

CLÁUDIA VAZ PUPO DE MELLO

**O MOVIMENTO VITAL EXPRESSIVO – SISTEMA
RIO ABIERTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE: PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS**

CAMPINAS

2012



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

**O MOVIMENTO VITAL EXPRESSIVO – SISTEMA RIO
ABIERTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:
PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS**

CLÁUDIA VAZ PUPO DE MELLO

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada
à Pós- Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade De Campinas-
UNICAMP para obtenção do título de Mestre em
Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, área
de concentração em Interdisciplinaridade e
Reabilitação. Sob orientação da prof^a Dr^a Maria de
Fatima de Campos Françoze.

CAMPINAS

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

M489m	Mello, Claudia Vaz Pupo de, 1974 – O movimento vital expressivo – sistema rio abierto na atenção primária em saúde: percepções dos usuários / Claudia Vaz Pupo de Mello. -- Campinas, SP : [s.n.], 2012. Orientador : Maria de Fátima Campos Françaço. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. 1 Terapias complementares. 2. Serviços de saúde. 3. Atenção primária a saúde. 4. Promoção da saúde. I. Françaço, Maria de Fátima Campos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.
-------	---

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: The vital expressive movement – open river system in the
primary health care: perception of users.

Palavra-chave em inglês:

Complementary therapies

Health services

Primary care

Health promotion

Área de concentração: Interdisciplinaridade e Reabilitação

Titulação: Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Banca examinadora:

Maria de Fátima Campos Françaço [Orientador]

Zelia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt

Fabio Bruno de Carvalho

Data da defesa: 16-03-2012

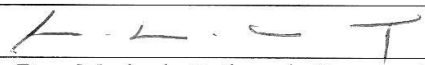
Programa de Pós-Graduação: Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

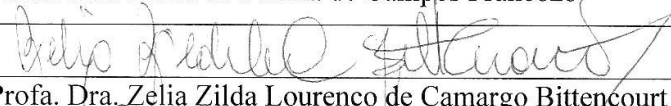
Banca Examinadora de Dissertação de Mestrado

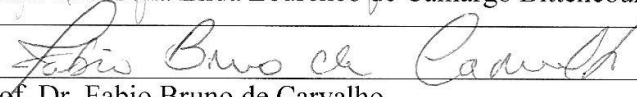
CLÁUDIA VAZ PUPO DE MELLO

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fatima de Campos Francozo

Membros:


Profa. Dra. Maria de Fatima de Campos Francozo


Profa. Dra. Zelia Zilda Lourenco de Camargo Bittencourt


Prof. Dr. Fabio Bruno de Carvalho

Curso de Pós-Graduação em Mestrado Profissional da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 16/03/2012

DEDICATÓRIA

Ao Rodrigo que mesmo distante se fez presente todos os dias da minha vida!

Ao Rio Abierto Campinas, que com coragem, amor e dedicação talham com maestria novos caminhos para o fluir das águas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família pelo amor incondicional e pelo incentivo constante.

Agradeço a minha orientadora Prof^a Dr^a Maria de Fatima pela paciência com que conduziu minha orientação, pela compreensão nos momentos mais difíceis e pela oportunidade de aprender com ela tantas coisas.

Aos professores do Programa de Mestrado que através de suas aulas contribuíram para ampliar meus horizontes acadêmicos e profissionais.

A Nice, instrutora e coordenadora dos grupos de MVE de Sousas, não apenas por ter aberto as portas para a realização desta pesquisa junto ao Centro de Saúde de Sousas, mas sobre tudo, por ter me proporcionado a oportunidade de ver de perto a beleza do seu trabalho.

As pessoas que acreditaram neste trabalho e prontamente aceitaram participar de forma voluntária desta pesquisa. A contribuição de todos foi muito valiosa para a construção deste trabalho.

A todos os amigos que estiveram presentes e compartilharam este caminho comigo.

Aos colegas do Mestrado pela amizade e companheirismo que construímos neste período.

