



Artigos Originais

O Lúdico na reabilitação de pessoas com doença arterial coronariana

The Ludic in the rehabilitation of people with coronary artery disease

Albertina Bonetti¹

Denise Guerreiro Vieira Silva²

Jose Luis Medina Moya³

Mercedes Trentini⁴

Grace Terezinha Marcon Dal'Sasso⁵

¹Professora do Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC – Brasil

²Professora do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC – Brasil

³Professor do Departamento de Didática e Organização Educativa, Universitat de Barcelona, Barcelona – Espanha

⁴Professora, Fundação Universidade do Contestado, Caçador, SC – Brasil

⁵Professora do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC – Brasil

RESUMO - O estudo objetivou verificar a influência do Programa de Vivências Corporais Lúdicas, exercidas sobre o condicionamento físico e sobre os sentimentos e percepções dos movimentos corporais de pessoas com Doença Arterial Coronariana. O estudo é de natureza quanti-qualitativa. Na dimensão quantitativa utilizou-se o desenho pré-experimental denominado Grupo Único de Pré-teste e Pós-teste e a qualitativa foi utilizado o delineamento descritivo. Dezesesseis pessoas participaram do estudo. Os dados quantitativos foram coletados mediante exames laboratoriais, teste de esforço físico, medidas antropométricas, medidas das dobras cutâneas e flexibilidade. Os qualitativos foram obtidos pelas entrevistas semi-estruturadas. Os dados quantitativos foram analisados pela estatística descritiva e a estatística inferencial. Os qualitativos pela utilização do software Atlas ti. 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 Suprailíaca) e na flexibilidade. O programa ajudou as pessoas com DAC a amenizar seus momentos de solidão; a aumentar o conhecimento de si; a diminuir os níveis de tensão; romper com movimentos estereotipados e mecanizados para a prevenção e reabilitação dando um novo sentido ao “se-movimentar”. O estudo mostrou que as Vivências Lúdicas contribuem na prevenção e reabilitação de pessoas com Doença Arterial Coronariana.

Palavras-chave: Doença da Artéria Coronariana; Exercício; Saúde.

ABSTRACT - The study intended to assess the influence of the Ludic Corporal Experiences Program on physical fitness and upon feelings and body movement perception in people with Coronary Artery Disease. The study is quanti-qualitative. Quantitatively, the preexperimental design was a pretest-posttest single group, and qualitatively, descriptive delineation was used. Sixteen people took part in the study. Quantitative data were collected through laboratory exams, physical strength tests, anthropometric measurements, skinfold thickness and flexibility; qualitative by semi-structured interviews. Quantitative data were analyzed through descriptive and inferential statistics, and qualitative data through the Atlas ti software. The program produced small changes in some of the measured variables such as anthropometric measurements, laboratory exams and physical strength tests, and significant changes in skinfold thickness (subscapular and suprailiac) and flexibility. The program also helped persons with CAD soften their moments of loneliness; increase their self-knowledge; lower their tension levels; break free from stereotyped, automatic movements for prevention and rehabilitation, giving a new meaning to the notion of movement. The study shows that Ludic Experiences contribute to prevent and rehabilitate people with Coronary Artery Disease.

Keywords: Coronary Artery Disease; Exercise; Health.

1. INTRODUÇÃO

A existência de programas de atividades físicas que visam a prevenção e a reabilitação de doenças cardíacas não é recente; no entanto, a maioria das preocupações se restringe à compreensão biológica da saúde e da doença, enfatizando os aspectos anátomo-fisiológicos. Nesse entendimento, o exercício físico é objetivado por “lógicas mecânicas” ou “atos musculares”, totalmente pensados em razão do seu efeito aeróbio, localizado ou de flexibilidade¹.

Na compreensão de movimento corporal, que

Autor correspondente

Albertina Bonetti

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima.

Centro de Desportos, Departamento de Educação Física.

