

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA EICOS



**MEDITAÇÃO BASEADA EM *MINDFULNESS* E O MÉTODO
FELDENKRAIS® COMO TERAPIAS COMPLEMENTARES NO SUS:
A Implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e
Complementares no Instituto Nacional de Traumatologia e
Ortopedia (INTO) Sob a Perspectiva dos Usuários.**

KELLY CRISTINE VIEIRA LEMOS

RIO DE JANEIRO

2014

KELLY CRISTINE VIEIRA LEMOS

MEDITAÇÃO BASEADA EM *MINDFULNESS* E O MÉTODO
FELDENKRAIS[®] COMO TERAPIAS COMPLEMENTARES NO SUS:
A Implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e
Complementares no Instituto Nacional de Traumatologia e
Ortopedia (INTO) Sob a Perspectiva dos Usuários.

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Psicossociologia de
Comunidades e Ecologia Social como parte
dos requisitos necessários à obtenção do
título de Mestre.

Orientadora: Maria Cecília de Mello e Souza

RIO DE JANEIRO

2014

Lemos, Kelly Cristine Vieira

Meditação baseada em *Mindfulness* e o Método Feldenkrais® como Terapias Complementares do SUS: a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares sob perspectiva dos usuários/Kelly Cristine Vieira Lemos. - 2014.

p. 180

Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa EICOS – Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Orientadora: Maria Cecília de Mello e Souza.

1. Meditação. 2. Método Feldenkrais. 3. SUS. 4. PNPIC. - Dissertação.

I. Mello e Souza, Maria Cecília de (Orient.) II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa EICOS – Pós-Graduação em Psicossociologia e Comunidades e Ecologia Social. III. Título.

KELLY CRISTINE VIEIRA LEMOS

MEDITAÇÃO BASEADA EM *MINDFULNESS* E O MÉTODO FELDENKRAIS® COMO
TERAPIAS COMPLEMENTARES NO SUS: A implementação da Política Nacional de
Práticas Integrativas e Complementares sob perspectiva dos usuários.

Orientadora: Maria Cecília de Mello e Souza

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa EICOS de Pós-Graduação em
Psicossociologia de Comunidades e
Ecologia Social, Universidade Federal do
Rio de Janeiro, como parte dos requisitos
necessários à obtenção do título de Mestre
em Psicossociologia de Comunidades e
Ecologia Social.

Aprovada por:

Profa. Dra. Maria Cecília de Mello e Souza – UFRJ

Profa. Dra. Sandra Forte – UERJ

Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo

RIO DE JANEIRO
2014

*"O amor, o trabalho e o conhecimento
são as fontes da nossa vida.
Deveriam também governá-la"*
Wilhelm Reich.

RESUMO

Os sistemas de saúde devem ser respostas sociais às necessidades de saúde da população. No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi aprovada pelo Ministério da Saúde em 2006. Nesta política há aprovação da Medicina Tradicional Chinesa, Práticas Mentais (Meditação), entre outros, no SUS. Essas intervenções mostram-se de baixo custo, com eficácia comprovada cientificamente e fácil aplicabilidade. A meditação tem suas origens no Oriente, mas na década de setenta começou a ser investigada cientificamente no Ocidente. As publicações são predominantemente estrangeiras em contextos sociais diferentes do nosso país; desta forma, se faz necessária a investigação do impacto da meditação no contexto do SUS. As contribuições e repercussões da meditação numa instituição de alta complexidade, onde o perfil dos usuários é de dor crônica e necessidade de cuidados mais “localizados”, precisam ser investigadas para avaliar sua implementação neste contexto.

A pesquisa qualitativa foi realizada no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) e avaliou as repercussões da prática meditativa associada a aulas de consciência corporal sob a perspectiva do usuário, bem como sua adesão. Para tal, foi realizada a pesquisa-ação. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas antes da intervenção. A intervenção proposta foi meditação de Atenção Plena, durante oito semanas, precedida por aulas de Consciência pelo Movimento – Método Feldenkrais[®]. Após as oito semanas de intervenção, foi realizado um grupo focal para avaliar indicadores investigados na entrevista. Os resultados encontrados foram: redução de dor e insônia; autocuidado; melhora dos relacionamentos; mudança de visão de mundo; disseminação tanto da prática meditativa, quanto das aulas de Consciência pelo Movimento; e adesão a estas práticas no cotidiano. O grupo inicial foi composto por cinco mulheres e quatro homens, e ao final composto por quatro homens e três mulheres. Através de análise de dados observou-se que os usuários aprovaram esta prática e referiram benefícios associados à meditação não só no hospital, mas no seu cotidiano.

Desta forma, pode-se concluir que a prática da meditação no SUS pôde contribuir positivamente sob a perspectiva dos usuários do INTO e que este tipo de pesquisa pode favorecer o acesso e implementação desta prática em nosso país.

Palavras-chave: Meditação, Atenção Plena, Método Feldenkrais, SUS, PNPIC.

ABSTRACT

Health systems should be social responses to the health needs of the population. Currently in the West, there is a growth in integrative and complimentary practices (PICs), reflecting a change in the demand of health assistance. In Brazil, the National Integrative and Complimentary Practices Policy (PNPIC) was approved by the Ministry of Health in 2006. This policy includes meditation, a practice of Traditional Chinese Medicine, as well as others in the Unitary Health System (SUS). Such interventions have proven to be easy to apply, low-cost, and scientifically proven as effective. Meditation has its origins in the East but in the decade of the seventies it started to become the subject of scientific investigation in the West. This research seeks to analyse contributions and repercussions of meditation among Unitary Health System (SUS) users who have a history of chronic pain a need for more "localized" care in a highly complex institution, The National Institute of Traumatology and Orthopedics (INTO).

The qualitative research was done at The National Institute of Traumatology and Orthopedics (INTO) and evaluated effects of meditation associated with lessons of body awareness, among users with a good level of adherence. Using the method of research-action, semi-structured interviews were conducted before the intervention. The proposed intervention was Full Attention Meditation during eight weeks, associated with lessons of Consciousness Through Movement - Feldenkrais Method[®]. We used a numeric scale for the pain both after and before the interventions. After eight weeks of the intervention, we created a focus group to evaluate the indicators investigated in the interview. There was also a control group used where two semi-structured interviews were conducted with an interval of eight weeks between them. The results were as follows: A reduction in the amount of pain and insomnia, an increase in self-care, an improvement in social relations, a change in worldview through self reflection. Benefits were observed in the group practice as much through meditative practice as through Consciousness Through Movement and were disseminated to family and friends as well as adhered to in daily life. The initial group was composed of six women and four men and by the end three men and four women remained. It was observed that the approved of these practices, and could notice the benefits associated with meditation not only within the context of the hospital but in their everyday lives as well. In the control group, after the second interview, no such changes in the factors mentioned above were observed.

Therefore, we conclude that the practice of meditation in SUS can make a positive contribution for INTO users.

Keywords: Meditation, Mindfulness, Feldenkrais Method, SUS, PNPIC.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
ANTECEDENTES	18
1. A SOCIEDADE OCIDENTAL E SEU MODELO DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE	21
1.1 MODELO BIOMÉDICO: COMPREENDENDO SOCIEDADE E CULTURA A PARTIR DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE	22
1.2 MUDANDO O PARADIGMA DA MEDICINA CURATIVA PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: INFORME LALONDE E CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA.....	25
1.3 CARTA DE OTTAWA: SAÚDE COMO PROCESSO E A CONTRIBUIÇÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS PARA PROMOVER SAÚDE	26
1.4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	29
1.4.1 Constituição Federal de 1988: Antecedentes e Origem do Sistema Único de Saúde (SUS)	29
1.4.2 Práticas Integrativas: Trajetória e Políticas que Transformaram a Assistência.....	30
1.5 INTEGRALIDADE EM SAÚDE: TRANSFORMANDO ATENÇÃO EM CUIDADO INTEGRAL	33
1.6 RACIONALIDADES MÉDICAS: VISIBILIDADE DE SISTEMAS MÉDICOS E PRÁTICAS EM SAÚDE	35
1.7 SIGNIFICADOS SOCIAIS DO ADOECER: CONTRIBUIÇÕES DAS CIÊNCIAS SOCIAIS	37
1.7.1 Corporificando as Experiências: O Corpo e sua Expressão Individual e Social	38
1.7.2 Enfermidade (Illness) e Doença (Disease): A Doença, o Adoecer e seus Impactos Individuais e Sociais	39
1.8 MEDICINA MENTE-CORPO: POR UM OLHAR INTEGRAL EM SAÚDE	41
1.9 MÉTODO FELDENKRAIS®: UMA PRÁTICA DE CONSCIÊNCIA PELO MOVIMENTO ..	44
1.10 MEDITAÇÃO, TRADIÇÃO E OCIDENTALIZAÇÃO	47
1.11 MEDITAÇÃO COMO FORMA DE AUTORREFLEXÃO E AUTOCUIDADO NO COTIDIANO E NO SUS	52
1.12 O CUIDADO COMO VALOR E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA AS PRÁTICAS DE SAÚDE	54
1.13 OLHAR CONTEMPORÂNEO SOBRE O SUS: MUDANÇAS E MEDIDAS NECESSÁRIAS PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE E INCLUSÃO DO CUIDADO COMO VALOR	56

2.	A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS SOBRE AS REPERCUSSÕES DA MEDITAÇÃO E DO MÉTODO FELDENKRAIS® COMO TERAPIAS COMPLEMENTARES NO SUS	59
2.1	MÉTODO: A PESQUISA-AÇÃO – INTERFACE ENTRE PESQUISADOR E PARTICIPANTES NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO	60
2.1.1	Técnica e Instrumentos de Pesquisa Utilizados	61
2.1.2	Critérios de Seleção e Perfil dos Participantes	62
2.2	LOCAL DA PESQUISA	66
2.3	ETAPAS DA PESQUISA	66
2.4	RESULTADOS	69
2.4.1	Implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Desafios para Inovação	69
2.4.2	As Perspectivas dos Usuários sobre os Impactos da Meditação e do Método Feldenkrais® em suas Vidas	73
2.4.3	Adesão ao Tratamento – Importância da Relação Terapêutica para Participação dos Usuários	73
2.4.4	A Meditação e o Método Feldenkrais® como Medicação sem Efeitos Colaterais para Alívio da Dor	75
2.4.5	A Meditação e o Método Feldenkrais® como Recurso para Adormecer	81
2.4.6	A Meditação e o Método Feldenkrais® como Forma Promover Autocuidado no SUS	83
2.4.7	O Impacto da Meditação nas Relações Consigo, com o Outro e com o Mundo	86
2.4.8	A Meditação e o Método Feldenkrais® Criando um Novo Olhar e uma Nova Ética	90
2.4.9	Disseminação da Prática: A Apropriação da Saúde	92
2.4.10	Prática em Grupo: Contribuições da Formação de Grupo Terapêutico	94
2.4.11	As Perspectivas dos Usuários: Como Percebem a Assistência no INTO e no SUS	96
3.	CONCLUSÃO	98
4.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
	ANEXOS	114
	ANEXO 1: TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	114

ANEXO 2: ROTEIRO DE ENTREVISTA	116
ANEXO 3: ROTEIRO DO GRUPO FOCAL.....	121
ANEXO 4: INTERVENÇÕES	123

1. INTRODUÇÃO

A assistência em saúde no Brasil, está doente. Sociologicamente, adoecer é se retirar dos papéis sociais. É se permitir ser cuidado. É se comprometer com a cura. Sob este ponto de vista, a doença da saúde pública pode ser uma grande oportunidade de crescimento e reavaliação do caminho percorrido e a possibilidade de novas escolhas para restabelecimento e cura. A meditação e consciência corporal como práticas integrativas que possuem respaldo legal pela PNPIC e respaldo científico podem ser uma nova escolha de assistência. Escolha esta, que reduz o custo da assistência, torna o usuário menos dependente da instituição e promove saúde.

A doença como ação social traz significados. Estar doente é um estado social muito além do conceito bioquímico de mau funcionamento corporal, é algo que retrata o funcionamento social e inclui a subjetividade e o contexto social do doente. O papel da doença e do adoecer na vida das pessoas amplia a possibilidade de compreensão e de uma intervenção mais eficaz (Turner, 1995).

A sociedade Ocidental, cujos valores são baseados na competitividade e individualismo, tem uma assistência em saúde baseada na cisão mente-corpo. Descartes, no século XVII, ao comparar o corpo com uma máquina separa o espírito da matéria, a mente do corpo, a razão da emoção. E assim, entrega a alma à igreja e o corpo à ciência. Este fato favorece os estudos anatômicos e a exploração do corpo (Foucault, 2011). Historicamente, Turner (1995) faz um paralelo entre as descobertas anatômicas e as explorações coloniais que ocorreram nos séculos XVI e XVII. Os estudos anatômicos, fisiológicos e das patologias trouxeram mais conhecimento sobre o funcionamento biológico do corpo e gradativamente afastaram o olhar da subjetividade, da complexidade do adoecer, viver e morrer. Desta forma, a partir do paradigma da simplicidade, o modelo biomédico constitui-se com o olhar para a doença, o reducionismo biológico e a cisão mente-corpo. A biomedicina trouxe contribuições como melhora das condições de higiene, que aumentaram a expectativa de vida e evitaram epidemias, porém amputa o olhar sobre o doente e sua subjetividade. A terapêutica passa a ser orientada pela busca sistemática de identificação e combate de doenças, que favorece afincamento nas pesquisas de drogas e tecnologias que tratem os desvios biológicos (Luz, 2012).

A saúde torna-se um grande mercado gerador de lucros. Há um avanço nas tecnologias para o tratamento e cura das doenças. A indústria farmacêutica com ofertas cada vez mais modernas e com promessas de cura. Por outro lado surgem as iatrogenias, que seriam doenças e morbidades causadas por intervenções médicas. De uma forma individual elas trazem consequências isoladas, porém há também uma forma de iatrogenia cultural que traz consequências sociais, onde o saber médico desapropria formas tradicionais de tratamento e desqualifica o conhecimento popular sobre as doenças e seu tratamento, gerando expropriação da saúde (Illich, 1975).

Nesta luta incessante contra a doença e a morte, inerentes à condição humana, há um elevado custo na assistência em saúde no Ocidente. O custo econômico é observado pela necessidade de tecnologias caras para a assistência; há um custo social, uma vez que o biologismo expropria o indivíduo de sua saúde e o deixa dependente de instituições e podemos citar, ainda, o custo físico gerado pelas iatrogenias e excesso de intervenções que talvez fossem mais prejudiciais que favoráveis à saúde (Illich, 1975). O custo econômico talvez possa ser citado como principal fator que leva à mobilização política e à busca por transformações.

Em 1990, os gastos mundiais com saúde chegaram a US\$ 1.700 bilhões. Os países desenvolvidos gastam cerca de US\$ 1.500 bilhões em assistência em saúde e os países em desenvolvimento gastam US\$ 170 bilhões por ano. É importante conhecer os gastos em assistência, porém a sua organização, gestão e condições de acesso são fundamentais para mudanças que inovem as ações de saúde, gerando redução de custos (World Development Report, 1993). Para redução de custos na assistência em saúde é necessária uma nova postura profissional. Os fatores que mais encarecem a assistência são as intervenções médicas e suas prescrições. Deve haver reflexão antes de se prescrever um exame ou tratamento. Isto é mais fundamental no modelo biomédico, que tende a ignorar outras práticas curativas informais, ainda que prevalentes na nossa sociedade (Zucchi, Nero & Malik, 2000).

Internacionalmente, práticas alternativas começam a ganhar destaque e chamar a atenção dos governos. Em 1991, nos Estados Unidos, foi criado o Nacional Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) com o objetivo de pesquisar, sistematizar e avaliar práticas alternativas em saúde. As pesquisas trouxeram visibilidade, o

que favoreceu ampliação e implementação de práticas alternativas em sistemas de saúde de vários países como Inglaterra, Canadá, Estados Unidos (Ernest, 2000). No Brasil, o trabalho de Madel Luz, pesquisadora do Instituto de Medicina Social da UERJ, trouxe visibilidade para outras racionalidades médicas além da biomedicina (Luz, 2012).

Uma Racionalidade Médica pode ser definida como um sistema médico complexo construído racional e empiricamente com seis dimensões: uma cosmologia, uma morfologia humana, uma doutrina médica, um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico. As práticas integrativas como a meditação e tai chi, por exemplo, fazem parte de medicinas tradicionais como a ayurvédica e chinesa. São práticas onde o microcosmo é criado a partir do macrocosmo, ou seja, o ser humano como parte do todo e possuem uma abordagem mais integral (Luz, 2005). As medicinas tradicionais não consideram o adoecer como algo meramente biológico. Os fatores biopsicossociais são levados em conta no adoecimento e no tratamento, sendo o foco o equilíbrio do organismo e não somente a eliminação da doença. (Tesser, 2009).

Nesta dissertação, vamos abordar os significados sociais do adoecer e as contribuições das ciências sociais para a saúde. A melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é conferida pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas sim, quanto ao processo que ocorre na coletividade humana. A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos (Laurel, 1982). As doenças são referenciais sociais e culturais. No entanto, o tratamento focado na biologia não considera fatores mais amplos e tende a atuar de forma isolada. O modelo biomédico, que possui uma intervenção mais individualizada, encarece a assistência e deixa uma carência no que tange à subjetividade, significação do adoecer e à própria cura (Turner, 1995).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) mobiliza governos e passa a incentivar a atenção primária em saúde ao observar o modelo chinês. Embora o incentivo seja com foco econômico, abre a possibilidade de discutir a intervenção vigente e trazer transformações (Furtado, 2010). A partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, o conceito de saúde como ausência de doenças, que refletia o modelo de assistência e seu enfoque, foi ampliado para completo bem-estar físico, mental e social. Embora este conceito traga em si um ideal de

saúde, amplia a visão para além do reducionismo biológico. Após a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, no Canadá, e a publicação da Carta de Ottawa, há um forte incentivo à promoção de saúde pela OMS. Esta passa a ser definida como um *processo* de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde (Marcondes, 2004).

É importante ressaltar que o modelo de “promoção de saúde” está nos moldes canadenses, país que possui realidade e contexto muito diferentes do nosso país. A Promoção de Saúde favoreceu mudanças na assistência, porém deveria ter mais foco em políticas sociais que favoreçam mudanças estruturais na nossa sociedade. Educação, habitação, alimentação, entre outros, são saúde; intervenções macropolíticas refletirão diretamente nas condições sociais, nas escolhas e participação da população em prol de sua saúde individual e favorecerão a integralidade em saúde (Furtado, 2010).

A integralidade em saúde, favorece ampliação da assistência, uma vez que considera as dimensões sociais e subjetivas do adoecer. Deve ser considerada de forma ampla, atuando na organização do processo de trabalho, gestão e planejamento das práticas, formação dos profissionais, construção de novos saberes e práticas em saúde, escuta cuidadosa e perspectiva dos usuários (Pinheiro & Mattos, 2010). As Práticas Alternativas, denominadas atualmente integrativas, passam a configurar as práticas em saúde. Como será discutido posteriormente, estas práticas ganham visibilidade e favorecem autonomia e promoção de saúde. Em 2006, é aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que é um passo importante, porém inicial, para que efetivamente os usuários tenham acesso a estas práticas no SUS (Luz, 2012). A Constituição Federal de 1988 traz as diretrizes do SUS, as quais incluem universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade. O objetivo era aproximar os direitos civis garantidos por lei da oferta real de serviços públicos de saúde à população (Furtado, 2010). O SUS foi constituído num momento histórico em que o foco era assistência em condições agudas de saúde. Atualmente, há uma mudança demográfica no Brasil. O envelhecimento populacional, demanda renovação no SUS e novas práticas de assistência (Vilaça, 2012). As práticas integrativas reduzem o custo e podem ser uma forma de inovar no SUS.

As práticas integrativas, contribuem para a integração mente-corpo, integração esta, que tem suas origens na psicossomática. Atualmente a psicossomática refere-se a um olhar não separado dos aspectos psicossociológicos e biológicos das doenças. Através da visão holística, tem considerações sobre o cuidado que envolve olhar mais integral para a saúde (Castro, Andrade & Muller, 2006).

A meditação como prática integrativa no SUS, pode favorecer integração mente-corpo e a educação em saúde. A meditação transforma o paciente em agente social de saúde e favorece apropriação de saúde. Os benefícios são diversos: redução de dor, melhora de ansiedade e estresse, melhora de insônia, promoção de autocuidados, entre outros (Kabat-Zinn, 1990).

Através do paradigma da simplicidade, o pesquisador, pretende colocar ordem aos fenômenos e rejeitar as incertezas, assim seleciona os elementos para retirar a ambiguidade e reduz o fenômeno, tomando a redução como referência para o amplo. Partimos do paradigma da complexidade, que é um tecido de constituintes heterogêneos associados, onde ações, interações, determinações e acasos constituem nosso mundo fenomenal. Esse paradigma traz o paradoxo do uno e do múltiplo (Morin, 2011). Sob a perspectiva do paradigma da complexidade, foi realizada uma pesquisa qualitativa, pesquisa-ação sobre as repercussões da meditação e do método Feldenkrais[®] como terapia complementar no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), sob perspectiva dos usuários. O INTO é um hospital federal com atendimentos de alta complexidade. A pesquisa-ação propicia a mobilização dos participantes do campo e incentiva sua participação, autonomia e iniciativa. Existe a tentativa de uma relação mais horizontalizada e descentralizada nos acordos (Vasconcelos, 2011). Além dos efeitos fisiológicos e individuais, queremos observar os impactos sociais destas práticas.

Todos os participantes tinham até 3 salários-mínimos de renda familiar, para avaliar a adesão tentamos facilitar a ida ao hospital, fornecemos a passagem, sendo a falta de dinheiro motivo muito comum de ausência e abandono dos serviços, e o INTO forneceu lanche após as intervenções. Utilizamos a escala numérica de dor a cada intervenção e abordamos as relações sociais, relação do participante consigo na entrevista inicial e no grupo focal.

O objetivo geral desta pesquisa, foi avaliar, sob perspectiva dos usuários, se a prática meditativa realizada como terapia complementar no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), tem repercussões na saúde, bem-estar subjetivo e em suas vidas de forma geral. A participação social é uma das diretrizes do SUS que será contemplada por esta pesquisa, através da perspectiva dos usuários. Para tal, incentivamos a participação dos usuários e ao final com o grupo focal pudemos avaliar as repercussões da intervenção. Os objetivos específicos eram cinco: (1) investigar as repercussões e adesão desta prática numa população de baixa renda. (2) verificar se os participantes da pesquisa identificam algum impacto da meditação nas atividades e interações sociais do seu cotidiano e com seu quadro algico. (3) investigar se a meditação enquanto prática promove autocuidado. (4) investigar o potencial e as limitações de se oferecer um pratica integrativa num serviço de saúde. (5) contribuir para a implementação da meditação no SUS, este objetivo foi explorado incluindo a perspectiva dos usuários sobre a prática e compartilhando essa experiência e seus desafios que traz reflexões e sugestões para futuras implementações.

Foram realizadas cinco etapas: (1) divulgação da pesquisa e coleta de dados de interessados em participar; (2) realização de treze entrevistas semiestruturadas (9 com os participantes e 4 com grupo controle); (3) a intervenção de oito semanas (utilizando o método Feldenkrais[®] e a meditação de atenção plena); (4) a realização do grupo focal com 7 participantes ao final e (5) duas entrevistas com o grupo controle com 4 participantes inicialmente e 2 participantes ao final.

As intervenções foram realizadas utilizando a meditação de atenção plena, utilizando o protocolo de Kabat-Zinn, biólogo que adaptou meditações da tradição budista para utilização na saúde, sem vínculo religioso. Utilizamos também a meditação da consciência amorosa, adaptada a partir da meditação budista- *Metta Bhavana*, por Vidyamala Burch, fundadora da Breathworks. Como trabalho corporal, utilizamos o método Feldenkrais[®], método este desenvolvido por Moshé Feldenkrais, russo que praticava artes marciais e desenvolveu esta prática mente-corpo, onde a partir da consciência pelo movimento busca-se estar no presente, percebendo-se e atuando no seu processo (Feldenkrais, 1984 & Feldenkrais,1990). Este método vem sendo pesquisado e possui evidências de sua eficácia na redução de quadros algicos (Lundblad, Elert & Gerdle, 1999; Porterfield & DeRosa, 1992; Shafarman & Bearman, 1999), melhora em padrões respiratórios, posturais e equilíbrio (Seegert & Shapiro, 1999;

Shekman et al., 1989; Stephens et al, 2001), e também melhora na ansiedade, autoestima e bem estar (Johnson, Frederick, Kaufman & Mountjoy, 1999; Laumer, Bauer, Fichter & Milz, 1997). A Meditação de Atenção Plena, vem sendo largamente pesquisada e validada para fins de saúde (Kang, Choi & Ryu, 2009; Luders, Toga, Lepore & Gaser, 2009). Existem evidências sobre melhora de dor crônica (Morone, et al 2008; Rosenzweig et al, 2010), redução dos níveis de cortisol e aumento da resposta imunológica (Sudsuang, Chetanez & Veluvan, 1991), melhora da qualidade do sono (Friedman, Benson & Myers, 1998; Kosaka et al, 2010) e melhora da depressão (Friedman, Benson & Myers, 1998; Mars & Abbeg, 2010). A prática consiste em viver o momento presente sem julgamentos. No Brasil, pesquisas vêm sendo realizadas com a prática meditativa e comprovando seus benefícios (Kozasa et al, 2013; Demarzo et al, 2013). Porém, precisamos ampliar as investigações no SUS e o impacto social desta prática para favorecer a implementação neste contexto.

Tivemos como resultados a melhora da dor e a relação dos participantes com seu quadro álgico; melhora do sono; observamos que a meditação associada ao método Feldenkrais® promoveu autocuidado; teve impacto positivo nos relacionamentos dos participantes e modificou a visão de mundo; e favoreceu a apropriação da saúde através da disseminação da prática. É importante destacar a inter-relação dos resultados. Observamos nos discursos que as relações influenciam a dor, assim como a dor interfere nas relações sociais e assim por diante.

A Meditação vem sendo utilizada e pesquisada como prática de saúde. Os efeitos benéficos, como serão descritos posteriormente, são muitos e favoráveis à promoção de saúde. Estes benefícios podem ser replicados no SUS e para tal precisamos da perspectiva dos usuários no nosso contexto. As pesquisas são predominantemente focadas em patologias específicas e alterações neurofisiológicas que trazem respaldo dentro do modelo biomédico. Porém, é preciso ampliar o olhar e buscar também pelo impacto social das práticas integrativas no SUS, favorecendo a integralidade e promoção de saúde.

As contribuições deste trabalho incluem o uso do paradigma da complexidade, que amplia o olhar para a experiência; a prática de meditação e consciência corporal como forma de autorreflexão e mudança da visão de mundo, que são referenciais inovadores sobre a prática meditativa; a busca da perspectiva dos usuários e os impactos sociais como disseminação da prática e satisfação nos relacionamentos. Embora os resultados não sejam

generalizáveis, trazem a perspectiva dos usuários e favorecem a implementação pela riqueza de conteúdo sobre a experiência, os desafios e desejos, tanto dos usuários em participar, quanto da pesquisadora em realizar o trabalho. É preciso maior número de pesquisas no contexto do SUS e acompanhamento longitudinal para avaliar a permanência deste aprendizado e da prática ao final do grupo, a perpetuação dos impactos sociais e na vida dos participantes.

Nesta dissertação, argumentamos que é preciso inovar na assistência em saúde. O modelo biomédico através do reducionismo biológico e da fragmentação, gerou iatrogenias e a medicalização social. Através da expropriação da saúde, tornou os indivíduos dependentes das instituições e dos profissionais de saúde. É necessário inovar para reduzir os custos e favorecer a participação social. A meditação e a consciência corporal são formas de favorecer a apropriação de saúde, reduzir gastos e tornar os pacientes, agentes de sua saúde.

A prática da meditação de atenção plena associada a aulas de consciência pelo movimento – método Feldenkrais® em 8 encontros grupais semanais, trouxe mudanças significativas no quadro algico, sono, relacionamentos sociais, atividades do cotidiano e visão de mundo dos usuários do INTO que participaram da intervenção. A intervenção proposta gerou autorreflexão e *awareness*, levando assim ao autocuidado e às mudanças psicossociais. A prática meditativa gera redução dos níveis de cortisol e adrenalina, favorece a ativação do sistema nervoso parassimpático, reduzindo a ansiedade e o estresse, possibilitando assim, melhora do sono e da dor. Tais efeitos aliados a avaliação favorável do grupo, a adesão acima da média ao tratamento e a disseminação das práticas para familiares e amigos, apontam para a possibilidade de uma implementação bem sucedida das PICs no SUS.

ANTECEDENTES

[Minha trajetória de vida me levou à graduação de fisioterapia, na Escola Superior de Ensino Helena Antipoff, em Niterói. Sempre questioneei a visão fragmentada difundida da faculdade, e quando perguntava pelo emocional e o todo que estava por trás da anatomia ouvi de alguns professores que deveria procurar a psicologia. Porém, sempre amei o corpo, o mistério que envolve a vida que se dá através do corpo que constituímos. Especializei-me em neuropediatria na UFScar, acreditava que a fisioterapia neurológica seria mais abrangente. Os

pacientes traziam questionamentos sobre seus quadros e questões que não conseguia responder biologicamente. Sempre procurei realizar atendimentos acolhedores e criativos que estimulassem a participação, queria que os pacientes descobrissem outras possibilidades, independente de suas lesões.

No ano de 2006, comecei a praticar meditação, prática que mudou profundamente meu trabalho e minha vida; inicialmente praticava sozinha e depois em grupos terapêuticos sem vínculo religioso. Ao vivenciar a integração mente-corpo com práticas ativas de meditação mudei minha visão de mundo, estudei terapias corporais e fiz uma formação em Terapia Reichiana, queria levar para meu trabalho a integração mente-corpo. Em 2007, fui chamada para o quadro de fisioterapeutas do INTO, havia prestado concurso e sido aprovada. No INTO, os fisioterapeutas são separados por grupos cirúrgicos, quadril, ombro, coluna, mão. Eu deveria fazer parte de algum grupo e realizar protocolos de intervenção. Questionei por muito tempo se continuaria, fiz tentativa de trabalhos em grupo nas enfermarias, realizei aromaterapia e levava poesia para compartilhar com colegas e pacientes.

Em 2008 descobri o Método Feldenkrais[®], que mudou profundamente minha vida. Uma forma de meditação ativa para mim. Um cuidado amoroso com o corpo, com foco no aprendizado orgânico e na plasticidade neuronal. O impacto de Feldenkrais foi muito significativo; nos atendimentos particulares passei a observar uma redução intensa da dor já na primeira sessão. Passei a utilizar alguns movimentos e orientações no INTO, sempre sendo muito bem acolhido pelos pacientes e com reflexo direto na redução da dor. Queria muito desenvolver este trabalho no SUS com a meditação.

Em 2011, tive a sorte de conhecer a Cecília, minha orientadora, no I Seminário Consciência Mente Corpo na UFRJ, coordenado pela mesma. Conheci a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e vislumbrei tornar meu sonho realidade. Hoje, esta dissertação é fruto da minha busca pela integração mente-corpo e o desejo de compartilhar esta possibilidade com os usuários do SUS.]

No próximo capítulo vamos abordar o sistema biomédico, seus benefícios e custos para saúde e para os usuários, contribuindo para compreensão das necessidades de mudanças na assistência. Vamos contextualizar as mudanças políticas e econômicas mundiais e nacionais

que trouxeram mudanças para o modelo de saúde vigente, ampliaram o conceito de saúde e trouxeram o incentivo à promoção de saúde, ainda que mais por motivações econômicas que preocupação com a população. Os significados sociais do adoecer trazem a compreensão mais ampla do estado de doente e de sua relação social, e nos fazem perceber o quanto o reducionismo biológico exclui do adoecer e do doente, focalizando no tratamento das doenças.

