

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Avaliação de processos de apropriação de
um programa de
condicionamento físico por pessoas que vivem com hiv/aids

Aluno: Tadeu Paccagnella

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte
das exigências para a obtenção do título de Mestre em
Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Avaliação de processos de apropriação de
um programa de
condicionamento físico por pessoas que vivem com hiv/aids.

Aluno: Tadeu Paccagnella.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio de Castro Figueiredo.

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte
das exigências para a obtenção do título de Mestre em
Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Paccagnella, Tadeu.

Avaliação de processos de apropriação de um programa de condicionamento físico por pessoas que vivem com hiv/aids

205 p. : il. ; 30 cm

Dissertação, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Psicologia e Educação.

Orientador: Figueiredo, Marco Antonio de Castro.

1. HIV/aids. 2. Qualidade de Vida. 3. Atividade Física

DEDICATÓRIA.

Dedico este trabalho ao meu filho Gabriel e minha esposa Claudia por darem um novo sentido em minha vida.

Aos meus pais Nelson (*in memorian*) e Maria pelo amor, sacrifícios e formação.

À minha irmã(e) Sueli, meu cunhado Creighton e sobrinhos Nicholas e Felipe por estarem sempre presentes.

À Prof. Dra. Tirsa Regazzini Peres pela partilha, carinho e amizade.

AGRADECIMENTOS

À Deus.

Ao Prof. Dr. Marco Antonio de Castro Figueiredo, pela constante orientação, paciência, disponibilidade, apoio, dedicação constante e, hoje, amizade.

Ao Prof. Dr. Ângelo Bataglioni Neto pelas sugestões, orientações, incentivo e experiência compartilhada.

À Prof. Dra. Alcyone Artioli Machado pelas sugestões e orientações.

Ao Prof. Dr. Lupércio Luiz de Oliveira pelo companheirismo e conhecimento.

Ao GHIV pela confiança e trabalho.

Aos que participaram do Núcleo de Condicionamento Físico do Programa de Orientação e Suporte Psicossocial ao Cuidado Doméstico de Pessoas que Vivem com HIV/aids, principalmente aos professores de educação física Marília, Felipe, Beto, Eduardo e Osvaldo.

Aos que vivem e convivem com o HIV/aids, principalmente àqueles que participaram e possibilitaram parcial ou integralmente da realização desse trabalho.

PACCAGNELLA, Tadeu. **Avaliação de processos de apropriação de um programa de condicionamento físico por pessoas que vivem com hiv/aids.** Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP. 2008.

RESUMO

O advento da aids levou profissionais da área de saúde a pesquisarem e desenvolverem técnicas ao combate à doença, considerando além das necessidades biológicas, acontecimentos psicológicos e sociais. O desgaste (ou emaciação) provocado pela infecção é uma complicação capaz de causar fraqueza e perda da capacidade funcional do organismo. Outra manifestação, a lipodistrofia, causada pelo uso constante dos anti-retrovirais se caracterizada pela perda de gordura subcutânea em braços, pernas e face, aumento da gordura nas regiões abdominal e dorso cervical, além de maior proeminência de veias em braços e pernas, provocando alterações fisionômicas, influenciando a percepção sobre o domínio físico e imagem corporal das pessoas e sobre as pessoas com aids, potencializando angústias, estigmatização, diminuição de auto-estima e isolamento. A prática de atividades físicas vem sendo recomendada aos pacientes para melhor atenção aos aspectos físicos, psicológicos e sociais. Em Ribeirão Preto, Brasil, foi criado, com recursos próprios, por uma equipe multi-profissional de enfrentamento à aids juntamente com uma ONG, um programa de condicionamento físico em musculação para se verificar as respostas referentes à performance da aptidão física, redução de lipodistrofia e percepção de qualidade de vida desses indivíduos. Após 60 sessões de treinamento os resultados obtidos, através de entrevistas e testes, demonstraram melhora nos níveis de aptidão física, diminuição nos efeitos da lipodistrofia, além de melhor percepção em Qualidade de Vida, envolvendo reintegração social e afetiva, via redução de tensões e isolamento social ganhando socialização e auto-estima. Essas informações apresentam elementos como subsídios à discussão de possíveis desdobramentos das atividades físicas como estratégia ao enfrentamento das perdas e danos consequentes da infecção.

Palavras Chave: 1. HIV/aids. 2. Qualidade de Vida. 3. Atividade Física

PACCAGNELLA, Tadeu. **Evaluation of processes of appropriation of one program of physical conditioning for people who live with hiv/AIDS**. Dissertation presented to the College of Philosophy, Sciences and Letters of Ribeirão Preto, University of Sao Paulo. 2008

ABSTRACT

Aids has led health professionals to research and develop techniques to fight against this disease considering, besides HIV infection biological matters, some psychological and social complications. The body suffering or loss of weight due to infection is considered a problem that, besides weakness, impairs the function of the body. Other dysfunction caused by continuous use of antiretroviral drugs, lypodystrophy, which is the irregular distribution of fat with facial and limb subcutaneous fat loss and abdominal and cervical dorsum fat gain, together with prominence of limb veins with physiognomic changes can affect self image of people living with HIV/Aids, leading to feelings of depression, low self-esteem and social isolation. Physical activities are very important to the reduction of such losses caused by lypodystrophy in people living with Aids/HIV. Aiming the reduction of lypodystrophy in people living with Aids/HIV in Ribeirão Preto city, Brazil, a physical conditioning program was developed together with ONG/Aids, managed by a team with physical education professionals, psychologists, doctors and physical therapists, besides medical school students. Evaluations about *physical capacity, localized muscle resistance, strength and corporal composition*, after 60 physical fitness sessions, have demonstrated that an excellent improvement on *physical capacity levels*, with decreased effects of lypodystrophy and increase of life quality through social and affective reintegration, tension reduction, higher self esteem and better socialization

Keywords: 1. HIV/Aids. 2. Quality of life. 3. Physical fitness.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Saúde e Qualidade de Vida	18
1.2. Atividade física e exercício: promoção da saúde.....	20
1.3. Programas multidisciplinares em saúde.....	24
1.4. HIV/aids.....	27
1.5. Programa de condicionamento físico para portadores de HIV/aids.....	32
1.5.1. Primeiras iniciativas.....	32
1.5.2. Núcleo multi-profissional de condicionamento físico: as preocupações com o desgaste e a lipodistrofia.....	34
2. OBJETIVO	36
2.1. Objetivos Gerais	36
2.2. Objetivos Específicos	36
3. JUTIFICATIVA	37
4. METODOLOGIA	38
4.1. Sujeitos	38
4.2. Material e Procedimento.....	38
4.2.1. Avaliação das capacidades físicas	38
4.2.2. Avaliação antropométrica (verificação em lipodistrofia).....	41
4.2.3. Entrevista sobre a percepção de qualidade de vida	44
4.2.4. Análise de conteúdo e tratamento dos dados.....	45

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 Avaliação das capacidades físicas.....	47
5.2 Avaliação Antropométrica –Lipodistrofia	64
5.3 Análise de conteúdo das entrevistas.....	69
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
8.ANEXOS.....	89

INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade de vida, bem-estar ou saúde tem sido constante nas últimas décadas. Diversos segmentos da sociedade procuram dar sua contribuição para a conquista desses objetivos, considerados um direito de todos em qualquer circunstância.

Para que esses objetivos pudessem ser alcançados o trabalho em saúde tem se transformado, a acentuada medicalização que prevalecia na área da saúde vem dando lugar a um aumento do trabalho de intervenção em saúde cada vez mais inter e multidisciplinar. Esse fato veio ampliar o rol de profissionais envolvidos na prestação de serviços à saúde, assim os recursos, estratégias e conhecimentos técnicos específicos de cada uma dessas sub-áreas têm proporcionado um maior entendimento do processo saúde/doença e como consequência maior e melhor atenção aos usuários dos serviços de saúde.

Estudos^{3,27,51,53,61,93} têm mostrado a contribuição dos exercícios e atividades físicas para se conquistar uma melhor qualidade de vida. A atividade física influencia de maneira positiva a saúde psicossocial, sendo importante em todos os estágios da vida; traz benefícios à maior parte dos componentes estruturais e funcionais do sistema músculo-esquelético, aumentando a capacidade orgânica geral e agindo na redução dos níveis de ansiedade, depressão e do estresse psicológico.

Durante décadas, a prática de atividades físicas era limitada aos indivíduos tidos como saudáveis; hoje, graças a estudos realizados nas áreas de fisiologia, biologia, medicina, saúde pública, psicologia, educação e outras áreas afins^{3,27,51,53,61,93}, verifica-se não só a possibilidade, mas também a necessidade que um grupo cada vez maior de pessoas portadoras de afecções tem de praticar atividades físicas compatíveis com seu estado clínico, físico, psicológico e social, já que contribuem para suas cognições, vivências, capacidades, afetos, representações e atitudes, lhes permitindo formas mais efetivas para enfrentar suas doenças.

Diversos grupos de pessoas portadoras de afecções estigmatizantes têm, à sua disposição, programas de exercícios adequados às suas características e necessidades; porém, até pouco tempo, outros grupos pareciam não possuir programas compatíveis, adequados a tais características e necessidades, como, por exemplo, os portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida (HIV/aids).

1.1. Saúde e Qualidade de vida.

No final dos anos 40, do século XX, a Organização Mundial de Saúde (OMS), definia **saúde** como estado de *completo bem-estar físico, mental e social*, não significando somente ausência de problemas relacionados com doenças e enfermidades^{48,50,61,75}. Nos dias atuais, essa definição é considerada irreal, unilateral e ultrapassada, pois o “completo bem-estar” é utópico. Mendes e Vilela⁴⁸ apresentam-nos autores com definições de saúde mais abrangentes, multidisciplinares, menos medicalizadas, holísticas e ecológicas. Um desses autores, Nájera⁴⁸ (p.79), afirma ser preciso “desmedicalizar nossa forma de conceituar saúde”, realizando um esforço capaz de integrar os segmentos que compõem toda a área da saúde. Ele mesmo define saúde como “a capacidade social para gozar a vida, para sentir prazer em viver, para ter qualidade de vida”. Outro autor citado, Blum⁴⁸ (p.61), considera a necessidade de se ver saúde de uma forma sistêmica, integrante e ecológica. Concebendo a saúde como consequência de uma série de forças, esse autor define saúde como “um estado de ser em que os indivíduos fazem o máximo com as capacidades que têm, e agem de forma a maximizar essas capacidades”.

Em novembro de 1986, na cidade de Ottawa, Canadá, foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, um documento elaborado durante essa conferência conhecido como *Carta de Ottawa*⁹⁴, define a saúde, de forma bastante ampla, como:

O resultado dos cuidados que alguém dispensa a si mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisões e controlar a própria vida, de assegurar que a sociedade em que se vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar um bom estado de saúde.

Saúde, condições de saúde, qualidade de vida e “funcionamento social” são termos utilizados constantemente como sinônimos. Porém, na maioria dos artigos sobre o tema, os autores^{25,27,48,49,50,55,61} não chegam a um acordo. Os conceitos são ligados freqüentemente a uma avaliação subjetiva, voltada somente para estados de saúde, sem considerar a capacidade de se viver plenamente¹³. O conceito de qualidade de vida tem sido enfatizado constantemente, em nível mundial, em vários debates e trabalhos relacionados com as políticas de saúde, dentro de várias abordagens e tendências, sempre na tentativa de se estabelecer metas e critérios necessários para realmente se alcançar um conceito^{25,49,50,51}. Inspirada por um

movimento de grande envergadura, a concepção de qualidade de vida está relacionada com a globalização e ganha ênfase quando tratada na socialização das questões humanas^{48,50}. Apesar das tentativas de uma melhor definição de qualidade de vida, profissionais da área da saúde, assim como os profissionais de outras áreas, ainda não chegaram a um consenso.

Segundo Fleck et al., *apud Bullinger et al.*²⁵ (p.20), a expressão “qualidade de vida” foi empregada pela primeira vez por Lyndon Johnson, presidente norte-americano, em 1964, ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos, mas sim pela qualidade de vida das pessoas”.

Qualidade de vida, no entender de Bullinger et al.²⁵ (p.19), é geral e abrangente; inclui várias condições, não se limitando apenas à saúde e a intervenções médicas. Forattini¹⁶ considera que, com relação à qualidade de vida, existem dificuldades relacionadas à sua conceitualização e mensuração, pois os dados podem ser obtidos tanto de forma objetiva como subjetiva. Os parâmetros *subjetivos* seriam bem-estar, felicidade, amor, prazer e os *objetivos* seria a satisfação de necessidades básicas.

Rufino Neto, *apud Minayo, Hartz e Buss*⁵⁰ (p.8), inicia seu discurso de abertura, durante o 2º Congresso Brasileiro de Epidemiologia realizado em 1992 na cidade de Belo Horizonte da seguinte forma:

Vou considerar como qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciências ou artes. Falta o esforço de fazer da noção um conceito e torná-lo operativo (p.8).

Em 1994, a Organização Mundial de Saúde, *apud Fleck et al.*²⁵ (p.20), passa a definir qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Tal definição é baseada em seis domínios mensuráveis: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais.

Outros parâmetros ainda podem ser considerados, no Brasil o jornal *Folha de São Paulo*²⁸ criou o Índice de Qualidade de Vida (IQV), onde nove itens são relacionados como fatores determinantes da qualidade de vida da população, são eles: trabalho, segurança,

moradia, serviços de saúde, dinheiro, estudo, qualidade do ar, lazer e serviços de transporte.

O que se observa é justamente a falta de um conceito a ser operacionalizado. Os indicadores para que isso ocorra são bioestatísticos, psicométricos e econômicos; não levando em conta os contextos cultural, histórico e social do indivíduo. Sintetizar a noção de qualidade de vida para a maioria dos autores^{25,27,49,50} é bastante complexo.

Nesse sentido, grupos portadores de afecções estigmatizantes tendem a não avaliar positivamente alguns desses domínios, o que pode levar a uma percepção negativa das escalas utilizadas. Novas pesquisas e estudos devem ser desenvolvidos para a homogeneização dessas escalas para que tenhamos uma visão abrangente, real e profunda sobre a qualidade de vida dos diversos grupos, segregados ou não, de nossa sociedade.

Como se pode concluir, o tema qualidade de vida é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, ele se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de *promoção da saúde* seu foco mais relevante. Quando vista de forma mais focalizada, *qualidade de vida em saúde* coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Isso porque, em geral, os profissionais atuam no âmbito em que podem influenciar diretamente, isto é, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los, seja minorando conseqüências dos mesmos ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los⁵⁰ (p.15).

1.2. Atividade física e exercício: promoção da saúde.

A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução¹⁰.

Ao longo da história, vemos o homem depender de sua capacidade física para sobreviver. Na Idade da Pedra, ele corria, saltava, atacava, defendia, levantava, transportava e lançava. Da realização dessas e outras habilidades motoras dependia sua sobrevivência^{18,53,62,93}. Os exercícios e as atividades físicas fazem parte da história de todos os povos, com objetivos de atender às necessidades naturais, práticas, bélicas, teleológicas, ritualísticas, recreativas, competitivas, pedagógicas, médicas, higiênicas e outras.

Segundo Weineck⁹³, ao longo do processo de evolução, o homem transformou-se em um ser estritamente intelectual, cujas exigências físicas mudaram bastante do homem da Idade da Pedra até o contemporâneo. Enquanto aquele percorria de 20 a 40 kms por dia para viver e sobreviver, o atual percorre em média 2 kms por dia.

Através do aumento contínuo e progressivo da tecnologia, verifica-se uma crescente redução da atividade motora geral^{3,51,53}. O mundo moderno confina o homem em ambientes completamente modificados; quase todo o seu trabalho corporal foi reduzido, alterando drasticamente o nível de sua atividade física. Esse nível está abaixo de um limite mínimo necessário para a manutenção dos sistemas orgânicos⁹³, o que conduz a uma condição prejudicial à saúde.

Porto⁶¹ afirma serem inquestionáveis os benefícios e facilidades proporcionadas pelo desenvolvimento tecnológico e científico; porém, esse mesmo desenvolvimento incrementou o aumento de uma epidemia que, sem maiores sintomas em suas primeiras fases, vai aos poucos se manifestando. São as doenças crônico-degenerativas, que têm como um de seus principais fatores de influência o nível de atividade física praticada.

Desde épocas mais remotas, egípcios, gregos, chineses e japoneses, entre outros povos, já ressaltavam os benefícios que a prática de atividades físicas poderia proporcionar ao tratamento e à prevenção de doenças e na melhoria da saúde da população^{46,51,53,55,60,62,93}.

Na Idade Média, as atividades físicas assumiram um caráter marcadamente militar e os benefícios bio-psico-sociais dos exercícios foram esquecidos. Somente a partir do século XVIII, um pouco da importância da atividade física, na época denominada ginástica, é resgatada, considerando seus objetivos, tanto terapêuticos como profiláticos.

Os principais métodos da ginástica criados sugerem essa afirmação. A escola alemã fundamentava-se em bases científicas (biologia, fisiologia, anatomia), tomando como um de seus principais objetivos o desenvolvimento saudável do corpo. Na escola sueca ou de Ling, a pretensão das atividades e exercícios físicos, consistia em extirpar os vícios da sociedade,

entre eles o alcoolismo, a tuberculose e o raquitismo, criando indivíduos fortes, saudáveis e livres de vícios, o método sueco era dividido em pedagógico, militar, estético e, por fim médico e/ou ortopédico. Na escola francesa, Amorós atribui a seu método ginástico objetivos civis, industriais, militares, cênicos e médicos. Em todas as escolas e institutos de ginástica contemporâneos, a atividade física re-assume um papel importante na promoção da saúde^{18,46,66}.

Weineck⁹³ observa que há várias formas de manifestação da atividade física, dos exercícios e do treinamento físico. Barbanti⁴ define **atividade física** como “totalidade de movimentos executados no contexto do esporte, da aptidão física, da recreação, da brincadeira, do jogo e do exercício”(p.53), **exercícios** como “seqüência planejada de movimentos repetidos sistematicamente com o objetivo de elevar o rendimento”(p.249); **treinamento** como “programa pedagógico de exercícios que objetiva melhorar as habilidades e aumentar as capacidades de um indivíduo para uma determinada atividade”(p.292).

As atividades físicas voltaram a ser consideradas como um dos instrumentos que podem ser utilizados na promoção de aspectos físicos, psicológicos e sociais da vida humana. Vários estudos^{3,51,53,55,62,76,93} procuram ratificar a relação entre a prática da atividade física e a promoção da saúde. Ao afirmarmos a inclusão da atividade física e do exercício na promoção da saúde, devemos salientar que não é necessário pôr em prática um programa que contemple todas as manifestações de atividade física e desenvolva todas as capacidades físicas existentes. Os programas de condicionamento físico, de acordo com Gomes e Araújo²⁶, devem priorizar atividades que contribuam para um bom desenvolvimento das capacidades físicas consideradas essenciais para saúde^{3,51,53,55,62,76,93}, identificadas como *aptidão física relacionada com a saúde*, o que para Barbanti⁴ (p.45) é a “capacidade de rendimento que inclui componentes de funcionamento fisiológico que acredita-se oferecerem proteção contra doenças degenerativas”. Esses componentes ou capacidades são:

- Força - capacidade de exercer tensão contra uma resistência (p.130);
- Flexibilidade - capacidade de realizar movimentos em certas articulações com apropriada amplitude de movimento (p.129);
- Resistência muscular localizada – capacidade de um músculo realizar movimentos por um tempo prolongado (p. 257);
- Capacidade aeróbica – capacidade do coração, pulmões e sistema vascular de entregar oxigênio (p.38);

- Composição corporal - divisão da massa corporal em massa magra e gorda (p.54).

Pesquisas realizadas^{3, 51,53,55,62,76,93}, envolvendo atividade física e saúde, destacam que a atividade física influencia, de maneira positiva, a saúde física, psicológica e social, sendo importante em todos os estágios da vida, desde a infância até as idades mais avançadas.

Seguindo esse novo paradigma, Porto⁶¹ apresenta vários países e entidades internacionais que desenvolveram, nas últimas décadas, programas de promoção da saúde através de hábitos saudáveis, inserindo as atividades físicas e uma boa alimentação como os principais componentes a serem incorporados no estilo de vida da população já que são de extrema importância tanto no controle como também prevenção de doenças crônico-degenerativas.

Quadro 1. Programas de Promoção em Saúde através de Hábitos Saudáveis⁶¹

Programa North Karelia	Finlândia (1972)
Programa Challenge Day	Mundial -UNESCO (1983)
Programa Health People 2000	EUA (1990)
Programa Active Living	Canadá (1992)
Programa Active for Life	Inglaterra (1996)
Programa Agita São Paulo	Brasil (1996)
Programa Active Austrália	Austrália (1997)
Programa Mexa-se Mais	Portugal (1999)
Programa Envelhecimento Ativo	OMS (2002)
Programa Health People 2010	EUA

Na Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde¹¹, elaborada entre os dias 08 e 09 de setembro de 2005, durante o Fórum de Prevenção Integrada da Área de Saúde, alguns pontos destacam a relação existente entre atividade física, promoção da saúde e qualidade de vida.

Nos campos da prevenção e promoção da saúde, evidenciam-se mundialmente as múltiplas potencialidades da atividade física. O esporte, a ginástica, a dança, as artes

marciais, a capoeira, as lutas, a musculação, apresentam-se como práticas economicamente viáveis para promoção da saúde e da inclusão social, revelando-se ícones da prevenção integrada e holística. O conjunto de doenças crônico/degenerativas é considerado o principal problema de saúde da atualidade. Também o tabagismo, a hipertensão arterial, o estresse, a obesidade e o estilo de vida sedentário compõem fatores de risco para a saúde da população em geral, atingindo parte significativa de crianças. A inatividade física é reconhecida como um dos fatores de risco mais determinantes para o surgimento de doenças cardiovasculares. Tem-se, ainda, a obesidade que precisa ser combatida preventivamente, já que se revela um problema de saúde no Brasil pior do que a fome. Dados do IBGE de 2004 indicam que 10% dos brasileiros são obesos e 5% são desnutridos. A busca da saúde pressupõe o exercício da cidadania, significando assumir a responsabilidade com a qualidade de vida e com um estilo de vida ativo de modo individual e participativo na comunidade. A atividade física representa, portanto, uma arma eficaz para a promoção da saúde, uma vez que o aumento da atividade física tende a reduzir em 1/3 os casos de doenças arteriais e coronarianas, bem como para controle dos fatores de risco e um poderoso caminho para a melhoria da qualidade de vida. Constata-se dessa forma ser praticamente consensual no seio da comunidade, que a prevenção de grande parte dos males da modernidade passa pela prática de atividades físicas, prática essa responsavelmente orientada visando à melhoria da qualidade de vida da sociedade, proporcionando ao indivíduo adotar um estilo de vida que seja suficientemente ativo, permitindo-lhe condições de viver e conviver livremente com suas necessidades, desejos, demais pessoas e meio-ambiente, podendo dessa forma exercer todos os seus direitos e capacidades de cidadania.

1.3. Programas multidisciplinares em saúde.

Os novos paradigmas que atualmente norteiam o conceito de saúde e seus desdobramentos trouxeram também um novo processo de envolvimento das pessoas para aumentar e melhorar o controle sobre a saúde^{5,20,21,27,29,48,49,50,76}. Dentro dessa nova percepção, as ações em saúde não podem se restringir à oferta de serviços; a atuação deve ser mais abrangente, atingindo os setores envolvidos, assim como os especialistas em saúde, além de se estender à comunidade, buscando sair do contexto reducionista e fragmentado de ações isoladas em saúde. A racionalidade clínica que até então prevalece deve ser substituída. O trabalho de e em equipes multidisciplinares e interdisciplinares na área da saúde se torna fundamental não só para a partilha de conhecimentos sobre as doenças, seus diagnósticos e

tratamentos, mas também para a partilha de sentimentos e emoções que envolvem todo o processo^{5,20,21,22,48,50,62}. Fossi e Guareschi³⁰ consideram ser indiscutível uma atenção integral à saúde para que a pessoa seja reconhecida como um todo, assim torna-se fundamental o atendimento em saúde ser um trabalho multidisciplinar.

Essa nova abordagem vem sendo implantada em vários programas de saúde, inclusive no Programa de Saúde da Família no Estado de São Paulo. Em 1994, a equipe de profissionais de saúde era composta de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e de 04 a 06 agentes de saúde. A partir de 2004 essa equipe, além dos profissionais já citados, passou contar com cirurgião dentista, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e farmacêutico. O número de agentes de saúde ficava condicionado à necessidade local².

Atualmente maiores iniciativas estão sendo tomadas para que os programas de saúde ofereçam um atendimento multidisciplinar, com o objetivo de proporcionar um melhor atendimento aos seus usuários. Em Ribeirão Preto – SP, o Programa de Integração Comunitária⁴⁸, vinculado às Unidades Básicas de Saúde, desenvolve em praças públicas, caminhadas, exercícios físicos, recreação e aulas expositivas de educação em saúde com a participação de diversas áreas profissionais que podem contribuir para a promoção da saúde das pessoas.

Dentro dessa nova concepção, as ações de saúde não devem ficar restritas à oferta de serviços médico-hospitalares à população, mas deverão contemplar, sobretudo, a atuação intersetorial no nível dos determinantes de saúde. Mas a emergência do novo paradigma – nós sabemos – não se dará de forma abrupta, mas paulatinamente, conquistando espaços e consciências⁴⁸.