Aos colegas do Lapacis pela oportunidade de uma convivência sempre agradável e pelo aprendizado que compartilhamos nestes dois últimos semestres.

RESUMO

O Sistema Rio Abierto é um sistema de terapia psico-corporal, com o propósito de trabalhar o desenvolvimento harmônico do ser humano. Para isso conta com vários instrumentos, entre os quais o movimento vital expressivo (MVE), prática corporal realizada em grupo. O MVE participa do Projeto de Saúde Integrativa da Secretaria de Saúde do Município de Campinas e compõe o rol das práticas integrativas e complementares oferecidas pela rede pública.

Diante do interesse crescente pela utilização das práticas integrativas e complementares, como recursos na prevenção e promoção da saúde, realizamos essa pesquisa com o objetivo de compreender o significado, para os usuários, da experiência vivenciada nos grupos de Movimento Vital Expressivo - Sistema Rio Abierto, em uma Unidade Básica de Saúde. Para isso, utilizamos uma abordagem qualitativa de pesquisa, por se adequar melhor aos interesses desse estudo. A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde de Sousas, distrito do município de Campinas-SP, com usuários participantes de três grupos distintos de MVE.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. Foram entrevistadas doze pessoas, essas entrevistas foram gravadas, transcritas e os dados submetidos à análise categorial de conteúdo. Os participantes deste estudo foram, em sua maioria, mulheres idosas, aposentadas, de baixa escolaridade e que praticam o MVE há 5,16 anos, em média.

Os dados nos mostraram que a participação no grupo traz benefícios para o indivíduo em vários âmbitos tais como a diminuição da dor, da qualidade do sono, da autoestima, ampliação dos contatos sociais, formação de novos vínculos, apoio social, entre outros aspectos que repercutem de forma positiva em sua saúde. Nesse sentido, o grupo de MVE na atenção primária contribui para promover a saúde, aproximando se mais dos grupos de promoção da saúde (GPS), por sua forma ampliada e integral de compreendê-la, do que dos grupos terapêuticos que mantêm seu foco na doença.

Palavras Chave : Terapias Complementares; Serviços de Saúde; Atenção Primária a Saúde; Promoção da Saúde

ABSTRACT

The System “Rio Abierto” (“Open River”) is a system of mind-body therapy, which has the purpose to improve the harmonious development of each human being. To achieve this purpose several instruments are used such as the vital expressive movement (VEM), a body practice performed in groups. The VEM is part of the Integrative Health Project in the Campinas County Health Department and it is also part of a roll of integrative and complementary practices offered by the public health system.

Given the growing interest in the use of integrative and complementary practices as resources in prevention and health promotion, we conducted this research in order to understand the meaning of what was experienced by the users in the groups of the Vital Expressive Movement - System “Rio Abierto”, in a Basic Health Unit. A qualitative research approach was carried out since it better fits the purposes of this study. The survey was conducted at the Sousas Health Center, which is a district of Campinas-SP, where the participants joined in three distinct groups of VEM.

The data collection was conducted through semi-structured interviews and all the participants signed the Term of Consent. Twelve people were interviewed, these interviews were recorded, transcribed and the data submitted to categorical content analysis. The participants were mostly elderly retired women, of low education who have been practicing VEM for an average of 5.16 years.

The data showed that participating in the group benefits the individual in various fields, such as less pain, better sleep quality, improvement of self-esteem, more social contact, promotion of new bonds, social support, among others, having a positive impact on their health. Thus, the VEM group helps to promote health, getting much closer to the groups of health promotion (GHP) by the full and comprehensive way to understand health than the treatment groups that maintain their focus on the disease.