Florianópolis (SC) – CEP: 88020-060.

Email: a.bonetti@ufsc.br

Artigo encaminhado 05/10/2012

Aceito para publicação em 20/12/2012

permeia tais programas, percebe-se 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”². 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”³.

A ênfase de tais atividades, geralmente, se concentra somente nos aspectos biológicos do ser humano, caracterizando-se pelo desenvolvimento de exercícios que visam o estímulo à busca da manutenção da saúde apenas na dimensão corporal e à aquisição da aptidão física. Esta linha de pensamento privilegia os modelos padronizados de movimentos, aproximando-se mais de um conceito de normalizações de corpos⁴. Desse modo, o corpo passa a ser entendido como um “corpo-anátomo-fisiológico” e não como um corpo antropológico⁵, valoriza a coordenação motora e as performances. O movimento está desprovido de qualquer intencionalidade ou significado.

No entanto, é através do “se-movimentar”⁶, que o ser humano interage com o “outro” e é por meio da interação que manifesta, demonstra e vivencia angústias, medos, frustrações, alegrias, tristezas, amizades, companheirismo e solidariedade. Conseqüentemente acreditasse que o “se-movimentar” em grupos homogêneos também oportuniza melhora nos aspectos anátomo-fisiológicos, uma vez que interagem com pessoas com a mesma experiência de doença e saúde. Estudos já realizados 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^{7,8,9,10}.

Os programas de atividade física, principalmente os de prevenção e reabilitação cardiopulmonar, muitas vezes, parece não considerar relevantes os aspectos sociais, culturais, ambientais da pessoa, pois se restringem às medidas de intensidade, frequência e duração da prática do exercício físico. Dessa forma, acredita-se que novas formas de práticas corporais que incluam além das atividades físicas, o sentido e as expressões dos movimentos baseados nas necessidades concretas de vida das pessoas podem

influenciar o condicionamento físico e uma melhor compreensão do seu corpo.

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. Nesse sentido, tem-se como elemento primordial para este estudo, o resgate ao “lúdico”, entendido como uma atividade livre, prazerosa, alegre, harmoniosa, que pode levar as pessoas com doença arterial coronariana (DAC) a se integrarem aos programas de prevenção e reabilitação cardiopulmonar com o intuito de desenvolver a criatividade, o prazer, a autonomia, a fantasia, entre outros; possibilitar melhor compreensão e percepção do movimento e, por fim, oferecer oportunidades às pessoas para, (re)descobrirem o seu corpo e o significado de ser e estar no mundo.

A DAC como uma doença crônica, requer que as pessoas reorganizem seu cotidiano, estabelecendo novas rotinas, superando a vida sedentária, que é um dos mais expressivos fatores de risco¹¹. Isso significa que há maior possibilidade de encontrar pessoas que não realizam atividades físicas rotineiramente dentre aquelas com DAC. Além da doença, ao envelhecer, geralmente, as pessoas tendem a diminuir suas atividades físicas. Assim, enfrentou-se o desafio de provocar nessas pessoas o desejo de participarem de um programa de exercícios, cujo foco eram os movimentos corporais, que pudessem proporcionar maior satisfação com o seu corpo e, ao mesmo tempo, promover um melhor condicionamento físico, para melhorar o controle dos fatores de risco para a DAC.

Sendo assim, este estudo teve como objetivo verificar a influência do Programa de Vivências Corporais Lúdicas exercidas sobre o condicionamento físico e sobre os sentimentos e a percepção dos movimentos corporais de pessoas com Doença Arterial Coronariana (DAC).

