma a promover e facilitar o contato corporal. Este contato tanto foi individual (tocar o próprio corpo), em duplas (tocar o companheiro) ou em grupo de três, quatro, ou mais pessoas, desde que respeitassem as limitações

individuais de proximidade corporal. É possível utilizar, nesta vivência, o contato das mãos, com bolinhas de borracha e com outros aparelhos que proporcionem sensação de bem-estar, relaxamento, paz e tranquilidade.

As comunicações transmitidas por meio do tato constituem o mais poderoso meio para criar relacionamentos, como fundamento da experiência. Sem o tocar-se e tocar o outro, há uma tendência de que a palavra ocupe o lugar da experiência, e a demonstração de envolvimento é, assim, substituída por declarações verbais. Através do tato, do contato físico, podemos permitir ao ser humano conhecer e reconhecer o outro (MONTAGU, 1998).

3.8.2 A Dança...

A *dança* oportunizou as pessoas a expressão de suas emoções, sensações, ritmos, conhecimentos do seu corpo, imaginações. Segundo Garaudy (1980, p.33), “a ação, na dança, é a arte de fazer passar as emoções e ações à alma do espectador, pela expressão verdadeira de nossos movimentos, de nossos gestos e de nosso corpo”. A dança promove, também, a sociabilização, a desenvoltura corporal, a consciência corporal, a precisão, a coordenação motora, a flexibilidade, o equilíbrio, a expressão corporal, a exploração do espaço, a imaginação, o toque.

A vivência de movimentos de variadas danças proporcionaram à pessoa uma melhor fluência dos passos ao dançarem juntos. Isto ocorreu, pois ao perceber o ritmo do outro, tornou-se mais fácil perceber o seu ritmo interno, possibilitando assim maior descontração. Desta forma, o ato da dança se tornou mais alegre, e isto pode ser percebido nas expressões das pessoas. Segundo Lee-Manoel (2002, p. 34), “as demonstrações de expressões faciais de alegria são indício de que a atividade em si é prazerosa”. Para o autor, “há um prazer em interagir com o outro, e as formas culturais do corpo em movimento podem agir como facilitadoras dessa interação”. Através do movimento e da presença do outro refina-se o autoconhecimento, enquanto se aprendem habilidades sociais complexas, típicas do ser humano.

Construída através da imaginação e da espontaneidade, a dança permitiu aos integrantes alcançar sua verdadeira essência lúdica, seja qual fosse a faixa etária em que se encontram. Permitiu o encontro da pessoa com suas vontades, deixando aflorar a sensibilidade existente em cada um de seus movimentos; neste sentido,

proporcionou o despertar para o conhecimento de si.

A principal metodologia utilizada para o ensino da dança em academias e escolas de dança segue o princípio da imitação, ou seja, o professor realiza o movimento e o aluno copia através da observação. Esta proposta de ensino da dança transforma o ato de dançar, muitas vezes, em uma prática repetitiva. Assim, a dança deixa de ser uma manifestação da expressão humana para tornar-se uma instrumentalização mecânica, que se limita a diferenciar o certo do errado, valorizando somente a técnica.

Segundo Fiamoncini (2003, p.32), o ensino da dança não pode se utilizar da técnica “como uma atividade-fim, pois o resultado disto é esterilidade e virtuosismo”. Isto não significa que a técnica deva ser totalmente negada na dança ou em qualquer outra manifestação da cultura corporal. O fato é que esta não deve ser tratada como uma prática de submissão do indivíduo à imitação de movimentos técnicos. A espontaneidade deve ser buscada no ato da dança a todo o momento, e é aí que entram as práticas de improvisação.

Apontando caminhos para dança, Freire e Rolfe (2001, p. 37) enfatizam que,

para desenvolver as habilidades da dança, o indivíduo também necessita adquirir outras habilidades que lhe permitam fazer um movimento com criatividade, ser capaz de improvisar e explorar novas formas de mover-se com destreza, bem como expressar suas idéias e sentimentos. O equilíbrio entre desenvolver movimentos com criatividade e habilidade técnica deve ser buscado e constantemente considerado.

Trabalhando neste sentido, o programa de “Vivências Corporais Lúdicas” proporcionou aos participantes diversas relações com movimento, possibilitando tanto as experiências que exigiam um cuidado para o desenvolvimento das habilidades técnicas, quanto a criatividade.

A experiência com músicas de ritmos variados e o estímulo ao movimento espontâneo, apresentaram-se como uma forma de quebrar as regras do movimento padronizado existente na dança. Através desta experiência, a pessoa adquiriu maior consciência corporal, assim, os movimentos, muitas vezes reprimidos pela idéia de não saber dançar, tornaram-se mais amplos e harmoniosos, gerando expressões de alegria e felicidade.

A consciência corporal que a dança proporcionou, possibilitou que a pessoa fosse descobrindo o seu corpo e suas possibilidades de movimento. A ênfase no trabalho de relaxamento das costas e ombros, na mobilidade da coluna vertebral, aliado ao trabalho de fortalecimento muscular, promoveu o melhoramento da postura.

A dança, aliada ao ritmo da música, permitiu a variação da velocidade dos movimentos, pois movimentos rápidos desenvolvem a precisão; os movimentos lentos e de equilíbrio promovem a segurança. Estes movimentos controlam e disciplinam o sistema nervoso, muscular e mental, aumentando e fortalecendo o equilíbrio interno. Os exercícios de deslocamento, utilizando os membros inferiores e superiores, exigem força e equilíbrio.

As *danças populares* ou folclóricas tratam de uma forma tradicional de dança recreativa de um povo. Para Achcar (1999, p. 30), “representa a evolução da dança primitiva e instintiva do homem”, e muitas têm origem anônima e foram passadas de geração em geração por um longo período de tempo. Segundo a autora, “é possível perceber um parentesco entre todas as danças de origem popular, pois todas elas se originam da livre expressão do homem em relação a sua natureza e cultura”.

A dança nacional é a dança folclórica mais difundida em determinado país. Por exemplo: a tarantela, na Itália, a dança flamenca, na Espanha e o samba, no Brasil. Além do samba, conhecido em todo mundo como “a dança do Brasil”, nosso País apresenta também diversas danças regionais.

As aulas de danças populares oferecidas aos participantes desse programa proporcionaram a aprendizagem de diversos tipos de movimentos de dança. Dentre estes, estão os passos de salsa, bolero, merengue, forró, dança africana, samba, coco e xaxado. A aprendizagem de um amplo vocabulário de movimentos presentes em variadas danças, proporcionou aos alunos melhor fluência dos passos ao dançarem juntos.

Quando se possibilita a interação com o outro através da aprendizagem de uma nova cultura de movimento, é possível proporcionar à pessoa o autoconhecimento, a realização pessoal, possibilitando, assim, a reconstituição da auto-estima, construindo uma relação prazerosa entre o indivíduo, seu corpo e o mundo, facilitando a aproximação e o estreitamento de relações sociais de romance e amizade.

3.8.3 Os Jogos Recreativos...

Os *jogos recreativos*, principalmente os dramáticos, são atividades que propiciam às pessoas expressarem livremente as criações de seu mundo interno, realizando-as na forma de interpretação de um papel, pela produção mental de uma fantasia ou por uma determinada atividade corporal” (MONTEIRO, 1994, p.7). Um dos elementos utilizados nos jogos dramáticos é a mímica. Este elemento pode ser entendido aqui como um gesto simbólico, carregado de significados, em que se utiliza somente o corpo como linguagem interpretativa de uma determinada situação.

Rodrigues (1994, p.3-4) afirma que “o jogo dramático, como qualquer jogo, tem o objetivo de brincar, expandir, relaxar e obter prazer”. Este tipo de vivência propicia o encontro da pessoa com as suas emoções, à medida que expressa as criações de seu mundo interno. O envolvimento com o jogo dramático permite que os envolvidos se divirtam como crianças, pois eles compõem as coisas espontaneamente, sem se preocupar com os meios alternativos de se comportar, e é assim que os adultos se sentem quando voltam a esses costumes de infância.

No jogo dramático, é necessário uma verdadeira aceitação dos participantes para “jogar”. Caracteriza-se por uma proposta livre, que pode ser interrompida ou modificada de acordo com as sugestões dos participantes. O resgate do lúdico neste tipo de jogo faz com que os participantes se desprendam de sua vida real. Assim, a pessoa passa a sentir-se livre para viver as vontades de seu corpo, desatrelando arreios, desamarrando freios, abrindo os braços para novas possibilidades.

3.8.4 A Capoeira...

O *jogo da capoeira* foi outra experiência que os participantes vivenciaram, considerado como uma manifestação da cultura corporal repleta de elementos simbólicos e dramáticos. Esta manifestação, como qualquer outra, também não tem idade. Segundo Buitendijk (1977, p.63), “é possível encontrar, de algum modo, pessoas em qualquer idade e em quase todas as situações numa atitude tal que, na linguagem corrente, a sua forma de agir é designada pela palavra ‘jogar’”. Ou seja, toda ação que envolve qualquer tipo de representação na sua relação com o outro e com o mundo pode ser entendida como jogo. Este jogo está diretamente ligado à linguagem corporal, que, por sua vez, envolve olhares, gestos e movimentos.

A prática da capoeira possibilitou particularmente a interação entre as pessoas através de uma comunicação não verbal. Nas expressões faciais, nas posturas corporais, nos gestos e na sincronização com o parceiro, fundem-se sentimentos de alegria, surpresa, harmonia, como também de desafio, engano e até de receio pelos movimentos do outro. A respeito dessa interação, Lee-Manoel coloca:

Bastante intrigante é a sincronia do corpo, ou como dois indivíduos se movem praticamente como um só à medida que eles interagem. A comunicação é quase como uma dança, onde os parceiros entram em ações complexas, tentando não tropeçar um no pé do outro – literal ou metaforicamente. (2002 p. 32).

Encontrando os espaços existentes nos movimentos do corpo do parceiro e vice-versa, realiza-se a interação entre o olhar, o movimento e o corpo como representação de uma luta que, ao invés de atingir o outro, é capaz de dançar com o outro, brincando e interagindo com a música do berimbau e com todos os que fazem parte da roda.

Nos jogos, procuramos utilizar as seguintes categorias, definidas por Caillois (1990): nos jogos realizados sob a forma de competição, exaltamos a rapidez, a resistência, o vigor, a memória, a habilidade dos jogadores; os jogos baseados no acaso, o jogador é inteiramente passivo, não faz uso das suas qualidades ou disposições, dos recursos de habilidade, de força e de inteligência. Está sujeito ao destino da sorte (jogos de roleta, cara ou coroa, loteria, dentre outros). Jogos de simulacro ou mímico, onde os jogadores incorporam outro personagem, fazendo crer a si próprios ou a fazer crer a outros que é outra pessoa. O prazer é o de ser o outro ou de se fazer passar por outro. A mímica e o disfarce, representados pela imaginação e interpretação, são os aspectos fundamentais desta classe de jogos. E os jogos que causam vertigem, que “consistem numa tentativa de destruir, por um instante, a estabilidade de percepção e infligir à consciência lúdica uma espécie de voluptuoso pânico” (p.43). Acrescentamos uma outra categoria, que é a do resgate dos jogos vivenciados pelas pessoas participantes do programa. Esta é uma oportunidade de re(lembrar), experienciar e socializar os jogos de suas gerações.

O jogo, presente nos encontros lúdicos foi construído através da brincadeira que, por sua vez, representa a busca do ser humano pela alegria e pelo prazer, presentes nas relações que se estabeleceram com o outro e com o mundo.

3.8.5 A Caminhada...

A *caminhada* ao ar livre proporcionou vivenciar o lúdico, constituindo-se em uma possibilidade por meio da qual a visita à natureza pode ser intensificada, havendo maior interação entre as pessoas e o meio ambiente. Fato este que pode aguçar a compreensão da necessidade de conservação deste ambiente, que se encontra ameaçado, e do qual fazemos parte (MARINHO, 2004).

Esta vivência possibilitou o contato com a natureza e com o meio externo de uma forma geral e teve como objetivo físico o trabalho com a resistência aeróbia. Para além disso, a caminhada possibilitou um alto grau de socialização no grupo, já que permitiu que as pessoas conversassem enquanto caminhavam, trocando histórias de vida, manifestando seus afetos, alegrias e gostos, bem como seus problemas e preocupações. Estes são uns dos aspectos fundamentais no trabalho com pessoas que necessitam participar de um programa de atividade física regular. A relação de amizade construída no grupo fez com que se sentiam-se entusiasmados, motivados com o programa e não faltassem, já que com esta relação de convivência sentem-se queridos uns pelos outros.

Existem trabalhos que evidenciam que a participação em programas que envolvem o movimento corporal e a interação alimentam a auto-estima, a energia e a alegria que passam a ser manifestadas em diferentes esferas da vida cotidiana das pessoas. Segundo Silveira (2002), na atividade física ocorrem algumas modificações no organismo, como, por exemplo, o aumento de algumas substâncias como endorfinas, associadas às emoções, ao prazer, à dor e ao comportamento, faz a pessoa sentir-se bem. Isto significa que fisiologicamente o corpo é estimulado pela atividade física, trazendo benefícios em todos os sentidos.

Quando o objetivo de uma atividade física se projeta em “vivenciar o corpo de forma prazerosa”, é essencial que as caminhadas tenham como sentido o contato direto com a natureza.

3.8.6 A Ginástica...

A *ginástica localizada* (ou exercícios resistidos) também foi empregada com o objetivo de trabalhar determinado grupamento muscular através de exercícios, tanto repetitivos quanto exercícios criados pelas pessoas participantes, a fim de evitar a simples repetição mecânica dos movimentos corporais.

A ginástica localizada teve como proposta a prática de exercícios tonificantes a favorecerem a musculatura, fortalecendo toda estrutura corporal. Entende-se como de suma importância que o trabalho de força seja precedido pela prática do alongamento que, por sua vez, preparará a musculatura para um posterior trabalho de força localizada. Sabe-se que o tônus muscular se dá a partir da repetição de alguns movimentos e de sua duração ao executá-los. O desenvolvimento deste amplia a capacidade de movimentos e atribui maior resistência muscular ao indivíduo nas suas tarefas diárias, proporcionando, desta forma, maior qualidade de vida.

Nas vivências com exercícios de força muscular localizada foi trabalhada, de forma diferenciada, equilibrando interação, consciência corporal, noção espacial e motivação, buscando se distanciar da prática da ginástica como treinamento ou instrumentalização do corpo em movimento. Procuramos abordar, então, nas sessões práticas uma outra perspectiva para o corpo, não aderindo “aos apelos midiáticos do ‘mexa-se’, ‘movimente-se,’ pautados pelo cronômetro, pela velocidade, [...] fazer mais abdominais, peitorais, dorsais, [...] diminuir o peso corporal, mesmo quando a pessoa se sente muito bem e apenas porque está fora dos padrões de peso, estatura e estética ocidentais que se querem universais” (SOARES, 2002, p. 21).

Quando é proporcionado o prazer do corpo em movimento, trazendo para a prática o desenvolvimento da sensibilidade no processo de autoconhecimento, podem surgir situações e emoções desagradáveis, como a insegurança diante de um determinado desafio, mas tudo depende de como a pessoa lida com isso. A dificuldade, muitas vezes, pode ser sentida como um fracasso, como uma circunstância natural ou como um desafio. Quando se supera a dificuldade, os desafios, o medo e o conflito podem também gerar prazer. “Errar também traz informações sobre como agir no futuro. O saber mais sobre si mesmo gera prazer,

até mesmo se esse autoconhecimento for tomar contato com as limitações e dificuldades do corpo” (LEE-MANOEL, 2002, p. 35).

De acordo com a autora:

As atividades que lidam com o corpo em movimento e que são de qualidade, bem orientadas e prazerosas, podem ser cruciais no estabelecimento de uma visão positiva do ‘eu’. A própria natureza de atividades físicas oferece diversas oportunidades de se autoconhecer. As atividades podem envolver a vontade de vencer desafios, de interagir e de ser aceito pelos colegas, de brincar com o corpo, de conhecer o corpo, de sentir-se atraente, de superar-se (LEE-MANOEL, 2002, p. 37).

Esta vivência teve como um dos objetivos promover a alegria e o prazer nas aulas, enfatizando as melhoras pessoais sem incentivar competições e comparações interpessoais, estimulando a realização de tarefas novas e desafiadoras, respeitando o nível de habilidades de cada um, buscando trazer mudanças positivas para o cotidiano vivido pelos participantes.

3.8.7 A Hidroginástica...

Na *hidroginástica*, o contato com a água, possibilita melhor movimentação dos segmentos corporais e articulações, da flexibilidade, da diminuição da tensão articular (baixo impacto), da força, da resistência, do sistema cardiorrespiratório, do relaxamento, na eliminação das tensões, dentre outras.

A pressão da água tem um efeito massageador e ajuda a aumentar as circulações periféricas do sangue, proporcionando sentir o corpo mais quente e, conseqüentemente, uma sensação de liberdade em executar os movimentos. Neste sentido, o movimento dentro d’água pode proporcionar um sentir-se bem tanto física como psicologicamente.

O contato com a água, na piscina, proporcionou aos participantes desafios de vencer os medos que aos poucos foram dando lugar ao prazer em “estar” interagindo com a água e com o outro, liberando as tensões e a inibição.

3.8.8 A Flexibilidade...

A *flexibilidade/alongamento* é uma qualidade física essencial para a harmonia do ser humano com seu corpo. Através da flexibilidade, otimiza-se a fluência dos movimentos e a harmonia em expressá-los.

A concentração e o relaxamento é uma das capacidades desenvolvidas durante o trabalho com a flexibilidade. Como assinala Dantas (1998, p.41), a concentração é o fator mais importante na aquisição desta capacidade; isso se explica mediante a compreensão de como se comporta o cérebro sob o ponto de vista da atividade elétrica.

A concentração, acompanhada da respiração profunda e compassada, provoca diminuição significativa na concentração de lactato arterial, aumento da temperatura local, redução da tonicidade muscular e sentimentos subjetivos de relaxamento. Embora não se chegue a um estado de meditação profunda, o autor coloca que, ao realizar os exercícios de flexibilidade com concentração mental, procurando tornar o trabalho mais consciente e interiorizado, “sentindo o movimento”, possibilitar-se-á a aquisição de níveis superiores desta qualidade física (DANTAS 1998, p. 44).

Através da prática do alongamento foi possível oferecer aos participantes ampliações das suas possibilidades de movimento. Proporcionou-se uma melhora na qualidade de vida dessas pessoas que, ao se verem capazes de realizar movimentos que anteriormente não conseguiam, sentiam-se satisfeitos consigo mesmas.

3.8.9 A Ioga...

A *Ioga*, vivenciada pelos participantes do programa de “Vivências Corporais Lúdicas” denomina-se Hatha-Yoga.

A Hatha Yoga consiste em uma ginástica lenta e suave, não implicando em movimentos mecânicos e repetitivos da ginástica ocidental. Desta forma, através de determinadas posturas (âsanas), realizadas com plena atenção nos movimentos e na respiração, são gerados alongamentos suaves, lentos e equilibrados. O alongamento promove melhor flexibilidade e extensibilidade dos tecidos constituintes do nosso sistema músculo-esquelético, promove um realinhamento das estruturas

ósseas e melhora a contratilidade dos músculos, melhorando também a força muscular.

Essas e outras vivências permitiram às pessoas com DAC experienciar o lúdico e a ludicidade, despertando sentimentos de alegria e felicidade, não só pela presença de brincadeiras ou jogos, mas também pelo envolvimento genuíno com as atividades, pela sensação de plenitude que transforma a prática do movimento em ação significativa. Também proporcionaram às pessoas um contato maior consigo mesmas e com os seus colegas, sentir o próprio corpo e o do seu companheiro, sentir os ritmos diferentes, perceber a sua expressão corporal e a de seu colega, enfim, permitiu expressar sentimentos de felicidade, satisfação, liberdade, sensibilidade, levando-os a sentir o prazer de estar “brincando-corporalmente juntos”.

3.9 Processo de Análise dos Resultados

3.9.1 Dados quantitativos

Para análise dos dados quantitativos, como medidas antropométricas, exames laboratoriais, teste de esforço físico, flexibilidade, foi utilizada a estatística descritiva e inferencial, buscando apreender as mudanças físicas decorrentes das vivências corporais. Assim, foi efetuada a comparação entre os resultados obtidos nos testes e exames realizados no início e ao final do Programa, através dos testes *t* de *Student* pareado e de sinais de Wilcoxon, para as variáveis com e sem distribuição normal dos dados, respectivamente. Apenas os dados dos integrantes com mais de 50% de frequência ao programa (16 pessoas) foram incluídos nas análises, que foram realizadas com o programa SPSS, versão 8.0.

Vale destacar que esses dados devem ser considerados dentro de várias limitações, como o não controle de variáveis, tais como, a participação em outros programas de condicionamento físico, o uso de medicamentos, a realização de dieta mais equilibrada.

Para a avaliação dos resultados obtidos, participaram uma médica cardiologista e uma bioquímica que contribuiram com a interpretação dos testes de

esforço e dos exames laboratoriais.

3.8.2 Dados qualitativos

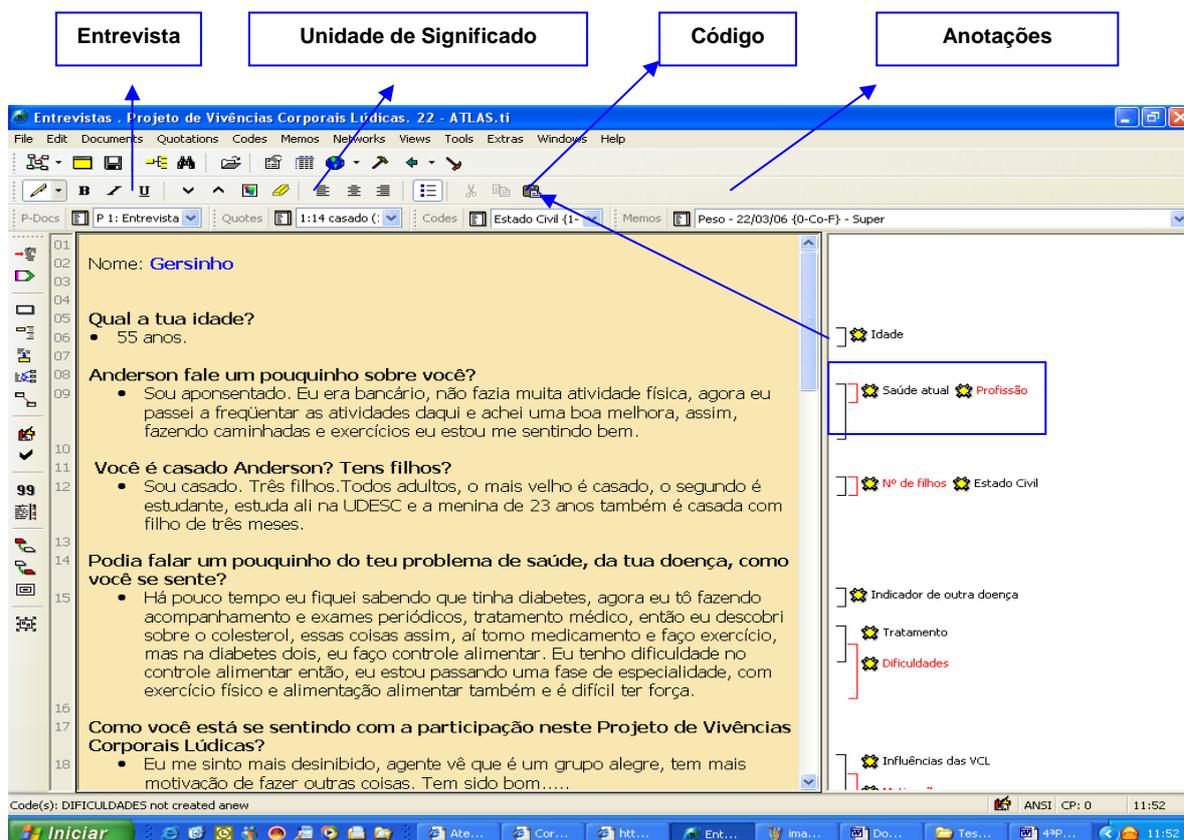
As vivências realizadas nos encontros lúdicos foram registradas em um diário de campo. Neste diário foi lançado todo o desenvolvimento da vivência como também a análise da participação das pessoas: a percepção das manifestações dos participantes, tanto corporais como verbais, as impressões e os sentimentos emergidos durante a experiência.

Para analisar as entrevistas¹¹ e os diários de campo utilizamos o software para análise de dados qualitativos, denominado de ATLAS TI (Qualitative Research and Solutions)¹². Para tanto, as dezenove entrevistas e os oitenta e dois relatórios foram digitados e introduzidos no programa. Este auxiliou-nos na codificação dos momentos significativos evidenciados nos dados e, tendo como base o referencial teórico e a nossa experiência prévia, buscamos a “descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” (MINAYO, 1994, p. 74). Assim sendo, estabelecemos conexões e relações entre as falas dos participantes sobre os momentos vivenciados e o referencial teórico adotado, além da nossa prática profissional, formando uma rede de vivências, opiniões e expectativas sobre o objeto da pesquisa.

¹¹ Nos apêndices 4 e 5 constam registros de uma entrevista realizada e um diário de campo.

¹² O nome do programa é uma sigla que significa: *Non-numeric and Unstructured Data – Index, Searching and Theorizing*, isto é, dados não numéricos e não estruturados, que se possam indexar, buscar e, a partir deles, teorizar objetivando facilitar, assim, a análise qualitativa dos dados. Tal programa é projetado de modo a permitir o armazenamento, a exploração e o desenvolvimento de idéias e/ou teorias sobre os dados (JUSTICIA, 2004). Essa análise foi efetuada a partir de orientação do Dr. Medina Luís Medina Moya, com o qual realizamos o “Doutorado Sanduíche” na Universidade de Barcelona – Espanha, no período de 01 de Dezembro de 2005 a 31 de Março de 2006, conforme relatório das atividades no apêndice 5.

Figura 1 - Tela de trabalho com o ATLAS TI 5.0



O software Atlas TI permitiu-nos o primeiro nível de análise, e foi estabelecido a partir da leitura das entrevistas e dos relatórios, nos quais identificamos momentos significativos e os significados das experiências vivenciadas. A primeira coluna do Atlas TI permitiu conhecer os dados significativos, que não são mais os dados brutos, mas os já selecionados, e codificá-los na segunda coluna, gerando, assim, as categorias prévias de análise. O Quadro 3 apresenta um exemplo desse momento do processo de análise dos dados.

Quadro 3 - Exemplo do processo de codificação do conteúdo das entrevistas

Nome do Entrevistado: João Carlos Data: 20.10.05 Unidades Significativas	Codificação
<p>P: Senhor João Carlos, em outro momento, quando o senhor começou, no programa, eu solicitei para falar um pouquinho de sua vida, de sua saúde. Agora eu gostaria de retornar a estas perguntas. Como o senhor está se sentindo com referência a sua saúde?</p> <p>R: <u>Eu me sinto perfeitamente bem.</u></p> <p>P: O senhor não está com algum problema incomodando com referência a sua saúde?</p> <p>R: Não, não tenho nada, absolutamente nada.</p> <p>P: Senhor João Carlos, quando começou a participar do programa, tinha alguma expectativa com relação a este programa?</p> <p>R: Bom, a expectativa... inicialmente <u>eu sabia que seria alguma coisa relacionada ao preparo físico, não tinha idéia do que seria. Sabia que iria ser ligado ao condicionamento físico, não, não sabia como seria.</u></p> <p>P: O senhor só sabia que objetivava melhorar o seu condicionamento físico, mas não sabia o que iria fazer?</p> <p>R: Evidentemente.</p> <p>P: O senhor achava que o programa conseguiria atingir esta expectativa?</p> <p>R: Com certeza, e superou a minha expectativa. Por que, <u>além de eu sentir, particularmente, melhorar o meu físico, se sente também à vontade, tem mais participação, é agradável, é gostoso.</u></p>	<p>Saúde atual.</p> <p>Expectativa quanto ao programa.</p> <p>Condicionamento físico.</p>

Portanto, as análises dos dados procedentes das observações e das entrevistas nos levaram as três etapas progressivas de redução e estruturação teórica da informação: 1^a- segmentação e identificação das unidades de significado e agrupamento em subcategorias; 2^a- construção de núcleos temáticos emergentes ou metacategorias; 3^a- interpretação dos dados à luz da fundamentação teórica que havíamos construído.

Na primeira etapa, iniciamos uma leitura de todas as transcrições (entrevistas e notas de campo), o que nos permitiu conhecer o conteúdo das mesmas. No segundo momento, a segmentação dos dados que resultaram em unidades de significados, refletindo a percepção e compreensão dos participantes acerca da vivência experienciada, resultando na categorização dos dados.

Uma vez identificadas todas as unidades de significado que faziam alusão à mesma idéia, selecionamos as mais relevantes para os objetivos de nosso estudo, descartando aquelas que não tinham muita relação. Vale salientar que não tínhamos nenhum esquema de categoria previamente construído; estas foram surgindo à medida que foram analisadas as unidades de significado. Desse modo, ao realizarmos a segunda leitura em profundidade, a cada unidade de significado relevante dávamos um código, que correspondia ao tema que emergia do texto.

Depois de um longo processo de leituras e codificação, emergiram cinqüenta e seis subcategorias, que contemplavam a reunião de todas as unidades significativas do estudo. Cabe ressaltar que, através do método de comparações sistemáticas, o sistema emergente de categorias foi constantemente refinado, modificado, depurado e redefinido em função das novas unidades que iam surgindo. A medida que iam surgindo novas unidades de significado as comparávamos com as categorias já existentes para incluí-las em uma delas; se não era possível, era criada uma nova categoria que cobrisse a idéia a que se referia a nova unidade de significado. Porém ao mesmo tempo, comprovávamos e comparávamos as unidades que pertenciam a diferentes categorias ajustando os critérios de inclusão. O processo de construção do sistema categorial finalizou quando começamos a comprovar a saturação das categorias, ou seja em uma nova leitura das transcrições não encontramos novas informações que necessitassem a criação de novas categorias. Dessa maneira, ao final deste processo encontramos 582 unidades de significados relevantes para nosso objetivo de investigação agrupadas em 56 subcategorias.