Para que isso ocorra, uma nova formação profissional deve ser desenvolvida não somente com o objetivo de uma melhor capacitação dos profissionais em saúde, mas também de uma melhor capacitação da comunidade, oferecendo-lhe melhores condições de se apropriar das questões emergentes da saúde³⁷. Byington, *apud Minayo*⁴⁹ reconhece que a nova maneira de ver a saúde deve implicar novas situações de ensino. Morin, *apud Hartz e Camacho*³⁷ (p.18), afirma que:

Se a formação não propiciar subsídios de integração, as "equipes" jamais terão a *Indisciplinaridade*, que deve caracterizar um projeto de avaliação com o enfoque da "triangulação", ou seja, o emprego de múltiplas teorias, métodos e procedimentos de coleta e análise de dados para o estudo adequado do problema. O termo "indisciplinaridade" traz um novo significado para a "(inter/trans)disciplinaridade",

na qual cada disciplina isolada ainda continua com a "sua própria cegueira e sua própria arrogância", tentando definir fronteiras (Morin, 1990).

Turjanica et al⁸⁴ destacam que, para se atingir as metas em saúde, necessariamente devemos percorrer três caminhos: o do planejamento estratégico, o da boa administração e coordenação dos recursos e o de uma equipe multidisciplinar de cuidadores da saúde. Fortuna²⁴ considera o trabalho de equipe em saúde como uma rede de relações entre pessoas, onde uma tarefa deve ser desenvolvida e o seu resultado ser maior que a soma das partes dessa equipe.

Figueiredo^{21,22} destaca que não podemos esquecer o papel que a família desempenha nessa relação com o processo do trabalho multidisciplinar em promoção da saúde, pois ela incorpora elementos essenciais ao enfrentamento desse processo. Bastos e Trad⁵ abordam a família enquanto contexto de desenvolvimento humano e espaço privilegiado do processo saúde e doença. A partir do contexto familiar é possível observar uma série de mecanismos de risco e proteção à saúde. Reconhecem na família a representação do eixo de organização do espaço social imediato dos indivíduos, facilitando seu ajuste às dificuldades da vida. Atualmente, graças a alguns docentes, instituições de ensino superior que acompanham esse paradigma desenvolvem programas em saúde com a participação de equipes multidisciplinares, dos pacientes e das famílias.

O Departamento de Psicologia e Educação, da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo, desenvolve, dentre outros, o projeto ***Programa de Orientação e Suporte Psicossocial ao Cuidado Doméstico de Pessoas que Vivem com HIV/aids***²¹, que concentra esforços diversificados^{5,20,21,22,48,86}, propondo um novo paradigma para as políticas de saúde. Como um de seus objetivos, o projeto²¹ procura desencadear processos não só de sustentação e apropriação, dando o suporte necessário às pessoas envolvidas com HIV/aids, como também de integração de esforços de profissionais, pacientes e familiares, elaborando práticas integradas para o enfrentamento do problema.

O ***Programa*** e seus núcleos constituem apoio educacional à promoção da saúde. Como salienta Candeias, *apud Florindo*²⁷ (p.1), a promoção da saúde é “uma experiência de aprendizagem e participação em saúde que deve ser delineada com o objetivo de facilitar e viabilizar ações voluntárias que conduzam à saúde”. Educação em saúde desenvolve nas pessoas um senso maior de responsabilidade sobre sua própria saúde e também a da comunidade, devendo ser um dos pilares da promoção de saúde.

Segundo Figueiredo²¹, a avaliação desse programa deve se voltar para os processos construídos no seio das intervenções e com a participação ativa dos sujeitos do trabalho relacionado com o cuidado doméstico de pessoas que vivem com o HIV/aids, contribuindo de maneira decisiva para o desenvolvimento humano.

1.4. HIV/aids.

A Aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) foi relatada pela primeira vez em junho de 1981, nos Estados Unidos pelo jornal *Morbidity na Mortality Weekly Report* (MMWR), do Center for Disease Control (CDC) de Atlanta³⁶. Em 1983, o agente etiológico foi identificado e denominado HIV ou vírus da imunodeficiência humana. Inicialmente foi identificado através da detecção de vários casos de infecções incomuns sem causas evidentes de imunodeficiência^{13,36,45,65}. No começo essas infecções se manifestaram em homossexuais de Nova York, Los Angeles e São Francisco; posteriormente, foram documentados casos em hemofílicos, receptores de transfusão de sangue, usuários de drogas injetáveis e, mais tarde, em seus parceiros sexuais.

Estudos^{45,65} sugerem que o HIV seja originário da África, pois, em 1959, no sangue de um homem natural de Bantu, Congo, se constatou o primeiro caso de infecção por HIV do mundo.

Durante a primeira década de sua manifestação epidêmica, a transmissão se caracterizou por contatos homossexuais masculinos. Hoje, aproximadamente metade das manifestações ocorre em mulheres através de relações heterossexuais e usuários de drogas injetáveis. Atualmente, o controle que existe em relação às transfusões sanguíneas fez com que se diminuísse bastante a transmissão por esses veículos.

Rachid e Schechter⁶⁵ relatam que a transmissão da mãe para o filho, denominada ***transmissão vertical*** ou materno-infantil, pode ocorrer durante a gestação, no momento do parto e durante o aleitamento. O aumento da ***feminização*** da doença é potencializado pela exposição sexual, com parceiros fixos ou múltiplos, e pelo uso de drogas injetáveis⁸.

O sistema imunológico participa de maneira decisiva no controle e/ou erradicação do HIV, quer intracelular quer extracelular, no sangue periférico ou nos tecidos. A evolução da infecção da fase aguda, virêmica, para a fase crônica, sintomática, é, toda ela, modulada pela capacidade e competência do sistema

imunológico, através de seus diversos compartimentos, em erradicar o vírus ou mantê-lo sob replicação lenta, o que permite ao organismo restaurar ou manter a homeostase sangüínea, principalmente o *turn over* dos linfócitos das linhagens T e B. Estes elementos, mantidos acima dos níveis mínimos funcionais, impedem o surgimento dos sintomas que caracterizam a doença Aids⁸⁷

Nosso sistema imunológico tem como função proteger o corpo contra doenças e infecções^{13,45,49,87}. Durante a infecção pelo HIV dois tipos de resposta imunológica são observadas: a resposta humoral ou mediada por anticorpos (IMA) e a resposta celular ou mediada por células (IMC). Durante a IMC a participação das imunoglobulinas é através de atividades neutralizantes ou da sensibilização dos TCD8, considerados os principais fatores celulares da possível erradicação do HIV encontrado em células mononucleares. Na IMC estão os linfócitos T auxiliares estão os chamados CD4. Estes organizam e ativam as outras células de defesa do organismo. Essas outras células que ocupam um papel importante em nosso sistema imunológico são os macrófagos, como “lixeiros” do organismo, eles digerem os resíduos saídos das células mortas e os micróbios. O vírus HIV pode infectar os linfócitos CD4 e os macrófagos, destruindo-os. O corpo reage fabricando mais linfócitos CD4. Em geral, o sistema imunológico continua a funcionar bem, porém no decorrer de algum tempo o vírus se multiplica mais intensamente do que os CD4 e com isso o sistema imunológico se enfraquece e o numero de CD4 diminui.

Uma pessoa com sistema imunológico normal possui cerca de 500 células CD4 por mm³ de sangue; nos portadores de HIV/aids esse número é menor.

A carga viral, outro indicador da doença, é medida em número de cópias (10.000 cópias/ml de sangue); ela é considerada indetectável quando está tão baixa que os testes não conseguem medir (abaixo de 50 cópias/ml.). Entretanto, estar com a carga viral indetectável não significa que o HIV não esteja mais presente no organismo. A carga viral refere-se à quantidade de HIV circulante no sangue do indivíduo infectado; é medida em número de cópias por mililitro de sangue. É utilizada para acompanhar a progressão da patologia e como auxílio na seleção do tratamento do paciente^{13,45,49,87}.

O método laboratorial mais direto para detectar o HIV, segundo Machado e Costa⁴⁴, é a cultura do vírus através do cocultivo de células mononucleares do sangue periférico, plasma ou células ganglionares, com estimulação de *Peripheral Blood Mononuclear Cells*-PBMCs de doadores não infectados (p.138), porém apresenta custo elevado, necessita de

equipe altamente treinada, isolamento, além de demorado.

Os mesmos autores⁴⁴ apresentam como técnicas mais freqüentemente utilizadas para pesquisa de anticorpos anti-HIV os testes: imunoenzimático (*Enzyme Linked Immunosorbent Assay-ELISA*), fluorimetria, quimioluminescência, radioimunoprecipitação (*Radio Immunoprecipitation Assay-RIPA*), aglutinação de partículas de látex, imunofluorescência indireta (If) e *Western-Blot* (WB). Os mais sensíveis são o ELISA e o WB, no Brasil o Ministério da Saúde indica a realização do ELISA em duplicada como método de triagem.

Hoje, devido ao desenvolvimento de novos testes⁸⁸, o limite inferior de detecção é de 5 a 20 cópias de vírus por mililitro de plasma. Dependendo do método utilizado são valores bastante baixos. Mais de 30.000 cópias virais por ml de plasma são consideradas uma carga viral elevada. O limite superior de detecção é de cerca de 10 milhões de cópias por ml de sangue. As manifestações clínicas observadas caracterizam-se pela progressão da imunodeficiência e pelas várias infecções causadas em sua decorrência. Devemos considerar a infecção pelo HIV como um espectro de problemas, com manifestações clínicas se tornando mais complexas e atípicas à medida que progride a imunodeficiência^{13,45,49,87}. Essas manifestações podem ser de ordem respiratória, neurológica, otorrinolaringológica, oftalmológica, dermatológica, hematológica, cardíaca, urinária, reumatológica, endócrina, ginecológica, entre outras.

O desgaste ou síndrome da emaciação é uma entre as várias manifestações decorrentes da doença, reconhecida como uma complicação capaz de causar sérias ameaças, provocando fraqueza, perda da capacidade funcional orgânica e perda de importantes reservas de proteínas necessárias para as épocas de enfermidade aguda¹⁴. A emaciação é definida como uma perda involuntária de peso em cerca de 10% do peso original, acompanhada de diarreia persistente, fadiga grave e/ou febre sem etiologia evidente. O risco de outras infecções por doenças oportunistas é significativamente maior, uma perda superior a 10% do peso aumenta em cerca de 4 a 6 vezes o risco de mortalidade quando comparado aos doentes com peso estável⁵⁴. Mesmo uma perda involuntária de 5% do peso corporal pode representar necessidade de maiores cuidados.

Wanke, Gorbach et al¹⁴ identificaram uma menor evidência da emaciação/desgaste em pacientes tratados com terapia anti-retroviral altamente ativa (TAARA), do inglês *Highly Active Anti-retroviral Therapy (HAART)*. Aida assim, 18% desses pacientes foram constatados indícios de desgaste. Segundo Grinspoon e Mulligan³³ são complexas as causas

do síndrome de emaciação. É necessária a exclusão ou o tratamento das infecções oportunistas. Caso não haja sinais de outras razões para as alterações metabólicas, como hipogonadismo, a má nutrição e as síndromes de má absorção podem contribuir para o aparecimento da síndrome de emaciação. Outros estudos mostram que cerca de 14% dos soropositivos apresentam perda de mais de 10% do seu peso original⁹¹, sendo o índice de incidências superior em toxicodependentes endovenosos

Outra preocupação relaciona-se com a lipodistrofia^{7,12,14,15,19,34,40,45,65,85} ou síndrome de redistribuição da gordura, complicação metabólica conhecida mais recentemente, cuja etiologia, prevalência ou até mesmo definição ainda não foram bem determinadas. Valente et al⁸⁵ realizaram uma ampla revisão de literatura sobre alterações metabólicas da síndrome lipodistrófica do HIV. Comentam:

O tratamento com agentes anti-retrovirais, especialmente os inibidores da protease, fez surgir uma síndrome caracterizada por redistribuição anormal da gordura corporal, alterações no metabolismo glicêmico, resistência à insulínica e dislipidemia, chamada de síndrome lipodistrófica do HIV (SLHIV). Atualmente não existe nenhum consenso para prevenção ou tratamento da síndrome, cuja causa permanece desconhecida. Esta revisão enfatiza os achados clínicos e dados da literatura a respeito da SLHIV, pois um melhor entendimento desta síndrome por infectologistas, cardiologistas e endocrinologistas é essencial para o manejo da doença.

A lipodistrofia desdobra-se em alterações metabólicas pode ocorrer uma má distribuição da gordura corporal, lipo-atrofia e lipo-acúmulo. A lipo-atrofia caracteriza-se por uma perda de gordura subcutânea nos braços, pernas e face, ficando veias de braços e pernas mais proeminentes. O lipo-acúmulo caracteriza-se por um aumento de gordura abdominal, maior concentração de gordura na região dorso cervical, conhecida como “corcunda de búfalo”, aumento das mamas nas mulheres. Os indivíduos soropositivos podem apresentar uma ou ambas as manifestações^{7,12,14,15,19,34,40,45,65,73,85}. Além dos problemas apresentados, a lipodistrofia causa preocupações, pois, em longo prazo, pode facilitar a presença de doenças vasculares^{13,45,65}.

Tanto a emaciação como a lipodistrofia provocam alterações fisionômicas, influenciando a percepção do domínio físico e da imagem corporal, não somente a partir do olhar desses indivíduos, mas também do olhar dos outros^{7,12,13,45,65,73,85}.

Essas transformações não se limitam aos problemas estéticos, causam ao paciente sofrimento, vergonha e medo da exposição pública, trazendo um grave impacto emocional em sua auto-estima, diminuindo suas relações sociais, provocando ansiedade, inibindo sua sexualidade, diminuindo significativamente sua qualidade de vida. Essas conseqüências fazem com que alguns percam o interesse em aderir aos regimes farmacológicos complexos, impedindo em algumas situações os bons resultados da TAARA^{1,7,12,13,45,65,73,85}.

Gonçalves, *apud Lazarotto*⁴⁰, descreve imagem corporal como um sistema aberto em relação com o mundo, sujeito a novas experiências que levam a novos significados. Essa corporeidade é a forma de o homem ser no mundo, afirmando que sem um corpo ele não existe. Lazarotto⁴⁰ confirma ser a imagem corporal uma construção simbólica da pessoa. No contexto HIV/aids, a maioria das pessoas considera determinado indivíduo soropositivo ou doente de aids a partir da identificação de seu corpo, potencializando angústias, estigmatização e isolamento dos portadores da doença.

Além de sofrer todas as manifestações de origem biológica, o indivíduo que vive com HIV/aids enfrenta uma série de outros problemas, entre os quais, as manifestações de origem psicológica: depressão, ansiedade, insônia, doença do pânico. Porém, o que mais chama a atenção são as manifestações sociais conseqüentes da doença^{13,45,65,73,85}. Segundo Figueiredo^{21,22,23}, a aids é uma doença social e como tal deve ser combatida, principalmente as manifestações de rejeição, isolamento, segregação e preconceito impostas pela sociedade.

Atualmente existem drogas eficazes no tratamento da aids, combatendo as doenças oportunistas, que são infecções que se desenvolvem a partir do enfraquecimento do sistema imunológico. Entre elas: tuberculose, pneumonia, cânceres, diarreias, candidíases e infecções do sistema nervoso, como a toxoplasmose e as meningites^{13,45,65,87}. Medicamentos amplamente utilizados no tratamento da aids têm apresentado resultados excelentes tanto de sobrevida como de qualidade de vida dos pacientes. Como exemplo, os anti-retrovirais altamente ativos impedem a multiplicação do vírus e fazem parte do coquetel anti-aids. No Brasil, o programa de combate à aids fornece os medicamentos gratuitamente para os imunodeprimidos. No entanto, esses medicamentos não conseguem eliminar o HIV do organismo. Com o auxílio de vários tipos de drogas e com o emprego de profilaxias primárias, reduziu-se bastante o número de morbidade relacionada com o HIV/aids^{13,45,65,87}. Contudo o nível de estigmatização parece não diminuir.

Dados do Relatório de 2006 sobre a Epidemia Global da Aids, da Organização

Mundial de Saúde^{8,60}, indicam no mundo, aproximadamente, 40 milhões de pessoas com HIV/aids. Houve um aumento, comparado aos anos anteriores, principalmente na Ásia Oriental, Europa Oriental e Ásia Central, sendo que a região mais afetada ainda é a África Subsaariana com aproximadamente 25,4 milhões de pessoas com o HIV; desse número, três quartos são mulheres.

De acordo com o Boletim Epidemiológico da Aids 2006⁸, o número total de casos de aids acumulados entre 1980 e junho de 2006 é de 433.067. Nos seis primeiros meses de 2006 foram notificados 13.214 casos. Hoje, estima-se que cerca de 600 mil pessoas vivem com HIV/aids no Brasil, número que se mantém estável desde 2000.

Em Ribeirão Preto-SP-, o Programa Municipal de DST/HIV/AIDS apresenta em seus indicadores epidemiológicos um total de 4.592 casos no período entre 1986 e 2006, desse total 2.510 casos registraram óbito⁶⁴.

O contexto geral do HIV/aids ainda é bastante complexo; as oscilações que envolvem a doença em todos os seus níveis parecem ainda intermináveis, o vírus da aids continua sendo uma grande ameaça para a sociedade em todo mundo⁶⁵. O desenvolvimento de trabalhos, projetos e pesquisas, com base em levantamentos realizados em pessoas que vivem com HIV/aids, se impõe, com urgência, para a identificação de elementos que possam contribuir para uma percepção mais clara de toda problemática referente ao binômio HIV/aids. Essa identificação depende, sem dúvida, de uma ação profissional multidisciplinar, que represente uma ampliação do quadro científico atual relativo ao enfrentamento da doença, com novas perspectivas de vida para seus portadores.

1.5.-Programa de condicionamento físico para portadores de HIV/aids.

1.5.1. Primeiras iniciativas.

Até o início do século XXI pouco se sabia sobre atividades e exercícios físicos para pessoas que viviam com HIV/aids. A prática da atividade física era indicada por alguns especialistas^{14,15,53}, porém seus resultados em longo prazo ainda não eram conhecidos. Segundo Nieman⁵³ (p.166), o exercício regular devia ser recomendado, podendo melhorar a qualidade de vida e a cooperação psicológica dos indivíduos infectados pelo HIV. Até então pouquíssimos estudos haviam sido publicados para dar resposta a essa e outras questões. A conclusão era que a prática de exercícios supervisionada adequadamente não afetaria de

forma adversa os indivíduos infectados pelo HIV. Confrancesco¹⁵ afirmava sobre a necessidade de estudos concretos para que respostas definitivas fossem encontradas.

A partir dessas informações, um projeto de atividade física para portadores de HIV/aids começava a ser desenvolvido. Para tanto se fez necessário verificar o interesse de portadores de HIV/aids pela prática de exercícios físicos.

Dados divulgados no I Encontro Regional de Pessoas Vivendo com HIV/aids, realizado em Ribeirão Preto-SP-, durante o mês de outubro de 2001 apontavam que, nessa região, um número aproximado de 3.800 pessoas vivia com HIV/aids. Durante esse encontro, o Grupo Humanitário de Incentivo à Vida (GHIV), em parceria com profissionais de educação física verificou o interesse entre os presentes de participarem em um programa de condicionamento físico cujo objetivo era obter dados e respostas que pudessem contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que viviam com HIV/aids.

Após alguns encontros, procedimentos foram traçados. Avaliações das condições clínicas e físicas dos portadores para a prática de exercícios foram realizadas por médicos e educadores físicos. Com os resultados obtidos, o planejamento individual do treinamento foi elaborado para que, de forma segura, as atividades físicas em musculação fossem iniciadas. Três foram as capacidades físicas escolhidas para serem desenvolvidas durante o programa: força, flexibilidade e resistência muscular localizada. O desenvolvimento das capacidades físicas de resistência cardiovascular e composição corporal, também componentes da aptidão física relacionada com a saúde^{4,26,51,93} não fez parte do programa de treinamento. O treinamento foi realizado sob supervisão do pesquisador na Academia Ritmo, rua Marquês de Pombal nº 415, as mensalidades foram custeadas pelo próprio pesquisador sem ônus nenhum para os participantes. O sigilo sobre a doença dos participantes foi mantido.

De oito sujeitos que iniciaram o treinamento, somente três conseguiram completar o número mínimo de trinta sessões, número considerado pelos especialistas^{3,26,51,93} suficiente para que ocorresse alguma adaptação. Daqueles que não completaram as trinta sessões, a perda de emprego foi apontada como a principal causa da não-continuidade. Os resultados em relação aos componentes físicos foram considerados bastante positivos levando em conta a afecção apresentada. Alguns outros resultados observados, como o aumento de CD4 e a diminuição de carga viral, constatados por exames clínicos, como também uma maior disposição, melhor auto-estima, maior interação social, revelados nos depoimentos dos próprios sujeitos, geraram bastante otimismo quanto ao programa. Esses resultados apontavam para a necessidade de reestruturação do programa, já que o envolvimento de outros profissionais da saúde como médicos, psicólogos e fisioterapeutas era fundamental

para uma melhor análise e compreensão de todos os resultados apresentados durante o processo, de modo que nada fosse perdido para se ter uma melhor forma de combate ao HIV/aids e suas conseqüências.

1.5.2.-Núcleo multi-profissional de condicionamento físico: as preocupações com o desgaste e a lipodistrofia.

Após a avaliação dos resultados do projeto inicial de condicionamento físico para portadores de HIV/aids, o *Programa Orientação e Suporte Psicossocial ao Cuidado Doméstico de Pessoas que Vivem com HIV/aids*²¹ desenvolveu como um de seus segmentos o núcleo de condicionamento físico, responsável pela elaboração, acompanhamento e avaliação dos programas de atividades físicas. Esse núcleo conta com uma participação multi-profissional, reunindo médicos, fisioterapeutas, pedagogos, professores de educação física, psicólogos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas que acreditam que um programa de atividades e exercícios físicos pode servir como um dos meios de suporte e sustentação para o enfrentamento das perdas físicas, psicológicas e sociais ocasionadas pelo HIV/aids.

De acordo com pesquisas do Colégio Americano de Medicina Desportiva¹⁴, um número cada vez maior de profissionais da área da saúde vem recomendando a prática de atividades físicas por pacientes de HIV/aids. Esses exercícios podem ser de resistência cardiovascular ou de resistência neuro-muscular, ou ainda uma combinação de ambas.

A atividade física, segundo alguns estudos^{14,15,40,53,49}, poderia ser uma das formas de resgatar algumas perdas e danos conseqüentes do contágio por HIV, proporcionando:

- Melhora da massa, força e resistência muscular.
- Melhora da resistência cardíaca e pulmonar.
- Melhora do nível de energia proporcionando menor cansaço.
- Redução do stress.
- Aumento da sensação de bem-estar.
- Aumento da força e resistência óssea.
- Redução dos níveis de colesterol e triglicérides.
- Redução da gordura abdominal.
- Melhora do apetite.
- Melhora do sono.

- Melhora o metabolismo do açúcar.

Estes efeitos têm proporcionado um maior interesse entre os fisiologistas do exercício e o paciente soropositivo para o HIV. Em consequência, um maior número de estudos e pesquisas^{16,47,54,62,68,77,82,91} tem procurado identificar as alterações que a prática de atividades físicas, de forma isolada, ou ainda, integrada a outras terapias alternativas como dieta e agentes farmacológicos, pode proporcionar a esse indivíduo, atenuando os danos causados durante todo o processo da doença, oferecendo melhores condições para sua qualidade de vida.

Rachid¹ destaca que é possível buscar melhores alternativas para a solução dos problemas consequentes do desgaste e da lipodistrofia, problemas que merecem um tratamento de maior eficácia. Dada sua complexidade, o paciente precisa contar com a ajuda de médicos de diversas especialidades, psicólogos, nutricionistas, profissionais de educação física e fisioterapeutas¹.

O Colégio Americano de Medicina Desportiva¹⁴ encerra o capítulo sobre Exercício e Infecção por HIV da seguinte forma: *Os benefícios do exercício para os indivíduos infectados pelo HIV são extremamente promissores, porém ainda falta realizar muito trabalho antes de poderem ser aplicados verdadeiramente a todos os adultos infectados pelo HIV.*

O núcleo de condicionamento físico do ***Programa Orientação e Suporte Psicossocial ao Cuidado Doméstico de Pessoas que Vivem com HIV/aids***²¹ procura, através de seu trabalho, contribuir na minimização das consequências da infecção pelo HIV.

2. OBJETIVOS

2.1.Objetivos Gerais.

- Subsidiar o planejamento de Programas de Condicionamento Físico específicos às pessoas portadoras de HIV/aids.

2.2.Objetivos Específicos.

- Verificar os possíveis desdobramentos que o projeto pode oferecer para a redução dos efeitos provocados pelo contágio do HIV e dos efeitos colaterais do tratamento, além de trazer subsídios para melhor se enfrentar perdas e danos conseqüentes da doença.
- Verificar a performance dos componentes da aptidão física relacionada com a saúde: aptidão aeróbica, força, e resistência muscular localizada, após a participação em um programa de condicionamento físico.
- Verificar alterações de lipodistrofia (lipo-atrofia e lipo-acúmulo) nos participantes, através de mensuração de composição corporal e perimetria.
- Verificar as respostas referentes à percepção da qualidade de vida dos portadores de HIV/aids, após a participação em um programa de condicionamento físico.

3. JUSTIFICATIVA

O advento do HIV/aids data do início dos anos 80 do século XX. Desde então, profissionais da área de saúde, nos seus diversos segmentos, procuram pesquisar, estudar, desenvolver e aprender novas técnicas para combater a doença, assim como aprimorar o atendimento e tratamento das pessoas envolvidas no processo, considerando não só necessidades biológicas, mas também psicológicas e sociais surgidas em decorrência da doença.

A investigação que a presente pesquisa realiza fornece contribuições teóricas e práticas para ensino, pesquisa e prestação de serviços na universidade, na área de educação e saúde para o enfrentamento do HIV/aids.