Abordaremos as racionalidades médicas que trazem visibilidade a outros sistemas de saúde, favorecendo utilização de práticas integrativas na assistência em saúde. O princípio da integralidade, no SUS, possibilita novas práticas e busca por assistência mais integral. Vamos contextualizar a medicina mente-corpo, o método Feldenkrais® e a meditação, e suas contribuições para a pesquisa e como forma de favorecer a apropriação da saúde, reduzindo gastos e incentivando a participação social. A partir do cuidado como valor, vamos analisar este recurso que pode permear a assistência humanizando o atendimento. Queremos com este capítulo observar o modelo fragmentado e caro de assistência em saúde e apontar uma direção mais integral para a assistência.

No segundo capítulo abordaremos a pesquisa de campo realizada no INTO. Utilizamos o método de pesquisa-ação e partimos do paradigma da complexidade. Abordaremos os resultados e a perspectiva dos usuários sobre a intervenção, o INTO e o SUS. Queremos contribuir com futuras pesquisas abordando como foi realizado todo o processo de intervenção no INTO, os desafios e facilidades de se inovar em saúde.

1. A SOCIEDADE OCIDENTAL E SEU MODELO DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Este capítulo contribui para a compreensão do modelo atual de assistência em saúde na sociedade Ocidental, suas consequências e necessidades para que a assistência seja um reflexo da real demanda da população. O modelo biomédico atua predominantemente nos aspectos biológicos da doença e adoecer, desta forma exclui a subjetividade e os significados sociais que podem contribuir muito para uma assistência mais abrangente e eficaz (Turner, 1995). O foco na doença favorece a investigação de mau funcionamento do corpo, os exames cada vez mais “sofisticados” procuram explicações biológicas e cura para tudo. Observa-se uma substituição da relação médico-paciente pela análise de exames, o toque no corpo torna-se cada vez mais raro. Tecnologias e medicamentos tornam-se novas formas de mercado e consumo e encarecem a assistência (Illich, 1975). Os equipamentos médicos e medicamentos favorecem o enriquecimento, porém a assistência pública torna-se inviável devido ao alto custo. O apelo da mídia e mercado é grande, onde cuidados de saúde se reduzem à valorização de ações tecnológicas e uso de fármacos. A sociedade reflete esta construção social da demanda com ações judiciais para procedimentos de alto custo e uma assistência nada equânime (Pinheiro & Martins, 2011). Não é a tecnologia em si que prejudica a assistência em saúde, e sim a forma como vem sendo utilizada; a priorização do biológico e subordinação aos outros saberes reforçam um estilo de pensamento específico e fragmentado (Pinheiro & Mattos, 2009). A Organização Mundial de Saúde, na década de setenta, convoca governos e propõe mudanças na assistência, incentiva a atenção primária e promoção de saúde. A visibilidade de outras racionalidades médicas que possuem cosmologia diferente da biomedicina e práticas integradoras favorecem sua utilização e respaldo no Ocidente.

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares é aprovada em 2006 e favorece a implementação e validação de práticas integrativas, muitas vezes já existentes, porém marginalizadas na assistência (Luz, 2012). Assim, vamos contextualizar a assistência em saúde, suas mudanças e o surgimento de práticas integrativas e complementares no SUS. A meditação como prática de saúde e respaldo científico traz a possibilidade de autocuidado e educação em saúde (Danucalov & Simões, 2009). O Método Feldenkrais[®] como prática mente-corpo favorece a apropriação da saúde (Alon, 2000). O cuidado como valor favorece a assistência e o autocuidado, convidando a participação do

usuário no processo, e pode ser uma forma de transformar pacientes em agentes sociais de saúde (Ayres, 2009).

1.1 MODELO BIOMÉDICO: COMPREENDENDO SOCIEDADE E CULTURA A PARTIR DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

A compreensão de um modelo social se dá pela observação dos costumes, hábitos, rituais, relação com a dor, o adoecer e a morte. Neste caso, vamos destacar o modelo de assistência em saúde como reflexo da sociedade contemporânea, que, baseada no individualismo e competição, possui um foco em ações individualizadas no que tange às ações em saúde e exclui fatores sociais, bem como a complexidade que envolve o adoecer. A biomedicina possui um olhar que reflete o modelo cartesiano, cuja cisão mente-corpo tem suas origens no século XVII, com as ideias de Descartes, que compara o corpo a uma máquina (Barros, 2002). Este olhar trouxe benefícios. Favoreceu as especialidades. Trouxe intervenções locais. Promoveu a criação de vacinas, o combate às epidemias, o prolongamento da vida, entre outros. Porém, traz também o reducionismo biológico e a fragmentação, onde o todo é visto como soma das partes. A consequência é expropriação da saúde, medicalização da vida, exclusão da subjetividade e dos significados sociais do adoecer que podem favorecer ações mais amplas e eficazes. Prolonga-se a vida sem, no entanto, se avaliar a qualidade do viver (Illich, 1975).

Os fatores culturais permeiam as representações, práticas de saúde e construção social da oferta e demanda dos serviços no sentido de fortalecer os valores sociais. Toda sociedade possui um universo simbólico que é espelhado no funcionamento social. Na sociedade contemporânea ocidental, podemos observar valores dominantes como: o individualismo, que traz uma compreensão dos indivíduos como unidades autônomas e pontuais; a competição (regra básica entre os indivíduos ao se relacionarem); o consumismo como afirmação de ser; o corpo e seu cuidado como unidade central, destacam-se aqui os cuidados estéticos e as representações de juventude, beleza e força (Luz, 2012).

Desta forma, deve-se considerar os fatores que levam à busca por serviços de saúde e suas consequências. A busca por hospitais nas sociedades contemporâneas está vinculada ao

diagnóstico e tratamento de alguma doença e ao uso de medicamentos. A medicalização é um termo complexo que pode ser considerado como forma de controle social (Zola apud Camargo, 2013), como consequência dos processos de transformação social (Foucault, 2012), tratamento de problemas não considerados médicos tratados com medicamentos (Conrad apud Camargo, 2013) e até o reconhecimento das contribuições sociais do saber-prática-instituição (Camargo, 2013). Observamos o crescente uso de ansiolíticos e a automedicação com argumentos de que se precisa de fármacos para dormir, para relaxar, para viver. As pessoas recorrem aos medicamentos para suportar pressões e sofrimentos gerados pela vida contemporânea que outrora seriam só fatos da vida (Aguilar, 2004). Na verdade, há uma atitude passiva, levando a uma alienação corporal e responsabilização dos sistemas de saúde e profissionais de saúde como detentores do conhecimento e da função de eliminar os sintomas, a busca de algo fora para aliviar o que se sente internamente. Neste aspecto, práticas integrativas como a meditação requerem uma participação ativa, uma atitude de autocuidado, uma apropriação da saúde (Barros, 2002).

As intervenções médicas e o avanço tecnológico trouxeram a cura de doenças, melhorias para a saúde e também os efeitos colaterais. Iatrogenias são doenças e morbidades geradas pelas intervenções médicas. Illich apud Nogueira (2003) destacou três formas de iatrogênese: (1) iatrogênese clínica, causada pelos cuidados de saúde; (2) iatrogênese social, onde há crescente dependência da população pelos medicamentos, comportamentos e medidas prescritas pela medicina, e leva ao favorecimento do “papel de doente”; (3) iatrogênese cultural, onde se observa desvalorização das práticas tradicionais e do saber espontâneo, que vem de um potencial cultural das pessoas e comunidades para lidar com a dor, vida e morte. O indivíduo expropriado de sua saúde (autonomia) perde a capacidade de autocuidado e não se beneficia tanto quanto poderia das tecnologias médicas modernas, e o reducionismo biológico gera uma obsessão com a saúde e assim nova forma de consumismo por medicamentos e intervenções em seu corpo (Illich, 1975).

Os interesses econômicos são determinantes na organização dos sistemas de saúde. O pagamento por procedimentos incentiva o pedido de exames, cirurgias e uma atuação focada predominantemente na tecnologia (Camargo, Jr, 1995). Entre 30% a 50% dos gastos em saúde dos Estados Unidos têm sido desnecessários, o que significa um gasto entre 500 e 700 bilhões de dólares por ano em procedimentos que seriam dispensáveis e responsáveis por 30 mil

mortes anuais (Moynihan, Doust & Henry, 2012). A tomografia computadorizada, por exemplo, é um recurso diagnóstico que representou enorme avanço na biomedicina, porém pesquisas mostraram excessos e consequências no seu uso: em 2000, foram realizadas mais de 40 milhões de tomografias nos Estados Unidos; em 2005, mais de 76 milhões; e em 2010, mais de 100 milhões, o que significou uma média de um exame para cada três americanos neste ano. Parte destas tomografias não é justificável e submete as pessoas a radiações desnecessárias (Bownlee apud Vilaça, 2012).

Em 1972, Irving Zola propôs o conceito de medicalização, bastante usado na sociologia, para se referir ao poder médico e sua função de controle social a partir do uso de medicamentos e tecnologias médicas. A medicina transforma fenômenos sociais, como alcoolismo, uso de drogas e homossexualidade, em conceitos médicos, incluindo-os no domínio do saber médico. Problemas sociais passam a ser medicalizados e vistos como “doenças” a serem tratadas. A medicina passa a exercer uma regulação social outrora exercida pela igreja (Aguiar, 2004). Há a difusão de uma visão mágica da medicina que influencia a sociedade através dos meios de comunicação de massa e que faz a população também exigir do médico o exame mais moderno, o último medicamento lançado, e até recorrer a tribunais para ter direito a exames e procedimentos de alto custo e baixa acessibilidade, onerando o sistema de assistência e atribuindo a isso saúde (Willians & Calnan, 1996). Intervenções preventivas relacionadas às tecnologias médicas como os *check-ups*, por exemplo, deveriam ser usadas de forma mais criteriosa, de forma que o bem causado no futuro seja mais relevante que os prejuízos causados no presente. Essas intervenções elevam o custo da assistência e é preciso avaliar se realmente trazem impactos positivos à saúde das pessoas. (Vilaça, 2012).

As políticas públicas deveriam promover e proteger a confiança e competência na realização de atos de autocuidado pelos usuários para gerar equidade em saúde (Nogueira, 2003). O avanço tecnológico encarece a assistência sem efetivamente melhorar a saúde. É crescente o consumo de procedimentos e medicamentos, o foco na diagnose e o distanciamento na relação terapêutica, fatores estes que apontam uma crise no modelo biomédico e que evidenciam a necessidade de renovação. (Leite & Strong, 2006).

1.2 MUDANDO O PARADIGMA DA MEDICINA CURATIVA PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: INFORME LALONDE E CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA

Vamos destacar eventos internacionais importantes que trouxeram mudanças significativas para a assistência em saúde. O interesse econômico, devido ao alto custo da assistência em saúde, leva à mobilização de governos e discussões sobre mudanças necessárias. O Informe Lalonde e a Conferência de Alma-Ata incentivam a atenção primária em saúde e o uso de práticas tradicionais que possuem baixo custo e foco na prevenção de doenças, inclui fatores sociais e convoca a participação social. Posteriormente, vamos discutir as repercussões destes eventos no Brasil.

Em 1974, o *Informe Lalonde*, documento elaborado pelo Governo do Canadá, influenciou políticas sanitárias nos Estados Unidos e Inglaterra e se tornou referência para promoção de saúde. O Informe possui cinco estratégias de intervenção: (1) Promoção de saúde; (2) Estratégia de regulação; (3) Eficiência dos cuidados em saúde; (4) Promover responsabilidade social; (5) Estabelecimento de objetivos. O documento trouxe setenta e quatro iniciativas para implementar as estratégias acima, das quais vinte e três eram relacionadas à promoção de saúde (Nogueira, 2003). A saúde seria composta pela biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização dos sistemas de saúde. A atuação deveria considerar o estilo de vida, a dieta, o consumo de álcool e tabaco, conduta sexual, expande o olhar sobre a saúde e implica os sujeitos no cuidado (Furtado, 2010).

A abertura da China Nacionalista ao mundo exterior favoreceu comparações nos costumes e assistência em saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em duas missões à China, observou que esses povos, especialmente nos ambientes rurais, possuíam cuidados de saúde não convencionais à medicina ocidental e que sua estrutura estava na atenção primária à saúde. O foco era na prevenção e não na cura. Estes dados, somados ao *Informe Lalonde*, culminam na I Conferência sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978 (Heidmann et al, 2006).

A Conferência de Alma-Ata foi realizada pela OMS em 1978. Teve a participação de três mil delegados de 134 governos e 67 organizações internacionais. Na busca por soluções urgentes para estabelecer a promoção de saúde como uma das prioridades para uma nova ordem

econômica internacional, trouxe uma reflexão sobre o avanço tecnológico, alto custo e baixa eficácia da biomedicina e incentivou as formas tradicionais de cuidados em saúde. (OMS, 2005).

A Conferência de Alma-Ata foi considerada a primeira declaração que despertou e enfatizou a importância da Atenção Primária, desde então defendida pela OMS como a chave para promoção de saúde de caráter universal. Os primeiros itens da declaração reafirmam a definição de saúde defendida pela OMS, como o “completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, e defendem a saúde como direito fundamental e como a principal meta social de todos os governos.

A declaração salienta, ainda, a interferência da desigualdade social nas políticas de saúde, ressaltando o papel que a lacuna entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento representa. Convoca todos os países à cooperação na busca pelo objetivo comum da saúde, fator que contribui para a qualidade de vida e para a paz mundial. A declaração defende tal cooperação como direito e dever de todos, individual e coletivamente, para promover saúde (Barros, 2002). Há o incentivo pela OMS às práticas integrativas; estas práticas possuem o foco na prevenção das doenças e não na cura, que trazia altos custos para os sistemas de saúde. As práticas integrativas, como Tai Chi, Meditação e GiGong, favorecem a participação social, possuem baixo custo e promovem saúde.

1.3 CARTA DE OTTAWA: SAÚDE COMO PROCESSO E A CONTRIBUIÇÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS PARA PROMOVER SAÚDE

Em 1986, ocorre a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá. Partindo da elaboração de implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde e da importância da participação ativa da comunidade na saúde, gera a *Carta de Ottawa*, que se torna um marco na difusão da promoção da saúde no mundo. Ocorre uma ampliação do atuar em saúde como algo além das instituições médicas e dos profissionais de saúde. (Heidmann et al, 2006).

Este documento define a promoção de saúde como um *processo* de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. A visão de saúde como

um processo (incompleto, aberto) e não como *estado completo* (acabado, fechado) de bem-estar físico, mental e social representa um avanço, pois um processo permite a participação de acordo com suas possibilidades econômicas, técnicas, políticas e culturais (Marcondes, 2004).

A OMS começa a criar estratégias para a promoção de saúde e o uso de medicinas tradicionais: a medicina Chinesa, Indiana (Ayurvédica) e medicina indígena. Difunde o termo complementar, alternativo ou medicina não convencional. Em 2002, a OMS publica estudo de estratégias sobre medicinas tradicionais alternativas e complementares nos sistemas nacionais de todos os seus países-membros, o que gera mudanças nas políticas de saúde no mundo (WHO, 2002). Em 2004, o Dr. Lee Jong Wook, diretor-geral da OMS, propõe a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), cujo principal objetivo seria a equidade em saúde, onde a prática clínica, evidências científicas e a participação social estejam juntos. A implementação de abordagens mais abrangentes dos problemas de saúde com inclusão de fatores ambientais e sociais era outro objetivo da CNDSS. O foco seria na produção de informação e conhecimento dos determinantes sociais de saúde de diferentes populações para gerar apoio e avaliação das políticas de saúde e a mobilização social (Yazlee-Rocha, 2010).

No Brasil, em 2005, é criada a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares, incentivando um modelo de atenção em saúde baseado na integralidade. O documento inclui a Medicina Chinesa e acupuntura, a homeopatia, a fitoterapia e a medicina antroposófica (MS, 2005). Em 2006, a Portaria no. 971 do Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e amplia as práticas. Inclui o Termalismo Social / Crenoterapia; práticas corporais (lian gong, chi gong, tui-na, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar e fitoterapia tradicional chinesa. Esta política amplia o uso de práticas integrativas no sistema de saúde, favorece as pesquisas e implementação. Porém, ainda há muito que se fazer para tornar esta política uma realidade no sistema de saúde do Brasil, tanto na capacitação dos profissionais quanto no acesso aos usuários (MS, 2006).

No Brasil, em 2008, o Relatório Final da CNDSS expõe o desejo de incluir formas de ação para diminuição e monitoramento das desigualdades sociais em saúde e melhorias para população. O relatório apresentou quatro definições a serem investigadas: (1) Estratificação socioeconômica e a saúde, que apresentaria tendências da situação de saúde no país,

destacando as desigualdades relacionadas à renda, escolaridade, sexo e local de moradia; (2) Condições de vida, ambiente e trabalho, trazendo ênfase nas relações entre saneamento, alimentação, habitação, ambiente de trabalho, acesso à informação e serviços de saúde, bem como seu impacto nas condições de saúde de diversos grupos da população; (3) Redes sociais, comunitárias e saúde, observando a organização comunitária e o grau de desenvolvimento dessas redes nos grupos sociais mais desfavorecidos; (4) Comportamentos, estilo de vida e saúde, incluindo taxas de mortalidade e de prevalência sobre condutas de risco, como hábito de fumar, alcoolismo, sedentarismo e dieta inadequada (Pinheiro & Martins, 2011).

Com todos os desafios de se fazer dos determinantes sociais um orientador das ações em saúde, podemos observar que medidas isoladas se tornam ineficazes quando não os levam em conta. Por exemplo, um indivíduo não deixará de fumar se toda sua comunidade fuma; um trabalho para reduzir este hábito na população em geral seria mais eficaz que tratar casos isolados. Assim, a CNDSS tem muito a contribuir desenvolvendo estratégias políticas de saúde pública em níveis locais e nacionais para promover justiça e igualdade em saúde, e consequentemente promoção da saúde. Um novo paradigma surge, então, para fortalecer a promoção de saúde e reduzir gastos com a medicina curativa (Buss & Filho, 2006).

É importante ressaltar que a promoção de saúde vem de diretrizes do modelo canadense, modelo este que possui condição socioeconômica diversa da dos países da América Latina. O desafio nestes países para a Promoção de Saúde seria a mudança de cenário, como o investimento em políticas públicas que aumentem a educação da população. A redução de desigualdades sociais deveria ser prioritária, para que a Promoção de Saúde ocorra de forma mais eficaz (Czeresnia, 2004). No entanto, há abertura para novas intervenções e educação em saúde e a prática de assistência com mais base na integralidade.

A Promoção da saúde pode ser usada para reforçar o princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, temos a Constituição Federal de 1988 como marco que traz as diretrizes da assistência em saúde do SUS, que inclui a integralidade e assistência para todos. A Constituição Federal teria a função de assegurar a assistência à saúde como um dever do governo, com medidas educativas, humanizadas e que favorecessem a participação social. Os princípios da integralidade da participação social tornam-se diretrizes importantes para a implementação das Práticas Integrativas no SUS (Pinheiro, Ceccim & Mattos, 2011).

1.4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1.4.1 Constituição Federal de 1988: Antecedentes e Origem do Sistema Único de Saúde (SUS)

A Constituição Federal de 1988 traz as diretrizes do SUS. Essas diretrizes são antecedidas pela Medicina Preventiva e a Reforma sanitária no Brasil, que levaram à ampliação do conceito de saúde e também foram influenciadas pelos eventos internacionais acima citados.

A Medicina Preventiva surge não como movimento político, mas ideológico que buscava promover transformações na prática médica. Surgiu nas escolas norte-americanas no início do século XX para aprimoramento da medicina individualista, que aumentava a fragmentação, favorecia cada vez mais as especializações e encarecia o tratamento (Nogueira, 2003). Incorpora atividades que são de responsabilidade direta do indivíduo quanto à prevenção e proteção da própria saúde e de sua família. Dissemina-se o uso epidemiológico e estatístico com foco nas relações agente-hospedeiro e as condições de higiene (Furtado, 2010).

A Medicina Preventiva favoreceu o controle sobre epidemias, trouxe a importância da profilaxia e cuidados de higiene, criou as vacinas e cura para muitas doenças infectocontagiosas. Por outro lado, reforçou o modelo biomédico, com foco no biológico e no olhar sobre micro-organismos, tornando a população pouco autônoma e mais dependente das instituições médicas. A fragmentação e reforço ao modelo biológico traz a necessidade de exames e tecnologias que encarecem a assistência (Arouca, 2003). No Brasil, em 1979 foi regulamentada a Residência em Medicina Preventiva e Social como área básica do programa de residência médica. Em 1981, a resolução 16/81 criou duas alternativas ao programa anterior: o modelo de Medicina de Família e o modelo de Saúde Coletiva. Essas mudanças favorecem a autonomia dos usuários e a busca de ações em saúde nas comunidades, ampliando a atenção para além do biologismo (Nunes, 1994).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil, discutiu um novo modelo de saúde para o Brasil e consolidou a reforma sanitária brasileira. Esse movimento social nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no

movimento sindical e em experiências regionais de organização de serviços. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (Arouca 1998).

Assim, a Constituição Federal de 1988 traz as diretrizes do SUS, as quais, incluem universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade. O objetivo era aproximar os direitos civis garantidos por lei da oferta real de serviços públicos de saúde à população (Furtado, 2010).

1.4.2 Práticas Integrativas no SUS: Trajetória e Políticas que Transformaram a Assistência

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema com diretrizes que favorecem mudanças na assistência. Vamos abordar as mudanças políticas e sociais que trouxeram mudanças para o SUS. O princípio da integralidade abre portas para políticas de humanização, atenção básica e saúde da família. Essas mudanças procuram atender diretrizes como descentralização e participação da comunidade. As práticas integrativas começam a se estruturar no SUS e ganham visibilidade no ano de 2004. No ano de 2006, temos a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, na qual passos importantes são dados para favorecer a integralidade em saúde. Pesquisas sobre estas práticas no contexto do SUS podem ampliar a regulamentação e o acesso destas práticas aos usuários.

Em 2003 o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Humanização, que traz como valores responsabilidade conjunta entre os sujeitos, participação coletiva no processo de gestão e vínculos solidários. Em 2006, a Portaria Nº 648 GM/2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e define Atenção Básica como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados,

pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a necessidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (HumanizaSUS, 2006).

A partir das ações com os princípios acima citados, observa-se uma mudança significativa em muitos âmbitos da assistência que prioriza a participação e atuação social, favorecendo novas práticas que atuam mais na promoção de saúde e mudando o foco na cura de doenças. Em 2004, um questionário enviado a secretarias estaduais e municipais de saúde gera um Diagnóstico Nacional de Racionalidades da MTC (Medicina Tradicional Chinesa) / Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia. Foram enviados 5.560 questionários, dos quais 1.342 retornaram. Os resultados mostraram que alguma prática integrativa e/ou complementar estaria estruturada em mais de 26 estados no SUS. A partir de então, as Práticas Integrativas e Complementares se difundem no SUS, com objetivo de promoção e racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras que contribuam para o desenvolvimento sustentável de comunidades, promoção da participação, e levando ao envolvimento responsável e contínuo dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde. (Siegel, 2010).

Como dito anteriormente, em 2006 as Práticas Integrativas Complementares ganham destaque e respaldo legal para sua inserção no sistema público de saúde. A Portaria 971 do Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS):

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC), incluindo ainda práticas corporais (lian gong, chigong, tui-na, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa), relacionadas à prevenção de agravos e de doenças, à promoção e à recuperação da saúde (Ministério da Saúde, 2008).

O Ministério da Saúde afirma que a implementação destas práticas possui justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural. A PNPIC quer favorecer uma atenção humanizada, centrada na integralidade do indivíduo, fortalecendo os princípios fundamentais do SUS. Estas práticas são de baixo custo, e o marco legal favorece sua inserção no sistema público de saúde como meio de promoção de saúde (Ministério da Saúde, 2008).

A quantidade de consultas no SUS em MTC/acupuntura cresceu de 150.000 em 2000 para 396.242 em 2009. Com relação às práticas corporais ligadas a MTC, as quantidades estimadas no país inteiro no período de 2007/2008 e 2009 são de 27.646, 126.652 e 184.171 sessões, respectivamente (Saúde da Família, 2009). Esta busca por terapias alternativas complementares traz reflexão sobre as mudanças de paradigma em relação à saúde e ao cuidado, porém, apesar do respaldo legal e da adesão dos usuários, ainda é um grande desafio se implementar estas práticas no SUS, pois o modelo hegemônico critica e desqualifica este tipo de prática, o que torna difícil o diálogo entre estas racionalidades. (Siegel, 2010). Daí a importância de pesquisas com estas intervenções no SUS para favorecer o seu reconhecimento, sistematização para uso e visibilidade.

Porém, fica evidente que o modelo hegemônico biomédico não dá conta da complexidade que o atuar em saúde exige, logo a urgência de transformação decorre em relação ao perfil dos profissionais, à organização dos serviços e aos desafios da transdisciplinaridade. Faz-se necessário um ensino e trabalho em saúde capaz de apoiar os usuários na ampliação de sua capacidade de pensar um contexto social e cultural, contribuindo para autonomia e capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas (Pinheiro, Ceccim, & Mattos, 2006).

As Práticas Integrativas Complementares, de forma geral, possuem uma cosmologia integradora entre o ser humano e a natureza, o ambiente, o social, bem como as circunstâncias do adoecimento, que são de grande importância nestas práticas (Luz & Barros, 2012). Na medicina indiana e chinesa, a doença é resultado do desequilíbrio do organismo. A saúde relaciona-se com o ambiente físico, os astros, o clima, e deve-se considerar as estações do ano e a subjetividade, o que reflete uma forma mais integral de olhar e de atuar (Backes et al, 2009).

No Brasil, o princípio da integralidade no SUS busca este olhar que inclui as esferas psicossociais, o cuidado como valor nas ações em saúde e favorece as práticas complementares com todo o respaldo necessário para sua utilização. É importante que a assistência em saúde não esteja fragmentada, mas com articulação entre as práticas e saberes, e que os usuários tenham fala, tenham escuta e atuem na constituição dos serviços de saúde e sejam também agentes de sua saúde. (Pinheiro & Mattos, 2010). As práticas integrativas

podem favorecer a integralidade, a participação social e a transformação da assistência para que esta se torne mais efetiva e educativa.

Outras iniciativas buscando a integralidade também surgiram nas últimas décadas, como a medicina mente-corpo. Esta possui foco na prevenção de doenças, e não na cura. Outras práticas integrativas que passam a ser usadas no Ocidente incluem a meditação, Tai Chi Chuan, técnica de Alexander, Método Feldenkrais[®], entre outros. Tais práticas vêm sendo pesquisadas e incluídas nos cuidados de saúde da medicina mente-corpo, que tem molde não dualista, busca integração e tem olhar mais integral (Davis, 2009).

1.5 INTEGRALIDADE EM SAÚDE: TRANSFORMANDO ATENÇÃO EM CUIDADO INTEGRAL

A integralidade é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde. Refere-se ao atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Porém, este termo traz mais que uma diretriz. É uma possibilidade de questionar as intervenções, ampliar as práticas em saúde, favorecendo a subjetividade do usuário, considerando seu contexto social, e assim implementar propostas que modificam o modo de organização dos serviços e práticas assistenciais com atuação mais integral (Pinheiro & Mattos, 2009).

Para que a Integralidade de Atenção seja alcançada de forma mais completa possível, o conceito da integralidade precisa ser trabalhado em várias dimensões. Transformando a “integralidade focada” em “integralidade ampliada”, podemos perceber que esta envolve: organização do processo de trabalho, gestão e planejamento das práticas, formação dos profissionais, construção de novos saberes e práticas em saúde, escuta cuidadosa, perspectiva dos usuários, entre outras (Pinheiro & Mattos, 2009). As práticas integrativas possuem respaldo da integralidade para sua investigação e implementação no SUS e requerem participação dos profissionais para ampliar a integralidade.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 trouxe uma definição jurídico-normativa e organizativa de saúde para o SUS. A Integralidade como parte destes princípios vem favorecer a construção de novos saberes e práticas na assistência em saúde, além do

reconhecimento do valor da participação social e inclusão do contexto sociocultural na construção da demanda e ofertas em saúde. Integralidade é objetivo de rede que inclui SUS, o social, os itinerários terapêuticos, ações educativas em saúde, entre outros (Pinheiro & Mattos, 2010). Na prática observamos que a organização nas instituições de saúde é centrada nos profissionais e que seus conhecimentos e atuação possuem uma forma exclusiva de atender as demandas sem que necessidades individuais sejam consideradas. Considerar o indivíduo em sua alteridade, com olhar centrado no usuário e não nos profissionais ou instituições, é princípio da integralidade em saúde (Cecilio e Matsumoto, 2005).

Sabe-se que a integralidade na prática é algo bem mais complexo, uma vez que a construção social da demanda parte do olhar biológico e saber científico. Não temos uma educação da população voltada para o autocuidado e escolhas conscientes em relação à sua saúde. Os usuários responsabilizam o sistema, os profissionais e o Estado por sua saúde como se esta fosse alheia às suas escolhas. Neste sentido, conceber o trabalho em saúde como princípio educativo pode ser uma possibilidade criativa e inovadora para transformar a assistência e a participação social em saúde:

Por meio de ensino, pesquisa e serviços, podemos produzir saúde a partir de um conjunto de práticas que considerem as seguintes questões: a alteridade com os usuários, permitindo uma nova estética da clínica; uma clínica baseada em pessoas e não somente em doenças; a autonomia dos usuários mediante diferentes articulações, respeitando a liberdade de escolha da terapêutica; e aumento da permeabilidade do controle social, articulações de usuários, associações de pacientes portadores ou não de problemas especiais (Pinheiro & Mattos, p.29, 2010).

A integralidade em saúde tem um princípio ético-político relacionado ao experienciar. Esse princípio educativo propicia escolhas, autocuidado e participação ativa dos usuários. A assistência em saúde pode ser uma fonte construtivista a partir da interação, acolhendo necessidades da população e suas práticas, crenças religiosas e contexto social para desenvolver uma proposta integral à saúde. Através da participação dos grupos sociais há modificação dos campos de ação, construção de novas trajetórias e criação de valores que atribuem novos sentidos ao adoecer, à saúde e ao cuidado.

A ampliação da integralidade favorece estas práticas integrativas, ainda que o usuário esteja de “passagem” para uso de atendimento especializado. Mesmo uma emergência ou internação curta tem espaço para uma escuta cuidadosa e ensinamentos. É um equívoco

pensar que serviços muito especializados não têm tempo/espço para escuta cuidadosa, bastando oferecer o atendimento especializado. Toda interação nos serviços de saúde poderia ser uma oportunidade de encontro e educação em saúde (Pinheiro & Mattos, 2009). Para que isto ocorra, é necessária uma transformação na formação dos profissionais de saúde. É importante reconhecer que a formação dos profissionais de saúde deveria ser orientada pelos princípios do SUS, com destaque para integralidade, de forma que se reorienta a formação com apoio às experiências inovadoras. Para tal, é necessária a colaboração entre Departamento de Gestão da Educação na Saúde, políticas de relações entre o SUS e os cursos de graduação da área de saúde (Pinheiro, Ceccim & Mattos, 2011).

1.6 RACIONALIDADES MÉDICAS: VISIBILIDADE DE SISTEMAS MÉDICOS E PRÁTICAS EM SAÚDE

A busca da população por outras práticas em saúde chama a atenção dos Governos. Comissões Internacionais são criadas, centros de pesquisas em terapias alternativas em universidades de referência começam a trazer resultados científicos sobre estas práticas complementares no mundo, bem como seu impacto econômico. Nos Estados Unidos, em 1991, foi criado o Nacional Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) com o objetivo de pesquisar, sistematizar e avaliar práticas alternativas em saúde. Este órgão governamental favoreceu a divulgação das práticas alternativas no mundo e sua validação. Assim, essas terapias se tornam alvo de estudos devido à aceitação e procura da população (Ernest, 2000). Houve um aumento da procura da população por práticas alternativas de 34% em 1990 para 42% em 1997 nos Estados Unidos (Lippert et al, 1999).