Numa nova leitura, essas subcategorias foram agrupadas em novas categorias ou conjunto de significados mais amplos. No Quadro 4 a seguir, apresentamos as nove categorias elegidas com o objetivo de ter uma visão geral da distribuição de categorias em todo o corpo dos dados realizando assim, uma primeira comparação das unidades de significados e das categorias emergentes.

Quadro 4 - Categorias Emergentes da Codificação das Entrevistas

Categorias	Definição	Unidades de Significados
Autopercepção da condição de saúde	Refere-se à avaliação pessoal da condição de saúde, durante e após o desenvolvimento do programa.	37
Avaliação da dinâmica metodológica	Manifestação relacionada à dinâmica metodológica lúdica que caracterizou o programa.	193
Avaliação Institucional	A avaliação dos participantes sobre as diferentes instâncias da Instituição Universitária.	26
Condição de acompanhamento da vivência	Limites e dificuldades individuais de acompanhamento da vivência desenvolvida.	46
Cuidados terapêuticos	Indicações acerca das iniciativas terapêuticas utilizadas, principalmente com o uso de medicamentos alopáticos.	25
De “estar” e “fazer” com o outro	Sobre as relações sociais e os valores construídos/vivenciados durante as experiências.	72
Dimensão Corporal	Manifestação sobre a dimensão corporal, cuidado e outras atitudes relacionadas a esta percepção.	38
Mudanças anátomo-fisiológicas	Percepção das mudanças anátomo-fisiológicas.	37
Percepções subjetivas	Percepção acerca de si mesmo, no que diz respeito a diferentes dimensões da vida.	108

A elevada frequência com que apareceram essas categorias nos dados analisados ofereceu-nos uma aproximação dos temas que eram mais relevantes para as pessoas participantes do programa: saúde, corpo, conhecimento de si, relacionamento, motivação, condicionamento físico, diversidade; sendo assim, levou-nos a formar duas grandes categorias:

- A Re-significação dos movimentos corporais;
- O estar e fazer compartilhados.

Essas duas categorias englobam de maneira geral as categorias previamente identificadas, num reagrupamento que expressou as vivências dos integrantes do estudo. Com essas categorias, tivemos a intenção de captar todos os momentos significativos que temos estudado, tal qual nos expressavam os participantes do programa.

Incluímos uma terceira categoria que é resultado das expressões dos integrantes do estudo, mas especialmente representa o resultado da análise dos dados quantitativos: as mudanças anátomo-fisiológicas.

Num certo sentido, todas as manifestações significativas das pessoas participantes de nosso estudo estão refletidas nos temas assinalados.

Considerando a proposta da Pesquisa Convergente Assistencial guiada à luz de Trentini e Paim (2004) relatamos no próximo capítulo “Viver de brincar: vivências

lúdicas” o desenvolvimento da prática realizada, ou seja, o Programa de Vivências Corporais Lúdicas, evidenciando a convergência com a assistência que a abordagem metodológica propõe.

Quem me chamou
Quem vai querer voltar pro ninho
Redescobrir, seu lugar
Pra retornar
E enfrentar o dia-a-dia
Reaprender, a sonhar
Você verá que é mesmo assim
Que a história não tem fim
Continua sempre que você
Responde sim
A sua imaginação
A arte de sorrir
Cada vez que o mundo diz não
Você verá
Que a emoção começa agora
Agora é brincar de viver
[...]
E eu desejo amar
A todos que eu cruzar
Pelo meu caminho
Como eu sou feliz
Eu quero ver feliz
Quem andar comigo
Vem
Agora é brincar de viver
Agora é brincar de viver.

IV VIVER DE BRINCAR: VIVÊNCIAS LÚDICAS

4.1 O que as Vivências proporcionaram...

O programa de Vivências Corporais Lúdicas proporcionou diversidade de influências à multiplicidade de linguagens apresentadas pelas pessoas, quando então observamos como os participantes sentem e percebem tais vivências. Além dessas manifestações, compreendemos que as vivências corporais lúdicas proporcionaram a diversidade dos movimentos corporais, diferenciando-se da hegemonia das práticas nos programas tradicionais; melhor compreensão e percepção de corpo; melhor condicionamento; melhor interação e integração dos participantes.

O estímulo ao lúdico, durante as aulas, despertou nos participantes sentimentos de alegria e felicidade, não só pela presença de brincadeiras ou de jogos, mas também pelo envolvimento genuíno com a vivência, pela sensação de plenitude - que transforma a prática do movimento em ação significativa.

A diversidade de proposta de movimentos como um dos principais elementos das vivências desenvolvidas apresentou-se como fundamental na percepção dos integrantes. Essa forma de conceber os encontros proporcionou prazer aos participantes. Segundo Cunha (2002, p.11), “o prazer é o princípio e o fim da vida feliz. É nosso bem primordial e congênito”.

O mesmo autor ainda enfatiza que:

O prazer ainda participa da idéia e da experiência da felicidade, embora não se confunda com esta última. É que o prazer se caracteriza pela efemeridade e por acordos circunstanciais, enquanto que a felicidade consiste de um estado anímico, durável e pleno (em que nada falta ou de nada se precisa). Essa diferença pode ser percebida nos verbos com os quais nos exprimimos: temos (ou não) prazer, mas somos (ou não) felizes (p. 9)

Essa sensação pode ser evidenciada na fala de algumas participantes quando questionadas como se sentiam depois das vivências:

Sinto-me ótima, nunca estou cansada, sempre estou disposta para tudo.
(Angélica)

Sinto-me bem e com mais disposição para fazer minhas tarefas diárias. Sentia muita dificuldade até mesmo em levantar os braços, mas agora faço tudo com mais facilidade. Mesmo com todas as atividades que faço, o projeto está muito bom, e este ano, mais especificamente, está maravilhoso. Não me sinto mais cansada como me sentia antes de fazer as atividades do programa. A aula é uma terapia. Ao mesmo tempo em que o exercício físico faz bem à saúde, ele nos diverte e ajuda a conhecer mais pessoas.
(Etelvina¹³)

Sinto-me bem e mais disposta com as aulas. Minha flexibilidade está cada dia melhor e me sinto feliz por estar numa turma legal e que todos se dão super bem. (Marlene)

4.1.1 As sensações...

As sensações, algumas vezes, não eram percebidas no início da vivência, quando notávamos que algumas pessoas chegavam com um aspecto cansado, deprimido, desmotivado, triste, chegando a expressar que não estavam com vontade de vir ao encontro. No entanto, ao final, sempre se manifestavam positivamente, como podemos perceber no depoimento do João Carlos:

Este tipo de vivência deveria ser muito mais divulgado para que mais pessoas tivessem acesso a esse tipo de aula.

Solicitado a justificar esta posição, enfatizou:

Eu acho que é a sensação que a gente tem, o prazer, inclusive eu já...alguns dias, eu não estava querendo vir, aí a gente chega aqui e sai mais satisfeito, bem, bem contente, com os exercícios, alegria, a gente vê alegria na turma toda, às vezes você está meio cansado, mas aí a gente se sente até mais novo. (João Carlos)

¹³ Mesmo esta participante não tendo participado até o final do programa, achamos relevante registrar suas expressões. Houve complicações de outras doenças vindo a falecer em outubro de 2006.

A sensação de prazer, normalmente, era percebida em todos os encontros principalmente naqueles com brincadeiras e jogos recreativos. Os participantes sentiam-se muito felizes e, no semblante dos mesmos, deixavam transparecer a sensação de retornar ao seu tempo de infância, uma vez que manifestavam todo sentimento que estava aflorando no momento da vivência, quando eram ao mesmo tempo aventureiros, trágicos, cômicos, irônicos, sedentos, loucos, criativos.

Para Schwengber (1997), nos jogos, a harmonia dos movimentos das pessoas alonga-se à procura da aventura, da dança coletiva, e não do caminho do movimento solitário.

A situação do jogo permite a manifestação desejante de vencer limitações do corpo no espaço, de voar entre os corpos e dentro deles. É o contrário das maçantes atividades que limitam o ponto de partida, o percurso e a chegada. Nos jogos, os corpos-sujeitos percorrem com a bola as linhas da incerteza e acasos (p.158).

As vivências realizadas num clima de competição levaram os participantes a, muitas vezes, extrapolar seus limites e, freqüentemente, tínhamos que interrompê-las para evitar algum acidente. Em uma aula¹⁴, onde a vivência lúdica proporcionava o brincar com a corda em um espaço aberto, tivemos participação de uma aluna¹⁵ que não estava em condições de realizar algum movimento mas, quando soube que a vivência daquele dia seria no planetário, não resistiu e insistiu em participar de qualquer jeito. Em momento algum, ela queria admitir que não estava em condições de cooperar com o grupo. Em alguns movimentos, como pular a corda, ela cooperou “boleando” a corda, porém deu para perceber que ainda estava insatisfeita. Perguntado ao participante Canário sobre a avaliação desta vivência, respondeu que

Ahhh, aquelas atividades ali no planetário foram sensacionais, aquelas brincadeiras..., só pelo fato de ir, subir naquele palco¹⁶ foi sensacional.
(Canário)

¹⁴ Registro no diário de campo do dia 13.6.05, quando realizamos vivências brincantes no planetário UFSC, espaço gramado, muito agradável e com muitas árvores.

¹⁵ Neste dia, a aluna com dificuldades de deslocamento.

¹⁶ O participante refere-se a tronco de uma árvore caída no Planetário, que os mesmos teriam que passar por cima, equilibrando-se.

No entanto, no início do encontro, quando foi comunicado aos participantes que a vivência seria no planetário, este mesmo integrante mostrou-se decepcionado, demonstrando certa insatisfação na sua expressão corporal. Questionado sobre essa insatisfação, respondeu:

Não, aquele dia, eu pensei que nós iríamos dançar merengue, mas eu fui feliz, foi bom, quando chegamos lá, concorremos, ganhamos todas, os jogos são ótimos, excelentes, tudo bem, me senti bem. Engraçado, são atividades que a gente corre, faz aquele negócio todo, ehehehe, não me senti cansado, nada, dolorido, nada, acho muiiito prazeroso. (Canário)

Outras participantes declaram:

[...] olha, no primeiro momento eu pensei que ia cair, quando foi para pular a corda, fazia muiiito tempo que eu não fazia isto. (Cristina)

Ah!!!!eu me senti uma criança, né” (risos do grupo). (Lena)

Estas vivências proporcionam aos participantes uma ação entre amigos, não caracterizando-se apenas como competição, mas como espaço para viver, contrário ao espaço vazio de exercícios de mera repetição. Para Schwengber (1997), tempo de jogo é tempo de reposição. De recriação coletiva:

Jogar significa viver o corpo absoluto, sentindo a presença da alteridade. Numa situação de jogo, os pontos de vista se alteram, não sendo fixos e imutáveis. [...] o tempo todo é tempo de vencer, de perder, de morrer, de viver. Todos acertam, erram, vibram. Os jogos permitem aos corpos-sujeitos viverem a sua complexidade; a razão e a emoção se cruzam claramente. Numa situação de jogo, as emoções, os sentimentos, tanto do domínio pessoal como no coletivo, não ficam silenciados (p. 159).

Nos jogos, percebemos as expressões de desejos do encontro com o outro através do diálogo entre os participantes, acentuando-se a sensibilidade de cada um, por meio das necessárias articulações das estratégias compartilhadas. Estas estratégias garantem certa liberdade para cada participante expor, de outra maneira, as suas significações, não rompendo com o coletivo. A relação é de

complementaridade, segundo Schwengber (1997), e não de subordinação.

Essa sensação de prazer, experienciada nas vivências de jogo, proporcionava a sensação de um completo bem-estar, que, muitas vezes, os participantes deixam de tomar seus respectivos remédios para dormir, como podemos evidenciar no depoimento de Leticia:

Neste dia, quando eu cheguei em casa cansada, mas satisfeita, eu deitei e geralmente eu tomo dois comprimidos para dormir; neste dia, eu não tomei nenhum e dormi a noite inteira.

Quando solicitamos para explicar esta sensação contraditória “de cansada mas satisfeita”, respondeu:

Ah... eu acho que é o fato de se realizar, a pessoa fez aquele trabalho, sabe que existe risco, mas a pessoa sabe...foi prazeroso, isto já justifica, para mim aquele dia foi sensacional. [...] a gente se sente mais...principalmente quando ganha, a gente participa de uma brincadeira, quer ganhar. (Letícia)

Nesse sentido, normalmente, ao final dos encontros, alguns participantes suspiravam profundamente, enfatizando que, embora, cansados, estavam felizes. Isso pode também ser presenciado na fala do João Carlos:

Estou tão cansado, mas ao mesmo tempo me sinto tão leve, relaxado.

Entendemos que este tipo de cansaço é pelo prazer em estar com o grupo, movimentando-se, relacionando-se com seu corpo e com o do outro, o que deixa uma sensação de plenitude, a qual também percebemos ao final dos encontros lúdicos, quando sentiam a necessidade de alguns minutos a mais para socializar as emoções experienciadas.

A novidade e a surpresa na diversidade de vivências foi uma das principais características desenvolvidas no Programa. Além de proporcionar diversas

manifestações corporais aos participantes, buscamos, por meio das brincadeiras, o sentido explorativo de diferentes materiais, transformando o movimento em atividade lúdica. Nos estudos de Kunz sobre o movimento humano, aponta-se o jogo no seu sentido explorativo o qual

manifesta-se nos movimentos com a intenção de conhecer e interpretar objetos materiais pelo seu uso, pelo contato com os mesmos e com o Mundo material e social. Neste sentido, o movimento realizado não tem a intenção de melhorar especificamente o movimento esportivo, mas apenas busca explorar novas formas de movimentos e jogos (KUNZ, 2001, p. 166).

Foi possível perceber que os integrantes foram muito receptivos quanto aos jogos recreativos. Isso é notável pela alegria que essas brincadeiras proporcionam. Mesmo que a competição apareça como uma das características utilizadas na aula, esta se tornou mais uma forma de estímulo para os participantes, que deram muitas risadas dos erros e dos acertos de cada um.

Nas vivências de jogos, houve sempre muito entusiasmo por parte de todos. Pareciam crianças divertindo-se com a bola e com os companheiros. Em muitos momentos, durante as vivências de jogos, tivemos que parar, para que relaxassem um pouco, de tão ofegantes que se encontravam. Nos jogos, os participantes demonstraram agilidade, rapidez, muitas vezes excedendo seus próprios limites de tanto que corriam e riam. Isso ficou evidenciado na participação de Gersinho, que apresentava uma certa dificuldade ao realizar movimentos solicitados, porém, quando proporcionávamos vivências em forma de jogo, ele demonstrava sempre muita agilidade, rapidez e coordenação, levando-nos a interromper a atividade com receio de acontecer “algo” com ele. Não só com ele, percebemos esta empolgação mas, praticamente com todos os integrantes. No entanto, em nenhum encontro tivemos qualquer tipo de intercorrência que necessitasse de algum tipo de atendimento.

Nesse tipo de vivência, os participantes riem muito, brincam com o outro sem pudor, solicitam a cooperação do outro. Mesmo as pessoas que sentiam certa dificuldade, como a Gioconda, que tinha a coordenação, comparada a de outros, bastante limitada, isso não a impedia de estar “incomodando” os outros, quando a

vivência era o jogo. Mesmo que ela apresentasse essa dificuldade, os outros participantes exigiam a participação mais efetiva dela nas vivências. Nestes jogos, a satisfação das pessoas em estar realizando os movimentos, pode ser evidenciada na fala de Canário:

Ai, Meu Deus, não agüento mais,

porém, ao mesmo tempo corria e solicitava que lhe passassem a bola, gritava com os outros para agir mais rápido, enfim, não parava de participar ativamente e, ao final do jogo, enfatizou:

Aí não agüento mais, mas que coisa boa. Isto é que é aula gostosa.
(Canário)

Esse tipo de vivência proporcionou aos participantes fortalecerem laços de amizade, partilharem e reciclarem sonhos e sentimentos. Brincavam tendo em vista a satisfação, a materialização de desejos, podendo transcender o aqui e o agora. O lúdico, vivenciado nesse tipo de atividade, é um movimento de satisfação. Mais do que causador do prazer, o lúdico é um gerador de felicidade (PINTO, 1996).

Pinto (1996) enfatiza que:

Brincando, os corpos se expressam à ordem interna da vivência lúdica cujo ritmo e harmonia são constituídos pelos jogadores, em clima que desafia e envolve a todos os parceiros, assumindo-se uns aos outros e a realidade onde acontece a ação brincante. Os jogadores criam ordem, decidem jogadas e empenham-se nelas. O outro se torna categoria fundamental para o exercício da liberdade e, quanto mais livres as relações no lúdico, tanto mais necessário é o reconhecimento do outro (p.20).

Os jogos e as brincadeiras em que a interação entre as pessoas gera muito sorriso e expressões de alegria são formas de trabalhar aspectos da manifestação corporal que proporcionam liberdade e descontração. Por se tratar de uma atividade

descompromissada, os erros e os acertos tornam-se mais um motivo de risada e de descontração para os participantes.

4.1.2 As dificuldades...

Por outro lado, algumas limitações físicas impediam que alguns participantes experienciassem a vivência em toda a sua intensidade. O depoimento de Lena e de Maria evidenciam esta afirmação:

Gosto de brincar com bola, mas eu tenho medo, porque eu não enxergo muito bem e tenho medo que a bola bata nos meus óculos, mas, mesmo assim, eu gosto. (Lena)

Eu não tenho força nos braços como é que eu vou conseguir empurrar a bola? (Maria)

Mesmo apresentando essas dificuldades, não deixam de participar das vivências, e expressões, como, “*a aula passa muito rápido*”; “*Ah...porque parece que voltamos à infância, foi muito legal*”, são constantes nas manifestações de avaliação das vivências.

Essas vivências realizavam-se com muitos desafios. Nos jogos que exigiam um pouco mais de coordenação, como, quicar a bola, alguns integrantes, como Campeão (oitenta e um anos) e Maria (setenta e seis anos), perdiam-se muito, chegando a cair ao chão, mas não houve nenhum incidente mais grave, muito pelo contrário, a queda proporcionou descontração maior e também incentivo e solidariedade maior do grupo para com as pessoas que tinham mais dificuldade. Com toda essa dificuldade e, mesmo caindo, Maria não desistiu. Ao final, ainda enfatizou que a...

...aula tinha sido ótima.

Interessante destacar que, em uma das vivências em que trabalhamos com pequenos jogos, apresentou-se um novo participante, encaminhado por seu médico.

Convidamos a participar. Inicialmente se mostrou um pouco resistente, pois ainda não conhecia os integrantes e tampouco como trabalhávamos no programa, mesmo assim aceitou e teve excelente participação e entrosamento com o grupo nas vivências. Ao final, questionou com certo receio:

Eles não vão morrer todos enfartados, aqui?

Perguntado por que estava afirmando isso, respondeu:

Nossa...! Pela empolgação das pessoas.

Essa empolgação era constante nas vivências que proporcionavam o contato com o outro e que despertavam a reflexão sobre o sentimento de união e de solidariedade.

O sentimento de união, de solidariedade, de companheirismo, do ‘cuidar’ do outro eram marcantes no desenvolvimento das vivências, principalmente em experiências que apresentavam certo grau de dificuldade, por exemplo, a experiência nos aparelhos de ginástica olímpica¹⁷. A preocupação e o cuidado com o “outro” estavam sempre presentes até porque essa experiência exigia muita força, equilíbrio, coordenação, ritmo e resistência dos participantes. Nessa vivência, proporcionamos as pessoas experienciarem a sensação de estarem transportando as barras paralelas, assimétricas, brincarem no cavalo de pau e, por último, na cama elástica.

Alguns integrantes (Gioconda, Natalia, Campeão, Gersinho) apresentavam um grau de dificuldade muito grande na execução dos movimentos orientados, outros já realizavam os exercícios sem dificuldades mas isso não impedia que os participantes comesçassem a ter maior domínio sobre seu corpo. Autoconhecimento este que foi progressivamente sendo adquirido por “todo” o grupo. Lee-Manoel (2002) aponta que, no processo de autoconhecimento, podem surgir situações e

¹⁷ Vivências realizadas nos dias 11.5 e 04.7.05

emoções desagradáveis, como a insegurança diante do desafio apresentado por alguma atividade, mas tudo depende de como a pessoa lida com isso.

Uma dificuldade pode ser sentida como um fracasso, como uma circunstância natural ou como um desafio. A dificuldade superada, o medo vencido e o conflito resolvido, apaziguado, podem também gerar prazer. Errar também traz informações sobre como agir no futuro. O saber mais sobre si mesmo gera prazer, até mesmo se esse autoconhecimento for tomando contato com as limitações e dificuldades do corpo (LEE-MANOEL, 2002,p. 4).

O autor ainda acrescenta que as atividades que lidam com o corpo em movimento e que são de qualidade, bem orientadas e prazerosas, podem ser cruciais no estabelecimento de uma visão positiva do eu. A própria natureza de atividades físicas oferece diversas oportunidades de se autoconhecer. As atividades podem envolver a vontade de vencer desafios, de interagir e de ser aceito pelos colegas, de brincar com o corpo, de conhecer o corpo, de sentir-se atraente, de superar-se.

4.1.3.1 Os desafios...

Essas características eram a própria alegria e a motivação das pessoas quando ao mostrarem em suas habilidades nos aparelhos ginásticos, repetiam e mostravam aos colegas que tinham capacidade de realizar determinados movimentos. Esses momentos, para muitos, foram de superação e de prazer porque conseguiam realizar os movimentos que os aparelhos solicitavam:

Ah! uma delícia, (risos) ai que coisa boa, ai coisa boa.

Estava maravilhosa, eu tinha uma vontade de andar naquilo¹⁸, adorei.

Outra participante enfatizou...

...que foi a melhor aula, porque mexeu com tudo...

¹⁸ Referindo-se à cama elástica.

e a Maria concordou que...

...Ahhhh, foi a melhor aula, acho que foi mais divertida.

A sensação de prazer evidenciada nos participantes também contagiou a nós profissionais, que ficávamos emocionados ao presenciar tanto sentimento de felicidade experienciadas por essas pessoas nestes momentos (con)vividos. Porquanto corroboramos com Sant'Ana (2005), sobre algumas vivências ou atividades de lazer ou de esporte que podem, em certos momentos...

...desencadear a graça, abrir espaço para experiências que, no lugar de simplesmente desafiar os limites de cada um, desafinam um pouquinho em relação a seus perfis e provocam risos e uma espécie de relaxamento muscular, de parada no tempo e no espaço, ou até mesmo uma vontade de rodar a cabeça em direções diversas, chacoalhar o corpo, cair no chão voluntariamente, tocar em alguém ou trocar caretas imprevisíveis com quem nos rodeia. Há, nesses momentos, como que um desafino gratuito e sem esperança que em si mesmo pode não significar nada de palpável. Um pequeno momento que talvez possa funcionar como um outro meio de afinar o corpo com o espaço e com os demais seres que o rodeiam (p. 71).

Podemos perceber que as aulas proporcionavam a busca de realização pessoal e a reconstituição da auto-estima através de relações pautadas em experiências corporais lúdicas, que geram o sentimento de prazer. O depoimento de Campeão ilustra bem esta afirmação:

Nossa, eu até sonhei a noite. Sonhei que subia, subia na corda. Foi um sonho maravilhoso. À medida que eu ia subindo, as pessoas ficavam olhando para mim subindo naquela corda, foi um sonho muiiiito bom.

O lúdico utilizado nas vivências corporais tem muito a acrescentar também a pessoas vividas ou “de idade avançada”. Concordamos com Prado (2002), que constata que o lúdico não está sendo considerado na vida adulta; “é certamente nesta fase, pela brutalidade da vida moderna, pela deteriorização do ambiente

urbano e pela ação torturante do trabalho, que o ser humano é sacrificado e reprimido em sua essência lúdica” (p.59). Nesse sentido, é de suma importância que resgatemos tais aspectos nas vivências corporais.

Nos jogos ou nas vivências brincantes, podemos perceber as expressões de desejo do encontro com o outro, do (com)partilhar, da troca, do prazer, que provocando a sensação de felicidade e liberdade. A maioria dessas vivências foram proporcionadas junto à natureza. Talvez essa sensação de felicidade e liberdade possa estar relacionada ao prazer de estarem movimentando-se na e com a natureza.

4.1.4 O lúdico *na e com* a natureza...

Conforme Marinho (2006), vivenciar o lúdico na e com a natureza pode constituir-se em uma possibilidade de maior interação entre as pessoas e o meio ambiente, podendo até aguçar a compreensão da necessidade de conservação deste ambiente, que se encontra ameaçado e do qual fazemos parte. É possível, ainda,

ser visualizada uma intensificação de sensações prazerosas, alegres e espontâneas; ou seja, pode-se observar a manifestação do lúdico em sua essência e, por consequência, podem ser efetivadas positivas mudanças de atitudes e comportamentos referentes ao estar na e com a natureza (p.4).

Na vivência, Tirolesa¹⁹, realizada no planetário da UFSC, essas manifestações puderam ser evidenciadas, pois para os participantes foi uma experiência maravilhosa, fantástica. As falas, a seguir, ilustram bem as emoções:

Foi uma sensação maravilhosa, uma sensação de liberdade, foi fantástico, é, foi maravilhoso”. (Lena)

¹⁹ A Tirolesa consiste em um cabo aéreo ancorado horizontalmente entre dois pontos, neste caso em dois troncos de árvores, pelo qual a pessoa se desloca através de roldanas conectadas por mosquetões a uma cadeirinha de alpinismo.

Quando questionada se já havia vivenciado essas emoções, respondeu que

Não, deste tipo não. Para mim foi demais.

Outra participante, Maria, descreveu a emoção como...

...maravilhosa (risos), devia ser todas assim, porque a gente se sente uma criança. Muito boa, muito boa.

Essa sensação de voltar ao tempo também foi expressa por outra participante, Gioconda:

Apesar dos meus setenta e cinco anos, estou me sentindo hoje com vinte anos (muitos risos), parabéns pra todos.

Outros manifestaram sensação de liberdade, como se estivessem voando :

Ahhh, estava tão gostoso, voei, uma sensação de liberdade, sempre tive vontade de andar de avião, fiz de conta, a sensação é muito boa. Gostei muito, foi uma sensação muito boa, dá impressão que estava voando, assim à vontade, muito boa. (Angélica)

A relação brincar e estar na e com a natureza estabelece uma “forte cumplicidade do praticante com o seu corpo, com seus parceiros e com a natureza - momento no qual se alcança uma genuína experiência lúdica. O ato de compartilhar, portanto, também delinea as características de uma atividade lúdica” (MARINHO, 2006, p. 5).

Outra experiência, bastante vivenciada no programa, foram as caminhadas. Nelas, procurávamos explorar todo o campus Universitário, o Horto Florestal, o Planetário, proporcionando aos participantes um (re)conhecer do espaço físico e do ambiente. Nas caminhadas, subíamos morros, passávamos por árvores, pontes, abraçávamos as árvores, subíamos, balançávamos e pendurávamo-nos em troncos.

Também conhecíamos outros espaços, como o Museu da UFSC, o Centro de Cultura e Eventos, o Centro de Convivências.

Essas vivências possibilitavam um grau de socialização muito grande no grupo, uma vez que permitiam às pessoas conversarem enquanto caminhavam, socializando, assim, suas histórias de vida, manifestando não só seus afetos, alegrias e gostos, como também seus problemas e preocupações. Nestas últimas, pareciam aliviar sentimentos, quando percebiam que os outros também se identificavam com seus conflitos: familiares, conjugais ou econômicos.

O grupo desenvolveu fortes laços afetivos. Este é um dos aspectos fundamentais do nosso programa, cujos participantes são pessoas que necessitam participar de um programa de “atividade”²⁰ regular, fazendo com que as pessoas sintam-se mais entusiasmadas com essa “atividade” e sejam assíduos. Também porque o grupo renova suas manifestações de afetos e cada um sente-se querido pelo outro, pelas conversas, abraços e piadas. A participação em atividade desse tipo alimenta a auto-estima, as energias e a alegria que passam a ser manifestadas em diferentes esferas da vida cotidiana das pessoas.

Quando o objetivo de uma “atividade” física projeta-se em “vivenciar o corpo de forma prazerosa”, é essencial que as caminhadas tenham este sentido: o contato direto com a natureza. Sendo assim, o caminhar não se restringe ao simples ato de deslocar-se constantemente, mas de apreciar a beleza das árvores e a dos vários elementos que compõem a natureza, buscando, dessa forma, o aguçar dos sentidos ao encontrar a cada passo uma paisagem diferente.

Nesse sentido, Soares (2002, p. 20) ressalta que:

Afirmar o prazer do corpo em movimento talvez nos leve à escuta de nossos desejos mais singulares, desejos que nos levem a caminhar para observar paisagens, preocuparmo-nos menos com o número de voltas que damos nos parques e mais com as pessoas, as flores e folhas que encontramos, com o canto dos passarinhos, com a luz do sol e o brilho que causa quando projeta a paisagem, sentir mais as diferenças de temperatura do ar batendo em nosso rosto, a carícia do vento, do que os segundos levados para percorrer determinada distância; subir montanhas para olhar o horizonte, a vegetação, os sons do próprio silêncio que esses lugares propiciam.

²⁰ Usamos o termo atividade entre aspas tendo em vista que o entendimento deste vocabulário convencional não contempla as vivências experienciadas para este estudo.