Os resultados apresentam efeitos multiplicadores, quer na reorientação em políticas referentes ao processo HIV/aids, quer na diminuição da discriminação social envolvendo esses portadores e a prática de exercícios físicos. Vale ressaltar que essa proposta pode também contribuir para o desenvolvimento de terapias alternativas de tratamento.

Com referência ao HIV/aids, projetos e trabalhos devem estar sempre em desenvolvimento^{14,15,40,53}, integrando de forma conjunta profissionais da saúde, comunidade e pessoas que vivem e convivem com os problemas advindos da Aids.

Tendo em vista as grandes transformações de caráter físico provocadas pelo uso contínuo dos anti-retrovirais (ARV), faz-se necessário a implantação de programas que possam auxiliar os envolvidos em um melhor enfrentamento do problema.

A prática de exercícios físicos pode minimizar algumas das alterações provocadas pelo ARV, em especial o desgaste e a lipodistrofia; assim a implementação de programas de condicionamento físico em portadores HIV/aids pode trazer melhor qualidade de vida à essas pessoas.

4. METODOLOGIA

4.1 Sujeitos

Foram estudadas 06 pessoas portadoras de HIV/aids, de ambos os sexos com idade acima de 35 anos, todos realizaram o programa de condicionamento físico após liberação médica. Por meio de contatos individuais os sujeitos foram informados e orientados sobre o programa de condicionamento físico e a presente pesquisa. Para os que concordaram em participar da pesquisa, o seu anonimato foi garantido, podendo sua participação ser interrompida em qualquer instante da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos sujeitos e pelo pesquisador (anexo B). Esses procedimentos obedeceram às normas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP/USP e aprovado pelo processo nº 265/2006 – 2006.1.1133.59.1, elaborados de acordo a resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos (anexo A).

4.2 Material e Procedimento.

4.2.1 Avaliação das Capacidades Físicas

A verificação da performance dos componentes da aptidão física relacionada à saúde^{4,26,51,93} em portadores de HIV/aids, após a participação em um programa de condicionamento físico, foi realizada com base em testagem antes e depois da administração do programa, todos os testes aplicados foram de campo e seus procedimentos realizados pelo pesquisador.

O Colégio Americano de Medicina Desportiva¹⁴ identifica cinco componentes da aptidão física que estão relacionados à saúde. O presente estudo verificou o desempenho em quatro desses componentes, aptidão aeróbica, força, resistência muscular localizada e composição corporal. A composição corporal, embora considerada como componente da aptidão física relacionada à saúde, está, nesta pesquisa, relacionada como fator determinante e influenciador da lipodistrofia, sendo assim foi como tal considerado e analisado.

1. Aptidão Aeróbica: Teste do banco de 3 minutos da YMCA.

Procedimento: Nesse teste o avaliado tem de subir e descer de um banco com trinta centímetros e meio de altura durante três minutos em uma cadência de noventa e seis batimentos por minuto e determinar a frequência cardíaca imediatamente após o final do

teste. Primeiramente o avaliado ouve o metrônomo para se acostumar com a cadência (96 bpm), o avaliado deve se posicionar em frente ao banco e subi-lo, podendo realizar os ciclos de subida alternando as pernas, uma vez com a direita outra vez com a esquerda, ou ainda subir durante um minuto e meio com uma perna e o um minuto e meio restante com a outra, ao final do teste, o avaliado se senta no próprio banco e após um minuto determinar a frequência cardíaca, esse valor é o escore para o teste^{35,38}.

Materiais utilizados:

01 Relógio de marca Polar®, modelo M91 com freqüencímetro para controle de frequência cardíaca e cronômetro digital,

01 plataforma (step) com 8 suportes de apoio (altura total 30,5) fabricados de plástico injetável da marca Reebok®,

01 Esfigmomanômetro aneróide Sanny®,

01 Estetoscópio rappaporte Marshall/Premiun®,

01 Metrônomo cromático GMT200P da marca Groovin®.

2. Força: Teste de uma repetição máxima^{35,38}.

Procedimento: O teste de uma repetição máxima (1 rm) ou de carga máxima consiste na obtenção da máxima quantidade de peso que pode ser levantada na execução completa de um exercício ou movimento. Apesar da simplicidade deste teste, cuidados devem ser tomados quanto ao intervalo de descanso entre as repetições, o número de repetições utilizadas até a obtenção do máximo, a progressão da carga e a técnica correta de execução do movimento. Um mínimo de três a cinco minutos deve ser dado entre as tentativas de modo que não haja interferência da fadiga na próxima tentativa. Não se deve ultrapassar mais de quatro ou cinco tentativas para a obtenção do máximo do indivíduo. Se esse número for insuficiente, o teste deverá ser repetido numa outra ocasião, uma vez que haverá uma forte influência da fadiga no resultado final. Os exercícios escolhidos para os testes foram: supino horizontal (peitorais), puxada por trás no puxador vertical (dorsais), extensão de cotovelos no puxador alto (tríceps), extensão de joelhos (quadríceps femoral) e extensão de joelhos (bíceps femoral) na mesa flexo-extensora. Os aparelhos utilizados apresentavam blocos com cinco quilos cada um, o resultado final da avaliação foi a soma das quantidades máximas de peso que o avaliado pôde levantar em cada aparelho.

Material utilizado:

01 Aparelho de musculação multi-estações, com supino horizontal, puxador horizontal, agachamento e panturrilhas, barra horizontal, puxador vertical, barras para mergulho e abdominal infra-umbilical, com trilhos de pesos isolados de marca Vitally®, modelo Vita 8.

01 Mesa flexo-extensora aglomerada de marca Vitally®.

3. Resistência Muscular Localizada: Dois exercícios foram utilizados para mensurar a resistência muscular: flexões de braços (cotovelos) e flexões abdominais.

A - As flexões de cotovelos.

Procedimento: A posição inicial em decúbito ventral, o movimento é iniciado com articulação do cotovelo em extensão, estando as mãos posicionadas sobre o solo, na linha dos ombros. A flexão é efetuada até que o tórax toque o solo, a contagem do número de repetições é feita até a exaustão ou até que o movimento não seja realizado corretamente. Os homens devem estar com os pés e mãos apoiados no solo; para as mulheres, o movimento é realizado com os pés, joelhos e mãos apoiados no solo, os membros inferiores, tanto para os homens com também para as mulheres deverão formar uma linha reta com o tronco^{38,52}.

B - As flexões abdominais.

Procedimento: o indivíduo deve estar deitado em decúbito dorsal, com as plantas dos pés sobre o chão e calcanhares unidos. As mãos devem entrelaçar-se por trás da nuca, os pés devem fixar-se ao solo com a ajuda de um companheiro. Os cotovelos devem tocar as coxas ao final da flexão para depois retornar à posição inicial. O indivíduo deve realizar o máximo possível de flexões em um minuto^{38,52}. A cada toque do cotovelo na nuca será contada uma repetição.

Material utilizado:

- 01 Relógio de marca Polar®, modelo M91 com freqüencímetro para controle de freqüência cardíaca e cronômetro digital.
- 01 Colchonete para ginástica.

4.2.2. Avaliação em Lipodistrofia (Avaliação Antropométrica).

Má distribuição da gordura corporal, perda de gordura subcutânea nos braços, pernas e face, veias de braços e pernas mais proeminentes, aumento de gordura abdominal, maior concentração de gordura na região dorso cervical, caracterizam a lipodistrofia. Para uma identificação clara das possíveis alterações causadas pelo treinamento em musculação, ora proposto, foram consideradas duas importantes variáveis, composição corporal e perímetria.

1. Composição Corporal

Procedimento: foi utilizada a técnica de dobras cutâneas, que são medidas através da espessura do tecido adiposo subcutâneo em locais específicos do corpo, os pontos anatômicos escolhidos foram: sub-escapular, supra-iliaca, tricipital, bicipital, axilar média, abdominal, coxa e perna. Essas medidas são realizadas sempre do lado direito do avaliado por 3 vezes sucessivas, a média deve ser o valor adotado, conforme as seguintes orientações^{35,38,52}.

- a. **subescapular** é obtida obliquamente ao eixo longitudinal seguindo a orientação dos arcos costais, sendo localizada a 2 cms abaixo do ângulo inferior da escápula.
- b. **suprailíaca** o avaliado afasta levemente o braço direito para trás... mensurada no sentido oblíquo a 2 cms acima da crista ilíaca antero-superior na altura da linha axilar anterior.
- c. **tricipital** paralelamente ao eixo longitudinal do braço fig, agora na face superior, sendo seu ponto exaro de reparo a distância entre a borda super-lateral do acrômio e o olecrano...
- d. **bicipital** é determinada no sentido do eixo longitudinal do braço na sua face anterior no ponto de maior circunferência aparente.
- e. **peitoral** sua localização é no ponto de intersecção da linha axilar média com um alinha imaginária horizontal que passaria pelo apêndice xifóide.
- f. **abdominal** paralelamente ao eixo longitudinal do corpo aproximadamente a 2 cms à direita da cicatriz umbilical.
- g. **coxa** paralela ao eixo longitudinal da perna, sobre o músculo reto femoral a 2/3 da distância do ligamento inguinal e a borda superior da rótula paralelamente ao eixo longitudinal do corpo.

- h. panturrilha** se faz medialmente no sentido longitudinal na altura de maior circunferência da perna.

Material utilizado:

- 01 Adipômetro científico Sanny® modelo AMB.

Para identificar adequadamente as possíveis alterações relacionadas à lipodistrofia (lipo-atrofia e lipo-acúmulo) além da avaliação da composição corporal, fez-se necessário uma avaliação antropométrica de algumas circunferências para verificar a presença ou não de proporções ou desproporções corporais, antes e depois das atividades propostas.

2. Perimetria.

Procedimento: A perimetria é a medida que determina a circunferência em cms de um segmento corporal perpendicular ao eixo longitudinal do mesmo segmento com o objetivo de controlar e verificar a evolução do desenvolvimento entre os grupos musculares estabelecendo relações de proporcionalidade, e conseqüentemente da harmonia do físico. Para realizar a mensuração é necessário fita métrica ou trena demarcada em cms. A fita ou trena deve ser colocada no ponto antropométrico determinado, sem folga e sem aperto entre a fita e a pele do avaliado, realizando uma volta em torno desse ponto, a medida deve ser realizada 2 vezes, a média será o valor adotado, foram mensuradas as perimetrias de: ombro, tórax, cintura, abdômen, braços fletidos e relaxados, antebraços, quadril coxas e pernas^{31,40}.

Os pontos foram mensurados da seguinte forma:

- a) ombros** sobre o terço médio dos deltóides médios.
- b) tórax** mãos na cintura, medido na região dos mamilos expirando o ar na cintura sobre o ponto de menor perímetro.
- c) abdome** sobre a cicatriz umbilical.
- d) braços** com os cotovelos estendidos ao lado do corpo relaxados um pouco abduzidos circundando a fita no ponto meso-umeral ou de maior perímetro.
- e) braços** segunda medida com os cotovelos flexionados a 45 graus à altura dos ombros, sobre o ponto de maior perímetro.
- f) antebraços** os cotovelos estendidos ao longo do corpo e palmas das mãos para cima ou mãos na cintura, sobre o ponto de maior perímetro.

- g) quadril** sobre o trocânter maior de cada fêmur; nas coxas dos homens 20 cm acima da borda superior da patela, nas coxas das mulheres 25 cm acima da borda superior da patela.
- h) pernas ou panturrilhas** com os pés ligeiramente afastados, distribuindo o peso do corpo entre ambas as pernas medir no ponto de maior perímetro.

Material utilizado:

Uma trena flexível Sanny® modelo SN-4011.

Com os atestados médicos liberatórios e análises clínicas em mãos, realizadas as avaliações físicas por meio dos testes foi dado início às atividades físicas de musculação (treinamento). Durante a elaboração e planejamento das atividades foram respeitados os princípios científicos aplicados ao treinamento esportivo (musculação), que são: individualidade biológica, especificidade, continuidade, interdependência (volume x intensidade), adaptação e sobrecarga^{22,51,93}.

Os treinos foram realizados às segundas, quartas e sextas-feiras, durante o período da manhã ou tarde/noite conforme a disponibilidade dos sujeitos em local apropriado e específico para a realização das atividades, situado à rua Campos Sales 167, sempre supervisionados e acompanhados por um professor de educação física e um estagiário.

Tanto no início como também no final das sessões de treinamento a frequência cardíaca e pressão arterial dos sujeitos foram mensuradas, exercícios de aquecimento e relaxamento foram inseridos nas sessões.

Correspondente à fase inicial de treinamento, fase de adaptação, foram prescritas três séries com quinze repetições de exercícios com intervalo de noventa segundos entre as séries, em cada um dos aparelhos utilizados nos testes de força, com 40% do valor do peso levantado em kg, além da inclusão de novos exercícios como: rosca alternada, elevação lateral de braços, tríceps francês, crucifixo, remada curvada e também de aparelhos como: halteres (1kg, 2Kg e 5 Kg), 2 barras adaptadas para anilhas (2Kg, 4Kg e 5 Kg), caneleiras (1 Kg, 2Kg e 3Kg),

De acordo com os princípios científicos ora mencionados, foram previstas sessenta sessões de treinamento, completadas essas sessões os sujeitos passaram por novos testes para a verificação dos resultados entre os componentes físicos.

4.2.3 Entrevista sobre percepção de qualidade de vida.

A verificação das respostas referentes à percepção da qualidade de vida em portadores de HIV/aids, após a participação em um programa de condicionamento físico, foi realizada através de entrevistas individuais gravadas administradas segundo o procedimento utilizado por Figueiredo e Ribeiro¹³, que compreende 3 etapas:

1. Evocação: Após rapport, onde foram discutidas questões sobre participação, consentimento informado e as informações relevantes sobre a entrevista como a adesão espontânea, o sigilo, a devolução dos resultados e a resolução das dúvidas, foi pedido à pessoa entrevistada que reflita sobre o que considera mais importante no programa.

“Começaremos agora nossa entrevista. Antes, porém, eu gostaria que você pensasse um pouco, em silêncio, sobre o que iremos conversar, ou seja, sobre como está sendo a experiência de participar das atividades de musculação do núcleo multi-profissional de condicionamento. Procure pensar em tudo o que é e foi importante para você neste período, tanto as coisas negativas como positivas. Vou dar um tempinho para você pensar, em silêncio, sobre isso e, quando você já tiver terminado me avise. Certo?”

2. Enunciação: Após o sujeito manifestar sobre ter pensado a respeito do que lhe foi solicitado, o entrevistador pergunta sobre o que de mais importante foi refletido a respeito do assunto em questão.

“Agora fale devagar para eu anotar, ou escreva você mesmo o que de mais importante você pensou sobre o que perguntei, sempre de forma simples e tranqüila. Se for mais fácil, faça uma lista, anote o que pensou e depois me fale”.

3. Averiguação: Uma vez recolhidos os enunciados do sujeito, a entrevista propriamente dita, foi iniciada e gravada que consistiu na verificação e discussão dos conteúdos evocados na primeira fase.

“Iremos, agora, conversar sobre o que está escrito no papel. Como já havíamos combinado, esta parte da conversa será gravada, de forma que fique mais fácil e eu não esqueça alguns detalhes importantes do que você me disse. Caso haja alguma parte que você não queira que eu grave, pode me avisar, que eu interrompo a gravação, até que você me autorize a continuar a gravando. Se você deixar, eu gostaria de fazer anotações, nos momentos em que não estivermos gravando, logicamente lhe mostrando o que foi escrito para ver se você concorda. Podemos começar?”

4.2.4. Análise de conteúdo e tratamento dos dados

Esta fase foi realizada com base em estudos qualitativos, considerando o material recolhido durante todo o processo. Dado o enfoque pontual que caracteriza as avaliações tradicionais, a análise de conteúdo procedida considerou as categorias *a posteriori*, identificadas no processo em que cada indivíduo está mergulhado, devendo se referir a mudanças, necessidades, formação de background, geração e apropriação de conhecimentos, manejo de tensões ao longo do programa²⁴.

As transcrições das entrevistas individuais foram estudadas tendo como complemento as anotações realizadas durante as sessões. A análise qualitativa foi processada com base em procedimentos²⁴ que destacam conteúdos temáticos *a posteriori*, identificados a partir das sínteses realizadas, fundamentadas e realizadas em diferentes etapas através de análises sucessivas pela seguinte ordem:

Primeira Fase: Realizada sobre as transcrições das gravações das entrevistas, nesta fase, a junção para síntese se efetuou partindo de conteúdos comuns dentro de uma mesma entrevista, composta pelas seguintes etapas:

Quadro 2. Análise de conteúdo (primeira fase)

TRANSCRIÇÃO DO MATERIAL	
PRIMEIRA FASE Sujeitos	A. LEITURA INICIAL
	B. MARCAÇÃO
	C. CORTE
	D. PRIMEIRA JUNÇÃO
	E. NOTAÇÃO
	F. ORGANIZAÇÃO E PRIMEIRA SÍNTESE

- A. Leitura Inicial:** Compreendendo uma série de leituras em profundidade, onde foram identificados alguns trechos preliminares, relativos às categorias temáticas tratadas nas entrevistas.
- B. Marcação:** Nesta etapa, alguns trechos das transcrições foram selecionados, destacando os conteúdos correspondentes às categorias temáticas, além de outros conteúdos julgados significantes.
- C. Corte:** Os trechos selecionados foram, retirados do texto e dispostos em protocolos especiais, visando notações e observações marginais, para a análise de conteúdos.
- D. Notação:** Observações marginais foram realizadas sobre cada um dos trechos,

comentando-os e localizando-os na literatura e no contexto das entrevistas.

- E. Primeira Junção:** Os trechos recortados e suas respectivas notações foram agrupados por sujeito, visando a primeira síntese.
- F. Primeira síntese:** As observações marginais serviram de referencial para a organização dos dados em uma *segunda junção*, onde foram agrupados os trechos dos sujeitos, incluído-os em categorias temáticas *a posteriori*.

Segunda Fase: Realizada sobre a segunda junção, se referindo aos conteúdos comuns às várias entrevistas. O quadro, a seguir, apresenta, resumidamente, as diversas etapas deste procedimento:

Quadro 3. Análise de conteúdo (segunda fase)

SEGUNDA JUNÇÃO	
SEGUNDA FASE (CONTEÚDOS)	G. LEITURA INICIAL
	H. ORGANIZAÇÃO
	I. NOTAÇÃO
	J. REDAÇÃO FINAL E SEGUNDA SÍNTESE

- G. Leitura Inicial:** Da mesma forma que a fase anterior, compreendeu uma série de leituras em profundidade, onde foram identificados alguns trechos para as análises preliminares, agora por categorias temáticas.
- H. Organização:** Os trechos selecionados foram agrupados, classificando-os em subcategorias, ou seja, segundo conteúdos específicos de uma das categorias temáticas, em particular.
- I. Notação:** Tomando um protocolo de notação semelhante ao utilizado durante a primeira fase, as notações anteriores foram ampliadas e relacionadas entre si, dentro de uma mesma categoria temática.
- J. Segunda síntese:** De posse dos resultados da segunda notação, uma segunda síntese foi realizada considerando os processos conjugados de todos os subgrupos estudados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.

Os resultados serão apresentados em dois tópicos:

- ✚ Estudo de casos, envolvendo dois níveis de avaliação:
 - Avaliação das capacidades físicas, dividida em:
 - componentes da aptidão física relacionada a saúde (aptidão aeróbica, força e resistência muscular localizada) e
 - lipodistrofia (composição corporal e perímetria)
 - Análise de conteúdo das entrevistas

Os dados foram discutidos com base em estudos de caso, considerando o pequeno número de participantes na pesquisa, envolvendo análises descritivas das condições físicas iniciais e finais das pessoas, visando dar, também, uma maior visibilidade às situações e fenômenos conseqüentes da prática em atividade física. Uma descrição detalhada dos dados obtidos e sua interpretação complementam essas informações.

O cruzamento desses dados trouxe benefícios para a avaliação dos processos de apropriação desse programa por parte das pessoas portadoras da infecção, seus familiares, profissionais da saúde e comunidade em geral.

Os nomes aqui adotados são fictícios mantendo o sigilo sobre a identidade dos participantes.

5.1. Avaliação das capacidades físicas.

A. Mariana.

Mariana tem 41 anos, é casada, teve três filhos, um faleceu, o filho mais velho é mulher tem hoje 21, o mais novo um menino de 15 anos. O falecimento do filho do meio não tem relação com a infecção. Aposentada, trabalhava como camareira. Teve conhecimento da infecção em 1998, após a confirmação da doença em Flávio, seu marido.

Nasceu em Sacramento-MG-, tem primeiro grau completo. Não se classifica dentro de uma religião, mas afirma ser simpatizante do espiritismo mesa branca.

Nunca fez atividade física orientada, suas atividades se restringiam ao antigo trabalho. Nas entrevistas iniciais demonstrava descontentamento em relação à sua aparência física, se sentia facilmente identificada como soropositiva para o HIV por ser franzina e extremamente magra. Apresentava sinais de lipo-atrofia em todos os segmentos corporais,

inclusive na face, seu objetivo era o de ganhar perimetria em todos os segmentos.

Começou a participar do núcleo de condicionamento no início de 2006, sua avaliação inicial foi em 15/03/06, a partir daí foi um dos participantes mais assíduos, não só no programa de condicionamento físico, mas também em outros programas desenvolvidos pelo Grupo de Humanização e Incentivo à Vida (GHIV). Infelizmente atualmente não está fazendo atividades físicas devido a problemas de saúde não relacionados com a infecção, está sempre se comunicando e dando notícias sobre sua saúde e de Flávio. Dos participantes foi quem mais ampliou suas relações sociais. Demonstrava satisfação e prazer em fazer parte do programa.

- Aptidão Física Relacionada à Saúde

Quadro 4. Componentes da Aptidão Física Relacionada à Saúde de Mariana.

Mariana		Antes	Depois	Diferença
AVALIAÇÃO FÍSICA	Aptd. Aeró.(bpm)	136	120	-16
	Força Geral(kg)	100	140	+40
	RML Br.(rpt)	22	30	+8
	RML Abd.(rpt)	21	40	+19

O quadro 4 representa os componentes da Aptidão Física Relacionada à Saúde de Mariana onde ganhos em suas capacidades físicas puderam ser observados. No teste de aptidão aeróbica seu escore final foi de 16 bpm a menos quando comparado ao teste inicial, demonstrando melhora em seu sistema cardio-respiratório, que conseguiu suprir as mesmas necessidades de seu organismo no teste inicial, (teste do banco de 3 minutos da YMCA), com menor custo.

A capacidade de força indica aumento em 40 kg, em relação à resistência muscular localizada houve aumento em 8 repetições nas flexões de braço e 19 repetições nas flexões abdominais, melhorando assim suas condições de realizar atividades que até então sentia grande dificuldade ao fazer. As atividades diárias sejam elas realizadas no trabalho, em casa, no esporte ou no lazer, dependem de uma melhor performance dessas capacidades físicas.

Os resultados verificados levaram, sem dúvida, a uma melhor qualidade de vida de Mariana. Essa afirmação pode ser constatada pela sua entrevista.

- Lipodistrofia.

Quadro 5. Composição Corporal de Mariana.

Mariana		Antes	Depois	Diferença
COMPOSIÇÃO CORPORAL (mm)	Subescapular	12	12	0
	Suprailíaca	9	9	0
	Tricipital	7	8	+1
	Bíceps	5,5	6	+0,5
	Axilar média	13	12	-1
	Abdominal	17	17	0
	Coxa	13	14	+1
	Perna	8	8	0

Dos oito pontos determinados para se mensurar a composição corporal em Mariana dois apresentaram acréscimo em 1mm (tricipital e coxa), o bíceps aumento em 0,5 mm e a axilar média decréscimo em 1mm, os outros quatro não apresentaram nenhuma alteração o que representa aumento em sua composição corporal somente nos membros superiores e inferiores.

Quadro 6. Perimetria de Mariana

Mariana		Antes	Depois	Diferença
PERIMETRIA TRONCO (cm)	Ombro	88	93,5	+5,5
	Tórax	77	85	+8
	Cintura	69	70,5	+1,5
	Abdômen	64	68	+4
PERIMETRIA MEMBROS SUPERIORES (cm)	Br.Dr.	20	22,5	+2,5
	Br.Dr.Fl.	21	23,5	+2,5
	Ab.Dr.	20	21	+1
	Br.Es.	20	23	+3
	Br.Es.Fl.	20	24	+4
	Ab.Es.	20	20,5	+0,5
PERIMETRIA MEMBROS INFERIORES (cm)	Quadril	77	79	+2
	Cx.Dr.	37,5	39	+1,5
	Cx.Es.	38	40	+2
	Pn.Dr.	26	27	+1
	Pn.Es.	26	27	+1

Na perimetria inicial Mariana apresentou sinais evidentes de lipo-atrofia em todos os pontos dos três segmentos corporais mensurados, segundo ela “*sempre fui magra, mas depois da doença e dos tratamentos emagreci mais ainda*”. Seu tronco, braços e pernas se apresentaram bastante finos. Sua face apresentava sinais também evidentes de lipo-atrofia, o que a levou a fazer preenchimento com metacrilato.

Com o treinamento de musculação ganhos em perimetria foram constatados em todos os pontos mensurados, diminuindo assim esses sinais. Segundo ela, assim que puder dará

continuidade ao treinamento, objetivando maior aumento de coxas, pernas e glúteos.

A constatação de maior relevância, no caso de Mariana, é que em seu caso esses ganhos foram em massa magra (tecido muscular).

B. Flávio

Flávio tem 38 anos é casado com Mariana, também nascido em Sacramento, trabalha como metalúrgico, possui 1º grau completo, diz acreditar em Deus, mas não pertencer a nenhuma religião. Gostava da noite, saindo pelo menos duas vezes por semana, acredita que foi nesse período contraiu a doença, não gosta de falar sobre o assunto, sente muito remorso por ter contagiado Mariana.