Vamos citar alguns estudos que refletem o uso e visibilidade de práticas alternativas no Ocidente. Estes estudos, realizados em diversos países, trouxeram um panorama sobre a utilização de práticas alternativas e evidenciaram a necessidade de regulamentação e legitimação das mesmas nos sistemas de saúde ocidentais. (Cassileth & Chapman, 1996). Um estudo mostrou que um em cada três americanos utilizava alguma terapia alternativa e que a indústria destas terapias estava crescendo 15% ao ano e gerava lucro de 1,5 bilhão de dólares por ano (Weiss et al, 2001). Um estudo em catorze países europeus com pacientes com câncer mostrou que de 31 a 46% dos pacientes utilizavam alguma prática alternativa (Koc et al,

2011). Pesquisa realizada com pacientes com lúpus eritematoso sistêmico mostrou que 25% dos doentes na Inglaterra utilizavam alguma terapia alternativa, 15% dos canadenses e 42% dos americanos (Moore et al, 2000). Estudo transnacional mostrou que os usuários de alguma terapia alternativa utilizavam menos a medicina convencional; este estudo contou com 753 participantes, sendo 257 do Canadá, 273 dos Estados Unidos e 223 da Inglaterra (Moore et al, 2000). Diante destes números, numa sociedade capitalista, há um grande mercado que precisa ser incorporado e taxado pelos governos, bem como a evidência da existência de outras racionalidades em saúde.

No Brasil, o termo *racionalidades médicas* pode ser definido como todo sistema médico complexo construído racional e empiricamente com seis dimensões: uma cosmologia, uma morfologia humana, uma doutrina médica, uma fisiologia ou dinâmica vital, um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico. Este termo surge na década de 90 a partir de estudos socioteóricos realizados no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), coordenados por Madel Luz, comparando quatro sistemas médicos: a medicina ocidental contemporânea (biomedicina), a homeopatia, a medicina indiana (ayurvédica) e a medicina chinesa (Luz, 2012).

O trabalho de Madel Luz resulta de vinte anos de um grupo de pesquisa denominado Racionalidades Médicas (1992-1997), e conhecido como Grupo CNPq Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde a partir de 1998. Este trabalho trouxe muitas contribuições para o campo da saúde no Brasil, uma vez que traz visibilidade a outros sistemas médicos já implementados e práticas de saúde já estabelecidas no SUS que podem ganhar legitimidade a partir desta visibilidade. Legitimou intervenções diagnósticas e terapêuticas de sistemas médicos não hegemônicos, diferenciou sistema médicos de práticas terapêuticas ou práticas em saúde e abriu um grupo temático sobre práticas integrativas e complementares no SUS. Esta última contribuição favorece o acesso a estas práticas no SUS, uma vez que permite a visibilidade do que vem sendo praticado, bem como as pesquisas realizadas neste campo e a inclusão na formação dos profissionais de saúde (Luz, 2012).

As racionalidades médicas foram modelos desenvolvidos de acordo com o contexto e as bases culturais de cada época; no ocidente, o modelo atual predominante é o biomédico. Este modelo apresentou soluções incríveis para os problemas da saúde e da doença, porém o

excesso de especialização e a dicotomia do cuidado têm sido fonte de insatisfação dos usuários. A mudança no perfil de morbidades e mortalidade; diminuição de doenças infectocontagiosas e aumento das doenças degenerativas; aumento da expectativa de vida, efeitos colaterais dos medicamentos e tecnologias contribuíram para uma crise no modelo atual (Otani & Barros, 2011).

A racionalidade médica ocidental passa por algumas crises que geram a busca por novas formas de tratamento. Essas crises geraram uma tripla cisão: (1) entre a ciência das doenças e a arte de curar; (2) cisão entre diagnose e terapêutica; e a (3) cisão no agir clínico, havendo distanciamento do contato com o corpo do doente pela interposição das tecnologias. O olhar fragmentado favorece o tratamento de patologias específicas, porém se perde quando não considera o paciente como um todo. O reducionismo biológico não favorece a integralidade em saúde (Tesser, 2009).

As cisões acima citadas são vistas como possíveis explicações socioantropológicas para a procura de outras racionalidades no ocidente nos últimos 30 anos, favorecendo o estabelecimento de outras racionalidades e de práticas alternativas em saúde. As práticas complementares ganham espaço, embora não sejam consideradas racionalidades médicas, pois possuem cosmologia, onde o microcosmo é criado a partir do macrocosmo, ou seja, o homem como parte do todo. Esta cosmologia considera o organismo como um todo e traz uma visão mais integral: a doença não é somente biológica, os fatores biopsicossociais devem ser considerados no adoecimento e no tratamento, sendo o foco o equilíbrio do organismo e não somente a eliminação da doença (Tesser, 2009).

1.7 SIGNIFICADOS SOCIAIS DO ADOECER: CONTRIBUIÇÕES DAS CIÊNCIAS SOCIAIS

No século XIX a sociologia e a medicina estiveram intimamente ligadas. A medicina social trazia a questão: O que é a doença? Parsons *apud* Turner (1995) trouxe grandes contribuições para medicina social através da análise da motivação na enfermidade e no papel de doente.

A medicina poderia ser uma forma aplicada de sociologia. O entendimento do adoecer e da doença estaria vinculado ao ambiente social e pessoal do paciente. Problemas médicos forçam a teoria sociológica a se confrontar constantemente com o problema da relação entre biologia humana, fisiologia e fenômeno sociocultural (Turner, 1995). O processo saúde-doença de um grupo tem relação com o momento histórico e com os fatores predominantes daquele contexto. Há que se vincular processos biológicos e sociais. Por um lado, não bastam os fatores biológicos. No entanto, não se esgotam em sua determinação social, já que o próprio processo biológico humano é social. Observamos diferentes épocas, com diferentes expectativas de vida de acordo com o conhecimento do momento e o processo saúde-doença refletindo este contexto (Laurell, 1982).

1.7.1 Corporificando as Experiências: O Corpo e sua Expressão Individual e Social

A existência humana baseia-se no fato da corporificação. A realidade somática é a forma como o indivíduo vivencia, absorve e transforma experiências internas em uma forma pessoal. O olhar para o corpo apenas sob seu aparato biológico desfavorece a visão do processo vivo e subjetivo do corpo. No desenvolvimento humano, a pessoa se transforma e dá forma a um corpo biológico e social. Este é um processo complexo de impulsos, sentimentos, pensamentos, imagens e emoções que dão forma e significados ao corpo (Keleman, 1989). Cada sociedade tem seus próprios hábitos, que são refletidos nos corpos. Sendo o corpo o primeiro instrumento do homem, pode servir para observar os comportamentos, processos de adoecer e seu simbolismo em determinada sociedade; através do corpo pode-se observar relações diretas entre o biológico e o sociológico (Mauss, 1974).

O corpo é imbuído de valores e significados. Na contemporaneidade observamos a ditadura da beleza, o corpo como forma de controle social, onde os ideais de medidas criam uma padronização corporal, as dietas e promessas de juventude eterna imperam. As atividades corporais, exercícios e alimentação deixam de ser referenciadas no prazer, mas em normas de saúde impostas pela mídia. Observamos um reflexo na assistência em saúde, como se o homem pudesse negar sua condição humana de adoecer e de morrer. O sistema de saúde prolonga a vida do corpo, ainda que artificialmente, a todo custo, e essa artificialização da vida e do corpo são reflexos dos significados sociais atuais (Ortega, 2008).

Vivemos segundo a imagem que fazemos do universo, da natureza, meio social, crenças, padrões familiares, educação e mídia. Os aspectos subjetivos do nosso ser são geralmente negligenciados, porém o corpo é mais plástico, móvel e reorganizável do que temos experimentado. O indivíduo pode participar destas mudanças não apenas em nível bioquímico e neuromuscular, mas também a partir de sua consciência de si (Keleman, 1979). A partir do corpo vivemos as dores e prazeres de ser humano, adoecemos e morremos. O corpo pode ser um importante repositório para gerar significado social. O corpo em tratamento pode trazer a medida das categorias socialmente engendradas, onde o alcance da realidade atingiria seu auge sobre a saúde e a doença (Taussig, 1980).

Scheper-Hughes (1987) traz o modelo analítico dos três corpos, ampliando a percepção de corpo e suas relações. O Corpo Individual é a experiência que temos – a partir da nossa psique, matéria, self, subjetividade – em relação com os outros; aqui a experiência da saúde e enfermidade são bastante diferentes, variáveis. O Corpo Social seria a forma de pensar as relações entre natureza, sociedade e cultura. O Corpo Político seria o uso do corpo como artefato de controle social e político, refere-se à regulação, vigilância e controle; podemos citar as torturas do corpo físico em prol do político e os pés deformados das chinesas como politicamente corretos. É importante ressaltar que os três corpos não representam uma sobreposição de três unidades separadas, e que a emoção seria a mediadora entre eles (Scheper-Hughes, 1987). A integração mente-corpo como referencial de assistência favorece a compreensão das relações sociais, inclui a subjetividade de adoecer e permite nova dimensão de saúde. Os processos de adoecimento e significados gerados podem trazer elementos fundamentais para a assistência e compreensão dos processos de autocuidado e cura (Pelizzoli, 2010).

1.7.2 Enfermidade (Illness) e Doença (Disease): A Doença, o Adoecer e seus Impactos Individuais e Sociais

O adoecer ou a enfermidade tem um significado mais amplo que a doença. A doença (disease) refere-se ao processo biológico, à condição do organismo, à forma como os profissionais estudam as doenças e como tratá-las. A enfermidade (illness) traz impactos vividos pelo indivíduo, sua família, relações profissionais e sociais a partir dos sintomas. O

indivíduo depara-se muitas vezes com sua impotência, sentimento de dependência, incompreensão sobre seu sofrimento e declínio de sua autoimagem. A enfermidade traz a necessidade e o direito de cuidados; por outro lado, o dever de se mudar hábitos alimentares e seguir prescrições médicas para restabelecimento (Kleinman, 1962).

A experiência de enfermidade é culturalmente modelada. O cuidado em saúde é baseado no modelo biológico, na doença. Os pacientes em geral trazem as consequências da enfermidade no seu cotidiano e o profissional é formado na atuação biológica de extirpar o sintoma sem considerar aspectos sociais do adoecer. A integração biopsicossocial seria fundamental para o tratamento mais bem-sucedido (Pelizzoli, 2010). As pessoas podem ter doenças (disease) e não estarem enfermas (illness), como num diabetes que o indivíduo desconhece, por exemplo. Por outro lado, muitas pessoas sofrem sem encontrar explicações para seus sintomas. A enfermidade muitas vezes está associada a patologias não diagnosticáveis, no entanto o paciente está sofrendo, sendo muitas vezes rotulado como um paciente poliqueixoso ou ptiático (Pilowsky, 1969). Um olhar mais integral poderia cuidar do que não é diagnosticável através de exames; a escuta cuidadosa muitas vezes traz a compreensão do sofrimento vivido e vínculo dos sintomas com o contexto de vida da pessoa (Ayres, 2009).

Uma lesão idêntica gera respostas das mais diversas. A anatomia e a fisiologia são insuficientes para explicar essas variações sociais, pessoais e culturais. A relação com a dor e adoecer depende do significado atribuído pelo indivíduo, pela apropriação dos valores de sua cultura e de sua relação com o mundo (Breton, 2013). O papel de doente criado na cultura americana, por exemplo, onde imperam o individualismo e a competitividade, é uma possibilidade de se afastar socialmente destes valores. Possibilita ser inativo. Assim, diferentes estruturas sociais produzem diferentes papéis de doentes que apontam valores sociais como causadores de doença e possibilitam a crítica dos valores vigentes (Turner, 1995).

A divisão entre doença física e mental corresponde a uma divisão mente-corpo que teve suas origens no século XVII com as ideias de Descartes, onde o corpo era comparado ao funcionamento de uma máquina (Scliar, 2007). Esta visão, predominante nos dias atuais na sociedade Ocidental, desfavorece a integralidade em saúde e reduz o indivíduo ao corpo biológico. A doença é algo que pode ser corrigido biologicamente, o que traz uma luta e altos custos contra algo inerente à condição humana (Pelizzoli, 2010):

O homem é aberto à doença não por uma condenação ou sina, mas por sua simples presença no mundo. Sob este aspecto, a saúde não é de modo algum uma exigência de ordem econômica a ser valorizada no enquadramento de uma legislação; ela é a unidade espontânea das condições de exercício da vida (Canguilhem, escritos sobre medicina).

Assim, viver inclui o adoecer. O reducionismo biológico da biomedicina fragmenta o corpo e atua de forma local. Porém, as repercussões são em todo o Ser, pois não somos fragmentos e o todo não é a soma das partes. Podemos olhar uma rosa, sentir seu perfume e ver sua totalidade, porém ao se fragmentar a rosa em caule, pétalas e folhas jamais teremos a visão do todo. Desta forma, podemos questionar que a soma das partes não compõe a totalidade (Scheper-Hughes, 1980).

Ao procurar o médico e falar de seus sintomas, o paciente em geral não expõe seu contexto de vida e sua subjetividade, pois o modelo biomédico não inclui estes aspectos no cuidado. A relação médico-paciente é mais técnica. No entanto, poderia ser uma relação que reestruturasse o entendimento sobre a doença e a personalidade a partir de sua observação biopsicossocial (Taussig, 1980).

A sociologia médica sugere uma sociologia corporal que seria desenvolvida a partir de uma noção de corporificação social que buscaria, assim, a integração entre mente-corpo, indivíduo-sociedade. Este movimento vem sendo observado com a procura de práticas integrativas e sua inserção nos sistemas de saúde Ocidentais. A análise de circunstâncias em que se rompe e desorganiza uma ordem vigente das relações sociais traz compreensão sobre uma desigual distribuição de poder que desestabiliza as relações e requer renovação nas ações e tratos sociais (Turner, 1995). Podemos observar a atual procura por práticas integrativas e complementares nos sistemas de saúde Ocidental como reflexo de mudanças na construção social da demanda (Pinheiro & Mattos, 2010).

1.8 MEDICINA MENTE-CORPO: POR UM OLHAR INTEGRAL EM SAÚDE.

As origens do que hoje se denomina Medicina Mente-Corpo vêm da psicossomática. No início do século XIX, com a influência dos achados de Freud sobre o inconsciente e sua

influência sobre o corpo, há consideração sobre a doença corporal relacionada a alterações psíquicas, como as conversões histéricas por exemplo (Mello-Filho & Burd, 2010). As expressões *psicossomática e somatopsíquica* foram criadas por Heinroth, psiquiatra alemão, que na época queria explicar a insônia como tendo causas psíquicas. Atualmente, a psicossomática refere-se a um olhar não separado dos aspectos psicossociológicos e biológicos das doenças. Através da visão holística, tem considerações sobre o cuidado que envolve olhar mais integral para a saúde (Castro, Andrade & Muller, 2006). A medicina mente-corpo estuda a interação entre corpo, a mente, o cérebro e o comportamento, e como os fatores emocionais, sociais e espirituais influenciam a saúde. Tem princípios baseados em reconhecer e incrementar a capacidade inata do corpo em curar-se, valorizar a relação terapeuta-paciente e sua importância para cura (Bloise, 2011).

A medicina psicossomática possui sólida tradição no campo científico. Atualmente não é associada a um grupo específico de patologias, mas considerada como uma forma mais completa de olhar as condições do indivíduo (Rigatelli, 2002). O respaldo científico sobre influência dos fatores sociais na saúde corporal e psíquica dos indivíduos favorece intervenções mente-corpo que não atuam somente no corpo físico. Diversas práticas vêm sendo pesquisadas e denominadas práticas mente-corpo por possuir uma abordagem mais integral. A eficácia e baixo custo favorecem sua implementação em sistemas de saúde do mundo todo. Apesar do respaldo científico e da eficácia destas práticas, é difícil modificar as práticas clínicas que tendem ao olhar cartesiano e o tratamento dos sintomas. A integração da biomedicina com a medicina mente-corpo pode favorecer a redução dos custos e melhorar a eficácia da assistência em saúde (Allmer, et al. 2009).

Em 2002, o médico americano David Sobel aprovou o que ele chamou de medicina não farmacológica no Journal of the American Medical Association, após avaliar as evidências científicas da eficácia da Medicina Mente-Corpo, sem efeitos colaterais e com baixo custo em relação à biomedicina:

What if there was a new medical treatment that had been shown in clinical trials to improve health outcomes in a number of illness, speed post-surgical recovery, reduce unnecessary procedures, decrease medical costs, and improve patient satisfaction? And what if its major sequelae were that patient felt less isolated, more confident, satisfied, and happier, all without adverse effects? These benefits (and many others) result from a variety of nonpharmacologic mind/body and behavioral medicine treatments. An increasing number of studies, including

randomized clinical trials, point to safe and relatively inexpensive interventions that can improve health outcomes and reduce the need for more expensive medical treatments (Sobel, 2000, p.1704).

Esta declaração trouxe a possibilidade de se organizar princípios de cura sem que a base medicamentosa seja o principal norteador, e favoreceu muito a utilização das terapias alternativas complementares. Um estudo realizado acompanhando 831 pacientes com patologias crônicas por dois anos utilizando programa de *self-management*, possibilitado por técnicas mente-corpo, comprovou que esses pacientes reduziram a procura por instituições de saúde e passaram a administrar, cuidar e reduzir quadros álgicos. Assim, observa-se impacto na vida dos pacientes e redução de gastos com assistência em saúde baseada em medicamentos e altas tecnologias (Loring, et al. 2001).

É muito presente no imaginário da população e de profissionais de saúde mais ligados ao modelo biomédico a ideia de que as funções viscerais são autônomas, e em nada influenciadas pelos pensamentos e emoções. As ações e pensamentos condicionam as funções corporais, a tendência é procurar uma causa material e um tratamento químico que “conserte” o que está errado. O que precisamos conceber é que as práticas mente-corpo possuem um efeito real sobre o organismo e pode atuar desviando e dessensibilizando associações de estresse e também nos descondicionando de reações automáticas. A partir do aprendizado de técnicas de meditação podemos ter maior sensibilidade e liberdade diante dos fatos de nossa vida e na relação com o corpo e a doença (Pelizzoli, 2010).

Além da meditação, podemos citar como exemplo de prática mente-corpo o Yoga, que possui diversas linhas e utiliza práticas corporais para facilitar o silenciar da mente para meditação. Com esta finalidade, utiliza várias técnicas. Asanas (posturas) atuam no corpo físico para reduzir o estresse, eliminar toxinas e equilibrar energias físicas; pranayamas (controle da respiração), para acalmar e equilibrar a energia vital e impulsos sensoriais; e ainda outras tantas – kriya, bandas, mudras. Essas práticas são finalizadas com a meditação, que é o objetivo final e que levaria à autorrealização (Frawley & Kosak, 2001). A técnica de QiGong, técnica Chinesa de controle do Qi (energia vital), envolve movimentos corporais associados a uma atitude meditativa. Estima-se que sessenta milhões de pessoas na China pratiquem QiGong diariamente para preservar a saúde e ter vida longa (Sancier, 1996).

O mesmo acontece no Tai Chi Chuan, uma arte marcial chinesa física e mental que regula também a circulação de energia através de movimentos associados à respiração e meditação (Jen-Chen et al, 2004). Essa associação não é por acaso; segundo os Orientais, sentar-se em silêncio é muito difícil, pois o desconforto corporal interfere nesta capacidade de silêncio (Frawley & Kosak, 2001). A meditação quando associada a movimentos corporais tende a ser mais prazerosa e facilitar a prática silenciosa.

Atualmente várias universidades estrangeiras e centros de renome possuem institutos de Medicina Mente-corpo, como Harvard Medical School, Mind Body Medicine at Massachusetts General Hospital, University of Maryland Medical Center, University of Califórnia.¹

Estas práticas podem contribuir para um olhar mais integral em saúde no SUS e devem ser pesquisadas para que se favoreça a implementação. Entre as técnicas mente-corpo, utilizaremos a meditação como objeto neste estudo e o Método Feldenkrais[®], associando a prática corporal à meditação. Se observarmos as tradições Orientais, elas utilizam a combinação de trabalhos corporais associados às técnicas mentais (Frawley & Kosak, 2001).

1.9 MÉTODO FELDENKRAIS[®]: UMA PRÁTICA DE CONSCIÊNCIA PELO MOVIMENTO

O Método Feldenkrais[®] é considerado pioneiro no campo de Educação somática. Foi desenvolvido por Moshe Feldenkrais em Israel na década de 40. Praticante de artes marciais, ele foi o primeiro ocidental a atingir faixa preta no Judô. Fundou o Clube do Judô em Paris e teve número muito grande de alunos, sendo considerado grande divulgador do Judô no Ocidente. Concluiu seu Doutorado em física na Sorbonne, Paris, e trabalhou em pesquisas com o prêmio Nobel Joliot-Curie.

Após uma grave lesão no seu joelho direito, ficou impossibilitado de caminhar e não havia possibilidades cirúrgicas, segundo os médicos da época. Feldenkrais dedica-se então aos estudos de neurofisiologia, psicologia, desenvolvimento motor e começa a desenvolver seu método, recuperando a capacidade de caminhar, recuperando-se totalmente de sua lesão

1) Informações encontradas no site das universidades e centros citados.

(Zemach-Bersin, 2010). No Método Feldenkrais[®] os movimentos devem ser lentos, agradáveis e sem esforço; ao usar a satisfação e conforto como guia não há erro ao fazer os movimentos. Esse é o parâmetro a seguir. Além das pausas para auto-observação, estas condições seriam fundamentais para aprender e modificar padrões (Feldenkrais, 1984 a, 1990 b).

Em 1949 lançou seu primeiro livro *Body and Mature Behavior: A Study of Anxiety, Sex, Gravitation and Learning*. Neste livro, descreve a possibilidade de desenvolver um nível mais maduro de existência a partir de uma aprendizagem mais orgânica, que envolve não só o corpo enquanto sistema nervoso e biomecânico, mas que inclui a percepção à psique e auto-observação, onde a experimentação é o foco. O professor não é um modelo, ele conduz a aula a partir de movimentos suaves e pouco habituais, mas a experiência é de cada um com seu corpo sem modelos ou objetivos a alcançar (Feldenkrais, 2005). Ele afirmou em uma de suas aulas:

“Eu serei seu último professor. Não porque eu serei o melhor professor que você jamais poderia encontrar, mas porque de mim você irá aprender como aprender. Quando você aprende a aprender, você vai ver que não existem professores, que existem apenas pessoas em aprendizado e pessoas aprendendo a facilitar a aprendizagem” (Feldenkrais, 1981. p.29).

Assim, o método Feldenkrais[®] leva o praticante a experimentar e perceber cada movimento no seu corpo, sem esforço, procurando o maior conforto possível, gerando novas formas de se mover, transformando sua autoimagem e onde prevalecia a dor você pode também perceber sensações mais agradáveis (Alon, 2000; Zemach-Bersin, 2010). Alguns autores afirmam que este método é uma prática mente-corpo, uma vez que é um trabalho integral e não somente exercícios físicos. A prática de consciência pelo movimento reforça que o mais importante não é executar movimentos, mas estar presente nas suas ações. (Davis, 2009; Nelson & Blades-Zeller, 2002).

O movimento é a essência daquilo que se é. Todas as funções da vida dependem da motilidade e da qualidade dos movimentos do corpo e indicam o nível do seu relacionamento consigo, com o social e o grau de prazer e liberdade que o indivíduo se permite. Quando se trabalha a percepção de como a pessoa se move na vida, é possível gerar meios de se apropriar de novas atitudes e, assim, influenciar sua vida e ser influenciado por ela. Feldenkrais parte do princípio que nós escolhemos nossos hábitos no passado e podemos aprender a escolhê-los novamente e reexaminar e atualizar nosso repertório pessoal. Utilizava

conceitos hoje muito conhecidos da plasticidade neuronal. Ele afirmava que queria mentes flexíveis e não corpos flexíveis, e que deveríamos através do corpo conversar com o cérebro e que as mudanças no pensamento, na organização neuronal, influenciariam diretamente nosso corpo e as experiências corporais (Alon, 2000).

Existem estudos que comprovam a eficácia do método Feldenkrais[®] no controle da dor (Porterfield & DeRosa, 1992; Shafarman & Bearman, 1999; Lundblad, Elert & Gerdle, 1999), melhora no sono e percepção corporal em pessoas com fibromialgia (Kendal et al., 2001), melhora de flexibilidade (Stephens *et al*, 2006), melhora em padrões respiratórios, posturais e equilíbrio (Seegert & Shapiro, 1999; Shenkman et al., 1989; Stephens et al., 2001). Pesquisas mostraram ainda melhora na ansiedade, autoestima e bem-estar (Johnson, Frederick, Kaufman & Mountjoy, 1999; Laumer, Bauer, Fichter & Milz, 1997). O método Feldenkrais[®] demonstrou eficácia em casos de dor lombar e redução de ansiedade (Smith, Kolt & McConville, 2001).

O Feldenkrais (1949) definiu aprendizado como a aquisição de novas respostas, o que requer aumento de nossa sensibilidade. O aprendizado envolve formas diferentes de se responder ou realizar uma mesma ação. Todos possuímos uma autoimagem construída por nossos contextos socioculturais e que pode ser modificada pelo aprendizado a partir de novas experiências. No método, a redução de esforço é ponto essencial, pois sem reduzir o esforço não percebemos as mudanças, a diferença entre como fazemos e como poderíamos fazer.

A redução do esforço permite uma percepção mais aguçada do que se passa com o corpo e a mente, levando à percepção de nossas formas de ser e responder às situações. Feldenkrais (1984) afirmava que uma pessoa madura seria capaz de aprimorar a capacidade de estar no momento presente e não reproduzir antigos padrões ou experiências prévias, encontrando soluções para lidar com a situação que se mostrar sem reproduzir suas crises a cada desafio. Aqui observo semelhança com a prática da atenção plena e com os resultados de pesquisa sobre a reeducação da atenção (Pelizzoli, 2010).

O método Feldenkrais[®] pode ser uma forma de atenção plena, pois requer estar no momento presente, percebendo o que se realiza sem julgamentos ou modelos ideais (Alon, 2009). Como instrutora e praticante do método e da meditação Vipassana, observei grande

semelhança na literatura sobre a prática da Atenção Plena e do método Feldenkrais[®]. O Body Scan, utilizado como prática de atenção plena, precede e finaliza todas as aulas de Consciência pelo Movimento; o Movimento Consciente descrito no livro de Burch (2009) é muito semelhante a uma aula de Consciência pelo Movimento descrita do livro de Alon (2009) sobre o Método Feldenkrais[®].

O método Feldenkrais[®] é muito favorável a pacientes com condições crônicas, grande público do INTO, uma vez que não requer um modelo para o movimento, cada pessoa realiza e adapta o movimento ao seu próprio corpo; como cada corpo é diferente, neste método não se espera que os participantes realizem algo igual. Este olhar favorece a autoaceitação e a experiência por si só, buscando formas de movimento sem esforço que aliviem a dor e tragam consciência corporal, respiratória e de si (Alon, 2000). De acordo com o perfil dos pacientes do INTO, a união da consciência corporal precedendo a meditação pode ser uma forma de facilitar a prática e adesão ao tratamento.

1.10 MEDITAÇÃO, TRADIÇÃO E OCIDENTALIZAÇÃO

A meditação é uma prática milenar Oriental e, desta forma, possui um contexto muito diferente do ocidente. Tradicionalmente era ligada a práticas espirituais com objetivo de autorrealização. Registros mais antigos de uma cultura meditativa estão relacionados ao Vale do Indo, região que hoje se estende do vale do Ganges ao Paquistão e data de 3000 a 2500 a.C. Homens sentados em posturas meditativas foram gravados em moldes de argila e preservados como os sinais mais antigos desta civilização (Wallace, 2011). Existem várias tradições e práticas, como Zazen, Vipassana, Meditação Transcendental, entre outras, as quais são geralmente ligadas a filosofias e religiões como o Budismo e o Hinduísmo, por exemplo, que também se ramificam e possuem diferentes vertentes (Danucalov & Simões, 2009).

É importante ressaltar que no ocidente esta prática milenar sofreu adaptações, pois todo contexto e olhar ocidental difere profundamente das origens da prática meditativa. No ocidente, ao se perguntar o que seria meditação, muitos podem defini-la como pensar sobre algo ou refletir sobre determinado tema. No Oriente, meditar tem relação com contemplação e assim podemos citar várias diferenças de contexto e visão de mundo que moldam a prática.

Na visão ocidental impera a razão, o foco no mundo exterior, nas ciências matemáticas, na tecnologia, no ter e fazer, na valorização do conhecimento científico e o materialismo como referência. Desta forma, a prática meditativa torna-se uma intervenção em patologias, promotora de alterações biológicas e neurofisiológicas, refletindo este modo de ver o mundo. Na visão Oriental, há valorização da intuição, observação do mundo interior, busca de sabedoria, foco em ser, religiosidade e misticismo. A prática geralmente é vinculada a um contexto religioso e à busca espiritual. Podemos observar como as influências sociais atuam sobre uma mesma prática e a modelam de acordo com os valores de cada sociedade (Weick & Putnam, 2006).

A tradição Budista possui algumas vertentes e suas práticas específicas. A meditação *Vipassana*, que significa “insight” na linguagem pali da Índia, é uma prática de observação do momento presente sem julgamentos; quando o foco é na respiração, observando a entrada e saída de ar, a meditação é denominada *anapana* (Adhikari, 2012). Esta prática pode ser realizada no cotidiano, contemplando o momento, observando ações como caminhar, comer, lavar louças, por exemplo (Danucalov, & Simões, 2009).

Esta prática foi adaptada por Jon Kabat-Zinn, biólogo, professor da Universidade de Medicina de Massachusetts, que integrou seus conhecimentos budistas à ciência médica ocidental e criou, assim, a prática denominada *mindfulness*, que em português foi traduzida como prática de atenção plena. Kabat-Zinn criou o programa de Redução do Estresse baseado na Atenção Plena. Esta prática é largamente utilizada em pesquisas científicas e difundida nas instituições de saúde dos Estados Unidos (Vago & Silbersweig, 2012; Kabat-Zinn, 2012). Na Inglaterra, o Breathworks é um centro para tratamento da dor crônica e estresse fundado por Vidyamala Burch e que utiliza a Atenção Plena (Burch, 2011).

Desde a década de setenta a meditação vem sendo pesquisada e os resultados evidenciam melhora de quadros físicos e mentais, favorecendo e justificando sua utilização não somente como forma de promoção de saúde, mas também como cura e forma de integração mente-corpo. O líder tibetano *Dalai Lama* favoreceu o diálogo entre Oriente e Ocidente apoiando as pesquisas relacionadas aos efeitos da meditação. Esta atitude favoreceu a aproximação entre ciência e a prática meditativa. (Danucalov, M. e Simões, R. 2009).

Assim, a prática meditativa dissociada de um contexto religioso perde muito de sua tradição. Porém, facilita o alcance e permite que esta seja uma prática de cura e um objeto de pesquisa no ocidente. As pesquisas estão relacionadas a alterações neurofisiológicas, patologias específicas, estresse, dor crônica e os resultados mostram-se muito favoráveis e positivos ao uso da meditação, que é de baixo custo, sem efeitos colaterais e fácil aplicabilidade (Kang, Choi & Ryu, 2009; Morone, Greco & Weiner, 2008; Luders, Toga, Lepore & Gaser, 2009; Aftanas & Golocheikine, 2001).

A prática da atenção plena (*mindfulness*) desenvolve a qualidade de atenção no momento presente, que envolve a autorregulação da atenção e orientação para abertura, aceitação, curiosidade e não julgamento (Grossman et al, 2004). A prática da atenção-plena como meditação vem se mostrando eficaz nas pesquisas para redução de dor, melhora na qualidade de vida (Roth, & Robbins, 2004; Demarzo et al, 2012b), melhora de depressão, redução de estresse (Riet, 2011) e uma relação mais gentil e amorosa consigo (Roth & Stanley 2002) e com os outros, que possibilita escolha em como reagir diante de situações desagradáveis (Hutcherson, Seppala & Gross, 2008; Burch, 2011).