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa de natureza quanti-qualitativa com triangulação de delineamentos, de métodos, de coleta e análise de dados. A verificação

dos efeitos do *Programa de Vivências Corporais Lúdicas* sobre o condicionamento físico utilizou-se o desenho pré-experimental denominado Grupo Único de Pré-teste e Pós-teste^{12,13}. Este desenho permitiu examinar a relação entre os resultados dos elementos do condicionamento físico antes e depois da implementação dos programas de Vivências Corporais Lúdicas. As variáveis qualitativas foram pesquisadas com a utilização do delineamento descritivo de pesquisa por favorecer a obtenção de informações subjetivas referentes aos sentimentos e às percepções dos participantes sobre os efeitos do programa de Vivências Corporais Lúdicas nos hábitos de levar a vida.

Participaram do estudo dezesseis pessoas integrantes de um núcleo de assistência e pesquisa interdisciplinar em DAC, constituindo-se em uma amostragem não probabilística por julgamento ou intencional, mediante os seguintes critérios de inclusão: ter DAC ou fatores de risco para a doença, incluindo dislipidemia; idade acima de 50 anos; ter mobilidade física que permitisse deambulação sem auxílio; ter disponibilidade de tempo e interesse em participar; e ter autorização do médico responsável.

2.1 O programa de vivências corporais lúdicos

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

A proposta foi elaborada seguindo a dinâmica da intensidade do trabalho exigido e sofreu alterações dependendo da disposição e motivação dos participantes. O *Programa de Vivências Corporais Lúdicas* consistiu de movimentos corporais conscientes, com ênfase na expressão corporal, nos jogos, movimentos ginásticos, nos 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, utilizou-se uma variedade de técnicas, materiais, estilos e ritmos musicais.

As vivências foram realizadas em uma sala específica e outros ambientes da instituição onde o estudo foi realizado, três vezes por semana com duração de uma hora para cada encontro lúdico, durante o período de março a novembro.

2.2 Coletas de dados

Os dados quantitativos foram obtidos por exames laboratoriais, medidas de avaliação antropométrica, teste de esforço físico, medidas das dobras cutâneas, mensuração dos perímetros (cintura e quadril) e flexibilidade.

Os exames laboratoriais consistiram nos níveis de Colesterol Total (CT), High Density Lipoproteins Colesterol (HDL-C), Low Density Lipoproteins Colesterol (LDC-C) e Triglicerídeos (TG). Para as medidas antropométricas, na avaliação da estatura, foi utilizado um estadiômetro e para a mensuração da massa corporal foi empregada uma balança digital com precisão de 50g. Na determinação do Índice de Massa Corporal (IMC) utilizou-se a fórmula $IMC (kg/m^2) = Massa\ Corporal (kg) / Estatura^2 (m)$. A mensuração do perímetro da cintura foi feita com utilização de 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 e a classificação de Nieman¹⁴ para a avaliação dos resultados. Estes dados foram coletados no início do programa de vivências corporais lúdicas (pré-teste) e no final do programa (pós-teste).

Os **dados qualitativos** foram obtidos através de entrevistas semi-estruturadas. As entrevistas foram realizadas mediante um roteiro com oito perguntas abertas no qual se buscou identificar e compreender as percepções que os participantes do programa experienciaram a respeito da saúde, doença, corpo, relacionamentos e vivências corporais.

2.3 Análises dos dados

A análise dos dados quantitativos foi realizada com o programa SPSS, versão 8.0, relativa às medidas antropométricas, exames laboratoriais, teste de esforço físico, flexibilidade. 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. A classificação do IMC foi interpretada de acordo com Organização Mundial de Saúde¹⁵.

Os dados qualitativos foram analisados através do software para análise de dados qualitativos,

denominado de Atlas ti (Qualitative Research and Solutions). Este auxiliou na codificação dos momentos significativos evidenciados nas falas dos participantes.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina/Brasil conforme parecer nº 094/2005. O anonimato das pessoas foi garantido mediante a utilização de nomes fictícios dos participantes da pesquisa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise dos **dados qualitativos** emergiram duas categorias: a re-significação dos movimentos corporais e o estar e fazer compartilhados.

3.1 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 como uma nova maneira de viver mais saudável.