Key-words: Complementary Therapies, Health Services; Primary Health Care, Health Promotion

LISTA DE SIGLAS

PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
OMS	Organização Mundial da Saúde
MT/MCA	Medicina Tradicional/Medicina Complementar Alternativa
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais de Saúde
GETRIS	Grupo de Estudos e Trabalho em Terapias Integrativas
MVE	Movimento Vital Expressivo
UBS	Unidade básica de saúde
GPS	Grupo de Promoção da Saúde

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Quadro de distribuição dos locais das aulas de MVE em Campinas-----21

QUADRO 2: Quadro de caracterização dos participantes-----35

SUMÁRIO

1. Introdução.....	10
1.1 Sistema Rio Abierto/MVE.....	10
1.2 O MVE na atenção primária em saúde em Campinas	17
1.3 Práticas integrativas e complementares: aspectos históricos e políticos	22
2. Objetivos	28
2.1 Objetivo geral	28
2.2 Objetivos específicos	28
3. Sujeitos e Métodos	29
3.1 Especificações do tipo de estudo	29
3.2 Local de realização da pesquisa.....	30
3.3 Seleção dos sujeitos	31
3.4 Procedimentos para a coleta e análise dos dados.....	32
4. Apresentação e Discussão dos Resultados	34
4.1 Caracterização dos participantes.....	35
4.2 Acesso ao grupo de MVE	41
4.3 Participação no grupo	46
4.4 Motivação para participar do grupo.....	51
4.5 Percepção de mudanças com a prática do MVE.....	55
4.6 O grupo como apoio social e base para o empoderamento individual	58
4.7 O significado para os participantes de fazer parte do grupo de MVE	65
5. Considerações Finais.....	68
6. Referências Bibliográficas	70
7. Anexos.....	75
7.1 Anexo I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	75
7.2 Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78
7.3 Anexo III – Roteiro da Entrevista.....	80

1. Introdução

Há um interesse crescente pela utilização das práticas terapêuticas integrativas e complementares como recursos na prevenção e promoção da saúde. Tal interesse tem aumentado tanto por parte dos pacientes como por parte dos profissionais e gestores em saúde, abrindo espaços significativos para a discussão desse tema na saúde pública, tanto no Brasil como em outros países do mundo.

Neste trabalho buscamos investigar sobre o Movimento Vital Expressivo (MVE), prática corporal complementar e integrativa, inserida no Programa de Saúde Integrativa do Município de Campinas, sob a perspectiva dos usuários do serviço de saúde.

1.1 Sistema Rio Abierto/MVE

A vida em movimento é a forma geralmente utilizada, quando se fala em Rio Abierto, para descrever a essência do trabalho. Adota-se a imagem de um rio, de um canal aberto, por onde águas escoam continua e abundantemente. Essa idéia de fluidez, permeabilidade e continuidade representadas pela imagem das águas de um rio, se transferidas para o indivíduo, remete a uma quebra de seus padrões posturais e psíquicos, na mudança da plástica, na redução da rigidez, do mecanicismo, tornando-o mais permeável, mais aberto para o contato consigo mesmo, com o outro e com o mundo, num continuum de construção e reconstrução do próprio sujeito.

Segundo Barros (1), instrutora do sistema e pesquisadora, uma das pioneiras na tarefa de escrever sobre o Rio Abierto, “instituto para o desenvolvimento harmônico do homem”, foi fundado em 1965, pela psicóloga Maria Adela Palcos, na Argentina e surgiu como continuidade e desenvolvimento do trabalho que já realizava com sua Mestra Suzana Milderman desde alguns anos antes. Nessa época, tanto a Argentina quanto outros países da América Latina passavam por um momento político difícil, sob regime de ditaduras militares, em que as pessoas eram tolhidas do direito de se expressarem e andavam com medo e angustiadas pela prisão e/ou desaparecimento de amigos e familiares. Muitas delas frequentavam o Rio Abierto, um espaço onde podiam se expressar através da voz, da dança