A melhor sensação que pode ser despertada ao caminhar na e com a natureza, é proporcionada pela sensibilidade de um observador que, ao passar todos os dias por uma mesma estrada ou por uma única trilha, vai se tornando capaz de perceber as pequenas diferenças, nos mínimos detalhes: uma flor que desabrocha, borboletas que passeiam entre as árvores, folhas que caem e se misturam ao solo, pois, como sabemos, a natureza é mutável – transforma-se a cada segundo.

As caminhadas proporcionavam satisfação aos participantes, expressas nas seguintes palavras:

Sinto-me maravilhosamente bem. Me sinto mais disposta, com mais alegria, não me sinto tão cansada, minhas pernas já não dói tanto. (Maria)

A participante Maria passou por uma cirurgia muito delicada do coração e comentou que, no início do projeto, sentia muitas dores nas pernas e que sempre se formavam hematomas. Depois de um tempo no projeto e fazendo exercício físico regularmente, melhorou 100%, e comentou que se sentia muito bem fazendo essas vivências. Gostava de caminhar, pois como não realizava outras atividades fora do projeto, era uma atividade diferente.

Por outro lado, alguns participantes que adotam a caminhada como uma atividade diária em seus hábitos de vida não se sentiam muito dispostos a realizar esta vivência, uma vez que já a tinham praticado pela manhã. Mas, ao final, percebíamos que a sensação de desagrado tinha se modificado, evidenciando-se, então, um sentimento de felicidade, de prazer e espontaneidade, possibilitado pela interação entre as pessoas e com o meio.

Dentre as vivências trabalhadas durante o programa, a dança foi intencionalmente enfatizada por possibilitar, entre outros “ganhos”, a socialização, a interação e a descontração. Para Carmello (2002, p. 57), a atividade, quando é prazerosa,

permite que se desenvolva uma experiência saudável para o corpo aprender a mensagem, gerando então confiança em nós mesmos. Essa confiança em nós mesmos é a maneira de despertar e não ter medo de enfrentar as diversas situações que a vida nos proporciona.

A relação de grupo e os laços afetivos formados durante os encontros lúdicos foram um dos elementos de grande importância nos resultados desta pesquisa. No desenvolvimento do programa, a aproximação entre os participantes foi um dos objetivos fundamentais, pelo fato de apresentarem-se, de maneira geral, como pessoas solitárias, com dificuldades de comunicação e com sintomas de depressão. Isso pode ser percebido em um diálogo com Maria, quando declarou que, antes de ela frequentar esse programa,

levava uma vida sem ter muitas amizades.

Relatou ainda que era “*uma pessoa muito tímida e não conversava direito com as pessoas*”. Depois que passou a frequentar esse programa,

minha vida mudou muito. Hoje, eu converso, sorrio e não sinto mais tantas dores no corpo. Maria

Eram perceptíveis, tanto nas expressões faciais como nas corporais, a satisfação e a gratificação por estarem ali, naquele momento e ambiente, vivenciando novas experiências corporais e cultivando a socialização.

Segundo Lee-Manoel (2002, p.34), nossos movimentos permitem trocas, sincronia e entendimentos com os outros. Assim, em grupos, a pessoa pode sentir o prazer de relacionar-se com o outro, perceber a si mesma pelo olhar do colega e, assim, ter consciência de suas capacidades e limitações.

Há um prazer em interagir com o outro e as formas culturais do corpo em movimento podem agir como facilitadoras desta interação. Através do movimento e da presença do outro se refina o autoconhecimento, enquanto aprendem-se habilidades sociais complexas, típicas do ser humano (id.).

4.1.5 Os receios...

No início do programa, presenciamos certas limitações dos alunos em algumas vivências propostas, principalmente no método de improvisação de dança e no ritmo. Por meio da improvisação da dança, segundo Saraiva et al. (2005), “a experiência e a compreensão da dança são facilitadas”, uma vez que esta não prioriza modelos padronizados de movimentos mas, sim, “oferece meios nas tarefas e no jogo de movimento, lúdico e criativo, para o encontro das possibilidades de ‘cada corpo’ para a dança” (p. 71). Nas primeiras vivências de improvisação, essa percepção não ficou evidenciada nos participantes, que se expressavam com movimentos mecânicos, fragmentados, fora do ritmo musical e com expressão de descontentamento.

Solicitamos a um participante (Canário) que justificasse essa sensação de descontentamento, respondeu que os alunos não gostam de criar, e sim de fazer o que lhes é mandado:

Não, eles não gostam, eles não se sentem constrangidos, eles não gostam mesmo. Eles não gostam de criar, eles gostam que a professora mande-os fazer, e que faça junto e, quando são individuais assim, eles não gostam de fazer.

Continuou Canário dizendo que...

...os alunos não gostam porque têm medo de errarem, de eles estarem fazendo e a professora ver que não é aquilo. É o medo de errar.

Ainda sugere que há uma necessidade de...

...ênfatar mais, orientar as pessoas a fazerem qualquer movimento, que vá ao chão, sentados, deitados. Mas eles ficam em pé, trabalhando somente a parte superior, tudo isto com medo de errar. (Canário)

Salienta ainda que temos que insistir que façam qualquer movimento, que...

...se virem, se rolem, tudo o que vocês fizerem é aceito, assim eles vão liberar mais. Por que as pessoas sempre têm medo, medo. (Canário)

E, quando percebem que o movimento é...

...livre, então vou fazer do meu jeito. (Canário)

Seguindo esta mesma linha de sugestão, outro participante (Bernardo) também enfatiza que...

...há necessidade de dar mais ênfase na explicação, alertando os alunos que não existe movimento certo ou errado, e que o importante é estimular a criatividade.(Bernardo)

Uma outra limitação percebida, no início do programa, nos movimentos de dança, era que os participantes se deslocavam pela sala, olhando normalmente para o chão, e quando salientamos esta dificuldade, começaram a se olhar e a expressar um sentimento de alegria. A horizontalidade do olhar, além de ajudar no equilíbrio, propicia a comunicação não verbal entre as pessoas. A horizontalidade do olhar é uma determinação neurológica, é uma escolha involuntária, talvez a mais importante para nosso equilíbrio. O equilíbrio depende de estimulações visuais.

Segundo Freire e Rolfe (1999), para desenvolver as habilidades da dança, a pessoa também necessita adquirir outras habilidades que lhe permitam fazer um movimento com criatividade, ser capaz de improvisar e de explorar novas formas de mover-se com destreza, bem como de expressar idéias e sentimentos. O equilíbrio entre desenvolver movimentos com criatividade e habilidade técnica deve ser buscado e constantemente considerado.

O ritmo é um elemento presente na vida, de modo geral. Cada pessoa possui um ritmo interno que rege sua forma de agir no mundo. A circulação sanguínea possui um ritmo que, a partir dos batimentos cardíacos, dá ao corpo a pulsação.

Algumas pessoas são agitadas, outras mais tranquilas por influência de seu ritmo interno. Essas qualidades vão influenciar o ritmo de vida de cada indivíduo.

Mesmo sabendo que o ritmo está presente na vida de todos os participantes, sentimos um pouco de dificuldade ao trabalhar um determinado tipo de ritmo. Isso pode ser observado nos passos mais simples como dois para lá e dois para cá. A maioria dos participantes não conseguia coordenar os passos de acordo com a pessoa que estava orientando. Se deixássemos que se movimentassem à vontade, cada um no seu ritmo, essa dificuldade não ficaria tão evidente, nem os participantes teriam capacidade de demonstrar passos mais ritmados. O movimento segue um ritmo que se transforma em dança. A descoberta da dança, a partir de um ritmo musical, proporciona certa desenvoltura corporal ao indivíduo. Nesse sentido, nossa proposta de encontrar o ritmo junto a outra pessoa, através da dança, pode facilitar o encontro do indivíduo com o seu próprio ritmo e flexibilizá-lo ao ritmo que a música pede, percebendo o ritmo do outro e encontrando um ponto de equilíbrio dentro da música. Acreditando nisso, percebemos mais desenvoltura nos integrantes, desde o início do programa. Eles ficavam mais alegres por estarem movimentando-se com o outro, mesmo sentindo certa dificuldade. Isto pode ser evidenciado na fala de Etelvina que, ao lhe perguntarmos quais as vivências de que mais gostava de realizar, respondeu que era

Dançar. Mesmo que os movimentos são complicados, eu adoro fazer. Cada um faz do seu jeito e isso se torna engraçado.

Lena enfatizou também que gosta de todas as vivências ali experienciadas, mas...

...a dança é essencial.

A dificuldade percebida de não terem um ritmo não os impedia de se movimentarem e de expressarem a satisfação em estar dançando. Principalmente quando chegavam aos encontros, mostravam-se ansiosos e sentiam necessidade de

se movimentarem. A ansiedade ficava mais evidente quando sabiam que a principal vivência seria a dança. Normalmente, em quase todos os encontros, trabalhávamos com um tipo diferente de ritmo, objetivando um trabalho aeróbio - elemento importante no trabalho com pessoas com distúrbios cardiovasculares. Alguns dos ritmos trabalhados eram mais intensos: samba, merengue, salsa, tango, forró, xote, outro mais suave: bolero.

Mesmo que para alguns alunos tenha sido inicialmente complicado adaptar o corpo a um novo passo, eles se sentiam satisfeitos com o desafio para aprimoramento da coordenação motora. No entanto, existia certa carência de percepção corporal para que o movimento seguisse com fluidez. Mas, ao longo do programa, insistimos em proporcionar um ambiente de descontração, o que possibilitou aos alunos a ampliação do repertório de movimentos, vivenciando o contato com o outro e descobrindo as capacidades e as dificuldades mútuas. A partir disso, passaram a demonstrar mais autonomia, fluidez, precisão, harmonia e espontaneidade: a inibição deu lugar ao prazer em estar exercitando diferentes possibilidades de movimentos.

A vivência na água foi outra experiência vivenciada pelos participantes. No início da vivência, algumas pessoas mostravam-se receosas, pois nunca tinham entrado em uma piscina nem simplesmente tomado banho em rio, nem em mar. O desafio era grande e causava certo desconforto ao saberem que a piscina não dava pé. À medida que a vivência acontecia, os participantes, aos poucos, iam soltando-se e conseguiam realizar a atividade proposta. Os receios davam lugar ao prazer por estarem vivenciando os movimentos dentro da água. As primeiras dificuldades encontradas como desequilíbrio, insegurança foram dando lugar ao equilíbrio, à segurança, proporcionada pelo efeito suavizante da água sobre os segmentos corporais. A pressão da água tem um efeito massageador e ajuda a aumentar as circulações periféricas do sangue, proporcionando sentir o corpo mais quente e, conseqüentemente, uma sensação de liberdade ao executar os movimentos. Aos poucos, fomos percebendo que os integrantes começaram a sentir-se bem, tanto física como psicologicamente. O contato com a água possibilitou melhor movimentação dos segmentos corporais e articulares, flexibilidade, diminuição da tensão articular (baixo impacto), força, resistência, melhora do sistema cardiorrespiratório, relaxamento, eliminação das tensões. Demonstrando uma sensação agradável, ao término da atividade, os participantes solicitaram que

repetíssemos mais vezes essa vivência.

Um fator importante na fluência dos movimentos deu-se pelo desenvolvimento do alongamento e da flexibilidade - qualidades físicas enfatizadas em todas as aulas do projeto.

Algumas tendências da ciência e da tecnologia encontram formas de proporcionar o conforto ao ser humano, também tornam seu corpo cada vez menos flexível, limitando, assim, suas possibilidades de movimento e ação no mundo. Em vista disso, buscamos, ao longo das aulas, proporcionar a prática do alongamento e da flexibilidade, por entendê-las como essencial para a harmonia do ser humano. Tais vivências objetivavam desenvolver um grau maior de mobilidade das articulações, o que contribuía para mais liberdade de movimentos na realização de tarefas cotidianas e de outras tarefas mais específicas. Não obstante a importância e a necessidade desses dois elementos, presentes no conjunto de todas as vivências, estas causavam certo desconforto físico, emocional, relacional na execução das mesmas, porque os participantes apresentavam uma limitação, ou melhor, uma diminuição da tensão muscular e articular.

A constatação de desconforto ficou evidente quando trabalhávamos com exercícios de flexibilidade/alongamento, localizados, na barra, de loga, de Pilates, pois estes exigiam muita concentração e boa respiração para sua realização. Os depoimentos demonstram este desconforto, que gerou um desprazer:

Não gostava de fazer ioga, sentia muita dificuldade em realizar os movimentos solicitados. Não me sinto bem ao fazer alongamentos. Acho que são necessários, mas sinto muitas dificuldades. (Etelvina)

Sinto dificuldades em erguer os braços. (Angélica)

Então, como eu não gosto de um tipo de exercício²¹, entendes, então eu digo, ui, tomara que acabasse logo, mas não é, não tem que ser bom só pra mim, né, eu tenho que acompanhar, acompanhar o grupo, acompanhar senão não vai. (Canário)

²¹ Referindo-se aos exercícios de alongamento.

As contradições aparecem também nas falas dos participantes que, mesmo sentindo dificuldades, dores musculares durante as vivências, ao final relataram que se sentiam bem melhores, conforme o depoimento de Letícia:

Eu achei ótima. Mexeu muito, ehhee, asssss pernas, virilha, força bastante, daí tu acaba te movimentando, mesmo doendo, e depois tu se te sentes melhor.

Perguntamos ainda se, mesmo sentindo todas essas dificuldades, ela gostava dessa vivência. Respondeu:

Eu gosto, eu me divirto. Eu tenho dificuldade na posição quando eu sento. Eu não consigo sentar. E a coluna, não sei se é a coluna ou se é o problema do coxix que eu tenho. Eu tenho é dificuldade. Aquela parte de ficar sentada ali. Aquela posição pra ficar eu não consigo, e, às vezes, eu também não consigo levantar as pernas, uma perna e a outra não. Eu até paro, volto, tento, mais, né... Mas é uma coisa que eu tenho dificuldade. Mas estou tentando. Mas achei ótimo, porque eu acho que uma coisa é uma tentativa, e eu tenho que ir até o meu limite. No momento em que eu não consigo... eu espero um pouquinho, tento de novo. (Letícia)

Em outro momento da vivência, enfatizou que a...

...aula foi bastante prazerosa, pois melhorou a flexibilidade e mexeu todo o corpo. (Letícia)

Esses exercícios não têm muita repetição, mas exigem do praticante um controle adequado de seu corpo. Devido à necessidade de se concentrar durante o procedimento dos exercícios, é garantido ao praticante sentir-se mais consciente das funções musculares e ainda controlá-las mais adequadamente. Essa consciência do movimento proporciona, muitas vezes, o que os participantes enfatizaram como uma sensação desagradável e agradável, conforme mostra Canário:

Eu tenho que aprender a trabalhar estas coisas, não é só as coisas boas como dançar, correr, pular. Tudo bem subir no step, descer. Estes movimentos são ótimos, mas eu também tenho que saber que outro exercício que eu não gosto também é benéfico para minha saúde. Então eu tenho que apreender trabalhar este lado. Mas, por

dificuldade de fazer, aí eu passo a não gostar daquele tipo de atividade, pela dificuldade, é só por isso. Como aquele exercício, se eu chegasse lá na ponta do pé, ótimo, como eu não consigo, aquilo se torna cansativo.

Em outro momento, também comentou que

este tipo de exercício eu não gosto, não que o exercício não seja bom para mim. Eu é que não sou bom para o exercício (risos). (Canário)

Questionamos se sentia alguma facilidade depois de um certo tempo no programa. Disse:

Eu faço com mais facilidade, [...] até para a dor na coluna, entendes, porque até para esticar. Antes eu dormia muito pouco, andava todo dolorido, e hoje...eu ainda tenho algumas dificuldades, mas é justamente estes alongamentos que estão me fazendo ficar. (Canário)

Esses exercícios melhoraram o condicionamento físico geral: a circulação, a amplitude muscular e a articular e o alinhamento postural, promovendo níveis de consciência corporal e coordenação motora. Todos os benefícios citados ajudam a prevenir e reduzir riscos de uma futura lesão, proporcionando, inclusive, alívio de dores crônicas.

Nessas vivências de alongamento-flexibilidade, otimizou-se a fluência dos movimentos e a harmonia ao expressá-los, o que provocou mudanças significativas no movimentar-se de uma forma geral. Esta constatação pode ser evidenciada no depoimento de Lena:

A minha flexibilidade está cada dia melhor e me sinto feliz por estar numa turma legal e que todos se dão super bem .

4.1.6 As percepções...

No percurso do programa, as mudanças fisiológicas percebidas durante os movimentos cotidianos de cada um foram verbalizados entre eles e percebidas na facilidade com que os realizavam. As mudanças mostravam-se evidentes nos que tinham maior cuidado consigo mesmo e demonstravam mais atenção às suas percepções e aos seus movimentos cotidianos. Exemplo dessas mudanças demonstrou o participante Campeão, que não conseguia ficar sentado no chão sem auxílio e que, depois de quatro meses, já conseguia. A surpresa maior foi, ao fazer novamente a avaliação da sua flexibilidade, ter aumentado de 8cm para 13cm. A evolução dessa pessoa foi notada por todos os participantes, em termos de agilidade, coordenação, flexibilidade, equilíbrio. Quando o mesmo iniciou o programa, pensávamos que sofria da doença de “Parkison”, pois tremia muito. Aos poucos, percebemos que este sintoma estava sendo amenizado. As mudanças provocaram sensação de alegria e euforia, as quais sentia necessidade de socializar com os outros participantes. Estes, contagiados por tais manifestações, também solicitaram que fossem realizadas as suas avaliações. A surpresa foi geral, pois todos tinham aumentado o seu grau de flexibilidade, confirmada nas palavras de Galego que, também impressionado com sua avaliação, comentou:

Muitas vezes parece que estamos realizando exercícios tão tolos, mas depois percebemos que ele foi muito bom.

Nessas vivências, preocupamo-nos em promover a alegria e o prazer, enfatizando as melhoras pessoais sem incentivar competições nem comparações interpessoais, mas estimulando a realização de tarefas novas e desafiadoras, dentro das habilidades de cada um. Resultou interessante o trabalho com alongamento-flexibilidade, já que permitiu novas possibilidades de vivências e percepções nos exercícios.

As sensações desagradáveis percebidas no início da realização desses movimentos, ao final, tornavam-se agradáveis, pois eles se divertiam ao observarem as dificuldades do outro e, assim, procuravam auxiliá-los a superá-las, como pode ser evidenciado na fala de Campeão:

A convivência com o pessoal faz com que a gente ri muito, o mais interessante é que ninguém está fazendo pouco do outro, todo mundo está levando isto na brincadeira, rindo, se divertindo, é uma diversão.

O riso, aqui enfatizado, objetiva esquentar o corpo e as relações sociais e, segundo Sant'Ana (2005, p. 71), temos que ter “atenção afiada sobre os outros para poder rir sem desprezo, ironia, ou ressentimento”.

Trabalhando nesse sentido, foi possível proporcionar mudanças não só nas qualidades físicas dos participantes, mas também nas dimensões que envolvem o emocional, o social, o afetivo e a comunicação, proporcionando-se, assim, o desenvolvimento da criatividade e da auto-expressão, buscando-se uma resignificação das suas experiências.

Percebemos que os encontros lúdicos oportunizaram aos participantes a realização pessoal e a reconstituição da auto-estima através das relações pautadas em experiências corporais, que geram o sentimento de prazer.

4.1.7 O prazer...

Essa sensação de prazer evidenciada no “estar” e “fazer” com o outro, na descoberta do “seu” corpo e do do “outro”, na descoberta de novas possibilidades de movimentos ficaram evidentes em todas as vivências proporcionadas ao grupo, principalmente ao final do encontro, quando se realizava um momento de relaxamento e avaliação da vivência. Expressões de leveza e bem-estar, descritas a seguir, eram constantemente manifestadas nos finais dos encontros:

É uma terapia. (Etelvina)

Sinto-me muito solta. (Renata)

Que sensação agradável. (Ihadad)

Sinto-me mais leve. (Angélica)

Nossa como estou relaxada. (Lena)

Sinto-me maravilhosamente bem. (Maria)

Depois da aula me sinto muito melhor. (Letícia)

Eu me senti mais leve, mais solto, entendes? Mais relaxado. (Canário)

Sinto-me mais leve, mais descontraída, mais solta, quando termina a aula. (Lúcia)

Sinto-me relaxado, uma sensação de alívio, leve. Estas atividades aqui realizadas te deixam numa sensação muito gostosa. (João Carlos)

As vivências de relaxamento eram caracterizadas em um momento que permitisse o relaxamento muscular e maior percepção das sensações interiores. Muitos desses momentos eram realizados individualmente: deitados no chão, executando movimentos lentos, ou parados, com os olhos fechados, prestando atenção às sensações corporais e à respiração, objetivando descanso, soltura do corpo. Isso pode ser demonstrado no depoimento de Manoel:

Estes momentos eu sinto que estou lonnnnge... penso numas cachoeiras... laaaaa no mato, aquelas árvores bem lindas...

e reforça com mais características esta sensação:

Representa que eu estou lá no mato, eu gosto de estar lá no mato. É bom, caindo aquelas árvores... aquela cachoeira. Eu sinto que estou caindo lá... tomando um banho (risos). E eu sinto um relaxamento no corpo. Tudo isto é bom.

Em outros momentos, realizamos trabalhos em duplas, vivenciando o relaxamento através do toque do companheiro.

toque
o
que
te
toque

toque
em ti
na pele
no profundo
de você

toque
em quem
que pede
em quem
precisa
do teu
toque

o toque
sem toque
é toque

o toque
sem toque
é toque sutil²².

O toque permitia um pouco mais de intimidade, entrosamento e também oportunidade aos participantes de conversarem. O tato pode ser evidenciado quando trabalhamos com movimentos de toque, em que os alunos relatam:

Sinto-me muito relaxado. (Canário)

Não sinto tanta dor. (Maria)

Estou tão cansado, mas ao mesmo tempo me sinto tão leve, relaxado. (João Carlos)

A massagem com algum material, por exemplo, bolinhas de borracha, bastões, balões, foi bastante utilizada neste momento do encontro. A massagem é repleta de características terapêuticas e traz resultados excelentes para qualquer tipo de enfermidade. Entre os benefícios da massagem, destacam-se: e estímulo da circulação para uma área, reduz a dor, relaxa os músculos. Percebemos que a maioria dos participantes se entrega totalmente a esse contato corporal. Alguns homens, inicialmente, sentiram-se um pouco constrangidos, como podemos perceber no depoimento de Canário:

Olha, eu acho que o homem fica mais constrangido do que as mulheres, às

²² Composição de Raulito Ramos.

vezes, em fazer certos movimentos. Comigo não acontece isto não, eu libero mesmo, deixo a bolinha correr, passe no corpo por onde passar, comigo não tem problema, mas eu acho que os homens são mais resistentes que as mulheres, são mais preconceituosos.

Mesmo enfatizando que o grupo já tem uma certa intimidade, ele ainda percebe resistência por parte de alguns homens e salienta que...

...eles ficam um pouco retraídos, limita, não muito, mas ficam limitados, eles riem, se encolhem mais, eles não se liberam, eu me libero mas [...] eu vejo que tem pessoas que não se liberam não. (Canário)

Percebemos, contudo, que, à medida que a aula vai se desenvolvendo, a inibição e a limitação dão lugar à ousadia, à soltura e à descontração, como demonstrado na fala de João Carlos:

Me sinto relaxado, uma sensação de alívio, leve. Estas atividades aqui realizadas te deixam numa sensação muito gostosa.

Importante destacar, que em determinado momento de uma vivência, em que solicitamos aos participantes para sentarem em círculo, e entregamos a cada um 01 folha de papel A4 e várias cores de lápis de cera. Na seqüência solicitamos que esboçassem um desenho que representasse como estavam se sentindo naquele momento. Depois da vivência realizada, recolhemos os desenhos e solicitamos que ficassem em pé e que circulassem pela sala ao ritmo da música. Quando fosse baixado o volume da música, eles teriam que parar em uma posição qualquer (estátua); ao aumentar o volume, teriam que se deslocar na sala em vários ritmos. Depois, solicitamos que dançassem em duplas e que, ao se diminuir o ritmo da música, cada par, ainda em contato com o outro, parasse na posição em que estavam. Foi orientado para que mudassem sempre a posição em que permaneciam parados. Na seqüência, teriam que andar sozinhos. Foi comunicado-lhes que tinham

ganho uma soma grande de dinheiro e teriam que gastá-la em um supermercado (cinco minutos para esta averiguação). Depois, sugerimos que pegassem a sua mercadoria e que fossem até o caixa para pagá-la. Ao chegar ao caixa, perceberam que tinham perdido sua carteira de dinheiro e que tinham que caminhar pelo supermercado à procura dela. Deram algumas voltas pelo super e, de repente, deram-se conta de que tinham sido roubados. Então, tiveram que olhar as pessoas que estavam no centro para achar um possível ladrão. Nessa busca, ao andar pelo super, de repente encontraram uma pessoa de que não gostavam muito. Neste momento, tinham que expressar sua reação. Na seqüência, com alguém que eles gostavam muito. Depois, sugerimos que, discretamente, seguissem o provável ladrão, sem que o mesmo percebesse e, por último, teriam que agarrar o provável ladrão. Essa parte da vivência foi bem engraçada, pois todos começaram a rir, e os “ladrões” acabaram sabendo quem os seguia. Após a tarefa, as pessoas abraçaram-se, depois se olharam e, por fim, ficaram “de bem” um com o outro. Para terminar esta atividade, voltamos ao círculo e cada um representou, por meio de mímica, o seu objeto comprado, enquanto os outros tentavam adivinhar qual a mercadoria adquirida. Houve objetos de todos os tipos: geladeira, televisão, entre outros.

Terminada mais essa vivência, os participantes voltaram a se sentar em círculo e novamente desenharam o que estavam sentindo. A maioria desenhou uma pessoa “*cansada*”, mas feliz e salientaram:

As vivências fazem bem, melhora a auto-estima e o bom humor.

Depois da pintura, todos falaram sobre o que desenharam e explicaram o significado do desenho. O desenho que mais impressionou foi o da Angélica. Ela desenhou, na primeira etapa da aula, uma flor murcha e, na parte final da aula, uma flor sorridente. Explicou que,

... no início, estava cansada, como uma flor murcha e, no final estava super entusiasmada. (Angélica)

Todos afirmaram que se sentiam bem fazendo as aulas do programa e que...

...acham a atividade física essencial para a melhoria do corpo e da saúde.

As sensações/sentimentos de cansaço, indisposição para vir ao encontro, tristeza, desestímulo, depressão, muitas vezes percebidos no início dos encontros, ao longo do desenvolvimento da vivência foram dissipando-se e, não obstante, expressões como...

...paz, felicidade, amizade, tranqüilidade, isto aqui é muito bom, estou muito feliz, alegre, muito, muito gostoso mesmo,

tornaram-se comuns quando terminavam os encontros ou sentiam a necessidade de ficarem mais um pouco no aconchego dos companheiros; o sentimento de frustração era visível:

Quê pena, a aula já acabou!

Os encontros também proporcionaram, além do “cuidar de si”, o “cuidar do outro”. As demonstrações de preocupação entre os participantes eram percebidas quando alguém aparentava uma expressão triste, ou encontrava-se doente, ou havia se ausentado para viajar, ou deixava de freqüentar o programa por alguns dias. Ausências essas que eram questionadas pelos participantes e, quando os ‘ausentes’ faziam-se novamente ‘presentes’, eram sempre questionados sobre o porquê da ausência.

São esses fatos que nos levaram a acreditar cada vez mais que os tipos de vivências realizadas proporcionaram aos participantes, além de grande integração/relação, sem distinção de classe sócio-econômico-cultural, significativo bem-estar. O contato corporal proporcionou prazer na interação/relação com o outro. Pelo movimento e pela presença do outro, percebemos que as pessoas foram se autoconhecendo e conhecendo também o outro, aprenderam “habilidades sociais

complexas, típicas do ser humano” (LEE-MANOEL, 2002). Observamos, ainda, que os encontros lúdicos proporcionaram aos participantes a realização pessoal e a reconstituição da auto-estima, dadas as relações pautadas em experiências corporais que geraram o sentimento de prazer, possibilitando novo sentido/significado a sua doença e a maneira de viver com ela.

Apresentamos, a seguir, os resultados decorrentes dos dados que levaram a composição das categorias que expressaram os momentos vivenciados pelos participantes no Programa de Vivências Corporais Lúdicas.

V ALÉM DAS VIVÊNCIAS CORPORAIS LÚDICAS: UM VIVER MAIS SAUDÁVEL

A existência de programas de atividade física visando à prevenção e à reabilitação cardíaca não é recente: no entanto, a maioria das preocupações se restringe à compreensão biológica do corpo, da saúde e da doença, enfatizando os aspectos anátomo-fisiológicos. Nesse entendimento, a atividade física ou o exercício físico é objetivado por “lógicas mecânicas” ou “atos musculares”, totalmente pensados em razão do seu efeito aeróbio“, localizado ou de flexibilidade (VIGARELLO, 2003).

As pessoas que freqüentam esses programas, geralmente, são diagnosticadas como sedentárias, obesas, estressadas e, muitas vezes, culpadas por possuírem determinado distúrbio. A preocupação dessas pessoas, em sua maioria, está dirigida ao “padrão estético”, de certo modo imposto pelos meios de comunicação, e não ao direcionado aos problemas dos tempos modernos e permeados de tensões, as quais interferem, significativamente, em hábitos de vida, assim como em situações econômicas, sociais, emocionais, culturais, que levaram essas pessoas à situação de ‘doença’. Tais tensões provocam desarmonia e intranqüilidade ao ser humano e manifestam-se no corpo, resultando em estresse, ansiedade, depressão, vivenciadas no cotidiano de cada um.