Sua imagem corporal não apresentava sinais claros de lipodistrofia, ele diz ter demorado a identificar alterações corporais como diminuição na perimetria de braços, coxas e pernas e maior concentração de gordura na região do tórax. Ao contrário de Mariana era bastante ativo fisicamente, em sua profissão estava constantemente realizando esforço físico intenso, além disso, jogava futebol regularmente, duas vezes por semana, o que facilitou seu desempenho durante as atividades.

Sua participação ficou bastante vinculada à de Mariana, deixava claro que estava ali por ela. Assim que Mariana interrompeu sua participação no programa Flávio nunca mais apareceu.

- Aptidão Física relacionada à Saúde.

Quadro 7. Componentes da Aptidão Física Relacionada à Saúde de Flávio

Flávio		Antes	Depois	Diferença
AVALIAÇÃO FÍSICA	Aptd. Aeró.(bpm)	136	130	-6
	Força Geral(kg)	230	285	+55
	RML Br.(rpt)	36	42	+6
	RML Abd.(rpt)	35	42	+7

As capacidades físicas demonstraram melhora, no teste do banco, onde é mensurada a aptidão aeróbica sua frequência cardíaca diminui em 6 bpm. Seu ganho em força geral foi de 55 kg, já nos testes de resistência muscular localizada o número de repetições aumentou em 6 para as flexões de braços e em 7 para as flexões abdominais.

Assim como em Mariana os componentes avaliados puderam oferecer a Flávio

melhores condições para realizar suas tarefas diárias e melhorar, segundo ele mesmo, seu desempenho no futebol.

- Lipodistrofia.

Quadro 8. Composição Corporal de Flávio.

Flávio		Antes	Depois	Diferença
COMPOSIÇÃO CORPORAL (mm)	Subescapular	15	14	-1
	Suprailíaca	9	9	0
	Tricipital	8	8	0
	Bíceps	8	8	0
	Axilar média	10	9	-1
	Abdominal	7	6	-1
	Coxa	7	7	0
	Perna	6	5	-1

A composição corporal de Flávio se apresentou inalterada em quatro pontos mensurados (suprailíaca, tricipital, bíceps e coxa) e diminuição em 1mm nos outro quatro pontos restantes (subescapular, axilar média, abdominal e perna), vale ressaltar que três desses pontos em que se verificou diminuição coincidem com os locais onde ele mesmo havia identificado maior acúmulo de gordura após o início do tratamento com anti-retrovirais.

Quadro 9. Perimetria de Flávio.

Flávio		Antes	Depois	Diferença
PERIMETRIA TRONCO (cm)	Ombro	115	115	0
	Tórax	98	95	-3
	Cintura	90	90	0
	Abdômen	93	91	-2
PERIMETRIA MEMBROS SUPERIORES (cm)	Br.Dr.	32,5	34	+1,5
	Br.Dr.Fl.	35	36	+1
	Ab.Dr.	27,5	29	+1,5
	Br.Es.	31	33	+2
	Br.Es.Fl.	34	35,5	+1,5
	Ab.Es.	27	28,5	+1,5
PERIMETRIA MEMBROS INFERIORES (cm)	Quadril	89	90	+1
	Cx.Dr.	55	56	+1
	Cx.Es.	52,5	54	+1,5
	Pn.Dr.	37,5	38	+0,5
	Pn.Es.	37	38	+1

Flávio apresentou aumento em perimetria em todos os pontos do membro superior e inferior. A perimetria de tronco apresentou resultados diferentes, nos pontos ombro e cintura não houve alteração, tórax diminuição em 3 cm e abdômen diminuição em 2 cm.

Os resultados demonstram que o treino proporcionou ganhos em perimetria nos locais onde era identificado um começo de lipo-atrofia e perdas em perimetria onde se identificava um começo de lipo-acúmulo.

Na análise conjunta de composição corporal e perimetria identifica-se diminuição de massa gorda (tecido adiposo) e aumento de massa magra (tecido muscular).

C. Brito.

Brito, 30 anos é professor de biologia no ensino médio da rede pública estadual, solteiro dos participantes foi o que menos demonstrou ânimo e disposição para a participação do programa. Natural de Bauru, seu contágio foi através de relações homossexuais durante os anos de 1997 a 2000 na faculdade de biologia, em São Paulo, não tem religião.

Seu primeiro contato com o programa de treinamento foi em 28/11/2005. De acordo com seus relatos iniciais nunca praticou e tampouco gostou de praticar atividades físicas, iniciou o programa por estar envolvido em outras atividades desenvolvidas pelo GHIV. Algumas vezes dizia algo parecido com: *“O quê estou fazendo aqui? Isso não vai mudar nada do meu quadro mesmo”*. Mesmo assim completou as 60 sessões de treinamento programadas. Depois dos resultados se mostrou mais animado e participativo.

Mesmo franzino, sua imagem corporal não demonstrava sinais de lipodistrofia.

- Aptidão Física relacionada à Saúde

Quadro 10. Componentes da Aptidão Física Relacionada à Saúde de Brito

Brito		Antes	Depois	Diferença
AVALIAÇÃO FÍSICA	Aptd. Aeró.(bpm)	154	128	-26
	Força Geral(kg)	165	200	+35
	RML Br.(rpt)	21	25	+4
	RML Abd.(rpt)	24	31	+7

Em sua aptidão aeróbica, o resultado final foi de 26 bpm a menos que o inicial, relatou estar ansioso e nervoso no primeiro, o que pode ter elevado sua frequência cardíaca fato que não ocorreu no teste final. Seus resultados nas capacidades neuro-musculares de força e resistência muscular localizada não foram tão expressivos, na primeira 35 kg acima do teste inicial, na segunda foram 4 repetições a mais nas flexões de braço e 7 repetições a mais em flexões abdominais.

- Lipodistrofia.

Quadro 11. Composição Corporal de Brito

SUJEITO 3 (Brito)		Antes	Depois	Diferença
COMPOSIÇÃO CORPORAL (mm)	Subescapular	14	9	-5
	Suprailíaca	7	5	-2
	Tricipital	8	7	-1
	Bíceps	5	3	-2
	Axilar média	11	7	-4
	Abdominal	16	9	-7
	Coxa	8	7	-1
	Perna	6	5	-1

Apesar de seu aspecto franzino a composição corporal de Brito não apresentou escores inferiores àqueles encontrados nos participantes mais robustos, em todos os pontos mensurados foi constatado diminuição em seus valores (tecido adiposo).

Quadro 12. Perimetria de Brito

SUJEITO 3 (Brito)		Antes	Depois	Diferença
PERIMETRIA TRONCO (cm)	Ombro	108	107	-1
	Tórax	89,5	86	-3,5
	Cintura	76	75	-1
	Abdômen	76	75	-1
PERIMETRIA MEMBROS SUPERIORES (cm)	Br.Dr.	25,5	26	-0,5
	Br.Dr.Fl.	28	27,5	-0,5
	Ab.Dr.	24	24	0
	Br.Es.	26	24	-2
	Br.Es.Fl.	28	27,5	-0,5
	Ab.Es.	23,5	23	-0,5
PERIMETRIA MEMBROS INFERIORES (cm)	Quadril	83	80,5	-2,5
	Cx.Dr.	43	41,5	-1,5
	Cx.Es.	43	42	-1
	Pn.Dr	31	30	-1
	Pn.Es.	32	32	0

Brito apresentou diminuição em quase toda a sua perimetria, somente ante-braço direito e perna esquerda não foi constatada variação. Não houve ganho em massa magra (tecido muscular) somente diminuição de tecido adiposo.

D. Ana Maria.

Ana Maria está com 47 anos, natural de Barretos, possui 2º grau completo. Em seu primeiro casamento teve dois filhos, um homem e uma mulher. A filha, segundo ela, foi brutalmente assassinada pelo marido.

Após a separação levou uma vida promíscua, nesse período conheceu seu segundo marido, após o conhecimento da infecção não procuraram saber quem transmitiu para quem a soropositividade para o HIV. Assim como Mariana também foi camareira, hoje divide com o marido o trabalho em seu estabelecimento comercial, uma mercearia.

Sempre foi a mais comunicativa dos participantes, mesmo com todas as dificuldades apresentadas para acompanhar as atividades não desanimou e tampouco desacreditou nos benefícios que os exercícios físicos poderiam trazer ao seu quadro clínico.

Dos participantes foi quem mais manteve contato sempre perguntando algo sobre o treino, tirar uma dúvida, reclamar de alguma indisposição, foi quem mais ofereceu feed-back durante todo o trabalho.

Durante o programa as alterações psicossociais ficaram evidentes, o que pode ser confirmado pela entrevista. Por ela seriam feitas cinco sessões de treinamento por semana, não três como programado.

Seus objetivos iniciais eram perder medida e diminuir a composição corporal, se sentia “inchada” em consequência do uso da medicação, reclamava da evidente lipo-atrofia facial o que a levou a fazer preenchimento com metacrilato.

- Aptidão Física relacionada à Saúde.

Quadro 13. Componentes da Aptidão Física Relacionada à Saúde de Ana Maria.

Ana Maria		Antes	Depois	Diferença
AVALIAÇÃO FÍSICA	Aptd. Aeró.(bpm)	0	136	+136
	Força Geral(kg)	50	105	+55
	RML Br.(rpt)	0	17	+17
	RML Abd.(rpt)	0	20	+20

Das capacidades físicas mensuradas, somente em uma Ana Maria conseguiu completar o teste inicial. Os testes iniciais da aptidão aeróbica, resistência muscular localizada de membros superiores e tronco não foram realizados, apenas o teste de força realizado.

Nas reavaliações Ana conseguiu realizar todos os testes, em aptidão aeróbica conseguiu completar o teste sem dificuldade. Sua força geral aumentou em 55 kg, nos testes de resistência muscular localizada obteve os melhores resultados em valores absolutos, foram 17 repetições a mais nas flexões de braço e 20 repetições a mais nas flexões de tronco.

- Lipodistrofia

Quadro 14. Composição Corporal de Ana Maria

Ana Maria		Antes	Depois	Diferença
COMPOSIÇÃO CORPORAL (mm)	Subescapular	26	25	-1
	Suprailíaca	19	18	-1
	Tricipital	16	10	-6
	Bíceps	9	9	0
	Axilar média	18	17	-1
	Abdominal	27	22	-5
	Coxa	8	8	0
	Perna	26	25	-1

A composição corporal chama atenção especial em dois pontos mensurados o tricipital, e o abdominal, 6mm e 5mm respectivamente, nos outros ocorreu manutenção ou diminuição em apenas 1 mm.

Quadro 15. Perimetria de Ana Maria.

Ana Maria		Antes	Depois	Diferença
PERIMETRIA TRONCO (cm)	Ombro	104	103	-1
	Tórax	107	104	-3
	Cintura	93,5	90,5	-3
	Abdômen	91	89,5	-1,5
PERIMETRIA MEMBROS SUPERIORES (cm)	Br.Dr.	28	27	-1
	Br.Dr.Fl.	31	27,5	-3,5
	Ab.Dr.	25	24	-1
	Br.Es.	26	26	0
	Br.Es.Fl.	30	26,5	-3,5
	Ab.Es.	24	23,5	-0,5
PERIMETRIA MEMBROS INFERIORES (cm)	Quadril	104	100	-4
	Cx.Dr.	53	50,5	-2,5
	Cx.Es.	52	50	-2
	Pn.Dr	36	34	-2
	Pn.Es.	35	34	-1

Os resultados da perimetria de Ana Maria podem representar as mesmas alterações que ocorreram em Brito. O decréscimo na composição corporal e a diminuição em perimetria apresentam queda no tecido adiposo sem ganhos em tecido muscular. Vale ressaltar que a perda em 3,5 cm da perimetria de braços fletidos reflete a diminuição em 6mm da composição

corporal do ponto tricípital citada anteriormente.

E. Carlos César.

Carlos César 38 anos, solteiro, nascido em Barrinha, estado de São Paulo, tem 1º grau completo, é católico. Já trabalhou como “bóia fria”, hoje é proprietário de uma pensão no centro da cidade de Ribeirão Preto, Teve conhecimento de sua infecção em 1999, o contágio ocorreu através de relações homossexuais.

No início do programa Carlos César se mostrou tímido, retraído, fechado, com o decorrer do treinamento tornou-se, entre os participantes do sexo masculino o mais participativo, não faltava de um treinamento sendo sempre o primeiro a chegar.

Vaidoso, gostava de expor os comentários que ouvia sobre as alterações em sua fisionomia e em seu humor. Assim como Mariana e Ana Maria, também fez preenchimento facial com metacrilato.

Dificilmente faltava, após a reavaliação apresentou problemas gástricos que o levaram a uma cirurgia, dizia voltar imediatamente aos treinos assim que recuperado.

- Aptidão Física relacionada à Saúde.

Quadro 16. Componentes da Aptidão Física Relacionada à Saúde de Carlos César.

Carlos César		Antes	Depois	Diferença
AVALIAÇÃO FÍSICA	Aptd. Aeró.(bpm)	152	156	+4
	Força Geral(kg)	260	300	+40
	RML Br.(rpt)	21	35	+14
	RML Abd.(rpt)	23	24	+1

Carlos César foi o único que não apresentou melhora em sua aptidão aeróbica, em sua reavaliação seus batimentos aumentaram em 4 por minuto, afirmou não estar ansioso, ter dormido mal, tomado alguma medicação diferente ou outro motivo que possa ter causado essa alteração não esperada. Nas outras capacidades físicas apresentou melhora, sua força geral aumentou em 40 kg, a resistência dos membros superiores passou de 21 repetições iniciais para 35, aumentando em 14 repetições. No teste de resistência muscular localizada de tronco queixou-se de dor abdominal, houve aumento de apenas uma repetição.

- Lipodistrofia

Quadro 17. Composição Corporal de Carlos César.

Carlos César		Antes	Depois	Diferença
COMPOSIÇÃO CORPORAL (mm)	Subescapular	16	15	-1
	Suprailíaca	10	8	-2
	Tricipital	8	8	0
	Bíceps	7	7	0
	Axilar média	11	10	-1
	Abdominal	8	8	0
	Coxa	7	7	0
	Perna	6	7	+1

Os resultados encontrados na composição corporal de Carlos César são semelhantes aos de Flávio. Nos pontos tricípital, bíceps, abdominal e coxa sua composição permaneceu a mesma, nos pontos subescapular e axilar média regressão em 1 mm, na suprailíaca regressão em 2 mm, somente na perna é que se verificou aumento em 1 mm.

Quadro 18. Perimetria de Carlos César

Carlos César		Antes	Depois	Diferença
PERIMETRIA TRONCO (cm)	Ombro	122	125	+3
	Tórax	103	105	+2
	Cintura	89	89,5	+0,5
	Abdômen	92	90	-2
PERIMETRIA MEMBROS SUPERIORES (cm)	Br.Dr.	34	35,5	+1,5
	Br.Dr.Fl.	35,5	37	+1,5
	Ab.Dr.	28,5	29,5	+1
	Br.Es.	33	33,5	+0,5
	Br.Es.Fl.	35	36	+1
	Ab.Es.	27	28	+1
PERIMETRIA MEMBROS INFERIORES (cm)	Quadril	95	96	+1
	Cx.Dr.	48,5	51	+2,5
	Cx.Es.	50	51	+1
	Pn.Dr	36	36	0
	Pn.Es.	36	36	0

Na avaliação de sua perimetria Carlos César só não apresentou aumento em abdômen, ponto onde ocorreu diminuição em 2 cm, local em que Carlos César demonstrava certo desconforto por caracterizar um começo de “barriga”. Tanto perna direita quanto

esquerda permaneceram com perimetria inalterada, em todos os outros pontos foi constatado aumento em perimetria. Verifica-se aumento em tecido muscular (massa magra) quando a composição corporal é relacionada com a perimetria.

F. Victor

Victor 72 anos, é aposentado da Rede Ferroviária Federal, possui 1º grau completo, é evangélico. Homem solitário sempre recorreu às profissionais do sexo para sua satisfação, hoje relata que durante sua vida promíscua nem sempre se preocupou com o uso de preservativos. Não sabe ao certo quando, como e quem o contagiou. Faz tratamento desde 1997.

Foi quem demonstrou maior dificuldade para a realização do treinamento. Além de constantes dores nas costas e joelho esquerdo, conseqüentes de uma queda de moto, sempre aparecia com uma nova indisposição ou dor, realizava os exercícios com pressa, pois nunca faltavam compromissos urgentes, principalmente idas constantes à médicos. Mesmo assim dificilmente faltava às sessões de treinamento, dizia não faltar para “ver o pessoal e poder colocar a conversa em dia”.

- Aptidão Física relacionada à Saúde.

Quadro 19. Componentes da Aptidão Física Relacionada à Saúde de Victor

Vítor		Antes	Depois	Diferença
AVALIAÇÃO FÍSICA	Aptd. Aeró.(bpm)	0	0	0
	Força Geral(kg)	125	200	+75
	RML Br.(rpt)	5	8	+3
	RML Abd.(rpt)	0	0	0

Tanto em sua avaliação como reavaliação da aptidão física, não conseguiu realizar os testes de aptidão aeróbica e resistência muscular localizada de tronco (exercícios abdominais) devido às dores já citadas. No teste de força geral seu score passou de 125 kg para 200 kg, aumento em 75 kg, já nas flexões de braço (resistência muscular localizada) aumento em 3 repetições.

- Lipodistrofia

Quadro 20. Composição Corporal de Victor.

SUJEITO 2 (Vitor)		Antes	Depois	Diferença
COMPOSIÇÃO CORPORAL (mm)	Subescapular	18	19	-1
	Suprailíaca	29	27	-2
	Tricipital	19	18	-1
	Bíceps	9	8	-1
	Axilar média	22	20	-2
	Abdominal	30	28	-2
	Coxa	28	27	-1
	Perna	23	19	-4

Vitor afirmava nunca ter ficado “tão gordo”, principalmente na região do tronco. Todos os pontos mensurados apresentaram decréscimo em seu tecido adiposo, o ponto que apresentou maior valor foi a perna, de 23mm para 19mm.

Quadro 21. Perimetria de Victor.

SUJEITO 2 (Vitor)		Antes	Depois	Diferença
PERIMETRIA TRONCO (cm)	Ombro	106	105	-1
	Tórax	98,5	97	-1,5
	Cintura	99,5	98	-0,5
	Abdômen	97	95	-2
PERIMETRIA MEMBROS SUPERIORES (cm)	Br.Dr.	29,5	29	-0,5
	Br.Dr.Fl.	30,5	29,5	-1
	Ab.Dr.	26,5	26	-0,5
	Br.Es.	30	29	-1
	Br.Es.Fl.	31,5	31	-0,5
	Ab.Es.	27	27	0
PERIMETRIA MEMBROS INFERIORES (cm)	Quadril	105	102	-3
	Cx.Dr.	52,5	52	-0,5
	Cx.Es.	52	51	-1
	Pn.Dr	32,5	32	-0,5
	Pn.Es.	33,5	32	-1,5

Excetuando o ante-braço esquerdo, todos os outros pontos da perimetria de Vitor apresentaram menores valores, a conclusão que se chega é que assim como Brito e Ana Maria, ele reduziu seu tecido adiposo sem apresentar ganho em tecido muscular.

G. Aptidão física relacionada à saúde. (síntese)

Trata-se da capacidade de rendimento que inclui componentes de funcionamento fisiológico que oferecerem proteção contra doenças degenerativas. Sua análise foi subdividida em: avaliação geral das capacidades físicas (aptidão aeróbica, força geral e resistência muscular localizada de membros superiores e tronco) e avaliação antropométrica onde através da mensuração da composição corporal e perimetria foram identificadas as alterações em lipodistrofia.

G.1. Aptidão Aeróbica

Quadro 21. Resultado sobre a avaliação da Aptidão Aeróbica.

Aptidão Aeróbica (b.p.m.)			
Sujeito	Inicial	Final	Diferença
Mariana	136	120	-16
Flávio	136	130	-6
Brito	154	128	-26
Ana Maria	0	136	+136
Carlos César	152	156	+4
Vítor	0	0	0
Média	144,5	133,5	-9

O programa de treinamento proposto pelo núcleo de condicionamento em nenhum momento contemplou exercícios que tivessem como objetivo principal o desenvolvimento do componente aptidão aeróbica, entretanto os exercícios com características neuro-motoras, como os de força e de resistência muscular localizada, prescritos durante o programa podem trazer benefício cardio-respiratório. Orientações foram dadas aos participantes sobre a importância das atividades aeróbicas, no caso específico desse grupo a caminhada foi a atividade mais indicada, porém não controlada durante a pesquisa.

Após as 60 sessões de treinamento, Mariana, Flávio e Brito apresentaram diminuição no número de batimentos cardíacos quando comparados à avaliação inicial. Carlos César, ao contrário, aumentou seu escore verificado na avaliação inicial. Ana Maria não conseguiu completar a avaliação inicial, na avaliação final completou sem dificuldade. Vítor não conseguiu completar a avaliação tampouco a reavaliação.

A média inicial da aptidão aeróbica foi de 144,5 bpm, a final 133,5 bpm, uma diminuição em 9 bpm (8,24%).

Alguns estudos,^{32,39,41,43,56,58,67,78,81,83} envolvendo atividade física e HIV/aids prescrevem, durante os treinamentos, atividades aeróbicas. Os métodos usados variaram

entre bicicleta estacionária^{32,39,56,58,67,81}, corrida e caminhada combinados^{41,43,78,83}, step⁵⁵ ou ainda todos combinados^{43,78}, em intensidade moderada, variando entre 60 e 80% da frequência cardíaca máxima. Independente do método de treinamento utilizado, a média final apresentou diminuição em 11,34% nos batimentos por minuto. Esses autores apontam para a necessidade constante de supervisão sobre a intensidade do trabalho; abaixo da porcentagem indicada não se verificam melhoras, acima são reportadas diminuição na contagem de CD 4.

Os exercícios aeróbicos têm como principal objetivo aprimorar a função cardio-pulmonar e conseqüentemente, subsidiar a qualidade de vida. No período de realização desse projeto, optou-se pela não realização dos mesmos, na perspectiva do risco do agravamento da condição do paciente. Os exercícios aeróbicos, além de aumentar a capacidade cardio-respiratória, promovem a redução na massa de gordura o que contribui favoravelmente para a redução de lipodistrofia^{14,32,39,41,43,56,58,62,67,68,78,81,83}.

G.2. Força Geral.

Quadro 22 . Resultados da avaliação da Força Geral

Força Geral			
Sujeito	Inicial	Final	Diferença
Mariana	100	140	+40
Flávio	230	285	+55
Brito	165	200	+35
Ana Maria	50	105	+55
Carlos César	260	300	+40
Vítor	125	200	+75
Média	155	205	+50

O resultado obtido em relação a esse componente físico apresentou aumento médio em 32,25%. Na avaliação inicial a média de força geral apresentada foi 155 kg, na avaliação final essa média subiu para 205 kg.

Carlos César e Flávio atingiram na avaliação inicial os melhores escores, porém, proporcionalmente aos resultados finais dos outros participantes atingiram os menores índices. Ana Maria aumentou em 110% seu nível de força

A força é importante para a manutenção de uma vida saudável, além dos benefícios estéticos e psicológicos, ela melhora as condições físicas capacitando melhor as pessoas à suportarem esforços. Nesse sentido a força é um recurso utilizado no cotidiano desde a infância até a terceira idade, ampliando as possibilidades de movimento, seja no trabalho, seja no lazer. Essas possibilidades de movimento são executadas através da segurança que o

indivíduo tem em poder exercer determinada função devido ao seu nível de força⁹³. Muitos estudos^{6,16,17,32,33,34,54,71,72,74,77,79,80,82,89}, vêm incentivando as pessoas infectadas pelo HIV, que apresentam sinais de desgaste e lipodistrofia a participarem de programas de treinamento de força.

Um treinamento de força adequado segue os princípios do treinamento esportivo, sendo o princípio da sobrecarga diretamente relacionado ao trabalho de força muscular. O princípio da sobrecarga sugere que o corpo seja submetido a cargas mais intensas de forma progressiva conhecido como treinamento resistido progressivo (TRP), ocasionando, gradativamente, uma adaptação do organismo, melhorando sua capacidade de suportar sobrecargas cada vez maiores. O músculo é desenvolvido através do aumento no tamanho das células musculares, hipertrofia, esse aumento é estimulado pela aplicação de cargas cada vez maiores^{3,42,92}.

A hipertrofia ocorre devido ao aumento das miofibrilas (as tiras finas de uma fibra muscular) por fibra muscular; aumento da densidade capilar por fibra muscular, aumento da quantidade de proteína e aumento do número total de fibras musculares⁹. Esse aumento no volume das células contribui para a diminuição da lipo-atrofia, melhorando a imagem corporal devido a uma maior proporcionalidade entre os segmentos.

G.3. Resistência Muscular Localizada. (RML).

Quadro 23 .Resultados sobre a avaliação da R.M.L. (Flexão de Braços)

Flexões de Braços			
Sujeito	Inicial	Final	Diferença
Mariana	22	30	+8
Flávio	36	42	+6
Brito	21	25	+4
Ana Maria	0	17	+17
Carlos César	21	35	+14
Vítor	5	8	+3
Média	21	26,1	+5,1

Apesar da flexão de braços não pertencer aos exercícios prescritos ele é um dos parâmetros utilizados para se verificar a resistência muscular localizada. Todos os participantes apresentaram melhora nesse teste, o aumento em 5,1 repetições representa ganhos em 24.2%. Ana Maria que não conseguiu nenhuma repetição na avaliação inicial

surpreendeu com 17 repetições na avaliação final, Carlos César apresentou aumento próximo aos 70%.

