

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

**JANETE MENGUE DA SILVA**

**PRÁTICAS CONTEMPLATIVAS:  
UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DE USUÁRIOS COM  
DORES CRÔNICAS**

Porto Alegre/RS  
2014

**JANETE MENGUE DA SILVA**

**PRÁTICAS CONTEMPLATIVAS**

**UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DE USUÁRIOS COM  
DORES CRÔNICAS**

Dissertação de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação, Faculdade de Medicina

Orientadora: Luciana Fernandes Marques

Porto Alegre/RS  
2014

**JANETE MENGUE DA SILVA**



### ATA PARA ASSINATURA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Nível Mestrado Profissional  
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional  
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Janete Mengue da Silva, com ingresso em 31/08/2012  
Título: **PRÁTICAS CONTEMPLATIVAS: UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO AO AUTOCUIDADO DOS USUÁRIOS COM DORES CRÔNICAS**  
Orientador: Profª Drª Luciana Fernandes Marques

Data: 15/08/2014  
Horário: 16:30  
Local: FAMED

Banca Examinadora	Origem
Miriam Suzete de Oliveira Rosa	UFRGS
Letícia Oliveira Alminhana	Externo
Luciana Abarno da Costa	HCPA

Porto Alegre, 15 de agosto de 2014.

Membros	Assinatura	Conceito	Indicação de Voto de Louvor
Miriam Suzete de Oliveira Rosa		A	
Letícia Oliveira Alminhana		A	
Luciana Abarno da Costa		A	

Conceito Geral da Banca: ( A ) Correções solicitadas: ( X ) Sim ( ) Não  
Indicação de Voto de Louvor: ( ) Sim ( X ) Não

**Observação:** Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

Orientador

### CIP - Catalogação na Publicação

Mengue da Silva, Janete

Práticas Contemplativas: uma proposta de educação para o autocuidado de usuários com dores crônicas / Janete Mengue da Silva. -- 2014.  
64 f.

Orientador: Luciana Fernandes Marques.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR- RS, 2014.

1. Prática Contemplativa. 2. Meditação. 3. Plena Atenção. 4. Dor Crônica. 5. Autocuidado. I. Fernandes Marques, Luciana , orient. II. Título.

**PRÁTICAS CONTEMPLATIVAS**  
**UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DE USUÁRIOS COM**  
**DORES CRÔNICAS**

Dissertação de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação, Faculdade de Medicina

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Miriam Suzéte de Oliveira Rosa - Faculdade de Educação UFRGS

Profa. Dra. Leticia Oliveira Alminhana - Oxford University

Profa. Dra: Luciana Abano Costa - HCPA/UFRGS

Conceito: A

Porto Alegre, 15 de agosto de 2014

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a minha mãe e a meu pai, pela preciosa oportunidade da vida.

A todos os familiares que, direta e indiretamente, sustentaram-me nesta jornada.

Aos amigos queridos, companheiros de vida.

Ao Zen Budismo e ao Yoga, minhas *sanghas* de prática, minha permanente dedicação.

À Escola Vale do Ser, pela imensa luminosidade e sabedoria.

Às Pessoas Bonitas que fizeram parte desta rede, tão longe e tão perto, fornecendo dicas e materiais.

Aos professores e colegas da Pós-Graduação em Ensino na Saúde da UFRGS que contribuíram para o meu aprendizado e me inspiraram no decorrer do curso.

A minha orientadora Luciana F. Marques, sempre presente, solícita e atenta. A espiritualidade não é apenas seu objeto de pesquisa, mas parte do seu ser. Obrigada pela confiança desde o princípio.

Aos participantes da pesquisa, pela responsabilidade e comprometimento, e aos colegas trabalhadores do SUS, pela aposta na diversidade.

*Alguém perguntou ao Buda: “O que o senhor e seus discípulos praticam?” Ele respondeu: “Nós nos sentamos, nós andamos, nós comemos”. O inquiridor continuou: “Mas, senhor, qualquer um se senta, anda e come”. Buda lhe disse: “Quando nós sentamos, sabemos que estamos sentados. Quando nós andamos, sabemos que estamos andando. Quando nós comemos, sabemos que estamos comendo”.*

*Na maior parte do tempo estamos perdidos no passado, ou arrebatados pelo futuro. Quando estamos conscientes, intensamente em contato com o momento atual, aprofunda-se a nossa compreensão do que está acontecendo e começamos a ser preenchidos de aceitação, alegria, paz e amor.*

*Thich Nhat Hanh*

## RESUMO

As Políticas Nacionais de Atenção à Saúde propostas nos últimos anos visam a garantir a execução de estratégias educativas que promovam o cuidado integral dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo deste trabalho foi investigar os benefícios do uso da prática contemplativa em grupos de usuários com dor crônica para, posteriormente, propor sua integração no serviço de atenção à saúde do SUS. O estudo consistiu numa intervenção na qual foi utilizada a prática contemplativa durante 13 semanas com oito participantes que apresentavam dores crônicas havia mais de um ano. Foram aplicados um questionário constituído de dados biossociodemográficos, a Escala Visual Analógica de intensidade de dor (EVA) e a Escala de Consciência e Plena Atenção (MAAS). Também foram utilizados questionários com perguntas abertas para avaliar os efeitos da intervenção sobre o cuidado dos participantes com os seus sintomas de dores crônicas. Os resultados indicam que a Prática Contemplativa possibilitou o gerenciamento da dor crônica e a melhora da atenção plena nas atividades do cotidiano, apresentando-se como uma ferramenta pedagógica para promover o autocuidado com vistas à educação do Ser.

**Palavras-chave:** prática contemplativa - meditação - plena atenção - dor crônica - autocuidado



## **ABSTRACT**

The National Policy for Health Care proposed in recent years aimed at ensuring the implementation of educational strategies to provide comprehensive care for the users of the Unified Health System (SUS). This study assesses the benefits of contemplative practice in groups of users with chronic pain in order to propose their integration into the health care service offered by de SUS. For this study, Contemplative Practice was used for 13 weeks with eight participants who were suffering from chronic pain for more than one year. A questionnaire was used to collect biological, social and demographical data, in addition to the Visual Analogue Scale for pain intensity (VAS) and the Scale of Consciousness and Mindfulness (MAAS). Open-ended questionnaires were used to assess the effects of the intervention affected the participants on the participants' care with chronic pain symptoms. The results indicate that the Contemplative Practice provides an opportunity to manage chronic pain and improve mindfulness in daily activities, functioning as as a tool to promote self-care and the education of Being.

**Key Words:** contemplation practice - meditation - mindfulness - chronic pain - self-care

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Média de Dor apresentada pelo grupo.....	338
Figura 2 - Escala MAAS .....	339

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados Biossociodemográficos .....	37
Tabela 2 - Valores da Escala Consciência e Plena Atenção (MAAS) antes e após a intervenção.....	39

## LISTA DE SIGLAS

<b>AVD</b>	Atividade Vida Diária
<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>CR</b>	Centro de Reabilitação
<b>EVA</b>	Escala Visual Analógica
<b>FMRI</b>	Functional Magnetic Resonance Imaging
<b>GD/ GCC</b>	Gerência Distrital Gloria Cruzeiro Cristal
<b>GPC</b>	Grupo de Práticas Contemplativas
<b>MAAS</b>	Mindfulness Attention Awareness Scale
<b>MBRS</b>	Mindfulness Basic Stress Reduction
<b>MCA</b>	Medicina Complementar Alternativa
<b>MS</b>	Membro Superior
<b>MT</b>	Medicina Tradicional
<b>OA</b>	Osteoartrose
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PC</b>	Prática Contemplativa
<b>PET</b>	Positron Emission Tomography
<b>PET-Saúde</b>	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
<b>PIC</b>	Práticas Integrativas Complementares
<b>PNPIC</b>	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
<b>SBED</b>	Sociedade Brasileira de Estudos da Dor
<b>SMS/PMPA</b>	Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal de Porto Alegre
<b>SNS</b>	Sistema Nervoso Simpático
<b>SRRP</b>	Stress Reduction and Relaxation Program
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UFRGS</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<b>UNIFESP</b>	Universidade Federal de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
DEFINIÇÕES DO PROBLEMA .....	14
OBJETIVO .....	15
<b>Objetivo Geral</b> .....	<b>15</b>
<b>Objetivos Específicos</b> .....	<b>15</b>
JUSTIFICATIVA.....	15
<b>1 REVISÃO TEÓRICA</b> .....	<b>17</b>
1.1 PRÁTICA CONTEMPLATIVA.....	22
1.2 DOR CRÔNICA .....	27
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	<b>32</b>
2.1 SUJEITOS.....	32
2.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS .....	33
<b>3 INTERVENÇÃO</b> .....	<b>34</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>37</b>
4.1 DADOS BIOSOCIODEMOGRÁFICOS E ESCALAS.....	37
4.2 ENTREVISTAS .....	40
<b>4.2.1 Percepção/Acolhimento</b> .....	<b>41</b>
<b>4.2.2 Aceitação/Apaziguamento</b> .....	<b>43</b>
<b>4.2.3 Autoconhecimento/Autocuidado</b> .....	<b>46</b>
<b>4.2.4 Relação Social/Afetiva</b> .....	<b>47</b>
<b>4.2.5 Educação do SER/SUS</b> .....	<b>50</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>57</b>
<b>ANEXOS 62</b>	
<b>ANEXO 1 - ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE DOR</b> .....	<b>63</b>
<b>ANEXO 2 - ESCALA DE ATENÇÃO E CONSCIÊNCIA PLENA (MAAS)</b> .....	<b>64</b>

## INTRODUÇÃO

Início esta Introdução com um breve relato sobre minha trajetória profissional. Além de ser Fisioterapeuta, tenho formação como Instrutora de Yoga e formação em Escola de Meditação e Artes Contemplativas. Essas ferramentas me possibilitaram ampliar o meu mundo de conhecimento e, com isso, incluir novas abordagens na atenção a usuários com patologias crônicas recorrentes no ambulatório de tratamento fisioterápico no Sistema Único de Saúde (SUS). Na conclusão do curso de formação de Yoga, dissertei sobre o tema do *Dhyana* (“meditação” em sânscrito), pois a relevância dessa prática na minha vida já tinha se tornado clara. No intuito de possibilitar seu uso como instrumental pedagógico na educação do SER, fui ao encontro da Escola de Meditação e Artes Contemplativas, onde, durante um ano e meio, pude ter acesso a uma aprendizagem riquíssima de como utilizar essa prática como ferramenta pedagógica na Educação do SER. O cenário de baixo impacto na adesão dos pacientes em relação ao autocuidado e, conseqüentemente, de recidiva de suas patologias (que os fazia voltar ao ambulatório) levou-me a refletir sobre a necessidade de pensarmos em outras abordagens, pois as que vínhamos usando se apresentavam saturadas.

O que foi construído ao longo da minha vida, que hoje se entrelaça com esta pesquisa, transforma o meu Ser, impulsionando meu desenvolvimento como indivíduo e me aproximando do agir com atenção na ação responsável. Assim, o que inicia aqui com as palavras escritas neste documento é parte de um ciclo da incrível jornada de descobrir o que ainda está por vir.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem estimulando o uso das medicinas tradicionais/complementares/alternativas nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental moderna após ter-se constatado que as terapias complementares são cada vez mais procuradas em todo o mundo. Também a Constituição Brasileira, no inciso II do art. 198 (CONSTITUIÇÃO, 1988), dispõe sobre a integralidade da atenção à saúde, o que constitui uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS). No início da década dos anos 2000, ganhou destaque o debate sobre a necessidade de se criar um ambiente inclusivo no campo da saúde

baseado no conceito de pluralismo terapêutico e com capacidade de inclusão. O resultado desse debate foi a proposta da prática integrativa, que deve permitir aos profissionais da saúde identificar a emergência gradual e simultânea de mudanças das categorias e procedimentos paradigmáticos do modelo biomédico.

Porém, nessa “revolução científica”, não se propõe que o novo paradigma substitua o anterior, pois se pretende que o modelo integrativo valorize os avanços da medicina convencional e ao mesmo tempo reconheça a longa história de outras práticas de cuidado baseadas em diferentes racionalidades de saúde. O alcance da integratividade para o campo da saúde ainda não está completamente identificado, mas seu potencial é amplo na medida em que esse paradigma implica pensar uma relação de saúde integral em direção à educação do ser. Assim, em 2006, garantindo a integralidade nas ações em saúde, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 971, instituindo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, que faculta novas abordagens de intervenção (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO, 2006).

Essa Política atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiência no âmbito das referidas práticas. Os campos contemplados pela PNPIC abrangem sistemas complexos e recursos terapêuticos denominados pela OMS “Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa” (MT/MCA) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Tais abordagens promovem uma visão ampliada do processo saúde-doença e uma proposta global de cuidado humano, destacando especialmente o autocuidado. Considerando-se a pequena representatividade no SUS dessas práticas e as avaliações iniciais positivas levantadas pelo Ministério da Saúde em alguns serviços nos quais elas foram inseridas, impõe-se a implementação da proposta para Medicinas Complementares no âmbito da experiência consolidada de observações com vistas a aprofundar os conhecimentos sobre essas práticas e seu impacto na saúde: esse é o objeto deste trabalho. Com ele, procurei verificar se a abordagem das práticas contemplativas se mostra eficiente no manejo da dor crônica que acomete grande parte da população.

## DEFINIÇÕES DO PROBLEMA

A não resolutividade terapêutica dos serviços biomédicos de saúde frente à busca de cuidados dos usuários com dores crônicas tem evidenciado a necessidade de adoção de outras atitudes de ampliação e acesso. A dor crônica representa um problema de saúde pública e tem elevada prevalência mundial. Sabemos hoje que as dores musculoesqueléticas afetam milhões de pessoas e são as principais causas de gastos em saúde. Quando se tornam crônicas, provocam um grande impacto sobre a vida das pessoas, podendo desencadear problemas psicológicos e diminuição da produtividade nas tarefas de casa e do trabalho. Num levantamento epidemiológico realizado pelos alunos do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PET/Saúde/UFRGS) no distrito assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal de Porto Alegre, em 2011/2012, as dores crônicas ocuparam o terceiro lugar como motivo de queixa dos usuários. Esse dado reflete uma demanda que faz os serviços repensarem ações para reverter o cenário atual por meio de um manejo diferente e aponta para a necessidade de ampliações da oferta de prevenção e promoção, bem como de abordagens para o autocuidado.