e eram acolhidas sem julgamento, sem ter que expor suas posições políticas, seus sofrimentos e/ou suas angústias, mantendo, nesse sentido, certo anonimato. Como conta Maria Adela (2) em seu livro “ Del Cuerpo Hacia La Luz”, nos primeiros anos os grupos que se formaram eram compostos também por muitos psicanalistas, psicólogos e um público muito culto em geral, e com restrições muito fortes contra a linguagem esotérica, o que a obrigava a tomar muito cuidado com o uso das palavras para não despertar grandes resistências ao trabalho. Com tudo o que já havia desenvolvido, estava convencida de que a saúde é psicofísica, nunca é somente física e nem somente psíquica. Hoje esse conceito já está mais difundido, mas nos anos 50/60 era bastante revolucionário. Podemos então dizer que o Rio Abierto nasceu como um movimento contracultural, com uma visão holística do homem, agregando conceitos muito pouco difundidos na época nos países ocidentais, sobretudo na América do Sul.

O trabalho do Rio Abierto é essencialmente vivencial, e tem como princípio o desenvolvimento harmônico do Ser e a confiança no potencial humano. Baseia-se na experimentação do corpo em movimento e nas energias e afetos que a partir daí se mobilizam, num processo dinâmico de reconhecimento e reorganização de si e abertura para o coletivo.

O Rio Abierto utiliza recursos variados que convidam o sujeito a experimentar, a vivenciar novas possibilidades de ser e estar no mundo, através do encontro consigo e com o outro. Os recursos utilizados permitem tanto a expressão, quanto a introspecção, criando um movimento, um fluxo energético que favorece um contato mais profundo do indivíduo com seus sentimentos e emoções ao mesmo tempo em que permite expressá-los, aceitá-los e transformá-los.

Esses recursos são, entre outros, a roda de Movimento Vital Expressivo, a massagem, a meditação, a dramatização, a expressão vocal, as artes plásticas e o grupo de trabalho sobre si. Segundo Palcos (2), esses recursos são “[...] *ferramentas para expandir a consciência e facilitar esse contato de cada um com sua essência.*”¹

¹ Traduzido do original em espanhol.

O Movimento Vital Expressivo é um dos instrumentos utilizados pelo sistema de terapia psico-corporal Rio Abierto. É uma prática corporal que utiliza como principais elementos a roda, a música, a imitação e o movimento do próprio corpo. Um dos objetivos é a conexão com a vitalidade, alegria e prazer do movimento, onde é experimentado um amplo leque de movimentos, expressões, gestos e posturas (3), com o intuito de possibilitar a experiência de novas maneiras de se mover, de perceber como esse corpo se expressa e se relaciona com o outro e com o ambiente, reconhecer limites e possibilidades e tomar consciência de que não é apenas cartesianamente delimitado, mas que, antes de tudo, um corpo constitui uma unidade existencial.

A necessidade de criar consciência sobre o corpo que se move, de devolver a ele flexibilidade, força, vitalidade e expressão decorre do fato de que estamos inseridos numa cultura e numa sociedade que historicamente impõe limites, regras, criando disciplinas que acabam por reduzir significativamente o potencial expressivo/criativo do corpo, tornando-o mecanizado em seus gestos e distanciado dos aspectos afetivos, emocionais, psíquicos e espirituais que compõem tal unidade.

Embora muito se tenha discutido sobre as heranças Cartesianas da dicotomia mente-corpo, que fragmentou o ser humano e influenciou significativamente a maneira de pensar e agir do homem, avançar para uma visão integradora, que sirva de guia para novos modelos nos vários campos onde estamos inseridos, não constitui uma tarefa fácil, na qual progredimos lentamente.

Foucault (4), em seu trabalho *Os Corpos Dóceis*, traz a concepção do corpo como objeto e alvo do poder, quando a ele se dedica atenção: “[...] ao corpo que se manipula, se modela, se treina, que obedece, responde, se torna hábil ou cujas forças se multiplicam.” O corpo dócil é aquele que pode ser submetido, utilizado, transformado e aperfeiçoado - objeto de controle, sobre o qual é exercida uma coerção, a fim de mantê-lo ao nível da mecânica de movimentos, gestos, atitudes, rapidez, visando à economia e eficácia dos movimentos. É o poder sobre o corpo ativo. A esses métodos, que permitem o controle das operações do corpo e lhe impõem uma relação de “docilidade-utilidade”, Foucault (4) denomina “disciplinas”. Essa maneira de disciplinar o corpo presente em nossa sociedade, como forma de poder e controle social, faz ressonância com a dicotomia mente-corpo de