Quadro 24. Resultados sobre a avaliação da R.M.L. (Flexão Abdominal)

Flexão Abdominal			
Sujeito	Inicial	Final	Diferença
Mariana	21	40	+19
Flávio	35	42	+7
Brito	24	31	+7
Ana Maria	0	20	+20
Carlos César	23	24	+1
Vítor	0	0	0
Média	17,2	26,2	+9

Ao final do treinamento o grupo apresentou aumento em 52,3% em resistência muscular localizada de tronco, os melhores escores foram os das mulheres, Mariana realizou 19 repetições a mais (90,05%) e Ana Maria, que não havia conseguido realizar o teste inicial, conseguiu 20 repetições durante a avaliação final.

O treinamento da capacidade de resistência muscular localizada é fundamental para desenvolver qualquer trabalho de força, sem o primeiro não conseguimos desenvolver o segundo, conseqüentemente seria realizada uma série de tarefas diárias.

Durante o treinamento de musculação o desenvolvimento desse componente físico (RML) foi básico, devido às condições iniciais dos participantes não seria possível proporcionar alterações, tanto na composição corporal como também na perimetria desses indivíduos, se não fosse desenvolvida a resistência muscular localizada. O teste de uma repetição máxima, utilizado na avaliação de força dos indivíduos, serviu como base para elaboração do treinamento de RML, lembrando que 40% do total de peso conseguido em uma repetição em cada aparelho foi o valor utilizado para a elaboração das 3 séries de exercícios com 15 repetições nesses aparelhos, assim verifica-se que os próprios exercícios de musculação utilizados desenvolvimento da força também proporcionaram ganhos da resistência muscular localizada. Portanto a interpretação dos dados referentes às capacidades de força e resistência muscular localizada, necessita ser conjugada.

Os resultados encontrados corroboram os achados de vários trabalhos^{6,14,17,33,32,47,54,71,72,74,79,80,89,91} abordando o treinamento em musculação para indivíduos que

vivem com HIV/aids. Nesses trabalhos os autores identificam aumento nos níveis de força (média de 20,65%) e resistência muscular localizada (média de 33,7%). Os testes utilizados foram bastante semelhantes, todos os programas foram realizados três vezes por semana, a maior variação se verificou na duração do programa, de seis semanas Spence et al.⁷⁹, até trinta semanas Lira⁴¹, esse período corresponde a um treinamento de 18 a 90 sessões, no presente estudo foram realizadas 60 sessões.

5.2.. Avaliação Antropométrica (Lipodistrofia).

A. Composição Corporal.

Quadro 25 . Resultados da Composição Corporal Total de Tronco

Composição Corporal de Total de Tronco (mm)			
Sujeito	Inicial	Final	Diferença
Mariana	51	50	-1
Flávio	41	38	-3
Brito	48	30	-18
Ana Maria	90	82	-8
Carlos César	45	41	-4
Vítor	100	93	-7
Média	375	334	-41

A composição corporal que, segundo Barbanti⁴, representa a divisão da massa corporal em massa magra e massa gorda. O tronco é o local onde se verifica a maior incidência de lipo-acúmulo. A diminuição em 41 mm representa 11,2% a menos da concentração do tecido adiposo no tronco.

Quadro 26. Resultados da Composição Corporal Total de Membro Superior

Composição Corporal Total de Membro Superior (mm)			
Sujeito	Inicial	Final	Diferença
Mariana	12,5	14	+1,5
Flávio	16	16	0
Brito	13	10	-3
Ana Maria	25	19	-6
Carlos César	15	15	0
Vítor	28	26	-2
Média	109,5	100	-9,5

O decréscimo em 9,5 mm representa 9,2% a menos na composição corporal total dos membros superiores. Mariana foi a única que aumentou a composição corporal de membro

superior, ela era quem mais apresentava sinais evidentes de lipo-atrofia desse segmento corporal.

Quadro 26. Resultados da Composição Corporal Total de Membro Inferior

Composição Corporal Total de Membros Inferiores (mm)			
Sujeito	Inicial	Final	Diferença
Mariana	21	22	+1
Flávio	13	12	-1
Brito	14	12	-2
Ana Maria	34	33	-1
Carlos César	13	14	+1
Vítor	51	46	-5
Média	146	139	-7

A avaliação final da composição corporal de membros inferiores demonstrou decréscimo em 5,03%, em relação à avaliação inicial. Vítor apresentou a maior diminuição da composição corporal total em membros inferiores, 5 mm (10,1 %).

Guedes³⁹ ressalta freqüentes deficiências na avaliação da composição corporal através das dobras cutâneas devido ao elevado número de erros apresentado, sejam eles intra ou inter avaliadores, no caso da presente pesquisa intra avaliador, salientando que um pequeno deslocamento do adipômetro pode acarretar uma variação aproximada de 2 a 3 mm, devido a esse fato é necessário cautela na interpretação dos escores encontrados, principalmente nos pontos que apresentarem variações próximas aos valores citados acima.

O estudo da composição corporal é bastante complexo, a maior parte de trabalhos publicados sobre o tema apresenta, quase sempre, tabelas de referencias para populações específicas (uma determinada população, faixa etária, gênero, etc)³⁹.

A observação da composição corporal em indivíduos soropositivos necessita de um maior número de pesquisas, a média da composição corporal dos segmentos aqui mensurados indicou um decréscimo de 8,47%. O Colégio Americano de Medicina Desportiva¹⁴ aponta ser mais importante a análise do estado funcional e força dos indivíduos, do que destinar recursos para mensurações ainda complexas de composição corporal, considerando ainda mais adequado documentar alterações nas circunferências, principalmente a abdominal.

Estudos^{6,16,17,32,33,34,41,54,56,58,62,68,71,72,74,77,78,79,80,83,89,90,91}, tratando a prática de exercícios físicos e a composição corporal dessa população, apresentam ganhos em massa magra e conseqüente diminuição do tecido adiposo. As metodologias utilizadas são distintas, alguns trabalhos não

as reportam, em outros prevalece o uso do IMC (índice de massa corporal)^{6,32,58,71,72,74,80,89}. Nesse estudo, assim como nos de Spence et. al.⁷⁹, Wagner et al.⁹⁰, Smith et. al.⁷⁸, foi utilizado o somatório das dobras cutâneas, porém com protocolos distintos, o que dificulta a comparação entre os resultados encontrados.

Todos os autores atentam para o fato das alterações poderem ser influenciadas por alguns outros fatores além das atividades físicas, como os hábitos nutricionais e o uso de fármacos, controlados ou não durante grande parte das pesquisas, fatores que também foram controlados neste trabalho.

B. Perimetria.

Durante a análise da perimetria dos segmentos corporais não foram consideradas as médias, além de não existirem referências para perimetria, os resultados, para serem considerados positivos ou negativos, devem estar vinculados a uma melhor percepção e simetria corporal de cada indivíduo, e da concentração de tecido adiposo ou muscular daquele segmento.

Quadro 27. Resultados da avaliação da Perimetria de Tronco.

Perimetria cm (tronco)												
Ponto	Ombro			Tórax			Cintura			Abdômen		
Sujeitos	A	D	≠	A	D	≠	A	D	≠	A	D	≠
Mariana	88	93,5	+5,5	77	84	+8	69	70,5	+1,5	64	68	+4
Flávio	115	115	0	98	95	-3	90	90	0	93	91	-2
Brito	108	107	-1	89,5	86	-3,5	76	75	-1	76	75	-1
Ana M.	104	103	-1	107	104	-3	93,5	90,5	-3	91	89,5	-1,5
Carlos C.	122	125	+3	103	105	+2	89	89,5	+0,5	92	90	-2
Vítor	106	105	-1	98,5	97	-1,5	99,5	98	-1,5	97	95	-2

A perimetria de tronco representada no quadro 27 indica os locais de prevalência de lipo-acúmulo, a cintura e o abdômen.

Mariana apresentou aumento em perimetria em todos os segmentos mensurados, Carlos César só não apresentou aumento na perimetria do abdômen, nesse ponto houve redução em 2 cm. Em todos os outros participantes se verifica diminuição em todos os pontos do tronco.

Para uma melhor análise desses dados é necessário cruzar os resultados de composição corporal e perimetria do tronco. Todos os participantes apresentaram diminuição na composição corporal. Na perimetria de Flávio, Brito, Ana Maria e Vítor houve diminuição

decorrente da perda de tecido adiposo. Nos casos de Mariana e Carlos César, há aumento em circunferência sem alteração na composição corporal, indicando ganho de massa magra.

Quadro 28. Resultados da avaliação Perimetria de Membros Superiores.

Perimetria cm (membros superiores)																		
Pt.	Br.Dr.			Br.Dr.Fl.			Ab.Dr.			Br.Es.			Br.Es.Fl.			Ab.Es.		
Sj.	A	D	≠	A	D	≠	A	D	≠	A	D	≠	A	D	≠	A	D	≠
Mar.	20	22,5	+2,5	21	23,5	+2,5	20	21	+1	20	23	+3	20	24	+4	20	20,5	+0,5
Flá.	32,5	34	+1,5	35	36	+1	27,5	29	+1,5	31	33	+2	34	35,5	+1,5	27	28,5	+1,5
Bri.	25,5	26	-0,5	28	27,5	-0,5	24	24	0	26	24	-2	28	27,5	-0,5	23,5	23	0,5
Ana	28	27	-1	31	27,5	-3,5	25	24	-1	26	26	0	30	26,5	-3,5	24	23,5	-0,5
C. C.	34	35,5	+1,5	35,5	37	+1,5	28,5	29,5	+1,5	33	33,5	+0,5	35	36	+1	27	28	+1
Vít.	29,5	29	-0,5	30,5	29,5	-1	26,5	26	-0,5	30	29	-1	31,5	31	-0,5	27	27	0

A avaliação de perimetria demonstra ganhos em todos os pontos mensurados de Mariana, Flávio e Carlos César. Esses dados quando cruzados com a composição corporal dos membros superiores desses participantes indicam, para Mariana, aumento em seu volume muscular tecido adiposo, para Flávio e Carlos César, além do aumento de perimetria, diminuição na concentração de gordura e ganhos em massa muscular, esses resultados minimizam a lipo-atrofia dos membros superiores desses participantes.

Apesar de escores reduzidos ocorreu a diminuição na perimetria dos membros superiores de Brito, Ana Maria e Vítor, conseqüentes do decréscimo em tecido adiposo sem ganhos em volume muscular.

Quadro 29. Resultados da avaliação da Perimetria de Membros Inferiores.

Perimetria cm (membros inferiores)															
Pt.	Quadril			Cx. Dr.			Cx. Es.			Pn. Dr.			Pn. Es.		
Sj.	A	D	≠	A	D	≠	A	D	≠	A	D	≠	A	D	≠
Mar.	77	79	+2	37,5	39	+1,5	38	40	+2	26	27	+1	26	27	+1
Flá.	89	90	+1	55	56	+1	52,5	54	+1,5	37,5	38	+0,5	37	38	+1
Bri.	83	80,5	-2,5	43	41,5	-1,5	43	42	-1	31	30	-1	32	32	0
Ana	104	100	-4	53	50,5	-2,5	52	50	-2	36	34	-2	35	34	-1
C. C.	95	96	+1	48,5	51	+2,5	50	51	+1	36	36	0	36	36	0
Vít.	105	102	-3	52,5	52	-0,5	52	51	-1	32,5	32	-0,5	33,5	32	-1,5

As informações obtidas na perimetria de membros inferiores seguem características semelhantes à de membros superiores. Ana Maria, Flávio e Carlos César aumentaram suas circunferências, minimizando a lipo-atrofia sem alterar suas composições corporais. Brito,

Ana Maria e Vítor diminuíram a perimetria do quadril, coxas e pernas conseqüentes de menores valores em composição corporal.

A mensuração de perimetria, apesar de não apresentar valores de referência, serve como parâmetro bastante eficaz na verificação das alterações relacionadas à lipodistrofia, seja lipo-acúmulo ou lipo-atrofia. Foram identificadas ambas as alterações nos participantes. Ana Maria demonstrou os maiores sinais de lipo-atrofia em todos os segmentos corporais, seus resultados finais indicaram um aumento geral em sua perimetria. Flávio e Carlos César demonstravam sinais de lipo-acúmulo na região central do tronco, principalmente abdômen, e lipo-atrofia em braços e pernas, ao final do programa foi constatado aumento na perimetria de membros superiores, inferiores e parte superior do tronco (tórax), a perimetria abdominal diminuiu.

Mariana e Vítor apresentavam maior evidência em lipo-acúmulo, ao final das 60 sessões de treinamento a perimetria de ambos, em todos os segmentos foi diminuída. Com Brito ocorreu o mesmo fato, porém sua perimetria não indicava sinais de desproporção.

Os exercícios prescritos puderam proporcionar um maior equilíbrio entre composição corporal e perimetria, conseqüentemente uma melhor redistribuição e harmonia nas formas corporais o que pode reduzir de forma satisfatória os sinais de lipodistrofia, fato também evidenciado em outros estudos^{6,16,17,32,33,34,41,54,56,58,62,68,71,72,74,77,78,79,80,83,89,90,91}.

5.3. Análise de conteúdo das entrevistas.

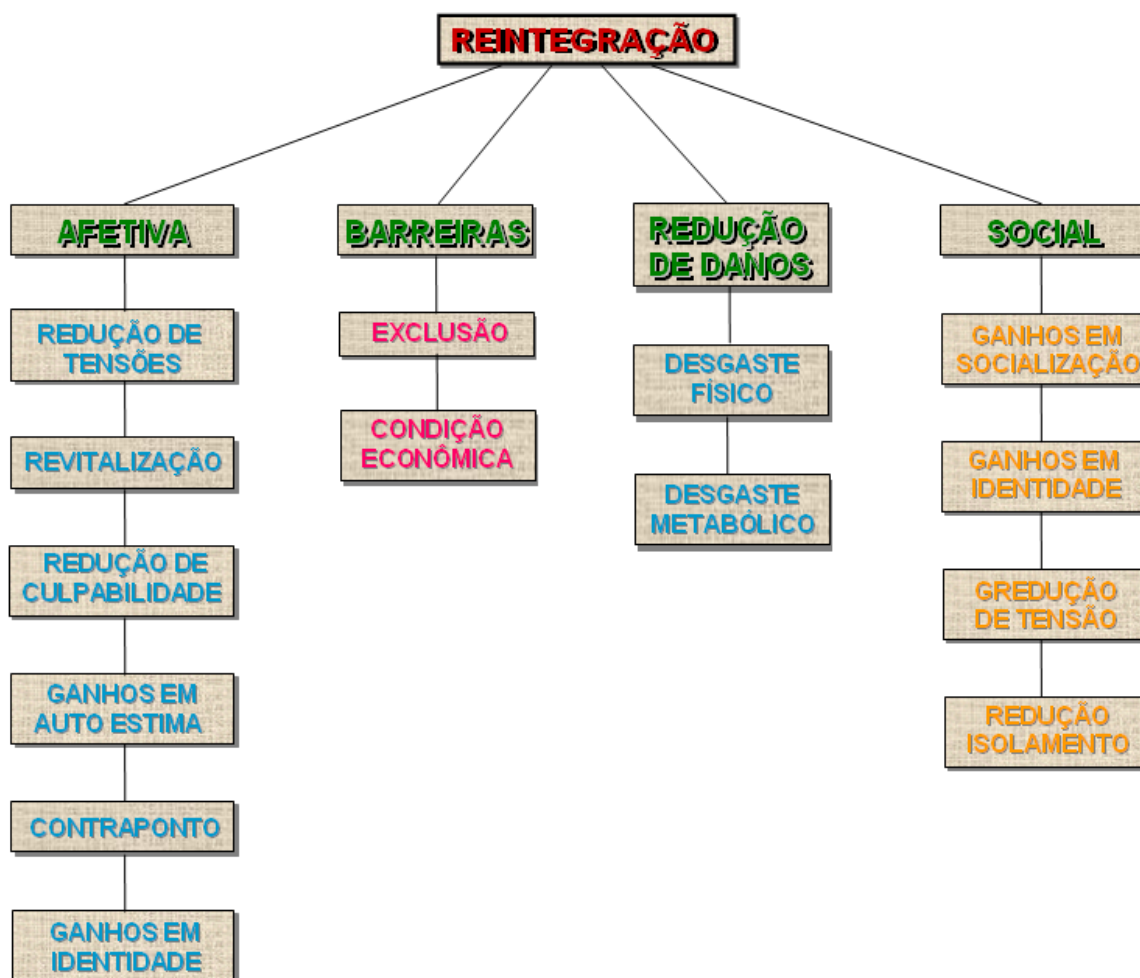
As entrevistas foram realizadas com os seis sujeitos participantes do núcleo de condicionamento físico que completaram o número mínimo de sessenta sessões de treinamento em musculação. Trata-se de entrevistas onde se evocou, enunciou e averiguou as respostas referentes à percepção da qualidade de vida em portadores de HIV/aids, após a participação em um programa de condicionamento físico.

Realizadas as entrevistas, uma análise de conteúdo foi feita sobre os depoimentos dos participantes, transcritos e incluídos em quatro **Categorias Gerais**: *Reintegração Social*, *Reintegração Afetiva*, *Redução de Sintomas* e *Barreiras*. Tais conteúdos foram desdobrados e incluídos em **Categorias Específicas** assim identificadas: *Ganhos em Socialização*, *Ganhos em Identidade*, *Redução de Tensões* e *Redução de Isolamento* (Reintegração Social); *Redução de Tensões*, *Redução de Culpabilidade*, *Revitalização*, *Ganhos em Auto-Estima*, *Contraponto* e *Ganhos em Identidade* (Reintegração Afetiva); *Desgaste Metabólico* e *Desgaste Físico* (Redução de Sintomas); e *Exclusão* e *Condição Econômica* (Barreiras), apresentadas no quadro 30 e no fluxograma 1.

Quadro 30. Relação das categorias e subcategorias identificadas

CATEGORIAS GERAIS	CATEGORIAS ESPECÍFICAS
Reintegração Social	Ganhos em Socialização
	Ganhos em Identidade
	Redução de Tensões
	Redução de Isolamento
Reintegração Afetiva	Redução de Tensões
	Redução de Culpabilidade
	Revitalização
	Ganhos em Auto-estima
	Contraponto
Redução de Sintomas	Ganhos em Identidade
	Desgaste Clínico
Barreiras	Desgaste Físico
	Exclusão
	Condição Econômica

Fluxograma 1. Categorias Gerais e Específicas identificadas nas entrevistas.



A.Mariana.

Foram evidenciadas mudanças nos planos afetivo e social, no estado psicológico e na auto-estima. Aspectos relacionados às barreiras existentes em função da exclusão sofrida também foram percebidos.

Observações apresentadas por ela mostraram indícios interessantes sobre a relação entre a qualidade de vida antes e após sua participação no treinamento de musculação, auxiliando no enfrentamento da doença.

Considerando as locuções relacionadas à categoria de *reintegração afetiva* observa-se uma *redução de tensão*, presente até o início do treinamento, quando mudanças no plano afetivo e estado emocional foram apresentadas, identificadas nas locuções a seguir:

1- Antes de eu fazer as atividades eu era uma pessoa nervosa...,

6- Aí acalmei, depois que comecei a vim aqui, antes eu brigava com ele, eu xingava ele, cheguei até a rasgar a poupa dele.

Outra subcategoria da **reintegração afetiva**, a *revitalização*, foi identificada como uma ação inicial da inércia transformada em uma reação pró-ativa.

2- Uma pessoa assim com baixo astral, só pensava em ficar deitada, não tinha ânimo pra nada e não tinha vontade de sair, minha vida tinha acabado..

5- Se eu tinha de ficar dentro de casa ele tinha de ficar também, hoje ele sai pra se divertir eu saio junto com ele, de terça feira ele sai pra jogar bola eu vou junto.

Idéias de culpa e introjeção do estigma, também observadas antes da participação no programa, foram minimizadas dada a *redução de culpabilidade* identificada no depoimento.

3- Tinha vergonha de sair pra rua, achava que todos estavam me olhando, me condenando...

Como consequência, outra subcategoria, *ganhos em auto-estima*, se manifesta após as atividades físicas.

4- minha auto-estima melhorou...

7- aí peguei e falei pra ele: sabe o que acontece, agora eu aprendi a gostar de mim primeiro.

Quanto à categoria de **reintegração social** foram constatadas alterações no plano das relações.

11- Eu chegava num ônibus, sentava lá atrás.

Essa locução identifica uma *redução nos níveis de tensão* presente nas relações sociais de Mariana. Da mesma forma, *ganhos em socialização* também são observados, como demonstram as locuções a seguir:

8- Fiz muitos amigos aqui... eu tenho mais amizade com eles do que com a família do meu marido que mora aqui,

12- ... faço amizade com as pessoas dentro do ônibus, pessoas que eu nunca nem vi antes... antes eu era uma pessoa muito fechada, antes eu não falava com ninguém,

Ainda através do programa novos núcleos sociais se formaram, proporcionando não

somente maior socialização, como também *ganho em identidade*, aumentando o vínculo afetivo entre alguns dos participantes do programa.

Apesar da *reintegração afetiva e social*, outra categoria é identificada, na existência de *barreiras*, onde a *exclusão* e o estigma, principalmente por parte de membros da família, contrários a sua necessidade de reconhecimento e aceitação.

10-Principalmente os seus parentes, eles olham na gente sabe, parece que pra eles a gente chega num lugar assim, parece que a gente é meio excluído, falta de orientação deles né? Eu acho assim, se eles chegasse e perguntasse, conversasse com a gente né...

Mariana cita alterações em qualidade de vida como conseqüências da participação no programa de condicionamento físico. Alguns pontos do depoimento demonstram com clareza o significado dessa participação.

“Antes de eu fazer as atividades eu era uma pessoa nervosa... éééé... uma pessoa assim com baixo astral, só pensava em fica deitada, não tinha ânimo pra nada e não tinha vontade de sair, minha vida tinha acabado, que mais?...Minha vida tinha acabado.”

“Me sentia uma inútil, hoje não, eu danço, eu brinco, fui na chácara...ééé’....sábado, lá no aniversário eu era a mais novinha né, jogando vôlei, tudo meninão (risos), minha filha, meu genro, minhas cunhada, tudo mais nova, eu era a mais menininha né... eu tava me sentindo igual à eles.”

Tais depoimentos, inicialmente com sentimentos de finitude, quando a vida, para ela, tinha acabado, terminam com sinais de continuidade, de recomeço, de reinício, na direção de uma nova vida.

A participação de Mariana no programa de condicionamento apontou para novas perspectivas de vida, não somente no plano biológico demonstrado nas avaliações físicas, mas também no social e afetivo: nova vontade de viver, redescoberta da relação matrimonial, da relação com os filhos, a construção de relações sociais, novos amigos e uma nova Mariana. mais forte para enfrentar as perdas físicas e psicossociais provocadas pela infecção por HIV.

B. Flávio.

Em sua entrevista foram citadas alterações no plano afetivo e social, identificadas como conseqüentes do programa, assim como a redução de sintomas.

Também surgiram conteúdos sobre *reintegração afetiva* indicando uma *revitalização*

no contexto pessoal e inter-pessoal, principalmente sobre sua relação com Mariana.

1-No começo vim mais por causa da Mariana, não gostava muito não, mas depois vi que algumas coisas tavam melhor.

4- Nosso casamento melhorou, brigamos menos, ela ta mais calma, acho que foi por causa daqui. Antes era briga toda hora por qualquer coisa, hoje ta melhor, bem melhor. Ela me acompanha mais nas coisa, saimo mais, parece que estamos mais unido, acho que é a convivência com o pessoal.

Flávio identifica uma **redução nos sintomas** provocada pela infecção e os relaciona à participação no programa.

2- Pra você vê até pra jogar bola me sinto melhor, canso menos e meus pneuzinhos estão menor. Me sinto mais disposto, fico menos cansado.

Essas alterações evidenciam *desgaste físico* conseqüente da doença, e a diminuição desses sintomas com a prática dos exercícios.

Apesar de, em poucas palavras, Flávio sinaliza como, o mais importante, o resgate de algo perdido em seu casamento, como companheirismo e cumplicidade vivenciados pela sua participação e a de Mariana no programa de condicionamento físico.

C. Brito.

A entrevista com Brito permitiu a identificação de conteúdos relacionados à **reintegração afetiva e reintegração social**, indicando elementos de *contraponto* aos efeitos benéficos do programa.

1- Eu comecei a vir na academia de tanto a Dra. Renata insistir, nunca gostei de praticar esportes ou fazer atividade física, mas de tanto ela falar acabei vindo... vejo o pessoal e todo mundo mudou alguma coisa, em mim não vejo nenhuma diferença.

No início, Brito aponta não ser voluntária sua participação no programa, não identificando alterações, quanto a sua capacidade física, tampouco àquelas verbalizadas mais adiante considerando **reintegração social e afetiva**, mais precisamente *ganhos em socialização*:

2- Acabei fazendo amizades por aqui e com isso acabo saindo mais de casa, coisa que não fazia nunca.

Nota-se, na categoria **reintegração afetiva** conteúdos referentes a uma *redução de tensões*, fato que pode ser observado no depoimento a seguir:

3- *...a única coisa que mudou mesmo é que hoje saio mais de casa e me divirto mais e isso não tem nada a ver com os exercícios.*

Considerando a *revitalização*, pode ser observada como um elemento importante para sua **reintegração social**.

4- *Me divirto muito aqui, é bem melhor que ficar em casa assistindo televisão e pensando na doença, isso sim é que é muito triste.*

Brito demonstra, ainda com alguma esperança, sua decepção por não obter resultados físicos semelhantes aos de seus companheiros. Apesar de não reconhecer várias mudanças ocorridas no plano social e afetivo, verbaliza seu desejo de continuidade nas atividades.

“Só espero que um dia os exercícios façam tão bem pra mim como está fazendo para o pessoal .”