Na compreensão de movimento corporal, que permeia tais programas, percebemos que muitas vezes as singularidades pessoais são esquecidas ou não são relevadas; são massificadas, deixando de lado a “identidade humana enquanto ser corpóreo em sua essência e existência” (COSTA & VENÂNCIO, 2004, p. 59). Assim, interessa tão somente o “saber-fazer”, provocando a redução da pessoa à condição de mero “objeto” das atividades corporais. Essa compreensão é estruturada a partir de um cientificismo, e não problematizada nas inter-relações que se estabelecem com os aspectos culturais e naturais, com as subjetividades em

questão. As “atividades corporais organizadas a partir desses critérios e procedimentos resultam em um tipo específico e limitado de formação humana” (DAMIANI; SILVA, 2005, p. 20).

Salientamos que é importante que “qualidades”, tais quais observadas nas perspectivas tradicionais de “atividades” para as pessoas que apresentam distúrbios cardiovasculares, sejam averiguadas/trabalhadas. Não podemos, no entanto, atermo-nos somente a elas e, sim, procurarmos extrapolar esses aspectos que, muitas vezes, são limitantes. Deve-se procurar entender, também, o ‘ser no mundo’ através de suas relações interpessoais, de comportamentos, de possíveis aprendizagens e das dificuldades encontradas no decorrer da história de vida de cada um, as mudanças e a construção de novas concepções de corpo, de doença e de saúde.

Com preocupações no ontem, no agora e no amanhã, nossa proposta, para este programa de Vivências Corporais Lúdicas, foi re-significar as práticas corporais ofertadas nos programas tradicionais de prevenção e reabilitação cardíaca, pautada em um “se-movimentar” caracterizado pela integração, socialização, fruto das relações humanas. É através do “se-movimentar”, que o ser humano interage com o “outro” e é por meio da interação que manifesta/demonstra/vivencia suas angústias, os medos, as frustrações, as alegrias, as tristezas, as amizades, o companheirismo, a solidariedade. Conseqüentemente, acreditamos que o “se-movimentar” também oportuniza melhora significativa nos aspectos anátomo-fisiológicos dos participantes, uma vez que estarão interagindo com pessoas com a mesma experiência de doença e saúde, contribuindo, assim, para a diminuição de níveis de estresse²³, de ansiedade e de depressão .

Para compreender como o programa das vivências corporais lúdicas contribuiu para um viver mais saudável de pessoas com DAC estão apresentados, neste capítulo, em três itens, os resultados da análise dos dados referentes aos objetivos propostos:

- A Re-significação dos movimentos corporais;
- O estar e o fazer compartilhados ;

²³ O estresse, as situações de ansiedade e a depressão estão intimamente relacionados com os fatores de risco para o aparecimento e a manutenção de várias doenças cardiovasculares, especialmente arritmias, hipertensão arterial e doença arterial coronariana (MIRANDA; TOMAZ; PORTO, 2005).

- As mudanças anátomo-fisiológicas observadas após Vivências Corporais Lúdicas.

5.1 Re-significação dos movimentos corporais

A percepção dos participantes do programa de Vivências Corporais Lúdicas de que o movimento pode ser experienciado como um momento prazeroso, levou-os a (re)significar os movimentos corporais: uma nova maneira de viver mais saudável.

Nesta categoria, abordaremos a relação que o movimento humano estabelece com o corpo, a partir das falas dos participantes sobre o que sentiram e o que perceberam das vivências.

As experiências diversificadas de movimento estimularam à participação e à adesão ao programa, dado que se deparavam a cada vivência, com uma proposta diferente, recebendo-a com surpresa e expectativa. Assim, as vivências tornaram-se uma descoberta das diversas possibilidades de manifestação do seu corpo em movimento:

Eu acho interessante [...] todas elas (vivências) são diferentes, não é aquela coisa muito rígida, sistematizada, [...] é bem boa, e a gente não sabe o que vamos ter no outro dia, só sabemos que é uma coisa diferente. (Campeão)

A diferença é que nesse (programa) a gente trabalha o corpo, a mente, aqui estamos trabalhando mais o todo. [...] esta aula é mais comunicativa, e a outra era mais exercícios mesmo, era chão, era pesinho, aqui não, a gente se diverte, dança. (Letícia)

Eu sempre fiz ginástica, mas era muito, muito repetitivo. Eu gosto daqui porque é mais criativo, acho que está sendo uma experiência bastante boa. (Bernardo)

Na nossa convivência com os participantes, percebemos que a grande maioria já havia experienciado outros programas de atividade física, como bio-dança, hidroginástica, ginástica para a 3ª idade. Outros desenvolviam suas atividades físicas sem estarem vinculados a algum programa. Comumente, em muitos programas de “atividade” física, a ênfase recai na prescrição médica,

determinando o que se faz, por que se deve fazer. Com efeito, as “atividades” tornam-se repetitivas e individualizadas, o que não possibilita a interação com o outro, e são menos agradáveis, menos prazerosas.

Os exercícios experienciados pelas pessoas com DAC nos programas tradicionais de reabilitação e prevenção cardíaca são a caminhada e os praticados na esteira ergométrica. A caminhada normalmente é realizada em uma pista de atletismo. Dependendo da intensidade do trabalho físico que ela pode realizar e prescrito pelo médico, dá várias voltas na pista. A bicicleta, por outro lado, é realizada dentro de uma sala. Dessa maneira, a grande maioria dos participantes de tais programas faz o ‘trabalho físico’ em bicicletas ergométricas, em função do espaço restrito. Muitos trabalhos são realizados em clínicas particulares, geralmente situadas nos centros das cidades, o que não permite um contato mais direto com a natureza. O contraste entre essa proposta tradicional e as Vivências Corporais Lúdicas tornou-se evidente na fala dos participantes do programa, os quais consideraram a diversidade motivadora no processo:

Eu gosto desse tipo de aula porque é mais diversificada. Lá, a gente só fazia bicicleta e alongamento e aí cansava. (Lourdes)

O exercício que a gente fazia era só esteira, depois fazia alongamento e era só aquilo. O programa dele era bom, mas contigo é melhor, porque a gente faz uma coisa, faz outra, nunca é o mesmo exercício. (Marlene)

5.1.1 A Diversidade...

A diversidade do movimento humano - destacada pelos participantes - foi o eixo central desta proposta. Entretanto, se para eles era a diversidade, para nós, pesquisadoras, é a (re)significação que proporciona o movimento, um dos objetivos centrais do programa. Entendemos a concepção de Kunz (2006) e corroboramos com ela quando diz que o “se-movimentar” está mais relacionado às vivências, às emoções e à sensibilidade das ações experimentadas do que às análises físicas e mecânicas. O ser humano, no seu “se-movimentar” é expressão do seu próprio movimento, da sua consciência constituída nas experiências vividas. Ele não é simplesmente um corpo que se movimenta, no qual o sujeito é interpretado como objeto, de forma fragmentada e sem contextos significativos. É uma concepção na

qual o ser humano está sempre à procura de um sentido buscado pela intencionalidade da ação. É através da intencionalidade que se constitui o sentido/significado do “se-movimentar”. Sentido/significado e intencionalidade têm, por isso, um elo na relação do ser humano com o seu mundo, fundado na vivência corporal.

Os sentidos, significados do “se-movimentar”, contribuíram para que os participantes do programa de Vivências Corporais Lúdicas tivessem outras oportunidades/possibilidades de vivenciar o movimento humano, o que os motivou à participação e à adesão mais efetiva ao programa. Isso ficou evidenciado durante o desenvolvimento, em que só uma participante²⁴ deixou de comparecer aos encontros lúdicos, devido a problemas de doença.

A maior dificuldade que uma pessoa encontra quando inicia um programa de atividade física, principalmente quando por necessidade, como o caso dessas pessoas com DAC, é a adesão a tais programas. Segundo pesquisas, a motivação consiste em um dos fatores que leva as pessoas a aderirem e a permanecerem em programas de atividades físicas (FRANKLIN, 1988; DZEWALTOWSKI, 1994; SHEPARD, 1995; OKUMA, 1997; WEINBERG & GOLD, 2001; ISLER & DARIDO, 1999; SAMULSKI, 2002).

A diversidade de manifestações corporais foi um dos aspectos que motivou as pessoas a aderirem e a permanecerem no programa de VCL. Outra contribuição da motivação foi a intensidade das vivências, uma vez que os participantes foram progredindo, lentamente, sem perceber que essa sensação estava influenciando positivamente no seu processo de viver. Podemos evidenciar esta constatação na fala de um participante:

às vezes parece que realizamos alguns exercícios que tenho a impressão que são muito bobos, mas depois percebemos como são importantes. João Carlos

²⁴ Conforme esclarecimento na página 91.

5.1.2 A Motivação...

A motivação também está interligada com a direção e a intensidade do esforço. A direção refere-se a quando uma pessoa se envolve ou é atraída para situações. A intensidade refere-se ao esforço que uma pessoa investe em determinada situação (WEINBERG ; GOULD, 2001).

As vivências experienciadas não seguiram a mesma intensidade²⁵ em todos os encontros lúdicos que tiveram duração de 60 minutos e frequência de três vezes por semana. Para obtermos os benefícios do exercício aeróbio, de acordo com a orientação médica e dependendo do caso, a intensidade pode se situar entre 70% e 80% da frequência cardíaca máxima. Em outras situações, recomenda-se permanecer em frequência cardíaca mais baixa, entre 60% e 70% da frequência cardíaca máxima, já no caso de atletas, pode-se atingir a faixa de 85% a 90% ou até 95% de frequência cardíaca máxima (CARVALHO, 2005).

Conforme já mencionados anteriormente, os programas tradicionais destinados a pessoas com doenças do coração estão mais direcionados à intensidade do trabalho realizado pelas pessoas do que ao ser humano na sua singularidade. Aqueles programas focalizam o interesse nos aspectos quantitativos e objetivos da doença: medições constantes e permanentes dos diferentes fatores tidos como determinante; não levam em conta a “vida” da pessoas: sua confiança, seus anseios, seus sonhos, suas relações, seus afetos, fatores estes que consideramos de primordial influência no processo de viver do ser humano. As palavras de uma participante expressam esta constatação:

Os tipos de vivências realizadas aqui são realizados sem cobranças, sem padronização, você faz o que você pode, cada um respeita o seu limite. Não tem aquela rigidez de aula e esta coisa de dizer: “Abra as pernas”; “Te estica”; “Encolhe a barriga, como se levasse um soco”. Eu acho que isto é o amálgama, é isto que deixa esta coisa ficar tão boa, tão alegre. (Alice)

Fica evidente que a concepção de movimento presente na perspectiva desta pesquisa não foi orientada a partir do “paradigma instrumental e funcional do saber fazer a partir dos padrões preexistentes” (KUNZ, 2004, p. 30). Não enfatizamos a

²⁵ Conforme descrição das vivências do cronograma em apêndice 01.

competição nem a concorrência. Sendo assim, não corremos o risco de estarmos contribuindo para que os participantes se sentissem incapacitados de realizar determinadas tarefas, ofereceremos sim, oportunidades para um maior conhecimento sobre as possibilidades de movimentos de seu corpo, auxiliando-os a adquirir novas possibilidades de expressão, no enriquecimento das suas capacidades, de suas expressividades corporais, proporcionando-lhes novos/outros significados, uma vez que as vivências lúdicas buscavam a internalização de uma nova/outra compreensão de si mesmo. Dessa maneira, as pessoas passaram a ficar mais atentas aos acontecimentos interiores do próprio corpo e reaprenderam a interpretá-los.

Agora eu tenho mais consciência do meu corpo. Cada movimento que eu faço, eu estou mais consciente. Cuido mais da minha postura, quando eu me abaixo, eu procuro me abaixar mais reta. Foi aqui nestas aulas que me abriu os olhos. Isto me dá bastante consciência corporal e isto é maravilhoso, é maravilhoso. Gosto, gosto do meu corpo, do meu pé, da minha mão, do meu rosto. (Alice)

5.1.3 As Singularidades...

Cada pessoa é única e diferente de todas. Cada pessoa é seu próprio corpo e este vai se construindo em meio à cultura social em que vive. Sendo assim, o corpo é a expressão da cultura e cada cultura é expressa por diferentes corpos (Kofes, 1985). Pode-se, identificar, por exemplo, o corpo científico traduzido em técnicas, cuja base física encontra-se nas máquinas. A ciência busca conhecê-lo para poder interferir nele. Já o corpo produtor está relacionado ao sistema capitalista. Este exige a eficiência daqueles para atender as exigências da sociedade. O corpo mercadoria é aquele que se apresenta ao mercado como um produto a ser consumido (BONETTI, 1998).

O ser humano, por meio de seu corpo, vai assimilando e aproximando-se de imagens, de valores, de normas e de costumes sociais, em um processo de incorporação. A incorporação desses valores foi sendo (re)significada pelos participantes do programa, possibilitando-lhes uma nova maneira de se relacionarem com o “próprio corpo” e, conseqüentemente, com o do outro e com o

mundo, uma vez que essa incorporação bem como as mudanças se transformam, no decorrer da vida, por meio das vivências/experiências de cada pessoa.

Estou me aceitando, eu não me aceitava, sempre achei defeitos, meus seios, sempre achei enormes, não suportava eles, agora já não me preocupa, quem tem que gostar sou eu mesmo, não é o outro. Então, eu tenho gostado, ultimamente, eu tenho gostado. Eu estou bem. (Letícia).

Gosto do meu corpo. Só estou me sentindo um pouco gorda, eu era bem magrinha, isto me incomoda um pouco. (Maria)

O padrão estético compreendido pelos participantes segue o modelo divulgado pelos meios de comunicação - revistas, jornais, televisão e outdoors - que intimidam e intimam as pessoas a submeterem-se a cirurgias plásticas, a lipoaspiração, a dietas e exercícios físicos. As pessoas devem ser altas e magras, ter rostos simétricos e perfeitos e apresentar medidas adequadas ao que sugere a “indústria corporal”.

Sinto o meu corpo não tão bem porque eu não tinha essas gordurinhas. Eu tinha pensado em fazer uma lipo [...] olha até deixei, por que antigamente eu ficava muito preocupada com esta coisa de banha, agora não estou mais preocupada. (Cristina)

Por outro lado, as academias de ginástica, os clubes, as associações esportivas transformam-se em templos de culto ao corpo, meio das práticas corporais oferecidas como ginástica aeróbia e localizada, alongamento, musculação, hidroginástica, aerobox, power pool, bodystep, bodyjam, bodycombat, bodybalance, bodyattack, entre outras práticas com as quais as pessoas procuram ‘atingir’ um padrão estético de beleza definido como corpo “sarado”, “marombado” ou “malhado”.

Os movimentos e gestos corporais que eram técnicas criadas pela cultura, enfatizados por Mauss (2003), como o andar, o falar, o sentar-se, o comportar-se e o movimentar-se, tornam-se objetos da indústria corporal. Por isso, a concepção de

corpo passa a ter um conceito padronizado, globalizado pelos meios de comunicação, pela indústria e pelo comércio.

Eu gosto do meu corpo. Acho que pela minha idade até tenho um físico razoável, não valorizo muito esta parte estética. Eu estava lendo uma reportagem que hoje nós vivemos muito em função da estética, da aparência e, está esquecendo da ética e, enfim, a gente entra nesta.
(Bernardo)

As técnicas utilizadas nas práticas corporais almejando atingir a estética corporal “ideal” também são padronizadas na maioria dos países: as músicas, os aparelhos especiais, os movimentos corporais. Até os vestuários usados nas atividades físicas são direcionados a construir esse “corpo ideal”, objetivando assim ‘um corpo mais saudável’. O programa Body System pode ser um exemplo de tais técnicas, como destaca FRAGA (2006). O programa foi criado pelo neozelandês Phillip Mills e licenciado para mais de oito mil academias espalhadas por cinquenta países. As técnicas utilizadas, as seqüências dos exercícios, a forma como os professores devem conduzir as aulas, as músicas são padronizadas e obrigatórias em todos os centros licenciados para trabalhar com tal programa. O corpo, com tais técnicas, pode ser tratado, alterado, construído e fabricado, conforme Santin (1994), em uma “sabedoria racional”, que acaba transformando-o em um mero objeto de manipulação, não dando valor à “sabedoria corporal”, formada por instintos, sentidos, emoções e sentimentos. A singularidade das pessoas, em tais programas tradicionais, passa então a ser esquecida.

Os programas tradicionais seguem o modelo e os critérios estabelecidos pelos modernos métodos científicos do treinamento esportivo que, entre outras normas, prescrevem a continuidade e as cargas progressivas de trabalho (KUNZ, 2004). Muitas vezes, as cargas são excessivas e as pessoas recebem “mensagem corporal” anunciando sinais de alarme, como dores nos joelhos, dores nas laterais do abdome, câimbras. A razão que estabelece a quantidade a ser prescrita para o treino não permite, porém, ouvir e sentir a sensibilidade corporal que anuncia que este trabalho está sendo excessivo para o corpo. Exemplo dessa afirmação pode ser observado nas palavras de um participante que frequenta também outro programa de prevenção e reabilitação cardíaca, em que o exercício aeróbio é o que predomina:

Pela manhã, quando eu venho da caminhada que realizo no outro programa, eu sinto câimbra. Acho que eu caminhei muito, agora deu uma melhorada. (Manoel)

Geralmente estamos nos guiando por referências externas e, por isso, segundo Kunz, desaprendemos a interpretar e a entender o diálogo que a nossa natureza corporal estabelece com o mundo no qual nós nos incluímos como seres sociais, culturais, espirituais e da natureza. Deixamo-nos guiar pela razão intelectual calculista, perdemos assim a sensibilidade corporal e também a sensibilidade emocional, conseqüência de uma excessiva concentração na razão, guiada pelo cálculo e pela comparação (KUNZ, 2001).

Essa perspectiva se faz presente também nos programas de prevenção e de reabilitação cardíaca, uma vez que os profissionais de saúde utilizam-se de um conjunto de técnicas e de conhecimentos científicos para determinar os fenômenos vitais relatados pelas pessoas. Nesse caso, as pessoas com DAC investigam quais as origens e as regras da evolução desses fenômenos e as ações que os modificam, objetivando resgatar a saúde.

A pessoa com DAC ou doente não é considerada, porém, como uma “soma” pelos profissionais da área médica, limitando-se, assim, à terapêutica, aos elementos ou segmentos que apresentam resultados de anormalidade ou patológicos, após serem avaliados através de observações fragmentadas e do aferimento das normas funcionais do ser vivo em laboratórios. As normas funcionais do ser vivo examinado no laboratório direcionam as operacionais por parte do cientista. Tais procedimentos ou técnicas, segundo Silva (2001, p. 20),

[...] analisam e avaliam sintomas de órgãos isolados do corpo, reduzindo ou eliminando as subjetividades e ampliando os espaços das objetividades dos exames laboratoriais, radiológicos, cintilográficos, dentre outros. Apenas através de técnicas objetivas é dado ao corpo se manifestar”, esquecendo-se que este possui uma “natureza histórica constituída no interior de sua existência social concreta, toma-o como um objeto homogêneo e perde de vista a possibilidade da cura proveniente de sua permanente elaboração e reelaboração no mundo.

O modo como o corpo é conhecido dentro da área médica prioriza a forma quantitativa, utilizando-se de parâmetros biológicos para analisar e desconsidera as subjetividades humanas - e as diferenças étnicas e culturais – existentes entre elas,

O corpo em questão é sempre aquele da identidade biológica da espécie humana; como tal reforça a necessidade de redução da qualidade à quantidade, tanto no que se refere às diferenças entre grupos culturais, gêneros, personalidades, níveis de treinamento, como no que se refere à compreensão dos estados de saúde e de doença (SILVA, 2001, p.35).

A concepção de corpo percebida pela ciência médica também foi confirmada pelos participantes do programa quando solicitados a se posicionarem em relação ao seu estado de saúde e doença. Percebemos que sua compreensão “ainda” está vinculada a uma perspectiva bio-fisio-morfológica, como podemos observar nos depoimentos:

Estou me sentindo muito bem, Graças a Deus. Voltei ao médico. Os resultados dos meus exames estavam tudo bem, não teve alteração. Eu tenho osteopenia, então eu fiz densitometria e estava estacionado. A médica disse que é em função dos exercícios que eu faço, por isso que estacionou, não diminui, mas também não aumentou. Ela disse que eu estou ótima e não posso parar. (Lena)

Olha, no momento eu estou bem. Fiz todos os exames, está tudo correndo normalmente, mas eu passei um pedaço meio brabo²⁶. No momento posso dizer que estou bem, estou me tratando, estou caminhando, estou me alimentando dentro dos limites, cuido das minhas dietas, não posso me queixar de nada, não posso me exceder. (Canário)

A recomendação médica é que se eu diminuísse o peso, a minha doença diabética melhoraria também. Então, antes eu não tinha essa consciência e agora passei a ter. Meu peso está diminuindo, ainda pouco, consegui diminuir bem. [...] agora eu levo mais a sério. (Gersinho)

As falas mostram que o entendimento de saúde e doença está relacionado com o diagnóstico médico, com os resultados dos exames, com a redução do peso corporal e com a capacidade de sentir, ou não, dores corporais.

Quando entrei aqui sentia muitas dores nas pernas, eu não podia levantar os braços, eu não podia fazer isto aqui, pois me doía tudo. As pernas me inchavam muito, tudo isto acabou. Hoje eu ainda sinto quando eu levanto os

²⁶ Este participante, durante o desenvolvimento do projeto, retirou um nódulo cancerígeno.

braços, sinto uma ardência aqui no peito, mas as pernas melhoraram, as pernas desincharam. (Maria)

5.1.4 As Dores...

Trancar o dedo numa porta dói.
 Bater com o queixo no chão dói.
 Torcer o tornozelo dói.
 Um tapa, um soco, um pontapé, doem.
 Dói bater a cabeça na quina da mesa, dói morder a língua, dói cólica, cárie e pedra no rim.

Mas o que mais dói é a saudade.
 Saudade de um irmão que mora longe.
 Saudade de uma cachoeira da infância.
 Saudade de um filho que estuda fora.
 Saudade do gosto de uma fruta que não se encontra mais.
 Saudade do pai que morreu, do amigo imaginário que nunca existiu.
 Saudade de uma cidade.
 Saudade da gente mesmo, que o tempo não perdoa.
 Doem essas saudades todas²⁷.

A dor, em uma percepção biológica, provoca sensação desagradável, que indica problema orgânico ou possibilidade de uma lesão do corpo. A câimbra, uma manifestação comum durante a prática de atividades físicas, expressa-se por contrações espasmódicas e dolorosas dos músculos, comprometendo um músculo isolado ou um grupo de músculos que realizam a mesma função.

Quando eu comecei aqui, sentia muitas dores [...]. Terminaram aquelas dores. Então eu acho que está muito bom, né! Não sentindo dor, já é uma grande coisa. (Manoel)

Não sinto mais tanta dor, não sinto mais câimbras. (Letícia)

Eu saio com muito mais disposição, pois eu não sinto dores, coisa que eu tenho medo é de sentir dores. Eu sentia dor, [...] eu estou bem melhor. (Alice)

²⁷ Texto publicado por Miguel Falabela no Jornal "O Globo", s/d.

A sensação do sentir dor varia de uma pessoa para outra. Nós temos diferentes tipos de dor. Ela é diferente de um sistema de órgãos para outro e de uma doença para outra. Além disso, a dor é freqüentemente acompanhada de outro sofrimento de causas mais existenciais que pode variar em natureza e em força: é o sofrimento emocional, como aflição, depressão, tristeza, ansiedade, melancolia e perdas.

Os sentimentos de saudade da perda de uma pessoa amada como o(a) companheiro(a), os pais, um amigo, um filho, muitas vezes, provocam incapacidade nos diversos tipos de funções humanas, como no aparelho locomotor que, com todas as suas partes, pode afetar os órgãos da fala e pode afetar as funções mentais (NORDENFELT, 2000).

As pessoas expressaram outras dores que não as físicas, mas que sem dúvida tanto fazem parte de seu viver como se inter-relacionam entre o ser saudável e o adoecer.

Triste pela perda que eu tive²⁸. Mas já estou melhor, tem horas assim pior, mas já consigo ter horas um pouco mais alegre. Eu tenho histórico de fibromialgia, tenho dores que persistem. Dor generalizada. Tenho muitas dores nas articulações dos pés, principalmente no calcâneo. Eu estou bem, fisicamente, emocionalmente eu estou bem. Às vezes estou bem, outra vez não está tão bem [...] ah...eu tenho altos e baixos, e procuro dar o melhor possível. (Bernardo)

A doença denominada fibromialgia representa uma sensação alterada de dor, resultante das variações sofridas por uma pessoa suscetível aos diversos agentes estressores que causam a “dor”: manifestação do conflito vivido internamente. A manutenção da dor parece estar ligada diretamente ao suprimento das necessidades da pessoa. Pela insuportabilidade psíquica do conflito vivenciado, a pessoa deixa de querer entrar em contato com a causa do problema e apresenta dificuldades para enxergar seu sofrimento, convertendo, assim, a dor emocional em sofrimento físico. Os distúrbios mentais e/ou emocionais podem estar presentes nos portadores de fibromialgia, incluindo alterações do humor, irritabilidade,

²⁸ Este participante há quatro anos perdeu um filho em um acidente de carro e até hoje ainda não se recuperou. Tem crises severas de depressão.

dificuldade de concentração, perda de memória, depressão e ansiedade. Estes sintomas podem apresentar-se isoladamente ou em conjunto, por isso, aliados à dificuldade da confirmação diagnóstica, muitas pessoas, inicialmente, são tratadas como depressivas (MAEDA; FELDMAN, 2006).

As dores emocionais, psicológicas, sentidas, vividas, experienciadas pelos participantes do programa, como a dor da perda de um filho, a dor de assistir o companheiro em coma há quatro anos, a dor de perceber que uma neta foi molestada sexualmente pelo pai, a dor da solidão, a dor de há sessenta anos não ver nem saber onde estão os irmãos, a dor de presenciar a irmã no processo de quimioterapia. Essas e tantas outras dores sufocadas e demonstradas por essas pessoas foram sendo amenizadas no desenvolvimento do projeto, uma vez que os participantes sentiam-se “cuidados” e também “cuidavam” um do outro. Nos encontros lúdicos, pudemos constatar/perceber a sensação de alívio desses sintomas, manifestada, muitas vezes, nas falas dos integrantes, na expressão corporal: nos gestos, no choro, no abraço amigável e no prazer de “estar junto com o outro”. Prazer de abraçar e ser abraçado, de amar e de ser amado. Também porque tiveram a oportunidade de vivenciar a si mesmos, as suas lutas e as dos outros, de enfrentarem o destino, as angústias do cotidiano. Nesses momentos lúdicos, encontraram um lugar, um espaço, um momento para refletir, entender e socializar seus sentimentos de dor.

Percebemos, portanto, que a dor sentida pelos participantes não se referia à precordial, característica das pessoas com DAC, mas sim às dores expressadas na realização de movimento vivenciado nos encontros lúdicos ou na expressão corporal e as dores do viver – emocionais e afetivas.

5.1.5 As Amarras...

No relacionamento com esses corpos carregados de dores, desejos, intencionalidades, medos, angústias, expectativas e contradições percebemos que as vivências lúdicas contribuíram para que “amarras fossem se soltando”, dando lugar à superação e liberação de alguns destes sintomas.

Eu estou soltando as coisas que eu sinto. [...] o dia que eu estou com vontade de xingar e dizer um monte de coisas eu digo, antes eu era muito parada, agora não, estou voltando a ser o que eu era, soltar mesmo, dizer se não estou contente, [...] Antes eu vivia presa, bloqueada... liberou-me

bastante. [...] me sinto mais afetiva, mais amorosa, mais aberta para conversar, falar, eu estava presa. Mas, saiu o bloqueio, e aí eu não tenho problema de demonstrar o que eu sou. Eu me abri mais, eu brinco mais, eu me soltei mais. Com as vivências eu me soltei bastante [...], estou mais solta.(Letícia)

O lúdico proporcionou-lhes viverem suas histórias de vida, compreenderem os significados que dão às suas vidas e identificarem possibilidades e limitações no processo de viver. Os corpos foram se desvelando. Soltavam-se, rolavam, brincavam e, depois, conversavam sobre as sensações, revelando, sem censura, seus sentimentos.

A diferença minha é pessoal. Eu era muito fechado, não tinha liberdade de conversar com as outras pessoas, saber a opinião delas, colocar a minha opinião. Hoje em dia, essa barreira está sendo quebrada. O relacionamento com as pessoas também melhorou, porque antes quando eu falava com as pessoas, parece que eu tinha uma inibição de falar, agora eu estou mais descontraído. Eu me sinto mais desinibido. (Gersinho)

Muitas das práticas ou terapias corporais oferecidas hoje, objetivando aliviar as tensões, estimular os sistemas cardiorrespiratórios e muscular, melhorar a flexibilidade e, conseqüentemente, as habilidades gerais, visando melhor saúde, não correspondem “ao atual estado de conhecimento das ciências da saúde” (BRODTMAM, 2006, p. 98). Para este autor, muitas dessas atitudes terapêuticas

são apenas um ‘ativismo’ inconseqüente, e outras demonstram, claramente, um real desconhecimento da realidade com que trabalham, resultando apenas numa perda de tempo, além de produzirem, na maioria das vezes, exatamente o contrário do que deveriam (id.).

Entendemos, então, que a saúde não se adquire somente estando ligado às práticas corporais, como se enfatiza: “pratique exercício e ganhe saúde”, mas, sim, a um complexo de fatores entrecruzados: econômicos, sociais, políticos e culturais, como também a doenças, dores, barulhos, excesso de exigências profissionais, crises nos relacionamentos, discriminações sociais, dentre outros. A saúde, então, é

um estado de equilíbrio de fatores. A pessoa tem mais saúde quando consegue ter o equilíbrio desses fatores, ou seja, quando consegue equilibrar os fatores estressantes que a afetam com diferentes intensidades (BAGRICHEVSKY et al, 2006; BRODTMAM, 2006).