As experiências diversificadas de movimento estimularam a participação e a 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, como expressa os depoimentos, a seguir:

A diferença é que nesse programa a gente trabalha o corpo e a mente, aqui estamos trabalhando mais o todo, aqui a gente dança, se diverte. (Letícia) Eu gosto desse tipo de aula porque é mais diversificada. Lá, a gente só fazia bicicleta e alongamento e aí cansava. (Lourdes)

A diversidade ou (re)significação do movimento humano foi o eixo central da proposta. Entendemos como Kunz⁶ 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 “se-movimentar” é expressão do seu próprio movimento do ser humano, 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.

A maior dificuldade que uma pessoa encontra quando inicia um programa de atividade física, principalmente quando por necessidade, como o caso dessas pessoas com Doença Arterial Coronariana, é a adesão a tais programas. De acordo com estudos^{7,8,9,10}, a motivação consiste em um dos fatores que leva as pessoas a aderirem e a permanecerem em programas de atividades físicas, uma vez que o nível de informação da população sobre a necessidade de exercícios físicos foi considerado satisfatório em estudo realizado no Sul do Brasil¹⁶.

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”⁶. Não enfatizamos a competição nem a concorrência.

Os tipos de vivências realizadas aqui são feitas 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)

No desenvolvimento do programa, ofereceu-se 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 outros significados, uma vez que as vivências lúdicas buscavam a internalização de uma nova 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. (Alice)

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)

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:

Sinto o meu corpo não tão bem porque eu não tinha essas gordurinhas. Eu tinha pensadoem 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, hidrogenástica, 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”, objetivando mais saudável¹⁷.

Os movimentos e gestos corporais que eram técnicas criadas pela cultura, enfatizados por Mauss¹⁸, 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-se da ética e, enfim, a gente entra nesta. (Bernardo)

As pessoas, também, expressaram suas dores que não só as físicas, mas que sem dúvida faziam parte de seu viver como também se inter-relacionavam entre o ser saudável e o adoecer:

Estava triste pela perda que tive, mas estou melhor. Eu tenho histórico de fibromialgia, dor generalizada. (Bernardo).

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)

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 outra¹⁹. 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.

A dor provocada por sentimentos 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 mentais¹⁹.

3.2 O estar e fazer compartilhados

O “**estar**”, o “**fazer**” 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 que eles

compartilhassem 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 e brincar “corporalmente juntos”, pois dificilmente nos permitimos brincar durante a vida adulta²⁰. Brincadeiras verbais são mais frequentes, 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:

Este grupo é gostoso por que a gente fala durante as vivências. [...] o carinho que um tem pelo outro, assim, um ajuda o outro, isto é muito gostoso [...] a gente conversa durante as vivências, ou brincando, ou ajudando, rindo, ou estimulando o outro. Isto dá uma aproximação carinhosa com o outro. (Maria)

Observamos que, ao “brincar juntos”, afluíram uma relação no grupo muito mais importante para a saúde das 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 está ligada a muitos outros fatores de estratégias para mantê-la, tais como a capacidade de ter domínio de estratégias de agir anti-estresse, 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”^{21: 109}. Para Brodtman, 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”²¹.

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 mesmos²¹.

O movimentar-se em grupo leva a uma constituição de relações amigáveis, confiáveis, oferecendo oportunidades aos participantes de vivenciarem este se-movimentar, 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 compartilhadas²². Corroboramos com Sant’Ana²³, 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.

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 Brodtmann²¹, 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:

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. (Etelvina)

As redes de apoio social têm um papel determinante como mediadoras e facilitadoras no

Nos depoimentos de alguns participantes, constatamos a importância e a necessidade de apoio recebido no encontro com o outro, sendo que este estar com o outro permitia o desenvolvimento de relações, interações, aproximações:

Esse grupo é minha família que não tive, são meus irmãos. [...] é um grupo excelente. Excelente em todos os sentidos: no grau de amizade, na confiabilidade com as pessoas. Damos e recebemos carinho e, principalmente, temos sempre uma mão amiga, tem sempre alguém se preocupando, tem sempre aquele perguntado "Aí, como é que estás", "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 sinto muita falta do grupo, muita falta. (Canário).