D. Ana Maria.

Na entrevista, Ana Maria, deixou claro as alterações ocorridas nos planos social e afetivo, demonstrando sinais de melhora quanto aos sintomas físicos e clínicos da doença. Da mesma forma, identificou alterações positivas em sua qualidade de vida após a participação no programa. No seu depoimento foi observada uma **reintegração afetiva**, representada pela *redução de tensões, revitalização e ganhos em identidade*:

1-*Ah eu acho que quando não fazia nada...eu vivia mal-humorada.*

Da mesma forma, a *revitalização*, com demonstrações de maior disposição e melhor estado de humor.

4- *não sei...acontece alguma coisa que...de bem, você fica com um bem-estar muito grande é muito bom*

9- *Muita gente falou que eu estou melhor, bem melhor, muita gente falou assim: Nossa Ana você tá bem melhor que que tá acontecendo?*

12- *Eu pelo menos não vou parar mais, nunca mais, enquanto eu tiver aqui andando vivendo eu vou fazer academia, é muito bom.*

Também, pode ser identificado um *contraponto*, confrontando sua expectativa com relação aos resultados esperados pela participação no programa.

5- ... eu não prezo estética, eu vejo meu bem-estar, meu bem-estar, eu acho que é assim em primeiro lugar.

Finalmente, a **reintegração afetiva** é afirmada pelo *ganho de identidade* decorrente do reconhecimento, por outros, dos benefícios conseqüentes da prática dos exercícios.

11- ...eles ficaram muito contentes, é bom pro ego da gente, muito bom.

Foram observados, durante a entrevista, conteúdos referentes à **redução de sintomas**, apontando uma diminuição na *disfunção física* causada pelo desgaste e emaciação provocados pela infecção.

2- Quando eu levantava assim toda torta já com dor na coluna... e todos os dias eu tomava remédio pra dor...e também eu era muito lenta pra fazer as coisas, aquela lentidão, eu era muito lenta, pra limpar a casa eu demorava dois dias, três dias, não terminava nunca, quando eu terminava ela já estava suja de novo.

10- hoje não reclamo mais né, assim eu trabalho...então eu acho que melhorou bastante.

Outra **redução de sintomas** percebida está relacionada com a recuperação das *disfunções metabólicas*.

6- Nossa meu colesterol abaixou muito, meu triglicérides, abaixou muito, antes que eu entrei na academia aqui, era muito alto ...

Quanto à **reintegração social** foram identificados *ganhos em socialização e redução de isolamento*:

3- Também meu relacionamento com as pessoas... melhora muito a cabeça muito, muito, muito, acho que se todos as pessoas soubessem como é bom.

8- ... minha vida tem duas etapas: uma antes da academia e uma depois...é duas etapas, eu acho muito bom e principalmente assim conhecer a Marília, conhecer as pessoas que freqüentam aqui...

7- ...a gente tem o telefone de contato das pessoas, quando a gente tá assim meio tristonha a gente liga pras pessoas...a gente tem assunto pra conversar é o caso da Luísa, ela sempre me liga pra mim...eu ligo pra ela, ela me pergunta como eu tô, se eu tô bem...

São também referidas algumas **barreiras** existentes, como a *condição econômica* e a *exclusão*:

13-...eu falo assim, pra gente fica difícil tirar do orçamento, nosso orçamento é bastante apertado então fica difícil tirar mais academia,

passagem de ônibus..

14- eu não vou abrir a boca pra falar alguma coisa sobre minha patologia, pra mim é porque ninguém sabe, nem mesmo meu filho, Como entrar numa outra academia me misturar no meio de outras pessoas e acompanhar?

Ana Maria continua fazendo exercícios físicos, porém em uma academia perto de sua casa, pela facilidade e mais opções de atividades, superando o receio de estar com outras pessoas, realizando atividades físicas.

E. Carlos César.

Na entrevista Carlos César identifica ganhos afetivos, sociais e biológicos. Os conteúdos evocados sobre a **reintegração afetiva** abordam dois momentos de *revitalização* pela superação da inércia ao iniciar sua participação no programa e a percepção de ganhos positivos no decorrer do programa.

1- ...aí eu peguei né, porque a médica achou que eu precisava fazer exercício né... aí então eu peguei vim fazer exercício

4-...eu era desanimado, não tava com vontade de nada. Tudo que eu ia fazer sentia desanimado, agora não, eu saio mais, vou na cidade... fazer exercício foi muito bom.

No plano **afetivo** da **reintegração**, Carlos César identifica *redução de tensões*.

3- Foi aí que agora tô gostando... porque né eu to sentindo outra pessoa, depois que eu comecei a vim aqui tô me sentindo outra pessoa.

Também, a importância do reconhecimento por parte dos companheiros, aumentando a *auto-estima*.

6- Meus amigos mesmo tão falando que to diferente, mais alegre, tão falando até que tô mais bonito, acho que é as modificações do corpo.

Além das questões psicossociais Carlos César, identifica alterações positivas na relação carga viral, CD4 e triglicérides, mencionando **redução de sintomas** relacionada ao *desgaste metabólico*.

2- ...melhorou muito, porque minha carga viral meu CD4 melhorou muito né, melhorou bem, em visto do que tava né? Minha triglicérides também ... era muito alta, aí depois que quando eu comecei fazer exercício abaixou.

Finalmente, a **reintegração social** aparece, representada por *ganhos em socialização*.

5- As pessoas que a gente conhece aqui faz aumentar nossa amizade. Conheci gente diferente, que fala de outras coisas.

A participação no programa de condicionamento físico melhorou as condições de existência de Carlos César, dados os bons resultados apresentados quanto à avaliação física e as alterações positivas em reintegração social e afetiva. Tais aspectos foram fundamentais para o equilíbrio do sistema imunológico, considerando a diminuição de carga viral e o aumento de CD 4.

F. Vítor.

Seus depoimentos se ativeram principalmente nos elementos de *reintegração afetiva e social*, considerando a *redução de tensões e contraponto*, com mudanças no plano afetivo e alteração nos estados de humor:

1- De fato realmente eu tô bem melhor assim, mais disposto... mas sobre o problema né graças a Deus tá muito bom, eu me sinto bem né, mais disposto

4- ...Tô mais calmo, se tô mais calmo...

5- A gente vai assim né, tocando a vida vamos ver o que vai vira.

2- tá com vocês aqui é muita atenção de vocês, gosto demais de vocês, dela, de você, mas tá tudo bom. Pra mim vou te falar tô mais disposto assim pra andar, porque geralmente quando a cabeça tá ruim tá tudo ruim, tô mais disposto assim pra andar pra conversar, tá muito melhor.

Ainda que em poucas palavras, Vítor identificou alterações positivas com maior disposição e mais humor, emergentes no decorrer do programa. Entretanto, para ele, os sinais de finitude eram uma presença constante.

Não dá tempo, mas todo tempo que tiver cedo eu venho sim... eu tenho muito problema de médico né, então não dá pra vir diretamente né um dia a gente dá uma falhada, mas é muito bom eu gosto demais... não pode parar né... a gente tem que continuar né... mas tá tudo bem né...

G. Análise de conteúdo das entrevistas.(síntese)

As alterações na imagem corporal, conseqüentes da infecção pelo HIV e seu

tratamento, são perturbadoras, não somente no aspecto biológico, mas também no psicossocial, o que interfere na qualidade de vida desses indivíduos⁸². Interferindo negativamente, a lipodistrofia causa problema nas relações pessoais e relações sociais, levando até o total isolamento e em alguns casos o abandono da terapia.

Castro e Remor¹² alertam para as necessidades psicossociais dessa população, como por exemplo: as mudanças na expectativa de vida e a revisão sobre as perspectivas de futuro; apontando a necessidade de uma re-definição dos objetivos pessoais, da situação profissional e dos relacionamentos; necessidade de re-avaliar as expectativas, crenças e benefícios com relação ao tratamento; necessidade de normalizar os vínculos afetivos e as relações sexuais.

Outros elementos como o estresse psicológico, ansiedade, depressão e diminuição na auto-estima, comuns em pacientes com soropositividade para o HIV, estão presentes nas locuções observadas. Palermo e Feijó⁵⁷ consideram que os pacientes com AIDS apresentam comumente sintomas como ansiedade, culpa, raiva, pesar antecipatório e depressão.

A análise de conteúdo das entrevistas realizadas permitiu identificar melhora na percepção que esses participantes tiveram sobre sua qualidade de vida após participarem do programa de condicionamento físico.

Mudanças no plano afetivo, social e biológico foram desencadeadas. Tais alterações permitem aos indivíduos um melhor enfrentamento dos problemas conseqüentes da infecção.

Ganhos em auto-estima, identidade, maior socialização, formação de novos núcleos, fortalecimento das relações já existentes, redução de tensões, melhoras no humor e disposição, além dos benefícios físicos alcançados, permitem, não somente uma melhor percepção sobre a qualidade de vida, mas também e principalmente, uma melhor maneira de viver dessas pessoas.

Observações semelhantes foram encontradas por outros pesquisadores que adotaram metodologias diferentes para detectar alterações na qualidade de vida e níveis de depressão e ansiedade em indivíduos que participaram de programa de exercícios físicos. Os trabalhos de Mac Arthur et al.⁴³, La Perriere et al.³⁹, Terry et al.⁸³ e Palermo⁵⁶ identificam queda nos níveis de depressão e ansiedade após a participação nos programas.

Também com a utilização de metodologias diferentes Stringer et al.⁸¹, Wagner et al.⁹⁰ e Reoubenoff e Wilson⁷² verificaram melhora na qualidade de vida de pacientes participantes de programas de condicionamento físico.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as questões propostas neste trabalho, observa-se a recuperação de alguns danos físicos, psicológicos e sociais causados pela infecção, conseqüentemente uma melhora na percepção do universo das pessoas que vivem com HIV/aids se fez presente. Os resultados encontrados até o momento demonstram que a partir do programa de exercícios físicos, musculação, um novo enfoque surgiu. Novas necessidades, experiências, crenças, valores e atitudes emergiram, fazendo com que essas pessoas se referissem a um plano mais profundo de suas relações, consigo e com o meio.

1- O presente trabalho possibilita a perspectiva de novos estudos serem delineados, levando em consideração a dimensão qualitativa e social deste segmento populacional com características especiais, verificando possíveis mudanças em sua qualidade de vida.

2- Em toda pesquisa as dificuldades surgem ao longo do tempo, algumas são previsíveis outras nem tanto. Este trabalho não foi diferente, apesar de todas as dificuldades encontradas, quanto ao melhor local para as atividades, aparelhagem adequada, envolvimento de outros profissionais, envolvimento das próprias pessoas com HIV/aids, entre outras. Essas pessoas procuram e necessitam cada vez mais de auxílio no sentido de promover seu bem-estar melhorando assim sua qualidade de vida, o caminho da atividade física pode ser mais uma forma de auxílio.

3- Um número cada vez maior de especialistas recomenda, como parte do tratamento a participação em atividades físicas que possam contribuir em todos os aspectos para um melhor enfrentamento da doença.

4- Os dados aqui encontrados oferecem desdobramentos para a redução dos efeitos provocados pelo contágio do HIV e seu tratamento, trazendo subsídios importantes para melhor se enfrentar perdas e danos conseqüentes da doença.

5- A performance dos componentes da aptidão física relacionada à saúde: aptidão aeróbica, força, e resistência muscular localizada, dos participantes após o programa de condicionamento físico apresentou resultados positivos.

6- As reduções verificadas na lipodistrofia, sejam em lipo-atrofia ou lipo-acúmulo dos participantes, considerando a mensuração de composição corporal e perímetria também demonstram resultados satisfatórios.

7- As entrevistas verificaram melhora na percepção da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids.

8- Todos os resultados encontrados ratificam o fato de que o exercício físico pode e deve ser um importante agente terapêutico no controle da lipodistrofia, na diminuição do desgaste, na melhora da aptidão física e na qualidade de vida dessa população.

9- O que se espera é que os resultados encontrados aqui, e nos diversos trabalhos citados durante essa pesquisa, possam, de alguma forma, subsidiar o incremento e planejamento de programas de condicionamento físico específicos às pessoas portadoras de HIV/aids e proporcionar a elas todos os benefícios biológicos, psicológicos e sociais.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABORDAGEM MULTI-DISCILINAR PARA ENFRENTAR ALIPODISTROFIA. Disponível em www.saberviver.org.br/index.php?g_edicao=abordagem_multidisciplinar. Acesso em: 15/02/2007.
2. ALENCAR, E.; PERESTRELO, D.; SILVA, D.; SILVA, D.. **Programa de Saúde da Família: uma reflexão crítica dos PSFs**. Disponível em: http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smart_section/item.php?itemid=314. Acesso em: 04/04/2006.
3. ALLSEN, P. E.; HARRISON, J. M.; VANCE, B. **Exercício e qualidade de vida: uma abordagem personalizada**. 6.ed. São Paulo: Manole, 1997.
4. BARBANTI, V. J. **Dicionário da educação física e do esporte**. 2.ed. São Paulo: Manole, 2003.
5. BASTOS, A. C. S.; TRAD, L. A. B. A. Família enquanto contexto de desenvolvimento humano: implicações para a investigação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** III(1), 1998.
6. BHASIN, S.; STORER, T. W.; JAVANBAKHT, M.; BERMAN, N.; YARASHESKI, K. E.; PHILIPS, J.; DIKE, M.; SINHA-HIKIM, I.; SHEN, R.; HAYS, R. D.; BEALL, G.. Testosterone replacement and resistance exercise in HIV-infected men with weight loss and low testosterone levels. **JAMA**; n. 283, v. 6, p.763-770, 2000.
7. BLANCH, J.; ROUSAUD, A.; et alii Impacto da Lipodistrofia na Qualidade de Vida dos Pacientes infectados com VIH-1 - **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes** (12.01.02) vol.31: p. 404-407. Disponível em www.aidsportugal.com/cientificos.php?page=17. Acesso em: 10/04/2007.
8. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO da AIDS 2006. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 08/06/2007.
9. BOMPA, T. O.. **Periodização: teoria e metodologia do Treinamento**. Tradução de Sérgio Roberto Ferreira Batista. – 4ª ed, Phorte Editora, São Paulo, 2002.
10. BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p. 163-177, 2000.
11. CARTA BRASILEIRA DE PREVENÇÃO INTEGRADA NA ÁREA DA SAÚDE. Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/conteudo/default.asp?id=7B379E6A57-B8A3-433B-BCBF-A917C573AEFE%7D>. Acesso em: 10/04/2007.
12. CASTRO, E. K.; REMOR, E. A. Aspectos Psicossociais e HIV/Aids: Um Estudo Bibliométrico (1992-2002). Comparativo dos Artigos Publicados entre Brasil e Espanha. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, n. 17, v. 2, p.243-250, 2004.
13. COELHO, S. **AIDS**. Disponível em <http://fiocruz.br/ccs/glossario/aids.htm>. Acesso em 12/03/2005.

14. COLÉGIO AMERICANO DE MEDICINA DESPORTIVA. **Fisiologia do Exercício Clínico**: afecções musculoesqueléticas, neuromusculares, neoplásicas, imunológicas e hematológicas. Rio de Janeiro: Guanabara, 2004.
15. CONFRANCESCO, J. **Complicações da terapia antiretroviral**. Disponível em: <http://www.hopkins-aids>. Acesso em: 11/10/2001.
16. EXERCISE AND HIV. Disponível em: http://www.aidsinonet.org/factsheet_detail.php?fsnumber=802&newLang=em. Acesso em: 10/02/2007.
17. FAIRFIELD, W. P.; TREAT, M.; ROSENTHAL, D. I.; FRONTERA, W.; STANLEY, T.; CORCORAN, C.; et al. Effects of testosterone and exercise on muscle leanness in eugonadal men with AIDS wasting. **J. Appl. Physiol.** n. 90, p. 2166-2171, 2001.
18. FARIAR JR., A.G. e cols. **Uma introdução à Educação Física**. Niterói: Corpus, 1999.
19. FERNANDES, A. P. M. et al. Lipodystrophy syndrome associated with antiretroviral therapy in HIV patients: considerations for psychosocial aspects. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, 2007.
20. FERRAZ, S. T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. **Revista Adm. Pública**. São Paulo v. 32, n. 2, p.49-60, mar/abr., 1998.
21. FIGUEIREDO, M. A. C. Avaliação de um programa de orientação e suporte psicossocial ao cuida doméstico de pessoas que vivem com HIV/aids. Um estudo com base na tríade paciente/profissional/familiar. Projeto de pesquisa aprovado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. 2004-2007.
22. FIGUEIREDO, M. A. C. **A devolução do diagnóstico positivo do HIV e a formação do profissional de saúde**. Departamento de Psicologia e Educação, FFCLRP USP, Ribeirão Preto, 1995.
23. FIGUEIREDO, M. A. C.; RIBEIRO, D. F. Content analysis of AIDS patient's beliefs about the treatment offered by Health Care Workers. In **Abstracts. XI INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS**, Vancouver, Canadá, 1996, v. 2, p.423.
24. FIGUEIREDO, M.A.C. Escalas Afetivo-Cognitivas de Atitude. Construção, Validação e Interpretação dos Resultados. In: Alves, ZMMB; Romenelli, G. (Org.). **Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa**. 1 ed. Ribeirão Preto: Ed Legis Summa, 1998, v. , p. 51.
25. FLECK, M. P. de A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Bras. Psiq.**, v. 21, n. 1, p.19-28, 1999.
26. FLECK, S. J.; KRAEMER, J. W. **Fundamentos do Treinamento de Força Muscular**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
27. FLORINDO, A. A. **Educação física e promoção em saúde**. Disponível em <http://>

- www.eefd.ufjf.br. Acesso em: 11/09/2001.
28. FOLHA DE SÃO PAULO 1999. Qualidade de vida em São Paulo. Índice Folha Especial, 5 de setembro, p. 1-4.
 29. FORTUNA, C.M. **O trabalho em equipe e os grupos: algumas considerações.** Texto elaborado para a discussão de Trabalho de Equipe no Programa de Saúde da Família junto ao Depto. Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem e Ribeirão Preto – USP.
 30. FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F.. **A psicologia hospitalar e as equipes multi-disciplinares.** Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1516-08582004000100004&script=sci_arttext. Acesso em 02/03/2007
 31. GOMES, A. C.; ARAÚJO Fº, N. P. **Cross Training:** uma abordagem metodológica. Londrina: APEF, 1992.
 32. GRISPOON, S.; CORCORAN C.; PARLMAN, K.; COSTELLO, M.; ROSENTHAL, D.; ANDERSON, E.; STANLEY, T.; SCHOENFELD, D.; BURROWS, B.; HAYDEN, D.; BASGOZ, N.; KLIBANSKI, A.. Effects os testosterone and progressive resistance trianing in eugonadal men with AIDS wasting. **Ann. Intern. Med.** n.133, p. 348-355, 2000.
 33. GRISPOON, S.; MULLIGA, K.. **Weight loss and wasting in patients infected with human immunodeficiency virus.** Disponível em: <http://amedeo.com/lit.php?id=12652374> Acesso em: 10/04/2007.
 34. GROSSMAN, H.. **Lipodystrophy and Metabolic Disorders in HIV Therapeutics** Disponível em <http://www.thebody.com/content/art15763.html>. Acesso em: 10/06/2006.
 35. GUEDES, D. P.. **Composição Corporal:** princípios técnicas e aplicações. Florianópolis SC: IODES.
 36. GUERRA, M. A. T.; VERAS, M. A. S. M.; RIBEIRO, A. F.. **Epidemiologia** in VERONESI, R.; FOCACCIA, R.. **Tratado de Infectologia.** Atheneu, São Paulo, p. 88-97, 1999.
 37. HARTZ, Z. M. A.; CAMACHO, L. A. B.. **Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde.** Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1996000600003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 05/05/2007.
 38. KISS, M. A. P. D.. **Esporte e exercício:** avaliação e prescrição. 1ª ed., Editora Roca Ltda, São Paulo, 2003.
 39. LA PERRIERI, A.; FLETCHER, M. A.; ANTONI, M. H.; KLISMAS, N. G.; IROSON G.; SCHNEIDERMAN, N.. Aerobic Exercise Training in AIDS Risk Group. **Inter J. Sports Méd.** n 12 Suppl 1, p.53-57, 1991.
 40. LAZZAROTTO, A. R. **A concepção da atividade física dos pacientes**

- soropositivos e doentes de aids do serviço de assistência especializada do centro municipal de atendimento em doenças sexualmente transmissíveis e aids de Porto Alegre.** Dissertação (mestrado em Ciências do Movimento Humano) Faculdade de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1999.
41. LIRA, V. A.. **Efeitos do treinamento aeróbio supervisionado em indivíduos portadores do vírus HIV.** Monografia apresentada para conclusão do Curso de Licenciatura em Educação Física. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1996.
 42. MACARDLE, W. D.; KATCH F. I.; KATCH V. L.. **Fisiologia do Exercício, Energia, Nutrição e Desempenho Humano.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
 43. MACARTHUR, R. D.; LEVINE, S. D.; BIRK, T. J.. Supervised exercise training improves cardiorespulmonary fitness in HIVinfected persons. **Méd. Sci. Sports Exerc.** v. 25, n. 6, p.684-688, 1998.
 44. MACHADO A. A.; COSTA J. C. Métodos laboratoriais para o diagnóstico da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). **Medicina, Ribeirão Preto,** 32: p.138-146, abr./jun. 1999..
 45. MANDELL, G. L.; BENNETT, J. E. e DOLIN, R. **Principles and practice of infections diseases.** 5 ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000.
 46. MARINHO, I. P. **Sistemas e Métodos de Educação Física.** Rio de Janeiro: s/ed., 1953.
 47. MELONI, V.. **Treinamento de Força e HIV/Aids:** breves considerações Disponível em www.gease.pro.br/artigo_visualizar.php?id=175 Acesso em: 15/02/2007.
 48. MENDES, I. J. M. M.; VILELA, E. M. **Entre Newton e Einstein:** desmedicalizando o conceito de saúde. Ribeirão Preto: Holos, 2000.
 49. MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo/Rio de Janeiro : HUCITEC-ABRASCO, 1994.
 50. MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A. e BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva.** São Paulo. v. 5, n. 1, p. 7-17, 2000.
 51. MONTEIRO, W. **Personal training.** Rio de Janeiro: Sprint, 1998.
 52. MORROW JR., J. M.; JACKSON, A. W.; DISCH, J. G.; MOOD, D. P.. **Medida e avaliação do desempenho humano.** 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
 53. NIEMAN, D. C. **Exercício e saúde.** São Paulo: Manole, 1999.
 54. O'BRIEN, K., NIXON, S., GLAZIER, R. H., TYNAN, A. M.. **Progressive resistive exercise interventions for adults living with HIV/AIDS.** Disponível em:

- www.coch-rane.org/reviews/en/ab004248.html . Acesso em: 10/02/2007.
55. OLIVEIRA, L. L.. **Programas de atividade física, atitudes e percepção de qualidade de vida em pessoas da terceira idade.** Projeto de pesquisa submetido à banca examinadora de ingresso ao programa de Pós Graduação em Psicologia da FFCLRP/USP, nível de mestrado. Ribeirão Preto, 2002.
 56. PALERMO, P. C. G.. Efeitos da atividade física moderada no comportamento psicoimune de pacientes HIV/AIDS. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho; 2000.
 57. PALERMO, P. C. G.; FEIJÓ, O. G.. Exercício físico e infecção pelo HIV: atualização e recomendações. **Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício.** v. 2, n. 3, set / dez 2003.
 58. PERNA, F. M.; LAPERRIERI A.; KLIMAS N.; IRONSON, G.; PERRY, A.; PAVONE, J.. Cardiopulmonary and CD4 cell changes in response to exercise training in early symptomatic HIV infection. **Méd. Sci. Sports Exerc.** v. 31, n. 7, p. 973-979. 1999.
 59. PIMENTEL, A. HIV/AIDS x Exercício Físico. s.d., Disponível em http://www.pesquisa_hfa.kit.net. Acesso em: 20/04/2007.
 60. PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** Brasília v.10 n.3, 2002
 61. PORTO, F. A. **Atividade Física** - Ponto de Vista: atividade física e promoção da saúde Disponível em: http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?codnoticia=934Beneficio. Acesso em 05/05/2007.
 62. PRESTON, G. R.. **Regular exercise is one of the four keys to living with HIV.** Disponível em www.thebody.com/content/living/art31039.html. Acesso em: 15/02/2007
 63. PRETT, R. **Aids: o perigo continua.** Disponível em: http://www2.rnw.nl/rnw/pt/atualidade/organização/onu/at040707Aids_Perigo?viewLight. Acesso em: 02/03/2005.
 64. PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/HIV/AIDS indicadores epidemiológicos. Disponível em: www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/aids/dados-epidemiol-11-2006.pdf. Acesso em: 20/02/2007.
 65. RACHID, M.; SCHECHTER M. **Manual de HIV/AIDS.** 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
 66. RAMOS, Jordão. **Os exercícios físicos na história e na arte.** São Paulo: Ibrasa, 1982.
 67. RIGSBY, L. W.; DISHMAN, P. K.; JACKSON, A. W.; MACLEAN G. S.; RAVEN, P. B.. Effects of Training on men seropositive for human imunodeficiency virus-1. **Med. Sci. Sports Exerc.** v 24, n 1, p. 6-12. 1992.
 68. ROCHA, A. R. N. C.; TOYANSK, P. I.; SAYEGH, A. L.; BUENO, A. G.;