Nos encontros lúdicos, procuramos propiciar um ambiente em que os participantes pudessem viver o seu corpo e vivê-lo corporalmente, e não simplesmente usar o corpo ou ocupar seu corpo, como nos fala Santin (1987). O lúdico, vivenciado nos encontros não esteve embuído de concepções prévias, medidas ou taxonomias mas, sim, de momentos de superação, de liberação, que eram manifestados por meio de lágrimas, de gargalhadas, sensações estas que desvela a sensibilidade humana. A sensibilidade é um forte sentimento para demonstrar as fragilidades do ser humano, e o lúdico, no momento em que está sendo vivido, contagia as pessoas, pois este se desperta “nas emoções ou na excitação dos sentidos, o lado não racional, em outras palavras, o lado não ‘sério’ do humano” (SANTIN, 1987, p. 103).

Na hora que a gente está fazendo aquelas brincadeiras, a gente esquece tudo o que é ruim. Às vezes, a gente está fazendo uma coisa mas está com o pensamento muito longeeee [...] e, na hora que a gente faz a brincadeira, a gente esquece. (Manoel)

O aspecto “não racional” de vivenciarem os movimentos nos encontros lúdicos também possibilitou aos participantes maior satisfação em relação ao seu corpo. Passaram a sentir-se bem e, conseqüentemente, apreenderam a dar um novo significado para si mesmas.

Eu me sinto feliz, alegre. Aqui parece que eu me realizo. Sinto-me contente, converso, sinto-me muito bem mesmo. Eu sempre fui uma pessoa fechada, aqui a gente conversa, a gente ri com todo mundo. Às vezes eu chego em casa e falo que hoje eu me diverti com aquele pessoal da ginástica, foi tão bom. As pessoas estão mais sorridentes, estão mais animadas para tudo. (Gioconda)

5.1.5 O Conhecimento de si...

O ‘conhecimento de si’ ou o autoconhecimento, como nos fala Kunz (2001), que consiste na avaliação que a pessoa faz de si própria, manifestada, normalmente pela aceitação de si mesmo como pessoa e por sentimentos de valor pessoal e de autoconfiança, também foi sendo desvelado. Entendemos, como Kunz, que o autoconhecimento não acontece de forma individualista do “você pode” ou “conheça o seu potencial interno”, mas em um processo mais amplo do ser humano como ser individual e social (p. 19). O processo de autoconhecimento está relacionado com o mundo de experiências, com os companheiros, os vizinhos, com os amigos. Suas habilidades de percepção vão aprimorando-se, permitindo um conhecimento de si mesmo. Conseqüentemente, um enfrentamento de si para si. Com a participação no programa, as pessoas começaram a refletir sobre suas experiências e vivências; tiveram a oportunidade de analisar comportamentos e compreender suas ações; passaram a ter mais confiança em si mesmas, a ouvirem suas intuições, a acreditarem em sua voz interior, a respeitarem seus limites, a reconhecerem seus valores, a expressarem sem medo seus sentimentos, a sentirem-se competentes, capazes de “se tornarem” independentes da aprovação ou não dos outros.

Permitiu um pouco me amar. Antes eu não estava nem aí, se eu morresse hoje não faria mal [...] eu não pensava muito, eu vivia muito deprimida, bem depressiva. Agora não, eu tenho vontade de viver, eu já luto por alguma coisa. (Letícia)

Melhorou em tudo. Por que, olha o seguinte, jamais eu estaria aqui conversando com a Sra. Não conseguiria falar, eu chorava, eu era tão tímida, tão envergonhada que eu chorava ou ficava muda. A voz não me saía. E agora eu solto gargalhada, rio bastante. (Maria)

Agora eu posso chegar na pessoa e conversar desde o início. [...] antes eu não conseguia olhar para os outros [...] e agora eu olho. É muito forte o olhar do outro. (Lena)

Os momentos experienciados nas vivências os levaram a se perceberem enquanto pessoas dotadas da sua própria vida, oportunizando-lhes condições de melhor conhecimento de si, tendo outra compreensão de sua corporeidade e causando, conseqüentemente, influências em suas atitudes/ações. Isso é revelado

pelo aspecto estético, uma vez que algumas pessoas começaram a arrumar-se para vir aos encontros.

Eu saio muito bem, muito bem mesmo, feliz. [...] antes de vir, eu tomo banho, eu me arrumo, como se fosse para ir a um baile, eu coloco a roupa que eu tenho, eu observo se o tênis combina com a roupa. Então eu me preparo como se eu fosse para um baile, eu tomo banho, eu boto perfume. (Alice)

[...] aí quando tenho ginástica, separo logo uma roupa bonitinha para ir à ginástica... e vou embora. (Gioconda)

Notamos, então, que as vivências permitiram aos participantes uma re-significação de seu viver com a doença aterosclerótica coronariana, proporcionando-lhes, assim, a descoberta de seu corpo, de suas potencialidades; a compreensão de saúde, de doença; deram novos significados a seus movimentos, entendendo que estes não podem ser realizados mecanicamente, mas que surgem do interior de cada um, de seu próprio mundo e revelam uma singular relação com o corpo e com o mundo, onde se constrói cada história de vida.

A história de vida está impressa no corpo de cada um sob a forma de tensão, rigidez, dor, fraqueza, alegria, tristeza, doença, saúde. E, o que determinará essas condições não são só as riquezas das vivências e experiências mas também a forma como estas foram e são vividas. Portanto, o nosso corpo é mais do que segmentos, músculos - ele é "todo nosso". Nossos sentimentos, nossos pensamentos, nossas histórias, culturas, todos estão reunidos e impressos nos aspectos que nos constituem. Por tais compreensões é que o programa de vivências procurou oportunizar às pessoas vivenciarem seus corpos com sensibilidade, respeitando limites e incentivando novas possibilidades e descobertas, as quais foram ao encontro de cada um, dando sentido às subjetividades, valorizando-as. Subjetividades essas que enriqueceram as suas relações e, conseqüentemente, o processo de viver com uma doença crônica.

5.2 O estar e o fazer compartilhados...

Não importa o quanto nossa vida
nos obriga a sermos sérios...
Todos nós procuramos alguém para saber...
brincar...
amar...
e tudo que precisamos é de uma mão
para nos segurar e um coração
para nos entender.²⁹

O “estar”, o “fazer” e o “brincar” com o outro, manifestado nas relações construídas no grupo, fizeram com que as pessoas se sentissem entusiasmadas com o programa, motivou-as a uma melhor adesão a ele - questão fundamental por se tratar de pessoas que necessitam de uma prática corporal regular assídua - favorecendo, por isso, a livre expressão dos participantes sobre suas emoções e conhecimentos, permitiu compartilharem saberes e experiências na construção de um viver mais saudável.

Nos encontros lúdicos, foi criado um espaço de liberdade e satisfação em estar com o outro, brincar “corporalmente juntos”, uma vez que, conforme enfatiza Santin (1994), dificilmente nos permitimos brincar durante a vida adulta. O envolvimento com a nossa vida profissional nos afasta da ludicidade, sendo culturalmente inapropriada, principalmente quando envolve expressões corporais. Brincadeiras verbais são mais freqüentes mas, comumente, pular, rolar no chão, correr e suar são consideradas coisas de crianças, e não interessam aos adultos. O corpo sua e movimenta-se ativamente somente em atividades esportivas e em academias, onde normalmente as risadas e folguedos não são bem recebidos. A disciplina corporal é uma cobrança social, e o adulto, mais que a criança, sente-se limitado nas suas possibilidades expressivas.

As palavras de Santin (1994) nos levaram a refletir e oportunizar aos participantes do programa um brincar de forma coletiva, proporcionando espaços onde pudessem potencializar os sentimentos de autovalorização; agir com autonomia, influenciando para um significado mais positivo e duradouro sobre as

²⁹ Autor desconhecido.

relações construídas no grupo e, conseqüentemente, sobre a saúde. Os movimentos realizados estavam relacionados às vivências, às emoções e à sensibilidade das ações experimentadas.

Observamos que, ao “brincar juntos”, aflorou uma relação no grupo, em que se sentiam desejados, amados, compreendidos - aspectos estes para nós, pesquisadores, muito mais importantes para a saúde dessas pessoas do que as atividades repetitivas como caminhadas, bicicletas, normalmente experienciadas nos programas tradicionais, o que, muitas vezes leva as pessoas a desistirem de tais práticas. Movimentos são importantes de serem realizados, mas só eles não bastam para a adesão ao programa que objetiva a promoção da saúde das pessoas. A promoção da saúde, para Brodtmann (2006), está ligada a muitos outros fatores de estratégias para mantê-la, tais como a capacidade de ter domínio de estratégias de agir antiestresse, um sistema imunológico intacto, conhecimentos importantes sobre saúde, ter acesso a cuidados médicos, segurança financeira, uma constituição genética favorável e, também, disposição para a ajuda mútua, capacidade de assumir compromissos, empatia, ou seja, a capacidade de se sentir como o outro, a flexibilidade no trato com situações, a segurança, o assumir responsabilidade e, sobretudo, a experiência do “sei que estou sendo alguém necessário ao grupo, sou realmente importante e, por isso, conseguimos realizar algo em conjunto” (p.109). Para o autor, estes aspectos são muito mais importantes para a saúde do que os “estímulos corporais provocados pelo treinamento, cujos efeitos, em grande parte, diminuem em curto período ou até mesmo desaparecem totalmente” (p.109).

Educar (para a saúde) implica relações significantes, dando sentido àquilo que se faz, e este sentido está relacionado com o prazer em realizar o movimento, em ser aceito, respeitado, desejado no grupo, em um espaço de convivência em que os outros os aceitam e respeitam a partir do aceitar-se e respeitar-se a si mesmos (BRODTMANN, 2006).

Na convivência com o pessoal, a gente ri muito. O mais interessante é que ninguém está fazendo pouco do outro. Todo mundo está levando isto na brincadeira, rindo, se divertindo, é uma diversão. (Carlos)

Eu me sinto tranquilo porque é um grupo que sempre respeita a gente e a gente respeita a eles. Está tudo bem. (Anderson).

Este grupo é gostoso por que a gente fala durante as vivências. Isto é muito bom. Um goza do outro, o carinho que um tem pelo outro, assim, um ajuda o outro: “É a perna direita Sr. José”, isto é muito gostoso [...] a gente conversa durante as vivências, ou brincando, ou ajudando, rindo, ou estimulando o outro, muitas vezes em forma de gozação. “Vai que você

consegue”, “Abra a perna”. Isto dá uma aproximação carinhosa com o outro. (Maria)

Nos encontros lúdicos, os participantes aproximavam-se, movimentavam-se e apresentavam, de forma transparente, as suas limitações. Expressavam abertamente as suas percepções do mundo, seus valores, suas necessidades e, ainda, procuravam entender e ajudar o outro. O movimentar-se em grupo levou a uma constituição de relações amigáveis, confiáveis, oferecendo oportunidades aos participantes de vivenciarem este se-movimentar, conforme Funke-Wieneke (2006), com um sentido estimulante, plenamente satisfatório na relação com os outros. E foi a partir desse “movimentar-se” e dessas experiências coletivas que se promoveu o desenvolvimento de diferenciadas formas de agir em relação aos anseios e às necessidades dos participantes nas vivências compartilhadas. O estar-junto aflorou sentimentos escondidos, inconscientes de alguns participantes. Esses sentimentos, aos poucos, foram sendo compartilhados com os outros.

Sinto-me mais afetiva, mais amorosa, mais aberta para conversar, antes eu estava presa. Mas, saiu o bloqueio, e agora eu não tenho problema de demonstrar o que eu sou. Eu consigo falar bastante agora, dizer o que eu estou pensando. (Letícia)

Na convivência com os participantes, percebemos a dificuldade que os mesmos sentiam para ter condições suficientes de, sozinhos, dominar/conhecer/descobrir estratégias que pudessem aliviar, amenizar os sintomas de sofrimento vivenciados por eles, como o de perda, de solidão, de suas fragilidades, da incapacidade de dialogar com o outro - aspectos estes que também são ameaças na recuperação/promoção de sua saúde. Muitas vezes, de acordo com Brodtmann (2006), não temos condições de, sozinhos, dominar essas situações que interferem na condição de saúde, precisamos contar com o apoio de outros e estar amparados por uma rede social.

Sim, houve uma melhora. Eu não falava nenhuma coisa para ninguém, meu problema do coração foi isso, eu engolia tudo, tudo, não falava nem uma vez na dinâmica de grupo, eu vou e eu não falava, engolia tudo, às vezes agora, eu falo até demais. (Mariana)

Eu me sinto bem em tudo. Agora não me preocupo mais com a doença. Assim eu me sinto bem. (Cristina)

O programa de Vivências Corporais Lúdicas contribuiu no processo de viver das pessoas com DAC, uma vez que ao conviverem com o outro e desenvolveram a sociabilidade com os participantes com os quais houve possibilidade de integração/relação, formou-se uma rede de apoio na recuperação dessas pessoas. Segundo Silva (et al. 2005), as redes de apoio social têm um papel determinante como mediadoras e facilitadoras no início e nos passos subseqüentes da busca de ajuda, já que seus membros proporcionam apoio contínuo às pessoas para aderirem ao tratamento até a sua recuperação, ou até o controle da doença, como os portadores de doenças crônico-degenerativas. No nosso caso, pessoas com doença aterosclerótica coronariana.

5.2.1 O Tecido de Relações e Interações...

A rede social pode ser formada pela família, por grupos de amigos, pelas igrejas, pelas associações de bairro ou pelas associações de pessoas que convivem com uma mesma doença, pelos vizinhos, instituições de saúde, pelos centros de cura não formais, pelas organizações não governamentais que, segundo Hurrelmann (2000), são consideradas essenciais na promoção e prevenção da saúde, uma vez que, através delas, podem ser trabalhadas condições que influenciam o comportamento das pessoas, oportunizando várias estratégias de intervenção.

O Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas com Doenças Crônicas – NUCRON³⁰ - realizou estudos para compreender a experiência de viver com doenças crônicas. Identificaram que o ponto fundamental para conviver com a doença crônica é o apoio que recebem. A inexistência ou limitação de apoio social é considerada por essas pessoas como fragilizante, aparecendo

³⁰ Grupo de pesquisa constituído em 1987, vinculado ao Departamento de Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

como o ponto de maior inquietação, das principais queixas e de “desgosto”. Por outro lado, as pessoas que contam com apoio social consistente mostram-se mais motivadas, mais dispostas a cuidar de sua condição de saúde e conseguem conviver de forma mais saudável com sua doença crônica (SILVA et al. 2005).

Nos depoimentos de alguns participantes, constatamos a importância e a necessidade do encontro com o outro, sendo que este estar com o outro permitia sentirem-se como uma pessoa amada e querida, como se estivessem compartilhando de um meio familiar, com trocas, saberes, valores, crenças, apoio e ajudas mútuas, que repercutem no processo de viver.

É uma família. A gente conversa, se abraça... é como se fosse a família que eu não tive. (Gioconda)

É como uma família para mim. O considero como que se fizesse parte de minha família. [...] a gente sente carinho pelas pessoas. (Letícia)

Esse grupo são meus irmãos que eu não tive. [...] quando eu cheguei, o grupo era bom. Com o tempo, foi sendo considerado um grupo ótimo. Hoje eu posso dizer que é um grupo excelente. Excelente em todos os sentidos: no grau de amizade, na confiabilidade com as pessoas e, principalmente, temos sempre uma mão amiga, tem sempre alguém se preocupando, tem sempre aquele perguntado “Aí, como é que estais”, “Senti falta de ti”, “Ah não viesse tal dia, eu senti falta”. Sinto-me muito contente, muito feliz, o grupo pra mim e com toda esta vivência de bom, ele passou para excelente. Eu só tenho que dizer obrigado, por que realmente ele é excelente. [...] Eu sinto muita falta do grupo, muita falta. (Canário)

Percebemos, no depoimento de Canário, que o apoio recebido dos participantes do programa foi fundamental no processo de viver com uma doença crônica. Corroborando com Silva (et al. 2005), acreditamos que esses diferentes apoios acabam por estabelecer formas variadas de conexão ou interconexão, formando verdadeiras redes sociais.

Na perspectiva de Meirelles (2004, p. 6), redes sociais são entendidas como

[...] um tecido de relações e interações que se estabelecem com uma determinada finalidade e se interconectam por meio de linhas de ação, trabalhos conjuntos, ações integradas ou conjuntos de ações. Os pontos dessa rede podem ser pessoas, grupos e instituições, governamentais ou não.

A convivência das pessoas com DAC, no programa de Vivências Corporais Lúdicas, proporcionou estratégias de relações, interações, aproximações, amenizando assim as características comportamentais dos participantes, pelo fato de essas se apresentarem, de uma maneira geral, como pessoas solitárias, com dificuldade de comunicação e/ou sintomas de depressão.

Quando a gente entra em um grupo, de início a gente fica meio introvertido, meio tímido, mas à medida do convívio, a gente deslancha mesmo e, hoje, a gente se sente muito bem. [...] Este trabalho deste curso melhorou bastante. A gente se sente mais íntimo das pessoas, é com certeza muito gostoso, muito bom. Este convívio com outras pessoas só melhorou. (João Carlos)

Nesse grupo, a gente interage, a gente fica amigo das pessoas, a gente conversa. (Bernardo)

Eu fico muito tempo em casa sozinha, e eu não sou uma pessoa de sair, quando eu trabalhava no HU, eu saía mas depois que eu me aposentei, eu me isolei muito. A doença pesou muito, parece que eu envelheci uns vinte anos. Achava que de uma hora pra outra eu iria morrer. Para mim tanto fazia viver mais um mês, ou uma semana. Agora, passou. Agora eu não penso mais assim, eu acho que eu tenho mais é que viver. Ahhh, quero mais é chegar pelo menos aos 60 anos. Acho que isto, é em grande parte as vivências. (Letícia)

Eu estou com outras pessoas e não estou sozinha. (Mariana)

5.2.2 O Sentimento de Amor...

A convivência, aflorou no grupo sentimentos como o de gostar de estar com o outro, o de se interessar pelo outro, o de cuidar do outro - sentimentos estes de afeto, de carinho, conforme denomina Maturama (1998): sentimento de “amor”. E o amor, para este autor, “é a emoção que constitui o domínio de ações em que nossas interações recorrentes com o outro, fazem do outro um legítimo outro na convivência. As interações recorrentes no amor ampliam e estabilizam a convivência” (p.22). Os encontros lúdicos proporcionaram espaços de interações e relações com o outro, aceitando-o como um legítimo outro na convivência em que sua presença foi legítima, sem cobranças nem exigências. As “diferenças”, como a de nível social, econômico, cultural, sexual, corporal, não faziam diferença nestes encontros. Aceitar as diferenças ou aceitar o outro na convivência, de acordo com

Maturama, é “uma condição necessária para a conservação da saúde física, comportamental, psíquica, social e espiritual do adulto” (p.25).

Para o citado autor, “a emoção que define o domínio de ações em que se constituem as relações que, na vida cotidiana, chamamos de relações sociais [...] é o amor, porque as ações que constituem o que chamamos de social são as de aceitação do outro como um legítimo outro na convivência” (MATURAMA, 1998, p.68).

Estou muito entrosada. Adoro o grupo. Eu gosto do grupo e eu alimento o grupo. E se eu alimento é porque eu quero estar muito junto. (Alice)

Os encontros lúdicos contribuíram para que os participantes aceitassem o outro como importante. Aprendizado este que é individual mas que se feito coletivamente, abre espaços para todos se manifestarem com espontaneidade, cria condições para cada um refletir, aprender, apreender e (re)aprender sobre o próprio.

Como se depreende, os participantes puderam sentir o prazer de relacionar-se com o outro, perceberem a si próprias pelo olhar do outro e, assim, tiveram mais consciência de suas capacidades e limitações.

Isto aqui é como uma cachaça, a gente falta e já está doida pra vir. Eu estava viajando mas estava doida pra vir. Estas vivências me ajudam a conversar com as pessoas. (Natalia)

Esse grupo é ótimo, eu sinto saudade, assim quando eu fico sem vir, eu fico com saudades das pessoas. (Cristina)

Nas vivências proporcionadas nos encontros lúdicos, as relações eram imprevisíveis, algo inusitado, cheio de surpresas, apresentavam aspectos desconhecidos, embora todos se conhecessem. A cada novo encontro, um desafio: o grupo fazia a sua história, rompia com algumas limitações, preconceitos, havia descobertas de possibilidades/capacidades, tudo isso através dos movimentos, das expressões e das manifestações. No prazer em interagir com o outro, as vivências

contribuíram como facilitadores dessa interação/integração/relação, proporcionando vínculos, laços, apego com o outro. Os integrantes sentiam necessidade de interagir com o outro de maneira mais próxima. As vivências experienciadas nos encontros lúdicos contribuíram para o autoconhecimento, à medida em que ajudavam a desmistificar o corpo, a explorar o próprio corpo e o do outro, a expressar mais livremente as emoções, a trazer a oportunidade de se vincular, de obter prazer e até de amar (LEE_MANOEL, 2002).

*Este grupo é muito amado. Por este motivo é que eu posso ter me dado muito bem, porque eles não se tocam³¹, mas eles se amam pelas brincadeiras, pelo olhar. É um toque não corporal, é um toque afetivo.
(Alice)*

Acreditamos que a relação de grupo afluída no programa de Vivências Corporais Lúdicas:

- contribuiu como suporte de ajuda, para que se adaptassem à nova realidade de conviver com uma doença crônica;
- oportunizou romperem com movimentos estereotipados e mecanizados para a prevenção e reabilitação, dando um novo sentido ao “se-movimentar”;
- ofereceu alternativas de adaptação;
- influenciou mudanças de comportamento na busca de conviver harmonicamente com a nova situação de ter uma doença crônica;
- oportunizou troca de experiências, fazendo com que o grupo percebesse que existem outros problemas no mundo, e que eles não são os únicos que sofrem, levando-os ao crescimento pessoal;
- proporcionou terapias em grupo, que influenciaram mudanças de comportamento para uma vida mais amena e saudável.

³¹ Esta participante também faz parte de um Programa de Biodança, em que predomina o contato corporal pelo toque.

5.3 Mudanças anátomo-fisiológicas observadas após Vivências Corporais

A incorporação de uma atividade física à vida diária das pessoas objetivando o aprimoramento do condicionamento ou da aptidão física consiste em um dos hábitos mais saudáveis. Além disso, contribui no tratamento de algumas doenças, como: doença arterial coronariana, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica, diabetes tipo 2, doença pulmonar obstrutiva crônica e obesidade (CARVALHO, 2005).

No desenvolvimento do projeto, os participantes foram referindo melhora na resistência aeróbia, na muscular, nas amplitudes articulares, nas atitudes posturais, nas atividades cotidianas e nas vivências propostas nos encontros lúdicos. Isso sugere que, quando nos propomos a praticar algum tipo de atividade e dedicamos um tempo de nossa semana para vivenciar nossos movimentos, fugindo da rotina diária e experimentando gestos e movimentos mais variados, percebemos melhoras, mudanças, transformações que tendem a qualificar o nosso processo de viver: mais saudável. Nas manifestações dos integrantes do programa, esta mudança foi verbalizada:

Bem melhor. Eu me sinto mais flexível, eu estava todo duro. Eu estava acostumado com exercício de musculação, este aqui é muito melhor. [...] eu tinha pouco equilíbrio, meu equilíbrio está bem melhor. [...] agora eu já não caio tanto, fico mais tempo sentado. Gosto, eu gosto. E sinto que ele (o corpo) tem melhorado. [...] a minha perna estava mais flácida, os braços, a gente vai fazendo aos pouquinhos não aparece; mas, aos pouquinhos, a gente percebe. (Campeão)

5.3.1 A Flexibilidade...

Por intermédio da prática dos exercícios de flexibilidade/alongamento foi possível proporcionar aos participantes não só a ampliação das suas possibilidades de movimento, como também na amplitude articular.

Todos os participantes tiveram um aumento do grau de sua flexibilidade variando entre quatro e doze centímetros. As pessoas que tiveram um menor

aumento desta qualidade foram aquelas que já possuíam anteriormente uma melhor flexibilidade.

Tabela 1 - Valores da Flexibilidade Pré e Pós-Programa

Nome	Idade	Pré-Teste (cm)	Pós-Teste (cm)	% de Aumento de Flexibilidade
Alice	57	28	35	25
Angélica	58	20	31	55
Bernardo	62	12	24	100
Campeão	80	8	13	62,5
Canário	63	29	34	17,2
Galego	58	10	20	100
Gioconda	76	35	45	28,6
Ihadad	52	18	22	22,2
João Carlos	82	25	33	32
Lena	60	41	50	22
Letícia	50	20	28	40
Manoel	69	33	39	18,2
Maria	72	35	41	17,1
Mariana	68	29	38	31
Natalia	75	27	36	33,3
Renata	58	41	45	9,8

Para avaliar as modificações encontradas entre os participantes das Vivências Corporais Lúdicas, utilizamos a classificação do teste de sentar e alcançar adaptado de Nieman (1999), que consta do tabela 2.

Tabela 2 - Classificação do Teste de Sentar e Alcançar de Nieman

Nível	50-59 (anos)		60-69 (anos)	
	M	F	M	F
Excelente	>35	>39	>33	>35
Acima da Média	28-34	33-38	25-32	31-34
Média	24-27	30-32	20-24	27-30
Abaixo da Média	16-23	25-29	15-19	23-26
Baixa Condição	<15	<24	<14	<23

Fonte: Nieman (1999)

Tendo como referência esta tabela e avaliando o grau de flexibilidade dos participantes, percebemos que na primeira avaliação tínhamos quatro pessoas com baixa condição, quatro abaixo da média, duas na média, dois acima da média e quatro pessoas estavam no nível excelente. Já no pós-teste, observamos que somente duas pessoas continuavam na baixa condição, uma abaixo da média, duas

na média, três acima da média e oito pessoas para o nível excelente.

Utilizando o teste estatístico (Teste *t*) comparamos as médias do grau de flexibilidades antes e depois do programa de Vivências Corporais Lúdicas. A avaliação efetuada mostrou médias bastante diferentes que estatisticamente são significativas, como mostra a tabela 3.

Tabela 3 - Comparação entre os valores médios da flexibilidade no Pré e Pós-Programa

Variável	Média ± Desvio Padrão (cm)		Valor t	p
	Pré	Pós		
Flexibilidade	25,7±10,3	33,4±10,0	-12,32	<0,001

A flexibilidade é uma valência física que é perdida com o passar dos anos e deve ser pelo menos mantida em níveis satisfatórios para uma boa qualidade de vida.

O aumento da força e da mobilidade articular por meio de exercícios apresenta bons resultados profiláticos e terapêuticos em relação às doenças crônico-degenerativas, proporcionando desenvoltura nos movimentos cotidianos, como ao vestir-se, andar, cuidar da higiene pessoal, subir escadas e transportar objetos.

As pessoas com DAC têm como um dos fatores de risco a vida sedentária. Isso significa que há maior possibilidade de encontrar pessoas que não realizam atividades físicas rotineiramente dentre aquelas com essa condição de saúde, como eram os integrantes desse estudo. Aliado a isto, no envelhecimento é freqüente as pessoas diminuírem suas atividades. Assim, constitui um desafio provocar nessas pessoas o de-sejo de participarem de um programa, cujo foco eram os movimentos corporais, de terem prazer ao realizá-los, provocando novas e agradáveis sensações, de encontrarem maior satisfação com seu corpo e, ao mesmo tempo, promover um melhor condicionamento físico, repercutindo num maior controle dos fatores de risco para a DAC.

Nesta proposta, procuramos unir esses aspectos, que na perspectiva das pessoas que integraram o estudo, foram referendados, conforme seus depoimentos:

Eu me acho ótima. Quando eu saio, me acho bem relaxada. [...] Eu acho que tem me ajudado bastante porque eu me sinto mais solta, mais à

vontade, eu já não paro mais. Eu sinto mais elasticidade, mais flexibilidade. [...] em todos os sentidos, na transa [...] a gente vai envelhecendo [...] vai perdendo a movimentação, então você já tem mais dificuldades até no sexo mesmo. [...] até pra subir uma escada, um passo, uma coisa assim, você tem mais dificuldade, você vai mais lenta. Agora eu me sinto mais... flexível, né? (Letícia)

O aumento do grau de flexibilidade influenciou também na coordenação, na agilidade, possibilitando a essas pessoas a realização de seus movimentos com maior amplitude, eficiência e precisão. Com efeito, ao se verem capazes de realizar movimentos - que anteriormente não conseguiam - sentiam-se satisfeitas consigo mesmas.

Ele deu uma melhorada; é incrível, a coordenação motora é impressionante. Ele está dirigindo melhor, [...] ele é outra pessoa. [...] Olha, os filhos dele ficaram impressionados, ele não conseguia segurar a xícara. (Ihadad³²)

Esses resultados, tanto no que foi possível mensurar quanto no depoimento das pessoas, indicam que o aumento da flexibilidade foi um aspecto favorável na promoção de um viver mais saudável. A agilidade na realização de movimentos tem repercussões em pequenos detalhes da vida cotidiana, como calçar sapatos, subir e descer de ônibus ou o próprio ato sexual. Numa perspectiva global, ao sentirem-se mais ágeis, uma brisa de mais vitalidade, mais juventude atingia as pessoas, que passaram, a se sentir mais dispostas, conseguindo diminuir tensões e com isso diminuir o estresse, podendo até mesmo obter níveis mais baixos de pressão arterial, dentre outras possibilidades que podemos vislumbrar.

5.3.2 O Índice de Massa Corporal (IMC)...

A massa corporal, o IMC e as Dobras Cutâneas também foram variáveis investigadas nesta pesquisa, buscando uma avaliação mais quantitativa do que o

³² Comentário a respeito de seu companheiro que também participa do programa.

programa pôde promover as pessoas. A Tabela 4 apresenta os valores da massa corporal e IMC avaliados nos integrantes do Programa (Pré e Pós).