O avanço das neurociências e o grande conhecimento sobre a plasticidade neuronal, ou seja, capacidade do cérebro de modificar sua estrutura, conexões e funções, favorece a compreensão de mudanças neurofisiológicas a partir de novas experiências. Pesquisas têm mostrado que o cérebro em desenvolvimento é mais plástico e possui maior neurogênese, e que esta possibilidade decai com o passar dos anos. Porém, um ambiente rico em estímulos, com desafios e novas tarefas que estimulem as mudanças neuronais, mantém o cérebro ativo e cria novas conexões cerebrais (Bear, Connors & Paradiso, 2008). Desta forma, as pesquisas em relação à meditação têm focado nas alterações neurofisiológicas e mostrado que a meditação pode ser uma forma muito eficiente de rejuvenescer e melhorar funções cerebrais. O estresse prejudica a neurogênese, mas atividades como a meditação favorece a redução de cortisol e levam à maior ativação do sistema nervoso parassimpático, que favorece o relaxamento, a redução da dor. (Wallace, 2011; Vago & Silbersweig, 2012; Kozasa, 2010).

A prática de meditação modifica os circuitos neuronais e ativa o córtex pré-frontal. O córtex pré-frontal é uma área anatomicamente mais desenvolvida em humanos que em outras espécies. Presume-se que esta área seja responsável pela autoconsciência, capacidade de

planejamento complexo, resolução de problemas e foco (Lent, 2010). Foco é a habilidade de se concentrar no que se está fazendo e ignorar distrações, e pode ser treinada. Quanto maior o foco, maior a chance de ser bem-sucedido no que se faz e no como se faz; o foco na respiração é uma forma de exercício mental que melhora a concentração e capacidade de se estar presente e escolher onde levar sua atenção, função esta relacionada ao córtex pré-frontal (Goleman, 2013).

As pesquisas mostram que a meditação modifica a atividade cerebral e os circuitos neuronais, bem como reduz os níveis de cortisol – hormônio ligado ao estresse –, favorecendo ao relaxamento e redução de dor (Thaddeus et al, 2009; Carsons et al, 2005; Lutz et al, 2008).

O avanço nas pesquisas das neurociências e o grande conhecimento sobre a plasticidade neuronal, ou seja, capacidade do cérebro de modificar sua estrutura, conexões e funções, têm mostrado que o cérebro em desenvolvimento é mais plástico e possui maior neurogênese e que esta possibilidade decai com o passar dos anos. Porém, um ambiente rico em estímulos, com desafios e novas tarefas, estimula as mudanças neuronais e mantém o cérebro ativo e criando novas conexões neuronais (Bear, Connors, Paradiso, 2008). Desta forma, as pesquisas em relação à meditação têm focado nas alterações neurofisiológicas e mostrado que a meditação pode ser uma forma muito eficiente de rejuvenescer e melhorar funções cerebrais. O estresse prejudica a neurogênese, mas atividades como a meditação favorecem a redução de cortisol e levam à maior ativação do sistema nervoso parassimpático, que favorece o relaxamento. (Wallace, 2011; Vago & Silbersweig, 2012; Kosaka, 2010).

No Brasil, a prática também se difunde nos meios acadêmicos e na saúde. A pesquisadora do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein em São Paulo, Dra. Elisa Kozasa, bióloga, teve contribuição fundamental para abertura da comunidade científica nacional para a meditação. Suas pesquisas abordam, principalmente, as mudanças neurofisiológicas, alterações no nível de cortisol com a prática meditativa e práticas integrativas como Yoga e Tai Chi (Kozasa et al, 2013; Kozasa et al, 2012a; Kozasa et al, 2012b; Kozasa et al, 2011; Kozasa et al, 2010).

Na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), o pesquisador Dr. Marcelo Demarzo, médico de família instrutor certificado em “Mindfulness para saúde” (com Jon

Kabat-Zinn e Saki Santorelli pelo Center for Mindfulness, EUA, 2009; e pelo Instituto Breathworks, Reino Unido, 2011) vem pesquisando a prática de mindfulness e participando da validação e tradução da escala de atenção plena (MAAS) para português (Demarzo et al, 2012) e da escala de Self-Compassion para espanhol, entre outros estudos (Demarzo et al, 2014a; Demarzo et al, 2014b; Demarzo et al, 2014c; Demarzo et al, 2013a; Demarzo et al, 2013b; Demarzo, et al, 2013c).

No Rio de Janeiro, temos Sandra Fortes, médica psiquiatra, com formação em Mindfulness pela Breathworks no Reino Unido, pesquisadora do Laboratório Interdisciplinar de pesquisa em Atenção Primária à Saúde (LIPAPS) na UERJ, com formação em mindfulness na Inglaterra no Instituto Breathworks, e Maria Cecília de Mello e Souza, antropóloga e psicóloga pesquisadora do Programa de Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (EICOS) na UFRJ, que vêm realizando pesquisas com práticas integrativas no SUS. A Universidade de Fortaleza (UNIFOR) vem realizando pesquisas com práticas Integrativas Complementares no SUS (Kosaka, 2006; Menezes & Dell'Aglio, 2009; Santos, 2010).

Em 2004, é aberta a Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Professor Guilherme Abath, pela prefeitura de Recife. Esta unidade do SUS oferece acupuntura, tai chi chuan, meditação, homeopatia, entre outras práticas integrativas complementares.² No mesmo ano (2004), foi fundado na Universidade Federal do Ceará o LESC-PSI (Laboratório de Estudos Sobre a Consciência), que possui prática e pesquisas em meditação.³ No Hospital da Lagoa, que é da rede pública no Rio de Janeiro, há espaço para prática de meditação sob coordenação de Álcio Braz, psiquiatra, monge e chefe do serviço de saúde mental do Hospital da Lagoa.⁴

Assim, as práticas integrativas ganham espaço. No Brasil, a implementação e as pesquisas também têm ganhado destaque como descrito anteriormente, sendo necessária a adaptação de práticas como a meditação ao nosso contexto. A investigação no SUS trazendo a perspectiva dos usuários evidencia a demanda dentro do contexto brasileiro de assistência social, onde geralmente o usuário é de classe popular e baixa escolaridade. É preciso avaliar a

2) Informações no blog culturasustentavel.blogspot.com.br

3) Informações no site: www.revistaprex.ufc.br

4) Informações no site: www.sanghazen.com.br

adesão e adaptações necessárias à prática. A meditação e consciência corporal como forma de educação em saúde podem ser formas de promover o autocuidado e favorecer a promoção de saúde.

1.11 MEDITAÇÃO E CONSCIÊNCIA CORPORAL COMO FORMA DE AUTORREFLEXÃO E AUTOCUIDADO NO COTIDIANO E NO SUS.

Praticar algo requer escolha. A prática meditativa e de consciência corporal, requer postura ativa e é uma escolha que tira o paciente da passividade e proporciona autorreflexão. A autorreflexão é a capacidade de refletir sobre si, avaliar pensamentos, sentimentos e comportamentos (Trapnell & Campbell, 1999). Perceber necessidades pessoais e atitudes possibilita escolha nas ações, trazendo impactos sociais e promovendo autocuidado. O autocuidado pode ser definido como uma contribuição constante do adulto à sua própria existência, saúde e bem-estar. São práticas que os indivíduos desenvolvem a favor de si mesmos e que incluem manutenção do ar e da água, alimentação, eliminação, atividades e descanso, interações solitárias e sociais (Roselló, 2009).

A teoria do autocuidado foi desenvolvida pela enfermeira Dorothea Orem, em 1958, a partir de reflexões sobre a prática de enfermagem (Silva et al, 2009). Avaliando a necessidade dos indivíduos por auxílio de enfermagem, criou esta teoria que possui três ramificações: (1) Autocuidado; (2) Déficit do autocuidado e (3) Teoria dos sistemas de Enfermagem (Bub, 2007). Vamos nos deter mais na sua primeira teoria, o Autocuidado, e suas contribuições para o SUS.

A teoria do autocuidado possui algumas premissas: 1) O ser humano exige contínua e deliberadamente recursos para si próprio e seu ambiente, com o objetivo de permanecer vivo e em acordo com a função humana natural; 2) O ser humano tem o poder de agir de maneira autônoma e o exercer sob a forma de cuidados de si próprio e de terceiros; 3) O ser humano em processo de envelhecimento experimenta as limitações para ações no cuidado de si mesmo; 4) O organismo humano é estimulado a descobrir e desenvolver meios de transmitir aos outros suas necessidades e possibilidades. Diante destas premissas, uma escuta tanto dos profissionais de saúde quanto de familiares pode favorecer ao paciente descobrir

possibilidades e comunicar necessidades, o que fortalece sua autonomia, bem-estar e a possibilidade do autocuidado (Vitor, Lopes & Araújo, 2010; Cade, 2001).

Esta forma de abordagem, na prática, tira o indivíduo de objeto passivo aos cuidados para agente de cuidado e transformação. O mesmo ocorre com a atitude meditativa, onde o praticante se observa de dentro para fora. É ativo na prática. Esta atitude ativa gera autorreflexão e transformação pessoal (DaSilveira, DeCastro & Gomes, 2012). A melhoria da qualidade de vida e condições de saúde é relativa à tomada de consciência da população sobre suas realidades e reconhecimento das próprias capacidades de organização (Roselló, 2009). O Cuidado em saúde pode se tornar um fazer pelo outro ou favorecer a potencialidade do outro se autocuidar. O autocuidado pode ser uma alternativa para promover integração e participação dos indivíduos no seu cuidado cotidiano. Fatores como a doença afetam essa capacidade e o indivíduo pode ser encorajado com a criação de técnicas que favoreçam o autocuidado, adequando o meio às necessidades do indivíduo em sua nova condição, gerando um estilo de vida compatível com seu momento o que favorece o enfrentamento e a manutenção da autonomia (Diógenes & Pagliuca, 2003). A teoria do autocuidado parte da premissa que todo ser pode se autocuidar e deve ser encorajado a cuidar de si. Embora seu foco tenha sido nos cuidados de enfermagem, esta teoria se refere ao potencial humano para o autocuidado (Roselló, 2009).

Utilizando a diretriz educativa da promoção de saúde, a meditação pode ser uma prática de educação em saúde que promove o autocuidado, favorecendo a autonomia e apropriação de saúde a partir da autorreflexão. Estudos mostram que a meditação promove o autocuidado e vem sendo utilizada não só com pacientes, mas com os profissionais de saúde que possuem rotinas estressantes e elevada carga horária de trabalho (Shapiro, Biegel & Brown, 2007; Christopher et al, 2011; Paterson, Russel & Thorne, 2001; Plasse, 2002). Utilizando a definição do autocuidado como uma prática de atividades que o indivíduo inicia e realiza em prol de si próprio para manter a vida, a saúde e o bem-estar, podemos incluir a meditação como uma prática de autocuidado. Ações de autocuidado deveriam ser incluídas para transformação da assistência em saúde. O foco é favorecer ao usuário tornar-se agente de sua saúde. A Universidade de Stanford, no EUA, criou atividades educacionais para autocuidado das condições crônicas e este modelo se difundiu pelo mundo, já sendo utilizado na Austrália, Canadá, China, Reino Unido, Espanha, Nova Zelândia, Hong Kong, Índia, Noruega e Taiwan

(Vilaça, 2012). Segundo a OMS (2003), existem mais de quatrocentos estudos com evidências significativas sobre os benefícios do incentivo ao autocuidado na assistência em saúde, entre eles há redução do uso de medicamentos, melhor administração de quadros álgicos pelos usuários e redução da procura de instituições de saúde.

Estudo no Reino Unido realizado pelo Departamento de Saúde mostrou que o autocuidado reduz em 40% as consultas em setores de atenção primária em saúde; reduz em mais de 50% os atendimentos de emergência; reduz em 50% as internações hospitalares e a permanência no hospital; e reduz em 50% o número de faltas no trabalho e a medicalização (Dep. of Health, 2005). O Reino Unido adotou prática de autocuidado e mostra em pesquisas que entre 75% dos atendimentos realizados em unidades de urgência, 15% poderiam ser resolvidos pela pessoa sem ir ao serviço de saúde (Leutz, 1999). O usuário pode se tornar agente de Atenção Primária para si próprio, reduzindo os gastos públicos e medicalização social. No Brasil, o autocuidado não é praticado como rotina ou de forma efetiva no SUS (Vilaça, 2012). Desta forma, a pesquisa da prática meditativa no SUS sob a perspectiva dos usuários torna-se fundamental, por favorecer a implementação e buscar atender às necessidades do público que utiliza os serviços de saúde no nosso país, promovendo autocuidado e assim promovendo saúde, e transformando o usuário em produtor social de sua saúde, reduzindo o alto custo da assistência em saúde e melhorando a qualidade de vida das pessoas.

É preciso gestão para real implementação do autocuidado no SUS. Não basta dizer às pessoas o que devem fazer. Deve-se desenvolver programas de apoio, baseados em dados científicos que possam oferecer informações, suporte emocional e físico. O reconhecimento do usuário e seu papel central na atenção à saúde se faz necessário para uma parceria; fixar metas a serem alcançadas, se feitas dentro da real possibilidade do usuário, pode ser um incentivo ao autocuidado (Vilaça, 2012).

1.12 O CUIDADO COMO VALOR E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA AS PRÁTICAS DE SAÚDE

O cuidado é uma capacidade e necessidade inerentes à condição humana. Entre todas as espécies, o ser humano é o que precisa de mais tempo de cuidado para independência e autonomia (Roselló, 2009). Cuidado pode ser definido como atenção, precaução, cautela, zelo,

responsabilidade com alguém ou alguma coisa (Ferreira, 2010). Cuidado pode ser definido como cura, a partir do latim, expressando uma atitude de cuidado e desvelo com alguém ou algo (Boff, 1999). No âmbito da saúde, é interessante essa interface entre cuidado e cura, tornando o cuidado essencial para cura e a cura como resultado de cuidado. Neste sentido, teremos uma terceira definição de cuidado:

(...) como uma atitude prática frente ao sentido que as ações em saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (Ayres, 2009, p.42).

Desta forma, o cuidado como valor nas práticas de saúde recuperaria o que se fez perder pelo avanço tecnológico e racionalidade científica: o respeito pela subjetividade e a interconexão entre os seres. Cuidado implica em intimidade, acolhimento, respeito, sintonia com o outro, respeito pelos seus valores e facilita atenção aos afetos. É preciso enriquecer a concepção de intervenção. Cuidar amplia as práticas em saúde, passa pelas tarefas técnicas, mas não se detém a elas (Mello, 2007).

O cuidado como valor no SUS leva para a prática a capacidade de voltar-se para o outro através de interações intersubjetivas, e não somente técnicas. Há ampliação onde o contato, abre espaço para comunicação e troca mais humanizada entre os profissionais e usuários. O profissional pode convidar uma presença ativa dos usuários através de expressão artística, expressão corporal e outras racionalidades terapêuticas (Ayres, 2009).

A prática meditativa no SUS favorece as possibilidades citadas acima, permite ampliação do contato não somente com a equipe, mas com a própria subjetividade do usuário, e convida à presença ativa. As intervenções podem se abrir e se sensibilizar às interferências do não técnico, à sabedoria prática, permitindo mudanças, inovação e reconstrução. Assim, se permite a abertura a outros planos de experimentação, onde o estranho, o desconhecido e a incerteza possam fazer parte do encontro e gerar novas possibilidades de cuidado. Produzir novos modos de trabalhar e de viver potencializa a atuação dos usuários e atualiza a integralidade na assistência (Pinheiro & Silva Jr, 2010).

O cuidado vem sendo abordado nas ciências sociais como uma dimensão de integralidade nas ações em saúde que ultrapassa os cuidados de higiene e a dimensão técnica do tratamento, geralmente atividades desenvolvidas pelos agentes de saúde. Como grupos religiosos, visam promover saúde e assim abrem espaço para legitimar novas práticas (Pinheiro & Mattos, 2007).

Embora existam atividades e práticas terapêuticas diversas, a maior parte delas não está disponível nos serviços públicos. Fora das redes públicas, estas práticas se tornam inacessíveis para a maior parte da população devido a seu custo. É preciso viabilizar o acesso (Pinheiro & Mattos, 2009). Este trabalho traz a possibilidade de uma prática predominantemente utilizada por pessoas com maior poder aquisitivo se disseminar entre classes populares e contribuir para promoção de saúde e a integralidade, favorecendo, a partir do cuidado, o autocuidado.

O cuidado como valor pode permear a assistência e ser uma forma educativa do SUS que promove autorreflexão e autocuidado. Como citado anteriormente, há grande evidência sobre os benefícios da meditação como prática capaz de promover saúde, porém há muito que se pesquisar sobre esta prática e sua adesão no SUS: como as classes populares receberiam este tipo de prática e quais as motivações que as fariam meditar.

1.13 OLHAR CONTEMPORÂNEO SOBRE O SUS: MUDANÇAS E MEDIDAS NECESSÁRIAS PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE E INCLUSÃO DO CUIDADO COMO VALOR

Os sistemas de saúde devem ser respostas sociais às necessidades de saúde da população. O SUS nasceu num momento onde as condições agudas e doenças infectocontagiosas requeriam cuidado. Porém, o Brasil passou por mudanças socioeconômicas que trouxeram consigo modificações no perfil inicial, demandando novas ações em saúde. Vilaça (2012) aponta uma epidemia oculta das condições crônicas de saúde, onde o modelo de assistência fragmentado e focado nas condições agudas requer transformações. Não se pode praticar a clínica do século XIX no século XXI (Berwick, 2003).

No Brasil, dados evidenciam uma mudança no envelhecimento populacional, o que significa aumento das condições crônicas de saúde. O percentual de jovens (0-14 anos) era de 42% em 1960, passou para 30% em 2000 e deverá cair para 18% em 2050; já o percentual de pessoas acima de 65 anos era de 2,7% em 1960, chegou a 5,4 % em 2000 e deverá subir para 19% em 2050. Esses dados deveriam servir de base para novas estratégias em saúde, atualizando o sistema de saúde às necessidades da população (Vilaça, 2012).

Segundo Malta (2011), há uma transição epidemiológica significativa entre os números de óbitos ocorridos por doenças agudas e crônicas: em 1930, 46% das mortes ocorriam por doenças infecciosas; no ano 2000, somente 5% dos óbitos estavam ligados a este tipo de doença. Doenças cardiovasculares eram responsáveis por 12% dos óbitos em 1930; este número sobe para 30% da causa mortis em 2009. A predominância das mortes por doenças crônicas é observável em todas as regiões do País: 65,3% no Norte, 74,4% no Nordeste, 69,5% no Centro-Oeste, 75,6% no Sudeste e 78,5% no Sul (Scharamm, et al 2004).

Desta forma, a assistência em saúde necessita atualização de acordo com as mudanças socioeconômicas e demanda populacional. Países como Canadá, Inglaterra e Noruega vêm modificando a assistência, reduzindo custos e melhorando eficácia com estratégias como: 1) atenção centrada na pessoa e não na doença; 2) atenção centrada na família e não só no indivíduo; 3) fortalecimento do autocuidado apoiado; e 4) introdução de novas formas de atenção profissional, entre outros (Vilaça, 2012).

A atenção centrada na pessoa possui características centrais como informação, comunicação e educação, suporte físico e emocional, e o envolvimento da família. Uma boa comunicação entre equipe e usuários deve respeitar os valores do usuário e suas preferências; usuários informados melhoram sua autonomia, independência e desenvolvem autocuidado (Duarte, 2003). O sistema nacional de saúde do Reino Unido estrutura-se na atenção centrada na pessoa e utiliza o lema “nenhuma decisão sobre mim sem a minha participação” (Health Service, 2010). A passividade dos usuários em relação aos profissionais de saúde vem sendo discutida e investigada (Epstein, Alper & Quill, 2004; Barry, 1999). Estudo realizado com gravação de 1.000 consultas realizadas por 124 médicos na atenção primária no Colorado e Oregon mostrou que os usuários só participaram das decisões clínicas 9% do tempo da

consulta (Braddock et al,1999). As pessoas tendem a participar mais positivamente na atenção à sua saúde quando são encorajadas pelos seus médicos (Street et al, 2005).

O incentivo à participação pode tornar o paciente um membro da equipe, transformando passividade em atividade. A pessoa como agente compartilha a responsabilidade por sua saúde, não a delega ao outro; decide o que deve fazer junto com a equipe e cumpre; busca informação e aprende com a equipe de saúde, percebe suas evoluções e atua mais nas recaídas (Bengoa apud Vilaça, 2012). O envolvimento proativo dos usuários diminui as prescrições e custos em saúde e deve ser estimulado a partir da atenção centrada na pessoa responsabilizando o indivíduo por sua saúde, tendo em vista que a vida acontece fora das instituições e as medidas de saúde devem ser incorporadas no cotidiano (Stevenson et al, 2004).

Existem ideias que dificultam a implementação e continuidade da atenção centrada na pessoa. Profissionais tendem a acreditar que a consulta será mais demorada, que terão de trabalhar mais tempo, que é preciso ampliar o número de profissionais, que consome muito tempo. Porém, não há evidências sobre esta informação. Esta atenção deve ser incorporada por meio de estratégias, como a criação de equipes multiprofissionais, continuidade no cuidado, autoavaliações e pré-consultas (Velschan, Soares & Corvino, 2002).

Outra importante medida seria uma clínica empática. Já está comprovado que a empatia nos atendimentos possui quatro elementos: habilidade de observar as emoções nos outros; habilidade de sentir essas emoções; habilidade de compreender os pensamentos e intenções dos outros; e habilidade de responder a essas emoções. Estes elementos favorecem o aumento da satisfação dos usuários; estimula a adesão ao tratamento; melhora a eficácia; reduz o estresse do encontro clínico; e fortalece a promoção da saúde (Mercer & Reynolds, 2002; Bonvicini, Perlin, Bylund, Carroll, Rouse & Goldstein, 2008).

Fatores como a pobreza, falta de suporte social, insatisfação laboral, baixa escolaridade, entre outros, prejudica a saúde mental. E existem instrumentos que podem ser usados nos serviços de saúde para favorecer a saúde mental e promover saúde. Dever-se-ia incluir habilidade na comunicação, criar um modelo de atendimento mais compreensivo e criar nos serviços a capacidade de usar intervenções psicossociais. (Fortes, 2011).

2. A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS SOBRE AS REPERCUSSÕES DA MEDITAÇÃO E DO MÉTODO FELDENKRAIS® COMO TERAPIAS COMPLEMENTARES NO SUS

Foi realizada uma pesquisa-ação com proposta de intervenção de oito semanas com o método Feldenkrais® associado à meditação de atenção plena. Este capítulo abordará todas as etapas da pesquisa de forma detalhada, o método e justificativa de sua escolha. As intervenções (Anexo 4) e suas repercussões foram analisadas a partir do material colhido nas gravações, diário de campo da pesquisadora e observação participante de dois integrantes do grupo de pesquisa e geraram os resultados da pesquisa que serão detalhados posteriormente. Vamos trazer também como resultado os desafios e possibilidades de se implementar uma prática integrativa no SUS com contribuições e sugestões para outros pesquisadores e profissionais.

A partir da perspectiva dos usuários, observamos o impacto das intervenções em seis fatores da vida dos participantes: dor, sono, autocuidado, relacionamentos, visão de mundo e disseminação da prática (apropriação da saúde). A meditação como forma de autocuidado é uma contribuição deste trabalho. A partir da reeducação da atenção, os participantes podem escolher como agir diante das situações cotidianas e assim modificar seus relacionamentos, sua visão de mundo e até levar à apropriação da prática e disseminação. É importante considerar a interdependência entre os fatores e, já que estamos abordando o contexto do SUS, considerá-los para uma assistência ancorada na integralidade.

Vamos abordar os desafios de se pesquisar no contexto do SUS, e as barreiras para implementar uma nova abordagem dentro de uma instituição com intervenção de alta complexidade, ou seja, com foco na cura e especialidades onde os pacientes e servidores são separados por grupos. Apesar do incentivo à pesquisa, o cumprimento dos acordos e a contribuição das equipes são fatores muitas vezes desconsiderados diante de demandas internas, o que interfere diretamente nos resultados e precisam ser considerados.

2.1 MÉTODO: A PESQUISA-AÇÃO – INTERFACE ENTRE PESQUISADOR E PARTICIPANTES NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

O método utilizado foi o de pesquisa-ação com base qualitativa. A pesquisa-ação pode ser definida como um tipo de pesquisa social que é realizada a partir de uma ação ou resolução de problema coletivo. Possui base empírica, onde pesquisador e participantes estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. Este método busca informação que gera conhecimento e possibilidades de mudanças a partir da observação e avaliação de uma intervenção proposta, bem como seus efeitos e obstáculos. (Thiollent, 2011).

Esta escolha foi realizada por se tratar da investigação de uma proposta de intervenção e da busca pela experiência e representações dos usuários do SUS, pois é um método que favorece ao paradigma da complexidade que inclui incertezas, acasos e considera as interações, a subjetividade e a experiência observada sem necessidade de reduzir o fenômeno ou generalizá-lo, estando o pesquisador consciente que não se dá conta do todo (Morin, 2011). A pesquisa-ação permite a interface entre pesquisador e participantes para produção de conhecimento. O pesquisador atua diretamente no processo. Não pode ser um mero informante, mas participa na própria realidade dos fatos observados, uma vez que a própria escolha do objeto de estudo já inclui a visão de mundo do observador (Berger, 2010).

A base qualitativa permite a inclusão da subjetividade. Permite uma investigação mais aprofundada sobre a interação entre os participantes e a intervenção proposta. Inclui as crenças, opiniões, interpretações e percepções dos indivíduos em relação às suas realidades. Não há preocupação com generalizações, embora os dados possam contribuir para criação de novas políticas e práticas, uma vez que inclui resultados importantes sobre a realidade social, muitas vezes desvelando processos desconhecidos dos aspectos subjetivos da realidade social que não podem ser avaliados numericamente (Minayo, 2013).

Neste estudo, tínhamos perguntas como: os usuários do SUS adeririam à prática de meditação? Que benefícios poderiam ser observados a partir da perspectiva dos participantes? Quais seriam os desafios institucionais e dificuldades com a prática? Diante destes questionamentos, a pesquisa-ação se mostra como uma escolha onde os estudos dos dados de uma intervenção e sua interação com o campo gera conhecimento (Engel, 2000).

A pesquisa-ação propicia a mobilização dos participantes do campo e incentiva sua participação, autonomia e iniciativa. Existe a tentativa de uma relação mais horizontalizada e descentralizada nos acordos (Vasconcelos, 2011). Neste estudo, onde a perspectiva do usuário é o foco, escolhemos o método de pesquisa-ação, que nos permitiu observar e pesquisar como os usuários do INTO, dentro de um contexto popular e de baixa escolaridade, interagiram com práticas de meditação e consciência corporal. Buscamos a produção deste conhecimento para favorecer a implementação destas práticas no SUS dentro do contexto dos usuários.

2.1.1 Técnica e Instrumentos de Pesquisa Utilizados

Foram realizadas cinco etapas que serão detalhadas abaixo: (1) Divulgação da pesquisa e seleção dos participantes; (2) Pesquisa através de entrevistas semiestruturadas sobre percepção dos participantes e grupo controle sobre sua saúde, qualidade de vida, relacionamentos e fatores sociodemográficos (roteiro em Anexo 2); (3) Ação/intervenção (Anexo 4) com duração de oito semanas; (4) Um nono encontro para realização do Grupo Focal (roteiro em Anexo 3); (5) Nova entrevista com grupo controle.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e mais dois membros da equipe: Vitor Friary, psicólogo e mestre, e Caio Melo, estudante da graduação de psicologia e bolsista de iniciação científica pela UFRJ, integrante do grupo de pesquisa há 2 anos. As intervenções foram realizadas pela pesquisadora, que fez diários de campo após cada encontro e com observação participante de Caio Melo e Thiago Cantisano, estudante de psicologia, que participou para termos mais uma perspectiva do campo sob a forma de observação participante, realizando diários de campo durante as intervenções. O Grupo Focal foi realizado por Caio sem a presença da pesquisadora, que é servidora do INTO. O objetivo foi permitir uma participação mais espontânea dos participantes tanto em relação às intervenções quanto ao INTO e o SUS. As entrevistas, intervenções e grupo focal foram gravados com consentimento dos participantes e transcritos posteriormente (vide TCLE em Anexo 1).

O Grupo Controle foi realizado a partir de contato com pacientes na fila de espera para cirurgia. Conseguimos contato com seis pacientes, dos quais compareceram quatro; a entrevista foi realizada no dia 15/10/2013. Duas entrevistas foram realizadas pela

pesquisadora e duas por Bruno Prudente, psicólogo, mestrando em psicossociologia e integrante da equipe de pesquisa. Utilizamos o mesmo roteiro de entrevista e TCLE, os participantes foram informados que seriam contatados futuramente para a intervenção. Novo contato foi realizado em fevereiro de 2014, dois participantes não foram encontrados, a pesquisadora realizou a entrevista com os outros dois participantes encontrados. A pesquisadora realizou a intervenção com os dois participantes por quatro semanas após a segunda entrevista. A partir da análise de conteúdo do material gravado e transcrito foram criadas categorias, os dados foram cruzados e a partir de então os resultados observados e descritos posteriormente.

2.1.2 Critérios de Seleção e Perfil dos Participantes

Entendemos que tudo tem um contexto amplo. Embora o INTO seja um hospital de alta complexidade com especialidades por grupos (joelho, ombro, coluna), optamos por um grupo heterogêneo, sem restrições específicas ou controláveis, pois a pesquisa qualitativa se ocupa da subjetividade dos participantes sem se preocupar com generalizações. Os critérios de seleção inicialmente propostos foram pacientes da lista de espera com idades entre 18 e 50 anos, com nível fundamental e renda mensal familiar de até 3 salários mínimos. Pensamos em excluir participantes com acompanhamento psiquiátrico e que relatassem depressão ou uso de psicotrópicos, pois estes fatores poderiam prejudicar a adesão. Os critérios visavam favorecer a adesão para coleta dos resultados após a intervenção e avaliar a intervenção numa classe popular.

O campo mostra-se diferente, então os critérios de seleção tiveram de ser modificados para realização da pesquisa. A falta de informação nos prontuários dificultou que fosse possível a análise dos critérios de exclusão. Por se tratar de um público que estava na fila de espera, embora um participante tenha realizado intervenção cirúrgica anterior no INTO, não temos informações sobre a saúde mental do paciente, tratamentos posteriores e conexão com outras redes de atendimento. Na pesquisa qualitativa tudo isto é resultado e deve ser detalhado para contribuições futuras. Assim, utilizamos a lista com interessados, fizemos o contato telefônico e agendamos as entrevistas de acordo com a disponibilidade para comparecimento por oito semanas.

O grupo foi composto por três participantes com mais de 50 anos, dos quais 2 usavam psicotrópicos e relataram casos anteriores de depressão. Todos possuem renda familiar de até 3 salários mínimos, possuem o ensino fundamental e já haviam passado por alguma cirurgia ortopédica. Apesar dos critérios terem sido formulados para favorecer a adesão, o grupo aderiu à intervenção ainda que com morbidades que pudessem limitar sua presença. Os participantes relataram uma rotina de dor, um dia a dia permeado pela relação com a doença e mudanças que causaram nas suas rotinas de vida e trabalho. Um dos participantes já havia realizado cirurgia para colocação da prótese no joelho e sentia-se mais livre da dor relacionada a este problema, que o ocupava muito anteriormente.

O grupo controle inicialmente foi composto por dois homens e duas mulheres com idades de 45 a 70 anos e renda familiar de até 3 salários-mínimos. Três possuem o ensino fundamental completo, um é alfabetizado, dois haviam realizado cirurgias ortopédicas prévias e dois aguardavam o primeiro procedimento. Os quatro aguardavam cirurgia na coluna.

O perfil dos participantes da intervenção e o perfil do grupo controle estão apresentados abaixo nos Quadros 1 e 2, respectivamente.