Descartes e determina certas formas de comportamento que levam a um distanciamento significativo entre o corpo-matéria e as instâncias do pensar e do sentir. Desta forma o corpo aproxima-se mais da máquina, desprovido de vida e limitado em suas experiências, que do organismo vivo, cuja experiência vivida, corporificada do sentir, do pensar e do estar presente estabelece a conexão indissociável na unidade corpo, mente, alma.

Tais disciplinas, a que se refere Foucault (4), são constitutivas de valores presentes nas instâncias socializadoras, como a família, a escola, grupos de amigos e a mídia onde ocorre a construção dos *habittus* individuais, que nos fazem reproduzir dentro de nossa estrutura social os padrões aos quais nossos corpos são submetidos. Segundo Setton (5), “*Habittus* é concebido como um sistema de esquemas individuais, socialmente constituído de disposições estruturadas (no social) e estruturante (nas mentes), adquirido nas e pelas experiências práticas (em condições específicas de existência), constantemente orientadas para funções e ações do agir cotidiano”.

Quem quando criança nunca foi vítima do que Maria Adela chama de “mandatos”, como: “Pare de chorar, homem não chora!” ou “senta direito, meninas têm que sentar com as pernas fechadas”. “Não faça isso, ou não fale isso, que é pecado”, entre muitos outros exemplos que poderiam aqui ser citados. Esses condicionamentos aos quais somos frequentemente submetidos são produto do processo de socialização e é a partir desse corpo tolhido de seu potencial expressivo, desconectado da sua presença enquanto unidade existencial é que construímos uma maneira de ser e estar no mundo.

Ainda sobre a questão da dicotomia mente – corpo, podemos dizer que na nossa cultura ocidental há uma valorização do conhecimento intelectual, dos aspectos cognitivos e do pensamento, sobre o conhecimento adquirido através das experiências corporais, como se não houvesse nenhuma relação entre eles, o que favorece a fragmentação do ser humano, delegando ao corpo um lugar menos privilegiado.

Tais privações a que o corpo é submetido desde criança, nos impedem de ter uma consciência do corpo que se move, gerando travas corporais, tanto pelos conteúdos emocionais não expressos corporalmente, quanto pela falta de liberdade em mover as articulações e explorar a potência de nossos músculos. Tudo isso reduz a confiança no

próprio corpo e pode criar estados de impotência, insegurança, fragilidade, além de problemas posturais, quadros álgicos e limitações físicas.

A partir desses conceitos se desenvolve o trabalho do Rio Abierto, sobretudo a aula de MVE. Segundo Palcos (2): *“O corpo muscular tem a capacidade de unir-se ao sentimento,[...] pode responder a qualquer estado anímico e ajudar-nos a transformar esse estado anímico através do movimento”*.² As emoções que não se expressam se convertem em estados emocionais fixos; os músculos ficam fixados em certas contraturas, certas debilidades, e isso cria uma maneira fixa de estar no mundo. O movimento pode mudar essa maneira de estar no mundo, pode devolver ao músculo todas as suas possibilidades de força, alongamento, relaxamento e expressão. Quando não se mobiliza o corpo, por mais consciência que se tenha da trava, falta o combustível para a transformação; a consciência sem o corpo fica no plano do conhecimento, não passa pela ação. Se não passar pelo corpo e não destravar aquilo que está fixado no músculo e nos reflexos, só se conhece o motivo da trava, mas não se pode transformá-la.