Os encontros 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", sociais, econômicas, culturais, sexuais, e corporais, foram aceitas durante os encontros, pois aceitar o outro na convivência é "uma condição necessária para a conservação da saúde física, comportamental, psíquica, social e espiritual do adulto"²⁵.

início e nos passos subsequentes 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-degenerativas²⁴.

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.

Com relação aos **dados quantitativos**, serão apresentados os resultados referentes à avaliação anátomo-fisiológica efetuada, comparando os resultados dos dois momentos: inicial e final do Programa de Vivências Corporais Lúdicas.

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 a amplitude articular.

Tendo como referência a classificação de Nieman¹⁴, no pré-teste havia 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 ($p < 0,001$), como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Comparação entre os valores médios da flexibilidade nos Pré e Pós-testes

Variável	Média ± Desvio Padrão (cm)		Valor <i>t</i>	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 do grau de flexibilidade influenciou também na coordenação, na agilidade, possibilitou a

essas pessoas a realização dos 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: *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 [...] 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)

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. Numa perspectiva global, ao sentirem-se mais ágeis, as pessoas passaram a se sentir mais jovens, 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:

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

A primeira observação do IMC indica que nove (56,25%) dos participantes apresentaram sobrepeso, sendo que dois destes com obesidade I. Os outros setes ficaram dentro da normalidade. A variação do Pré e Pós-programa foi bastante discreta. Houve aumento de IMC em seis participantes, sendo que dois deles estavam com Obesidade I. Houve diminuição de IMC em dez participantes sendo destes, cinco permaneceram com o peso acima do desejado.

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-C reduzido e fibrinogênio elevado²⁶.

Embora as médias do peso não tenham indicado mudança significativa no pré e no pós-teste do programa (Tabela 2), verificamos que a análise do perímetro da cintura mais diretamente relacionado à gordura corporal, o que é relevante, nas pessoas com DAC, apresentaram variações mais importantes, apesar de não serem estatisticamente significativas, como mostra a Tabela 3.

Tabela 2 . Comparação da Massa Corporal e do ICM dos Pré e Pós-testes

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

Tabela 3 . Média e Desvio Padrão do Perímetro da Cintura dos Pré e Pós-testes.

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 medida da circunferência da cintura permite-nos identificar portadores de obesidade androgênica. O risco muito aumentado caracteriza-se pela medida de cintura acima de 88 cm em mulheres e acima de 102 cm nos homens de acordo com III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias²⁷. Na análise das medidas do perímetro da cintura, seis dos integrantes apresentavam valores acima dos parâmetros que indicavam risco muito aumentado.

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, proporcionaram uma condição privilegiada para essas pessoas.

No entanto, percebemos também que, como já destacado em outros estudos^{28,29}, ter informações e

acesso a tratamentos não significa que as pessoas os realizem. Há necessidade de que cada pessoa tenha disposição/determinação para efetuar as mudanças em seus hábitos e rotinas e aceitar alguns limites de sua própria condição crônica.

Como relação ao Colesterol Total (CT), na primeira medição havia sete pessoas que estavam com valores acima de 200 mg/dl, sendo que destes apenas dois acima de 239 mg/dl. Na segunda medição, oito

estavam acima de 200 mg/dl, e apenas um acima de 239 mg/dl. Com relação ao HDL, quatro pessoas estavam com valores abaixo do desejado na primeira medição, no entanto, dos 16 participantes, onze aumentaram o HDL, sendo que quatro pessoas apresentaram HDL acima de 60 mg/dl, como podemos observar na Tabela 4.