Quadro 1: Perfil dos Participantes da Intervenção

Pseudônimo	Sexo	Idade	Escolaridade	Ocupação	Renda familiar	Onde mora	Habitação	Sintomas e Diagnósticos
Carlos	M	55	1º grau completo	Benefício INSS	3 salários	Ilha do Governador	Com esposa e 2 filhos em casa própria	Hérnia discal lombar (L3-L4 e L4-L5) Depressão Dor, insônia, dificuldade na marcha, irritabilidade, ansiedade e estresse.
Greice	F	44	Ensino Fundamental	Benefício INSS	3 salários	Madureira	Com marido e 3 filhos em casa	Hérnia discal lombar com parestesia em membro inferior esquerdo. Depressão. Dor, insônia, dificuldade na marcha, irritabilidade, estresse e ansiedade.
Rita	F	70	1º grau completo	Aposentada	3 salários	Jacarepaguá	Com filho nora e 4 netos em casa própria	Artrose bilateral nos joelhos Dor, limitação na marcha, irritabilidade, ansiedade e estresse.
Daniel	M	66	Alfabetização	Aposentado	2 salários	Ilha do Governador	Com esposa em casa própria	Hérnia discal lombar. Dor e insônia.
Geraldo	M	43	2º grau completo	Benefício INSS	3 salários	Abolição	Com mãe em casa própria	Hérnia Cervical com parestesia em membro superior direito. Hérnia lombar com parestesia em membro inferior esquerdo. Dor e insônia.

Pseudônimo	Sexo	Idade	Escolaridade	Ocupação	Renda familiar	Onde mora	Habitação	Sintomas e Diagnósticos
João	M	51	Ensino Fundamental	Benefício INSS	2,5 salários	Bento Ribeiro	Com esposa em apartamento emprestado	Hérnia cervical com parestesia em membros superiores. Dor, insônia, ansiedade e estresse.
Cremilda	F	63	Ensino fundamental	Do Lar	2,5 salários (pensão)	Guadalupe	Com enteada em casa própria	Escoliose. Hérnia discal cervical e lombar com irradiação para membro inferior direito. Dor, ansiedade e estresse. Depressão tratada.

Quadro 2: Perfil do Grupo Controle

Pseudônimo	Sexo	Idade	Escolaridade	Ocupação	Renda familiar	Onde mora	Habitação	Morbidades
Nair	F	72	Ensino Fundamental	Do Lar	2,5 salários	Duque de Caxias	Com irmã deficiente, uma filha e uma neta em casa própria	
Edmar	M	57	Ensino Fundamental	Aposentado	3 salários	Itaboraí	Com esposa, 3 filhos, 2 netos e ex-mulher (deficiente mental) em casa própria	

2.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia (INTO), hospital Federal localizado na Avenida Brasil nº 500, no Rio de Janeiro. O hospital é órgão do Ministério de Saúde, centro de referência no tratamento de doenças e traumas ortopédicos de média e alta complexidade. O INTO possui 21 salas de cirurgias, 255 leitos de internação e 48 de terapia intensiva. A unidade de reabilitação possui dois mil metros quadrados e a capacidade estimada é 86 mil atendimentos por ano. A aprovação da Comissão Científica e Comitê de Ética em Pesquisa do INTO foi realizada após a defesa, dia 05/06/2013, e a pesquisa de campo foi realizada no período de 03/09/2013 a 11/11/2013. O grupo controle teve a primeira entrevista realizada em 15/01/2013 e a segunda em 25/02/2014.

2.3 ETAPAS DA PESQUISA

Primeira etapa: *Divulgação da pesquisa e seleção dos participantes.*

No dia 03 de setembro de 2013, durante um mutirão de recadastramento da fila de espera do INTO, a pesquisadora apresentou a pesquisa na sala de espera, convidando os interessados a participar. Trinta pessoas deram seus contatos. Foi realizada uma pesquisa nos prontuários dos pacientes para verificar se estes estariam dentro dos critérios de exclusão. O prontuário, na maioria das vezes, só possuía uma folha de rosto e a indicação cirúrgica. A pesquisadora conversou com o setor responsável, que informou que somente no ato da internação para cirurgia haveria triagem com toda a equipe; assim, as informações detalhadas de que precisava não estavam disponíveis. Realizamos contato telefônico com os inscritos e perguntamos sobre a real disponibilidade de comparecer ao INTO durante oito semanas. De trinta inscritos conseguimos doze participantes, dos quais nove compareceram à entrevista inicial.

Segunda etapa: *Entrevistas semiestruturadas com participantes e grupo controle.*

Foram agendadas onze entrevistas para o dia 09 de setembro de 2013, sendo seis pela manhã, realizadas pela pesquisadora e Vitor Friary, e sete à tarde, com a colaboração também de Caio Melo. Pela manhã quatro participantes compareceram, sendo duas entrevistas

realizadas por Vitor Friary e duas pela pesquisadora. Todos os participantes da tarde compareceram; duas entrevistas foram realizadas por Caio Melo, duas por Vitor Friary e três pela pesquisadora.

Para o grupo controle fizemos contato telefônico a partir da lista inicial. Agendamos seis entrevistas para o dia 15 de outubro de 2013. Compareceram quatro participantes. Duas entrevistas foram realizadas por Bruno Prudente e duas pela pesquisadora.

Terceira etapa: *Intervenções* (vide Anexo 4).

As intervenções foram realizadas semanalmente, do dia 09/09/13 a 11/11/2013, e estão descritas de forma detalhada no Anexo 4, para permitir seu uso em futuras pesquisas. Tivemos que transferir uma intervenção do dia 28/10/2013 devido ao feriado do servidor público. A pesquisadora tentou manter a data, mas a chefia informou que os ambulatórios estariam fechados e, não conseguindo outro lugar e horário para realização do grupo, não tivemos intervenção nesta semana. Os acontecimentos institucionais que ocorreram neste período serão descritos nos resultados de pesquisa. As intervenções foram gravadas e contaram com diário de campo da pesquisadora, de Caio Melo e Thiago Cantisano.

A proposta foi a realização de oito semanas de intervenção em encontros semanais com duração de duas horas. A intervenção foi planejada de modo a trabalhar a mente e o corpo de forma integrada através da atenção plena de posturas, movimentos, respiração, visualização e foco nas sensações. Num contexto de dor crônica, que gera ansiedade, é muito difícil se sentar em silêncio. Daí a necessidade de mobilizar o corpo para favorecer a quietude da mente (Frawley, 2001). As práticas corporais favorecem a liberação de endorfinas, reduzem os níveis de cortisol e aumentam a circulação sanguínea, relaxando tensões e desconfortos corporais que poderiam atrapalhar a prática meditativa (Ducanulov & Simões, 2009). Desta forma, escolhemos o método Feldenkrais® (Consciência pelo Movimento), que embora não seja somente uma prática corporal, utiliza o Body Scan, os movimentos e a respiração para integração mente-corpo e oferece a possibilidade de ter um grupo heterogêneo, onde não há separações por grupos ou partes corporais. Cada pessoa realiza os movimentos de acordo com seu próprio ritmo e possibilidades, independente de suas morbidades. A busca é pelo aprendizado orgânico através de tentativas e escolhas de movimento sem ou com o mínimo de dor (Feldenkrais, 1981).

Após o trabalho de Consciência pelo Movimento, realizamos a meditação de Atenção Plena seguindo o modelo de Jon Kabat-Zinn. Escolhemos este modelo por ser uma forma de prática adaptada à saúde, o que favorece a meditação sem envolver um contexto religioso. Este modelo tem sido investigado cientificamente e utilizado como intervenção em sistemas de saúde de vários países, reduzindo custos de assistência e promovendo saúde. A Atenção Plena é uma atitude. É estar presente e observar o que está acontecendo, sem julgamento. Podemos utilizar atenção plena em qualquer atividade: caminhar, comer, tomar banho. A respiração é uma forma muito eficaz de trazer nossa atenção para o momento presente (Burch, 2011; Kabat-Zinn, 1994). Estar no presente é uma forma de cultivar o poder de cura que a atenção plena proporciona, é acalmar a mente, relaxar o corpo e ver mais claramente. Ver mais claramente requer uma atitude de não julgamento e comparações com experiências passadas, não ter o desejo de que as coisas sejam diferentes do que são, mas através de um novo aprendizado construir novas escolhas (Kabat-Zinn, 1990).

Os encontros se deram uma vez por semana, com duração de duas horas. Iniciamos as intervenções com momentos de compartilhar eventos da semana, o que haviam realizado em casa e avaliação da dor no início e ao final da intervenção, utilizando a escala numérica de dor. A cada semana realizamos uma aula de consciência pelo movimento, que inclui o Body Scan e a atenção plena na respiração. Realizamos atenção plena caminhando. Trabalhamos com discussões em grupo abordando o piloto automático, o poder dos hábitos, aceitação, comunicação não violenta e a inclusão da atenção plena no cotidiano. Incluímos momentos de compartilhar as experiências, percepções e sensações naquele momento após cada prática. Os participantes receberam uma apostila com as práticas vivenciadas. As aulas de consciência pelo movimento e práticas de atenção plena foram descritas de forma acessível e clara após cada intervenção para auxiliar e estimular a prática em casa (vide Anexo 4).

Quarta etapa: *O grupo focal* (vide roteiro no Anexo 3)

O grupo focal foi realizado no dia 11 de novembro de 2013 (Anexo 3) por Caio Melo. O grupo focal não foi realizado pela pesquisadora para favorecer a expressão dos participantes. Sendo funcionária do hospital e também pelo vínculo constituído, a presença da pesquisadora poderia inibir a expressão sobre insatisfações tanto com a prática, quanto em relação à instituição. Foi realizada uma confraternização com todos após o grupo focal.

Quinta etapa: Nova entrevista com grupo controle

Durante as duas primeiras semanas de fevereiro foi tentado contato telefônico com os participantes do grupo controle. Havia dificuldade de conciliar a disponibilidade de salas com a disponibilidade dos participantes. Não conseguimos contato com dois participantes dos quatro que participaram inicialmente. Marcamos duas entrevistas para o dia 25 de fevereiro de 2014. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e os resultados detalhados posteriormente. Após as entrevistas foram realizadas quatro intervenções com o grupo controle.

Quadro 3: Etapas da Pesquisa de Campo

	1ª Etapa: Divulgação e seleção dos participantes	2ª Etapa: Entrevistas semiestruturadas	3ª Etapa: Intervenções	4ª Etapa: Grupo focal	5ª Etapa: Nova entrevista com grupo controle
Período	03/09/2013 a 06/09/2013	09/09/2013 (participantes) e 15/10/2013 (grupo controle)	09/09/2013 a 11/11/2013	11/11/2013	25/02/2014

2.4 RESULTADOS

2.4.1 Implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Desafios para Inovação

Vamos abordar as questões institucionais da pesquisa com intuito de favorecer a investigação e implementação de práticas integrativas no SUS. Serão apresentados tanto os fatores que facilitaram a pesquisa quanto os desafios para sua realização. Como dito anteriormente, a mudança demográfica e o aumento das condições crônicas no Brasil exigem inovações no SUS (Vilaça, 2012). A falta de inovação nos modelos de gestão dos setores de saúde está tornando inacessível o custo da assistência (Christensen, 2009). Para inovar deve-se considerar as demandas e necessidades atuais. No caso da saúde, a mudança demográfica evidencia o envelhecimento populacional e o aumento das condições crônicas, com isso um

planejamento sustentável torna-se fundamental. Atualmente, inovação em saúde requer redução de custos e melhoras na eficácia assistencial (Deutscher et al, 2012).

Atualmente, inovação em saúde requer redução de custos e assistência eficaz. É necessária a compreensão de que a inovação se constitui em processo de busca e aprendizado, o que depende de interações que são socialmente determinadas e influenciadas pelos formatos institucionais e organizacionais específicos (Cassiolato & Albuquerque, 2002). Porém, toda instituição possui um modelo de gestão e funcionamento que pode resistir às mudanças. As práticas integrativas podem representar uma forma importante de inovação no SUS, reduzindo os custos e trazendo a qualidade de um olhar mais integral na assistência em saúde. Esta pesquisa traz em si a proposta de inovar na assistência e favorecer a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que possui uma visão de promoção de saúde no seu sentido mais amplo e favorece o exercício da integralidade para o movimento de transformação e inovação no SUS.

O INTO possui um comitê de ética em pesquisa e uma comissão científica onde já são realizadas pesquisas e há incentivo interno para realização das mesmas. A pesquisa é realizada em sua maior parte pelos cirurgiões e residentes médicos da ortopedia, sendo o foco nas intervenções cirúrgicas, técnicas e materiais utilizados. Em 2013, houve a abertura do mestrado profissional e incentivo à participação dos profissionais, incluindo a reabilitação, que possui pouca participação nas pesquisas. A Peclin (Pesquisa clínica) é um setor separado da recepção principal que recebe pacientes vinculados ao INTO somente para pesquisa. Este setor oferece apoio à pesquisa, oferece lanche, contata pacientes e organiza agendas.

A pesquisadora entrou em contato com a responsável pela comissão de pesquisa, que agendou a defesa do projeto com a comissão de ética em pesquisa e comissão científica para o dia 05/06/2013. Após apresentação do projeto, questionamentos da banca e discussão, o projeto foi aprovado e a pesquisadora autorizada a realizar a pesquisa. Ao solicitar orientações sobre o espaço a ser utilizado para pesquisa, a banca sugeriu o setor de reabilitação, que possui uma sala de grupos, e a procura da Peclin para fornecimento dos lanches.

Tivemos que superar alguns contratemplos para a realização do trabalho. Como apontou Felice (2002), foi muito difícil implementar uma nova prática num modelo instituído. É importante que esperemos por isso e possamos negociar diante de impasses. Mesmo tendo

sido aprovado o projeto, observamos grande dificuldade de espaço; inicialmente não teríamos uma sala para realizar o grupo. A sala de grupos estaria com a escala completa, tendo disponibilidade somente sexta-feira à tarde, horário que a chefia afirmou não ser bom para o comparecimento dos pacientes devido ao trânsito na Avenida Brasil, via de acesso ao INTO. Procurei a chefia da reabilitação, da clínica da dor, e por último falei com a chefia que marcaria uma reunião com o Diretor do Hospital, pois não conseguia espaço. Observei em alguns momentos a apropriação do espaço público como algo particular: procurei profissionais que tinham reservas prévias na sala de grupo que afirmaram usar o espaço sem de fato estarem, não cedendo o horário para pesquisa. (PINHEIRO, 2010). A chefe da reabilitação nas enfermarias interveio junto à chefia dos ambulatórios e conseguimos a sala da pediatria nas segundas-feiras à tarde.

Informei as datas de intervenção e ficou acordado o uso da sala da pediatria junto à chefia da reabilitação, que garantiu que a sala seria preparada para intervenção, pois nesta sala não são utilizadas cadeiras. Foi combinado com a chefe da Peclin que o espaço seria utilizado para as entrevistas e o uso da sala de espera antes das intervenções. O lanche seria fornecido na chegada dos participantes. Foi enviado e-mail com nome dos participantes, número dos prontuários, datas das entrevistas e intervenções. Os contatos com os pacientes e agendamento deveriam ser realizados pela pesquisadora.

Na primeira intervenção a sala não havia sido preparada. A pesquisadora contatou o setor de reabilitação para solicitar cadeiras e o funcionário informou que não poderia providenciar. A pesquisadora percorreu outros setores para conseguir cadeiras para o grupo, muitas vezes enfrentando pouca disponibilidade de outros profissionais. Ficou clara a disputa por espaço e material. Essa rotina se deu em todas as intervenções. Fui informada numa sexta-feira, ao encontrar por acaso uma profissional do hospital, que não poderia utilizar a sala para a próxima intervenção, pois teria um mutirão de cadeira de rodas para crianças e que a sala seria utilizada pela mesma. Sustentei as datas do acordo inicial, e então conseguiram a sala da clínica da dor para que a intervenção fosse realizada. No entanto, se desloca um grupo de pesquisa em prol de uma ação não menos importante, mas que poderia ser realizada em outro setor para se fazer valer o acordo inicial. O grupo sentiu a mudança; um participante se atrasou e, embora a pesquisadora tenha avisado na Peclin, ele teve dificuldades de encontrar a nova sala.

Tínhamos um acordo de que o lanche seria cedido pela Peclin. Na quarta semana, os participantes reclamaram que chegaram e não havia lanche. Conversei com a coordenadora da Peclin, que me informou que não teria mais lanche, sem qualquer justificativa, sendo que enviei relatório com os dados dos pacientes e o período da pesquisa. Procurei a chefia da comissão científica do INTO. Ela ligou para a Peclin e disse que estaria resolvido. Ficamos ainda mais uma semana sem lanche. Na terceira semana, cheguei bem antes do horário para verificar o cumprimento do acordo e fui informada de que não havia pedido de lanche. Porém, houve tempo para que a secretária ligasse para a copa e solicitasse o lanche. Os participantes só lancharam no final, e alguns relataram que vinham sem almoço e que o lanche era muito importante.

É importante ressaltar estes resultados da pesquisa para problematizar que ainda que tudo seja feito conforme as exigências do hospital, como a defesa do projeto e contato com setores responsáveis, enfrentamos muitas barreiras para realizar a pesquisa. Como dito anteriormente, há um incentivo à pesquisa, temos reuniões com chefias onde cobram a produção de pesquisa clínica, porém não há nenhuma facilidade para sua realização e até mesmo o cumprimento básico do que foi acordado anteriormente. Realizei as intervenções fora do meu horário de trabalho sem que fosse contada como hora trabalhada. Minha carga horária é de 30 horas semanais, de segunda a sexta de 07:00 às 13:00h; a intervenção acontecia das 13:30 às 15:30h, trabalhei estas horas sem remuneração ou liberação.

É preciso difundir no SUS a importância de pesquisar as demandas do usuário e observar se as intervenções propostas estão sendo bem-sucedidas para aprimorar a atenção e saúde. É importante o incentivo ao profissional, que acaba optando por executar sua rotina habitual, uma vez que qualquer inovação requer muito esforço sem o devido valor à iniciativa.

No ano anterior à pesquisa, a pesquisadora propôs o MEDITA-INTO, uma proposta de meditação e aulas do Método Feldenkrais[®] para os profissionais do hospital. Foram várias idas ao departamento de divulgação e envio do mesmo arquivo quatro vezes para que fosse impresso um folder dentro das normas da instituição convidando os funcionários a participar. Tivemos a adesão principalmente da área de reabilitação. O grupo tinha em média oito participantes entre fisioterapeutas, fonoaudiólogas, psicólogas e enfermeiras. Tivemos a participação de uma médica e nenhuma participação masculina. Eram comuns piadas sobre meditar no setor de fisioterapia. O grupo durou 10 meses, era realizado numa sala da

reabilitação, uma vez por semana, durante uma hora e meia. A sala, que estava vazia, foi cedida para outro setor, a pesquisadora tentou com a chefia outro lugar para continuar o grupo e não teve retorno nem encontrou outro lugar que pudesse ser disponibilizado.

Dentro de todo contexto acima, a pesquisa foi realizada e pôde favorecer aos participantes. A contribuição é a real implicação para favorecer a disseminação no SUS. Como agentes de saúde, podemos nos ancorar na integralidade e na PNPIC para promover transformações na assistência, promovendo saúde e transformando os pacientes em agentes da sua saúde e da sua vida.

2.4.2 As Perspectivas dos Usuários sobre os Impactos da Meditação e do Método Feldenkrais® em suas Vidas

A adesão dos participantes foi satisfatória, como será abordado posteriormente. As contribuições que mais se destacaram foram: melhora do quadro álgico e da insônia; promoção do autocuidado; melhora nos relacionamentos; promoção de autorreflexão, que leva à mudança de visão de mundo; a disseminação da prática; e a importância da prática em grupo.

A redução da dor e melhora da insônia foram resultados encontrados na presente pesquisa. A pesquisa qualitativa avançou em relação a estudos anteriores. Mostrando melhora na relação com seu quadro álgico e com seu corpo, os participantes relataram o aprendizado e novas escolhas diante da dor. A mudança de visão de mundo trouxe impacto social significativo na vida dos participantes. Redução da dor e melhora da insônia estão amplamente comprovadas cientificamente através da prática meditativa (Grant & Rainville, 2009; Brown & Jons, 2010; Zeidan et al, 2010), porém a mudança de visão de mundo e de atitude são contribuições da presente pesquisa.

2.4.3 Adesão ao Tratamento – Importância da Relação Terapêutica para Participação dos Usuários

A adesão é um fator fundamental para o sucesso de qualquer terapêutica. O Projeto Adesão da OMS define-a como o grau em que o comportamento de uma pessoa, representado

pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida, corresponde e concorda com as recomendações de um médico ou profissional de saúde (WHO, 2003).

Nesta pesquisa buscamos avaliar se a prática de meditação e do método Feldenkrais® teriam adesão pela população do SUS. Aderir a algo em saúde está além da execução de prescrições médicas e/ou terapêuticas. Envolve fatores socioeconômicos, a relação do paciente e sua doença, as regras institucionais, a relação com os profissionais de saúde, entre outros (Gusmão & Mion, 2006). Nesta pesquisa observamos adesão de 77% dos participantes a mais de 50% das intervenções. Vide frequência no quadro de evolução de dor e presença (Quadro 4).

Com o intuito de contribuir com a continuidade do tratamento, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo normatizou o agendamento no serviço ambulatorial. Verificou-se que 54,2% dos pacientes sem agendamento e 46% dos pacientes agendados não compareceram ao atendimento (Amaral, 1997). Foi realizada uma pesquisa quantitativa em um serviço público no interior de São Paulo, cujo objetivo era caracterizar o seguimento de usuários ao agendamento no serviço público. Os resultados encontrados foram: falta de 30% dos pacientes em 50% ou mais dos retornos agendados (Giacchero & Miasso, 2008).

A Organização Mundial de Saúde publicou, em 2003, o primeiro relatório sobre adesão ao tratamento em pacientes com condições crônicas. Nos países desenvolvidos, 50% dos pacientes com condições crônicas de saúde não seguem os tratamentos recomendados. Nos países em desenvolvimento, a falta de acesso aos tratamentos, falta de diagnóstico apropriado e acesso limitado aos medicamentos torna a adesão algo mais problemático (WHO, 2003). É importante observar como a adesão aqui é relacionada aos parâmetros biomédicos: acesso diagnóstico e aos medicamentos, por exemplo. É importante ressaltar que no modelo biomédico há uma hierarquia que dificulta uma relação mais amistosa e convidativa. Essa relação distanciada, não favorece a adesão ao tratamento.

As condições crônicas envolvem o uso de medicamentos a longo prazo. As pesquisas mostram que 50% dos pacientes não seguem as prescrições. Os fatores que contribuem para a falta de adesão, entre outros fatores, têm relação com falta de participação efetiva e conjunta dos pacientes com os médicos na decisão e escolha do tratamento. Falta de esclarecimento sobre a doença, benefícios do tratamento e efeitos adversos dos medicamentos fazem os pacientes interromperem o tratamento (Brown & Bussel, 2011). A barreira na comunicação reflete a

relação entre paciente e profissional de saúde, onde o segundo é detentor do conhecimento que atua na doença e não interage com o doente, não o convida a participar nas decisões sobre sua própria saúde, não considera sua subjetividade e realidade social para adesão ao tratamento. Daí a importância de uma relação empática entre profissional de saúde e paciente para favorecer a adesão.

A adesão tem relação com a relação entre os profissionais de saúde e os usuários do SUS. A atitude acolhedora e um olhar mais integral favorece a adesão, uma vez que torna o paciente um sujeito, visto em suas necessidades individuais. A troca de informações e interações faz com que o paciente se aproprie do seu cuidado (Silveira & Ribeiro, 2005). Nesta pesquisa, a atitude gentil e escuta acolhedora permearam todo o trabalho, favorecendo que cada encontro fosse uma experiência prazerosa e educativa, fatores estes que favoreceram a adesão.

2.4.4 A Meditação e o Método Feldenkrais® como Medicação sem Efeitos Colaterais para Alívio da Dor

A dor é uma experiência subjetiva. Em cada contexto histórico e social ela possui sua significação e valores. No contexto ocidental contemporâneo, a dor tende a ser evitada a todo custo. Sentir dor pode nos levar a experimentar uma posição de impotência que impele a busca por cuidado, auxílio médico e alívio do sofrimento (Breton, 2013). Nesta pesquisa, a dor permeou todo o trabalho. Desde a primeira entrevista, a dor foi descrita como companheira constante e limitante. Consideramos que o fato de a pesquisa ter sido realizada num hospital, suposto lugar de cuidado, a dor e sua resolução pudessem ter maior enfoque por parte dos participantes. Todos os participantes apresentaram redução da dor após as práticas com o grupo e em seu cotidiano. Além dos escores numéricos, foi significativa a melhora na relação com a dor. Os participantes relataram mudanças na forma em lidar com a dor como um novo aprendizado. A melhora da dor com a prática meditativa tem sido comprovada cientificamente e associada ao aumento da resposta parassimpática e produção de opioides endógenos que levam a maior relaxamento e redução de dor (Kabat-Zinn et al, 1992; Zeidan et al, 2010; Lazar et al, 2000; Lutz et al, 2008; Mills & Farrow, 1981). O Método Feldenkrais® utiliza movimentos suaves e a respiração, fatores que favorecem a ativação do sistema nervoso parassimpático, reduzindo a dor (Lundblad, Elert & Gerdle, 1999).

Utilizamos a Escala numérica de dor para avaliar a dor antes de iniciarmos o grupo e durante cada encontro, antes e após as intervenções. Durante as entrevistas todos os participantes relataram alterações que a dor e a doença trouxeram para suas vidas:

Olha, eu vou dizer assim, pra ser sincero, eu não tenho nem posição pra mim dormir. Às vezes eu tento caminhar, e quando chega no outro dia é pior, eu me isolei do mundo, é muita dor dotora. Carlos

Ao ser perguntado o que esperava ao participar da pesquisa, Carlos afirmou:

Que eu possa controlar a dor. Que quando eu operei a coluna, o doutor Antônio do Fundão, falô o seguinte: olha, você tem que aprender, tem que aprender, tem que se habituar, tem que aprender a viver com a dor. Eu falei: como, Doutor? Ele falô você tem que aprender, se habituar a viver com a dor, porque ela não vai mais embora, ele falô isso, de repente. Falô assim. Ele é chefe de lá do hospital.

Durante a entrevista de Carlos, por alguns momentos pensei que não conseguiríamos terminar a entrevista, pois sua expressão facial indicava que ele sentia uma dor intensa e não encontrava uma posição cômoda enquanto sentado. Neste estudo, a redução de dor foi um resultado significativo que apareceu no discurso dos participantes e na Escala numérica de dor.

Greice relatou o impacto da dor na sua vida:

“Minha dor é tanta que não posso trabalhar, o pió é que as pessoas não entende o que é dor na coluna, todo mundo acha que é psicológico. Você se enche de remédio e não adianta, vou pra emergência o médico aplica remédio e diz pra fazê repouso. Como? E minha casa? Vou no INSS e o médico diz que tenho que trabalhá, me sinto muito perdida”.

Observamos no discurso o impacto da dor e da doença na vida das pessoas: afastamento do trabalho, isolamento social, incompreensão e falta de suporte profissional. Após as oito semanas de intervenção, observamos mudanças significativas na vida dos participantes. Em termos quantitativos temos a avaliação com a escala numérica de dor, pré e pós-intervenções (vide Quadro 4). Qualitativamente, observamos no discurso mudanças na relação com a dor e atitudes diante do quadro algico.

Para Carlos, a dor era uma inimiga a ser combatida. Relatava que sua vida era em função da dor e afirmou que a partir das intervenções mudou a forma de ver a dor e se relacionar com ela.

“Eu sentia muita raiva, muito ódio em relação dor, me vi lá em casa irritado e quero isso mais não, quero fazer diferente.” Carlos

A significativa mudança em relação à dor nos participantes da intervenção não foi observada no grupo controle. Nair, que inicialmente classificou sua dor na escala numérica em oito, ao ser perguntada novamente em quanto classificaria a dor naquele momento, utilizou o mesmo valor. Perguntei se notou alguma mudança em relação à dor neste intervalo, ela disse que não mudou nada. Continua usando os medicamentos de antes e esperando pela cirurgia.

“Dói muito, eu tomo os remédios mas tem dias que é difícil levantar da cama, espero que a cirurgia me ajude.”

O outro participante do grupo controle, Edmar, classificou sua dor em oito na primeira e na segunda entrevistas. Questionou se o trabalho poderia ser uma alternativa à cirurgia.

“A senhora acha que esse trabalho pode me tirar da cirurgia?”

Esses dados foram muito significativos, já que estes pacientes não receberam nenhuma intervenção diferente neste período de tempo e não houve nenhuma redução em seus quadros álgicos, resultado muito diferente do encontrado no grupo que passou pela intervenção, reduzindo significativamente os escores de dor e a relação com a doença. O grupo de intervenção trouxe a escolha por novas posições e o uso da respiração e dos “movimentos suaves” em momentos de dor.

Quadro 4: Tabela de Avaliação da Dor Pré e Pós-Intervenção e Presença dos Participantes

Pseudônimo	Entrevista	1ª Interv.	2ª Interv.	3ª Interv.	4ª Interv.	5ª Interv.	6ª Interv.	7ª Interv.	8ª Interv.
Carlos	9,5	Pré: 9,5 Pós: 7	Pré: 7 Pós: 4	Pré: 6 Pós: 2	AUSENTE	Pré: 4 Pós: 3	Pré: 3 Pós: 3	Pré: 4 Pós: 2,5	Pré: 4 Pós: 3
Greice	9	Pré: 9 Pós: 6	Pré: 8 Pós: 5	Pré: 7 Pós: 7	Pré: 9 Pós: 6	Pré: 9 Pós: 5	AUSENTE	Pré: 9 Pós: 7	AUSENTE
Rita	10	Pré: 10 Pós: 7	AUSENTE	Pré: sem dado Pós: 5	AUSENTE	AUSENTE	Pré: 7 Pós: 5	Pré: 7 Pós: 4	Pré: 6 Pós: 4
Daniel	3	Pré: 3 Pós: 2	Pré: 3 Pós: 2	Pré: 3 Pós: 2	Pré: 3 Pós: 2	Pré: 3 Pós: 2	Pré: 3 Pós: 2	Pré: 3 Pós: 2	Pré: 3 Pós: 2
João	8	Pré: 8 Pós: 5	AUSENTE	Pré: 7 Pós: 5	AUSENTE	Pré: 7 Pós: 5	AUSENTE	Pré: 6 Pós: 5	AUSENTE
Geraldo	7	Pré: 7 Pós: 5	Pré: 7 Pós: 5	AUSENTE	Pré: 5 Pós: 5	Pré: 6 Pós: 5	Pré: 7 Pós: 5	AUSENTE	AUSENTE
Cremilda	7	Pré: 7 Pós: 4	Pré: 8 Pós: 4	Pré: 8 Pós: 4	Pré: 8 Pós: 4	Pré: 7 Pós: 3	Pré: 7 Pós: 3	Pré: 6 Pós: 4	Pré: 7 Pós: 3

Quadro 5: Comparação da Escala de Dor Pré da 1ª Intervenção com os Resultados Pós-teste nas Intervenções 1 a 8

Identificação	Teste Pré 1ª Interv.	Teste Pós							
		1ª Interv.	2ª Interv.	3ª Interv.	4ª Interv.	5ª Interv.	6ª Interv.	7ª Interv.	8ª Interv.
Indivíduo 1	9,5	7	4	2	-	3	3	2,5	3
Indivíduo 2	9	6	5	7	6	5	-	7	-
Indivíduo 3	10	7	-	5	-	-	5	4	4
Indivíduo 4	3	2	2	2	2	2	2	2	2
Indivíduo 5	8	5	-	5	-	5	-	5	-
Indivíduo 6	7	5	5	-	5	5	5	-	-
Indivíduo 7	7	4	4	4	4	3	3	4	3
Média	7,6	5,1	4,0	4,2	4,3	3,8	3,6	4,1	3,0
Pvalor Pré x Pós (*)		0,000	0,017	0,013	0,018	0,007	0,020	0,010	0,040

(*) Teste-t pareado de diferença de média, ao nível de 5%.

Nota: Caselas com “-” representam valores ausentes de entrevista.