- GONZALES, C.; CASSEB, J.; DUARTE, A. J. S.; RASO, W.. **Habitual physical activity in HIV-1 infected individuals**. Disponível em: <http://listas.cev.org.br/mailman/listinfo/cevhiv-aids>. Acesso em: 10/02/2007.
69. RODRIGUES, V. D.; ÁVILA R. M.. **Relação da atividade física sistematizada com portadores de HIV / AIDS**. Disponível em <http://www.efdeportes.com/>. Revista Digital - Buenos Aires - Año 13 – n. 119. Acesso em: 18/04/2008.
70. ROUBENOFF R.; MC BERMOTT, A.; WEISS L.; SURI, J.; WOOD, M.; BLOCH, R.; Gorbach, S.. Short-term progressive resistance training increases strength and lean body mass in adults infected with human immunodeficiency virus. **AIDS**, n.13, p.231-239, 1999b.
71. ROUBENOFF R.; SCHIMITZ, H.; BAIROS, L.; LAYNE, J.; POTTS, C. D.. Reduction of abdominal obesity in lipodystrophy associated with human immunodeficiency virus infection by means of diet and exercise: case report and proof of principle. **Clin. Infect. Dis.** n. 34, p.390-393, 2002.
72. ROUBENOFF, R.; WILSON, I. B.. Effect of resistance training on self-reported physical functioning in HIV infection. **Med. Sci. Sports Exerc.** n. 33, v.11, p.11-17. 2001b.
73. SANCHES M.D.G., GUITTERAS A.F., Evaluación de la calidad de vida en personas VIH positivas con lipodistrofia. **Psicología y salud**. enero/junio, año 2004, n.1, Universidad Veracruzana, Xalapa, México, p. 5-11.
74. SATTLER, F. R.; JACUE, S. V.; SCHROEDER, E. T.; OLSON, C.; DUBE, M. P.; MARTINEZ, C.; et al. Effects of pharmacological doses of nandrolone decanoate and progressive resistance training in immunodeficient patients infected with human immunodeficiency virus. **J. Clin. Endocrinol. Metabol.**, n. 84, v. 4, p.1266-1276. 1999.
75. SEGRE, M. e FERAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.
76. SÍNDROME DA EMACIAÇÃO. Disponível em <http://hivmedicine.aidsportugal.com/12>. Acesso em: 10/02/2007.
77. SMIT, E.; CRESPO, C. J.; SEMBA, R. D.; JAWOROWICZ, D.; VLAHOV D.; RICKETTS, E. P.; RAMIREZ-MARRERO, F. A.; TANG, A. M.. **Physical activity in a cohort of HIV-positive and HIV-negative injection drug users**. Disponível em <http://listas.cev.org.br/mailman/listinfo/cevhiv-aids> Acesso em: 10/02/2007.
78. SMITH, B. A.; NEIDIG, J. L.; NICKEL, J. T.; MITCHELL, G. L.; PARA, M. F.; FASS, R. J.. Aerobic exercise: effects on parameters related to fatigue, dyspnea, weight and body composition in HIV-infected adults. **AIDS**; n. 15, p. 693-701, 2001.
79. SPENCE, D. W.; GALANTINO, M. L. A.; MOSSER, K. A.; ZIMMERMAN, S. O.. Progressive resistance exercise: effect on muscle function and anthropometry of a

- select AIDS population. **Arch. Phys. Med. Rehabil.** n. 71, p. 644-648, 1990.
80. STRAWFORD, A.; BARBIERI, T.; VAN LOAN, M.; PARKS, E.; CATLIN, D.; BARTON, N.; et al. Resistance exercise and supraphysiologic androgen therapy in eugonadal men with HIV-related weight loss: a randomized controlled trial. **JAMA.** n. 281, v. 14, p.1282-1290, 1999.
81. STRINGER, W. W.; BEREZOVSKAYA, M.; O'BRIEN, W. A.; BECK, C. K.; CASABURI, R.. The effect of exercise training on aerobic fitness, immune indices, and quality of life in HIV+ patients. **Med. Sci. Sports Exerc.**v. 30, n. 10, p.11-16.1998.
82. STRYKER, R.; LUBER, A. D.; WOLFE, P. R.; SHAKER, I. L.; COHAN, G.. **Lipoatrophy and lipo-accumulation: disorders among HIV infected individuals in a large urban.** Disponível em: <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/102247951.html> Acesso em: 15/02/2007.
83. TERRY, L. HIV e Exercício. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul.** Ano XV n. 9, Set/Out/Nov/Dez 2006.
84. TURJANICA, M. A. et al. A multidisplinary, multifaceted HIV program: Liking the resources. **Nurs Admin Q,** 18 (2), p. 41-45, 1994.
85. VALENTE, O.; VALENTE, A. M. M.. Síndrome lipodistrófica do HIV: um novo desafio para o endocrinologista. **Arq Brás Endocrinol Metab** , São Paulo, v. 51, n. 1, 2007.Dispon. em :<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302007000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22/03 /2008.
86. VERMELHO, L. L.; SILVA L. P.; COSTA, A. J. L. **Epidemiologia da transmissão vertical do HIV no Brasil.** Disponível em: http://aids.gov.br/udtv/boletim_jun_ago_99/trans_vertical.htm. Acesso em: 02/03/2005.
87. VERONESI, R.. **Aspectos Imunológicos,** in VERONESI, R.; FOCACCIA, R.. **Tratado de Infectologia.** Atheneu, São Paulo, p. 87-88, 1999.
88. VIVER COM VIH. Disponível em: <http://www.bionetonline.org/portuguese/contest/hiv>. Acesso em: 04/03/2007.
89. YARASHESKI, K. E.; TEBAS, P.; STANERSON, B.; CLAXTON, S.; MARIN, D.; BAE, K.; et al. Resistance exercise training reduces hypertriglycerimiam in HIV-infected men treated with antiviral therapy. **J. Appl. Physiol.** n. 90, p.133-138, 2001.
90. WAGNER, G.; RABKIN, J.; RABKIN, R.. Exercise as a mediator of psychological and nutritional effects of testosterone therapy in HIV+ men. **Med Sci Sports Exerc** n. 30, v. 6, p.811-817, 1998.
91. WANKE, C. A.; SILVA, M.; KNOX, T. A. et al.. Weight loss and wasting remain common complications in individuals infected with HIV in the era of highly active antiretroviral therapy. Disponível em: <http://amedeo.com/lit.php?id=11017833>

Acesso em: 10/04/2007

92. WEINECK, J. **Treinamento ideal**. 9.ed. São Paulo : Manole, 1999.
93. WEINECK, J. **Atividade física e esporte para que?** São Paulo: Manole, 2003.
94. WHO. **Carta de Ottawa**, p. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 1986.

ANEXO A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP


Of.CEtP/FFCLRP-077-2006-23/11/2006

Senhor(a) Pesquisador(a):

Comunicamos a V. Sa. que o trabalho intitulado "AVALIAÇÃO DE PROCESSOS DE APROPRIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CONDICIONAMENTO FÍSICO POR PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS", foi re-analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, tendo as pendências apresentadas sido respondidas, e portanto fora enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo CEP-FFCLRP nº **265/2006** – 2006.1.1133.59.1.

Aproveitamos a oportunidade para apresentar nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,


Profa. Dra. EUCIA BEATRIZ LOPES PETEAN
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FFCLRP-USP

Ilustríssimo(a) Senhor(a)
TADEU PACCAGNELLA
Aluna do Programa de PG do Departamento de Psicologia e Educação
Desta FFCLRP-USP

c/c.: Prof. Dr. MARCO ANTONIO DE CASTRO FIGUEIREDO

CEP-FFCLRP-USP - Fone: (016) 602-3653 - Fax: (016) 633-5015
Avenida Bandeirantes, 3900 - Bloco A - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

AVALIAÇÃO DE PROCESSOS DE APROPRIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CONDICIONAMENTO FÍSICO POR PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS.

Prezado(a) Sr.(a), você esta sendo convidado(a) a participar de um projeto de pesquisa desenvolvido por mim, Tadeu Paccagnella aluno do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP

Entre seus objetivos o presente projeto pretende

Verificar suas condições de força, flexibilidade, resistência de seus músculos, resistência de seu coração e pulmões e porcentagem de gordura corporal de portadores de HIV/aids, antes e depois da participação em um programa de exercícios físicos.

Verificar as respostas sobre a qualidade de vida em portadores de HIV/aids, antes e após a participação em um programa de exercícios físicos.

Caso queira participar do projeto seu médico deve ser informado, consultado e atestar que seu estado clínico permite a realização de exercícios físicos.

Com a liberação de seu médico você deverá realizar inicialmente testes físicos que estarão de acordo com suas condições. Após esses testes e conforme esses resultados um programa de atividades físicas será elaborado e somente então daremos início às atividades práticas.

Após a realização de 60 sessões de treinamento (número mínimo para obtermos melhora), uma reavaliação será realizada para verificarmos as mudanças conseqüentes do trabalho.

Sobre as mudanças em sua qualidade de vida serão realizadas e gravadas entrevistas antes e após a sua participação do programa de condicionamento físico (60 sessões).

Sua participação é importante, pois vários estudos realizados confirmam os benefícios do exercício físico para os indivíduos infectados pelo HIV, porém ainda falta realizar muito trabalho, por isso essa pesquisa é de grande ajuda para enfrentarmos o HIV/Aids.

É importante frisar que sua participação na pesquisa não implica nenhuma situação de risco previsível à sua saúde, não haverá despesas pessoais em qualquer fase do estudo, como também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. A não participação ou retirada da pesquisa não implicará na não participação dos trabalhos. Sua identidade não será revelada em nenhum momento da pesquisa.

Caso haja a necessidade de um acompanhamento especial em conseqüência do trabalho este será oferecido sem qualquer custo ao participante.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa

(médicos, psicólogos, professores de educação física, fisioterapeutas e nutricionistas) para esclarecimento de eventuais dúvidas, além de reservado o direito de ser mantido atualizado sobre a pesquisa.

As atividades serão desenvolvidas à rua Campos Sales 126, local apropriado e específico para o desenvolvimento desse projeto.

Eu _____ acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito do que li ou que foi lido para mim, descrevendo o estudo: ***AValiação DE PROCESSOS DE APROPRIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CONDICIONAMENTO FÍSICO POR PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS.***

Ficaram claros quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos.

Garantido o sigilo de minha identidade consinto na utilização das informações obtidas pela minha participação na pesquisa.

Sendo assim concordo voluntariamente em participar deste estudo, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Nome do participante:

Assinatura:

Recebi cópia

Pesquisador Responsável Tadeu Paccagnella

Ribeirão Preto, data

ANEXO C

Entrevista Mariana.

Antes de eu fazer as atividades eu era uma pessoa nervosa... éééé... uma pessoa assim com baixo astral, só pensava em ficar deitada, não tinha ânimo pra nada e não vontade de sair, minha vida tinha acabado, que mais?

Éééé...tinha vergonha de sair pra rua, achava que todos estavam me olhando, me condenando né...até que foi onde que eu fui no médico e ela falou pra eu vim aqui, aí melhorou muito... eu, minha auto-estima melhorou ... e muito.

Hoje eu tenho vontade de sair...éééé...durmo melhor, me alimento melhor... éééé... tenho mais ânimo, tenho mais vontade de viver, que mais?

Vivo no dia a dia assim pensando em viver mais, mais e mais, tem haver as atividades, fiz muitos amigos aqui.

Pra mim foi muito bom porque, depois que eu comecei a vim aqui, parece que minha vida foi mais além, antes eu não tinha nem prazer assim ...em ter algo com meu marido à noite, antes ele me procurava eu não queria e tal, hoje não, mudou tudo, tudo,

Até essa parte, que eu era uma geladeira hoje eu não sou mais então tudo devido então ...a isso tudo né ,deu ter outra cabeça,

Bom, hoje eu gosto de viver, gosto de passear, me arrumo, fiz novas amizades, éééé...antes eu não queria como te falei não tinha vontade de sair, hoje eu tenho vontade de sair

Primeiro chamava pra ir num aniversário, casamento, ...assim, essas coisas não queria, tinha vergonha, hoje eu não tenho mais, hoje eu encaro mais assim...com mais naturalidade né... assim com mais vontade.

Era muito complexada hoje não sou mais... é isso.

*Muita gente via que eu era nervosa ...é tipo assim ...na **tpm** todos os dias, aquela mulher de **tpm** todos os dias,...o marido chegava em casa depois das 9 hs da noite... aí ficava até pior né, me achava assim ...ele chegando mais tarde em casa brigava menos com ele..*

Aí mudou muita coisa que antes, eu pegava muito no pé dele...éééé... tipo assim oh...dia de quinta feira ele sai com o patrão dele, ele gosta de tomar uma cervejinha, pra mim eu já não aceitava isso se eu tinha de ficar dentro de casa ele tinha de ficar também.

Eu não aceitava ele sair,se divertir e eu ficar dentro de casa, hoje ele sai pra divertir, eu saio junto com ele, de terça feira ele sai pra jogar bola eu vou junto com ele, antes eu não ia, não ia de jeito nenhum... então era nervosismo aquela coisa assim sabe...

Esses dias pra trás ele chegou ne mim falou assim pra mim...até minha filha escutou e ficou rindo depois.., que antes eu brigava com ele, eu xingava ele, cheguei até a rasgar a roupa no corpo dele é, eu era

Aí esses tempos atrás... aí me acalmei depois que comecei a vim aqui me acalmei... esses dias pra trás ele chegou assim pra mim... perguntado se eu não gostava mais dele, aí

eu olhava assim pra ele né e perguntava por que que você ta me perguntando isso,... ainda mais que ele tinha tomado umas..., aí ele começou a perguntar... ele falou assim... que eu parei de brigar com ele, parei de pegar no pé dele, que eu não gosto mais dele, num sei o que ... aí peguei e falei pra ele: “não, sabe o que acontece, agora eu aprendi a gostar de mim primeiro, depois gostar dos outros..”.

Aí o que aconteceu... ele não chega mais tarde em casa... se às vezes que nem... é...esses dias...quinta feira...ele ia fazer peixe lá no serviço ele ligou “oh, vou ficar na firma até mais tarde, vamos fazer um peixe aqui”, antes não, ele não ligava pra mim... ele chegava em casa a hora que fosse, fosse o que eu perguntasse era briga, hoje não, ele liga, agora tem telefone ele liga, antes não tinha e ele chegava “oh tava em tal lugar assim, assim , assim ..”, hoje ele chega ne mim...até ele mudou e muito é uma coisa que ...

Era eu, o problema era eu, a vergonha de sair,...eu me achava uma feia, achava não sei o quê... então por eu não querer sair eu não aceitava que ele saísse também ... porque eu pensava assim “ele sai fica se divertindo e eu dentro de casa”... muitas vezes ele e eu, eu não vou... hoje não, hoje eu saio ... éééé... que nem amanhã... “amanhã tem churrasco na quadra ce vai?”... vou, lógico que eu vou.

Antes eu não ia, hoje eu vou em tudo quanto é lugar com ele...então mudou e muito.

Mudou assim, que nem eu tô te falando...eu comecei a fazer aqui... eu não sei se você lembra meia chata, aquela franja, meia esquisita, não sei o quê...sabe hoje não, hoje é diferente eu punha um desodorante achava que tava de bom tamanho... tipo essas muié assim “eu sou casada mesmo tanto faz né”...

Eu levei até cantada do motorista do ônibus ..., levei até cantada do motorista do ônibus... qué dize a gente fica até mais assim ainda né.

Então melhorou e muito....

E fiz muitos amigos aqui, meus parentes moram longe, a família dele mora aqui, então que dize.

Eu tenho mais amizade com eles do que com a família do meu marido que mora aqui.

A Elaine e o Eduardo tá sempre na minha casa, a gente tá sempre na casa deles, todo final de semana a gente tá junto.... conversando... a Janete me liga fala “oh, tal dia eu vou na tua casa”, eu ligo falo “oh tal dia a gente vai na sua”.

Eu me sinto melhor assim, com eles do que com que a família do meu marido.

A gente pegou muita amizade, muita mesmo... três meses que eu tô aqui...com o Guilherme, com o André que eu também conheci né, com você, a Marília são pessoas assim sabe.... pessoas que parece assim...éééé...pessoas que faz a gente se tornar assim....

Principalmente os seus parentes... que não é muito entendido nesse assunto... acha assim : “aquela pessoa tem isso..” parece que vai dá aquela afastada da gente, não procura saber o que é o que deixa de ser, o por quê... eles olham na gente... sabe, parece que pra eles

a gente chega num lugar assim... parece que a gente é meio excluído... falta de orientação deles né...

Então eu acho assim, se eles chegasse e perguntasse, conversasse com a gente né, que nem a gente faz, eu, a Elaine, o André, a gente conversa e tudo... a gente pegou uma afinidade muito grande

Vi a Elaine sexta feira, parece que faz uma eternidade que eu não vejo ela, a gente fez uma amizade muito grande.

A gente tá sempre assim: “oh Ana aconteceu isso assim comigo que que você acha...Janete tá se passando assim, assim que que você acha,” ...é muita amizade.

Como eu te falei, eu, eu me escondia de tudo e de todos, hoje não, hoje eu saio, eu brinco, eu converso.

Num ônibus, eu chegava num ônibus, sentava lá atrás, hoje não, hoje é bom dia, boa tarde... faço amizade com as pessoas dentro do ônibus, pessoas que eu nunca nem vi, começo a conversar dentro do ônibus, antes não, antes eu era uma pessoa muito fechada, antes eu não falava com ninguém,

Se fosse pra gente sentar aqui e conversar dias atrás eu não conversaria, hoje não, hoje assim... sou uma pessoa mais aberta....

Procuro fazer amizades né e tal, vejo com quem também a gente faz as amizades....

Tô gostando da minha vida bem mais do que antes.... que antes eu pensava assim: “ainda mais quando eu perdi minha menininha... a vida não tinha mais sentido... tal né...”

Uma das coisas que mais assim ... fez com que eu vivissi, tivesse mais força de vontade, de eu te meus outros dois filhos né, porque se não fosse eles também...

Não só por causa deles também porque é uma situação assim, vamos suporeu saio com meus filhos né, já pensou eu...ééé....minha filha ou meu filho vai apresentar eu pros amigos dele: “Oh essa aqui é minha mãe.

Me sentia uma inútil, hoje não, eu danço, eu brinco, fui na chácara...ééé’....sábado, lá no aniversário eu era a mais NOVINHA né, jogando vôlei, tudo meninão (risos), minha filha, meu genro, minhas cunhada, tudo mais nova, eu era a mais MENININHA né... eu tava me sentindo igual à eles.

É isso.

ANEXO D**Entrevista Flávio.**

Bom, depois que comecei fazer a musculação melhorou algumas coisas, nunca fui de ficar parado sempre joguei meu futebolzinho. No começo vim mais por causa da Ana, não gostava muito não, mas depois vi que algumas coisas tavam melhor.

Pra você vê até pra jogar bola me sinto melhor, canso menos e meus pneuzinhos estão menor.

Me sinto mais disposto, fico menos cansado.

Aqui tem também que a gente fez amizade com um pessoal legal, sempre estamos junto.

Acho que a melhor coisa foi por causa da minha mulher, depois que começamos fazer isso aqui ela melhorou muito em tudo, até comigo. Nosso casamento melhorou, brigamos menos, ela ta mais calma, acho que foi por causa daqui.

Antes era briga toda hora por qualquer coisa, hoje ta melhor, bem melhor.

Ela me acompanha mais nas coisa, saimo mais, parece que estamos mais unido, acho que é a convivência com o pessoal daqui.

Foi muito bom ter começado, se bem que tem dia que tenho uma preguiça danada de vir, venho mesmo por causa dela, porque se tivesse um futebolzinho não viria sempre não.

O pessoal todo é muito bom, se desse pra mim chegar mais cedo seria melhor, mas saio tarde do emprego não da pra vim mais cedo e encontra todo mundo.

Bom já falei muito, tá bom não tá?

ANEXO E

Entrevista Brito.

Eu comecei a vir na academia de tanto a Dra. Renata insistir, nunca gostei de praticar esportes ou fazer atividade física, mas de tanto ela falar acabei vindo.

Para mim não mudou quase nada, não sinto nenhuma diferença, vejo o pessoal e todo mundo mudou alguma coisa, em mim não vejo nenhuma diferença.

Sei que deveria me esforçar mais nos exercícios, o Osvaldo pega no meu pé para que eu me esforce mais, mas não adianta, não gosto mesmo e não vendo nenhuma mudança fica pior ainda.

Não sei se é porque eu chego muito cansado das aulas, talvez se eu arrumasse um tempinho de manhã seria melhor.

Não é fácil dar aula para adolescentes.

O bom daqui é que fica perto de casa, fica fácil de vir e o pessoal é muito engraçado, dou boas risadas aqui.

Acabei fazendo amizades por aqui e com isso acabo saindo mais de casa, coisa que não fazia nunca.

Mas voltando a falar dos exercícios não sinto mudança nenhuma, a única coisa que mudou mesmo é que hoje saio mais de casa e me divirto mais e isso não tem nada a ver com os exercícios.

Isso não significa que vocês, professores, não são bons e atenciosos ou os exercícios são ruins, mas para falar a verdade fazer exercícios ou praticar esportes nunca foi comigo, vocês não têm culpa nenhuma.

Mas mesmo assim posso continuar vindo, vocês não falar para eu parar não né?

Me divirto muito aqui, é bem melhor que ficar em casa assistindo televisão e pensando na doença, isso sim é que é muito triste.

Só espero que um dia os exercícios façam tão bem pra mim como está fazendo para o pessoal.

ANEXO F

Entrevista Ana Maria.

Ah eu acho Tadeu que quando eu não fazia atividade, em casa, trabalhando, eu trabalho fora né, eu vivia mal humorada, eu andava muito cansada, cheia de dores tomando remédios todos os dias.

Quando eu levantava assim toda torta já com dor na coluna... e todos os dias eu tomava remédio pra dor, todos os dias, andava sempre de mau humor também.

Limpava minha casa, não é grande assim, pensava 10 vezes, 10 vezes, “meu Deus tenho que limpar a casa”, eu não tinha coragem... e também eu era muito lenta pra fazer as coisas, aquela lentidão, eu era muito lenta, pra limpar a casa eu demorava 2 dias, 3 dias, não terminava nunca, quando eu terminava ela já estava suja de novo.

Hoje não, eu pego limpo rapidinho não sinto dor, difícil, raro quando sinto dor, não tomo comprimido pra dor, é raro né...a não ser quando tô muito cansada, com dor no pescoço, mas é muito raro tomar remédio.

Aí eu limpo a casa normal, se tiver que fazer uma distância grande pra andar eu ando também, no frio eu vinha a pé... uma distância grande eu vinha a pé, uma hora e dez rapidinho sabe, normalmente eu ia embora a pé, agora no calor eu não tô vindo.

Também meu relacionamento com as pessoas melhora muito... a cabeça muito, muito, muito...acho que se todos as pessoas soubessem como é bom né?

Acho assim que libera energia eu acho, libera assim alegria, otimismo, não sei...acontece alguma coisa que...de bem, você fica com um bem-estar muito grande é muito bom...

Eu vejo... eu não prezo estética, eu vejo meu bem-estar, meu bem-estar, eu acho que é assim em primeiro lugar... nossa... meu colesterol abaixou muito, meu triglicérides, abaixou muito, antes que eu entrei na academia aqui, era muito alto a doutora costuma falar assim... que eu tinha triglicérides de duas, três pessoas, hoje é menos de 200, abaixou muito.

Meu bem-estar, disposição né...não sinto mais aquela cansaça que sentia antes, e além do mais a gente faz amizades, convive num outro ambiente, convive com mais pessoas, expande mais o círculo de amizades da gente, revi amiga que eu não via há muitos anos, a Mariana.

Eu acho isso muito importante...a gente tem o telefone de contato das pessoas, quando a gente tá assim meio tristonha a gente liga pras pessoas...a gente tem assunto pra conversar é o caso da Luísa, ela sempre me liga pra mim...eu ligo pra ela, ela me pergunta como eu tô, se eu tô bem...

Eu então...eu acho isso muito importante... muito, muito, conhecer vocês aqui da academia, assim foi muito bom.

Eu falo assim pra Luísa, que minha vida tem duas etapas: uma antes da academia e

uma depois...é duas etapas, eu acho muito bom e principalmente assim conhecer xxxxx, conhecer as pessoas que freqüentam aqui, já freqüentaram aqui, por algum motivo não estão freqüentando hoje e também conhecer a Luísa. A Luísa pra mim é...ela é maravilhosa, ela é enérgica, ela exige da gente...assim, só que é uma pessoa maravilhosa, ela compreende a gente...ela é muito doce, uma pessoa maravilhosa.

Eu acho muito bom, muito bom mesmo, bendita a hora que eu falei pra Dra. Renata: Ai, não tô mais agüentando eu, Dra eu não tô me agüentando mais.

Ela falou:

Quer fazer ginástica, é uma academia, é gratuita?

Me fala pra mim onde é que eu vou.

Aí ela passou, ela me deu o papel, deu o papel pra mim, já vim com a roupa já e a partir daquele dia já comecei.

Nossa me sinto muito bem , muito bem mesmo só não venho quando for algum motivo, consulta médica alguma coisa assim que os horários não batem né...os horários não bate, esse mês eu tenho 3 consultas médica, então aí não dá, geralmente os horários da manhã, aí fica difícil mas do contrário, acho muito bom,

Muita gente falou que eu estou melhor, bem melhor, muita gente falou assim:

Nossa Cida cê tá bem melhor que que tá acontecendo?

Antes eu vivia reclamando era dor aqui dor ali, hoje não reclamo mais né, assim eu trabalho...então eu acho que melhorou bastante.

O ortopedista mandou eu deitar na cama, aí ele fez aquele exercício que levanta bastante a perna, que levanta mesmo, levantou uma vez, aí ele não acreditou, mandou levantar de novo...

Pode levantar de novo?

Mandou levantar as duas

Tá doendo? Não num tã.

Aí foi, me aperta aqui, me aperta ali...aí ele falou assim pra mim:

Segura minha mão, os 4 dedos, aperta... nossa você tem mais força do que eu, brincando comigo...aí tem aquele exercício que ele ia segurando minha perna aí eu ia levantando minha perna ele falou inacreditável, chamou outro médico, aí perguntou minha idade, falei 54 anos, inacreditável ele falou uma pessoa que tem o problema que você tem, to vendo aqui no raio X, e ta com essa flexibilidade é inacreditável, como é que você explica isso?