Tabela 4 . Valores de CT, HDL, LDL e TG dos Pré e Pós-Testes

Nome	CT pré	CT pós	HDL pré	HDL pós	LDL pré	LDL pós	TG pré	TG pós
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
Leticia	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

O exercício físico é um dos poucos mecanismos que pode elevar o HDL-C, considerando-se, ainda, que ao reduzir a trigliceridemia e aumentar a sensibilidade à insulina, dentre outros efeitos metabólicos, modifica-se consideravelmente o perfil de risco para as doenças aterotrombóticas, as principais causas de morte da atualidade³⁰. Neste estudo, percebemos que as vivências corporais lúdicas proporcionaram incremento do HDL na maioria dos participantes, não se observando os mesmos benefícios para os triglicerídeos e colesterol total.

Quanto ao LDL, sete pessoas estavam, inicialmente, acima de 100 mg/dl, e nove na segunda medição. O TG apresentou também valores acima dos parâmetros de normalidade com sete pessoas. No entanto, vale destacar que das pessoas que estavam com valores mais elevados (acima de 270 mg/dl), seis delas obtiveram uma redução importante dos níveis e apenas uma aumentou. A **Tabela 5**, no entanto, indica

que essas alterações não foram significativas, como resultado do Teste *t de student*.

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/dl³¹. Nesta compreensão, apenas uma participante apresentou CT acima deste valor de risco para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

O perfil lipídico alterado era esperado neste grupo na medida em que os participantes eram oriundos de um grupo com diagnóstico de dislipidemia. 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.

Tabela 5. Comparação das médias de COL, HDL, LDL, e TG dos Pré e Pós-Testes

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

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.

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)

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)

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 anátomofisiológicas 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”:

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)

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.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Vivências Corporais Lúdicas exerceu influência na melhoria de alguns parâmetros do condicionamento físico e sobre os sentimentos e a percepção dos movimentos corporais. Todos os participantes tiveram um aumento do grau de sua flexibilidade. Em alguns participantes houve diminuição do IMC, do perímetro da cintura, do Colesterol total e diminuição do LDL. Além desses resultados quantitativos, o programa de Vivências Corporais Lúdicas contribuiu no bem estar das pessoas com DAC, uma vez que desenvolveram a sociabilidade que proporcionou autoconhecimento, a desmistificação e descoberta do próprio corpo e o do outro, a coragem de expressar mais livremente as emoções, criar vínculos e obter prazer.

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, essencialmente, no “estar” com o “outro”, mas também nas relações com a natureza e consigo mesmos. Foram nessas relações que os participantes encontraram espaço apropriado para ser vivenciado, exercitado, sentido, permitindo, assim, rupturas com a formalidade e significações na vida cotidiana, e fez com que atividades consideradas “de verdade” se transformassem em atividades “de brincadeira”.

Como limitação desse estudo (no desenho quantitativo), destaca-se a falta de controle de variáveis que podem ter também influenciado nos resultados. As pessoas podem ter participado de outros programas de condicionamento físico, efetuado dietas especiais, ingerido medicamentos, dentre outros possíveis. Outra limitação se refere ao delineamento sem a inclusão de um grupo de controle.

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. É preciso que diferentes profissionais, como: médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físicos, compartilhem o objetivo de “cuidar” e de “estar” com a pessoa, respeitando-a as suas 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.

Por fim, 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 oferecer 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vigarello G. A invenção da ginástica no século XIX: movimentos novos, corpos novos. Rev Bras Ciênc Esporte 2003; 25(1): 7-120.
2. Costa EM, Venâncio S. Atividade física e saúde: discursos que controlam o corpo. Pensar Prát 2004; 7(1): 59.