Usuários com dores crônicas comentam que, a longo prazo, o esforço dedicado a livrar-se do problema costuma piorá-lo. O esforço habitual e inconsciente de livrar-se da dor, muitas vezes, é o que mantém as pessoas presas à experiência desagradável da qual desejam escapar. Assim, a tentativa de acabar com o problema torna-se mais um problema!

Em função do exposto, as perguntas que definem o problema de pesquisa deste estudo seriam: existe um caminho prático, algo que as pessoas com dor crônica possam incorporar ao seu dia a dia e que realmente chegue ao âmago do problema? Os pacientes com dor crônica podem ampliar seu repertório de autocuidado de forma a precisar de menos intervenções de profissionais de saúde? O SUS pode oferecer práticas contemplativas como forma de prevenir o adoecimento?



## OBJETIVO

### **Objetivo Geral**

O objetivo geral deste estudo foi o de investigar os benefícios do uso das Práticas Complementares, em especial da prática contemplativa, em um grupo de pacientes com dor crônica, bem como a viabilidade da integração dessas práticas no manejo com pacientes acometidos por dor crônica e propor a sua integração no serviço de atenção à saúde na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (SMS/PMPA).

### **Objetivos Específicos**

- Verificar a repercussão do uso da prática contemplativa na redução das dores crônicas;
- Observar o impacto da prática contemplativa na vida cotidiana do paciente com dor crônica segundo a sua percepção;
- Problematizar a inserção das práticas integrativas num sistema com predominância da racionalidade médica.

## JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, a medicina vem pesquisando maneiras que nos permitam prestar atenção à dor sem sucumbir ao estresse e ao sofrimento decorrentes dela. Inúmeros métodos e técnicas, práticas e princípios estão sendo testados. Algumas abordagens, baseadas no trabalho com a consciência e a atenção, ensinam às pessoas a mudarem sua forma de se relacionar com a dor em vez de prometerem que ela vai cessar. Essas abordagens mostram que o problema não é a dor em si, mas a maneira como reagimos a ela, na medida em que, apesar do desconforto e do sofrimento, todos nós possuímos recursos de enfrentamento. Ao invés de propor que o paciente fuja da dor e permaneça numa busca infundável de cura e ausência

de dor, pretende-se trabalhar a partir da premissa de convívio harmonioso com a dor, observando-se as possibilidades dessa abordagem. Baseado nesses fundamentos, este projeto visa a focar a Prática Contemplativa como um recurso complementar no enfrentamento da dor crônica.

Estudos realizados na rede pública e levantados pelo Ministério da Saúde na Portaria das Práticas Integrativas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) demonstram que tais abordagens contribuem para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos por sua saúde, gerando, assim, uma maior autonomia e autoconhecimento e, em última instância, um desafogo no uso do sistema de saúde e melhores condições de exercício de cidadania.

Entre as racionalidades já contempladas no SUS, destacam-se aquelas do âmbito da Medicina Tradicional Chinesa e que salientam as práticas corporais e mentais (meditação). Os estudos que serão apresentados a seguir mostram evidências de que essas práticas podem contribuir para prevenir e tratar diversas doenças, especialmente aquelas de natureza crônica. Tais abordagens têm sido utilizadas em muitos casos como complemento ou de maneira integrada à Medicina Convencional do Ocidente no manejo da dor.

## 1 REVISÃO TEÓRICA

O contexto atual do século XXI vem revelando importantes embates epistêmicos vinculados à organização dos discursos sobre a vida e a morte. No plano do poder, esse embate revela, por um lado, as resistências da biomedicina cartesiana ou da clínica médica, que, segundo Foucault, teve um lugar determinante no complexo e elaborado conjunto das ciências humanas modernas por ser o discurso mais próximo da disposição antropológica que sustenta o conjunto de disciplinas humanas da modernidade (FOUCAULT, 2000, p. 201). Por outro lado, o atual contexto testemunha a emergência de um conjunto de saberes, práticas e tecnologias de relação com o transcendental muito variadas quanto às suas origens históricas e geográficas que ameaçam o monopólio pretendido pelo discurso médico hegemônico moderno e eurocêntrico. Esses novos saberes (para o Ocidente, mas tradicionais para outras culturas), que apresentam um caráter multicultural, vêm ganhando crescente aceitação e ocupando espaços de práticas que pretensamente haviam se tornado monopólio da biomedicina ocidental. Por conseguinte, para algumas associações médicas oficiais e também para muitos dos médicos diplomados nos cursos regulares universitários (que aprenderam a valorizar o saber alopático), aquele conjunto de sistemas terapêuticos que aqui chamaremos de outras medecinas (LUZ, 1997) apresentariam uma ambiguidade não compatível com os rigores científicos e metodológicos propagados nos cânones médicos oficiais.

Neste trabalho, exploraremos esse embate entre narrativas variadas presentes no campo das práticas de cuidado que foram radicalizadas com o investimento na área do capitalismo biomédico e que estão gerando resistências e mobilizações importantes a partir de vários lugares (MARTINS, 1999), abrindo perspectivas para uma mudança de paradigma no âmbito dos cuidados e no que diz respeito à enunciação racional da relação entre vida e morte. O discurso oficial, canonizado pelos cursos de Medicina e pelas associações médicas, sustenta que faltaria a essas “outras terapias” a exatidão e precisão científicas dadas pela pesquisa em laboratórios; também faltaria a elas a legitimidade científica fornecida pela carreira profissional, pelo diploma de “doutor” e pelo credenciamento oficial dos

conselhos científicos. Para o discurso oficial, as outras medicinas, não tendo como comprovar essa perspectiva da legitimidade científica, não poderiam ser aceitas como verdadeiras – no máximo, poderiam ser incorporadas como “complementares” em função de sua funcionalidade técnica.

Com a medicina biocartesiana, que prioriza o biológico como causa do adoecimento e foco de tratamento, a relação médico-paciente passou a ser vista como tecnicamente desaconselhável para o sucesso da “cura”, o que levou a certa indiferença sentimental do profissional em relação ao padecer do enfermo. Nos dias atuais, com a penetração do capitalismo especulativo no setor, o argumento técnico passou a ser substituído por um jogo pragmático no qual vale mais a possibilidade de se ganhar dinheiro (no qual é priorizado o ganho financeiro) em consultas e cirurgias em um tempo mais curto que se dar tempo para o cuidado do outro (que a escuta atenciosa e um tratamento mais humanizado ao paciente). A apropriação dos bens da vida (isto é, das “energias” que fazem cultivar a vida) por uma minoria motivada pelos interesses utilitários e mercantis reflete-se no plano cultural pelo enfraquecimento da solidariedade coletiva e pelo favorecimento do individualismo dentro e fora da organização hospitalar.

Essa disputa no campo das práticas em saúde é complexa e não apresenta solução simples e nem de curto prazo. Há motivos corporativistas, econômicos e religiosos a considerar quando se deseja aprofundar o entendimento desse poder simbólico (BOURDIEU, 1998) e das múltiplas racionalidades médicas (LUZ, 1997; 1988), ainda mais quando se propõe analisar a perspectiva de mudanças de paradigmas no campo da saúde. Em primeiro lugar, é compreensível lembrar as regras de direito, que delimitam as rotinas que todo grupo profissional necessita para se estruturar profissionalmente e que devem ser obedecidas coletivamente para que a organização funcione adequadamente. Isso ocorre no campo das organizações das categorias profissionais, como os Conselhos Regionais e Federais das áreas. Foucault apresentou com muita clareza como se formam esses discursos de verdades em seu livro *O nascimento da clínica* (FOUCAULT, 2000). Batas brancas, diplomas e títulos, protocolos hospitalares e postulados científicos não surgem do nada ou do acaso, mas de estratégias de poder e controle social. Em segundo lugar, temos de considerar os motivos econômicos. Como já dissemos, a biomedicina cartesiana de base funcional e mecânica, que serviu para organizar o imaginário do

corpo, da saúde e da doença nos últimos dois séculos, foi sendo capturada progressivamente pelo capitalismo médico nas últimas décadas. O sistema capitalista descobriu que a morte e a doença poderiam ser recursos muito importantes para a acumulação intensiva do capitalismo industrial, financeiro e especulativo, o que resultou em investimentos crescentes no setor da saúde. Essa tendência da mercantilização da biomedicina com vistas à acumulação econômico-financeira já estava embutida no modelo da saúde empresarial norte-americana, mas se expandiu fortemente desde os anos 80 em outros lugares e também na América Latina por meio das indústrias farmacêuticas e de equipamentos, dos planos de saúde e dos hospitais privados (MARTINS, 1999). E, em terceiro lugar, devemos lembrar o elemento religioso que tem uma importância crucial nesse embate entre racionalidades médicas diferentes.

Foi decisivo para a cultura ocidental que o primeiro discurso científico do indivíduo moderno passasse pela morte e pela doença em relação à metafísica do mal, cuja elaboração simbólica havia sido forjada pela religião cristã, na Europa. Como consequência, organizou-se um mundo técnico e positivo que conjurou o tempo infinito da morte para eleger a medicina como a arquitetura do conjunto das ciências humanas (FOUCAULT, 2000, p. 200-2). Ora, aqui se estabeleceu necessariamente uma importante disputa no plano do simbolismo na medida em que as outras medicinas construídas historicamente não pela recusa do invisível, mas pela valorização de uma metafísica do bem, passaram a constituir uma ameaça concreta ao edifício da modernidade médica eurocêntrica. Na medida em que as outras medicinas propõem ao mesmo tempo abordagens modernas e tradicionais, sagradas e profanas, ocidentais e não ocidentais, funcionais e interpessoais, pós-coloniais e anticoloniais, elas não poderiam se subordinar ao simplismo dos testes de validade, cujos dados são obtidos pela repetição controlada das experiências (como se faz comumente nos laboratórios), segundo os critérios de uma ciência tradicional. Com efeito, na medida em que elas se abrem a outros critérios vistos como atitudes suspeitas pela biomedicina ocidental (como os da intuição ou da fé), correm o risco do descrédito.

Para alguns, essa ambivalência simbólica das “outras” medicinas entre o discurso científico e o discurso simbólico seria mesmo uma prova de charlatanismo, ao contrariar os cânones da biociência médica moderna. Aquelas que conseguem

construir um discurso técnico relativamente coerente, como a homeopatia ou a acupuntura, são “toleradas”. Mas as que fazem apelo mais forte a elementos ditos “mágicos” são vistas com suspeição por extrapolarem os limites da racionalidade instrumental e laica predominante no seio do campo oficial. Avançamos, então, sobre as perspectivas de um novo paradigma que signifique uma síntese de várias tendências teóricas e práticas presentes no contexto atual e que sustentam o projeto de trabalhar com Práticas Integrativas no SUS.

A tradição do campo da saúde no Ocidente, iniciada no século XIX, vem construindo modos de olhar a problemática do sofrimento humano a partir de um lugar que é reconhecido por muitos (DONNANGELO; PEREIRA, 1976; ILLICH, 1975) como a produção de um processo histórico e social nominado “medicalização da existência e da vida individual e coletiva”, sobretudo a partir do século XX. Quando interpretamos o sofrimento como resultado de uma doença e a clínica como um saber que nos permite ver a doença no corpo biológico genérico, passamos a ver qualquer adoecimento como uma expressão particular das leis gerais científicas do processo saúde-doença. Mesmo adotando uma perspectiva mais ampla, da saúde coletiva, quando se remete o olhar sobre a doença para o processo (histórico/social) saúde/doença, isso pressupõe a aposta de que esse olhar é armado cientificamente e de que a apreensão desse processo só será possível mediante novas ciências que vão além das ciências da saúde, outras ciências mais amplas sobre a sociedade, a história e os coletivos humanos. Desse ponto de vista, consideramos que a competência para agir no campo das práticas de saúde só será dada a partir da produção científica e passamos a considerar todos os fenômenos como amostras de fenômenos universais. É isso que faz com que, apesar de que em muitas situações no campo atual da saúde persista a afirmação de que cada caso é um caso, sempre esse caso particular seja visto como um momento único das formas de adoecimento que conhecemos pelos saberes clínicos científicos. A referência é sempre a “medicina do corpo de órgão” do século XIX, construída como forma de ver e falar do sofrimento humano em geral tanto na medicina como na saúde pública.

Cabe aqui realizar uma observação sobre o reconhecimento de que essa medicina hegemônica, mesmo estando aliada a estratégias de disciplinarização da vida (como o conhecido fenômeno da medicalização, já apontado), é capaz também

de produzir resultados positivos e ser bem-sucedida. Em muitas situações, constata-se respostas positivas às intervenções sobre o corpo de órgãos baseadas nessa visão de casos particulares construída pela ciência. Porém, há também evidências de muitos problemas (como os efeitos colaterais) ou mesmo de incapacidade de lidar com certas doenças e restabelecer o equilíbrio. Por um lado, a extrema objetivação e a focalização do olhar e da ação sobre o corpo biológico deixam de lado muitos outros elementos que são constitutivos da produção da vida e que não são incluídos ou trabalhados, tanto na tentativa de compreender a situação como nas intervenções operadas para enfrentá-la. E, mais, a redução da visão que implica focar apenas o problema biológico tem levado a ações profissionais centradas em procedimentos técnicos, esvaziadas de interesse pelo outro e com escuta empobrecida. Assim, as ações de saúde têm perdido sua dimensão cuidadora e, apesar dos contínuos avanços científicos, elas têm perdido potência e eficácia.

Por outro lado, essa relação empobrecida, em que o outro é tomado como simples corpo biológico e objeto da ação e privado de todos os outros saberes sobre saúde, é vertical, unidirecional, como se prescindisse da ação/cooperação de quem está sendo “tratado”; ou como se a cooperação fosse obtida automaticamente a partir da “iluminação” técnica sobre o problema e das condutas para enfrentá-lo. Não é assim que as coisas funcionam na prática e por isso mesmo tem sido tão difícil “conquistar a adesão” às propostas terapêuticas, sobretudo nas situações crônicas (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010).

O cuidar põe em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência. Como salientam Merhy e Feuerwerker (2009, p. 29),

é preciso se deixar afetar pelo corpo vibrátil e não somente pelo olho da retina, aquele que olha para o lugar onde previamente as coisas já estão prescritas e descritas. Na experimentação do corpo vibrátil, a dupla significante-significado dá lugar a outras experimentações, desestabilizando conhecidas representações tais como família resistente ao tratamento, paciente crônico, etc., representações que muitas vezes produzem zonas de conforto e de desresponsabilização sobre a produção do cuidado.