O Sistema Rio Abierto, ancorado nas filosofias orientais, sobretudo na Yoga, e influenciado por teóricos como Wilhem Reich - criador da orgonoterapia; Alexander Lowen - criador da bioenergética; pelos ensinamentos de Gurdieff³ e trabalhos de Ouspenski - considerado o maior seguidor e disseminador das idéias de Gurdieff, entre outras influências, traz em sua concepção um corpo que não se limita a uma estrutura física, rígida, com forma definida, mas um corpo que se constrói a cada instante através da experiência e perpassado pelas percepções, simbologias, emoções e tudo o mais que pode afetá-lo.

Embora o MVE esteja classificado, nesse contexto, como prática corporal, suas ações não dizem respeito ao corpo como a parte material que representa o homem, mas sim ao próprio homem em sua existência indissociável.

² Traduzido do original em espanhol.

³ Gurdieff era um mestre de descendência grega e armênia. Nasceu em Alexandropol próximo da fronteira da Rússia com a Turquia provavelmente em 1877 e morreu em 1949. Se dedicava a realizar com as pessoas que o procuravam o “trabalho sobre si”, designação que dava ao trabalho de desenvolvimento humano.

O MVE é um trabalho grupal, que na maioria das vezes é realizado em roda, utiliza música e é dirigido por um instrutor formado pelo sistema Rio Abierto.

Sobre a roda no Rio Abierto, Barros (6) diz que essa disposição permite a todos os participantes uma visão total, o instrutor é mais um, está no mesmo plano e não se destaca hierarquicamente. Damos as mãos e assim podemos sentir a presença do outro, ao mesmo tempo em que sentimos a nossa. “A roda é antes de tudo um coletivo, um encontro de diferenças, em que apresentamos e acolhemos uma pluralidade de formas de vida” (6). A roda não inclui apenas as pessoas, mas todo o universo que as constitui, portanto viabiliza o acesso ao coletivo e àquilo que é singular, num espaço compartilhado. “A roda no Rio Abierto é, antes de tudo, um espaço de experimentação e suspensão dos hábitos comuns que imobilizam o fluxo da vida.” (6).

Sobre a música, Pinto (3) destaca que a oferta de diferentes melodias e ritmos (clássica, popular, folclórica e outras) possibilita a vivência de emoções diversas e a ampliação de nossos universos afetivos, bem como o contato com nossos ritmos internos: do fazer, do sentir, do respirar, do prazer, do descansar. O movimento que surge com a música é um movimento espontâneo, improvisado, de acordo com o que surge no momento e é percebido pelo instrutor. O instrutor dá forma, expressão àquilo que inicialmente é apenas um esboço de alguém do grupo.

Rossi (7), a respeito da música na roda de movimento vital, escreve que: “Há quem pense que a música nasce junto com o movimento, com a dança; e é indubitável que a música leva o corpo, espontaneamente, a mover-se. Mesmo quem nunca em sua vida dançou, quando ouve uma música parece não conseguir deixar de se movimentar, ainda que seja apenas com as mãos, com o pé, ou dando um ritmo com a cabeça. O corpo é um veículo para o movimento, e o movimento não parece preferir melhor companhia que a música”. “[...] precisamente por seu caráter não verbal, a música entra em nosso mundo interior, indiretamente, sem passar pelo filtro nem o julgamento da mente”.

A música entra em nosso corpo, em nosso mundo energético, emotivo, mental. Por outro lado o movimento, seja ele livre ou dirigido por um instrutor, produz uma recriação ou interpretação da música, agora vivenciada, palpável no movimento e podendo produzir

efeitos como: relaxamento, vitalidade, alegria, integração e outros. A música age como facilitadora do trabalho.