3. Damiani IR, Silva AM. As práticas corporais na contemporaneidade: pressupostos de um campo de pesquisa e intervenção social. In: Damiani IR, Silva AM (orgs.). Práticas corporais: experiências em educação física para a outra formação humana. Florianópolis: Nauembla Ciência & Arte; 2005.
4. Bonetti A. (dissertação). Ginástica em busca de sua identificação no âmbito escolar. Departamento de Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 1999.
5. Soares CL. Educação Física: raízes européias e Brasil. Campinas: Autores Associados; 1994.
6. Kunz E. Didática da educação física. 2ª ed. Ijuí: Unijuí; 2004.
7. Isler MO, Darido SC. Atividade física e aderência: considerações preliminares. In: Anais do XI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte. 1999; 1(2).
8. Samulski DM. Psicologia do Esporte: manual para a Educação Física, Psicologia e Fisioterapia. São Paulo: Manole; 2002.
9. Shepard RJ. Physical activity, fitness, and health: the current consensus. Quest 1995; 47:288-303.
10. Weinberg RS, Gold D. Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício. 2ªed. Porto Alegre: ArtMed; 2001.
11. Trentini M, Silva DGV, Bonetti A, *et al.* Cuidado de enfermagem as pessoas em condições crônicas: concepção de profissionais de enfermagem recém formados. Texto contexto enferm 2008; 17(4): 665-671. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/06.pdf>. <acesso em 23.09.2012>
12. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critic & utilization. 2ªed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1993.
13. Campell DT, Stanley JC. Experimental and quasi-experimental designs for research. Dallas: Houghton Mifflin Company; 1983.
14. Nieman DC. Exercise testing and prescription: a health-related approach. Mountains View: Mayfield Publishing Company; 1999.
15. World Health Organization. Obesity – preventing and managing the global epidemic. Genebra: WHO Report. Consultation on Obesity; 1997.
16. Domingues MR, Araújo CLP. Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil. Cad Saúde Pública 2004; 20(1): 204-215. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/37.pdf>. <Acesso em 09.10.2012>
17. Fraga AB. Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Campinas: Autores Associados; 2006.
18. Mauss M. Sociologia e antropologia. São Paulo: Cosac&Naify; 2003.
19. Nordenfelt L. Conversando sobre saúde: um diálogo filosófico. Florianópolis: Bermúncia; 2000.
20. Santin S. Educação Física: da alegria do lúdico à opressão do rendimento. Porto Alegre: Edições EST/ESEF-URGS; 1994.
21. 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. In: Kunz E, Trebels AH (orgs.). Educação física crítico-emancipatória. Ijuí: Unijuí; 2006.
22. 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 AH (orgs.). Educação física crítico-emancipatória. Ijuí: Unijuí; 2006.
23. Sant’Ana DB. Do culto da performance à cultura da cortesia. In: Silva AM (org.). Práticas corporais: gênese de um movimento investigativo em educação física. Florianópolis: Nauembla Ciência & Arte; 2005.
24. Silva DMGV, Meirelles BHS, Coelho MS, *et al.* El soporte social en el cuidado y tratamiento de la enfermedad crónica. Rev Panam Enferm 2005; 3: 214-218.
25. Maturama H. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: UFMG; 1998.
26. Santos JE. Obesidade e Sobrepeso. In: Nobre F, Serrano JCV. Tratado de Cardiologia – SOCESP. São Paulo: Manole; 2005. p.313-318.
27. Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemia e Diretriz da Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da SBC (IIIª). Arquivo Brasileiro de Cardiologia; 2001 v.77, suplemento III, Agosto.
28. Sandoval RCB. (dissertação) Grupo de convivência de pessoas com diabetes mellitus e familiares: percepções acerca das complicações e das conseqüências sociais crônicas. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC). 2003.
29. Silva DGV. Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais. Florianópolis: UFSC/PEN; 2001.
30. Carvalho T. Tratamento, exercícios. Revista Saúde. www.crestor.com.br/site/paciente/tratamento/exercicio. <Acesso em 30.11.2006>
31. Woods SL, Froelicher ESS, Motzer SU. Enfermagem em Cardiologia. 4ªed. São Paulo: Manole; 2005.