O cuidar se apoia na tecnologia, mas não se limita a ela; considera o saber do outro, revalorizando a dignidade dessa sabedoria prática.

Retomando as considerações iniciais a respeito da produção do cuidado em saúde, relembramos que ela diz respeito a todos os seres humanos – o modelo médico hegemônico é que desvaloriza e deslegitima os outros saberes sobre saúde, os que não tomam o corpo biologicamente como objeto e os que não se baseiam em conhecimentos ditos científicos sobre o tema (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Parece-me oportuno introduzirmos práticas integrativas e complementares no SUS para que possamos sensibilizar os profissionais e facilitar o processo de autocuidado dos usuários. Pensar em fortalecer a compreensão da relação de saúde integral em direção à educação do Ser me parece fundamental.

A defesa do uso das práticas contemplativas como ferramenta de complementação ao tratamento médico tradicional visa a educar a atenção e a percepção do sujeito usuário, confirmando a necessidade de fomento e ampliação de práticas complementares integrativas no âmbito do SUS.

## 1.1 PRÁTICA CONTEMPLATIVA

O termo latino “*contemplatio*”, que deu origem à palavra “contemplação”, corresponde à palavra grega “*theoria*”. Ambos referem-se a uma lealdade para com a noção de revelar, esclarecer e tornar manifesta a natureza da realidade. O principal elemento envolvido no conceito “contemplação” é a percepção silenciosa da realidade. Ao compormos a prática contemplativa, construímos uma visão dinâmica da meditação. Por meio dela e de seus diferentes aspectos é que surge a visão pura da mente. Essa visão permite a integração da fonte de nossa natureza fundamental com a nossa prática, surgindo assim o campo em que se desenvolverá o estado meditativo. Originária de uma tradição milenar oriental, a prática da meditação invadiu no fim do século XX a psicologia ocidental. Dois campos foram particularmente afetados: a psicologia clínica e a psicologia positiva. A meditação budista *vipassana* é uma matriz das meditações básicas e avançadas. Nela encontramos os fundamentos da prática da meditação que inspirou as técnicas que estão sendo utilizadas na saúde. Duas técnicas de meditação tornaram-se importantes para a revisão deste estudo: *Mindfulness* e *Loving-Kindness Meditation*.

Por *mindfulness* (que pode ser traduzido como “plena atenção”) entende-se um conjunto de práticas de integração mente-corpo baseadas na experiência do



momento presente e que supõem uma atitude aberta e não julgadora. A meditação *Mindfulness* propõe uma conexão com a experiência vivida aqui e agora, com aceitação e sem julgamento. Num primeiro momento, a concentração e a atenção são treinadas usando a respiração. Quando pensamentos e sensações aparecem, orienta-se o sujeito a que volte a sua atenção para a sua consciência e para a respiração. Dessa maneira, os participantes treinam e voltam sua atenção para o momento presente.

Outra visão sobre a meditação vem da psicologia positiva. Essa corrente, fundada por Martin Seligman, aborda os aspectos virtuosos da experiência humana. A técnica da *Loving-Kindness Meditation* também é um tipo de meditação que passou a ser investigada na psicologia positiva como fonte de emoções positivas. Resultados dessas pesquisas indicam que métodos preventivos podem ser criados pela identificação e incremento das virtudes e dos aspectos positivos, voltados para uma plena saúde mental (FREDRICKSON, 2001).

No caso da meditação *Mindfulness*, ela envolve a atenção no momento presente, de forma aberta, sem julgamento, sem intencionalidade, com um padrão que indica um estado de prontidão atenta e constante; já com a *Loving-Kindness Meditation* visa-se propositadamente a cultivar pensamentos positivos.

Todavia, a *Loving-Kindness Meditation* aproxima-se do conceito de *Mindfulness* por ter como foco uma autorregulação da atenção no momento presente. Algumas práticas da psicologia clínica contemporânea também incluem no treino de *Mindfulness* ensinamentos sobre compaixão, gentileza amorosa, confiança, solidariedade, imparcialidade, gratidão, contentamento e a aceitação de si e dos outros. Utilizando essas qualidades, pode-se cultivar a atenção no momento presente de maneira gentil, aberta a todas as experiências sensoriais, mentais e emocionais (SHAPIRO *et al.*, 1998). Neste aspecto em especial, o treino de *Mindfulness* aproxima-se do treino de *Loving-Kindness Meditation* por focar-se na autorregulação. Aprende-se a respeitar tanto os pensamentos positivos quanto os negativos, assim como a vivenciar o momento sem tentativas de fuga ou esquivas dos problemas, ou, ainda, sem criar explicações literais baseadas no processo da designação conceitual, procurando perceber o que realmente poderia ser feito para resolver esses problemas (VANDENBERGHE; SOUSA, 2006).

O termo “*mindfulness*” tem suas origens no budismo, mas, apesar disso, o foco desse trabalho encontra-se em seu próprio conceito, que já é amplamente estudado na comunidade científica (nacional e internacional) que se dedica à pesquisa sobre o tema. Dentre os programas de intervenção baseados em *Mindfulness* mais conhecidos e bem-estruturados estão o *Mindfulness-Based Stress Reduction* (Programa de Redução de Estresse baseado em *Mindfulness*) – MBSR –, do professor Jon Kabat-Zinn, da Universidade de Massachusetts, Estados Unidos (KABAT-ZINN, 1990). Foi ele o responsável pela divulgação do termo “*mindfulness*” no Ocidente e pela sua inserção em um contexto científico, bem como pelo desenvolvimento da técnica de redução de estresse baseada nesse processo meditativo. Em 1979, na Universidade de Massachusetts, Kabat-Zinn começou a realizar pesquisas científicas sobre a meditação *Mindfulness* e, em 1982, criou o programa de redução de estresse. A partir daí, a meditação *Mindfulness* começou a estar cada vez mais presente na medicina comportamental e, hoje, já é possível contar três décadas de atuação. Evidências científicas têm mostrado resultados bastante promissores no que se refere ao uso do programa para os mais variados problemas, incluindo depressão, ansiedade e dor crônica, além de muitos outros. Alguns estudos evidenciam diminuição de sintomas físicos e psicológicos, aumento da habilidade para relaxar, maior capacidade para lidar com a dor, redução da dor, além de um aumento de energia e entusiasmo para a vida, aumento da autoestima e maior habilidade para lidar com situações estressantes.

Também na Europa, estudos de *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (terapia cognitiva baseada em *Mindfulness*) são amplamente difundidos, como nas pesquisas do professor da Universidade de Oxford (Reino Unido) Mark Williams (2002) e no *Mindfulness-Based for Pain and Illness* (*Mindfulness* para dor e doenças) de Vidyamala Burch (2008), do Instituto Breathworks (Reino Unido). O método do Breathworks consiste em aceitar a experiência e não reagir a ela. Aceitando as condições nas quais estamos, podemos responder de maneira mais criativa. Para fazer isso, é necessário que o indivíduo aprenda como estar atento às suas reações e respostas e consciente (*mindful*) delas. Além desses métodos, que são os mais conhecidos na comunidade científica nacional e internacional, existem diversos outros que ainda estão em processo de consolidação.

Os protocolos de intervenção que utilizam a técnica de *Mindfulness* como prática complementar para tratamentos de saúde já estão bastante consolidados fora do Brasil, especialmente no Reino Unido e nos Estados Unidos. No Brasil, encontramos embasamento científico sobre o uso da meditação em importantes trabalhos da pesquisadora Kozasa (KOZASA *et al.*, 2012) capacitada no programa *Cultivating Emotional Balance*, desenvolvido por B. Alan Wallace e Paul Ekman. As pesquisas de Kozasa, de certo modo, abriram as portas da comunidade científica nacional para a meditação.

Na UFRGS, os estudos científicos de Caroline B. Menezes e Débora D. Dell'Aglio, "Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em Psicologia" (MENEZES; DELL'AGLIO, 2009); "Por que meditar? A experiência subjetiva da prática de meditação" (MENEZES; DELL'AGLIO, 2010); "Meditação, bem-estar e a ciência psicológica: revisão de estudos empíricos" (MENEZES; DELL'AGLIO; BIZZARRO, 2011); e *Controle emocional e cognitivo após treino de meditação da atenção focada* (MENEZES, 2012) também contribuem com dados científicos sobre o tema.

Especificamente sobre a meditação *Mindfulness*, é importante citar o pioneirismo de um irlandês radicado no Brasil, Stephen Little (2010). Capacitado no programa do Breathworks, foi um dos pioneiros no Brasil na utilização dos modelos de protocolos internacionais. No momento atual, ele é um dos responsáveis pela integração das práticas de *Mindfulness* no renomado hospital Albert Einstein (São Paulo).

Mais recentemente, temos no meio acadêmico os importantes trabalhos do Prof. Dr. Marcelo Demarzo (2011), docente do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Atualmente está realizando estágio de pesquisa pós-doutoral no Grupo de Salud Mental en Atención Primaria de la Universidad de Zaragoza, após ter feito cursos de *Mindfulness* na Universidade de Massachusetts e ter sido professor de Meditação *Mindfulness* para a Saúde no Instituto Breathworks de Manchester, no Reino Unido. Também coordena um grupo de *Mindfulness* na comunidade científica brasileira, sendo coordenador do Programa de Extensão Universitária da UNIFESP "Mente Aberta", voltado à divulgação, pesquisa e promoção do *Mindfulness* no Brasil.

Na maioria dos programas de *Mindfulness*, os exercícios envolvem concentração na respiração, vários tipos de meditação (atenção nas sensações físicas, sons, emoções e pensamentos) e escaneamento corporal. Com foco nos mais variados problemas de saúde (doenças crônicas, estresse, depressão, entre outros), os programas são adaptados às diferentes condições e populações.

Além disso, foram detectados em meditadores efeitos puramente fisiológicos, como a redução da taxa metabólica (a produção de dióxido de carbono diminuiu significativamente o consumo de oxigênio durante a meditação); redução na frequência cardíaca quando comparados com os participantes do grupo controle ou mesmo com praticantes de *pranayama* (exercícios respiratórios) sem meditação; alterações da atividade eletroencefalográfica e modificações nas concentrações de neurotransmissores (DANUCALOV *et al.*, 2008). Alguns pesquisadores relataram que a meditação diminuía a reação do corpo à norepinefrina<sup>1</sup>, um hormônio liberado em reação ao estresse. Verificou-se, ainda, que a pressão sanguínea se manteve mais baixa durante longos meses e até durante dois ou três anos após a interrupção da prática de meditação (GOLEMAN, 1995). As pesquisas de Walsh (1995) sugerem redução da excitação, modificação da atividade relativa dos hemisférios cerebrais, modificação no equilíbrio entre os componentes ativadores do sistema nervoso autônomo e alteração do fluxo sanguíneo do cérebro. Os mecanismos químicos apresentados identificaram reduzido nível sanguíneo de lactato<sup>2</sup> e do hormônio cortisol vinculado com a resposta à tensão.

Aplicações clínicas com MBSR partiram dos primeiros estudos bem-sucedidos de *Stress Reduction and Relaxation Program* (SRRP) no contexto da dor crônica. Os dados obtidos durante três ciclos de 10 semanas de treinamento desse programa, para todas as categorias de dor crônica, indicaram que 60% dos 51 participantes tinham obtido uma considerável melhora com redução da dor, dado que foi mantido no *follow-up* 2.5 por um período de 4 a 7 meses (KABAT-ZINN, 1982). Outros estudos realizados com o programa evidenciaram que um intensivo treino em meditação *Mindfulness* e ioga poderia ser aceito por um grande número de pacientes com problemas médicos físicos no contexto clínico aliado ao estresse (KABAT-ZINN; CHAPMAN-WALDROP, 1988). A intervenção também convida os pacientes participantes a verem o estresse como um desafio em vez de como uma

ameaça. A maioria alcançou uma melhora de saúde (KABAT-ZINN, 1990). Miller, Fletcher e Kabat-Zinn (1995) demonstraram que houve manutenção do incremento clínico positivo com redução da ansiedade nos três anos seguintes em um grupo de pacientes que participaram do estudo original. Os dados deram fortes evidências de que uma prática intensiva da intervenção *Mindfulness* baseada na redução do estresse se tinha mostrado como um efetivo tratamento clínico para pacientes médicos com desordens de ansiedade e depressão. Kabat-Zinn (1990) sugere que a exposição prolongada a sensações de dor com habilidade para observá-las sem julgamento (mas sendo consciente das próprias sensações e respostas de estresse) pode ser capaz de levar a uma dessensibilização com redução da ansiedade associada à dor e promover a capacidade de experimentar sensações de dor sem reatividade excessiva. No tratamento de pacientes com dores crônicas, os instrutores de MBSR encorajam os pacientes a direcionarem a atenção para o local ou músculo em que eles têm a sensação de dor. O paciente é incentivado a assumir uma atitude de não realizar qualquer julgamento acerca dessas sensações, bem como em relação a várias cognições e emoções como ansiedade e raiva e a impulsos de trocar de posição quando acometido pela sensação de dor.

Em 2004, um estudo divulgado pela Universidade de Manchester, no Reino Unido, revelou que pessoas que praticam meditação com regularidade tendem a suportar melhor a dor, pois seus cérebros são capazes de antecipar a sensação desconfortável à que serão submetidos (BROWN, 2004). Na sua grande maioria, os pacientes entram em um ciclo vicioso, pois as dores crônicas levam à contração muscular, que, por sua vez, piora a percepção dolorosa. “Com a meditação, esse ciclo é quebrado, pois eles aprendem a olhar aspectos mais positivos em vez de focar a atenção na dor e na doença” (MINSON, 2007, p. 5), informa a anestesiolegista Fabíola Peixoto Minson, diretora da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED) e coordenadora dos centros de tratamento de dor dos Hospitais Albert Einstein e São Luiz, em São Paulo (SP). Sabe-se hoje que a dor tem um componente afetivo e, por isso, tentar tratá-la apenas com analgésicos nem sempre dá certo.

Segundo Elisa Harumi Kozasa, bióloga e pesquisadora do departamento de Psicobiologia da UNIFESP, os benefícios proporcionados pela meditação à saúde

podem ser explicados a partir de, basicamente, dois aspectos: o fisiológico e o psicológico.

O primeiro tem a ver com a liberação de neurotransmissores, como a endorfina, que ajudam a reduzir a sensação de desconforto. Já o segundo está relacionado à forma como a pessoa encara a dor, passando da rejeição a uma postura de compreensão e acolhimento (KOZASA *et al.*, 2012).