Falei é a academia, certeza, pego peso.

Ele falou ah que coisa boa ficou todo feliz, todo médico Tadeu, todo médico.

Também tive um problema que fui fazer preenchimento aí eu tive um problema, tive assim uns problemas familiares, acho que eu tava com meu emocional pra baixo, minha carga viral... meu CD4 baixou, abaixou, aí eles olharam só pelo o último exame...tava legal,

então fui fazer o preenchimento aqui do lado, nas tēmporas ai deu herpes zorters... fiquei uns 15 dias sem pode treinar.

Quando eu tava consultando com o Dr Lucas ele tava medicando os remédios, prescrevendo... falando como é que eu teria que tomar os remédios...eu tava contando pra ele que eu faço academia... ele ficou todo feliz...

Todos os médicos ficam muito feliz... o Dr Ricardo que é meu neuro fica todo feliz...uma hora eu vou treinar lá com você... ele é gordinho fica falando: tô precisando, uma hora eu vou treinar lá com você porque eu sou muito preguiçoso.

É muito bom... ficam todos feliz, é muito bom e não são médicos assim médicos de idade são médicos jovens sabe, eles ficaram muito contentes, é bom pro ego da gente muito bom.

Eu pelo menos não vou parar mais, nunca mais, enquanto eu tiver aqui andando vivendo eu vou fazer academia, é muito bom.

Agradeço a oportunidade que você dá pra gente né... é uma oportunidade que você dá pra gente...particular é você que dá... eu agradeço sim muito...eu falo assim...pra gente fica difícil tirar do orçamento, nosso orçamento é bastante apertado então fica difícil tirar mais academia, passagem de ônibus...e também eu tenho aquele lado assim...pra mim fazer em outra academia em outro lugar eu penso dessa forma.. eu não vou abrir a boca pra falar alguma coisa sobre minha patologia...pra mim é...porque ninguém sabe, nem mesmo meu filho, então eu acho que se eu chegar numa outra academia e começar a...não tô bem hoje, tô com dor nas costas...tal.

Um dia eu vou tá bem cansada, trabalhei muito um dia antes, tô bastante cansada ou com dor nas costas...não vou ter como tá chegando, falando e pedindo pra fazer uma massagem como dessas que a Luísa faz...sabe né, fica mais complicado...o exercício é meio diferenciado né Tadeu é diferenciado.

Como entrar numa outra academia me misturar no meio de outras pessoas e acompanhar?

Então se eu tô bem não sinto dor nenhuma eu faço o meu exercício normal, se eu já não tô bem eu já faço um exercício diferenciado...então eu falo que o diferencial daqui é isso...a gente tem liberdade pra chegar e falar isso é bom isso é ótimo, não é?

Se fosse em outra academia eu não teria essa liberdade que eu tenho aqui, nenhuma...eu acho também que eu não teria...como é que eu vou dizer pra você...aqui a gente tem uma supervisão melhor, tem um acompanhamento melhor... se eu tô com alguma dor falo pra Luísa, ela fala pra você, você passa um outro tipo de exercício então se eu fosse fazer em outra academia a gente não teria esse privilegio não é?

Infelizmente né Tadeu eu acho que tem tantas pessoas que a Dra Renata manda pra cá e as pessoas não vêm, se elas parassem pra pensar... deixassem um pouco a preguiça de lado.., tem que levantar cedo né...tivesse um pouco mais de boa vontade eu acho que

seria...se apessoa não tiver boa vontade e determinação não chega em lugar nenhum

Não é?

Eu sempre fui determinada se uma coisa me incomoda eu vou buscar a solução eu acho se uma coisa me incomoda não tem que se enche dela, tem que enfrentar e buscar a solução não é verdade?

Agradeço a Luísa que é maravilhosa.

ANEXO G

Entrevista Carlos César.

Olha não sou muito bom pra falar não.

Antes de eu vir aqui a médica pediu pra eu vir aqui né fazer exercício, aí eu peguei né, porque a médica achou que eu precisava fazer exercício né... aí então eu peguei vim fazer exercício, aí melhorou muito, porque minha carga viral meu CD4 melhorou muito né, melhorou bem, em visto do que tava né?

Minha triglicérides também ... era muito alta, aí depois que quando eu comecei fazer exercício abaixou bem , deu uma boa melhorada e as outras coisinhas que também vem caindo... foi o que eu precisava.

Foi aí que agora tô gostando... porque né eu to sentindo outra pessoa, depois que eu comecei a vim aqui tô me sentindo outra pessoa ...eu sinto mais ânimo, mais vontade de fazer as coisas também, antes eu não sentia muita vontade, eu era desanimado, não tava com vontade de nada.

Tudo que eu ia fazer sentia desanimado, agora não, eu saio mais, vou na cidade...não tenho muita coisa pra falar, foi muito bom tá entendendo, fazer exercício foi muito bom.

As pessoas que a gente conhece aqui faz aumentar nossa amizade. Conheci gente diferente, que fala de outras coisas.

Meus amigos mesmo tão falando que to diferente, mais alegre, tão falando até que tô mais bonito, acho que é as modicações do corpo. Se depender de mim não paro mais não, só se vocês fecharem ou acontecer alguma coisa.

Acho que é só isso.

ANEXO H

Entrevista Vítor

De fato realmente eu tô bem melhor assim, mais disposto, o CD4 eu não fiz exame ainda, desde quando eu comecei tem que esperar pra ver né. Dia 07 agora eu tenho que passar por lá né, fazer o exame pra ver né, mas sobre o problema né, graças a Deus tá muito bom, eu me sinto bem né, mais disposto, saio mais de casa, encontro mais gente, porque já viu né, tá com vocês aqui é muita atenção de vocês, gosto demais de vocês, dela, de você, mas ta tudo bom.

Então o negocio é esse aí né, agora mudou o treino eu tô um pouco dolorido né, isso aí tem que continuar pra chegar no lugar né.

Pra mim vou te falar tô mais disposto assim pra andar, fazer minhas coisinha.. porque geralmente quando a cabeça tá ruim tá tudo ruim, tô mais disposto assim pra andar pra conversar com as pessoa, com todo mundo, tá muito melhor. A cabeça que manda se ela ta melhor tudo fica melhor.

To bem mais calmo, se to mais calmo, nunca fui de ficar bravo, mas to mais calmo. Sou meio sossegado, levo tudo na brincadeira, não adianta né, às vezes to conversando com um cara ele já fica bravo com outro, é brincadeira tal, tem gente que não gosta né, sou muito calmo graças à Deus, não crio caso com ninguém né.

A gente vai assim né, tocando a vida vamos ver o que vai virar.

A Ana Maria vem hoje ou não?

Vem às oito e meio?

A Ana Maria que gosta de falar bastante.

Ela e eu, não paro não, só quando tiver atendimento médico, essas coisas, que nem dia 07 quarta feira eu tenho que ir lá às oito horas, não dá tempo, mas todo tempo que tiver cedo eu venho sim... eu tenho muito problema de médico né, então não dá pra vir diretamente né. Uum dia a gente dá uma falhada, mas é muito bom eu gosto demais... não pode parar né... a gente tem que continuar né... mas tá tudo bem né?

Notações Mariana

Item	Locução	notação	cat geral	cat espec.
1	<i>Antes de eu fazer as atividades eu era uma pessoa nervosa...</i>	Manifestação de mudanças no plano afetivo, após a realização das atividades.	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	REDUÇÃO DE TENSÕES
2	<i>Uma pessoa assim com baixo astral, só pensava em ficar deitada, não tinha ânimo pra nada e não tinha vontade de sair, minha vida tinha acabado..</i>	Identificação de elementos paralizantes relacionados à continuidade da vida, com conteúdos de inércia, fechamento em si e idéias de finitude	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	REVITALIZAÇÃO
3	<i>Tinha vergonha de sair pra rua, achava que todos estavam me olhando, me condenando...</i>	Idéia de culpabilização e intro-projeção do estigma.	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	REDUÇÃO DE CULPABILIDADE
4	<i>Fui no médico e ela falou pra eu vir aqui, aí melhorou muito,minha auto-estima melhorou..</i>	Manifestação sobre o aumento de auto-estima, relacionado com a participação no programa.	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	GANHOS EM AUTO-ESTIMA
SÍNTESE	<i>"Hoje eu tenho vontade de sair, é, durmo melhor, me alimento melhor, tenho mais ânimo, tenho mais vontade de viver. Vivo no dia a dia assim, pensando em viver mais, mais e mais, tem com as atividades, fiz muitos amigos aqui".</i>			
5	<i>Se eu tinha de ficar dentro de casa ele tinha de ficar também, hoje ele sai pra se divertir eu saio junto com ele, de terça feira ele sai pra jogar bola eu vou junto com ele...</i>	Manifestação sobre mudanças na relação matrimonial, após a participação nomprograma.	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	REVITALIZAÇÃO
6	<i>Aí acalmei, depois que comecei a vim aqui, antes eu brigava com ele, eu xingava ele, cheguei até a rasgar a poupa dele</i>	Identificação de estados emocionais, com conteúdos de posseção.	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	REDUÇÃO DE TENSÕES
7	<i>Ele falou assim que eu parei de brigar com ele, não gosto mais dele, aí peguei e falei pra ele:sabe o que acontece, agora eu aprendi a gostar de mim primeiro</i>	Manifestação sobre o aumento de auto-estima, relacionado com a realização do condicionamento física.	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	GANHOS EM AUTO-ESTIMA
SÍNTESE	<i>"Aí o que aconteceu, ele não chega mais tarde em casa, se às vezes que nem, é esses dias, quinta feira, ele ia fazer peixe lá no serviço ele ligou "oh, vou ficar na firma até mais tarde, vamos fazer um peixe aqui", antes não, ele não ligava pra mim. Ele chegava em casa a hora que fosse, fosse o que eu perguntasse era briga. Hoje não, ele liga, agora tem telefone ele liga, antes não tinha e ele chegava "oh tava em tal lugar assim, assim, assim ". Hoje ele chega ne mim, até ele mudou e muito é uma coisa que ... O problema era eu, a vergonha de sair, eu me achava uma feia, achava não sei o quê. Então por eu não querer saí eu não aceitava que ele saísse também"</i>			

ANEXO I - Notações Mariana (cont.)

Item	Locução	notação	cat geral	cat espec.
8	<i>Fiz muitos amigos aqui, meus parentes moram longe, a família dele mora aqui, eu tenho mais amizade com eles do que com a família do meu marido que mora aqui.</i>	Manifestação de mudanças no plano social, após a realização das atividades.	REINTEGRAÇÃO SOCIAL	GANHOS EM SOCIALIZAÇÃO
9	<i>eles tão sempre na minha casa, a gente tá sempre na casa deles, todo final de semana a gente ta junto, melhor assim, com eles do que com que a família do meu marido.</i>	Manifestação de formação de núcleos sociais,.	REINTEGRAÇÃO SOCIAL	GANHOS EM IDENTIDADE
SÍNTESE	<i>A gente pegou muita amizade, muita mesmo, três meses que eu tô aqui, com o Jose Guilherme, com o Ivã que eu também conheci né, com você, a Lucimara são pessoas assim sabe, pessoas que parece assim, é, pessoas que faz a gente se tornar assim, se sentido melhor, meio gente normal</i>			
10	<i>Principalmente os seus parentes, eles olham na gente sabe, parece que pra eles a gente chega num lugar assim, parece que a gente é meio excluído, falta de orientação deles né? Então eu acho assim, se eles chegasse e perguntasse, conversasse com a gente né, que nem a gente faz</i>	Identificação de falta de informação, preconceito estigmatização social. Manifestação de necessidade de reconhecimento e aceitação	BARREIRAS	EXCLUSÃO
SÍNTESE	<i>“Os seus parentes, que não é muito entendido nesse assunto acha assim: “aquela pessoa tem isso”, parece que vai dá aquela afastada da gente, não procura saber o que é o que deixa de ser, o por quê?”</i>			
11	<i>Eu chegava num ônibus, sentava lá atrás</i>	Idéia de culpabilização, preconceito e intro-projeção do estigma.	REINTEGRAÇÃO SOCIAL	REDUÇÃO DE TENSÕES
SÍNTESE	<i>““Se fosse pra gente sentar aqui e conversar dias atrás eu não conversaria, hoje não, hoje assim, sou uma pessoa mais aberta”.</i>			

ANEXO J - Notações Flávio

Item	Locução	notação	cat geral	cat espec.
1	<i>Bom, depois que comecei fazer a musculação melhorou algumas coisas.... No começo vim mais por causa da Mariana, não gostava muito não, mas depois vi que algumas coisas tavam melhor.</i>	Manifestação sobre o aumento de sensações positivas relacionadas à realização do condicionamento físico.	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	REVITALIZAÇÃO
2	<i>Pra você vê até pra jogar bola me sinto melhor, canso menos e meus pneuzinhos estão menor .Me sinto mais disposto, fico menos cansado.</i>	Manifestação sobre melhora do condicionamento físico e percepção corporal.	REDUÇÃO DE DANOS	DESGASTE FÍSICO
3	<i>Aqui tem também que a gente fez amizade com um pessoal legal, sempre estamos junto.</i>	Manifestação de mudanças no plano social, após a realização das atividades. Após a participação no programa	REINTEGRAÇÃO SOCIAL	GANHOS EM SOCIALIZAÇÃO
4	<i>Acho que a melhor coisa foi por causa da minha mulher, depois que começamos fazer isso aqui ela melhorou muito em tudo, até comigo. Nosso casamento melhorou, brigamos menos, ela tá mais calma, acho que foi por causa daqui. Antes era briga toda hora por qualquer coisa, hoje tá melhor, bem melhor.Ela me acompanha mais nas coisa, saimo mais, parece que estamos mais unido, acho que é a convivência com o pessoal daqui.</i>	Manifestação sobre mudanças na relação matrimonial	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	REVITALIZAÇÃO
SÍNTESE	<i>O pessoal todo é muito bom, se desse pra mim chegar mais cedo seria melhor, mas saio tarde do emprego não da pra vim mais cedo e encontra todo mundo. Bom já falei muito, tá bom não tá?</i>			

ANEXO L – Notações Brito

Item	Locução	notação	cat geral	cat espec.
1	<i>Eu comecei a vir na academia de tanto a Dra. Renata insistir, nunca gostei de praticar esportes ou fazer atividade física, mas de tanto ela falar acabei vindo... Para mim não mudou quase nada, não sinto nenhuma diferença.</i>	Identificação de confronto entre aspectos relacionados à sua participação no programa.	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	CONTRAPONTO
2	<i>...o pessoal é muito engraçado, dou boas risadas aqui. Acabei fazendo amizades por aqui e com isso acabo saindo mais de casa, coisa que não fazia nunca.</i>	Manifestação de mudanças no plano sócia após a realização das atividades	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	GANHOS EM SOCIALIZAÇÃO
3	<i>...a única coisa que mudou mesmo é que hoje saio mais de casa e me divirto mais e isso não tem nada a ver com os exercícios.</i>	Manifestação sobre o aumento de sensações positivas com a realização do condicionamento físico	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	REDUÇÃO DE TENSÕES
4	<i>Me divirto muito aqui, é bem melhor que ficar em casa assistindo televisão e pensando na doença, isso sim é que é muito triste.</i>	Identificação de elementos paralizantes relacionados à continuidade da vida, com conteúdos de inércia e fechamento em si.	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	REVITALIZAÇÃO
SÍNTESE	<i>“Só espero que um dia os exercícios façam tão bem pra mim como está fazendo para o pessoal”</i>			

ANEXO M - Notações Ana Maria

Item	Locução	notação	cat geral	cat espec.
1	<i>Ah eu acho que quando eu não fazia atividade, em casa, trabalhando, eu trabalho fora né, eu vivia mal humorada</i>	Manifestação de mudanças no plano afetivo, após a realização das atividades.	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	REDUÇÃO DE TENSÕES
2	<i>eu andava muito cansada, cheia de dores tomando remédios todos os dias. Quando eu levantava assim toda torta já com dor na coluna... e todos os dias eu tomava remédio pra dor...e também eu era muito lenta pra fazer as coisas, aquela lentidão, eu era muito lenta, pra limpar a casa eu demorava 2 dias, 3 dias, não terminava nunca, quando eu terminava ela já estava suja de novo.</i>	Identificação de elementos de impotência relacionados às manifestações físicas causadas pela infecção.	REDUÇÃO DE SINTOMAS	DESGASTE FÍSICO
SÍNTESE	"Hoje não, eu pego limpo rapidinho não sinto dor, difícil, raro quando sinto dor, não tomo comprimido pra dor, é raro né,,a não ser quando tô muito cansada, com dor no pescoço, mas é muito raro tomar remédio."			
3	<i>Também meu relacionamento com as pessoas... melhora muito a cabeça muito, muito, muito, acho que se todos as pessoas soubessem como é bom né?</i>	Manifestação de mudanças no plano social, após a realização das atividades.	REINTEGRAÇÃO SOCIAL	GANHOS EM SOCIALIZAÇÃO
4	<i>Acho assim que libera energia eu acho, libera assim alegria, otimismo, não sei...acontece alguma coisa que...de bem, você fica com um bem-estar muito grande é muito bom</i>	Manifestação sobre o aumento de sensações positivas relacionadas com a realização do condicionamento físico.	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	REVITALIZAÇÃO
5	<i>Eu vejo... eu não prezo estética, eu vejo meu bem-estar, meu bem-estar, eu acho que é assim em primeiro lugar.</i>	Identificação de confronto entre aspectos estéticos e biopsicossociais.	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	CONTRAPONTO
6	<i>Nossa meu colesterol abaixou muito, meu triglicérides, abaixou muito, antes que eu entrei na academia aqui, era muito alto a doutora costuma falar assim... que eu tinha triglicérides de duas, três pessoas, hoje é menos de 200, abaixou muito</i>	Manifestação de alterações metabólicas após a realização das atividades.	REDUÇÃO DE SINTOMAS	DESGASTE METABÓLICO

ANEXO M - Notações Ana Maria (cont.)

Item	Locução	notação	cat geral	cat espec.
SÍNTESE	<i>Meu bem-estar, disposição né...não sinto mais aquela cansada que sentia antes, e além do mais a gente faz amizades, convive num outro ambiente, convive com mais pessoas, expande mais o círculo de amizades da gente, revi amiga que eu não via há muitos anos, a Mariana.</i>			
7	<i>...a gente tem o telefone de contato das pessoas, quando a gente tá assim meio tristonha a gente liga pras pessoas...a gente tem assunto pra conversar é o caso da Luisa, ela sempre me liga pra mim...eu ligo pra ela, ela me pergunta como eu tô, se eu tô bem...</i>	Manifestação de formação de núcleos sociais	REINTEGRAÇÃO SOCIAL	REDUÇÃO DE ISOLAMENTO
8	<i>minha vida tem duas etapas: uma antes da academia e uma depois...é duas etapas, eu acho muito bom e principalmente assim conhecer xxxxx, conhecer as pessoas que freqüentam aqui</i>	Manifestação de mudanças no plano social, após a realização das atividades.	REINTEGRAÇÃO SOCIAL	GANHOS EM SOCIALIZAÇÃO
9	<i>Muita gente falou que eu estou melhor, bem melhor, muita gente falou assim: Nossa Ana cê tá bem melhor que que tá acontecendo?</i>	Manifestação de mudanças na disposição e estados de humor	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	REVITALIZAÇÃO
10	<i>Antes eu vivia reclamando era dor aqui dor ali, hoje não reclamo mais né, assim eu trabalho...então eu acho que melhorou bastante.</i>	Manifestação de alterações físicas, após a realização das atividades.	REDUÇÃO DE SINTOMAS	DESGASTE FÍSICO
SÍNTESE	<i>O ortopedista mandou eu deitar na cama, aí ele fez aquele exercício que levanta bastante a perna, que levanta mesmo, levantou uma vez, aí ele não acreditou, mandou levantar de novo, ele ia segurando minha perna aí eu ia levantando minha perna, ele falou: Inacreditável. Chamou outro médico, aí perguntou minha idade, falei 54 anos, “inacreditável”, ele falou: “uma pessoa que tem o problema que você tem, tô vendo aqui no raio X, e tá com essa flexibilidade é inacreditável, como é que você explica isso?” Falei: “é a academia, certeza, pego peso”.</i>			
11	<i>É muito bom... ficam todos feliz, é muito bom e não são médicos assim, médicos de idade, são médicos jovens sabe, eles ficaram muito contentes, é bom pro ego da gente muito bom.</i>	Manifestação de mudanças no plano afetivo, necessidade de reconhecimento após a realização das atividades.	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	GANHOS EM IDENTIDADE

ANEXO M - Notações Ana Maria (cont.)

Item	Locução	notação	cat geral	cat espec.
12	<i>Eu pelo menos não vou parar mais, nunca mais, enquanto eu tiver aqui andando vivendo eu vou fazer academia, é muito bom.</i>	Identificação de aumento no estado de disposição.	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	REVITALIZAÇÃO
13	<i>...eu falo assim, pra gente fica difícil tirar do orçamento, nosso orçamento é bastante apertado então fica difícil tirar mais academia, passagem de ônibus..</i>	Manifestação sobre dificuldades sócio-econômicas.	BARREIRAS	CONDIÇÃO ECONÔMICA
14	<i>eu não vou abrir a boca pra falar alguma coisa sobre minha patologia, pra mim é porque ninguém sabe, nem mesmo meu filho, Como entrar numa outra academia me misturar no meio de outras pessoas e acompanhar?</i>	Identificação de medo e receio pelo preconceito e isolamento, manifestação da necessidade de aceitação.	BARREIRAS	EXCLUSÃO
SÍNTESE	<i>Se fosse em outra academia eu não teria essa liberdade que eu tenho aqui, nenhuma...eu acho também que eu não teria...como é que eu vou dizer pra você...aqui a gente tem uma supervisão melhor, tem um acompanhamento melhor... se eu tô com alguma dor falo pra Luísa, ela fala pra você, você passa um outro tipo de exercício então se eu fosse fazer em outra academia a gente não teria esse privilegio não é?</i>			

ANEXO N - Notações Carlos César

Item	Locução	notação	cat geral	cat espec.
1	<i>Olha antes de eu vir aqui a médica pediu pra eu vir aqui né fazer exercício, aí eu peguei né, porque a médica achou que eu precisava fazer exercício né... aí então eu peguei vim fazer exercício</i>	Identificação de aumento no estado de disposição.	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	REVITALIZAÇÃO
2	<i>aí melhorou muito, porque minha carga viral meu CD4 melhorou muito né, melhorou bem, em visto do que tava né? Minha triglicérides também ... era muito alta, aí depois que quando eu comecei fazer exercício abaixou bem deu uma boa melhorada.</i>	Manifestação de alterações metabólicas após a realização das atividades.	REDUÇÃO DE SINTOMAS	DESGASTE METABÓLICO
3	<i>Foi aí que agora tô gostando... porque né eu to sentindo outra pessoa, depois que eu comecei a vim aqui tô me sentindo outra pessoa</i>	Manifestação de mudanças no plano afetivo, após a realização das atividades.	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	REDUÇÃO DE TENSÕES
4	<i>...eu sinto mais ânimo, mais vontade de fazer as coisas também, antes eu não sentia muita vontade, eu era desanimado, não tava com vontade de nada. Tudo que eu ia fazer sentia desanimado, agora não, eu saio mais.</i>	Identificação de aumento no estado de disposição	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	REVITALIZAÇÃO
5	<i>As pessoas que a gente conhece aqui faz aumentar nossa amizade. Conheci gente diferente, que fala de outras coisas.</i>	Manifestação de mudanças no plano social, após a realização das atividades.	REINTEGRAÇÃO SOCIAL	GANHOS EM SOCIALIZAÇÃO
6	<i>Meus amigos mesmo tão falando que to diferente, mais alegre, tão falando até que tô mais bonito, acho que é as modicações do corpo.</i>	Manifestação sobre o aumento de auto-estima, relacionado com a participação no programa.	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	GANHOS EM AUTO-ESTIMA
SÍNTESE	<i>“Se depender de mim não paro mais não, só se vocês fecharem ou acontecer alguma coisa. Acho que é só isso.</i>”			

ANEXO O - Notações Vítor

Item	Locução	notação	cat geral	cat espec.
1	<i>De fato realmente eu tô bem melhor assim, mais disposto... mas sobre o problema né graças a Deus ta muito bom, eu me sinto bem né, mais disposto</i>	Manifestação de mudanças no plano afetivo, após a realização das atividades.	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	REDUÇÃO DE TENSÕES
2	<i>tá com vocês aqui é muita atenção de vocês, gosto demais de vocês, dela, de você, mas ta tudo bom. Pra mim vou te falar to mais disposto assim pra andar, porque geralmente quando a cabeça tá ruim tá tudo ruim, to mais disposto assim pra andar pra conversar, ta muito melhor.</i>	Manifestação de mudanças no plano social, após a realização das atividades.	REINTEGRAÇÃO SOCIAL	GANHOS EM SOCIALIZAÇÃO
3	<i>Tô mais calmo, se tô mais calmo</i>	Identificação de alterações no estado de humor	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	REDUÇÃO DE TENSÕES
4	<i>A gente vai assim né, tocando a vida vamos ver o que vai virar.</i>	Manifestação de estados de inércia, sem perspectiva.	REINTEGRAÇÃO AFETIVA	REVITALIZAÇÃO
SÍNTESE	<i>Não dá tempo, mas todo tempo que tiver cedo eu venho sim... eu tenho muito problema de médico né, então não dá pra vir diretamente né um dia a gente dá uma falhada, mas é muito bom eu gosto demais... não pode parar né... a gente tem que continuar né... mas ta tudo bem né</i>			

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)