Tabela 4 - Apresentação da Massa Corporal e do IMC do Pré e Pós-Programa

Participantes	Massa Corporal (kg) Pré	Massa Corporal (kg) Pós	IMC (kg/m ²) Pré	IMC (kg/m ²) Pós	Categorias do IMC
Alice	52	51,3	23,1	22,8	Recomendável
Angélica	72,55	70,25	29,8	28,9	Sobrepeso
Bernardo	75,35	74,5	25,4	25,1	Sobrepeso
Campeão	86,2	86,15	27,8	27,8	Sobrepeso
Canário	70,15	71	21,7	22,0	Recomendável
Galego	60,95	59,75	24,4	23,9	Recomendável
Gioconda	59,15	58,6	25,3	25,0	Sobrepeso
Ihadad	65,4	65,2	25,5	25,5	Sobrepeso
João C	54,25	54,3	23,7	23,7	Recomendável
Lena	76,3	75,35	24,5	24,2	Recomendável
Letícia	84,6	85,8	33,0	33,5	Obesidade I
Manoel	59,3	60,6	22,9	23,4	Recomendável
Maria	86	88,3	31,8	32,6	Obesidade I
Mariana	59,4	61,4	23,8	24,6	Recomendável
Natália	68,45	68,1	29,2	28,7	Sobrepeso
Renata	88,6	74,9	29,9	25,3	Sobrepeso

A classificação do IMC foram interpretados de acordo com Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization, 1997*), e estão representados na Tabela 5.

Tabela 5 - Apresentação da classificação do IMC proposto pela OMS

IMC	Classificação
Até 18,4	Baixo Peso
18,5 – 24,9	Recomendável
25 – 29,9	Sobrepeso
30 – 34,9	Obesidade I
35 – 39,9	Obesidade II
40 ou mais	Obesidade III

Fonte: OMS (1997)

A primeira observação do IMC indica que nove (56,25%) dos participantes apresentaram sobrepeso, sendo que dois destes com obesidade I. Os outros sete ficaram dentro da normalidade. A variação do Pré e Pós-programa foi bastante

discreta. Houve aumento de IMC em cinco participantes, sendo que dois deles estava com Obesidade I. Houve diminuição de IMC em oito participantes sendo que cinco permaneceram com o peso acima do desejado.

As falas da maioria dos integrantes do programa denotam sua insatisfação com o peso, sempre referendando que o seu peso está acima do desejado:

Estou mais gorda, mas gosto de mim assim mesmo. Mas me sinto muito cansada; esses quilos a mais me deixam indisposta. Sinto-me gorda (risos). (Natalia)

Estou me sentindo um pouco gorda. Eu era bem magrinha, isto me incomoda um pouco. Estas gorduras aqui, até pensei em tomar uns comprimidos para emagrecer. (Maria)

Eu tenho que perder minha barriga, mas não tem jeito. (Mariana)

A proporção relativa ao excesso de peso de alguns participantes do programa pode estar relacionada à ingestão energética alimentar maior que a necessidade pessoal, da predisposição genética para armazenar estoques de gordura, principalmente em ambientes onde os hábitos alimentares e de atividade física favoreçam o aumento de peso, dos fatores sociais e culturais. Aqui também é válido o comentário efetuado no item sobre flexibilidade, uma vez que a obesidade é também um fator de risco para a DAC, portanto, é freqüentemente encontrado o sobrepeso entre pessoas com essa doença.

O IMC atribuído ao aumento de gordura corporal, principalmente no abdômen está associado a vários fatores de risco para a DAC: hipertensão arterial, intolerância à glicose, resistência à insulina, hipertrigliceridemia, HDL-colesterol reduzido e fibrinogênio elevado (SANTOS, 2005).

Referendando essa observação do IMC, ao analisarmos a massa corporal na Tabela 6, notamos que as médias Pré e Pós-programa não diferem significativamente.

Tabela 6 - Comparação Massa Corporal e do ICM do Pré e Pós-Programa

Variável	Média ± Desvio Padrão		Valor t	p
	Pré	Pós		
Massa corporal (kg)	69,9 ± 12,0	69,1 ± 11,3	0,9	0,19
IMC (kg/m ²)	26,3 ± 3,5	26,1 ± 3,4	0,9	0,19

Embora as médias do peso não tenham indicado mudança significativa no pré e no pós-teste do programa, verificamos que a análise das dobras cutâneas subescapular e supra-iliaca, juntamente com o perímetro da cintura mais diretamente relacionadas à gordura corporal, o que é relevante, nas pessoas com DAC, apresentaram variações mais importantes, conforme indicam as Tabelas 7, 8 e 9.

Tabela 7 - Comparação DC Subescapular do Pré e Pós-Programa em %

Participantes	DC Subescapular (mm) Pré	DC Subescapular (mm) Pós	DC Subescapular (diferença %)
Alice	21	19	-9,5
Angélica	53	36	-32,1
Bernardo	22,3	22	-1,3
Campeão	18	17,2	-4,4
Canário	11	10	-9,1
Galego	30	13	-56,7
Gioconda	27	23	-14,8
Ihadad	27	27,3	+1,1
João C	21	20,4	-2,9
Lena	27,9	24	-14
Letícia	26,8	27	+0,7
Manoel	7	7	00
Maria	33	33	00
Mariana	42	42	00
Natália	23	25	+8,7
Renata	19	21	+10,5

Quanto a variável DC Subescapular, percebemos que houve diminuição em nove pessoas, três não tiveram nenhuma modificação e quatro pessoas tiveram um aumento dessa variável. Com a aplicação do teste de comparação entre as médias obtidas no pré e no pós programa, obtivemos o resultado apresentado na tabela 8.

Tabela 8 - Comparação DC Supra-ílica do Pré e Pós-Programa em %

Participantes	DC Supra-ílica (mm) Pré	DC Supra-ílica (mm) Pós	DC Supra-ílica (diferença %)
Alice	16	14	-12,5
Angélica	41,7	34	-17,1
Bernardo	23,6	16	-32,2
Campeão	13	14,1	+8,5
Canário	10	10	00
Galego	23,5	12	-48,9
Gioconda	18	15	-16,7
Ihadad	35	27	-22,9
João C	13	12,8	-1,5
Lena	26,8	21	-21,6
Letícia	27,9	35	+25,4
Manoel	8	7	-12,5
Maria	24	22	-8,3
Mariana	33	30	-9,1
Natália	26	34	+30,8
Renata	16	23	+43,8

Com relação à DC Supra-ílica houve diminuição em onze pessoas, quatro aumentaram e em uma pessoa não houve alteração dessa variável. O teste t da comparação dessas medidas consta da tabela 9.

Tabela 9 - Média e Desvio Padrão das Dobras Cutâneas: subescapular, supra-ílica do Pré e Pós-Programa

Variável	Média ± Desvio Padrão		Valor t	p
	Pré	Pós		
Dobras cutâneas				
Subescapular (mm)	25,6 ± 11	22,9 ± 9,1	1,8	0,045
Supra-ílica (mm)	22,2 ± 9,5	20,4 ± 9,2	1,25	0,115

As DC subescapular e supra-ílica apresentaram médias menores. No entanto, somente a DC subescapular foi estatisticamente significativa (teste *t*). Estes achados sugerem que, mesmo não tendo havido perda de peso significativa nas duas variáveis, a tendência de diminuição da gordura abdominal pode representar um resultado mais positivo do programa. Podemos pensar inclusive, que a

manutenção do peso com a diminuição das medidas das dobras cutâneas, sugerem que houve desenvolvimento da massa muscular, com diminuição da gordura corporais, especialmente abdominais, que é extremamente desejado em pessoas com DAC.

As mudanças percebidas nos integrantes do perímetro da cintura consta que nove pessoas tiveram diminuição, três aumentaram e quatro não tiveram alguma alteração nesta variável. As mudanças podem ser observadas na Tabela 10.

Tabela 10 - Comparação do Perímetro da Cintura do Pré e Pós-Programa

Participantes	Perímetro da Cintura Pré	Perímetro da Cintura (cm) Pós	Perímetro da Cintura (diferença %)
Alice	75	72	-4
Angélica	94	88	-6,4
Bernardo	92	89	-3,3
Campeão	101	100	-1
Canário	79	78	-1,3
Galego	102	91	-10,8
Gioconda	84	83	-1,2
Ihadad	76	75	-1,3
João C	86	91	+5,8
Lena	75	75	00
Letícia	92	92	00
Manoel	90	92	+2,2
Maria	87	87	00
Mariana	104	104	00
Natália	89	94	+5,6
Renata	90	89	-1,1

A medida da circunferência da cintura permite-nos identificar portadores de obesidade androgênica. Risco muito aumentado: medida de cintura > 88 cm em mulheres e > 102 cm nos homens (III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2001). Na análise das medidas do perímetro da cintura, seis dos integrantes apresentavam valores acima dos parâmetros que indicavam risco muito aumentado. Destes, dois atingiram os níveis normais na segunda mediação, conforme indica a tabela 10. Consta da tabela 11 a comparação das médias obtidas, indicando que não houve mudança estatisticamente significativa.

Tabela 11 - Média e Desvio Padrão do Perímetro da Cintura do Pré e Pós-Programa

Variável	Média ± Desvio Padrão		Valor t	p
	Pré	Pós		
Perímetro da Cintura	88,5 ± 9,2	87,5 ± 9,0	1,05	0,155

A indicação da dieta alimentar com restrições de lipídios e carboidratos foi considerada como difícil de ser efetivada. Porém as pessoas perceberam que houve uma modificação em seu corpo, tanto do ponto de vista estético como – e especialmente – na sua relação com ele, o que lhes proporcionou melhor condicionamento e disposição.

Está melhorando (o corpo), está melhorando. Antes eu não podia mexer muito com as pernas, não podia fazer muita coisa, assim, subir escadas, agora eu estou mais leve. (Lúcia)

A dieta alimentar normal tem como princípio fundamental o balanceamento dos nutrientes de forma a atender às necessidades nutricionais de cada um. Como instinto primário do ser humano, desde a mais tenra idade, a alimentação é utilizada como fonte de prazer e até de alívio de angústias, produto de atitudes dos adultos na tripla relação com a criança e o alimento (MONEGO; PEIXOTO, 2005). Já a dieta especial, para os autores, deve estar adequada às condições físicas, nutricionais, psicológicas e patológicas da pessoa doente, devendo ser “alterada em seus caracteres químicos, consistência/textura, temperatura e/ou volume” (p. 159). Tais modificações objetivam a manutenção e recuperação do estado nutricional da pessoa, condição essa indispensável à sua melhora clínica. A conscientização das orientações para modificações na dieta alimentar e a incorporação de exercícios físicos para prevenção do agravamento da DAC não estava presente em todos os participantes. No entanto, um dos participantes, ao saber do diagnóstico da DAC em 1998, aderiu dieta especial e realizava, regularmente, caminhada e participava de programa de atividade física resultando, assim, na recuperação e prevenção da doença crônica do participante:

Eu perdi 38 kg. Eu não quero engordar mais. Não quero nada de volta e estou tentando manter. Isto só me traz benefícios. (Canário)

É importante destacar que as pessoas que integraram o estudo, participavam de um Núcleo Interdisciplinar que favorecia o acesso a orientações sobre alimentação e sobre o controle de outros fatores de risco, que aliados ao Programa de Vivências Corporais Lúdicas, com certeza, trouxe uma condição privilegiada para essas pessoas.

No entanto, percebemos também que, como já destacado em outros estudos (SILVA, 2001; SANDOVAL 2004), ter informações e acesso a tratamentos não significa que as pessoas os realizam. Há necessidade de ter disposição/determinação para efetuar as mudanças em seus hábitos e rotinas e aceitar alguns limites de sua condição crônica, e isto, é algo mais interno à pessoa. O profissional da saúde pode ajudar a mobilizar esse interior e acreditamos que as Vivências Corporais lúdicas foram e são importantes para isso.

5.3.3 Os Indicadores Lipídicos...

Os níveis de colesterol foram aspectos também analisados neste estudo, considerando que níveis aumentados de colesterol LDL e níveis diminuídos de colesterol HDL são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de DAC. No entanto foram observados como secundários à proposta, uma vez que não focalizamos este aspecto com as pessoas, não fazendo orientações dirigidas para o controle dos mesmos. As medidas efetuadas foram para verificar possíveis mudanças anátomo-fisiológicas ocorridas concomitantemente ao Programa.

Na Tabela 12, apresentamos os Níveis de CT, HDL, LDL e TG dos participantes do Pré e Pós-Programa.

Tabela 12 - Apresentação dos Níveis de CT, HDL, LDL e TG dos Participantes do Pré e Pós-Programa

Nome	CT1	CT2	HDL1	HDL2	LDL1	LDL2	TG1	TG2
Alice	239	354	52	60	175	273	108	105
Angélica	221	213	45	56	114	101	309	279
Bernado	214	229	54	39	137	167	113	113
Campeão	187	190	39	43	124	122	118	126
Canário	147	160	49	50	83	93	73	86
Galego	258	178	39	45	0	0	1303	511
Gioconda	157	270	32	67	54	128	357	376
Ihadad	196	217	85	89	96	108	74	102
João C	209	199	50	30	140	141,6	96	137
Lena	160	155	44	42	96	83	97	134
Letícia	161	175	24	29	0	90,2	728	279
Manoel	146	145	66	58	69	73,4	54	68
Maria	219	201	58	46	106	0	273	682
Mariana	217	211	41	47	111	133	324	152
Natália	181	238	66	70	91	146	120	108
Renata	153	164	42	34	76	99	179	156

Os resultados das médias obtidas de CT, HDL, LDL e TG estão apresentados na tabela 13.

Tabela 13 - Comparação das médias de COL, HDL, LDL, e TG do Pré e Pós-Programa

Variável	Média ± Desvio Padrão		Valor t	p
	Pré	Pós		
COL*	191,6 ± 35,2	206,2 ± 51,7	-1,24	0,21
HDL	49,1 ± 14,7	50,3 ± 15,9	- 0,37	0, 71
LDL	92,0 ± 46,6	109,9 ± 63,4	-1,48	0,16
TG*	270,4 ± 324,3	213,4 ± 173,3	- 0,06	0, 95

Nota: * Valores comparados pelo teste de sinais de Wilcoxon.

Os resultados não foram favoráveis no sentido de valores menores mais adequados ao estabelecido como normal. Destaca-se que na primeira medição do CT havia sete pessoas que estavam com valores acima de 200, sendo que destes apenas dois acima de 239. Na segunda medição, oito estavam acima de 200 e apenas um acima de 239. Com relação ao HDL, quatro pessoas estavam com valores abaixo do desejado na primeira medição, e na segunda, continuou-se com quatro pessoas abaixo do desejada. No entanto, dos 16 participantes, onze aumentaram o HDL, sendo que quatro pessoas apresentaram HDL acima de 60. Segundo Carvalho (2006) o exercício físico é um dos poucos mecanismos que pode

e elevar o HDL-colesterol, considerando-se, ainda, que ao reduzir a trigliceridemia e aumentar a sensibilidade à insulina, dentre outros efeitos metabólicos, modifica consideravelmente o perfil de risco para as doenças aterotrombóticas, as principais causas de morte da atualidade. Neste estudo, percebemos que as vivências corporais lúdicas proporcionaram incremento do HDL na maioria dos participantes, não se observando os mesmos benefícios para o triglicérides e colesterol total.

Quanto ao LDL, sete pessoas estavam, inicialmente, acima de 100, e nove na segunda. O TG apresentou também valores indesejáveis com sete pessoas apresentando valores acima do desejado. No entanto, vale destacar que das pessoas que estavam com valores mais elevados (acima de 270), seis delas obtiveram uma redução importante dos níveis e apenas uma aumentou.

Segundo Woods; Froelicher; Motzer (2005), no Framingham Heart Study, mulheres e homens com concentração de colesterol sérico maior que 295 mg/dl tinham mais de três vezes o risco de infarto do miocárdio e eventos coronários definidos do que aqueles com concentrações de colesterol menor que 204 mg/dl. Nesta compreensão, apenas uma participante apresentou CT acima deste valor de risco para IAM.

O perfil lipídico alterado é esperado neste grupo na medida em que os participantes são oriundos de um grupo com diagnóstico de dislipidemia. O fator mais importante associado ao esse quadro era dificuldade de um controle alimentar, como já destacado anteriormente.

O uso de medicamentos e os hábitos alimentares são fatores que interferem no metabolismo das lipoproteínas. Esses fatores não foram controlados nesta pesquisa, podendo ter interferido, assim, nos resultados dos exames. Ao perguntar para Bernardo, participante ativo, consciente dos cuidados a serem seguidos, se sabia o motivo do elevado índice do Colesterol Total, respondeu:

Ah!!! Nestes dias (na realização dos exames) eu parei de tomar remédio. Estava me sentindo bem e parei. (Bernardo)

A percepção de estar sentindo-se melhor fez com que os mesmos participantes tivessem atitudes como esta: parar a medicação sem o conhecimento/consentimento do médico. Outro integrante do grupo, percebendo a diminuição não só de todas as mensurações realizadas, mas também nos resultados

dos exames e influenciado por isso, sentiu-se melhor no seu processo de viver com DAC; tinha expectativas de que o médico prescrevesse a diminuição dos medicamentos ingeridos diariamente.

Baixou uma porção de coisa. O colesterol, triglicéridio, baixou bastante. Vamos ver se tira alguma coisa³³, né? Eu estou esperando que ela tire.
(Galego)

Outra participante enfatizou que:

Bem, os outros dias eu pensava que já não ia tomar mais a medicação de tão bem que eu estava me sentindo, mas a doutora manda, aumenta a dose da medicação; mas assim, a minha cabeça eu não sinto tanta necessidade.
(Letícia)

Eu achava que iria melhorar, mas não imaginava tanto. (Angélica)

Esses depoimentos reforçam a idéia de que sinais e sintomas estão entre os principais elementos que as pessoas utilizam para avaliar sua condição física. A sensação de bem estar levou algumas pessoas a excluírem ou diminuírem a dose de medicamentos. Essa situação nos leva à reflexão da importância de trabalhar com as pessoas os múltiplos aspectos que envolvem o viver com uma condição crônica de saúde. A invisibilidade da DAC em algumas pessoas pode levá-las a uma avaliação incorreta de sua condição, requerendo do profissional discussão mais ampla e profunda da doença e da complexidade de conviver com a mesma.

5.3.4 Teste de Esforço Físico...

Quanto ao Teste de Esforço Físico, houve dificuldades na realização do mesmo no pós-teste em virtude de as duas cardiologistas do Núcleo Interdisciplinar, responsáveis pela realização dos testes, terem se desvinculado do Núcleo, em função de problemas de saúde. Sendo assim, os participantes realizaram o referido teste em outras instituições com diferentes protocolos utilizados pelos cardiologistas.

³³ Referindo-se aos medicamentos ingeridos diariamente.

No pré-teste, o protocolo utilizado foi o BRUCE, e já no Pós-teste, alguns realizaram o protocolo ELLESTAD. Esses protocolos diferentes, dificultaram a análise. Por este motivo, apresentamos a análise somente de oito participantes que realizaram o pré e o pós-teste utilizando o mesmo protocolo. Desses participantes analisados, três apresentaram melhora no quadro cardiorrespiratório, sendo que, entre os outros cinco, dois mantiveram-se na mesma condição e três pioraram. A comparação do Consumo Máximo de O₂ (VO₂) do Pré e Pós-Programa está apresentada na Tabela 14.

Tabela 14 - Comparação do Consumo Máximo de O₂ (VO₂) do Pré e Pós-Programa

Participantes	Idade (anos)	VO ₂ (ml O ₂ /kg/min)		VO ₂ (diferença %)
		Pré	Pós	
Campeão	80	26,95	31,33	+16,3
Galego	57	36,82	27,22	-26,1
João C	81	28,49	34,86	+22,4
Letícia	50	41,86	19,64	-53,1
Maria	73	25,96	26,71	+2,9
Mariana	67	26,71	22,68	-15,1
Marina	58	31,07	39,9	+28,4
Natália	76	27,72	23,69	-14,5

Muitas vezes, as percepções das pessoas sobre sua condição não correspondiam aos resultados dos exames. Não obstante, isso possibilitou observar que um programa de exercícios corporais, quando realizado de maneira lúdica e prazerosa, interfere na sensação de bem-estar, na disposição, na melhora do condicionamento físico; no aumento da força muscular; no desenvolvimento da flexibilidade; na coordenação e equilíbrio; no controle de peso corporal; na diminuição da ansiedade, insônia, depressão; no prazer de estar com o outro e na relação consigo mesmo. A percepção na melhora desses aspectos refletiu nos estados de saúde dos participantes, auxiliando-os na dissolução dos sentimentos de culpabilidade em relação à doença, influenciando, assim, no seu processo de con(viver) com uma doença crônica.

Eu sinto que saio daqui mais prazeroso, mais disposto [...] que isto também me mantém com um peso para não engordar. Também esta atividade que eu faço aqui me ajudou muito no caminho [no mês de abril a maio realizou a caminhada de Santiago de Compostela], esta minha disposição, isto teve muita influência daqui, porque se eu não fizesse estes alongamentos, se eu não me mexesse um pouco, acho que o caminho seria mais difícil pra mim. Uma das coisas com que me surpreendi foi a minha superação física, entendes? Ter conseguido fazer 766 km, nunca usei ônibus, nunca usei

táxi, fiz tudo a pé. Então, esta atividade aqui me ajudou bastante.
(Bernardo)

Quando eu vim para cá, eu quase não andava, eu não conseguia, eu caía, o pé ficava e eu ia. Uma vez fui descer do ônibus e caí [...], eu não andava, a perna era bamba. Depois que eu comecei aqui, este negócio da minha perna melhorou. (Maria)

Durmo bem; a dificuldade diminui bastante porque eu acordava e não dormia mais, ficava duas, três horas, acordada e quando eu me levantava, eu vivia cansada. (Letícia)

Observamos que algumas das mudanças anátomo-fisiológicas percebidas nos participantes do programa de Vivências Corporais Lúdicas representadas pelos indicadores lipídeos (CT, HDL, LDL, TG, IMC) e pelo TE, estatisticamente não foram significantes.

A flexibilidade, qualidade enfatizada em todos os encontros lúdicos, cujo aumento depende do trabalho da amplitude articular por intermédio de movimentos corporais, experienciados nas Vivências Corporais Lúdicas, estaticamente foi significativa. Esta mudança significativa do nível de flexibilidade se deu em função das mudanças anátomo-fisiológicas ou por outros motivos muito mais amplos que este? A influência do exercício físico no nível de flexibilidade não é contestada pela literatura científica. Mas o espaço de aconchego, de afeto, de amizade, de companheirismo, de liberdade de movimento e expressão possibilitados pelos encontros lúdicos proporcionou elevado grau de relaxamento, relatado e percebido pelos integrantes; influenciaram não só no aspecto fisiológico, mas na “vida” destas pessoas, muitas vezes consideradas como “doentes”,

Por outro lado, citamos o exemplo da massa corporal dos participantes que, na maioria deles, tinham o ICM acima do desejado. Sentiam-se com o peso fora dos padrões “desejados”, e isto proporcionava muitos conflitos, como sentimentos de culpa. Com as experiências vivenciadas no programa, estes conflitos foram amenizados e conseguiram (con)viver melhor com esta condição.

Os momentos proporcionados nos encontros lúdicos eram de expressão, de socialização, de interação, de compreensão e não de “cobranças”. Acreditamos que isto teve outras conseqüências na vida desses integrantes de viver com a “doença

crônica”. Outro exemplo refere-se ao nível de flexibilidade atingida pelas pessoas, sendo ela muito significativa estatisticamente.

Os relatos que colhemos mostraram alterações significativas na vida dos participantes e que nos falam das experiências com o corpo. Essas experiências relatam especialmente diminuição da tensão muscular, tanto pela mudança na maneira de realizar suas atividades cotidianas, como pela mudança na imagem que tinha de si. Isto promoveu um maior cuidado consigo, demonstrando estarem mais atentos às suas percepções e envolvidos com a busca de uma vida mais saudável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração desse estudo possibilitou novas metodologias na maneira de cuidar, de apreender e de ampliar conhecimentos por intermédio do Programa de Vivências Corporais Lúdicas para um viver mais saudável de pessoas com doenças cardiovasculares. Os caminhos apresentados pela temática foram desafiadores. Propor alternativas de metodologias de trabalho enfatizando os movimentos corporais para a prevenção e reabilitação de pessoas com doenças cardiovasculares já expressa a dimensão de tais desafios.

Estar com essas pessoas “doentes”, carregadas de desejos, intencionalidades, medos, angústias, expectativas, carências e contradições exigiu de nós um olhar sempre atento aos objetivos que permearam o processo da pesquisa, nas suas múltiplas dimensões. Os principais desafios que enfrentávamos eram encontrar alternativas que superassem os princípios difundidos e hegemonicamente adotados por algumas áreas de conhecimento da saúde – fisiológicas, anatômicas, histológicas, biológicas e bioquímicas – no “cuidar” da pessoa “doente” e da lógica instrumental que prevalece nas práticas corporais tradicionais de prevenção e reabilitação cardíaca, re-significando o movimento humano, ou o “se-movimentar” e sua importância para a vida.

Procuramos olhar as pessoas “doentes”, abordando com sensibilidade seus significados e histórias, respeitando seus limites e incentivando suas possibilidades, uma vez que a pessoa “doente” necessita compreender as mudanças que ocorrem em si mesma, para enfrentar o cotidiano e obter uma vida “mais saudável”. O discernimento dos fatos implica em descobrir o sentido da existência, que é emergência contínua de transcender o passado e o presente em direção ao futuro. Apreender as mudanças que o Programa promoveu foi um exercício de afastamentos e aproximações, de mergulhar nas experiências relatadas pelas pessoas, interpretando-as na intencionalidade de buscar a compreensão para captar o sentido do dito e do vivido. A preocupação foi de não nos perdermos no método,

ou seja, de somente promover um movimentar do corpo, mas de fazermos a convergência dessa prática com a investigação, buscando compreender como essas Vivências promoviam (ou não) um viver mais saudável.

As vivências corporais propostas procuraram ir ao encontro de cada pessoa, dando sentido e valorizando as subjetividades que enriquecem a vida e suas relações. Um dos fundamentos principais do programa de Vivências Corporais foi o respeito aos limites e o reconhecimento das possibilidades existentes nos corpos dessas pessoas. Nos encontros lúdicos, elas tiveram momentos para confiar em si mesmas, ouvir sua intuição, acreditar em sua voz interior, respeitar seus limites, reconhecer seus valores, expressar seus sentimentos sem medo, sentirem-se competentes, capazes e se tornarem independentes da aprovação dos outros.

A positividade presente na busca pelo ser, estar e sentir-se saudável é despertada no momento em que as pessoas passam a valorizar seu corpo de uma forma consciente. O conhecimento de si ou o autoconhecimento proporcionado pelas vivências corporais lúdicas fez com que os participantes passassem a dedicar mais cuidado à saúde e, assim atribuíssem, maior sentido a sua existência. As mais simples experiências passaram a provocar prazer e proporcionar harmonia na relação consigo mesmas e com o outro.

Nas vivências, oportunizamos a experimentação própria e a descoberta de novos movimentos, sem estar atrelado a imagens pré-existentes que cada pessoa possui em relação ao que é “se-movimentar”. Trazer uma experiência de prazer e alegria na qual se assuma um compromisso ético de tratar os corpos, na tentativa de não submetê-los às lógicas que, como vimos, prevalecem nas práticas corporais de prevenção e reabilitação cardíaca.

No desenvolvimento da pesquisa, percebemos que os movimentos experienciados pelos participantes possibilitaram mudanças em alguns aspectos mensurados. Acreditamos que, para que aconteçam mudanças significativas em todas as variáveis anátomo-fisiológicas, há necessidade de desenvolver uma proposta onde o processo educativo seja interdisciplinar, em toda a extensão desse conceito. É preciso que diferentes profissionais, como: médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, professores de educação física, compartilhem o objetivo de “cuidar” e de “estar” com a pessoa em suas múltiplas facetas e com suas inúmeras necessidades, limitações e potencialidades. Nesse

processo, talvez, possamos desenvolver com essas pessoas a compreensão de que é necessário assumirem hábitos mais “saudáveis”, para controlar ou amenizar as manifestações de sua doença. No entanto, é importante lembrar que, no cuidado ao ser humano, torna-se desejável considerarem-se as questões técnicas, éticas, psicossociais, socioeconômicas, culturais, específicas e multidimensionais do processo de nascer, viver e do morrer humano em cada etapa, além de levarem-se em conta também os princípios e valores que orientam os profissionais da área da saúde. Desse modo, salientamos, ainda, que o cuidado, tanto em seus aspectos de recuperação ou de prevenção da DAC, de maneira articulada, visando a promoção da saúde, é um processo ativo e diversificado, não é algo que possa ser escrito ou ordenado para todas as pessoas com “diagnóstico” da mesma doença. Isso mostra que a “doença” não pode ser estudada apenas em suas mudanças anátomo-fisiológicas, mas também como algo que considere as questões relativas à subjetividade humana.

A triangulação de métodos (qualitativos e quantitativos) nos permitiu olhar para o fenômeno estudado de diferentes perspectivas objetivando uma melhor apreensão da contribuição do programa de Vivências Corporais Lúdicas para um viver mais saudável das pessoas com DAC. A diferença entre a pesquisa qualitativa e a quantitativa é de natureza metodológica, segundo Minayo (1994, p. 22). Os cientistas sociais que limitam seus trabalhos à estatística, apreendem apenas a região visível, ecológica, morfológica e concreta dos fenômenos. Mas, ao se utilizarem da abordagem qualitativa, aprofundam-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas. No entanto, o conjunto de dados qualitativos e quantitativos interage dinamicamente no processo de pesquisa. Salientamos que, neste estudo, os dados quantitativos complementaram nossa leitura e interpretação da realidade investigada não sendo, no entanto, o foco principal. A análise de algumas variáveis do ponto de vista estatístico permitiu a compreensão de que o Programa de Vivências Corporais Lúdicas favorece mudanças físicas, como o aumento da flexibilidade. No entanto, temos clareza de que o número restrito de participantes quanto a análise estatística, não nos permitindo conclusões mais definitivas.