Considerando que pessoas inquietas e preocupadas tendem a exacerbar a percepção dolorosa, outro ponto que merece ser destacado é justamente o do efeito da meditação na redução da ansiedade. “Calmos, os pacientes colaboram mais com o tratamento indicado”, observa Fabíola (MINSON, 2006, p. 81).

Para Little (2010), um dos pioneiros na aplicação das práticas meditativas na área da saúde no Brasil, o segredo é o paciente perceber que não precisa tentar controlar ou fugir da dor, e sim conviver com essa sensação de forma gentil e criativa.

## 1.2 DOR CRÔNICA

A dor é uma experiência individual mediada por vários componentes biológicos, afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais. A dor foi conceituada pela Associação Internacional para Estudos da Dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões” (CARVALHO, 1999, p. 31). A OMS considera crônica a dor que permanece contínua por mais de três meses ou aquela que se manifesta com episódios de dor por um período superior a seis meses (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Os aspectos emocionais também são fortemente influenciados pela dor crônica, sendo comum a presença de sentimentos tais como ansiedade e depressão (CARVALHO, 1999). Segundo Carvalho,

Qualquer que seja a natureza da dor, dela resultam modificações do comportamento psíquico e, por mecanismos reflexos, hiperatividade do Sistema Nervoso Simpático (SNS) que libera noradrenalina e prostaglandinas nos tecidos aumentando o tônus muscular, sensibilizando os nociceptores com a consequente instalação de dor miofascial (CARVALHO, 1999, p. 222).

Um estudo realizado por Castro *et al.* (2011) mostrou que, de 400 pacientes com dores crônicas, 79% apresentavam sintomas como ansiedade ou depressão. O estudo mostra também que a ansiedade e a depressão aumentam a percepção da dor. Outros fatores como a personalidade e a maneira como o indivíduo lida com as situações do seu cotidiano também devem ser considerados, pois eles podem induzir a ocorrência da dor e agravar a enfermidade (TEIXEIRA *et al.*, 2001). Entre os diversos tipos de dores crônicas, as musculoesqueléticas representam “[...] a maior causa de dor severa e persistente e de incapacidade física, afetando centenas de milhões de pessoas em todo o mundo” (MATA *et al.*, 2011, p. 223). “Elas podem derivar de uma lesão traumática externa ou de sobrecarga funcional” (TEIXEIRA *et al.*, 2001).

A dor é uma experiência universal, mas, apesar de toda a familiaridade que temos com ela, existem muitas coisas a seu respeito que ainda não compreendemos e para as quais os conceitos adequados são escassos. Muitas das dificuldades de conceituar a dor decorrem do profundo dualismo do pensamento ocidental, segundo o qual um espírito autônomo flutua livre, observando e organizando o corpo no qual ele oficialmente reside. Essa maneira de pensar dissemina e solapa uma compreensão integrada de nós mesmos. Nas filosofias não ocidentais, podemos descobrir maneiras mais eficazes de representar (ainda que de modo simplificado) os processos extraordinariamente complexos e recorrentes subjacentes à experiência da dor.

A dor surge de um sistema de alarme bastante eficiente; ela é imediata e exige a nossa atenção. Mesmo assim, tal sistema não é apenas um equilíbrio entre, de um lado, os sinais do que está acontecendo fora e dentro do nosso corpo e, de outro, o que o nosso cérebro julga serem prioridades dignas de nossa atenção. Como acontece com qualquer sistema complexo, esse equilíbrio pode ser rompido, gerando falsos alarmes, ampliando a dor, superestimando a ameaça, desviando a atenção para uma dor que já é demasiado familiar. A dor é absolutamente real, mas existe algum espaço de liberdade frente à ameaça, em relação à aflição e à insistência da experiência dolorosa. A questão principal é que a dor é uma experiência. Para uma pessoa que tem dor crônica, essa experiência é profundamente pessoal, e os cientistas estão descobrindo que o modo como você vivencia a dor é influenciado por muitos fatores. Emoções, crenças e atitudes

influentes em sua sociedade e cultura, bem como experiências passadas, tudo isso desempenha um papel na forma como se percebe a experiência que rotulamos de “dor”.

A dor crônica, também chamada de dor persistente ou de longo prazo, vem sendo foco de inúmeras pesquisas que se servem de exames modernos de escaneamento de imagens. Nos últimos anos, técnicas de diagnóstico por imagem, como a tomografia por emissão de pósitrons (PET) e a ressonância magnética funcional por imagem (fMRI), têm tornado possível, pela primeira vez, o escaneamento do cérebro por cientistas durante experimentos ativos. Eles conseguem ver imagens do cérebro no momento exato em que alguém recebe um estímulo doloroso, e os resultados mostram que a percepção da dor é muito complexa. O cérebro dá sentido aos estímulos do corpo criando uma imagem ou representação que os cientistas chamam de “neuromatriz” e compara os sinais (que vêm de fora) com o que é presumível. Os cientistas usam a neuromatriz (que ignora sensações familiares, como o contato com as roupas e a pele) como guia para identificar a localização, o tipo e o grau de ameaça que os sinais oferecem. A dor, de fato, não é uma experiência normal e, por isso, ela arrebatada a atenção do cérebro, prevalecendo sobre outras demandas. Isso afeta as sensações, a discriminação e as emoções. Os escâneres mostram inclusive mudanças no cérebro de alguém que tem dor crônica, associadas à sensibilidade aumentada.

Esse conhecimento mais complexo da dor questiona a validade de muitas hipóteses. Por exemplo, é de se supor que, se uma pessoa tem dor nas costas, varreduras detalhadas de ressonância magnética permitirão que os médicos encontrem a causa do problema. Mas, na verdade, em uma pesquisa com diversas pessoas sem dor nas costas, das que foram escaneadas, 64% apresentavam anormalidades nos discos intervertebrais, ao passo que, em outro estudo do mesmo gênero, 85% das pessoas não apresentavam lesões óbvias. Daí se inferiu que dois indivíduos que recebem os mesmos estímulos dolorosos enquanto monitorados no escâner podem mostrar atividade cerebral com diferenças variadas (JENSEN, 1994).

Uma teoria bem estabelecida sobre a dor é a “teoria do portão para controle da dor”, desenvolvida na década de 1960 por Patrick Wall, neurocientista que se especializou no estudo da dor, e por seu colaborador, Ronald Melzack (WALL; MELZACK, 1982). Eles sugerem que há “portões” nas junções dos nervos, na



medula espinhal e nos centros de dor no cérebro. Assim, para que haja a sensação de dor, esses “portões” precisam ser abertos, e é isso que acontece quando uma pessoa saudável se machuca. As mensagens de dor são um sinal para proteger aquela parte do corpo. Esses portões também podem se “fechar”, fazendo com que a dor se reduza ou até cesse. A abertura e o fechamento desses portões são um processo complexo que é afetado por estados emocionais, pela atividade mental e pelo local de foco de nossa atenção. O fato de o cérebro esperar a dor ou estar pronto para detectar qualquer dano ou lesão também causa impacto. Então, os trajetos da dor (portões) se abrem de modo que o cérebro não deixe escapar nada, e a experiência da dor é amplificada. As pessoas com dor crônica geralmente relatam lidar bem com a dor menos intensa, mas, diante de um aumento repentino e inesperado de dor, elas parecem sentir-se muito pior por causa do medo de que ele seja causado por nova lesão. A ansiedade faz com que os portões se abram ou permaneçam abertos por mais tempo (WALL; MELZACK, 1982).

Muitos pesquisadores estão buscando maneiras de fechar os portões em pessoas que vivem com dores crônicas, de modo que seu sistema nervoso possa retornar ao funcionamento normal. O treinamento da atenção plena pode ser um dos instrumentos para isso, pois acalma todo o sistema nervoso, mental, físico e emocional, permitindo que ele retorne a um estado de equilíbrio e relaxamento.

## 2 METODOLOGIA

A metodologia proposta é quantitativa/qualitativa de viés interpretativo, tendo como elemento central a compreensão e a valorização das interpretações dos indivíduos sobre uma determinada abordagem, pois,

Na pesquisa-intervenção, a relação pesquisador/objeto pesquisado é dinâmica e determinará os próprios caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido. É um modo de intervenção, na medida em que recorta o cotidiano em suas tarefas, em sua funcionalidade, em sua pragmática – variáveis imprescindíveis à manutenção do campo de trabalho que se configura como eficiente e produtivo no paradigma do mundo moderno (AGUIAR; ROCHA, 2007, p. 97).

Considera-se quantitativa/qualitativa em função de envolver contagens numéricas como, por exemplo, o escore atingido pelos indivíduos em algumas escalas e em alguns momentos da intervenção. O fator quantitativo não envolveu uma grande amostra e, com ele, não se pretende generalizar os dados encontrados, mas ele aponta indícios de tendências. A parte qualitativa é a principal deste trabalho e ela implica interpretar os dados de forma compreensiva e interpretativa no contexto de tempo/espaço vivenciado com os participantes.

### 2.1 SUJEITOS

Os sujeitos estudados foram oito pacientes com dores crônicas há mais de um ano, oriundos dos grupos de atividades físicas existentes no Centro de Reabilitação/Gerência Glória Cruzeiro Cristal (Porto Alegre, RS), os quais realizaram um total de 13 encontros semanais de 90 minutos cada com aplicação das práticas contemplativas. O critério norteador de inclusão na pesquisa-intervenção foi ter dor crônica por um período superior a um ano e ter mais de 18 anos. Como se tratava de uma prática complementar, não houve modificações no esquema medicamentoso de controle da dor dos usuários.

## 2.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Os participantes responderam a um questionário de dados biossociodemográficos com algumas questões norteadoras. Também foi aplicada a Escala Visual Analógica (EVA) de Intensidade de Dor de Cores e Faces, pela qual o usuário localiza sua dor em uma escala de 0 a 10, correspondendo 0 à ausência total de dor e 10, à dor máxima (Anexo 1). Na sequência, foi aplicada a Escala *Mindfull Attention Awareness Scale* (Escala de Atenção e Consciência Plena) - MAAS (BROWN; RYAN, 2003), fundamentada na regulação atencional e que inclui 15 perguntas com opções de resposta numa escala *Likert* de 1 a 6. Neste instrumento, os participantes indicam a frequência com as experiências do cotidiano. A marcação de 1 significa “quase sempre” e a de 6, “quase nunca” (Anexo 2).

O tempo de aplicação de cada escala não ultrapassou o tempo limite de 15 minutos, tendo durado, em média, 10 minutos. Durante o período das intervenções de práticas contemplativas, a escala de dor era aplicada antes do início da prática, em cada encontro, e cada participante apontava na EVA o escore de sua dor naquele dia.

Posteriormente ao último encontro de vivência das práticas contemplativas, foram agendados horários individuais para aplicar a MAAS novamente, além de um outro questionário com perguntas semiestruturadas que nortearam a entrevista sobre a dor, as percepções em relação ao programa e as mudanças de hábitos.

O presente projeto respeitou os aspectos éticos previstos para pesquisas com seres humanos, garantindo sigilo em relação aos dados coletados, anonimato, isenção de riscos, voluntariedade na participação e possibilidade de desistência a qualquer momento. Solicitou-se aos participantes da pesquisa que assinassem o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido após explanação do projeto. Os nomes dos sujeitos foram alterados para os fins desta pesquisa, de acordo com as diretrizes éticas.

### 3 INTERVENÇÃO

A intervenção neste grupo consistiu na aplicação da proposta de prática contemplativa que integra conteúdos teóricos e práticos de três elementos chave:

1. Prática da atenção plena na respiração
2. Prática da consciência corporal
3. Prática de meditação (*Mindfulness* e *Loving-kindness*)

As sessões de grupo foram dirigidas apenas pela pesquisadora. O número de oito participantes foi determinado pelo tamanho da sala disponível para aplicação das práticas contemplativas, que devia contar com a acústica apropriada (deveria ser silenciosa) e comportar espaço para uso de cadeiras concomitantemente com colchonetes espalhados pelo chão. Igualmente era fundamental oferecer o melhor acolhimento a todos os usuários participantes, já que a prática de meditação da intervenção está focada na plena atenção consciente. O plano de atividades semanal foi flexível, mas, ao mesmo tempo, centrado nas práticas de atenção plena na respiração, consciência corporal e meditação (movimento *mindfulness* e *Loving-kindness*), dado que a incapacidade física da maioria dos participantes impediu a realização de algumas práticas específicas, como, por exemplo, a do treino *mindfulness* ao caminhar. No entanto, tal como se encontra no trabalho de Kabat-Zinn (1990), isso não constitui um problema desde que os participantes sejam encorajados a focarem-se na sua experiência presente, seja ela qual for.

A observação participante acompanhou todo o desenrolar da intervenção. Observar diretamente as práticas, estando presente nas situações nas quais elas se desenvolviam foi um meio de compreender a experiência dos usuários, somando as informações assim obtidas às entrevistas. Arborio e Fournier (1999) propõem a observação como ferramenta chave das pesquisas qualitativas.

Durante o programa foram introduzidos alguns dos princípios básicos do *mindfulness*: reconhecer a tendência para estarmos em “piloto automático”, assumir um compromisso no sentido de aprender a sair do “piloto automático” e tornar-nos mais conscientes, fomentar uma postura de aceitação e gentileza para consigo mesmo e em relação aos outros, procurar intencionalmente focalizar a atenção no corpo e ver o quão difícil/fácil isso pode ser (SMITH, 1975). Também foi orientada a escuta de um áudio com uma gravação de 10 minutos sobre as diferentes fases do *body scan*.

Ao longo de todo o programa foram introduzidos exercícios de movimento *mindfulness* nos quais os sujeitos foram convidados a focar a sua atenção e a abrir a sua consciência a cada movimento realizado. A plena atenção (*mindfulness*) ao movimento permite que os participantes aprendam a perder, pouco a pouco, as suas tendências habituais de posturas incorretas e/ou outros vícios posturais e a estar no momento presente aceitando as suas limitações físicas; permite que aprendam, enfim, novas formas de estar consigo mesmos pelo trabalho de conscientização corporal. Essa experiência física permite ainda realizar um trabalho paralelo com a experiência no plano emocional. Também foram feitos exercícios de respiração *mindfulness* nos quais os participantes eram convidados a dirigir a sua atenção para a respiração, sendo guiados para diferentes partes do corpo nas quais poderiam sentir a respiração (por exemplo, nariz, pescoço, peito, abdômen). Focar a atenção nas diferentes partes do corpo por meio da respiração traz resultados físicos e mentais (por exemplo, focar a atenção no diafragma ou na zona do abdômen abranda a respiração e pode acalmar a mente e reduzir a tensão ou a ansiedade).