Quadro 6: Banco de Dados – Cálculo do Pvalor

Identificação	Entrevista	1ª Interv.	2ª Interv.	3ª Interv.	4ª Interv.	5ª Interv.	6ª Interv.	7ª Interv.	8ª Interv.
Indivíduo 1	9,5	Pré 9,5 Pós 7	Pré 7 Pós 4	Pré 6 Pós 2	AUSENTE	Pré 4 Pós 3	Pré 3 Pós3	Pré 4 Pós 2,5	Pré 4 Pós 3
Indivíduo 2	9	Pré 9 Pós 6	Pré 8 Pós 5	Pré 7 Pós 7	Pré 9 Pós 6	Pré 9 Pós 5	AUSENTE	Pré 9 Pós 7	AUSENTE
Indivíduo 3	10	Pré 10 Pós 7	AUSENTE	Pré sem dado Pós 5	AUSENTE	AUSENTE	Pré 7 Pós 5	Pré 7 Pós 4	Pré 6 Pós 4
Indivíduo 4	3	Pré 3 Pós 2	Pré 3 Pós 2	Pré 3 Pós 2	Pré 3 Pós 2	Pré 3 Pós 2	Pré 3 Pós 2	Pré 3 Pós 2	Pré 3 Pós 2
Indivíduo 5	8	Pré 8 Pós 5	AUSENTE	Pré 7 Pós 5	AUSENTE	Pré 7 Pós 5	AUSENTE	Pré 6 Pós 5	AUSENTE
Indivíduo 6	7	Pré 7 Pós 5	Pré 7 Pós 5	AUSENTE	Pré 5 Pós 5	Pré 6 Pós 5	Pré 7 Pós 5	AUSENTE	AUSENTE
Indivíduo 7	7	Pré 7 Pós 4	Pré 8 Pós 4	Pré 8 Pós 4	Pré 8 Pós 4	Pré 7 Pós 3	Pré 7 Pós 3	Pré 6 Pós 4	Pré 7 Pós 3
Pvalor (*)		0,000	0,007	0,021	0,116	0,015	0,053	0,004	0,066

(*) Teste-t pareado de diferença de média Pré x Pós, ao nível de 5%.

Nota: Existe diferença estatisticamente significativa entre Pré x Pós para cada comparação, seja para cada intervenção separadamente considerando os sete entrevistados (avaliação por coluna), quando Pvalor < 5%.

2.4.5 A Meditação e o Método Feldenkrais® como Recurso para Adormecer

Nas entrevistas foi observada a ligação entre insônia e dor. Três participantes relataram dormir muito pouco, 3 a 4 horas por noite, devido ao quadro álgico.

“Não durmo. Todo mundo lá em casa dorme eu fico no sofá, a dor não me deixa dormir. Meu marido sai quatro e meia da manhã, ele abre uma padaria, depois meus filho vão pra escola, tenho três filho. Só quando todo mundo sai eu deito e durmo umas três horas.”

Após as intervenções, os relatos foram de o sono mais profundo, aumento do número de horas dormidas e uso da respiração nos momentos de insônia. Daniel relata ter utilizado remédio para dormir há dez anos e parou porque não queria ficar viciado. Observava que seu sono era pouco e que acordava a cada uma hora e meia. Relatou ter aprofundado mais o sono e estar mais descansado com a prática da meditação e dos movimentos suaves.

“Então essas coisa, você relaxa o corpo o olho, meu sono era poco, dava uma cochilada e acordava e com o corpo esses movimento que a gente faz dorme milhó”

“Eu acho que me ajudô um poco, meu sono sempre foi poquinho, agora quando eu acordo e olho eu já sinto tô avançando mais um poquinho”

Carlos não tinha posição para dormir. Passava muitas horas acordado com dor. Relatava ter sono, mas não conseguir relaxar para dormir por causa da dor. Tomava psicotrópicos e era orientado pelo médico a dobrar a dose se não conseguisse dormir. Carlos se sentia dependente dos medicamentos e acreditava que a cirurgia era a única possibilidade de melhorar, mas queria tentar algo diferente.

“Tô mais descansado. Com o processo aqui durmo bem e não acordo assutado de madrugada.”

No final da intervenção, Carlos compartilhou que seu médico havia reduzido os psicotrópicos e que ele estava muito feliz em conseguir dormir usando a própria respiração, e que quando acordava, não acreditava ter dormido uma noite inteira.

“De sábado pra domingo, eu, quando eu dei em si, já era 09:30. Falei: “meu Deus, eu dormi sem medicamento, como é que acordei tarde?”

Assim, o grupo das intervenções se beneficiou com a prática, alguns aumentando as horas de sono, outros utilizando a respiração e movimentos para relaxar o corpo. O grupo controle não trouxe alterações em relação ao sono. Nair inicialmente afirmou que sempre dormiu pouco, porque possui muito desconforto respiratório e crises de asma que atrapalham muito seu sono. Relatou dormir cinco horas por noite e que estava dormindo o mesmo número de horas na segunda entrevista. Edmar afirmou dormir até oito horas por noite; a pesquisadora afirmou que era um bom número de horas e ele afirmou:

“Também tomo até oito comprimido por dia! Durmo até demais, tem dia que não quero sair da cama.”

Os participantes do grupo controle não observaram nenhuma mudança em seu sono neste período. Embora Edmar durma muitas horas por noite, atribui isto aos medicamentos. Já no grupo de intervenção, observamos redução de medicamentos, prática da respiração e de movimentos que podem relaxar o corpo e reduzir tensões, ativando o sistema nervoso parassimpático e favorecendo o adormecer.

O sistema nervoso autônomo (simpático e parassimpático) atua nos estados de sono e vigília. O sistema nervoso simpático prepara o corpo para luta ou fuga, deixa o indivíduo em estado de alerta. O sistema nervoso parassimpático atua no relaxamento, nos ciclos de sono. O primeiro aumenta sua frequência cardíaca e respiratória e o segundo reduz sua pressão arterial, reduz batimentos cardíacos e permite o adormecer (Bear et al, 2001).

A meditação atua na regulação entre estes dois sistemas, modificando neurofisiologicamente o funcionamento cerebral (Cardoso et al, 2007; Hodgins & Adair, 2010; Leeuwen, Müller & Melloni, 2009). Os movimentos realizados de forma suave e consciente nas aulas de consciência pelo movimento favorecem a ativação do sistema nervoso parassimpático, levando ao relaxamento e à melhora da insônia. (Stephens et al, 2001). As alterações não são meramente fisiológicas, temos que considerar o contexto urbano e de estresse que torna difícil a passagem de um estado para outro, visto que os níveis de cortisol e

adrenalina não se reduzem muito diante das exigências cotidianas e essa redução é um fator fundamental para ativação do sistema nervoso parassimpático.

2.4.6 A Meditação e o Método Feldenkrais® como Forma de Promover Autocuidado no SUS

O autocuidado é uma contribuição constante do adulto à sua própria existência, saúde e bem-estar. É a prática de atividades que os indivíduos realizam a favor de si mesmos e que inclui manutenção do ar e da água, comida e eliminação, atividades e descanso, interação solitária e social (Roselló, 2009). A atenção plena pode ser uma forma de autocuidado, pois favorece uma interação consigo e possibilidade de reflexão das necessidades do indivíduo para seu próprio bem-estar. O Método Feldenkrais® leva à consciência corporal, favorecendo o autocuidado através de mudanças posturais e a realização de movimentos que reduzem a dor. A associação da atenção plena e do Método Feldenkrais® atua no corpo, na respiração e na autopercepção, fatores que proporcionam uma atitude mais consciente, gerando autocuidado e bem-estar.

Nas entrevistas iniciais observamos relatos onde o foco era sempre o outro. Os participantes traziam no discurso o desejo de ajudar os outros, a família como mais importante e que não tinham tempo para cuidar de si.

“Eu me dou ao próximo. Pra mim, ver o bem-estar do próximo, eu faço o possível, eu ajudo as pessoas até me atropelo mas eu tento ajudar.”

Dois participantes relataram se esforçar, mesmo com dor, para fazer algo que os fizesse bem.

“Mermo com dor, de veis em quando eu vou ao forró, senão não faço nada por mim.”

Trabalhamos nas intervenções o conceito de autocuidado de forma ampla. Para facilitar a compreensão, utilizamos exemplos como: perceber o corpo e mudar a posição, perceber o que te deixa menos tenso, fazer um passeio e aceitar que as pessoas são diferentes, pode melhorar as relações. Tudo isso pode ser autocuidado. Após as intervenções, os participantes

relataram que estavam se cuidando mais e observando que isso mudava as relações e trazia bem-estar. Nos discursos deles, observamos maior autopercepção. No decorrer das intervenções, os participantes passaram a perceber-se mais e buscar posições de conforto para o corpo, a usar a respiração em momentos de estresse e relataram que estavam agora escolhendo como agir e conhecendo o corpo.

Rita compartilhou que a família sempre apontou que ela reclamava muito da dor e que xingava muito. Era impaciente, as pessoas tinham que dar as coisas na hora que ela pedia. Diz que aprendeu a se cuidar: *“não peço mais água eu pego a garrafinha coloco do meu lado na televisão e pronto”*. Percebeu que pequenas atitudes fazem diferença e que o filho observou que ela não está reclamando tanto.

“As veze doi tanto que eu paro e faço a respiração. Meu filho falou: “vc não reclamou mais da dor.” Eu disse: “eu tô aprendendo a controlá, vou reclama, você vai dizer que tô traumatizada com tudo, não vai diminuí. Eu parei de reclamá e por incrível que pareça já não tá doendo tanto não.” Rita

Daniel foi o mais calado dos participantes. Era preciso convidá-lo a participar das colocações após a prática. Vive com a esposa, diz ser disciplinado, que tem que fazer as obrigações e nunca pensou em si, só na família, trabalho e, agora que é aposentado, nas obrigações de casa.

“É aquela história será só na hora de morrê a gente vai aprendê que a vida não é só ocupação, ocupação...o tempo não pára, a gente uma hora vai pará. Então a gente tem que tê algum tempo escolhe uma hora e dá uma atenção, né!? Só trabalho, só trabalho. Eu quero fazê alguma coisa pra mim.” Daniel

Greice tinha histórico de depressão e se sentia sem vontade de sair de casa, de fazer nada por ela mesma. Após as intervenções relatou:

“Tá melhorando, eu tô mais vaidosa, tô me arrumando mais. Tô usando minhas pulseira, me arrumo, tô fazendo dieta e emagrecendo.”

Carlos se sentia refém do seu quadro. Relatava isolamento social, não participava mais da igreja com a família. Após as intervenções passou a se sentir capaz de se cuidar e de fazer algo por si, relatou ter o momento de ficar no seu quarto sozinho para praticar, e que ao se cuidar pode cuidar mais do filho, passear com família e voltar a dar aulas na igreja.

“Antes sobrevivia. Aqui a cada aula, um corpo novo, uma descoberta nova com os exercícios, a respiração, eu aprendi que minha coluna, minha lombar é interligada a várias partes do corpo eu não dependo somente disso para eu viver.”

Foi muito significativo para ele o retorno a dar aulas a partir do autocuidado. É interessante na fala dele observarmos a afirmação: *“consegui me curá”*, reflexo de uma apropriação do cuidado e da cura.

“Eu me sentia um inútil. Estou dando três horas de aula, eu consegui me curá.” Carlos

Ele comparou a prática com os medicamentos e reflete a apropriação da prática para autocuidado:

“os exercicios que fazemos aqui não deixa de ser medicamento mas esse aqui não tem contra-indicação não faz mal. É só saber dosar e conhecer seu limite. Conhece o limite do movimento que você pode fazer, ir até onde dá. O bom é que você pode fazê todo dia, chovendo ou não.”

No grupo controle, perguntamos o que faziam para si como cuidado.

Nair disse que não se cuida, só vai às consultas e toma seus remédios. A única coisa que faz para si é ir à igreja. Ela mora com uma irmã deficiente acamada que depende de muito cuidado.

“Não me cuido não, não dá tempo. Eu falei pra senhora da outra vez minha irmã deficiente depende de mim pra tudo, peço a Deus que não me leve antes dela. Senão quem vai cuidar?”

Na minha percepção, para Nair o cuidado consigo está relacionado a ir ao médico e à igreja. Esta frase mostra que, neste período, ela não teve aprendizado sobre o autocuidado e continua com o discurso anterior. Edmar, ao ser perguntado o que fazia para se cuidar, afirmou: *“minha vida é muito turbulenta. Se eu contar a senhora não acredita, mas quando dá, vou a praia com meus neto”*.

Observamos no grupo controle e no grupo de intervenção um discurso parecido em relação ao autocuidado. Referiam não ter tempo para se cuidar e que gostavam de cuidar e ajudar os outros. Após as intervenções, os participantes relatavam estar se cuidando mais, seja colocando uma garrafa de água ao lado, fazendo a respiração em momentos de dor e estresse, ou procurando fazer algo para seu bem-estar. Assim, houve ampliação no conceito de autocuidado.

2.4.7 O Impacto da Meditação nas Relações Consigo, com o Outro e com o Mundo.

Inicialmente os relacionamentos eram pontos de grande dificuldade e preocupações para os participantes. Havia muitas queixas de incompreensão por parte da família, atitudes consideradas inadequadas pelos próprios participantes, em decorrência do quadro algico. Podemos observar a relação entre a dor e as relações.

“E a dor me irrita tanto que eu sinto que eu, eu saio da linha. Não porque eu queira. A dor, a dor me tira do sério. Às vezes meu filho quer atenção, to com tanta dor que eu acabo gritando pra ele. Gritando pra ele: “eu to com dor! Quero descansar”. É uma criança de 9 anos, não entende. “pai, pai, me leva ali”, às vezes eu, tadinho, desconto nele.

Greice traz em várias intervenções a relação com sua mãe. Sua perspectiva é a de que a mãe prefere e cuida mais de sua irmã. Ela se sente magoada com a atitude da mãe, que costuma dizer que seus problemas são psicológicos.

“Toda vez que vou falar da minha dor minha mãe diz pra trocar o assunto, tenho artrose um monte de coisa, nem vou numerá, minha irmã tá com artrose no joelho e minha mãe culpa meu cunhado, que é por causa dele que minha irmã tá gorda.”

Os relacionamentos tiveram impacto com as intervenções; os participantes passaram a perceber o quanto a dor influencia no comportamento e nos relacionamentos. A reeducação da atenção trouxe autorreflexão para seus comportamentos habituais e essas percepções contribuem para uma mudança de atitude diante das situações cotidianas. Os participantes se apropriam e se colocam mais agentes nos processos.

Greice passa a relatar mudanças em sua atitude. Está evitando falar da dor com a mãe. Está preferindo meditar e não quer se aborrecer. Tem tido outra atitude com o marido, com quem ela costumava brigar muito.

“Um dia meu marido tava brigando lá em casa. Eu sou brigona, mas eu falei pra ele pa gente acalmá. A gente faz a oração das 6 horas e coloca copo d’água. Eu falei: vamo falá mais baixo. Ele fica preocupado, e pergunta “vc tá com dor?” Eu digo: “Não tá tudo bem.” Eu agora tô aprendendo a me respeitar e a respeitar todo mundo que tá ao meu redor.”
Greice

Rita relatou ter muitos problemas com as netas, que eram desorganizadas, tiravam suas coisas do lugar e que ela xingava muito, jogava roupas íntimas pela janela e sentia que tinha razão pois *“elas são muito porcas!”*. Com a prática, ela observa que é impaciente e diz perceber como isso interfere nos seus relacionamentos.

“Eu aprendi a tê calma com as coisa eu era muito impaciente, ansiosa. Eu queria isso aqui. Tinha que ma dá agora. Se fosse com 10 minuto já tava estressada.”

“Eu to entendendo que cada um é de um jeito, do nosso jeito não tem igual. Então cada um é de um jeito. E você tem que aprender, eu tenho que aprender a conviver e to agradecendo.”

O filho de Rita estava morando temporariamente na sua casa com a esposa e três filhos. Como ela estava acostumada a viver sozinha na sua casa e a ter suas coisas no lugar, ficou muito irritada com a situação. Após as intervenções, relatou ter entendido que alguns problemas podemos resolver, outros temos que esperar o tempo, e que ela estava convivendo melhor com os familiares.

“Tô lidando melhor, com aquela situação lá em casa, tô num quartim até eles voltarem pra casa deles. Tô muito milhó.”

Daniel vive com esposa e se incomodava muito quando ela gritava seu nome pedindo para ele fazer alguma coisa enquanto ele estava ocupado fazendo algo que ela tinha pedido antes. Daniel é muito calado e aparentemente muito calmo e contido. Porém, na entrevista, ele perguntou o que precisava fazer para se acalmar. Após as intervenções, ele relatou que passou a falar o que incomodava e antes só queria atender ao outro.

“Mudou sim, minha mulhé grita quando tô fazendo alguma coisa eu ficava nervoso. Agora eu digo que tô ocupado que quando acabá o que tô fazendo eu vou.”

Carlos traz muitos relatos sobre sua condição de dor e apontava a doença como causa direta do seu comportamento de isolamento, impaciência e irritabilidade com a família. Após as intervenções, relata o impacto da prática no lazer, na sua convivência com o filho e na percepção dos familiares.

“Ontém eu fiz um passeio com meu filho, lá na ilha, fomo pela praia, brincando e correndo, em outro momento andar aquilo tudo e brincando, eu ia ficá de cama.”

“E às vezes eu perdia a paciência com meus filhos, meu filho de nove anos, eu não posso mais jogar o que aconteceu comigo em cima dele. Em cima da minha esposa também, e as vezes eles eram para raio, era ele, era ela, a mais velha a mais nova. Pegava todo mundo em casa, lançava sobre eles minha ansiedade e meu estresse. Eu tava insuportável. Depois daqui minha esposa perguntou se tinha mudado o medicamento, “você tá mais calmo, muito diasepam?” Não é muito exercício lá do INTO. ”

No grupo controle, Nair vive com a irmã deficiente e uma neta. Cuida da irmã desde que a mãe morreu e diz se dar muito bem com ela. Quando falou dos relacionamentos, trouxe questões relacionadas ao seu ex-marido, que vive no mesmo quintal que ela e que a abandonou para viver com a cunhada. Para ela, isso era motivo de grande sofrimento: *“meu marido, que é meu ex mas eu não me separei dele. Ele me deixou pela minha cunhada, mulher do meu irmão e vivem o meu quintal. Isso me dói muito.”*

Ela fez esta afirmação na primeira entrevista. Ao ser perguntada na segunda entrevista como estavam suas relações, afirmou:

“Lembra do meu marido? Ele tá doente, diabético e eu tô cuidando dele.”

Perguntei se eles estavam vivendo juntos. Ela disse que não e afirmou:

“Lembra que ele me deixou e ficou com minha cunhada, só que ela vive com ele mas quem cuida sou eu, é a vida.”

Outro ponto importante que trouxe nas suas relações é que vive uma situação difícil com a neta, que quer que ela aceite sua homossexualidade. Isso é impossível pra ela, e vira motivo de muitas brigas entre elas. Perguntei como estava a relação com a neta agora:

“Tá igual, eu falo com ela: Deus fez o homem e a mulher e não aprova isso. Eu não aprovo. Ela fica com raiva e grita. Mas eu nunca vou aceitar isso, é o maior desgosto na minha vida.”

Observamos que Nair ocupa o lugar de cuidadora na vida do marido, o que seria uma mudança em relação à entrevista inicial. Porém, esta parece ser a forma de Nair dar sentido à sua vida. Ela afirma que sua vida é cuidar dos outros: criou seus filhos, sua neta e cuida da irmã deficiente desde que a mãe morreu.

Já Edmar vive com sua segunda esposa. Tem cinco filhos, dois de um primeiro casamento e três filhos do segundo. Na primeira entrevista disse que os filhos estão criados e que convive mais com seu irmão caçula, que são companheiros. Afirmou ter divergências com outros irmãos, que não aceitam sua religião (espírita). Perguntei como estava a relação com os familiares e se observou alguma mudança neste período:

“Meus irmão não aceita minha religião como eu falei. Mas mudou uma coisa: minha primeira mulher teve problema de cabeça e vive agora na minha casa. Minha esposa cuida dela.”

No grupo que passou pela intervenção, observamos mudanças nas relações que trouxeram impacto positivo no bem-estar dos participantes. Vivemos em relação e somos relação. A interação consigo e com o seu meio, são reflexos do contexto social que habitamos. Porém, a autopercepção, a tomada de consciência das atitudes, modifica a relação consigo e com o seu ambiente cotidiano. Desta forma, a prática meditativa teria um impacto social, pois modifica a atenção, favorece a autorreflexão e traz escolhas mais satisfatórias.

2.4.8 A Meditação e o Método Feldenkrais® Criando um Novo Olhar e uma Nova Ética

A visão de mundo é a forma como interpretamos nossa realidade. É constituída de valores, crenças, princípios e conceitos que moldam nossa existência, nossas ações, decisões e interações com o ambiente. Pode ser um instrumento de transformação, onde o indivíduo pode ressignificar seu passado, compreender seu presente e transformar seu futuro (Geertz, 1980). Após as oito semanas de intervenção, os participantes observaram mudanças na sua forma de ver a realidade e agir a partir de uma nova compreensão, e observam que pequenas mudanças de atitude trouxeram transformações significativas para suas vidas. Relataram aprendizado a partir do que foi vivenciado no grupo e que conseguiram levar o aprendizado para seu cotidiano.

Podemos relacionar novamente a reeducação da atenção como algo que traz autorreflexão, possibilitando novas escolhas. A percepção das escolhas como algo que modifica o ambiente favorece os relacionamentos e o bem-estar de forma geral. O desenvolvimento da autorreflexão pode ser um fator que estimula a perpetuação da prática e o desejo de disseminá-la, trazendo impactos sociais significativos.

Rita relata que ao mudar “sua maneira de ser” ela mudou seu dia a dia, sua relação com os familiares, sua percepção da dor e “sua doença”.

“Melhorei meu modo de agir. Aceitá a situação com as pessoa no caso minha família e tenho muito problema mas largo um pouco de mão e vivo a minha vida. Faz que nem o outro, cada um no seu quadrado e tô vivendo muito bem graças a Deus. Por incrível que pareça pra

mim foi, eu não dou 10 dou 100. A minha maneira de antes e de agora, a maneira de superá um problema sério. Família é um problema sério. Melhorou, melhorou 200%.”

Cremilda trouxe um discurso bastante repetitivo em relação ao seu quadro; sempre relacionou as práticas à escoliose e à dor. Falou pouco de sua vida. Mora com a enteada e diz se relacionar bem com ela. Preocupa-se muito com o filho policial. Não observamos mudanças no seu discurso em relação à identificação com seu papel de doente, porém teve a percepção de que sempre falou muito e diz ter aprendido a escutar mais ali no grupo e observar. Relata não ter conseguido desligar a televisão para comer, mas que sente mais o sabor da comida, como no exercício da uva-passa, e come mais devagar.

Rita relaciona a prática e as experiências em grupo com aprendizado e mudança de comportamento.

“Assim por exemplo, o que vocês passaram pra mim e para todos aqui foi um aprendizado. Eu acho que vocês deve continuar com esse projeto pras outras pessoa.”

“Eu xingava muito não to xingando, por causa daqui. Todos pode melhorá porque no fundo aquela pessoa é uma boa pessoa. Só não é lapidada, é meia grossa.”

Greice inicialmente dizia que fizeram muita coisa com ela, sentia-se abandonada pela mãe e incompreendida. Colocava que as pessoas não sabiam o que ela passava e só julgavam por ela reclamar de estar doente e não poder trabalhar. No processo, percebemos uma mudança neste discurso e nas escolhas diante dos seus desafios.

“Mas o problema maior, não é ninguém assim, sou eu, entendeu? Sou eu mesma com minhas cobranças e minhas coisas.” Greice

“Então ó, tudo depende de mim mesma, ninguém tem culpa de nada que eu to passando aqui, não é nada do outro. Então a gente tem que sair desse estado, e a gente sabe tudo pra fazer, e não faz.” Greice

Greice refere que, a partir de práticas tão simples, pôde estar diferente. A partir da observação da respiração, que está presente o tempo todo, ela pode agir diferente. Atribuimos

a melhora à capacidade de autorreflexão que as práticas trouxeram, relaxando tensões, reduzindo estresse, modificando escolhas e a visão de mundo.

“Uma coisa assim, uma coisa tão simples, tão sutil tão simples que é a respiração, tem efeito né, de deixar a pessoa tão leve, e a gente, com tanta dor, com tanto estresse nem lembra disso, a gente precisa do ar, que fica o tempo todo, né.” Greice

“(...) eu comecei a não me cobrar mais. As pessoa me pediam pra fazer as coisa eu agora penso: perái eu tô legal pra faze isso? Não, não tô bem. Vou ficar o meu canto, fazê meus exercício, ficá calma. Tudo que tenho que passá vou passá mas vai ser de uma forma diferente, vou saber o meu tempo. As veze a gente tá tão aguniado. Tem que faze tanta coisa que não percebe que o corpo tá mandando mensagem. Eu não quero isso, não posso isso. Calma, não adianta fica nervosa. Isso não ajuda nada, só vai te prejudicá. Só vai dá mais coisas ruins pra você. Faço meu exercício, sem cobrança, com calma.”

No grupo controle, o que observamos na segunda entrevista foi não ter havido mudanças significativas nas formas de agir e ver o mundo dos participantes. Os dois trouxeram o mesmo discurso e atitudes iguais às relatadas na primeira entrevista. Nair ocupa o lugar de cuidadora dos outros como inicialmente e afirma não ter tempo para si. Discorda da opção sexual de sua neta e sofre por isso. Edmar se diz sempre muito ocupado com a vida turbulenta, que tem muita gente pra ajudar e não pode parar, mesmo com dor, não tem como.

Comparando os resultados entre os participantes do grupo de intervenção e do grupo controle, podemos observar os impactos significativos que a prática trouxe. Interessante observar que as categorias surgiram a partir da intervenção e da relação que os participantes trouxeram entre as mudanças e a intervenção.

2.4.9 Disseminação da Prática: A Apropriação da Saúde.

A disseminação da intervenção foi outro resultado significativo que podemos associar com uma *“apropriação da saúde.”* Illich (1975) trouxe à tona a expropriação da saúde a partir da especialização e avanço tecnológico na assistência em saúde, onde o saber técnico impera e o indivíduo fica refém do conhecimento, não se sentindo capaz de atuar e

gerenciar sua saúde. Neste caso, apesar de a intervenção ter ocorrido num hospital de alta complexidade, os participantes se apropriaram da prática e disseminaram entre conhecidos e familiares.

Geraldo participou de cinco encontros. Dizia ter consciência de que *“precisava trabalhar a cabeça”*, que seus atos eram influenciados pelos pensamentos e que precisava lidar melhor com o afastamento do trabalho e com o fato de estar sem renda. Dizia praticar menos do que gostaria e trouxe a questão sobre a disseminação da prática.

“Posso perguntar? Alguém aqui já ensinou o que estamos fazendo pra alguém? Eu ensinei pra minha mãe ela tá fazendo mais que eu. Ela tá gostando, vou passar pra minha namorada também.”

Greice afirmou ter falado com a filha, mas que estava aprendendo a respeitar o tempo de cada um, que não adianta insistir se não é o tempo do outro.

“(...) eu falo pra minha filha fazê. Ela tem um metro e oitenta e cinco. Tem quinze anos. Tem que fazê filha. Ela diz: “tá mãe vou fazê.” E me engana que tá fazendo. O benefício é muito grande mas cada um tem seu momento. Então é o momento dela. Não fico insistindo não.”

João diz não ter muitos amigos, mas que um conhecido estava reclamando de muita dor e ele quis passar o que estava fazendo pra ele. Relatou que sua esposa estava fazendo também.

“Eu dei prum coroa lá perto de casa. Tô fazendo isso aí e ele falou me dá que vou xerocar.”

Rita recomendou para neta, que pega a “pastinha” (pasta com material semanal distribuído após as intervenções) e faz. Disse que toda semana, quando ela chega, a neta quer ver o material e fazer.

“Lá em casa minha neta também, porque ela cresceu demais, tá meia corcunda. Vai toda semana na terapia e pega os papel. Eu falei pra ela tô fazendo isso aqui, vê se você pega

algua coisa. Ela pega, sempre ela vai lá: “Vó vou pegá tua pastinha.” e vai lá pro quarto dela, com certeza ela tá fazendo. Qualqué dívida você me pergunta.”

Podemos constatar que a prática, por ser simples, permite sua disseminação, sem rótulos de capacitação. Os participantes se apropriam da experiência e compartilham com referências nos benefícios experimentados.

2.4.10 Prática em Grupo: Contribuições da Formação de Grupo Terapêutico

O trabalho em grupo traz contribuições para mudanças. Alguns participantes relataram a importância de estar no grupo e das trocas, embora tenham aderido às práticas de forma individual, fora do grupo. No grupo, quatro papéis sociais diferentes se destacam entre os participantes: o sociável, o estrutural, o de cautela e o divergente. No primeiro, os participantes aprendem a desenvolver uma atitude conciliadora e de auxílio com os colegas; no segundo, estrutura e organiza as atividades; no terceiro, reflete antes de agir, avalia cuidadosamente sua fala e atitude; e no quarto, o paciente inicialmente pode ser rejeitado por ser polêmico, por exemplo, mas acaba sendo aceito posteriormente e favorece a aprendizagem de lidar com a divergência (Beck & Peters, 1981).

O aprendizado por intermédio do outro é um dos mecanismos que favorece as mudanças. É mais fácil ver nos outros o que não se reconhece em si. O aprendizado interpessoal se dá pelo feedback que o paciente recebe dos colegas. A cooperação social é essencial para o bem-estar pessoal. No grupo, os participantes podem trocar experiências, desenvolver uma escuta empática e encontrar acolhimento. O apoio mútuo consolida a união. Um paciente mais motivado pode estimular outros participantes. Os atritos também trazem contribuições, pois aprendem a lidar com desafios e confrontos de forma construtiva. Criam a habilidade de suportar diferenças, o que gera uma atitude mais madura que pode repercutir positivamente na vida dos participantes (Jaber, Braksmajer & Trilling, 2006).

Um estudo mostrou que um grupo de educação em saúde com idosos reduziu em 30% a demanda por serviços de urgência e emergência e em 20% as internações hospitalares (Hartnett, 2006); reduziu consultas com especialistas e aumentou consultas com profissionais da atenção primária; diminuiu o número de telefonemas para enfermeiros e médicos; trouxe

maior satisfação das pessoas usuárias; e reduziu os custos de atenção (Balasubramanian et al, 2010).

Rita relata estar mais calma desde o primeiro dia, e que a atenção que recebeu a ajudou muito:

“Isso aqui é uma terapia, só de conversá e ouvi me senti muito tranquila.”

Podemos destacar a importância da empatia nos atendimentos. Ela relata que já na entrevista se sentiu muito acolhida e ouvida, o que a deixou mais calma, e relatava o grupo como acolhedor:

“Aqui eu me sinto acolhida, na minha casa todo mundo me chamava de chata.”

Geraldo também reconhece que o não julgamento do grupo o ajudou. A atitude na condução do grupo era de acolhimento, aceitação, escuta e empatia. Durante o compartilhar, a pesquisadora procurava não emitir julgamentos sobre os participantes e estimular a autorreflexão.

“Otra coisa que a Rita falou que é interessante, às veze, só de conversar assim, já dá um alívio. Falar da dor, ninguém criticar ou então achar que não é bem assim do jeito que a gente tá falando, só de não ter uma crítica sobre isso já ajuda bastante.”

Daniel relata praticar em casa, porém o ambiente do grupo e o silêncio favorecem a prática.

“Em casa eu faço, mas aqui tem um silêncio e ajuda tá uns com zoutros pra fazê.”

Cremilda fala que no grupo consegue deixar os problemas do lado de fora.

“Quando eu to aqui na reunião, nessa aula, vamos dizer assim, eu esqueço um pouquinho dos problemas lá, eu fico só prestando atenção aqui, a voz dela...”

Estes relatos favorecem o exposto acima sobre a importância da empatia e acolhimento. Estas atitudes não requerem mais tempo de trabalho ou delongas, é um cuidado que pode permear todo o trabalho.

2.4.11 As Perspectivas dos Usuários: Como Percebem a Assistência no INTO e no SUS

O SUS é um sistema em constante transformação e que deve acompanhar as mudanças sociais para que possa ser reflexo das necessidades dos usuários. A escuta dos usuários, suas necessidades e percepções podem contribuir para a integralidade no cuidado.