Somos pessoas únicas, e nosso “corpo” responde de diferente maneira aos sintomas da “doença” e aos estímulos, expressando-nos num mundo de relações

sociais, culturais e ambientais de forma variada. Logo, antes de a pessoa ser vista como uma “pessoa doente” ou como uma “cardiopata”, devemos conhecê-la como pessoa que tem uma “história”. E é esta “história que permite conhecê-la como pessoa humana, e não apenas como portador de uma doença” (OLIVEIRA JR. et al. 2005, p.18).

O programa de Vivências Corporais Lúdicas buscou, portanto, ao longo do seu desenvolvimento, trabalhar com sensibilidade os significados e as histórias dos “corpos” dos seus participantes, respeitando os limites e incentivando as potencialidades dando significado aos movimentos e valorizando as singularidades que enriquecem o processo de viver humano.

As vivências eram realizadas onde as pessoas eram tratadas como merecedoras de cuidado. O sentimento de afeto aflorado no grupo permitiu que cada um aceitasse o outro como importante, abrindo espaços para todos se manifestarem com espontaneidade, criando condições de cada um refletir, aprender, apreender a reaprender sobre o viver com a doença crônica.

Salientamos, ainda, que os motivos que levaram as pessoas a ausentarem-se, muitas vezes, dos encontros lúdicos não estavam relacionados com a falta de motivação³⁴, mas, sim, com os problemas financeiros e de doença. Corroborando com os resultados da pesquisa, o estudo, realizado por Samulski e Noce (2000), destacando que sentir prazer pela atividade é a característica mais relevante, enfatizada pelos integrantes ao participar de um programa de exercício físico.

O “sentir prazer” foi experienciado pelas pessoas nos encontros lúdicos por intermédio da expressão, da socialização, da interação/relação, da compreensão e não por meio de cobranças, de coerções externas e auto-impostas. Eram livres de manipulações, de obrigações, de controles e de culpabilidades. Acreditamos que esses aspectos foram motivadores na participação e adesão ao programa e, conseqüentemente, tiveram outras influências na vida desses integrantes de (con)viver com a “doença crônica”.

O lúdico, categoria fundamental, permeou e esteve presente em todas as suas formas de expressão, seja de alegria, de prazer, de divertimento, de agrado, de coragem, de liberdade, de ternura, de criatividade, materializando-se,

³⁴ Relatados nos estudos realizados por Lopes & Lopes (2000) e Morales (2002).

essencialmente, no “estar” com o “outro”, mas também nas relações com a natureza e consigo mesmos. Foi nessas relações que ele encontrou espaço apropriado para ser vivenciado, exercitado, sentido, permitindo, assim, rupturas com a formalidade e significações na vida cotidiana, fazendo com que atividades consideradas “de verdade” se trans-formassem em atividades “de brincadeira”. No programa de Vivências Corporais, oportunizamos alguns espaços para as “brincadeiras”, onde as pessoas tiveram oportunidade de viverem ludicamente. O lúdico foi “uma maneira de viver, de ser e fazer”, pois, para Santin (1994), “o corpo lúdico pensa, sonha, inventa, cria mundos, onde é capaz de assumir todas as responsabilidades de viver com amor e liberdade” (p.90).

Acreditamos que esta pesquisa contribuiu na busca de alternativas metodológicas a serem debatidas/desenvolvidas no processo de viver das pessoas com DAC, na formação dos profissionais da Saúde e da Educação Física, como, também, de outras áreas de conhecimento. Entendemos que os resultados obtidos podem estimular maiores reflexões sobre propostas teórico-metodológicas que conduzam a um trabalho mais criativo, expressivo e comunicativo e possibilitou sustentar a tese proposta de que o Programa de Vivências Corporais Lúdicas oferece melhores condições para a pessoa com DAC se expressar, se manifestar por meio do movimento corporal, oportunizando construir possibilidades de se situar mais saudável no mundo.

Sintetizando, percebemos que o programa de Vivências Corporais Lúdicas proporcionou às pessoas com DAC:

- amenização dos momentos de solidão, propondo outros momentos de vida, de atividades ocupacionais, de lazer, sociais, artístico-culturais e físicas;
- aumento do bem-estar psicológico, reforçando a auto-estima e autoconfiança e o conhecimento de si mesmas, com satisfação em relação ao corpo e aos sentimentos de realização e auto-eficácia;
- diminuição dos níveis de tensão, ansiedade e depressão.
- contribuição como suporte de ajuda e de alternativas para que se adaptassem à nova realidade de conviver com uma doença crônica;
- rompimento com movimentos estereotipados e mecanizados para a prevenção e reabilitação, dando um novo sentido ao “se-movimentar”;

- mudanças de comportamento na busca de conviver harmonicamente com a nova situação de ter uma doença crônica;
- troca de experiências, fazendo com que o grupo percebesse que existem outros problemas no mundo, e que eles não são os únicos que sofrem, levando-os ao crescimento pessoal.

Ressaltamos que não há um doente permanente, mas um processo em andamento e um “tempo doente vivido pelo ser humano”, com possibilidade de resultados positivos na busca de uma vida “mais saudável”. A pessoa “doente” tem várias possibilidades de ser saudável, porém deverá encontrar, para isso, o melhor caminho para compreensão de seu estado temporário, para atingir novas dimensões de vida. Sendo assim, consideramos ter contribuído, mediante o desenvolvimento de nosso trabalho, para a prevenção de eventos cardiovasculares e para uma vida mais saudável dos participantes do programa pautado nas Vivências Corporais Lúdicas.

As vivências possibilitaram novas experiências a partir do movimento, novas percepções corporais, ampliando o horizonte de conhecimentos acerca de si mesmas, das pessoas e do mundo que as cerca. O “se-movimentar” foi o motivo de adesão das pessoas no programa de Vivências Corporais Lúdicas, aliado à percepção de sentirem-se em harmonia com sua condição de saúde, seu corpo e com o outro. Nesse processo, percebemos que é preciso ir além da competência técnica do profissional, mas precisamos estar abertos para expressar as emoções, aceitar que os laços que se estabelecem são também de afeto, de amor, de amizade, de companheirismo expressados pelo toque, pelo olhar, pelo sorriso por intermédio dos movimentos.

Com certeza, não conseguimos, neste estudo, expressar em palavras todas a extensão das experiências vivenciadas por todos nós – pesquisadores e pesquisados – pois as palavras não conseguem transparecer todas as emoções sentidas – é preciso vivenciá-las em toda sua plenitude.

Por fim, acreditamos que as Vivências Corporais Lúdicas possibilitaram às pessoas perceberem-se ativas, vivas, motivadas, queridas, amadas, capazes, importantes e “presentes” no seu processo de viver, proporcionando um ressignificado de suas vivências e experiências.

O poeta Carlos Drummond de Andrade, em uma de suas crônicas, afirmou: “Entre as coisas e palavras – principalmente entre palavras – circulamos”.

As palavras, entretanto, não circulam como folhas soltas ao sabor do vento. Elas são organizadas em textos, por meio dos quais criam os significados capazes de transmitir sentimentos, idéias, desejos, emoções e pensamentos.

Muitas vezes se combinam de tal forma que parece terem sido selecionadas com a finalidade de sugerir formas, cores, melodias, ritmos, VIDA, permitindo múltiplas leituras, como no poema Laços:

Pérolas adormecidas
não tem mais onde ficar
dê um passo
para a vida
mude as pedras
de lugar
eu agradeço
por todo o começo
por tudo que me destes
que mereço
eu agradeço
aquilo que vejo e o avesso
as trilhas que atravesso
as ilhas por onde paro e passo
amigos que encontro e faço
por tudo que teço
pelos laços e abraços
eu agradeço
por todo começo.

(Laços- Raulito Ramos)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHCAR, D. **Ballet, arte-técnica-interpretação**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.
- ACHOUR JUNIOR, A. **Bases para exercícios de alongamento**. 2 ed. Londrina: Phorte, 1999.
- ADAM, P; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru, SP: EDUSC, 2001.
- ALMEIDA FILHO, N; ANDRADE, R. F. S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção de saúde. In. CZERESNIA, D. (Org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- ALMEIDA, G.P. L; LOPES, H. F. Impacto da hipertensão arterial sistêmica sobre os risco cardiovascular: interações com os demais fatores de risco ateroscleróticos. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v. 6, n. 4, 2003. p. 135-138.
- AMATO, R. **Fisiopatologia e aspectos propedêuticos da dor torácica e cardíaca**. Manual de Cardiologia – SOCESP. São Paulo: Atheneu, 2000. p.22-5.
- AMERICAN COLLEGE OF SPORT MEDICINE. **Manual do ACSM para teste de esforço e prescrição de exercício**. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- ANDERSON, B. **Alongue-se**. São Paulo: Summus, 1983.
- ARMAGANIJAN, D. Importância do triglicérides e da lipoproteína de alta densidade na doença arterial coronária. **Rev. Brasileira de Medicina**, v. 60, n. 6, jun. 2003.
- ARMAGANIJAN, D., et al. Cumprimento de metas com redutores de colesterol. Braço Brasileiro do estudo cometa. **Jornal Brasileiro de Medicina, JBM**, jan./fev. 2004. p.1-8.
- BAGRICHEVSKY, M; ESTEVÃO; PALMA, A. Saúde coletiva e educação física: aproximando campos, garimpando sentidos. In. BAGRICHEVSKY, M et a. (Org.) **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Nova Letra, v. 2, 2006. p. 31.
- BARBANTI, V. J. **Dicionário da educação física e do desporto**. São Paulo: Manole, 1994.
- BARROS NETO, T. L. **Exercício, saúde e desempenho físico**. São Paulo: Atheneu, 1997.
- BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- BERMUDES, A M L; VASSALLO, D. V.; VASQUEZ, E. G. L. Monitorização ambulatorial da pressão arterial em indivíduos mornotensos submetidos a duas sessões únicas de exercícios resistido e aeróbico. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 82, n.1, 2003. p. 57-64. Disponível em www.scielo.br Acesso em 12/07/2004.

BONETTI, A. **Ginástica em busca de sua identificação no âmbito escolar**. Florianópolis: UFSC, 1999. (Dissertação de Mestrado).

BONETTI, A. O corpo no processo de globalização: idéias preliminares. **Revista Kinesis**, Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Educação Física e Desportos. Santa Maria, 1998, n.19.

BORBA, A. S. S. **Método de avaliação física e composição corporal**. Curitiba: Targesoft, 1996.

BRAGA, J. C. F; TUROLA, A. P. ; LABRUNIE, A. GUIMARÃES, F. V. Diabetes e doenças cardiovasculares. In: PORTO. C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

BRODTMAM, D. O que mantém as crianças e os jovens mais saudáveis: novas maneiras de entender a saúde e suas conseqüências na promoção e educação. KUNZ, E; TREBELS, A. H (Org). **Educação física crítico-emancipatória**. Ijuí: Unijuí, 2006 (Coleção Educação Física).

BRUNHS, H. T. O jogo nas diferentes perspectivas históricas. **Revista Motrivivência**. Ijuí: Unijuí, n. 9, Ano VIII, Dez. 1996.

BUYTENDIJK, U. F. J. J. O jogo humano. In. GADAMER, H. G. e VOGLER, P. **A nova Antropologia**. São Paulo: EPU/Edusp, vol. 4, 1977.

CAILLOIS, R. **Os jogos e os homens: a máscara e a vertigem**. Lisboa: Cotovia, 1990.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. (Campo Teórico)

CAPONI, S. A saúde, como abertura ao risco. CZERESNIA, D. (Org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CARMELLO, E. **A descoberta do prazer do corpo em movimento**. Corpo Prazer e Movimento. São Paulo: SESC, fev. 2002.

CARDOSO, J. Sexualidade na doença crônica e na deficiência física. **Rev Port Clin Geral**, 2004, 20:385-94. Disponível em: www.apmcg.pt/document/71479/784022.pdf. Acesso em: 11 Jan. 2005.

CARVALHO, N. C. Lúdico: sujeito proibido de entrar na escola. **Revista Motrivivência. Florianópolis**, v. 8, n. 9, dez. 1996.

CARVALHO, T. Sedentarismo e doenças cardiovasculares. In: PORTO. C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.

CARVALHO, T. Tratamento, exercícios. **Revista Saúde**. Acessado em 30.11.2006 www.crestor.com.br/site/paciente/tratamento/exercicio

CARVALHO, Y. M. Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação. **Rev. Brasileira de Ciências do esporte**, v. 22, n. 2, jan. 2001.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COELHO, O R. Impacto dos hipolipemiantes na história natural da doença coronariana. **International Lipid and Related Disorders Information Bureau/ILIB**: Brazil, v 5, n. 1, jan. 2003a., p. 5-9.

COLÉGIO AMERICANO DE MEDICINA ESPORTIVA. **Posicionamento oficial exercício para pacientes com doença arterial coronariana**. Disponível em www.acsm.org/AM/TemplateRedirect.cfm?template. Acesso em 09 out. 2006.

CORTE, Regina Lúcia da. Importância do aspecto psicológico na reabilitação do paciente cardiopata. **Rev. da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, jan. 1998. p. 31-37.

COSTA, A R. Hipertensão: VI Joint National Committee Recommendations “Quão baixa deve ser a PA?” **American College of cardiology**, 52nd Anual Scientific Session. Chicago, IL-USA, March 30, v. 4, n. 18, April. 2003. p. 13-14.

COSTA, E. M. de B. & VENÂNCIO, S. Atividade física e saúde: discursos que controlam o corpo. Pensar a Prática. **Rev. da Pós-Graduação em Educação Física**, v.7, n. 1, 2004. p. 59.

CUNHA, N. O. Nascimento do Prazer. **Corpo, prazer e movimento**, São Paulo: SESC, fev. 2002.

DANTAS, E. H. M. **A prática da Preparação física**. 4. ed. Rio de Janeiro: Shape, 1998.

DATASUS. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 21 maio de 2004.

DAMIANI, I. R, SILVA, A. M. As práticas corporais na contemporaneidade: pressupostos de um campo de pesquisa e intervenção social. DAMIANI, I. R, SILVA, A. M. (Org). **Práticas corporais: experiências em educação física para a outra formação humana**. Florianópolis: Nauembla Ciência & Arte, 2005.

DICIONÁRIO HOUAISS DA LINGUA PORTUGUESA. Instituto Antonio Houaiss. Rio de Janeiro: 2001.

DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIA e Diretriz da Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da SBC (III^a). **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.77, suplemento III, ago. 2001.

DZEWALTOWSKI, D. A. Physical activity determinants: a social cognitive approach. **Official journal of the American College os Sports Medicine**, v. 26, n. 11, 1994. p. 1395-1399.

ERDMANN, A. L. A dimensão lúdica do ser/viver humano: pontuando algumas considerações. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 7, n. 3, set/dez. 1998. p.22-27

FALCÃO, J. L. C. Ludicidade, jogo, trabalho e formação humana: elementos para a formulação das bases teóricas da “ludocapoeira”. PORTO, B. de S. (Org.) **Ludicidade: o que é mesmo isso?** Salvador: UFBA/FACED, n. 2. 2002.

FAVARATO, D.; LUZ, P.L. **Hipertensão e aterosclerose: aspectos fisiológicos**. Revista da Sociedade brasileira de Hipertensão, v. 6, n. 4, 2003. p. 131-134.

FERREIRA, A.B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, 1975.

FERREIRA, J. Semiologia do corpo. In: **Corpo e significado: ensaios de antropologia social**. Porto Alegre: Universidade/UFRGS, 1995.

FIAMONCINI, L. **Dança na educação: a busca de elementos na arte e na estética**. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003. (Dissertação Mestrado)

FLECK, S. J; KRAEMER, W. J. **Fundamentos do treinamento de força**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

FONSECA, F. A H. Dislipidemias e prevenção de aterosclerose. **American College of cardiology**, 52nd Anual Scientific Session. Chicago, IL-USA, , v 4, n. 18, march 30, april 2. 2003. p. 11-12.

FRAGA, A. B. **Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa**. Campinas, SP: Autores Associados, 2006.

FRAGA, A.B. Coração aberto e alma verde: resenha do livro corpo, ciência e mercado...de Ana Márcia Silva. **Revista Brasileira do Esporte**. Campinas, São Paulo. Co-Edição: Autores Associados, v.22, n.3, mai. 2001. p. 151-155.

FRANKLIN, B. A. Program factors that influence exercise adherence: practical adherence skills for the clinical staff. In. DISHMAN, R. K. **Exercise adherence: its impact on public health**. Champaign: Human Kinetics, 1988. p. 237-257.

FRANKLIN, B. A; ROITMAN, J. L. Adaptações cardiorrespiratórias ao exercício. **Manual de pesquisa das diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2003.

FREIRE, I. M; ROLFE, L. Dança-Educação: O corpo e o movimento no espaço do conhecimento. **Cadernos Cedes**, n. 53. abr. 2001.

FREIRE, I.M.; ROLFE, L. Dançando também se aprende: O ensino da dança no Brasil e na Inglaterra. In: Cabral, B. (Org.). **O ensino de teatro: experiências interculturais**. Santa Catarina: UFSC, 1999.

FUNKE-WIENEK, J. O que dizer sobre “aprendizagem social” no ensino de movimentos e na educação física, e o que podemos alcançar com ela. In. KUNZ. E.; TREBELS, A. H. (Org.). **Educação crítico-emancipadória: com uma perspectiva da pedagogia alemã**. Ijuí: Unijuí, 2006. (Coleção Educação Física)

GADAMER, H. **Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

GAMBOA, S. Quantidade – Qualidade: para além de um dualismo técnico e de uma dicotomia epistemológica In: SANTOS, F. ; GAMBOA, S. (Org). **Pesquisa educacional: quantidade – qualidade**. São Paulo: Cortez, 1995.

GARAUDY, R. **Dançar a vida**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

GLASER, B.G. **Theoretical sensitivity**. Chicago: Sociology Press, 1978.164p.

GOELLNER, S. V; FIGUEIRA, M. L. M. Corpo e gênero: a revista Capricho e a produção de corpos femininos. **Revista Motrivivência**. Florianópolis: UFSC, ano XIII, n. 19, set. 2002.

GOMES, C. L. **Dicionário crítico do lazer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

GONDIM, L.G.P.; OLIVEIRA, W.A.; GROSSI, S.A.A. A diferenciação da dor do IAM entre pacientes diabéticos e não diabéticos. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, v.11, n.6, nov./dez.2003. p.720-6

GORDON, A. M. N. Base conceitual para a avaliação dos fatores de risco de doença arterial coronariana na prática clínica. **Manual de pesquisa das diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. P. **Exercício na promoção da saúde**. Londrina, PR: Midiograf, 1995.

GUIMARÃES, S. M. **Educação física, vivência e experiência corporal**. Florianópolis, Florianópolis, UFSC, 2002. (Dissertação de Mestrado)

HEGENBERG, L. **Doença**: um estudo filosófico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

HEYWARD, V. H. **Avaliação física e prescrição de exercício**: técnicas avançadas. Porto Alegre: Artmed, 2004.

HUIZINGA, J. **Homo ludens**: o jogo como elemento da cultura. São Paulo: Perspectiva, 1996.

IRIGYEN, M. C; ANGELIS, K. ; SCHAAN, B. A.; FIORINO, P.; MICHELINI, L. Exercício físico no diabetes melito associado à hipertensão arterial sistêmica. **Rev. brasileira de hipertensão**. Brazilian Journal of Hypertension, v. 10, n. 2, abril/jun. 2003. p. 109-117.

ISLER, M. O., DARIDO, S. C. Atividade física e aderência: considerações preliminares. In. **Anais...** XI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte, v. 1, n. 2, set. 1999.

JUSTICIA, J. M. **Análisis cualitativos de datos textuales com Atlas TI**. Espanha. Universidade Autônoma de Barcelona, 2004. Versión 4.

KLEINMAN, A. **The illness narrative**: suffering, healing, and the human condition. [S.L.]: Basic Books, 1988.

KUNZ, E. **Educação física**: ensino e mudanças. Ijuí: Unijuí, 1991.

_____. **Didática da educação física 1**. 2. ed. Ijuí; Unijuí, 2001.p. 22-23.

_____. **Educação física**: ensino e mudanças. 2. ed. Ijuí: Unijuí, 2001.

_____. Práticas didáticas para um “conhecimento de si” de crianças e jovens na Educação Física. **Didática da educação física 2**. Ijuí: Unijuí, 2002. (Coleção Educação Física).

_____. **Transformação didática pedagógica do esporte**. Ijuí: Unijuí, 1994.

_____. **Didática da Educação física 2**. 2. ed. Ijuí; Unijuí, 2004.

_____. (Org) **Educação crítico-emancipadória**: com uma perspectiva da pedagogia alemã. Ijuí: Unijuí, 2006 (Coleção Educação Física).

LANGDON, J. Breve histórico da Antropologia de saúde. In: **A negociação do oculto: Xanismo, Família e Medicina entre os Siona no contexto Pluri-Ético**. Trabalho apresentado para o concurso de Professor Titular na UFSC, 1994.

LAURINDO, F. R. M. **Fisiopatologia da circulação coronariana**. SILVA, M. R. Fisiopatologia cardiovascular. São Paulo: Atheneu, 2000.

LEE-MANOEL, C. L. O corpo em movimento gerando autoconhecimento. **Corpo, Prazer e Movimento**. São Paulo. SESC, 2002.

LIPP, M. ROCHA, J. C. **Estresse, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso**. Campinas, Sp: Papyrus, 1996.

LOPES, M. & LOPES, A. S. Motivos que levam a desistência dos programas de atividades físicas em academias. In. **Anais...** XXIII Simpósio Internacional de Ciência do esporte, 2000, p. 162.

LOVISOLO, H. **Atividade física, educação e saúde**. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

LÚCIO, J. M. G. **Representações sociais de adultos jovens que vivenciam a doença aterosclerótica coronariana**. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. (Dissertação de Mestrado)

LUCKESI, C. C. Desenvolvimento dos estados de consciência e ludicidade. In. LUCKESI, C. C. (Org). **Educação e ludicidade**. Salvador: UFBA/FACED, n. 1, 2000.

KOFES, S . E sobre o corpo, não é o próprio corpo quem fala? Ou o discurso desse corpo sobre o qual se fala. In. BRUHNS, H. (Org). **Conversando sobre o corpo**. Campinas: Papyrus. 1985.

MAEDA, A. M. C; FELDMAN, D. **Compreendendo a “dor psíquica” dos portadores de fibromialgia**. Disponível em <http://www.fibromialgia.com.br/novosite>. Acesso em: 16 de Set. 2006.

MARCHAND, E.A.A. Proposta Metodológica para Pacientes de Parkinson. Pelotas-Rs-Brasil, **13º. Simpósio Nacional de Ginástica**, 1992.

MARINHO, A. A educação precisa de jogo? **Rev. Motrivivência**. Ijuí: Unijuí, n. 9, ano VIII, Dez. 1996.

MARINHO, A. **O lúdico e a natureza**. Acessado em 23.07.2006 www.anppas.org.br/encontro/segundo/papers/GT/GT15/alcyane_marinho.pdf

MARTINEZ, T. L. R. Síndrome metabólica e doença aterosclerótica. **Informativo Simpósio Satélite**, 58. Congresso Brasileiro de Cardiologia, 2003.

MATURAMA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac&Naify, 2003.

Mc ARDLE D. W.; KATCH, I. K., KATCH, V. L. **Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2003.

MEIRELLES, B. H. S. **Viver saudável em tempos de Aids: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto da prevenção da infecção pelo HIV.** 2003. 310f. Florianópolis:UFSC, 2003. (Tese Doutorado)

MENDES, M. I. B. de S. Corpo, biologia e educação física. **Rev. Brasileira do Esporte.** Campinas: São Paulo. Co-Edição: Autores Associados, v.24, n.1, p. 9-22, set. 2002.

MENDONÇA, M.; CAMARGO, R. C.; FERREIRA, R. C.; SILVA, R. E. Tabagismo e sua inter-relação com doenças ginecológicas. **Jornal Brasileiro de Medicina, JBM.**, v. 86, n. 3. mar. 2004.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção.** São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. **Entre vôos de águila e passos de elefante: caminhos da investigação na atualidade.** Caminhos do Pensamento Epistemológico e Método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MIRANDA, L.H.S; TOMAZ, C. A. B. PORTO, C. C. Aspectos psicossociais das doenças cardiovasculares. In. PORTO, C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento.** Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

MONEGO, E. T; PEIXOTO, M. R. G. Alimentação e doenças cardiovasculares: recomendações dietéticas nas dislipidemias, na hipertensão arterial e na insuficiência cardíaca. In. PORTO, C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento.** Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

MONTAGU, A. **Tocar: o significado humano da pele.** São Paulo: Summus, 1998.

MONTEIRO, R. F. **Jogos dramáticos.** São Paulo: Ágora, 1994.

MORAIS, N. S. Aterosclerose das artérias coronárias. In: PORTO, C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento.** Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

NIEMAN, D. C. **Exercise testing and prescription: a health-related approach.** Mountains View, CA: Mayfield Publishing Company, 1999.

NIPEAD. **Avaliação da intervenção da intervenção multiprofissional e interdisciplinar na prevenção e tratamento de eventos cardiovasculares em uma comunidade universitária.** CANTO, G. A. C. (Coord.). Florianópolis, CCS, 2004. (Projeto de Pesquisa).

NOBRE, F; SERRANO Jr., C.V. **Tratado de Cardiologia – SOCESP.** São Paulo: Manole, 2005.

NOBRE, F; JÚNIOR MOURA, L. A; COELHO, B. E. Hipertensão arterial. In: PORTO, C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento.** Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

NORDENFELT, L. **Conversando sobre saúde: um diálogo filosófico.** Florianópolis: Bermúncia, 2000.

NOVAS DIRETRIZES PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO. **VII JNC Report**, 2003.

OKUMA, G. M. **O significado da atividade física para o idoso**: um estudo fenomenológico., Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997. (Tese de Doutorado).

OLIVEIRA JR., W. A; OLIVEIRA , L. F. S; PORTO, C. C. Uma visão holística no diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares. In: PORTO, C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

OLIVIERÍ, D. P. **O ser doente**: dimensão humana na formação do profissional de saúde. São Paulo: Moraes, 1985.

PINTO, L.M.S. M. Sentidos do jogo na Educação Física escolar. **Rev. Motrivivência**. Ijuí: UnijuíV. 8, n. 9, dez. 1996.

PINTO, L.M.S.M. A recreação/lazer no “jogo” da educação física e dos esportes. **Rev. Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 12, n. 1, 2. 3. 1992.

POLLOCK, M.L.; WILMORE, J.H. **Exercícios na saúde e na doença**: avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

PORTO, C.C. O clínico e as doenças do coração. In: PORTO, C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.

PORTO, A. L. ; MAGALHÃES, R; GUIMARÃES, A. C. Dislipidemias. In: PORTO. C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

PORTO, C. P. Fatores de risco, estilo de vida e doenças cardiovasculares. In: PORTO. C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

POWERS, S. K.; HOWLEY, E. T. **Fisiologia do exercício**: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho. São Paulo: Manole, 2002.

PRADO, A. C. M. O Corpo Lúdico. **Corpo Prazer e Movimento**. São Paulo, SESC, fev. 2002.

RASSI, A. Otimização do tratamento medicamentoso na doença arterial coronariana: tarefa para o subespecialista? **Arquivos Brasileiros de Cardilogia**, v. 83, n. 3, set. 2004.

RIQUE, A B. R; SOARES, E. A; MEIRELLES, C. M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Rev. Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 8, n. 6, nov-dez.2002. Disponível em: www.scielo.br Acessado em 12/07/2004.

RODRIGUES, R. A. O jogo dramático e o contexto lúdico. Águas de São Pedro. **IX Congresso Brasileiro de Psicodrama**. 1994.

RODRIGUES, R. **Cardiologia**: 20 anos. São Paulo: Fundação Byk, 1989.

SAAD E. A.; SAAD E. B. Cardiomiopatia diabética. In: PORTO. C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

SAMULSKI, D. M. & NOCE, F. A importância das atividades físicas para a saúde e qualidade de vida: um estudo entre professores, alunos e funcionários da UFMG. **Rev. Brasileira de Atividade Física e Saúde**, n. 5, n. 1, 2000. p. 5-21.

SAMULSKI, D. M. **Psicologia do Esporte**: manual para a Educação Física, Psicologia e Fisioterapia. São Paulo: Manole, 2002.

SANDOVAL, Rita de Cássia B. **Grupo de convivência de pessoas com diabetes mellitus e familiares**: percepções acerca das complicações e das conseqüências sociais crônicas. Florianópolis, 2003. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. (Dissertação de Mestrado)

SANT'ANNA, D. B. de. É possível realizar uma história do corpo? In: SOARES, C. L. (Org.). **Corpo e história**. Campinas: Autores Associados, 2001. p. 3-23.

SANT'ANA, D. B. Do culto da performance à cultura da cortesia. SILVA, A. M.; DAMIANI (Org.). **Práticas corporais**: gênese de um movimento investigativo em Educação Física. Florianópolis: Nauembla Ciência & Arte, 2005.

SANTIM, S. **Educação física**: uma abordagem filosófica da corporeidade. Unijuí. Ijuí, 1987. (Coleção ensaios: política e filosofia)

SANTIN, S. **Educação física**: da alegria do lúdico à opressão do rendimento. Porto Alegre: Edições EST/ESEF-URGS, 1994.

SANTOS, J.E. Obesidade e Sobrepeso. In. NOBRE, F.; SERRANO Jr., C.V. **Tratado de Cardiologia** – SOCESP. São Paulo: Manole, 2005. p.313-318.

SARAIVA, M. C. K, FIAMONCINI, L. ABRÃO, E. KRISCHE, A. A. Ensinar e aprender em dança: evocando as "relações" em uma experiência contemporânea. In. DAMIANI, I. R, SILVA, A. M. (Org). **Práticas corporais**: trilhando e compar(trilhando) as ações em educação física. Florianópolis: Nauembla Ciência & Arte, 2005. v.2.