Até o final do programa de 13 encontros, cada sessão obedeceu à seguinte estrutura: aproximadamente 20 minutos de prática de atenção na respiração, com exercícios de atenção plena na respiração (abdominal, torácica e entrada do ar nas narinas), enfocando a consciência no momento presente, investigando a respiração com os punhos cerrados, a respiração abrindo-se para a experiência e escâner 30 minutos de prática da consciência corporal, indo ao encontro do desagradável no próprio corpo, do agradável, executando movimentos conscientes com pescoço acoplados à respiração abdominal, movendo-se com a respiração abrindo e fechando a mão, flexionando suavemente os joelhos, balançando suavemente os

joelhos em decúbito dorsal e, em decúbito lateral, realizando o balanço e deslizamento de um membro superior (MS) sobre o outro, movendo o ombro no círculo do relógio, movendo-se na torção suave da coluna e sentado, abrindo e fechando as mãos, com as mãos em prece movimentando lado a lado os cotovelos, deslizando o pé para frente, balançando o pé ao lado, torcendo a coluna levemente para cada lado, rolando os ombros, circundando os ombros novamente, com braços se abraçando e simulando a ação de despir uma camiseta, sempre acompanhando a inspiração e a expiração; e 30 minutos distribuídos entre relaxamento *body scan* (consciência corporal) e meditação silenciosa com ancoragem na respiração e na contagem da respiração. Nesta última fase da atividade, os participantes deviam nominar e deixar passar os pensamentos, sensações e emoções intensas sem retê-los.

Ao longo das 13 semanas foram enfatizados os diversos pilares atitudinais que dão suporte à meditação *mindfulness*, tais como ter paciência, confiança, não julgar, aceitar, desprender-se, deixar ir, estar aberto/receptivo a todos os aspectos da vida.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 DADOS BIOSOCIODEMOGRÁFICOS E ESCALAS

Os dados quantitativos foram obtidos pelo questionário biosociodemográfico nas questões atinentes a prevalência de sexo, cor, patologias diagnosticadas, nível de escolaridade, bem como em relação à média de idade dos participantes, que foi de 64,5 anos (conforme a Tabela 1).

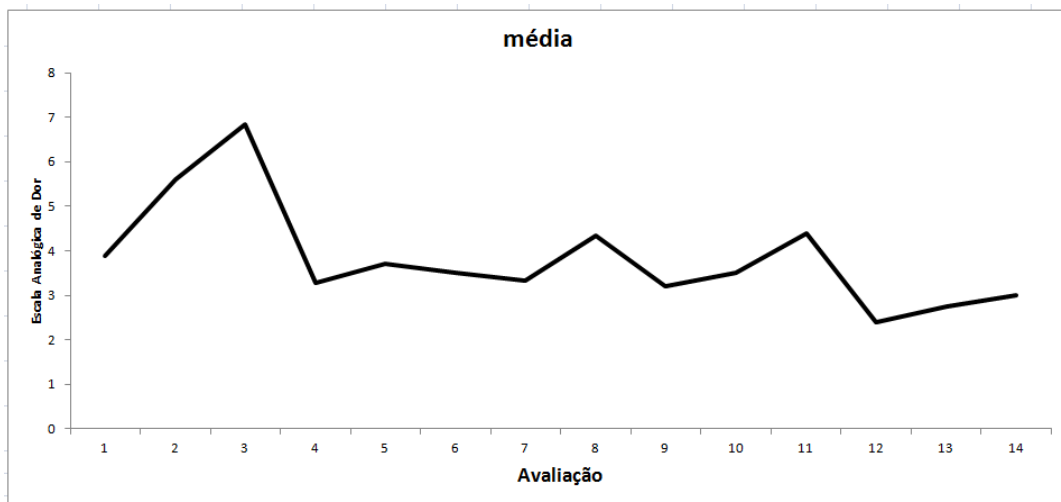
**Tabela 1 - Dados biosociodemográficos**

Paciente	Idade	Cor	Sexo	Ocupação	Diagnóstico clínico	Grau de escolaridade
1	45	N	F	Doméstica	AVC à direita + entorse tornozelo	7ª série
2	83	B	M	Aposentado: metalúrgico	AVC à direita	6ª Série
3	82	P	M	Aposentado: chapeador	AVC à esquerda + OA ombro esquerdo	1º Grau completo
4	75	B	F	Aposentada: func. pública	Neuroma na coluna vertebral	4ª Série
5	67	P	M	Aposentado: manobrista	AVC à direita + tendinite ombro esquerdo	5ª Série
6	62	B	M	Aposentado: téc. contab.	AVC à esquerda	2º Grau completo
7	56	N	M	Aposentado: ascensorista	AVC à direita	2º Grau incompleto
8	44	N	M	Babá	AVC à direita	5ª Série

Os participantes, seis homens e duas mulheres, com idades entre 44 e 83 anos (média = 64,5; desvio padrão 15,3), ofereceram-se para participar da pesquisa. Todos relataram viverem com dor crônica persistente durante um período que variava entre um e 10 anos. Cinco participantes descreveram sua dor como constante, e três descreveram sua dor como intermitente com flutuações dos

sintomas. Cinco participantes relataram que a dor interferia muito no seu cotidiano, e três, que a dor interferia moderadamente. Todos relataram que já tinham realizado vários tipos de procedimentos terapêuticos para aliviar a dor, entre eles fisioterapia e medicação.

Os dados da Escala Visual Analógica (EVA) de intensidade de dor, de cores e faces, permitiu verificar a média de dor apresentada pelo grupo.



**Figura 1-** Média de dor apresentada pelo grupo

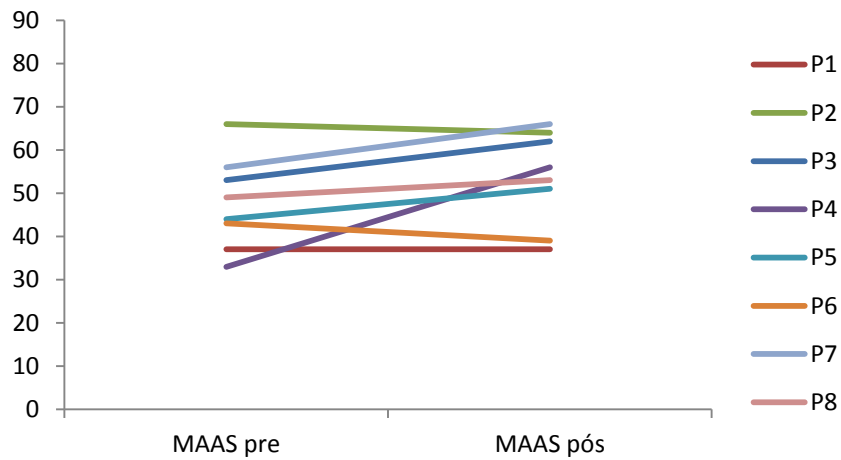
A média aponta a tendência para a diminuição da dor ao longo da intervenção com prática contemplativa no grupo.

Caudill *et al.* (1991), que acompanharam 109 pacientes com dor crônica e que praticaram meditação, constataram uma notória redução de consultas no ambulatório especializado de dor. Segundo eles, tal redução teria proporcionado, em um ano, uma economia de 12 mil libras e, em dois anos, de 23 mil libras na Inglaterra.

McCarberg *et al.* (1999), por sua vez, aplicaram um programa que incluía oito semanas de meditação a um grupo com dor crônica, comparando-o a um grupo ao qual foi fornecido apenas material de leitura explicativa sobre seu problema. O grupo dos meditadores mostrou maior autocontrole e satisfação diante da equipe médica.

Na Tabela 2, são apresentados os dados coletados pela Escala de Atenção e Consciência Plena (MAAS).





**Figura 2-** Escala MAAS

**Tabela 2** - Valores da Escala de Plena Atenção (MAAS) antes e após a intervenção

Paciente	MAAS antes	MAAS após
<b>P1</b>	37	37
<b>P2</b>	66	64
<b>P3</b>	53	62
<b>P4</b>	33	56
<b>P5</b>	44	51
<b>P6</b>	43	39
<b>P7</b>	56	66
<b>P8</b>	49	53
<b>Média</b>	47,6	53,5
<b>DP</b>	10,7	10,9

A análise estatística foi realizada pelo programa *Wilcoxon Signed Ranks Test*, que apontou um  $p < 0,07$  com resultado não significativo. Sabemos que o fato de não aparecer uma evidência não é endema de falta. Como é possível observar na Tabela 2, cinco participantes obtiveram aumento na pontuação da Escala de MAAS.

Esses dados revelam que 60% da melhora da plena atenção está correlacionada com os participantes que mantiveram uma boa frequência de assiduidade no grupo de prática contemplativa e, conseqüentemente, com escores melhores de redução da dor.

Estudos que apontam a correlação com consciência e medidas de dor, sofrimento emocional, incapacidades e uso de medicação em pessoas com dores crônicas têm sido relatados por MacCracken *et al.* (2006) e por MacCracken, Gauntlet-Gilber e Vowles (2007). Da mesma forma, um estudo qualitativo no qual foram analisados os efeitos da meditação *mindfulness* em adultos mais velhos com dor crônica, revelou que os participantes tinham chegado a experimentar uma redução de sua dor e uma melhora global em habilidades de atenção e qualidade do sono (MORONE *et al.*, 2008).

## 4.2 ENTREVISTAS

Por meio de entrevistas semiestruturadas, os participantes tiveram a oportunidade de falar sobre suas experiências após o período de formação do grupo e intervenção com prática contemplativa. Os nomes dos sujeitos foram alterados para manutenção do anonimato. Durante as entrevistas iniciais, pôde-se perceber que os participantes se encontravam predominantemente focados em seus problemas, medos, frustrações e dúvidas. Eles usaram palavras imbuídas de peso emocional expressando como lutavam para encontrar um diagnóstico e como buscavam tratamentos para aliviar o seu sofrimento. Em particular, o medo do que seria essa dor para a vida foi um tema recorrente em suas narrativas. Alguns apontaram que suas dores provinham do trabalho repetitivo, da coluna, de quedas, de encurtamento muscular ou de acidente vascular encefálico.

Todos apontaram que já haviam realizado algum tipo de tratamento com medicação, fisioterapia, osteopatia, alongamentos... Relataram que a dor interferia bastante no seu cotidiano. A principal questão norteadora da entrevista foi: “Qual foi a influência da prática contemplativa no seu cotidiano?”. As entrevistas duraram em média trinta minutos e foram realizadas em uma sala apropriada (somente com a presença do pesquisador e do entrevistado).

As entrevistas estruturadas foram gravadas após a aceitação dos pacientes e transcritas para posterior análise. Segundo Metzler, Carpena e Borges (1994), a pesquisa qualitativa não tem um caminho metodológico claro, mas os procedimentos podem auxiliar no trabalho inicial do investigador, sendo eles:

1. Fazer uma leitura completa de cada descrição, para captar o sentido do todo.
2. Captar o sentido do todo e, então, voltar ao início para discriminar as unidades de significado, conforme uma determinada perspectiva (psicológica ou educacional) e com o foco no fenômeno que está sendo investigado.
3. Delinear as unidades de significado, retomar todas as unidades, reescrevendo-as em função do fenômeno que está sendo investigado, ou seja, fazendo uma transformação das unidades de significado em linguagem educacional.
4. Realizar a síntese de todas as unidades transformadas em uma perspectiva consistente. Isto de acordo com a estrutura da experiência, que pode ser expressa em diferentes níveis” (METZLER *et al.*, 1994, p. 77).

Assim, após definirmos as unidades de significado, elas foram reescritas e organizadas em unidades temáticas, contemplando a sua descrição e interpretação as repercussões da abordagem de práticas contemplativas no cotidiano dos participantes com dores crônicas. E, posteriormente, elas foram reintegradas em categorias mais amplas aglutinadoras dos significados atribuídos pelos participantes e de suas percepções. A seguir, são apresentadas e discutidas as categorias.

#### **4.2.1 Percepção/Acolhimento**

A partir do primeiro encontro, a cada participante foi solicitado que simplesmente estivesse com a sua dor. Para isso, o participante devia adotar uma determinada postura (sentado ou deitado) e, durante um momento, respirar em sua dor e assistir à respiração, notando quaisquer pensamentos que pudessem surgir e levando suavemente a sua atenção de volta à respiração. À medida que as semanas progrediam, os participantes começaram a relatar uma consciência crescente de diferentes sensações que acompanhavam a dor. Isso, por sua vez, possibilitou que eles ficassem mais familiarizados com o padrão da própria dor, o que, ao longo do tempo, levou-os a sentir menos medo ou a sentir-se menos alarmados. Assim, os participantes percebiam as suas experiências de dor.

Logo a seguir, começaram a explorar a ideia de que, se eles pudessem tornar-se mais conscientes desses sinais de alerta, poderiam retardar, parar, mudar de atividade ou posição, em resposta, ao invés de ficarem na reação da dor. Em seguida, eles perceberam como evitar um surto de seus sintomas de dor ou, pelo menos, diminuir os seus efeitos.

Ao longo das semanas e à medida que assimilavam as atividades, incluindo posturas sentadas e deitadas, os participantes começaram a reconhecer a diferença entre sentir-se tensos ou relaxados em relação a sua dor. Isso significa que eles foram capazes de perceber por si mesmos que as tensões exarcebavam suas dores. Mário, que vive com dor crônica há 10 anos, explicou: "Aprendi que grande parte da minha tensão só aumenta minha dor. Respirar e fazer os movimentos com atenção me acalma".

Tornando-se mais atentos em relação à natureza da própria experiência da dor, eles perceberam que o cansaço poderia levar à exaustão, respiração superficial, estresse e tensão e que isso poderia deixar os músculos tensos ou provocar espasmo muscular, que, por sua vez, poderiam transformar-se, causando um aumento da dor. Ao longo das aplicações das práticas contemplativas, tornou-se evidente para mim que os participantes estavam passando por significativas mudanças em relação à sua experiência de dor. Isso pôde ser constatado não só pela observação de todos os participantes dentro do grupo, mas também nas narrativas individuais dos participantes. Carlos percebeu, graças às práticas contemplativas, que "provavelmente, 90% do tempo eu sou agitado e isso interfere nas minhas atividades do dia a dia".