Considerando que eram pacientes da fila de espera e estavam no INTO, ao se falar do SUS muitos trouxeram a fila de espera:

“Posso falar? Eu já me senti abandonada porque jogam a gente na fila e a gente faz o que? Fica em casa sofrendo? Aí você vem pra cá. O médico fala assim: o que você precisa, remédio? Tá bom toma e vai pra casa.”

“Não tem assistência adequada, mas tenho fé em Deus que a fila vai andar. Vou botá a prótese no meu joelho e ficá boa.”

Carlos fala da demora e falta de vagas, e de como é difícil passar pela perícia médica.

“Não tem vaga no SUS, tô na fila mas é uma longa espera.” Carlos

“Meu médico daqui me avalia uma vez no ano, é muito pouco.” Carlos

“E toda vez que eu ia fazer perícia eu ia já com, já ia psicologicamente preparado pra ouvir uma asneira, uma grosseria...” Carlos

Daniel fala da sua experiência com a cirurgia que fez no INTO para colocar uma prótese nos joelhos:

“Pra mim é Deus no céu e os médico na terra. Antes de operá eu já não andava direito.”

Nesta pesquisa utilizamos o protocolo de Kabat-Zinn (2012), a prática da consciência amorosa (Burch, 2011) e aulas do Método Feldenkrais® (Zemach-Bersin, 1992). As práticas de atenção plena foram guiadas de forma mais fidedigna possível. Realizamos algumas adaptações necessárias ao contexto cultural dos participantes, como: uso de uma linguagem de fácil compreensão; utilizamos exemplos compartilhados no grupo durante o compartilhar; incentivamos a prática em casa, mas não exigimos comprovação; no momento de compartilhar perguntamos se o participante havia realizado alguma prática e qual; na prática da consciência amorosa, adaptamos a linguagem e utilizamos exemplos de experiências que os participantes trouxeram para o grupo.

As aulas de consciência pelo movimento respeitam o momento e a possibilidade de cada participante. Esta abordagem favorece atitude gentil e amorosa que facilita a meditação. Feldenkrais incentivava o não uso de linguagem técnica, mas de uma fala que fosse compatível com a realidade dos participantes. Por exemplo, falar “barriga” e não “abdomen” foi uma forma de utilizar uma linguagem acessível que faz o participante se sentir capaz de realizar a prática. Esta abordagem contribui para a autopercepção, conhecimento e apropriação do corpo, sendo o participante um agente. O Feldenkrais facilita a apropriação e independência do usuário, uma vez que o profissional não o diz o que e como fazer, mas o incentiva a experimentar o corpo e descobrir seus limites e o que lhe faz bem ativamente exercitando *awareness*.

O SUS pode ter como referência as demandas sociais para uma assistência mais integral. Para tal, é necessária a escuta dos usuários e mudanças na gestão. Assim, recriar a atenção à saúde, introduzindo práticas que estimulem o autocuidado e favoreçam a apropriação do usuário sobre sua saúde e escolhas, pode favorecer mudanças significativas na construção social da demanda em saúde e verdadeiramente promovê-la. (Pinheiro, Ceccim & Mattos, 2011). A prática meditativa e consciência corporal podem ser práticas altamente educativas que favoreçam participação dos usuários e, como citado acima, o autocuidado e apropriação de sua saúde. Meditar nos faz estar conscientes de nossas atitudes, podemos fazer escolhas sobre o que fazer e pensar e funciona como um processo de conhecer a si mesmo, ver e rever sua própria vida (Bloise, 2011).

3. CONCLUSÃO

O objetivo principal deste estudo foi avaliar, sob a perspectiva dos usuários, as repercussões da prática meditativa associada ao método Feldenkrais[®], na saúde e em suas vidas de forma geral. Após análise dos dados e resultados de pesquisa, concluímos que a meditação trouxe mudanças significativas, segundo o relato dos participantes.

Observamos que a adesão foi satisfatória. Um dos objetivos específicos seria observar se uma população de baixa renda e baixa escolaridade aderiria à prática. O grupo inicial teve nove participantes, dos quais sete aderiram, sendo que dois participantes estiveram presentes aos nove encontros, um participante presenciou oito encontros, um participante presenciou sete encontros, um participante presenciou seis encontros e dois participantes presenciaram 5 encontros.

Utilizamos a escala numérica de dor para avaliar a dor antes de iniciarmos o grupo e durante cada encontro, antes e após as intervenções. Todos os participantes apresentaram redução da dor após as práticas com o grupo e em casa. O sono foi outro fator no qual os participantes observaram mudanças; os relatos foram de sono mais profundo, aumento do número de horas dormidas e uso da respiração nos momentos de insônia. No decorrer das intervenções, os participantes passaram a perceber-se mais e buscar posições de conforto para o corpo, a usar a respiração em momentos de estresse e relatar que estavam agora escolhendo como agir e conhecendo o corpo. O autocuidado consigo e nos relacionamentos foram relatados pelos participantes, e nos discursos observamos também maior autopercepção.

Os relacionamentos tiveram impacto com as intervenções; os participantes passaram a perceber o quanto a dor influenciava no comportamento e nos relacionamentos. Os relatos trazem uma mudança de atitude diante das situações e mudança de visão de mundo. Observamos também a apropriação da saúde através da disseminação da prática. Os participantes trouxeram a importância do grupo para a cura, destacaram que a vivência numa atmosfera acolhedora e empática favoreceu o processo. Atitudes empáticas e escuta acolhedora por parte dos profissionais de saúde pode favorecer a apropriação em saúde e favorecer o processo.

Podemos concluir que a prática meditativa associada ao método Feldenkrais® favorece a reeducação da atenção, traz a possibilidade de escolhas no cotidiano e modifica a visão de mundo. A literatura atual mostra os efeitos benéficos da prática no alívio da dor, qualidade do sono, melhora em patologias como hipertensão, depressão, ansiedade, alterações neurofisiológicas, entre outros. Este trabalho traz a contribuição de estar no contexto do SUS com seus usuários, que abrangem, em geral, uma população de baixa renda e baixa escolaridade. Observamos a adesão desta população. Todos os participantes desejavam continuar no grupo, relataram as melhoras com a prática no seu cotidiano e sua influência nas relações familiares, inserção social, busca por lazer e escolha nas decisões.

Estudos que considerem o perfil sociodemográfico dos participantes podem favorecer a implementação da prática meditativa no SUS, uma vez que passamos a conhecer adaptações necessárias aos usuários e inovar na assistência em saúde de forma eficaz e com baixo custo, promovendo saúde. Outra contribuição do presente estudo foi detalhar os desafios e possibilidades de se implementar uma prática integrativa num contexto de atendimento de alta complexidade, onde a fragmentação e setorização são o foco.

Oferecer um instrumento de autocuidado traz um impacto biopsicossocial. O paciente dependente da estrutura hospitalar pode se tornar agente da própria saúde e transformar sua atitude diante da vida. É importante a realização de estudos longitudinais que avaliem estes impactos a longo prazo, bem como se há continuidade da prática e permanência dos resultados obtidos. Podendo assim, avaliar medidas que favoreçam a manutenção da prática no SUS e no cotidiano.

Com o objetivo de trazer contribuições para futuras pesquisas e intervenções inovadoras no SUS, sugiro que o profissional procure formas de trazer visibilidade à prática dentro do serviço. Isto pode ser feito com a participação em eventos, por exemplo. Fiz inscrição em eventos científicos promovidos pelo INTO para falar sobre a PNPIC e sobre a meditação. A criação de grupos piloto com os profissionais pode ser outra forma de trazer visibilidade às novas práticas. A adesão dos profissionais pode desmistificar a prática e favorecer a adesão tanto de outros profissionais quanto dos usuários.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adhikari, K. (2012). Study of Effect of *Vipassana* on Anxiety and Depression. *International Journal of Psychology and Behavioral Science*, v.2,n.6, 274-276.

Aftanas, L. I., & Golocheikine, S.A. (2001). Human anterior and frontal midline theta and lower alpha reflect emotionally positive state and internalized attention: high-resolution EEG investigation of meditation. *Neuroscience Letters*, v. 310, 57-60.

Alon, R. (2000). *Espontaneidade Consciente: retornando ao movimento natural*. São Paulo. Summus Editorial.

Amaral, M.A. (1997). Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Revista de Saúde Pública*, v. 31(3), 288-295.

Astin, J.A., Shapiro, S.L., Eisenberg, D.M. & Forsys, K.L.(2003). Mind-Body Medicine: State of the Science, Implications for Practice. *J Am Board Fam Pract*, v. 16, 131-147.

Ayres, J.R.C.M. (2011) *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro. CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.

Backes et al. (2009). Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História sob Olhar Epidemiológico e antropológico. *Rev. Enferm. Uerj* v.17(1), 111-117.

Balasubramanian, B. A., Chase, S.M., Nutting, P.A., Cohen, D.J., Strickland, P.A.O. & Crosson, J.C. (2010). Using learning teams for reflective adaptation: insights from a team-based change management strategy in primary care. *Ann.Fam. Med*, v.8, 425-432.

Barros, J. A. (2002) Pensando o processo saúde-doença: o que responde o modelo Biomédico. *Saúde e Sociedade*, v.11(1), 67-84.

Barry, M.J. Involving patients in medical decisions: how can physicians do better? (1999) *JAMA*, v.282, n.24, 2356-2357.

Bear, M. F., Connors, B.W.& Paradiso, M.A.(2008). *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*.(3ª.ed).São Paulo: Editora ArtMed.

Beck, A. P., Peters, L. (1981). The research evidence for distributed leadership in therapy groups. *Int J Group Psychoter*, v. 31, 43-71.

Berger, S. M. D. (2010). *Pesquisa-ação na gestão da educação e do processo de trabalho em saúde: uma ferramenta estratégica para acolhimento qualificado da violência entre parceiros íntimos na gravidez* (Tese de Doutorado).

- Berwick, D. M. (2003) Disseminating Innovations in Health Care. *JAMA*, v. 289, n.15, 1969-1975.
- Bloise, P. (org) 2011 *Saúde Integral: a medicina do corpo, da mente e o papel da espiritualidade*. São Paulo. Editora Senac
- Boff, L. (1999) *Saber cuidar: ética do humano – compaixão e a Terra*. Petrópolis: Editora Vozes, 6^a.ed.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582.
- Bovicini, K. A. et al. (2009). Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Education Counseling*, v.75, 3-10.
- Braddock, C.H., Edwards, K.A., Hasenberg, N.M., Laidley, T.L., Levinson, W. (1999) Informe decision making in outpatient practice. *JAMA*, v.282, 2313-2320.
- Breton, D. (2013) *Antropologia da dor*. São Paulo. Editora FAP-UNIFESP.
- Brown, K. W., Ryan, R.W. & Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, v. 18, 1-27.
- Brown, M.T. & Bussel, J.K. (2011). Medication Adherence: WHO Cares? *Mayo Clin Proc*, v.86(4), 304-314.
- Burch, V. (2011). *Viva bem com a dor e a doença: o método da atenção plena*. São Paulo: Summus editorial.
- Bub, M.B.C., Liss, P.E., Silva, S. E. D., Santos, E.K.A., Wink, S. & Medrano, C. (2006) A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, v.16, 152-157.
- Buss, P. M. & Filho, A. P. (2006). Determinantes Sociais da Saúde. *Cad. Saúde Pública*,v.22(9), 1772-1773.
- Cade, N. V. (2001). A teoria do déficit de autocuidado de Oren aplicada em hipertensas. *Rev Latino-am Enfermagem* v. 9(3), 43-50.
- Camargo Jr, K. & Pitta, A.M. (1995). Medicina, medicalização e produção simbólica. *Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios*.

Camargo Jr, K. (2013). Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cad Saúde Pública*, v.29(5), 844-846.

Canguilhem, G. (2005). *Escritos sobre a medicina*. Forense Universitária.

Cardoso, R. e Souza, E. e Camano, L. e Leite, J. (2007). Meditation in health: an operational definition. *Brain Research Protocols 14*, pp. 58-60.

Castro, M. G., Andrade, T. M.R. & Muller, M. (2006). Conceito Mente e Corpo através da história. *Psicologia em Estudo*, v.11(1), 39-43.

Cassileth, B. R., Chapman, C.C. (1996). Alternative and Complementary Cancer Therapies. *American Cancer Society*, 1026-1034.

Cassiolato, J. E & Albuquerque, E. M. As especificidades do Sistema de Inovação do Setor de Saúde. *Revista de economia Política*, v. 22, n.4, 134-151.

Christensen, C. M., Grossman, J.H. & Hwang, J. (2009). *Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar a qualidade*. São Paulo. Artmed Editora.

Christopher, C.J., Christopher, S. E., Dunnagan, T. & Schure, M. (2011). Teaching Self-Care through Mindfulness Practices: The Application of Yoga, Meditation and Qigong to Counselor Training. *Journal of Humanistic Psychology* v.51,318-349.

Czeresnia, D. (2004). Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e prática de saúde. *In: Cadernos de Saúde Pública*, v.20.

Danucalov, M. A. D., & Simões, R. S. (2009). *Neurofisiologia da meditação*. São Paulo: Phorte Editora.

DaSilveira, A.C., DeCastro, T.G. & Gomes, W.B. (2012). Escala de Autorreflexão e Insight: Nova Medida de Autoconsciência Adaptada e Validada para adultos brasileiros. *Psico*, 43, n.2, 155-166

Davis, C. M. (2009). *Complementary Therapies in Rehabilitation: Evidence for efficacy in therapy, prevention and wellness* (3^a.ed). New Jersey, Slack incorporated.

Demarzo, M.M.P., Soler, J., Cebolla, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J.C., Banos, R & Garcia-Campayo, J. Relationship between Meditative Practice and Self-Reported Mindfulness: Mindsens. *PlosOne*, v.9, p. e86622, 2014a.

Demarzo, M.M.P., Garcia-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Esteban, E.A., Montero-Marin, J. & Lopez-Artal, L. Validation of the Spanish versions of the long (26 itens) and short (12 itens) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of life outcomes*, v. 12, p. 4, 2014b.

Demarzo, M.M.P., Garcia-Campayo, J. Cebolla, A., Montero-Marin, J., Stein, P.K., Provinciale, J.G. Mindfulness may both moderate and mediate the effect of fitness on cardiovascular responses to stress: a speculative hypothesis. *Frontiers in physiology*, v.5, 105, 2014 c.

Demarzo, M.M.P., Andreoni, S., Sanches, N.A.M., Prez, S.E.A., Fortes, S., Garcia-Campayo, J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) in perceived stress and quality of life: an open, uncontrolled study in a Brazilian Healthy Sample. *Explore*, v. online, p.1, 2013.

Demarzo, M.M.P., Plaza, I., Herrera-Mercadal, P. & Garcia-Campayo, J. Mindfulness-Based Mobile Applications: Literature Review and Analysis of Current Features. *JMIR mhealth and uhealth*, v.1, p.e24, 2013b.

Demarzo, M.M.P., Garcia-Campayo, J. Cebolla, A., Luciano, J. & Navarro-Gil, M. Psychometric properties of Spanish version of the mindful attention awareness scale (MAAS) in patients with fibromyalgia.

Demarzo, M.M.P., Atanes, A.C.M., Barros, V.V., Ronzani, T., Leonelli, L.B., Kozasa, E.H. & Andreoni, S. (2012). Validade e confiabilidade da “Escala de Atenção Plena e Consciência”(MAAS) e “Questionário das cinco facetas De Mindfulness” (FFMQ) entre profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Demarzo, M.M.P., Atanes, A.C.M., Leonelli, L.B., Kozasa, E.H. & Andreoni, S. (2002b) Efeitos da meditação em profissionais da Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunitária*, v. 7, supl. 1:42

Department of Health. Self Care support: a compendium of practical examples across the whole system of health and social care. London: Department of Health, 2005.

Deutscher, J.A., Bastos, G., Silva, H.H. & Cunha, M.A. (2012). Plano de negócios: série gestão estratégica e econômica de negócios. Rio de Janeiro. FGV Editora.

Diógenes, M. A. R., & Pagliuca, L. M. F. (2003). Teoria do Autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Rev Gaucha Enferm*, v.24(3), 286-293.

Duarte, L. F.D. (2003) Indivíduo e Pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 8, n.1, 173-183.

Duhigg, C. (2012). *O poder do hábito: por que fazemos o que fazemos na vida e nos negócios*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Engel, G. I. Pesquisa-ação. (2000). *Educar (UFPR)*, n.3, 181-191.

Epstein, R.M., Alper, B.S. & Quill, T.E. (2004) Communicating evidence for participator decision making. *JAMA*, v.291, 2359-2366.

Ernest, E. (2000) Complementary and Alternative Medicine in Rheumatology. *Baillieres Clinical Rheumatology*, v. 14, n.4, 731-749.

Feldenkrais, M. (1981). *The Elusive Obvious*. California: Meta Publications.

Feldenkrais, M (1984). *Vida e Movimento*. São Paulo: Summus editorial.

Feldenkrais, M (1990). *Awareness Through Movement*. New York: Harper Collins Publishers.

Feldenkrais, M (2005). *Body & Mature Behavior: a study of anxiety, sex, gravitation & learning*. Berkeley, North Atlantic Books.

Ferreira, A.B.H. (2010). *Novo dicionário eletrônico Aurélio*. Editora Positivo

Fortes, S., Lopez, C.S., Villano. L.A.B., Campos, M.R., Gonçalves, D.A. & Mari, J.J. (2011). Transtornos mentais comuns em Petrópolis-RJ: um desafio para a integração da saúde mental com a estratégia da saúde da família. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.33(2), 150-156.

Foucault, M. (2012). *Microfísica do poder (25ª.ed)*. São Paulo: Graal.

Foucault, M. (2011). *O nascimento da Clínica.(7ª.ed)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Franco, M. A.S.(2005). Pedagogia da Pesquisa-Ação. *Educação e Pesquisa*, v. 31, n.3, 483-502.

Frawley, D. & Kozak, S. S.(2001). *Yoga for your type: an ayurvedic Approach to your Asana Practice*. New York: Paperback.

Friedman, R., Myers, P. & Benson, H. (1998). Meditation and the relaxation response. *Harvard Medical School*.

Furtado, M. A. (2010). *Promoção da Saúde e seu alcance biopolítico: a ênfase no discurso da autonomia*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Geertz, C. (1980). *O papel da cultura nas Ciências Sociais*. Porto Alegre. Villa Martha editorial.

Giacchero, K.G. & Miasso, A.I. (2008). Ambulatório de psiquiatria em hospital geral: caracterização da adesão de usuários ao agendamento. *Rev RENE*, v. 9(2), 20-27.

Goleman, D., Gurin, J. (1997) *Equilíbrio Mente e Corpo. Como usar sua mente para uma saúde melhor 3ª. ed.* Rio de Janeiro. Campus editora.

Grant, J. A., & Rainville, P. (2009). Pain sensitivity and analgesic effects of mindful states in Zen meditators: a cross-sectional study. *Psychosomatic Medicine*, 71(1), 106-114.

Gusmão, J. L. & Mion, D. (2006). Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev Bras Hipertens*, 13(1), 23-25.

Hartnett, T.T (2006). Group visit to family physician result in improved outcomes. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/545271>

Heidmann et al. (2006). Promoção da Saúde: Trajetória histórica de suas concepções. *Texto, Contexto Enferm*, v.15, n.2, 352-358.

Health Service. Equity and excellence: liberating the NHS. London. *The Stationery Office*, 2010.

Hodgins, H.S. & Adair, K.C. (2010). Attentional processes and meditation. *Consciousness and Cognition*, v. 19, n. 4, 872-878.

Hutcherson, C.A., Seppala, E. M. & Gross, J.J. (2008) Loving-Kindness Meditation Increases Social Connectedness. *American Psychological Association*, v. 8, n.5, p 720-724.

HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização. Brasília. (2004).

IBGE (2007). Pesquisa de Orçamento de Familiares (POF). Brasil/2007.

Illich, I. (1975). *A expropriação da Saúde (3ª.ed)*.Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.

Jaber, R., Braksmajer, A. & Trilling, J. (2006). Group visits for chronic illness care: model, benefits and challenges. *Fam Pract Manag*, v. 13, 37-40.

Jen-Chen, T., Wei-Hsin, W., Paul, C., Li-Jung, L., Chia-Huei, W., Brian, T., Ming-Hsiung, H., Hung-Yu, Y. & Ju-Chi, L. (2004). The Beneficial of Tai Chi Chuan on Blood Pressure and Lipide Profile and Anxiety Status in a Randomized Controlled Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*,v.9(5), 747-754.

Johnson, S. K., Frederick, J., Kaufman, M. & Moutjoy, B. (1999). A controlled investigation of bodywork in multiple sclerosis. *The Journal of Complementary and Alternative Medicine*, v. 5(3), 237-243.

Kabat-Zinn, J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Random House, 15ª edition, 1990.

Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Flecher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R. & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, v. 149, 936-943.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life* (10^a ed.). New York: Hyperion ebook.

Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness for beginners: reclaiming the presente moment-and your life*. Canada: sound true.

Kang, S. Y., Choi, Y.S., & Ryu, Eunjung. (2009). The efetiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse education today*, v.29, 538-543.

Keleman, S. (1979) *Realidade Somática: experiência corporal e verdade emocional*. São Paulo. Editora Summus.

Keleman, S. (1985) *Anatomia Emocional*.(3^a ed.). São Paulo. Editora Summus.

Kendal, S. A., Ekselius. L., Gerdle. B., Sörén. B., Bengtsson, A. (2001). Feldenkrais Intervetion in Fibromyalgia patients: a pilot study. *Journal of Musculoskeletal Pain*, v. 9, 25-35.

Kleinmam, A. (1989). *The Illness Narratives: suffering, healing and humam condition*.New York. Basic Books, Inc., Publishers

Kozasa, E. (2006). *A prática da meditação aplicada ao contexto da saúde. Saúde coletiva*, v.10 (3), 63-66.

Kozasa, E. et al. (2010). Mind-body interventions for the treatment of insomnia: a review. *Bras Psiquiatr*;32(4): 437-43.

Kozasa, E., Klotz, J., OiL.L., Leite, N.M., Dilva, A.L. (2010b). Os benefícios do Tai Chi Pai Lin para os usuários dos serviços públicos de saúde. *ConSientiae Saúde*, v.9,119-124.

Kozasa, E., Sato, J.R., Lacerda, S.S., Barreiros, M.A.M., Radvany, J. Russell, T.A., Sanches, L.G., Mello, L.E.A.M., Amaro. E. (2011). Meditation Training Increases brain efficiency in a attention task. *Neuroimage*, v.59, n.1 745-749.

Kozasa, E., Tanaka, L.H., Monson, C., Little, S., Leão, F.C. & Peres, M.(2012a) The effects of meditation-based interventions on the treatment of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Report*, v. 6 n. 5, 383-387.

Kozasa, E., Sato, J.R., Russell, T.A., Radvany, J., Mello, L.E.A.M., Lacerda, S.S., Amaro, E. (2012b). Brain Imaging analysis can identify participants under regular mental training. *PLoS ONE*, v.7, n.7:39832

Kozasa, E., Danucalov, M.A.D., Ribas, K.T., Galuróz, J.C.F., Garcia, M.C., Verreschi, I.T.N., Romani de Oliveira, L., Oliveira, K.C. & Leite, J.R. (2013) A Yoga and Compassion Meditation Program Reduces Stress in Familial Caregivers of Alzheimer's Disease Patients. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, v.1, 35-43.

Koc, Z., Tural, E. & Gudeck, E. (2011) Determining Complementary and Alternative Medicine Methods used by Paediatric Haematology-oncology Patients. *Nursing and Health care oh Chronic illness*, v. 10, 361-371.

Lalonde Report, 1974.

Disponível em: www.hc-sc.gc/alt_formats/1974-lalonde-eng.pdf

Laurell, A. C. (1982) A saúde como processo social. *Revista Latinoamericana de salud*, v.2,7-25.

Laumer, U. Bauer, M., Fichter, M. & Milz, H.(1997) Therapeutic effects of Feldenkrais Method "Awareness Through Moviment" in patients with eating disorders. *Psycother Psychosom Med Psychol*, v.47(5), 170-180.

Lazar, S.W., Bush, G., Gollub, R.L., Fricchione, G.L., Khalsa, G. & Benson, H. (2000) Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *Neuroreport*, v. 11, 1581-1585.

Leite, T. A. A. F., Strong, M. I. (2006). A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. *O mundo da saúde*. São Paulo, 30(2), 203-214.

Leutz W. Five laws for integrating medical and social services: lessons from United States and the United Kingdom. *Milbank Q*. 1999; 77: 77-110.

Lippert, M.C., McClain, R., Boyd, J.C., Theodorescu, D. (1999). Alternative Medicine Use in Patients with Localized Prostate Carcinoma Treated with Curative Intent. *American Cancer Society*, v.86, n. 12, 2642-2648.

Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., William, B. B., Bandura, A., Gonzalez, V. M., Laurent, D. & Holman, H. (2001). Chronic Disease Self-Management Program: 2-years Health Status and Health Care Utilization Outcomes. *Medical Care*, v.39(11), 1217-1223.

Luders, E., Toga, W.A., Lepore, N., & Gaser, C. (2009). The underlying anatomical correlates of long-term meditation: larger hippocampal and frontal volumes of gray matter. *Neuroimage*, v. 45, 672-678.

Lundblad, I., Elert, J. & Gerdle, B. Randomized controlled trial of physiotherapy and Feldenkrais interventions in female workers with neck-shoulder complaints. *J Occup Rehab*, v.9(3), 179-194.

Lutz, A., Slagter, H.A., Dunne, J.D. & Davidson, R. J.(2008) Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn Sci*, v.12, 210-217.

Luz, M. T. (2005) Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no fim do Século XX. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v.15, 145-176.

Luz, M. T., & Barros, N., (2012). *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.

Malta, D.C. (2011) Panorama atual das doenças crônicas no Brasil. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da saúde.

Marcondes, W. B.A. (2004). A convergência de referências na Promoção da Saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 3 n.1

Mars, T. e Abbey, H. (2010). Mindfulness meditation practise as a healthcare intervention: a systematic review. *International Journal of osteopathic Medicine*, 13, pp. 56-66.

Mauss, M. (1974). As técnicas corporais. *Sociologia e antropologia*, 2, 209-233.

Melo, G. A. A integralidade do cuidado. Uma perspectiva a partir do atendimento à criança na rede pública de saúde de campinas sob a ótica da atenção básica. Dissertação de mestrado. Campinas, 2004.

Mello-Filho, J., & Burd, M. (2010). *Psicossomática hoje 2ª.ed*.Porto Alegre. ArtMed editora.

Menezes, C. B., & Dell'Aglio, D. D.(2009). Por que meditar? A experiência subjetiva da prática de meditação. *Psicologia em estudo*, v.14(3), 565-573.

Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, v.52, s9-s13.

Mills, W.W. & Farrow, J.T. (1981) The transcendental meditation technique and acute experimental pain. *Psychom Med*, v. 43, 157-164.

Minayo, M.C.S. (2013) *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo. HUCITEC Editora.

Ministério da Saúde (2005). Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares. Brasília.

Ministério da Saúde (2005). Avaliação na Atenção Básica: caminhos da institucionalização.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares no SUS: PNPIC: atitude de ampliação de acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Ministério da Saúde (2009). Revista Brasileira Saúde da Família. Ano X, n.22. Brasília.

Moore, A., et al (2000). The use of Alternative Medical Therapies in Patients with Systemic Lupus Erythematoses. *Arthritis and Rheumatism*, v.43, n.6, 1410-1418.

Morin, E. *Introdução ao Pensamento Complexo*, 4^a ed. Editora Sulina- Porto Alegre, 2011.

Morone, N., Lynch, C., Greco, C., Tindle, H. & Weiner, D. (2008). "I felt like a new person." The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: a qualitative narrative analysis of diary entries. *The journal of pain*, v.9(9), 841-848.

Moynihan, R., Doust, J. & Henry, D. (2012) Preventing overdiagnosis: how to stop harming the health. *BJM*, 344; e3502.

Nelson, S.H., Blades-Zeller, E. (2002). *Singing with your whole self: The Feldenkrais Method and Voice*. Maryland: The Scarecrow Press, Inc.

Nogueira, R. P. (2003). A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*, v.2, n.12, 185-190.

Nunes, E. D. (1994). Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, v.3, n.2, 5-21.

Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: OMS, 2003.

Organização Mundial da Saúde (2005). Secretaria da comissão sobre Determinantes Sociais em Saúde. http://www.who.int/social_determinants/en/

Ortega, F. (2008). O corpo incerto: *Corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro, Editora Garamond.

Otani, M.A.P.; Barros, N.F. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciência e saúde Coletiva*, v.16, p.1801-1811, 2011.

Paterson, B.L., Russell, C. & Thorne, S. Critical analysis of everyday self-care decision making in chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, v. 35, n.3, p.335-341.

Pelizzoli, M. (2010). *Os caminhos para saúde: Integração mente e corpo*. Rio de Janeiro, editora Vozes.

Pilowsky, I. (1969) Abnormal illness behavior. *Br. J. Med. Psychol.*v. 42, 347-351.

Pinheiro, R. & Martins, P.H. (org.) (2011). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro. CEPESC-IMS/UERJ-Editora Universitária de UFPE - ABRASCO

Pinheiro, R., Ceccim, R. B., Mattos, R.A(org.) (2011). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde(2ª.ed)*.Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO.

Pinheiro, R. & Silva Jr, A.G.(org.) (2010). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro. CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.

Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (org) 2010. *Construção Social da Demanda. Direito a saúde - trabalho em equipe -participação e espaços públicos.(2ª.Ed.)* Rio de janeiro. CEPESC-IMS/UERJ- ABRASCO.

Pinheiro, R. & Mattos, R. (org) (2009). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor (2ª ed.)*. Rio de Janeiro. IMS/UERJ:CEPESC: ABRASCO.

Plasse, B.R. (2002). A Stress Reduction and Self-Care Group for Homeless and Addicted Women: Meditation, Relaxation and Cognitive Methods. *Social Work whith Groups*, v.24, n.3 p. 117-133.

Porterfield, J. &DeRosa, C. (1992). A physical Therapy model for the treatment of low back pain. *Physical Therapy*, v.72(4), 261-272.

Riet, P. (2011). Vipassana Meditation: One woman's narrative. *Collegian*, v.18, p. 36-42.

Rigatelli, M. & Ferrari, S. (2002, sept.). Psychiatry and Psychosomatic Medicine are separated disciplines? *International Congress Deries*, 1241, 221-227.

Roselló, F. T. (2009). *Antropologia do Cuidar*. Rio de Janeiro. Editora Vozes.

Rosenzweig, S. et al. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and roleof home meditation practice. *Journal of Psychosomatic research*, 68, 29-36.

Roth, B., Robbins, D. (2004) Mindfulness-Based Stress Reduction and Health-Related Quality of Life: Findings From A Bilingual Inner-City Patient Population. *American Psychosomatic Society*, v.66, 113-123.

Roth, B., Stanley T-W. (2002) Mindfulness-Based Stress Redution in Inner City. *Alt Ther Health*, v. 8, p.60-66.

Sancier, K. M. (1996). Medical Applications of QiGong. *Alternative Therapies*, v.2(1), 40-46.

Santos, J. O. (2010). *Meditação: fundamentos científicos*. Monografia, Faculdade Castro Alves, Bahia.

Schramm J.M.A., Leite, I.C., Gadelha, A.M.J., Portela, M.C., Campos, M.R. (2004) Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. *Ciencia saúde Coletiva*. v. 9, 897-908.

Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v.17(1), 29-41.

Seegert, E. & Shapiro, R. (1999). Effects of alternative exercise on posture. *Clinical Kinesiology*, v. 53(2), 41-47.

Shenkman, M., Donovan, J., Tsubota, J., Kluss, M., Stebbins, P. & Butler, R.(1989). Management of individuals with Parkinson Disease: rationale and case studies. *Physical Therapy*, v.69, 944-955.

Scheper-Hughes, N., Lock, M.M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quartely*, v.1, n.1, 6-41.

Siegel, P. (2010). *Yoga e saúde: o desafio da introdução de uma prática não convencional no SUS*. Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas, são Paulo.

Silva, I.I., Oliveira, F.V., Silva, S.E.D., Polaro, S.H.I., Radunz, V., Santos, E.K.A. & Santana, M. E. (2009). Cuidado, Autocuidado e Cuidado de Si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v.43, n.3, 697-703.