SCHWENGBER, M, S. V. **O silêncio e as falas dos corpos sujeitos nas práticas de educação física de uma escola pública**. Ijuí: Unijuí, 1997. (Coleção de trabalhos acadêmico-científicos)

SCHILLER, F. **A educação estética do homem numa série de cartas**. São Paulo: Iluminuras, 1995.

SHEPARD, R. J. Physical Activity, Fitness, and Health: the consensus. **American Academy of Kinesiology and physical education**. Quest, n. 47, 1995. p. 288-303.

SILVA, A. M. A técnica médica e seus fundamentos: o tratamento do humano. **Rev. Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 21, n. 1, set. 1999.

SILVA, A. M. **Corpo, ciência e mercado**: reflexões acerca da gestação de um novo arquétipo da felicidade. Campinas, SP: Autores Associados; Florianópolis: UFSC, 2001. (Coleção Educação Física e Esportes)

SILVA, A. L. **A vida por um fio**: a doença que ataca silenciosamente. USP, Escola de Enfermagem de São Paulo; Resumo. Out. 2000, 273p. Disponível

em:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online> Acesso em 19 novembro 2002. (Tese de Doutorado).

SILVA, D. M. G. et al. **Redes sociais:** apoio a pessoas com doenças crônicas., Financiado pelo: CNPq, julho de 2005 a julho de 2007. (Projeto de Pesquisa)

SILVA, D. M. G. V. **Desafios e enfrentamentos:** um modelo de prática de enfermagem para indivíduos em condição crônica de saúde. 1990. Florianópolis, UFSC. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. (Dissertação de Mestrado)

SILVA. O. J. **Programa de prevenção e reabilitação cardiorrespiratória.** Florianópolis: UFSC, 1997 (in mimeo) (Projeto de Extensão)

SILVEIRA, L. D. **Níveis de depressão, hábitos e aderência à programas de atividade física de pessoas com transtorno depressivo.** Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. (Monografia)

SMITH, L.K; BRENER, S. & PASHKOW, F. Intervenções médicas e invasivas no tratamento da doença arterial coronariana. **Manual de pesquisa das diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SMITH JR. S.C.; BLAIR S, N.; BONOW R.O; et al. AHA/ACC Guidelines for Preventing Heart Attack and Death in Patients with Atherosclerotic Cardiovascular Disease: 2001 update. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. **J Am Coll Cardiol.**, v. 38, 2001. p. 1581-3.

SOARES, C. L. **Educação física:** raízes européias e Brasil. Campinas: Autores Associados, 1994.

SOARES, C. L. Cultura de movimento. **Corpo Prazer e Movimento.** São Paulo: SESC, fev. 2002.

SOARES, C. L. ; SILVA, A. M. Corpos de um Brasil multicultural: diálogos entre arte e ciência. **Rev. Ibero Americana.** América Latina, Espanha, Portugal. Ano III, v.10. 2003.

SOTILE, W.M. Controle do estresse. **Manual de pesquisa das diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. A, 2003.

SQUIRES, R. W. Aterosclerose coronariana. **Manual de pesquisa das diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.A, 2003.

STEWART, K. J. Exercício e hipertensão. **Manual de pesquisa das diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2003.

TOSCANO, P.R.P; ROTTA, C. T. Estresse e doenças cardiovasculares . In. PORTO, C. C. **Doenças do coração:** prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1995

TROMBETA, I. C. Exercício físico e dieta hipocalórica para paciente obeso: vantagens e desvantagens. **Rev. brasileira de hipertensão**. Brazilian Journal of Hypertension. Ano 10, v. 10, n. 2, abr/jun. 2003.

VALA, J. **Metodologia da pesquisa social**. Porto: Universidade do Porto, 1993.

VIGARELO, G. A invenção da ginástica no século XIX: movimentos novos, corpos novos. **Rev. Brasileira de Ciências do Esporte**. Campinas, v. 25, n.1, set. 2003. p.7-210.

VIEIRA, M. A.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Rev. Latina-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4. jul./ago.2002.

WEINBERG, R. S.; GOLD, D. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2001.

WEINECK, J. **Biologia do esporte**. São Paulo: Manole, 1991.

WERLANG, C. Flexibilidade e sua Relação com o Exercício Físico SILVA, O.J. **Exercícios em Situações Especiais**. Florianópolis: UFSC, 1997. p 51-6.

WOODS, S.L.; FROELICHER, E.S.S.;MOTZER, S.U. **Enfermagem em Cardiologia**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity – preventing and managing the global epidemic. *WHO Report*. Consultation on Obesity: Genebra, 1997.

ZANLORENZI E. **Você quer brincar?** (in mimeo).

APÊNDICES

APÊNDICE 1

CRONOGRAMA DAS VIVÊNCIAS CORPORAIS LÚDICAS

Período: Março a Novembro de 2005

VIVÊNCIAS	Data	Nº Relatório
	Março	
Apresentação do Projeto e Reconhecimento dos Participantes	14	00
Pré-teste (Avaliação Física)	16	01
Alongamento; Forró; Relaxamento	18	02
Dança: Bolero; Alongamento	21	03
Vivência de Improvisação	23	04
Dança Merengue; Pilates	28	06
Ritmos Diversos; Alongamento	30	07
	Abril	
Ritmo Corporal; Vivência Intelectual; Relaxamento	01	08
Vivência Aeróbia; Step; Alongamento	04	09
Alongamento na Barra; Relaxamento	06	10
Dança; Vivências em duplas; Relaxamento	08	11
Alongamento; Jogos Recreativos; Relaxamento	11	12
Vivência Aeróbia; Caminhada	13	13
Vivência: Coordenação, Reflexo, Flexibilidade; Relaxamento	15	14
Vivência Brincantes em duplas; Relaxamento	18	15
Jogos; Alongamento	20	16
Aulas Suspensas (Feriado)	22	00
Vivência c/ Bastão; Dança: Ventre, Forró; Relaxamento	25	17
Vivência de Integração; Relaxamento com bolinhas	27	18
Caminhada; Visita ao Centro de Convenções e Cultura	29	19
	Mai	
Vivência na Água/	02	20
Dança Aeróbia; loga	04	21
Jogos com Bolas Nogan	06	22
Vivências Brincantes; Exercícios com Halteres; Relaxamento	09	23
Dança (Tango); Trabalho de alongamento com bastões	11	24
Paralisação de Ônibus	13	25
Dialogo com Lena, Angélica, Etelvina		
Brincadeiras com Balão; Dança; loga	16	26
Aulas suspensas. Motivo paralisação dos professores	18	27
Dança: Forró; Alongamento na Barra; Relaxamento	20	28
Step; Alongamento; Relaxamento	23	29
Dança; Ginástica c/ bastão; Relaxamento	25	30
Atividade Intelectual; Desenho; Vivência Brincantes; Step	30	31

	Junho	
Dança; Alongamento; Apresentação Projeto; Sessão de Fotos; Lanche	01	32
Trabalho com arcos	03	33
Vivência Aeróbia; Alongamento; Relaxamento	06	34
Vivências Aeróbias; Dança; Alongamento	08	35
Danças: Merengue, Bolero;Alongamento; Relaxamento	10	36
Caminhada no Planetário; Jogos;	13	37
Dança Salsa; Ginástica Localizada; Alongamento	15	38
Tai Chi Cuan	17	39
Circuito; Relaxamento	20	40
Ginástica Olímpica (Circuito); Alongamento	22	41
Vivência com cordas; Alongamento/ Relaxamento	24	42
Vivência com bastões; Vivência Brincantes; Relaxamento	27	43
Caminhada	29	44
	Julho	
Alongamento c/ bolinhas; Relaxamento	01	45
Vivência brincante - Voleibol	04	46
Vivência c/ bolas Nogan	06	47
Caminhada no Horto	08	48
Alongamento;Dança	11	49
Vivências Recreativas:Jogos; Relaxamento	13	50
Aulas Suspensas	15	00
Danças: Forró e Samba; Trabalhos em duplas	18	51
Conscientização Corporal	20	52
Step; Dança; Relaxamento	22	53
Férias	25	00
Férias	27	00
Férias	29	00
	Agosto	
Avaliação do Projeto; Alongamento; Vivência	01	54
Vivência Brincantes; Futylove	03	55
Vivência com arcos	05	56
Vivência aeróbia	08	57
Dança Axé; Alongamento	10	58
Dança Merengue; Alongamento; Relaxamento	12	59
Caminhada (Horto Florestal)	15	60
Danças Diversas; Alongamento	17	61
Caminhada com halteres	19	62
Integração; Massagem	22	63
Percepção Corporal; Dança Improvisação; Relaxamento	24	64
Jogos Recreativos	26	65
Expressão Corporal	29	66
Vivência "O narrador de história"	31	67

	Setembro	
Caminhada no Horto Florestal	02	68
Ginástica com bastão; Vivência Aeróbia	05	69
Expressão Corporal; Relaxamento	09	70
Alongamento na Barra; Vivência Aeróbios	12	71
Visita a SEPEX	14	72
Ioga	16	73
Aeróbia; Alongamento; Relaxamento	19	74
Dança; Alongamento; Relaxamento	21	75
Vivências Recreativas	23	76
Ginástica Olímpica (Circuito)	26	77
Caminhada; Tirolesa	28	78
Caminhada	30	79
	Outubro	
Dança; Alongamento	03	80
Pós-Teste (Avaliação Física)	05	82
Circuito; Relaxamento	07	83
Alongamento na Barra; Relaxamento	10	84
Vivência com Arcos e Bolas	14	85
Step; Halteres	17	86
Vivência Aeróbia (Boxe); Relaxamento	19	87
Caminhada Planetário	21	88
Danças; Ritmos diversos; Relaxamento	24	89
Expressão Corporal; Vivência de Integração	26	90
Vivências Brincantes; Relaxamento	28	91
Jogos recreativos (Voleibol)	31	92
	Novembro	
Feriado	02	
Caminhada	07	93
Confraternização Final	09	94

APÊNDICE 2

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Nome:

Idade:

Profissão:

- Fale um pouco de si.
- Fale a respeito de seu problema de saúde. Quanto tempo convive com esta doença?

Sobre as “Vivências Corporais Lúdicas”.

- Como você se sente com as vivências aqui realizadas?
- Elas interferem/influenciam em alguns aspectos de sua vida? Quais?
Bem-estar
Disposição
Relacionamento
Emoções/Sentimentos
Outros
- Quanto às vivências aqui propostas, como você se sente?
- Você já tinha experienciado estas vivências em outros programas? Quando?
Onde?
- Este programa tem atendido as suas expectativas? Como?
- Percebe diferença deste programa de outros que freqüentou? Quais?
- Como você está se relacionando com seu corpo?
- Como você está se sentindo, neste momento, em relação a sua saúde (ou seu problema de doença)?

APÊNDICE 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO³⁵

O Projeto de Pesquisa intitulado “O coração e o Lúdico: vivências corporais para um viver mais saudável de pessoas com doença aterosclerótica coronariana”, será realizado pela Pesquisadora Albertina Bonetti com o apoio do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência ao Portador de Dislipidemia (NIPEAD) e sob orientação da Prof^a Dr^a Denise Guerreiro Vieira da Silva da Universidade Federal de Santa Catarina.

O projeto de Pesquisa tem como objetivo principal “compreender como *um programa de vivências corporais lúdicas (VCL) contribui para um viver mais saudável de pessoas com doença aterosclerótica coronariana (DAC)*”.

Este estudo é necessário para elaboração da minha tese de Doutorado em Enfermagem e será realizado por meio de: vivências Corporais; observação; entrevista; exames laboratoriais; teste de esforço físico; medidas (antropométricas e flexibilidade).

A participação nesta pesquisa não envolve risco pois respeitará as limitações físicas de cada participante, e os benefícios incluem esclarecimentos sobre a doença e proporcionará uma nova metodologia de trabalho corporal por meio das vivências lúdicas influenciando nos aspectos anátomo-fisiológicos e, conseqüentemente, no seu processo de viver.

³⁵ O presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra, a autora do projeto.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone 222 87 26. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho.

Assinaturas:

Pesquisador principal _____

Pesquisador responsável _____

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “ *O coração e o Lúdico*”, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

_____, ____/____/____.

(Local e data)

Assinatura: _____ RG: _____

APÊNDICE 4

ENTREVISTA 1

Nome: Bernardo

Entrevista realizada (30.05.2005)

Qual a sua idade?

- 62 anos.

E a profissão?

- Dentista aposentado.... casado, uma filha.

Resumidamente como se caracteriza o Bernardo?

- André é um rapaz, um jovem adulto, atualmente triste, mas que consegue brincar, consegue rir...

Por que triste?

- Triste pela perda que eu tive³⁶.

Você conseguiu trabalhar esta perda, Bernardo?

- Não, tem que dar tempo ao tempo... mas já estou melhor, tem horas assim pior, né, mas já consigo assim ter horas um pouco mais alegres. Também aqui eu venho porque me ajuda, me ajuda bastante. Também faço terapia individual e em grupo, mas não aprofunda muito as coisas, mas tudo ajuda, tudo soma né.

Faz três anos?

- Faz, fez três em Julho.

A perda do seu filho foi antes da sua aposentadoria?

- Não, já estava aposentado.

Com chegada da aposentadoria, você conseguiu elaborar legal?

- Sim, é que eu estudava né, eu me aposentei e entrei na Universidade de novo. Eu tbém viajo bastante, isso também ajuda porque eu gosto muito de viajar.

E a sua esposa te acompanha?

- Algumas ela acompanha, outras não. Mas eu geralmente saio bastante.

E se fosse pra você falar sobre teu estado de saúde, como que você se sente?

³⁶ Obs. Há três anos, esta pessoa perdeu um filho de 23 anos em um acidente.

- Eu tenho histórico de fibromialgia, quer dizer eu tenho dores assim, que persistem. Dor assim generalizada. E eu tenho muitas dores nas articulações dos pés, principalmente no calcâneo.

Você sabe que esta dor pode ser emocional?

- Eu sei, mas eu tomo antidepressivo e ajuda de um lado e de outro tbém não é legal. Eu fico assim muito quieto, meio pra baixo, muito sono, dá sono.

Você já tentou parar de tomar remédio e não conseguiu?

- Não, eu tô com acompanhamento médico e ele acha que eu não devo parar de tomar.

E quanto ao teu problema cardíaco, Bernardo, como você se sente?

- problema tá bom , porque eu tomo celacitina. Não tem nada, as taxas são normais, a glicemia é normal, a pressão normal. Só a única coisa que eu sinto assim é essa dor nas articulações.

E assim, como você se sente com essas vivências?

- A eu me sinto melhor, acho que a serotonina puxa, porque qdo eu saio daqui eu me sinto mais disposto, assim entende, com mais ânimo, com mais disposição. Em todos os sentidos, físico e emocional também né.

Tu achas que as Vivências que você realiza aqui, elas te ajudam nos relacionamentos com as pessoas?

- Isso, não tenho certeza.

E com as atividades propostas, você gosta?

- Meu problema é com a coordenação motora. Na hora da dança assim... No que eu tenho dificuldade eu não gosta, entende, mas tento fazer...

Tem alguma que você gosta mais?

- Eu sou meio preguiçoso, eu gosto quando é mais específico, qdo trabalha alongamento, quando faz mais individual.

Você já praticou este tipo de atividade?

- Não

Quando você veio pra cá, você tinha alguma expectativa com referência ao Projeto?

- Eu sempre fiz assim ginástica, mas era muito, muito repetitivo, entendes, eu gosto daqui porque é mais criativo, acho que está sendo uma experiência bastante boa.

Você acha que essa metodologia de ter sempre uma expectativa do que vai ser a vivência proporciona mais disposição?

- É

Com referência ao grupo, o quê ele representa para você?

- Olha qdo não venho me faz mal, é uma atividade que eu já incorporei no meu dia a dia, e é gratificante e eu gosto das atividades, gosto dos professores, dos alunos.

E como você se relaciona com teu corpo, Bernardo?

- Eu tenho dificuldade de trabalhar essa parte de tato... de toque. Mas eu tenho me esforçado. Mas eu gosto do meu corpo, acho que pela minha idade até tenho um físico razoável, não valorizo muito essa parte estética. Eu tava lendo numa reportagem que hoje nós vivemos muito na função da estética, da aparência, e está esquecendo da ética, e enfim agente entra nessa né.

Bernardo, o Programa ajuda no seu relacionamento com as outras pessoas?

- É uma maneira de você não dar muita bola pra o que os outros pensam.

Como você está se sentindo, neste momento, em relação a sua saúde?

- Eu estou bem, assim fisicamente, emocionalmente eu estou bem. Às vezes estou bem, outra vezes não estou tão bem.

Diálogo realizado no (19.10.05)

Bernardo, depois desse tempo que você está realizando estas vivências, aqui no nosso programa, gostaria de saber como você está se sentindo?

- Como estou me sentindo, ah...eu tenho altos e baixos, eu procuro dar o melhor possível, agora eu não gosto de tecer elogios mas, assim, estas atividades que eu faço aqui são muito importantes, por que eu acho que a serotonina funciona, eeee acho assim, que eu sinto que eu saio daqui mais prazeroso, mais disposto, isto também eu senti no caminho, por que eu não me dei conta que eu estava muito bem, emocionalmente, fisicamente, aí eu me dei conta que era o caminhar, era o esforço que eu fazia, talvez a serotonina funcionasse e era o que me botava para cima e todo o caminho eu estava para cima, entende, por que eu caminhava 25 kms por dia, então eu sinto que aqui também, isto me faz muito bem, que é, eu trabalho o lado emocional, especificamente, tem um grupo aqui de crescimento pessoal, na Universidade, eles trabalham na área física, aqui também se trabalha, não deixa também de trabalhar o lado psicológico, por que a gente interage, a gente fica amigos das pessoas, a gente conversa, mas o aspecto físico aqui sobressai, uma atividade mais do aspecto físico, mas eu acho tanto trabalho aqui como no crescimento pessoal.

Você acha que esta caminhada³⁷ teve uma influência em sua vida?

- Esta atividade que eu fiz aqui, me ajudou muito no caminho entende, esta minha disposição, isto teve muito influência daqui, entende, por que se eu não fizesse estes alongamentos, se eu não me mexesse um pouco, acho que o caminho seria mais difícil pra mim, claro eu achei o caminho bastante difícil, é quase assim, vamos dizer

³⁷ Realizou o caminho da São Tiago de Compostela no período de 15.04.05 à 30.05.05.

uma penitência, mas isto aqui me proporcionou que eu superasse, que uma das coisas que me surpreendi, no caminho, uma das minhas surpresas, foi a minha superação física, entende, ter conseguido fazer um tanto, 766Kms, nunca usei ônibus, nunca usei táxi, nunca me passou na cabeça, fiz tudo a pé. Ahhh, então acho assim, não tenho nada com quem usa, até tinha curiosidade de fazer um trecho de ônibus, por que eu sou muito curioso, né, para ver como funciona, como é que é, por que eu não usei o ônibus, mas esta atividade aqui me ajudou bastante.

Então, Bernardo, você acha que estas vivências influem na tua auto-estima, disposição...

- Acho que sim, ahh o problema que eu tenho, a perda que eu tive, eu acho que isso ajuda muito, eu acho que a gente tem que se ajudar, eu acho tem que procurar, eu acho que ninguém vai te proporcionar tratamento, a gente tem que buscar, né, muitas vezes não quer dizer que eu venho aqui com muito prazer, não, tem dia que eu penso aii, mas acho que isto também ééé´um pouco do quadro depressivo que eu tenho, apesar de eu tomar remédio, tentei deixar mas não deu, o médico disse pra mim, *“Olha tu não és depressivo, uma pessoa que é depressiva não consegue fazer estas coisas, não consegue viajar, não consegue fazer ginástica, não consegue fazer ginástica”* entende, eu viajo, eu faço caminhada, muitas vezes eu digo assim, Ahhh, eu digo para o médico, né, eu estou fazendo acupuntura, mas ele me disse que o que eu faço não é do quadro de depressivo, entende, ajuda a gente, né, quando o médico te diz estas coisas.

Como você já teve uma experiência com este grupo, desde o início, você percebe alguma diferença no grupo?

- Olha eu penso assim, quando as pessoas que entram no grupo, quando o grupo já está mais assim, cria assim, não fica uma coisa assim, como é que eu vou te dizer, eu acho que a gente perde um pouco a liberdade, fica uma coisa um pouquinho mais formal, eu acho que é complicado estas entradas tardias, entende, eu sei que as pessoas precisam, é claro, mas realmente, as pessoas que estão desde o início, nós temos mais afinidades, estamos mais integrados, acho que isto é algo a ser discutido.

É, nas vivências, na coordenação, na flexibilidade?

- Eu acho que o pessoal está melhor que no início.

E com referência ao seu corpo, como você está se sentindo?

- Ahh eu me sinto bem.

Você gosta de seu corpo?

- Eu penso assim, que isto também me mantém assim, com um peso, não engordar, meu peso não muda muito, só no caminho que eu recuperei um pouquinho, mas eu me sinto mais disposto, principalmente quando eu saí daqui.

Mais disposto?

- É mais energizado, mais disposto, sem muita dor, mas estes exercícios não me causam tanta dor, claro, se a gente forçar um pouco a gente sente dor.

Seria dor ou sente dificuldades?

- Não eu sinto um pouco de dor, pois diz o médico que eu tenho fibromialgia e eu tomo sinvastatina.

Você não conseguiu interromper nenhum destes medicamentos, André?

- Não, sinvastatina eu comecei a tomar agora, faz pouco tempo.

E você percebe diferença se não tomar?

- É, o colesterol sobe bastante, se eu não tomar. O anti-depressivo eu também tentei parar mas não deu.

Qual é o anti-depressivo que você toma?

- Cipramil, tomo um por dia.

Bernardo, você tem alguma sugestão para o programa? Alguma mudança? Você teria alguma contribuição para dar?

- Não sei, penso assim, acho que poderia pensar em uma atividade extra, caminhada, passeio, entende, uma atividade fora do ambiente da UFSC, entende, a UFSC tem ônibus, deveria ser providenciado, entende, acho que teria uma integração maior no grupo, inclusive todos os profissionais que estão envolvidos no projeto participarem, talvez repensar um pouco estas palestras, e aqui também acho que até poderia se pensar em mais atividade fora de sala de aula, diversificar mais, mas dentro do que a UFSC oferece, temos que agradecer ao que nos tem proporcionado, acho que o serviço que se oferece é de alto nível, né, HU, CDS, não é qualquer pessoa do país que tem disponível a esta estrutura, a estes profissionais, nós somos um grupo privilegiado, mas isto não quer dizer que não se possa ser melhorado.

Então, está bem, Bernardo. Obrigada!!!

APÊNDICE 5

RELATÓRIO DE DIÁRIO DE CAMPO

Dia: 27.04.05 (Nº18)

Participantes: 16 (07 homens, 09 mulheres)

Vivência: Integração/Massagem

Descrição:

No início do encontro-lúdico nos reunimos em círculo e realizamos alguns comentários sobre a vivência anterior. Os participantes demonstraram que tinham se sentido muito bem. Outros salientaram que tinham ficado com alguns músculos doloridos, pois nesse dia trabalhamos com alguns movimentos localizados, porém tinham gostado da vivência. Na seqüência informamos sobre a vivência desse encontro e os objetivos da mesma.

- No início foi proposta para os participantes uma caminhada lenta pela sala seguindo diversos ritmos musicais e realizando alguns movimentos corporais. Em seguida, em duplas, trincas, grupos, brincamos de “sombra”, ou seja, um sai na frente, executa um movimento e o outro o imita.
- Foram exploradas todas as posições: de pé, de joelhos, sentados, deitados.
- Na seqüência brincamos de estátua, em duplas, sendo que um aluno executava um movimento e o outro deveria preencher com o seu corpo o espaço vazio que o companheiro deixava. E assim, íamos executando os movimentos, trocando as posições, usando bastante os braços, as pernas, sempre encaixando um corpo no outro sem tocá-lo. Ficávamos como elo de ligação. Aos poucos ia incluindo mais um na dupla, depois ficávamos em quatro, até o momento em que o grupo todo construiu uma grande estátua.
- No segundo momento da aula, os alunos tiveram que encenar, usando como tema situações da vida cotidiana, de um filme ou estação do ano, para ser representada por meio de movimentos corporais. Formaram-se três grupos de cinco pessoas.
- Em seguida foi preparado um palco, onde cada grupo, teria que representar seu tema. Elaboraram três temáticas: uma representando o manezinho da ilha, por meio da festa da farinha de mandioca, uma pescaria e o outro grupo o outono.
- No relaxamento, em círculo, primeiramente, cada aluno recebeu uma bolinha e a

colocou embaixo de seu pé, massageando sua arcada plantar.

- Depois em duplas, um deitado em decúbito ventral, e o outro com uma bolinha massageava todo o corpo do colega durante cinco minutos. Em seguida, quem recebeu a massagem levantava e passava a fazer massagem no seu colega. A bolinha era passada, sem perder o contato com o corpo do colega, de uma extremidade para outra.
- Por último, todos deitaram em decúbito dorsal e ao som de uma música lenta, foi solicitado para que fechassem os olhos, escutassem sua respiração, e percebessem como cada segmento de seu corpo ia relaxando.

Análise:

Percebemos no início da vivência, uma grande dificuldade dos participantes em criar seus movimentos. Quando foi solicitado a realização desses movimentos em duplas, foram mais criativos e mais dinâmicos, tanto nos deslocamentos como nos exercícios de estátua. No 1º momento, em deslocamento, os movimentos foram realizados só na posição de pé, já no segundo momento os integrantes exploraram todas as posições: de pé, sentados, de quatro, de joelhos, deitados. Os elos, inicialmente se davam sempre da mesma maneira. Percebíamos uma certa dificuldade, mas aos poucos esta foi se esvaindo e começaram a criar belíssimos movimentos. Nesta parte foi trabalhado muita força, equilíbrio, coordenação e ritmo. Todos participavam ativamente e felizes, embora com algumas limitações particulares. No momento da tematização, notamos uma participação efetiva dos integrantes, sendo que todos queriam opinar sobre o que representar. Foi muito gratificante perceber a alegria e a motivação dos alunos em querer participar e contribuir na elaboração da temática.

No final da vivência, questionamos ao aluno João Carlos (81 anos) o que ele tinha achado. Este respondeu: *“estou me sentindo muito bem, ótimo mesmo”*. Perguntado o que seria este ótimo para ele: *“sinto-me relaxado, uma sensação de alívio, leve. Estas atividades aqui realizadas te deixam numa sensação muito gostosa”*.

A vivência transcorreu num clima de grande harmonia e alegria. A dificuldade apresentada no início pelos integrantes, em termo de criatividade, não afetou o andamento da vivência. A expressão de felicidade e prazer estava evidente no semblante de cada participante.

ANEXO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Parecer Consubstanciado

Projeto nº: 094/05

Título do Projeto: O coração e o lúdico: vivências corporais lúdicas de pessoas com Doença Aterosclerótica Coronariana.

Pesquisador Responsável: Profa. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva Dra., Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSC (orientadora da pesquisadora principal)

Pesquisador Principal: Albertina Bonetti, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (projeto de qualificação de Doutorado)

Instituição onde será realizado o estudo: Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência ao Portador de Dislipidemia - NIPEAD – HU - UFSC

Data de apresentação ao CEPESH: 11/04/05

Objetivos:

Geral:

Analisar a contribuição de um Programa de Vivências Corporais Lúdicas (VCL) para uma viver mais saudável de pessoas com doença aterosclerótica coronariana (DAC).

Específicos:

- a) Analisar os aspectos metodológicos do Programa de VCL influenciadores na participação mais efetiva dos integrantes e nos seus aspectos subjetivos;
- b) Identificar as alterações anátomo-fisiológicas dos participantes do Programa de VCL.

Sumário do Projeto:

Estudo qualitativo, pautada em princípios da pesquisa participante, associada a pesquisa quantitativa quanto a alterações anátomo-fisiológicas. A amostra será constituída por 12 pessoas com doença aterosclerótica coronariana, servidores da UFSC, selecionadas a partir de avaliação efetuada pelos profissionais do NIPEAD do Hospital Universitário, que serão convidadas pela pesquisadora a se engajarem no Programa de VCL, que inclui atividades corporais tais como dança, ioga, jogos, ginástica, capoeira e caminhada. O dados serão coletados por observação participante e entrevista semi-estruturada. Para diagnóstico de DAC será feita avaliação médica, com anamnese, exame físico (que inclui aferição de Pressão Arterial). Será feito acompanhamento em 3 ocasiões para verificar a evolução por meio de avaliação antropométrica (Peso, Estatura, dobras cutâneas e perímetros) e de flexibilidade, teste de esforço físico, e exames laboratoriais para avaliar perfil lipídico (colesterol total e frações e triglicerídeos). Na análise dos dados quantitativos será utilizada a estatística



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

descritiva e na qualitativa será a análise de conteúdo, associada ao método fenomenológico hermenêutico.

O projeto está descrito de forma clara e TCLE está adequado (sugerimos corrigir a palavra "coronariana" do TCLE, pois está escrito "cronicariana").

O orçamento não está descrito com detalhes e há diferença entre o título referido e o que está no TCLE. Seria interessante que fosse referido que haverá parte da pesquisa que será quantitativa.

Tão logo as alterações sejam feitas, o projeto será aprovado.

Comentários frente à Resolução CNS 196/96 e complementares:

Parecer do CEP:

- aprovado.
- reprovado
- com pendência (detalhes pendência)*
- retirado
- aprovado e encaminhado ao CONEP

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade, em reunião deste Comitê na data de 25 de abril de 2005.

Parecer Final:

- aprovado.**
- reprovado
- com pendência (detalhes pendência)*
- retirado
- aprovado e encaminhado ao CONEP

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade, em reunião deste Comitê na data de 30 de maio de 2005.

Prof. Washington Portela de Sousa
Coordenador em Exercício do Comitê
de Ética Pesquisa - PRPe/UFSC.