Autores como Hayes e Forsyth (2014) demonstraram num estudo sobre *Mindfulness* e tolerância à dor que a experiência de desconforto, quando percebida de forma aberta e sem julgamento, é capaz de estimular no indivíduo habilidades como a tolerância e a flexibilidade psicológica.

Todos os participantes relataram uma mudança em relação à forma de sentir sua experiência e de compreender a dor.

Outro participante, Beto, disse: "A maior revelação tem sido perceber como sou explosivo e como isso me faz mal; tenho respirado e me acalmado". Foi consensual a constatação de que o estresse aumenta a dor, levando-a a níveis

insuportáveis. Os participantes foram incentivados a utilizar a respiração, o relaxamento e a meditação para interceptar esses ciclos.

#### **4.2.2 Aceitação/Apaziguamento**

Antes de iniciarem as práticas contemplativas, uma percepção comum entre os participantes foi a de que a sua dor era "imutável e que tudo estava muito além do controle" deles. Ao longo da intervenção, essa percepção de dor foi alterada. Por exemplo, Rosa disse: "lembrei que antes de frequentar o grupo, tinha a minha dor como eterna e, com a percepção que eu tive através do que realizei, eu vejo que tudo está sempre mudando".

Após a conclusão das práticas contemplativas, percepções de dor como "sólida" ou "eterna" foram substituídas por uma visão da dor como algo que estava em processo e sujeito a fluxo. Da mesma forma, a visão predominante de que a dor era algo além de seu controle também pôde ser ampliada. Pelas práticas contemplativas, os participantes tornaram-se mais receptivos à ideia de que eles podem escolher a forma de responderem às suas circunstâncias. Rosa comentou: "Enquanto eu realizo as atividades, eu percebi que eu poderia não ser capaz de mudar a dor ou a realidade externa. Eu poderia mudar a forma como eu me relaciono com a minha dor". Com essa mesma consciência, vários participantes descreveram que, anteriormente, uma grande quantidade de sofrimento e tensão era despendida na tentativa de não ter dor. Rosa lembrou: "Antes eu estava lutando, lutando contra a dor, doença no meu corpo". Aprender novas ferramentas e técnicas práticas para a gestão da dor (que incluíram respirações e movimento consciente) possibilitou aos participantes obter um aumento da sensação de calma, controle e confiança. Como resultado, eles estavam menos temerosos ou consumidos pela dor constante ou pela imprevisibilidade da dor flutuante. Isso foi particularmente evidente no caso de Rosa, que lutava para lidar com a dor flutuante. Na entrevista, Rosa relatou que temia ficar com dor "para a vida toda" e que a dor estava impedindo-a de realizar determinadas atividades ou exercícios.

Durante a prática, Rosa foi se apropriando de técnicas para obter conhecimento e entendimento. Ela comentou: "Eu sei agora que, se eu passar por

outro momento ruim com minhas dores, mesmo que eu não consiga parar a dor, eu posso impedi-la de acabar com meu dia”. Baseando-se na sua experiência, Rosa foi capaz de diminuir a reatividade à dor e de compreender o padrão de sua dor. Isso não só lhe deu confiança, mas também uma maior sensação de controle.

Estudos utilizando tarefas comportamentais mostraram que o treino da meditação pode modular mecanismos atencionais e aumentar a capacidade do processamento de informação mediante um maior controle da distribuição dos recursos mentais (CARTER *et al.*, 2005; SLAGTER *et al.*, 2007). Após o desenvolvimento de conscientização, mais participantes relataram ser capazes de lidar com as suas dores. Por exemplo, Ana refletiu: “antes de participar das atividades propostas, não percebia como sobrecarregava o meu corpo. [...] O que estas atividades me fizeram foi me darem [sic.] de volta o controle”.

Os participantes foram estimulados a ouvir os seus próprios sinais e sintomas corporais. Muitos participantes relataram terem repetido, no seu dia a dia, os exercícios de respiração ou alguns movimentos e feito pequenas pausas para meditação no decorrer da semana. Naturalmente, vários participantes reconhecem que, embora eles não possam "livrar-se do sofrimento físico", eles podem mudar a maneira emocional de reação a esse sofrimento. Com o passar do tempo, os participantes começaram a descobrir que, em vez de brigarem com a dor, eles poderiam mudar a sua relação com ela e desenvolver um acolhimento menos reativo. Por exemplo, José começou a tentar "não reagir à dor, porque isso pode aumentar a tensão. A raiva e a tensão estavam fazendo a minha dor pior". Da mesma forma, João descobriu que "quando você está com dor, você está mais tenso, e que a tensão aumenta a dor, por isso é um círculo vicioso”.

Por meio da meditação, os participantes aprenderam a desenvolver um meio de interceptação desse "círculo vicioso" estando mais presentes e focados em ouvir seus corpos. Ana, por exemplo, declarou ter encontrado um modo melhor de lidar com a sua dor: “eu levo a respiração para o desconforto”. Ao invés de ensiná-los a resistir a sua dor, a meditação colocou os participantes frente a frente com sua experiência direta. Os participantes foram descobrindo como acalmar a mente e, pelas técnicas praticadas (como "respirando na dor" ou, simplesmente, "perceber a respiração"), foram capazes de mudar a sua percepção da dor. Por exemplo, Mario disse: a ligação entre o ar e a dor, como mudar a respiração pode realmente ter um

impacto direto sobre a minha percepção da dor”. Da mesma forma, Carlos destacou estar “mais presente ao usar o meu corpo no dia a dia.” E acrescentou: “Só agora que estou realmente aprendendo a respirar para dentro da dor e não resistir a ela. Viver com dor significa aprender essa diferença.

Em geral, os participantes permaneceram realistas sobre os seus sintomas de dor em curso, mas se sentiram mais confiantes, pois dispunham de ferramentas práticas para ajudá-los a lidar com ela no seu cotidiano. As práticas contemplativas forneceram um contexto para a visualização de dor como parte de um processo, e, nesse sentido, sujeita a alterações, e, assim, os participantes da pesquisa puderam deixar de vê-la como absoluta ou eterna. Eles não se mostraram (e nem foram incentivados para isso) passivos diante de suas dores crônicas; muito pelo contrário: se organizaram de alguma forma para tentar lidar com a dor. Carlos contou: “Obtive mais foco e estou realizando as coisas com mais calma, sou agitado, preciso dar continuidade ao que aprendi reservando um tempo para me aquietar”. Novas práticas contemplativas que têm surgido aplicadas ao campo da saúde visam a ir além da normalização de sintomas de determinada patologia. Alguns usuários relataram que outrora ficavam em casa “brigando com sua dor”, depressivos e melancólicos com as suas algias, mas, após iniciarem a prática contemplativa disseram ter vivenciado uma mudança na maneira de aceitar o adoecimento e os demais problemas da existência. Novos modos de viver se configuram permitindo aos usuários uma vida menos dolorosa e uma perspectiva mais animadora.

Em conformidade com esses resultados da investigação, os participantes relataram uma alteração significativa na sua relação com a dor em direção a uma maior aceitação. Conseqüentemente, um quadro mais coerente está começando a emergir de estudos qualitativos mostrando que práticas baseadas em *mindfulness*, disponibilizadas por meio de cursos como os do Breathworks (BURCH, 2008), de redução do estresse também baseada em *mindfulness* (KABAT-ZINN, 1990), e terapia cognitiva baseada em *mindfulness* (SEGAL; WILLIAMS; TEASDALE, 2002) estão fornecendo aos participantes as ferramentas necessárias para gerenciarem ativamente e, assim, transformarem sua experiência da dor crônica e da doença.

Em sua investigação, Brown e Jones demonstraram que o tratamento baseado em *mindfulness* em pacientes com dor musculoesquelética crônica melhorou o bem-estar mental dos pacientes e sua sensação de serem capazes de

controlar os seus sintomas de dor. Essas melhorias foram relacionadas a mudanças nos padrões de atividade em regiões do cérebro envolvidas com o controle cognitivo e a regulação emocional.

#### **4.2.3 Autoconhecimento/Autocuidado**

Ao longo da intervenção, foi possível observar e compreender que os usuários estavam alienados do seu próprio corpo. A experiência com as práticas contemplativas contribui para eles aprenderem a sentir o próprio corpo. Os participantes passaram a olhar para o próprio corpo e a adotar hábitos de autocuidado, respeitando as próprias possibilidades e limites. As práticas contemplativas ensinam os usuários a perceberem e se apropriarem do corpo pela experimentação. Nesse sentido, as práticas contemplativas realizadas no projeto são práticas contemplativas em saúde com uma dinâmica vital singular. A participante Rosa relata: “Foi muito bom participar do Grupo de Práticas Contemplativas (GPC), ajudou bastante o corpo físico e a minha mente”. E acrescenta:

O GPC trouxe contribuições diferentes dos demais tratamentos, pois havia exercícios leves com mais consciência e aprendi recursos novos como respirar fundo e deixar os pensamentos passarem e tenho aplicado às minhas dores. Hoje acesso mais o que se passa comigo.

Salienta também que a prática interferiu na forma como realiza suas atividades da vida diária (AVD), pois não faz as coisas de forma apressada.

Pensa em dar continuidade às práticas contemplativas, usando tudo o que aprendeu, de acordo com a situação que aparecer, e acha que é muito bom introduzi-las no SUS, pois as pessoas estão muito desanimadas, e essa prática encoraja a pessoa. “Não vi o tempo passar nestes 3 meses e sofri um infarto logo que terminaram as práticas e percebi que não fiquei assustada, percebi que as práticas contemplativas possibilitaram não me desesperar.”

As práticas contemplativas são práticas de educação para o Ser que qualificam os encontros, estimulam o autoconhecimento e o reencontro do sujeito consigo mesmo, prejudicado pelo sofrimento ao longo da vida.



Beto disse:

As PC trouxeram contribuições diferentes dos demais tratamentos, hoje tenho maior conforto comigo mesmo, tenho repetido as respirações e meditações e me sinto mais calmo, meu comportamento era muito explosivo, hoje me sinto mais seguro, eu era muito isolado.

Um dos principais componentes da prática contemplativa captado e mencionado pelos participantes foi o fato de terem se sentido acolhidos em um espaço seguro onde puderam vivenciar as suas experiências e aprender novas práticas para gerenciar a sua dor. Não é uma questão de conhecimento racional ou de entendimento, mas de adesão socioemocional a um conjunto de práticas que contribuem para ressignificar a dor e o sofrimento. O que os usuários com dores crônicas procuram ao aderir à proposta é uma forma de aliviar o sofrimento e curar suas dores. Contudo, o que encontram é uma possibilidade de transformar o sofrimento pela prática contemplativa. Experimentam novos valores por meio da atenção plena.

Menezes (2009) relata que as práticas contemplativas regulares contribuem para a saúde mental das pessoas. As pessoas que participam de práticas contemplativas gozam de maior sanidade mental. A redução da ansiedade e da depressão está associada às atividades contemplativas. Além disso, os autores afirmam que os benefícios não se reduzem aos participantes, mas se estendem para as pessoas envolvidas indiretamente nas atividades, tais como familiares. Elas tornam-se mais dispostas para encarar a vida com suas vicissitudes e aprendem a lidar melhor com o sofrimento.

Os participantes elencaram algumas ferramentas que incorporaram no seu dia a dia e que possibilitam manter o autocuidado: respirações caminhando, respiração focada, alguns movimentos corporais, observação dos pensamentos, aquietamento e meditação silenciosa.

#### **4.2.4 Relação Social/Afetiva**

Ressalta-se que estes usuários não buscam apenas se curar, mas também estabelecer ações e teias afetivas rompidas. Uma estratégia para isso é a

elaboração de grupos constituídos em torno de práticas contemplativas. Já foi demonstrado que os coletivos solidários reforçam o vínculo social e o sentimento de pertencimento. As práticas contemplativas resgatam o valor dos usuários revitalizando trocas afetivas baseadas no acolhimento, cuidado e atenção. Movimentar-se conscientemente recebe uma significação que minimiza o sofrimento da experiência humana. A possibilidade de agenciamento dos sujeitos nas práticas contemplativas nos ajuda a compreender a importância destes trabalhos e até mesmo das emoções.

A dor, como sensação ou discurso, forma uma linguagem social entre os usuários com dores crônicas. Essa linguagem, que é compartilhada ao longo da permanência nas práticas contemplativas, permite a produção de laços de amizade que levam à formação de identidades e sentimentos de pertencimento. A tensão entre individualidade e pertencimento coletivo, entre indivíduo e sociedade é amenizada em virtude de um *télos* comum: a prática contemplativa coletiva.

Observar discursos e práticas contemplativas implicou analisar como os usuários pensam a si próprios e aos outros, compartilhando espaços, sentimentos, sensações e identidade. A dor crônica é uma forma de expressão do existir da pessoa, um mal-estar na cultura que se exprime na superfície corporal. A dor se distingue de uma simples mensagem sensorial. Quando integrada em termos de significação, a dor nunca é propriamente fisiológica. A anatomia e a fisiologia são insuficientes para entendê-la. A forma pela qual o homem se apropria de sua relação com o mundo e com seus pares compõe uma trama decisiva para sua apreensão (LE BRETON, 1995).

Para Gaspard (2009), não podemos negar que os tormentos pós-modernos privilegiam as experiências sensoriais e emocionais da dor. A dor crônica é uma manifestação corporal do sofrimento oriundo de relações opressivas. O sofrimento diante da existência é somatizado, podendo se concretizar em um diagnóstico de dor crônica. Trata-se, portanto, da somatização do mal-estar gerado pelas precárias e dolorosas relações socioculturais existentes entre as pessoas.

Mauss (1974), ao discutir a dádiva entre as culturas, afirma que a aliança nasce de uma expressividade coletiva e compartilhada (gestos, rituais, trocas) que envolve todos os membros do grupo, acionando, para isso, os recursos afetivos, cognitivos, materiais e espirituais existentes na comunidade. Do mesmo modo, a

construção da aliança nas práticas contemplativas exige que o conjunto de recursos materiais e simbólicos disponíveis circule permanentemente, envolvendo todos os participantes em ações recíprocas de doações, recebimentos e retribuições – de amor, carinho, afeto, cuidado. A dádiva nas práticas contemplativas consiste, portanto, num conjunto de ações, de prestações e trocas que circulam a partir do dar, receber e retribuir pelo cuidado que produz alianças, vínculos, reciprocidades.