Silveira, L.M.C. & Ribeiro, V.M.B. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface (Botucatu)*, v. 9(16), 91-104.

Smith, A., Kolt, G. S., & McConville, J. C. (2001). The effect of the Feldenkrais Method on Pain and Anxiety in People Experiencing Chronic Low Back Pain. *NZ Journal of Physiotherapy*, v. 29(1), 6-14

Sobel, D. S. (2000). Mind matters, money matters: The cost-effectiveness of mind/body medicine. *JAMA*, v. 284(13), 1704.

Spadacio, C.; Barros, N. F. Uso de medicinas alternativas complementares por pacientes com cancer: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*, 2008; 42(1): 158-64.

Stephens, J., Davidson, J. A., DeRosa, J. Kriz, M. E., Saltzman, N. A.(2006). Lengthening the Hamstring Muscles without Stretching using “Awareness through Movement”. *Physical Therapy*, v.86(12), 1641-1649.

Stephens, J., DuShuttle, D., Haycher, C., Shmunes, J. & Slaninka, C. (2001). *Neurology Report*, v.25(2), 39-49.

Stevenson, F.A, Cox, K., Britten, N. & Dundar, Y. (2004)A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. *Health expectations*, v.7, 235-245.

Street, R. L., Gordon, H. S., Ward, M.M., Krupat, E., Kravitz, R.L. (2005).Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Med.Care*, v.43, 960-969.

Sudsuang, R., Chentanez, V., Veluvan, K. (1991). Effect of buddhist meditation on serum cortisol and total protein levels, blood pressure, pulse rate, lung and reaction time. *Physiology & Behavior*, v.50(3), 543-548.

Taussig, M. T. (1980) Reification of the Consciousness Patient. *Soc.Sci..Med*, v.14, 3-13.

Tesser, C.; Silva, E.D. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidados e (des)medicalização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(11): 2186-2196, 2013.

Tesser, C., D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Caderno de Saúde pública*, Rio de Janeiro, 25(8): 1732-1742, 2009. (IBOOKS).

Thiollent, M. (2011). *Metodologia da pesquisa-ação.18^a.ed.*São Paulo: Cortez editora.

Trapnell, P.D. & Campbel, J.D. (1999). Private self-consciousness and five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284-304.

Turner, B. S. (1995). *Medical power and social knowledge*. Sage.

Vago, D. R., & Silbersweig, D. A. (2012). Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Human Neuroscience* v. 6, 1-30.

Vasconcelos, E. M. (2011). *Complexidade e pesquisa interdisciplinar*. Rio de Janeiro (9ª.Ed.). Editora Vozes.

Velchan, B.C.G., Soares, E.L., Corvino, M. (2002). perfil do Profissional de saúde da Família. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 59, 314-316.

Vilaça, E. M. (2012) *O cuidado das condições Crônicas na atenção Primária à saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde

Vitor, A.F., Lopes, M.V.O. & Araújo, T.L. (2010). Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Esc Anna Nery*, v.14(3), 611-616.

Wallace, B. A.(2011). *Mente em equilíbrio: a meditação na ciência, no budismo e no cristianismo*. São Paulo: Cutrix.

Weick, K. E. & Putnam, T. (2006) Organizing for Mindfulness: Eastern wisdom and Western Knowledge. *Journal of Management Inquiry*, v. 15, n.3, p.275-287.

Weiss, S. J., Takakuwa, K.M., Ernest, A.A. (2000) Use, Understanding and Beliefs About Complementary and Alternative Medicine among Emergency Department Patients. *Academic Emergency Medicine*, v. 8, n.1, 41-47.

WORLD DEVELOPMENT REPORT (1993). Investing in Health. World Bank, Oxford University Press.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). Adherence to long term therapies project: evidence for action. Geneva. WHO Press.

Yazlee-Rocha, J.S., Martonez, E.Z., Guedes, G. L.M. (2010) Estudos das desigualdades na assistência hospitalar pela análise de correspondências. *Rev Med Minas Gerais*, v.20, n.2 153-163.

Zeidan, F. e Gordon, N. e Merchant, J. e Goolkasian, P. (2010). The effects of brief mindfulness meditation training on experimental induced pain. *The journal of pain*, v.11(3), 199-209.

Zermach-Bersin, D. (1992). *Solte-se*. São Paulo. Editora Summus.

Zemach-Bersin, D. (2010). *Embodied Wisdom: The collected Papers oh Moshe Feldenkrais*. Berkeley: North Atlantic books.

Zucchi, P., Nero, C., Malik, A.M (2000). Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços em saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 9, 127-150.

ANEXOS

ANEXO 1: *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (De acordo com as normas da Resolução nº 196, do Conselho Nacional de Saúde, de 10/10/96)

Apresentação do pesquisador:

Meu nome é Kelly Lemos, sou fisioterapeuta do INTO e estou fazendo uma pesquisa de mestrado (A Meditação como terapia complementar nos SUS) com as pessoas da fila de espera do hospital. A pesquisa é vinculada à UFRJ, sob a orientação de Maria Cecília de Mello e Souza. Você está sendo convidado a participar.

Explicação dos objetivos da pesquisa:

A meditação é uma prática de concentração que é usada em muitas instituições de saúde em outros países como terapia complementar aos tratamentos de saúde. No Brasil, estamos pesquisando esta prática para adaptar aos pacientes do nosso país. O objetivo da pesquisa é saber que contribuições a Meditação pode trazer para os pacientes aqui do hospital.

Crítérios de participação

Sua participação consiste em comparecer ao hospital para uma entrevista e depois uma vez por semana durante dois meses. A UFRJ oferecerá a passagem, que você receberá a cada dia a ida e volta, e o INTO oferecerá um lanche após os encontros.

Registro de dados e acesso

Será realizada uma entrevista, que é uma conversa sobre sua saúde, seu dia a dia, que trará dados para observarmos se, após a pesquisa, a meditação trouxe alguma mudança pra você.

A entrevista será gravada, mas seu nome não será divulgado. Você pode decidir não responder a alguma pergunta se não quiser, ou me pedir para não gravar qualquer resposta. Somente eu, minha orientadora e sua equipe de pesquisa terão acesso aos dados, nenhum médico ou outro profissional do INTO terão acesso à entrevista. Os resultados da pesquisa serão divulgados sem identificação dos participantes.

Intervenção

Na semana seguinte teremos os encontros no INTO uma vez por semana por duas horas, onde realizaremos exercícios suaves (método Feldenkrais), a prática de meditação e teremos um momento para falar sobre a experiência. Você receberá orientações caso deseje praticar

em casa. Ao final destes dois meses teremos um momento em grupo para falar o que observamos após este período de prática, como foi sua experiência. Neste momento será gravada a fala dos participantes e o grupo será conduzido por um pesquisador do meu grupo da UFRJ.

Riscos e benefícios

Não existem riscos ao praticar a meditação, esta prática é realizada no mundo todo e já se comprovou cientificamente que pode ajudar em vários problemas de saúde. Após este trabalho você terá o benefício de também poder praticar onde quiser. A sua participação e/ou desistência da pesquisa não interferirá de modo algum no seu acesso ao INTO.

Contato com a Instituição

Qualquer dúvida com relação à pesquisa você pode entrar em contato com:

Maria Cecília de Mello e Souza
Instituto de Psicologia
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Campus Praia Vermelha
Av Pasteur s/n
Urca – RJ
Telefone: 38735348

Consentimento

- Você entendeu o que eu expliquei?
- Você quer participar? Está à vontade com o horário e local?
- Concorda com a gravação (ou anotação da entrevista)?

Local e Data _____

Nome:

Assinatura

ANEXO 2: Roteiro da entrevista.

I. Introdução da Entrevista

Apresentação

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa realizada no INTO, em associação à UFRJ, sob a orientação de Maria Cecília de Mello e Souza. A pesquisa no hospital será parte do mestrado de Kelly Lemos, fisioterapeuta do hospital, que investiga os efeitos da Meditação como terapia complementar nos pacientes do INTO.

Objetivo da entrevista

A entrevista é parte da pesquisa que tem o objetivo de saber sobre sua saúde, como se sente em relação à sua vida e suas relações. Estes dados serão importantes para analisarmos se a meditação trouxe alguma mudança pra você.

Registro de dados e acesso

A entrevista será gravada, terá duração de até uma hora, mas seu nome não será divulgado. Somente eu, minha orientadora e sua equipe terão acesso às gravações. Nenhum profissional do INTO terá acesso à entrevista. Você pode interromper a entrevista e me comunicar que não quer responder a determinada pergunta ou que não quer que eu grave determinado conteúdo.

A entrevista tem duas partes: a primeira inclui dados de identificação, e a segunda perguntas sobre sua relação com sua saúde, relação com a dor, rotina, bem-estar e relacionamentos.

Riscos e Benefícios

Não existem riscos em participar desta entrevista.

Contato com a instituição

Qualquer dúvida com relação à pesquisa você pode entrar em contato com:

Maria Cecília
Instituto de Psicologia
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Campus Praia Vermelha
Av Pasteur s/n
Urca-RJ
Telefone: 38735348

Consentimento

- Você entendeu o que expliquei?
- Você concorda em participar da entrevista? Está à vontade com horário e local?
- Concorda com a gravação?

Local e Data _____

Nome _____

Assinatura

II. Dados do Entrevistado

Nome do Entrevistado:

Nome pelo qual é conhecido:

Endereço:

Bairro:

Município:

Telefone para contato:

Local e data de nascimento:

Sexo:

Ocupação:

Local de emprego/trabalho/estudo:

Cargo:

Tem carteira assinada?

Estudou até que série?

Mora com quem? (parentesco e havendo filhos, idades)

Quem contribui para a renda familiar?

() Pai - Ocupação: _____

() Mãe – Ocupação: _____

() Irmão - Ocupação: _____

() Irmã - Ocupação: _____

() Outro parente: _____ Ocupação: _____

() Outra pessoa: _____ Ocupação: _____

Qual sua renda familiar aproximada?

() 1-3 salários mínimos () 4-8 salários mínimos () 9-12 salários mínimos
() 13-17 salários mínimos () 18-20 salários mínimos () acima de 21 salários mínimos

Sua família tem algum trabalhador doméstico? () Não () Sim

Caso sim, quantos: () Faz o quê? _____ Quantas vezes por semana? _____
_____ Quantas vezes por semana? _____

Mora em: () casa própria () casa alugada () outro

Que aparelhos eletrodomésticos e eletrônicos existem na sua casa? (quantidade de cada)

() Carro () TV () DVD () Computador () Geladeira () Freezer () Fogão
() Micro-ondas () Som

Qual a religião de quem te criou? _____

Você tem religião? () Não () Sim Qual: _____

É praticante? () Não () Sim

III. Avaliação sobre relação de entrevistado com meditação

- Você já ouviu falar sobre meditação?
- Você já participou de algum grupo de meditação?
- O que você acha que é meditação?
- Você sabe o que esta prática tem em relação à saúde?
- O que você espera desta prática?

IV. Relação com saúde e dor.

- Fale-me sobre sua saúde.
- Você faz atividades físicas? Quais? Frequência?
Investigar patologias não relacionadas à Ortopedia. Ex: diabetes, hipertensão, artrite reumatoide, outras cirurgias...
- Por que você está na fila de espera do INTO?
- Como é sua relação com este problema de saúde?
Relacionado ao INTO e estar na fila de espera.
- Como é sua relação com a dor?
Frequência, horários que prevalece, horários sem dor, momentos de vida em que a dor é mais forte ou ausente. Dor Nociceptiva? Neuropática? Psicogênica?
- Numa linha de 0 a 10, onde 0 é sem dor e 10 é o máximo, quanto você daria para a dor que sente neste momento?

V. Rotina e Bem Estar

- Como é sua rotina?
Descreva um dia seu da semana, manhã, tarde e noite. Demandas, obrigações, prazer, qualidade e quantidade de sono por noite.
- Como é no final de semana?
Sábado e domingo.
- O que faz no tempo livre?
- O que faz como lazer?
- Você se sente satisfeito com sua vida?
Por quê?

VI. Relacionamentos

- Você mora com quem?
- Como você se relaciona com seus familiares?
Investigar relação com cônjuge, filhos.
- Que pessoas você convive mais?
Como?
- Tem amigos? Com que frequência fica com os amigos?

- Como é sua relação com as pessoas no seu trabalho (se houver).
- Como você se relaciona com você mesmo?
Como se vê, coisas que gosta na sua forma de ser, coisas que gostaria de mudar...

VII. Fechamento da Entrevista

- O que você espera ao participar desta pesquisa?
- Como se sente após esta conversa?

VIII. Dados da Entrevista

Nome do Entrevistador:

Data e hora (início e fim) da entrevista:

Duração:

Local:

Tipo de registro: Gravação áudio
 Anotação durante a entrevista Anotação posterior

ANEXO 3: Roteiro Grupo Focal

GRUPO FOCAL

Precisamos avaliar o nosso trabalho e para isto é importante que vocês nos digam se o que fizemos aqui tem algum efeito bom ou ruim na saúde, nos relacionamentos, na consciência do corpo e de outras questões da vida, e na sua rotina.

Contrato:

- Cada um fala de uma vez
- Ser breve para todos poderem responder a tudo que quiserem
- Tudo que é dito é confidencial – não deve ser comentado fora do grupo
- Ser sincero – é isto que nos ajuda a melhorar o trabalho. Falar tanto das coisas boas quanto ruins.
- O trabalho no INTO por 2 meses levou a alguma descoberta em relação a seu corpo, saúde, à sua vida de forma geral?
 - a) Você passou a ter atenção a alguma coisa nova? Deixou de se importar com coisas que antes importavam?
 - b) Alguém percebe que tem uma visão diferente em relação a alguma coisa da sua vida? Qual?
- **RELACIONAMENTOS:**
 A partir da experiência aqui você notou alguma diferença nos relacionamentos?
 - Familiares
 - Amigos
 - Trabalho
 - Relacionamentos impessoais (no espaço público)
- **SAÚDE:**
 A partir do trabalho no grupo, alguma coisa mudou em relação à sua saúde? O quê?
 Quando está com dor, o que você faz?
 Como está seu sono?
 Alguma coisa piorou em relação à saúde?
 Como você explica esta mudança?
 - Relação com a dor
 - Autocuidado
 - Sono

- **ATENÇÃO PLENA / AWARENESS:**

A maneira como você vê e sente seu corpo mudou? Como?
Alguma atitude mudou?
Algum comportamento?
Você coloca sua atenção em quê?

 - Consciência Corporal
 - Comportamento
 - Consciência amorosa / empatia

- **INCLUSÃO PRÁTICA NO COTIDIANO:** Você faz alguns dos nossos exercícios e práticas em casa? Qual utilidade disto pra você? Qual a regularidade?
 - Práticas que utiliza. Quais? Quando?
 - Multiplicadores, compartilhar a prática.
 - Mudanças no cotidiano (por exemplo, se se percebem mais presentes no banho ou ao comer...)

- **A INTERVENÇÃO:** O que você mais gostou dos nossos encontros? O que menos gostou?
 - O que podemos melhorar num próximo grupo?
 - O que serviu de aprendizado pra você?
 - Que influências você observou na sua vida a partir do que viveu aqui?
 - Alguém percebeu mudança em você? Elogios? Reclamações?
 - Você ensinou as práticas para alguém?

ANEXO 4: As Intervenções

Vamos descrever primeiramente técnicas que foram utilizadas durante todas as intervenções e posteriormente abordaremos cada intervenção separadamente.

Utilizamos o modelo de Jon Kabat-Zinn presente no livro *Mindfulness for Beginners*, que acompanha CD com as práticas guiadas pelo próprio.

Utilizamos a Consciência Amorosa descrita por Vidyamala Burch em seu livro.

Realizamos aulas de Consciência pelo Movimento - Método Feldenkrais, com material de apoio retirado do livro de Zermach-Bersin (1992), e distribuído para os participantes ao final de cada intervenção.

Incluímos momentos de compartilhar a cada prática, algumas vezes em dupla e com todo o grupo.

Antes de iniciar as intervenções, sempre incentivei a atitude amorosa com seu corpo, com os pensamentos e a busca do conforto para a prática.

Inicialmente vamos buscar uma postura confortável, que te permita estar na experiência, uma postura que você se sinta alerta sem ficar tenso para manter essa postura. Procure sempre pelo conforto, isto o ajudará a estar mais na experiência. Tenha uma atitude amorosa com seu corpo, mesmo que você tenha muitas dores, eu entendo que às vezes é difícil ser amoroso com a dor, mas vamos tentar algo novo, vamos dar boas vindas para o que vier e observar o que acontece?

Os pensamentos vêm e tentam tirar você daqui, de repente você já está lá no ponto de ônibus para ir embora e não percebeu. Geralmente nossa mente nos leva para trás (algo que aconteceu) ou para frente (coisas que virão) e raramente conseguimos observar o que está acontecendo agora, o que estou fazendo, sentindo e vivendo. Vamos tentar experimentar esse momento, se os pensamentos vierem não brigue com eles, observe e deixe passar como uma nuvem no céu, você vê e deixa ela ir.

Aulas de Consciência pelo Movimento- Método Feldenkrais®

Expliquei que essas aulas deveriam ser feitas de forma suave e na possibilidade de cada um. Essa prática é diferente de exercícios; aqui, perceber os movimentos é mais importante que fazer mecanicamente. Expliquei que a cada semana teríamos uma aula desta diferente e que mesmo que fosse numa região corporal, por exemplo, coluna saudável, pés flexíveis, o objetivo seria perceber o corpo como um todo, e descobrir que mesmo fazendo o movimento, aparentemente em uma parte, haveria repercussões em todo corpo e na mente, nas sensações, nos pensamentos.

Atenção Plena na Respiração

Vamos observar nossa respiração sem julgar, momento a momento, sinta a respiração se mover no seu corpo. Sem julgamento de certo ou errado, bom ou ruim, apenas observe. Sinta

o ar entrando e saindo, observe que partes do seu corpo se movem junto com o respirar. Observe se a respiração move mais seu peito ou sua barriga, sem esforço com suavidade. Sinta a entrada do ar pelas narinas e acompanhe seu movimento até onde for possível pra você. É natural que sua atenção vá para outras coisas, como pensamento ou observar as outras pessoas, não tem problema, você observa isso também e volta a atenção para sua respiração. Quando vier um pensamento, esteja consciente de que ele está aí e deixe passar, como uma nuvem se movendo no céu, você a observa e deixa passar e volta para sua respiração.

Esta foi a base da atenção plena na respiração. Realizamos esta prática no início e ao final das intervenções, eu incluía os sons do ambiente, temperatura e tudo que poderiam perceber e incluir na experiência enquanto observavam a respiração para finalizar o trabalho.

Escâner Corporal

Vamos observar nosso corpo. Enquanto percebemos a respiração vamos observar as sensações no nosso corpo. Feche os olhos e observe como você está sentado agora. Leve sua atenção para planta dos pés. Que partes tocam o chão? Onde há mais contato? Você não precisa mudar nada, só observe como está agora, vá observando seus tornozelos, panturrilhas até chegar aos joelhos, sinta um lado e outro do seu corpo, observe diferenças sem precisar mudar nada.

Sinta o contato das coxas com o assento e a distribuição de peso. Observe suas costas e como se apoiam na cadeira. Que regiões te chamam a atenção? Observe seus ombros e o pescoço, e o peso da cabeça entre os ombros. Sinta agora você como um todo. Como se percebe? O que te chama atenção aqui e agora? Observe seu corpo como um todo, e as sensações que estão presentes: calor, frio, tato com assento, roupas, sons que escutam. Cultive a atitude amorosa, acolhedora e observe o que acontece.

PRIMEIRA INTERVENÇÃO:

Atenção Plena na Respiração

Momento para compartilhar

Consciência pelo Movimento- vide neste anexo - Tratamento da boca e do maxilar

Momento para compartilhar

Atenção Plena Comendo

Vamos realizar uma prática que nos ajuda a entender o nosso trabalho aqui. Vamos tentar perceber mais o que fazemos a cada momento tanto aqui como no dia a dia, tomando banho, cuidando da casa, caminhando e agora vamos fazer uma prática comendo.

Distribuímos uma uva passa para cada um.

Vamos olhar para o objeto que está em nossas mãos como se fosse a primeira vez, desperte sua curiosidade, o que será isso? Olhe, o que você vê? Observe cores, formato.

Agora feche os olhos e vamos perceber este objeto pelo toque: sinta a textura, as dobras, se é mole ou duro, se é macio, coloque na palma da mão e observe se você sente o peso.

Aproxime do nariz, com seus olhos fechados, para percebermos a partir do cheiro, qual cheiro, sinta o cheiro entrando com o ar pelas narinas e acompanhe.

Agora abra os olhos, veja, sinta com as mãos e perceba o cheiro. O que você percebe? Como é esta experiência?

Agora toque com este objeto seus lábios. O que você sente, o que acontece dentro da sua boca? Neste momento sua mente informa ao seu corpo sobre o alimento e você pode salivar. Esta é uma experiência onde nosso corpo e nossa mente estão juntos, sinta, observe.

Coloque na boca, mas não mastigue, sinta com sua língua, role o objeto na sua boca, você sente o sabor? É macio? Duro?

Com a intenção de mastigar, percebendo o que está fazendo morda, devagar, e sinta o sabor, perceba a mudança na forma, não engula ainda, sinta o sabor as mudanças na formas, explore.

Com presença comece a engolir, sinta o alimento se mover e descer pela garganta, o quanto você consegue acompanhar? Até onde?

Momento para Compartilhar Experiência

No fechamento, falei sobre estarmos o tempo todo no piloto automático, e que esta prática era uma forma de percebermos o quanto podemos viver as experiências se estivermos presentes.

SEGUNDA INTERVENÇÃO:

Momento para Compartilhar

Iniciamos as intervenções com momento para compartilhar como tinham passado a semana, o que fizeram, como estava “a nota da dor” naquele momento. Na finalização também perguntávamos sobre “a nota da dor” naquele momento.

Escâner corporal

Atenção Plena na Respiração

Momento para Compartilhar em Duplas

Aula de Consciência pelo Movimento- vide neste anexo- Uma Coluna Saudável

Momento para compartilhar

Neste dia abordei a capacidade do nosso cérebro se modificar com as experiências, que podemos mudar o que fazemos criando novas atitudes e tendo experiências novas. E que eles poderiam fazer isso, percebendo corpo, mudando de posição quando necessário, buscar conforto, respirar.

TERCEIRA INTERVENÇÃO:***Momento para compartilhar***

Aula de Consciência pelo Movimento - vide neste anexo - Pés Flexíveis

Momento para Compartilhar***Atenção Plena na Respiração******Atenção Plena Caminhando***

Fique de pé, observe-se de pé.

Sempre traga a percepção para a respiração.

Você vai deixar os braços relaxados, cabeça na linha do horizonte e os olhos um pouco fechados, de forma que você veja o chão uns dois metros à sua frente. Você vai caminhar devagar e sentir quando os dedos dos pés tocam o chão, quando o calcanhar toca o chão.

Observe o avançar de uma perna e a mudança de peso de uma perna para outra.

Tente também estar consciente da sua respiração enquanto caminha. Perceba o ambiente, os sons.

E sinta o caminhar, seu corpo como um todo.

Perceba também os pensamentos e deixe que eles passem, volte para sua experiência neste momento.

Momento para Compartilhar

Fale sobre as diferenças. Ao compartilhar cada um percebe de um jeito, tem a sua própria experiência. Nos relacionamentos é assim, e o difícil, às vezes, é aceitar que cada um percebe de um jeito, pensa de um jeito. Ao termos consciência disto, podemos nos relacionar de uma forma diferente, principalmente com pessoas que temos dificuldades. A discussão foi calorosa, todos participaram e trouxeram questões sobre suas relações.

QUARTA INTERVENÇÃO:

Momento para Compartilhar

Atenção Plena na Respiração

Momento para Compartilhar

Escâner Corporal (deitados)

Aula de Consciência pelo Movimento (deitados) - vide neste anexo - Ombros Relaxados

Momento para compartilhar

Neste dia eles falaram mais, compartilharam momentos de crise e superação; conduzi o grupo, estimulando a participação de todos. Trouxeram reflexões sobre a última conversa sobre as diferenças, observaram suas relações e trouxeram mudanças conscientes para o grupo.

QUINTA INTERVENÇÃO:

Momento para Compartilhar

Escâner Corporal

Aula Consciência pelo Movimento - vide neste anexo - Olhos Relaxados

Momento para Compartilhar

Atenção Plena na Respiração

Momento para Compartilhar

Neste dia falamos sobre o Poder dos Hábitos (Duhigg, 2012). Os hábitos têm relação com os circuitos cerebrais que falamos no começo, nos ajudam em algumas coisas e podem ser prejudiciais em outras. Muitas vezes temos um hábito relacionado à nossa dor, insônia ou desconforto e agimos sempre da mesma forma. Os hábitos podem ser mudados por uma nova rotina, uma pequena mudança altera aquele circuito fixo que nos ajuda a sempre repetir o mesmo comportamento. Eles participaram e trocaram experiências sobre como a prática já está mudando hábitos.

SEXTA INTERVENÇÃO:

Momento para Compartilhar

Escâner Corporal

Aula de Consciência pelo Movimento - vide neste anexo - Flexibilidade

Momento para Compartilhar

Atenção Plena na Respiração

Momento para Compartilhar.

Neste dia falei da aceitação, não como passividade, mas como forma de presença. Muitas coisas na vida não podemos mudar; aceitar não é estar passivo, é a partir da aceitação que vamos agir de forma consciente com o que nos acontece.

SÉTIMA INTERVENÇÃO:

Momento para Compartilhar

Escâner Corporal

Atenção Plena na Respiração

Meditação da Consciência Amorosa (adaptada ao grupo)

Então olha só, então a gente vai fechar os olhos de novo um pouquinho, e a gente vai fazer uma prática agora que é mais específica pra gente ser gentil com a gente. Então eu queria que vocês comessem só com esse pensamento, eu vou ser gentil comigo.

Fecha os seus olhos, deixa a respiração suave, e aí você vai trazendo o sentimento de amorosidade, todos nós aqui temos isso dentro da gente, já vivemos isso com outras pessoas, já experimentamos em relacionamentos, é só trazer essa atitude de amorosidade, o que é isso pra você...

E a cada respiração, é como se você fosse se preenchendo com essa amorosidade. E aí vai vendo como o seu corpo vai se posicionando ou se vem tendo algum pedido do seu corpo pra você se movimentar, e o que isso traz pra você, esse olhar assim “eu posso ser amoroso comigo, eu posso ser amorosa comigo, eu posso ser gentil com o meu corpo”.

E perceber o que isso traz, pra cada um, cada um vai ter a sua experiência, se alguma região do corpo responde, alguma parte do seu corpo... Você pode até trazer a sensação de algum momento que você recebeu essa gentileza, e foi tão gostoso, ser acolhido, todos nós em algum momento da vida já vivemos isso, a gente traz isso dentro da gente. Por mais que você possa até em algum momento duvidar disso, você já foi um bebezinho, alguém te carregou, e se você tá aqui hoje, você foi cuidado, de alguma forma você tá aqui hoje. Então você pode trazer uma lembrança de algum momento que foi gostoso ser acolhido... Você vai tentar trazer um momento que você foi gentil com você mesmo, que você pôde sentir o seu corpo, a sua respiração, ou que você fez alguma coisa que é importante pra você, se respeitou...

Então dentro dessa força, dessa amorosidade que tem dentro de você, você vai observar alguma coisa que é desagradável pra você. Pode ser uma relação com uma pessoa, pode ser

uma parte do seu corpo que incomode agora, então a gente vai também, dentro dessa amorosidade, olhar pra algo que às vezes não é tão fácil. E essa parte é muito importante, porque às vezes querer correr do que incomoda é o que faz aquilo ficar tão grande, tão assustador. Muitas vezes eu acho que a minha dor é tão grande... vamos dizer bem-vinda pra ela, o que você tá me trazendo aqui? Às vezes é alguma coisa que só ela revela, às vezes, você tá num lugar que é tão difícil, filho, neto, você pode olhar e falar “como que eu posso fazer diferente nisso daqui?” Aquilo que é desagradável, que é um problema, você pode começar a enxergar de outra forma, a escolher o que você quer fazer, se você vai ficar naquela situação, se você vai tomar uma outra atitude, e muitas vezes isso vem dessa atitude gentil e amorosa, que começa com a gente.

E aí você leva sua atenção para a respiração. Se for alguma parte do seu corpo que incomoda, imagina que você tá levando a respiração ali naquele lugar, como se a respiração fosse cuidar daquele lugar, apoiar aquele lugar... Se for algo no seu corpo, você pode usar a respiração. Se for uma situação ou uma pessoa, pensa numa atitude amorosa, você pode olhar para aquilo ali e ter uma outra forma de lidar. E aí agora você vai buscar alguma sensação agradável, e essa sensação agradável tem que ser aqui e agora... Uma parte do seu corpo que você sente que relaxou, uma sensação que venha do seu corpo de calor, ou de frio, que seja refrescante. Você vai buscar nesse momento alguma coisa que seja agradável, às vezes um calorzinho num lugar, às vezes uma pulsação em outra parte do seu corpo. (Telefone toca) Um telefone tocando música... Isso é a vida, a gente tá no silêncio, tá no barulho, como a gente lida com isso é uma opção nossa, tudo é exercício. A gente pode escolher como lidar, se a gente achar que tudo tem que ser no silêncio, fica mais difícil. E a partir de agora, você não vai procurar nem o agradável nem o desagradável, sem a gente botar um conceito, você vai tentar sentir esse momento, como é tá aqui e agora, como se você fosse um recipiente grande, uma vasilha assim, sabe, que cabe tudo, não precisa julgar o que é bom e o que é ruim, você vai só sentir as coisas como elas estão, e vai percebendo... Se a gente não pensar, “que droga, acabou a luz (neste momento a sala ficou escura), que barulho”, e a gente perceber “ih, tocou o telefone, a luz acabou, a luz acendeu”, a gente tá vivendo o momento. Quando a gente diz “que droga, a luz acabou” é o julgamento, quando a gente diz “que ruim, o barulho” é o julgamento. Isso pode ser só um fato, o telefone tocou, a luz apagou. E tenta perceber como é que está nesse momento. Sentindo o seu corpo, ouvindo a minha voz, qualquer barulho que venha lá de fora ou aqui da sala... (PLIM!) Vamos abrindo os olhos...

Momento para compartilhar

Eles receberam a prática de forma muito positiva. Embora tenha sido uma prática longa, disseram ter apreciado muito “esta aula” e trouxeram percepções sobre ser gentil. Uma participante chorou no início da intervenção por um problema com irmã e foi acolhida pelo grupo, foi uma bonita troca.

OITAVA INTERVENÇÃO:

Momento para Compartilhar

Escâner Corporal

Atenção Plena na Respiração

Momento para Compartilhar

Hoje realizei as práticas com maior tempo em cada uma. Foi muito interessante observar as mudanças, o silêncio foi mais profundo, eles quase não se mexiam mais durante o silêncio, estavam com o rosto mais relaxado e a respiração suave. Compartilhamos sobre o final do trabalho, muitos perguntaram se não teríamos como continuar, estimulei que eles formassem um grupo e fossem praticar na Quinta da Boa Vista, ou numa praça perto de casa. E acertamos que na próxima semana seria o encerramento.

GRUPO FOCAL

Fui recebê-los com Caio e Thiago. Tinha uma festa pronta! Eles trouxeram bolo, refrigerante e salgadinhos. Eu, Caio e Thiago tínhamos preparado uma despedida com bolo e suco e ficamos surpresos. O interessante é que eles não tinham combinado!

Fomos para a sala, disse que teria que resolver algumas coisas no hospital enquanto Caio conversaria com eles sobre a experiência e depois faríamos a confraternização.

Depois do Grupo Focal, Daniel revelou que era seu aniversário. Cantamos parabéns, fizemos uma prática de atenção plena na respiração e celebramos juntos com uma confraternização muito alegre. Greice, que inicialmente afirmou não poder cozinhar para agradar as pessoas que ela gosta, trouxe um delicioso bolo de cenoura com cobertura de chocolate feito pela mesma.