Outro recurso utilizado na roda é a imitação de movimentos e expressões não habituais, propostos pelo instrutor como um potente meio para o aluno sair da mecânica repetitiva de seu repertório de gestos e atitudes, tanto emocionais quanto mentais. A respeito da imitação podemos dizer que para que esta também não se torne um ato mecânico é importante que se permita entrar na plástica do movimento, ou seja, deixar emergir o conteúdo emocional que tal movimento evoca. Por exemplo, se o instrutor propõe um movimento centrípeto, introspectivo, com uma expressão de medo, tristeza ou dor, é importante que ao realizá-lo a pessoa se entregue à experiência, deixe fluir o movimento e não o controle a partir do mental, do racional, justamente para que, através da memória corporal, os conteúdos reprimidos, não expressos possam ter voz. Segundo Robin (8), “é através dos movimentos possíveis realizados pelos músculos que podemos dar à luz, trazer ao mundo, nossas emoções. [...] É, porém, a musculatura que se encarrega de dar sequência expressiva e resolutiva a nossos estados emocionais.”

Utilizam-se também movimentos livres pelos quais os alunos podem experimentar novas formas de expressão com mais liberdade e criatividade sem a condução do instrutor.

(3)

Embora haja um fio condutor que guia o trabalho, as etapas do trabalho, na aula de movimento vital cabe ao instrutor seguir seu canal intuitivo, perceber e estar atento ao que surge na roda. Importante dizer que esse olhar atento do instrutor não constitui somente uma observação racional, de fora, sobre o que ocorre na roda, mas de alguém que como parte integrante da roda também é afetado pela experiência que, por sua vez, torna-se o motor de suas ações.

Segundo Palcos (2), *“a linha do Sistema está centrada em que a pessoa seja a protagonista de sua própria saúde. Em tudo que propomos é necessário que a pessoa esteja presente e faça cargo de si mesma. O instrutor, [...] é um guia, [...] e oferece possibilidades de solução. Pode acompanhar a pessoa, nunca substituir seu potencial.”*⁴⁴

⁴ Traduzido do original em espanhol.

O Rio Abierto, como um sistema dinâmico, foi acompanhando o campo social e se transformando em consonância com esse. Segundo Viviana Britos⁵, *apud* Barros (6), "o Rio Abierto é um caminho para que os homens possam construir uma maneira de estar no mundo diferente daquela imposta pelo poder, uma criação mais autêntica e próxima à vida."

A partir de 1991, o Rio Abierto transformou-se em Fundação Internacional e atualmente conta com sede em 11 países (Argentina, Alemanha, Brasil, Espanha, Estados Unidos, Israel, Itália, México, Rússia, Suíça e Uruguai). Tal expansão deu origem ao Organismo Rio Abierto Internacional que unifica as atividades, com representação em cada país.

No Brasil existem atualmente quatro Centros Formadores no Sistema Rio Abierto com seus respectivos Instrutores Docentes. O primeiro local no Brasil a divulgar o sistema foi o Rio de Janeiro (1977), posteriormente ampliando para São Paulo (1987), Campinas (1990) e Brasília (1996).

Diversas cidades do interior do estado de São Paulo oferecem o trabalho do Sistema por meio de um instrutor credenciado, como: Campinas, Limeira, Rio Claro, Itapira, Sumaré, Valinhos, São Carlos e Pedreira.

1.2 O MVE na atenção primária em saúde em Campinas

O Movimento Vital Expressivo é a prática corporal mais antiga na rede pública de saúde em Campinas, datando seu início de 1990, através de um trabalho voluntário com grupos de diabéticos e hipertensos, na UBS do Jardim Aurélia, localizada no Distrito de Saúde Norte.

O início dessa prática na rede de saúde deu-se de uma maneira informal, a partir da iniciativa individual de profissionais que por outros meios fizeram a formação no sistema Rio Abierto e começaram a realizar o trabalho nas unidades de saúde onde atuavam, ou

⁵ Instrutora do Sistema Rio Abierto na Argentina desde 1985. Seu relato foi apresentado no trabalho de Barros (6) baseado em uma entrevista cedida para a mesma, em Buenos Aires, em agosto de 2005.

como voluntários, como citado acima. Sendo assim, constituíram-se em iniciativas isoladas e pouco expressivas no cenário da saúde no município de Campinas.