Neste estudo procuramos resgatar a categoria dádiva (ou dom) de Marcel Mauss (1974), ressaltando que a dádiva gera prestações recíprocas, livres e espontâneas mas obrigatórias ao mesmo tempo. Temos como exemplo a amizade entre os participantes com dores crônicas, que, inseridos em práticas contemplativas no âmbito da saúde, buscam um tipo de “terapia” para seu adoecimento e acabam produzindo e partilhando novos sentidos e significados sobre o sofrimento. A amizade entre esses usuários contribui para a geração de uma identidade coletiva baseada no cuidado e nas trocas afetivas. Isso não significa que todos os usuários se tornem amigos, mas foi possível observar e ouvir relatos de usuários que estenderam a convivência para além do projeto.

Se o mundo neoliberal e individualista em que vivemos não estimula vínculos sólidos, mas apenas vínculos contratuais baseados no cidadão como consumidor, a dádiva pode, ao contrário, revelar-se como circulação gratuita entre os usuários fundada no cuidado do outro que padece de dores intensas. O sistema capitalista desvaloriza o bem dado ao próximo, transformando-o em mera relação utilitária de consumo. O espírito das coisas (o *hau*), descrito por Mauss (1974), é perdido na sociedade de consumo. O *hau* é desvalorizado nas relações afetivas, emocionais, comerciais, sociais, profissionais, de saúde. A dádiva deixa de ser presente (um dos sentidos etimológicos da palavra) para se tornar veneno (outro de seus sentidos etimológicos).

Ao se agregarem em torno da prática contemplativa no contexto da saúde, os usuários ampliam a sua saúde e a vitalidade e, a partir disso, encontram mais disposição e coragem para enfrentar a “psicopatologia da vida cotidiana” (Freud, 1996 [1901]). Esse encontro entre eles e com o profissional de saúde (no caso, a pesquisadora fisioterapeuta), aumenta a sua “vontade de potência” (Nietzsche, 2011) expressão que designa a atitude de dizer “sim” à vida. É o prazer de querer viver. Se quisermos utilizar o termo de Spinoza (2005), poderíamos dizer que esses

encontros afetivos aumentam a “potência da vida” ou a “potência do agir”. A vitalidade é ampliada, e eles(as) se sentem acolhidos.

O cuidado, caracterizado pela atenção, zelo, responsabilidade de uns em relação aos outros e a si mesmos, revela uma construção de sentidos e significados que vão na contramão da lógica dominante. A maior dádiva que este grupo pode se dar é a de fazer circular o cuidado, a atenção e o carinho entre seus membros. Trata-se de uma circulação gratuita, livre e espontânea, mas também obrigatória, para que possa gerar reciprocidade e vínculo. Aprender a cooperar uns com os outros é fundamental nesta proposta de prática. Enquanto a sociedade competitiva é individualista, estabelecendo vencedores e perdedores, as práticas contemplativas em grupo procuram ressaltar a participação conjunta. É isso o que parece constatar Carlos quando afirma: “Aprendi a respirar melhor e a prestar mais atenção em mim. Estou mais calmo e, hoje, presto mais atenção ao que ocorre comigo e com a outra pessoa”.

#### **4.2.5 Educação do SER/SUS**

Os participantes, na sua totalidade, salientaram a importância de o SUS oferecer Práticas Integrativas e Complementares (PIC), referindo-se especificamente às práticas contemplativas. Os participantes apontaram os seguintes aspectos: “oferece maneiras de se tranquilizar, é efetiva contra o estresse, ajuda a lidar com as questões pessoais, possibilita vivenciar a melhora, encoraja pessoas desanimadas, traz alívio, desenvolve a atenção, interesse e leveza, sentindo-se a melhora”.

Sabemos que a meditação e outras técnicas contemplativas e de relaxamento já vêm sendo utilizadas em sistemas de saúde de alguns países, como Nova Zelândia (DUKE, 2005), Canadá (GAVIN; BOON, 2005) Austrália (MCCABE, 2005), Reino Unido (ERNST; SCHIMDT; WIDER, 2005) e Estados Unidos (SPIEGEL; STROUD; FYFE, 1998), sob a designação de Medicina Complementar Alternativa (*Complementary and Alternative Medicine - CAM*). No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 971/2006, e baseado em um documento da OMS, aprovou a utilização de práticas complementares como meditação e ioga (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO, 2006). Todavia, ainda são

escassas as publicações científicas sobre a utilização da meditação no SUS, embora, certamente, ela seja utilizada na prática clínica e privada. Tem-se notícia de quatro grupos de pesquisa que vêm trabalhando na área: o do Departamento de Psicobiologia da UNIFESP; o da Clínica Escola de Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), onde é oferecido um tratamento terapêutico gratuito à população; o do programa de Ciências Médicas da Universidade de Brasília (UnB); e o da Divisão de Psicologia Aplicada do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Ao longo do processo de intervenção, pudemos compreender que a saúde não pode ser categorizada apenas a partir de dados físicos ou biológicos. A multiplicidade de estudos epidemiológicos presentes na formação tradicional dos vários profissionais da saúde, ainda que importante, não dá conta do sofrimento ontológico presente em cada ser humano. As relações dos usuários com seu corpo, com seu sofrimento e seu adoecimento revelaram-se também como relações sociais. Na medida do possível e de forma pontual, exploramos a complexidade dessas dimensões ao longo das sessões com a prática, pois as relações sociais podem contribuir tanto para o adoecimento como para a recuperação da saúde.

Algumas características similares dos pacientes levaram ao compartilhamento de ações, gerando uma solidariedade interna mobilizada no interior do grupo. Isso produziu gradativamente uma regulação recíproca de afeto, cuidado e atenção que proporcionou a confirmação social da visibilidade de cada usuário como um sujeito que merece acolhimento num serviço terapêutico não farmacológico voltado para o alívio do sofrimento.

Podemos afirmar que alguns usuários podem ter encontrado novos sentidos para o viver a partir das sessões de práticas contemplativas. O vazio de sentidos (LUZ, 2001) pôde ser preenchido por meio de mecanismos de solidariedade e cordialidade, inclusive nas práticas contemplativas coletivas. Não se trata aqui de argumentar em prol das maravilhas da prática contemplativa a partir de um otimismo ingênuo, mas sim da observação a partir da intervenção. Durante nossa pesquisa, foi possível compreender que os usuários guardam dentro de si um sofrimento contínuo calado. Em virtude da intensidade crescente, da opressão e da impotência para se libertar desse sofrimento, este se expressa na forma de dor corporal.

Segundo Menezes e Dell’Aglio (2009), a meditação pode ser inserida no âmbito da saúde na condição de técnica capaz de produzir determinados benefícios, promovendo maior saúde física e mental. A técnica em si é capaz de gerar uma série de respostas físicas e psicológicas que podem auxiliar na prevenção de inúmeras condições, especialmente daquelas resultantes dos efeitos deletérios do estresse, no manejo de problemas de saúde já estabelecidos, assim como na promoção da saúde mental. Dessa forma, a meditação é uma atividade que pode ser utilizada em um contexto terapêutico, desde que as condições e as peculiaridades da situação de quem está sendo tratado sejam respeitadas.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Durante o curso deste trabalho, ficou evidente para mim que os participantes ainda estavam vivendo com a dor; no entanto, o que também era patente era que o sofrimento que os acompanhava, não mais os abalava como antes. Os participantes começaram a relatar uma mudança na autopercepção e na sua consciência corporal. Em vez de temer, bloquear, ou resistir a sua dor, eles estavam começando a encontrar maneiras de manejar a dor e aceitar a viver com ela. As práticas foram um conjunto de ferramentas disponibilizadas para gerenciar suas dores e possibilitaram aos participantes romper um ciclo temporal de sofrimento. Esse ciclo vicioso era composto pela memória da dor passada, que era projetada para o futuro, em forma de medo. Em vez disso, os participantes do projeto foram adotando paulatinamente a auto-observação, ampliando a consciência e alterando os padrões automáticos de reação. Como este estudo não está baseado em uma ciência experimental e nem procura identificar leis, não nos cabe fazer afirmações conclusivas que se pretendem verdadeiras sobre os benefícios das práticas contemplativas em usuários com dores crônicas, mas somente considerações válidas para nosso campo de estudo e nossas questões de pesquisa. Ao longo da pesquisa-intervenção constatamos dois sentidos atribuídos pelos usuários à saúde a partir da prática contemplativa desenvolvida: (1) saúde é autoconhecimento e autocuidado e (2) saúde é relação social e afetiva. A prática contemplativa utilizada no Centro de Reabilitação não se propõe a curar pacientes, mas sim a ajudá-los a resgatar algo significativo em suas vidas que, em algum momento, foi perdido:

resgatar o próprio ser, conhecer o corpo, senti-lo e ouvi-lo a fim de que possam adquirir autonomia e incentivo para o autocuidado.

Esses usuários manifestaram o sentimento de se sentirem cuidados durante a intervenção. Vários aprenderam a revitalizar a existência criando novos padrões e resgatando o autocuidado. Se o corpo tem uma lógica de expressão patológica que é a dor crônica, ele também pode se expressar com vitalidade e alegria. Assim, o sentido do autoconhecimento foi destacado pela maioria dos usuários ao afirmarem que tinham tido a oportunidade de aprender mais sobre como cuidar do corpo, da saúde e de si mesmos. Isso posto, as práticas contemplativas coletivas, constituem-se uma estratégia diferencial de revitalização da saúde. O caráter de aceitação e quietude de algumas atividades é essencial para resgatar o controle e a autoestima tão minados na dor crônica.

Diante disso, é preciso ressaltar que as práticas contemplativas são momentos de sanidade. A sanidade possui sempre um espaço para a liberdade e a criatividade. A possibilidade de criar diz respeito a novos significados para o viver. Se as pessoas perderam a vontade de viver, se elas sentem um esvaziamento de sentidos em razão do sofrimento vivenciado, o momento criativo surge como a possibilidade de dar um novo sentido à existência. Novos valores que favorecem a expansão da vitalidade e da saúde são construídos individualmente e coletivamente durante a permanência nas práticas contemplativas, de modo que os encontros proporcionam aumento de tranquilidade e satisfação.

Mauss (1974) afirma que a consciência é “invadida” por ideias e sentimentos que são totalmente de origem coletiva. Para nós, a categoria consciência é afetada pela coletividade, no caso que nos ocupa, pelo grupo de usuários e pelo profissional de saúde unidos por um propósito único: viver com bem-estar. Sentimentos de abandono, desespero, desequilíbrio emocional, tristeza, melancolia, são comuns em usuários com dores crônicas, porém este estudo nos permitiu compreender e inferir que a participação em práticas contemplativas provoca um salto na qualidade de vida a partir da sociabilidade gerada.

Os participantes desta pesquisa-intervenção avançaram no aprendizado de perceber o próprio corpo, respeitar seus limites e mudar o que carece de mudanças. Não se buscou a cura, mas o restabelecimento da aceitação, repleta de potência de agir, existir, viver. A prática contemplativa pode ser considerada uma estratégia não

farmacológica e eficaz para usuários diagnosticados com dores crônicas, permitindo a produção de novos sentidos para o viver por meio da saúde com autoconhecimento, acolhimento, afeto. Ressalta-se a necessidade de realizar mais estudos, tanto qualitativos como quantitativos, a fim de se investigar as inúmeras lacunas teórico-metodológicas existentes neste trabalho. Nenhum pesquisador – de qualquer área do conhecimento – tem condições de fornecer um conhecimento completo da prática contemplativa e da dor crônica, sua etiologia e os melhores tratamentos, assim como acontece em outros campos teóricos que lidam com a complexidade do viver. Há necessidade de novas pesquisas no campo da saúde pública, do ensino e da educação, de modo a complementar esta análise, contribuindo para fomentar a inserção das práticas contemplativas no SUS.

Se o corpo se tornou central nas experiências contemporâneas, as queixas somáticas trouxeram novas interrogações e deram lugar a novas categorias médicas. O sofrimento é a experiência de perda do sentimento comum e da possibilidade coletiva de se comunicar e interagir. E as práticas contemplativas, conforme pudemos compreender, permitem ressignificar esse sofrimento. Um método tão primordialmente subjetivo gera ação ao ser vivenciado por cada pessoa, ação com atenção e responsabilidade para consigo e para com a comunidade. Diante das pesquisas atuais sobre o tema, conforme descrito acima, na revisão teórica e, parece-me clara a tendência para a meditação ser cada vez mais ensinada em larga escala, com mais pessoas podendo experimentar seus efeitos. Cada vez mais pesquisadores poderiam se interessar pelo assunto, bem como incluir as referidas práticas entre os vários recursos hoje já disponíveis na saúde, disponibilizando o método em unidades hospitalares e ambulatoriais. Trata-se de uma prática que pode ser ensinada à população pelos próprios profissionais de saúde. Isso viabilizaria a meditação como instrumento de saúde preventiva em unidades de saúde (CARDOSO, 2011). Afinal, um método como este, simples, de baixo custo, com inúmeros benefícios e tão agradável, teria plenas condições de se tornar um instrumento fundamental na prevenção de várias doenças. Essas são as minhas esperanças; não sei o que está reservado para as práticas contemplativas, mas o intuito de disseminar esta prática foi o estímulo que propulsou meus estudos e que continuará alimentando meu coração para que um maior número de pessoas possam se beneficiar com a prática contemplativa.



Parar, respirar e dar um passo atrás pode ser uma forma de reinventarmos nossos hábitos mais rígidos; uma ação imperceptível interna que abre espaço para novas possibilidades e nos concede várias oportunidades ao flexibilizar estruturas arraigadas.

Este trabalho foi realizado com uma pequena amostra (N = 08), mas mostrou os benefícios desencadeados pelas práticas contemplativas. Mais pesquisas são necessárias para determinar em que medida os temas aqui identificados podem ser generalizados para uma população maior de pessoas que sofrem de dores crônicas. No futuro, as pesquisas podem se concentrar em estudar os efeitos da apresentação das práticas contemplativas para o manejo da dor crônica logo que ela é diagnosticada. E, assim, poder determinar como as técnicas aqui descritas podem afetar a experiência e a manutenção da dor crônica. Recentemente, sugestões médicas e da literatura de psicologia indicam que a atenção plena, como uma prática ao longo do tempo, pode ensinar às pessoas que vivem com a dor como "desacoplar" a simbiose complexa da mente (processos emocional e cognitivo) e do corpo (sensações físicas) que ocorre simultaneamente como parte da equação da dor (DORAN, 2014). Pela observação dos próprios pensamentos, emoções e sensações corporais em um dado momento (KABAT-ZINN, 1982; MONRONE *et al.*, 2008), a pesquisa sugere que mediante o "controle do portão" (WALL; MELZACK, 1982, p. 161) que serve para modular a percepção da dor, esta pode ser interceptada. Embora os pesquisadores estejam começando a documentar a influência da prática de meditação sobre vários problemas, deve-se simultaneamente avaliar o seu impacto sobre a percepção da dor ao longo do tempo, bem como quais seriam os mecanismos envolvidos. Mais estudos que levem em conta o aspecto social, psicológico e biológico são necessários para determinar quais seriam os mecanismos envolvidos na aplicação a longo prazo de *mindfulness*, qual seria o impacto dessa prática sobre a percepção da dor em termos de química cerebral e portão de controle.

Por fim, a produção de conhecimento sobre as PIC, sob vários enfoques e abrangendo seus múltiplos aspectos, gera evidências qualitativas de que o acúmulo de estudos abordando a temática pode contribuir para sua maior visibilidade junto à comunidade acadêmica e da saúde coletiva, dos profissionais e gestores. A produção internacional de conhecimento científico sobre as PIC é grande e

crescente; a produção brasileira é menor, mas igualmente crescente. Para finalizar, vale comentar que o campo de estudos sobre as PIC está aberto, e poucos pesquisadores e estudantes têm se voltado para ele, talvez pela relativa marginalidade do campo na saúde coletiva e na academia em geral, ou nas profissões da saúde. Parece que quase tudo está ainda por fazer, mas alguns passos iniciais estão sendo dados.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, K. F. D.; ROCHA, M. L. D. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.648-663, 2007.

ARBORIO, A. H.; FOURNIER, P. 1999. **L'enquête et ses méthodes: l'observation directe**. 2ª ed. Paris: Armando Collin,1999. 128 p.

CONSTITUIÇÃO. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1998.

BOURDIEU, P. Introdução a uma sociologia reflexiva. In:\_\_\_\_\_. **O poder simbólico**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde no Brasil: Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília: 2004, p. 306.

\_\_\_\_\_. GABINETE DO MINISTRO 2006. Portaria MS/GM nº 971, 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, ed. 84, p. 20-24, 4 de maio de 2006.

BROWN, C. A. The beliefs of people with chronic pain in relation to 'important' treatment components. **European Journal of Pain**, v. 8, p. 325-333, 2004.

\_\_\_\_\_; JONES, A. K. P. Dor Humana Research Group, da Universidade de Manchester Salford Real NHS Foundation Trust. **UK Clinical Journal of Pain**, v. 29, n 3, p. 233-44, mar. 2013.

\_\_\_\_\_; RYAN, R. M. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 84, p. 822-848, 2003.

BURCH, V. **Living well with pain and illness – The mind-ful way to free yourself from suffering**. London: Piatkus Books. 2008. 255 p.

CARDOSO, R. **Medicina e meditação: um médico ensina a meditar**. 3ª ed, São Paulo: MG Editores, 2011. 147 p.

CARTER, O.L. *et al.* Meditation alters perceptual rivalry in Tibetan budhist monks. **Current Biollogy**, v. 15, p. 412-423, 2005.

CARVALHO, M. M. M. J. **Dor: um estudo multidisciplinar**. 2ª ed. São Paulo: Summus, 1999. 254 p.

CASTRO, M. M. *et al.* Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, p. 126-129. 2011.

CAUDILL, M. *et.al.* Decreased clinic use by chronic pain patients: response to behavioral medicine intervention. **Clinical J Pain**, v. 7, n. 4, p. 305-310, dez. 1991.

DANUCALOV, M. A. *et al.* Cardiorespiratory and Metabolic Changes during Yoga Sessions: The Effects of Respiratory Exercises and Meditation Practices. **Applied Psychophysiology and Biofeedback**, v. 33, n. 2, p. 77-81, mar. 2008.

DEMARZO, M. M. P. Meditação aplicada à saúde: **Programa de averiguação em medicina de família e comunidade**. Porto Alegre, RS: Artmed, v. 6, 2011. p. 1-18.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas cidades, 1976.

DORAN, N. J. Experiencing Wellness Within Illness: Exploring a Mindfulness-Based Approach to Chronic Back Pain. **Qual Health Res**, v. 24, n. 6, p. 749-760, 11 april. 2014.

DUKE, K. A Century of CAM in New Zealand: A struggle for recognition. **Complementary Therapies in Clinical Practice**. New Zealand, v. 11, n. 1, p. 11-6, feb. 2005.

ERNST, E.; SCHMIDT, K.; WIDER, B. CAM research in Britain: The last 10 years. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v.11, n. 1, p. 17-20, feb. 2005.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Clínica**. Paris: PUF, 2000.

FREDRICKSON, B. L. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. **American Psychologist**, v. 56, n. 3, p. 218-226, mar. 2001.

FREUD, S. Sobre a Psicopatologia da Vida Cotidiana. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. V. VI. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1901].

GASPARD, J.L. Le corps du refus dans notre modernité: l'exemple de la fibromyalgie. In: \_\_\_\_\_.; DOUCET, C. (dir.). **Pratiques et usages du corps dans notre modernité**. Toulouse: Éres, 2009. (Collection L'Ailleurs du Corps)

GAVIN, J.A.; BOON, H. CAM in Canada: Places practices, research. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 11, p. 21-27, 2005.

GOLEMAN, D. A Saúde Mental na Psicologia Budista Clássica. In: WALSH, R. N.; VAUGHAN, F. (eds.) **Além do Ego: Dimensões Transpessoais em Psicologia**. São Paulo: Cultrix/Pensamento, 1995.

HANH, T. N. **Meditação Andando**. Rio de Janeiro: Vozes. 1999.

HAYS, L.; FORSYTH, H. Mindfulness and Tolerance to Pain. **The Journal Psychological**. Faculty of Sciences and Psychology. University of Sydney: Australia. 2014.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

JENSEN, M.C. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. **New England Journal of Medicine**, v. 331, n. 2, p. 69-73, jul. 1994.

KABAT-ZINN, J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. **General Hospital Psychiatry**, v. 4, n. 1, p. 33-47, 1982.

\_\_\_\_\_. Meditation. In: HOLLAND, J. C. **Psycho-oncology**. New York: Oxford University Press, 1990.

\_\_\_\_\_. **Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness**. New York: Dell, 1990.

\_\_\_\_\_; CHAPMAN-WALDROP, A. Compliance with an outpatient stress reduction program: Rates and predictors of program completion. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 11, n. 4, p. 333-352, aug. 1988.

KOZASA, E.H. *et al.* Treinamento de meditação aumenta a eficiência do cérebro de uma tarefa. **Rev Neuroimage**, v. 59, p. 164, 2012.

\_\_\_\_\_. The Effects of Meditation-Based Interventions on the Treatment of Fibromyalgia. **Current Pain and Headache Reports**, v. 16, n. 5, p. 383-387, 2012.

LE BRETON, D. **Antropologie de la douleur**. Paris: Métailié, 1995. 233 p.

LITTLE, S., et al. Meditation and attention: a comment on a recent article. **Perceptual and Motor Skills**, v. 110, p. 840-8, 2010.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1988.

\_\_\_\_\_. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.

\_\_\_\_\_. O vazio nas relações sociais na cultura atual. In: DA POIAN, C. (org.) **Formas do vazio: desafios ao sujeito contemporâneo**. São Paulo: Via Lettera, 2001. 158 p.

MCCABE, P. Complementary and alternative medicine in Australia: A contemporary overview. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 11, n. 1, p. 28-31, feb. 2005.

MCCARBERG, B. *et al.* Chronic pain management in a health maintenance organization. **Clinical Journal of Pain**, v. 15, n. 1, p. 50-7, 1999.

MACCRACKEN, L. *et al.* Acceptance and change in the context of cronic pain. **Pain**. v. 109, p. 4-7, may 2006.

\_\_\_\_\_; GAUNTLET-GILBERT, J.; VOWLES, K. The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioural analysis of chronic pain-related suffering and dissability. **Pain**. v. 131, n. 1-2, p.63-9, 2007.

MARTINS, P. H. As Outras Medicinas e a libertação dos corpos. In: CAROZZI, M. J. (ed.) **A Nova Era no MERCOSUL**. Petrópolis: Vozes, 1999.

MATA, M. D. S. *et al.* Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 221-230, 2011.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: \_\_\_\_\_. **Sociologia e antropologia**. v. 2. São Paulo: EPU, 1974.

MENEZES, C.B. **Controle emocional e cognitivo após treino de meditação da atenção focada**. 2012. 63 f. Tese (Doutorado em Psicologia), Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

\_\_\_\_\_; DELL'AGLIO, D. D. Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em Psicologia: revisão de literatura. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 29, n. 2, p. 276-289, 2009.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Por que meditar? A experiência subjetiva da prática de meditação. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 3, p. 565-573, 2010.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. BIZZARRO L. Meditação, bem-estar e a ciência psicológica: revisão de estudos empíricos. **Interação em Psicologia** v. 15, n. 2, p. 48, 2011.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (eds.) **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Bahia: Editora UFS, 2009.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. CERQUEIRA, M. P. **Construindo sentido com o outro no mundo do cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2010.

METZLER, A. M.; CARPENA, L. B.; BORGES, R. M. R. Fenomenologia como Filosofia e como Método de Investigação em Pesquisas Educacionais. In: ENGERS, E. A. (ed.) **Paradigmas e Metodologias de Pesquisa em Educação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1994.

MILLER, J. J.; FLETCHER, K.; KABAT-ZINN, J. Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. **General Hospital Psychiatry**, v. 17, p. 192-200, 1995.

MINSON, F. P. O Tratamento da Dor Oncológica Baseado na Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS). **Prática Hospitalar**, v. 46, p. 81-83, 2006.

\_\_\_\_\_. Dia Mundial Contra a Dor no Albert Einstein. **Jornal de Dor**, p. 5-6, 2007.

MONRONE, N.E. *et al.* I felt like a new person. The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: Qualitative narrative analyses of diary entries. **Journal of Pain**. v. 9, n. 9, p. 841-848, jun. 2008.

NIETZSCHE, F. **Vontade de Potência**. Rio de Janeiro: Editora Vozes. 2011.

SEGAL, S.; WILLIAMS, M.; TEASDALE, J. **Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach for preventing relapse**. New York: Guilford Press, 2002. 244 p.

SHAPIRO, S.; SCHWARTZ, G.; BONNER, G. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Medical and Premedical Students. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 21, n. 6, p. 581-599, dec. 1998.

SLAGTER, H. A. *et al.* Mental training affects distribution of limited brain resources. *PLoS Biology*, n. 5, 2007. Disponível em: <http://www.plossbiolgy.org> Acesso em:2007

SMITH, J. C. Meditation as psychotherapy: A review of the literature. **Psychological Bulletin**. v. 82, n. 4, p. 558-564, 1975.

SPIEGEL, D.; STROUD, P.; FYFE, A. Complementary medicine. **Western Journal of Medicine**, v. 168, p. 241-247, 1998.

SPINOZA, B. **Ética: demonstrada à maneira dos geômetras**. São Paulo: Martin Claret, 2005. (Coleção A Obra-prima de Cada Autor)

TEIXEIRA, M. J. *et al.* Fisiopatologia da dor músculo-esquelética. **Rev. Med.** São Paulo, v. 80, p. 63-77, 2001.

VANDENBERGHE, L.; SOUSA, A. C. A. D. Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 2, p. 35-44, 2006.

WALL, P.; MELZACK, R. **The challenge of pain**. New York: Penguin Books, 1982.

WALSH, R. N. A Pesquisa da Meditação: A Evolução e a Situação dos Estudos Sobre Meditação. In: \_\_\_\_\_; VAUGHAN, F. (eds.) **Além do Ego: Dimensões Transpessoais em Psicologia**. São Paulo: Cultrix/Pensamento, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Tradicional Medicine.** Geneva, WHO Publications, 2000.

\_\_\_\_\_. **The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millenium.** Report of a WHO Scientific Group. Geneva: WHO Publications, 2003.



## ANEXOS

### ANEXO 1 - ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE DOR



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

## ANEXO 2 - ESCALA DE ATENÇÃO E CONSCIÊNCIA PLENA (MAAS)

### Escala de Atenção e Consciência Plenas (MAAS)

Há um conjunto de sentenças abaixo sobre a sua experiência diária. Usando a escala de 1 a 6 abaixo, por favor, indique a frequência com que você tem cada experiência, atualmente. Por favor, responda de acordo com o que realmente reflita a sua experiência, ao invés de o que você pensa que a sua experiência deveria ser. Por favor, pense em cada item separadamente dos outros.

1	2	3	4	5	6
Quase sempre	Muito Frequentemente	Relativamente Frequente	Raramente	Muito raramente	Quase nunca
1) Eu poderia experimentar alguma emoção e só tomar consciência dela algum tempo depois.				1 2 3 4 5 6	
2) Eu quebro ou derramo as coisas por falta de cuidado, falta de atenção, ou por estar pensando em outra coisa.				1 2 3 4 5 6	
3) Eu tenho dificuldade de permanecer focado no que está acontecendo no presente.				1 2 3 4 5 6	
4) Eu costumo andar rápido para chegar ao meu destino, sem prestar atenção ao que eu vivencio no caminho.				1 2 3 4 5 6	
5) Eu não costumo notar as sensações de tensão física ou de desconforto até que elas realmente chamem a minha atenção.				1 2 3 4 5 6	
6) Eu esqueço o nome das pessoas quase imediatamente após eu tê-lo ouvido pela primeira vez.				1 2 3 4 5 6	
7) Parece que eu estou "funcionando no piloto automático", sem muita consciência do que estou fazendo.				1 2 3 4 5 6	
8) Eu realizo as atividades de forma apressada, sem estar realmente atento a elas				1 2 3 4 5 6	
9) Eu fico tão focado no objetivo que quero atingir, que perco a noção do que estou fazendo agora para chegar lá.				1 2 3 4 5 6	
10) Eu realizo trabalhos e tarefas automaticamente, sem estar consciente do que estou fazendo.				1 2 3 4 5 6	
11) Eu me percebo ouvindo alguém falar e fazendo outra coisa ao mesmo tempo.				1 2 3 4 5 6	
12) Eu dirijo no "piloto automático" e depois penso porque eu fui naquela direção.				1 2 3 4 5	
13) Encontro-me preocupado com futuro ou com o passado.				1 2 3 4 5 6	
14) Eu me pego fazendo coisas sem prestar atenção.				1 2 3 4 5 6	
15) Eu como sem estar consciente do que estou comendo.				1 2 3 4 5 6	