O desdobramento desse trabalho resultou no Projeto de Terapias Não Convencionais na Rede Pública de Campinas, com o Curso Técnicas Corporais em grupo/Sistema Rio Abierto em 1993 e 1994, financiado pela prefeitura para profissionais da rede de saúde e da promoção social que se interessaram pelo trabalho. Esse curso contou com 15 alunos.

Esse projeto foi o pioneiro na implantação da Saúde Integrativa em Campinas, que hoje é modelo no Brasil e inclui o programa Corpo em Movimento, com várias práticas corporais, fitoterapia, homeopatia, acupuntura, entre outros.

Em 2008 outro projeto foi financiado pela prefeitura de Campinas, o Curso de Capacitação em Movimento Vital Expressivo – Sistema Rio Abierto (antiga Ginástica Harmônica), para profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Tais iniciativas possibilitaram a expansão do Sistema Rio Abierto junto aos usuários e funcionários em vários Centros de Saúde, Centros de Convivência e Centro de Reabilitação do município. A população atendida compreende uma larga faixa etária (de crianças até idosos), portadores de disfunção metabólica, de alterações osteomusculares, indivíduos sedentários poliqueixosos, mulheres e homens com depressão e/ou ansiedade, pessoas na terceira idade e grupos de pacientes psiquiátricos em reabilitação (Capes). Atualmente cerca de 800 pessoas participam dos grupos de MVE na rede de saúde pública em Campinas. (9)

No distrito de Sousas o processo de capacitação dos profissionais se deu de forma bastante diferenciada e não contou com o patrocínio da prefeitura municipal de Campinas. O curso de Capacitação em Movimento Vital Expressivo foi patrocinado pela Sociedade dos Irmãos da Congregação Santa Cruz – Colégio Notre Dame de Campinas - em parceria com o Centro de Saúde de Sousas e o Centro de Convivência “Casa dos Sonhos”, criado a partir da parceria entre o Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira/FUMEC, para capacitar trabalhadores da saúde, agentes comunitários e indivíduos da comunidade local para ministrarem aulas em grupo de MVE, formando duas turmas: em 2003/2004 (06 alunos) e 2007/2008 (08 alunos).

Este curso de capacitação realizado no distrito de Sousas apresentou um diferencial significativo, não apenas por ter outra fonte patrocinadora, mas por capacitar trabalhadores de saúde que não possuem nível superior, mas que têm papel fundamental na intersecção serviço/comunidade, como os agentes de saúde, assim como os agentes comunitários e indivíduos da própria comunidade como multiplicadores do trabalho.

É importante pontuar que o Centro de Formação do Sistema Rio Abierto Campinas mantém, até a presente data, supervisão com esses instrutores e coordena um trabalho de desenvolvimento pessoal com os mesmos, denominado Grupo de Trabalho Sobre Si. Desta forma, oferece não apenas apoio técnico como emocional aos instrutores, permitindo que se desenvolvam enquanto seres humanos, se aprimorem enquanto instrutores e possam prestar um serviço de melhor qualidade à comunidade.

Hoje a Prefeitura de Campinas exige nível superior dos profissionais que desejam participar dos cursos de capacitação oferecidos por ela.

Partindo daí o Sistema Rio Abierto se expandiu para trabalhos em grupo no Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira, Centros Comunitários e Centro de Saúde do Distrito de Sousas e Vila Brandina (bairro popular próximo ao Colégio Notre Dame), satisfazendo um acordo com o Colégio de levar esse trabalho para a população carente local.

Podemos dizer então que, após a implantação oficial das Práticas Integrativas e Complementares, através de ações da Secretaria Municipal de Saúde o MVE passou a ser reconhecido como uma dessas práticas aumentando significativamente sua abrangência.

Hoje o MVE conta com aproximadamente 20 instrutores capacitados para sua multiplicação na rede e está presente em aproximadamente 17 unidades de saúde. Em novembro do presente ano, 2011, deu-se início ao processo seletivo para uma nova turma de capacitação em MVE, com 25 vagas.

O fato dos instrutores serem profissionais de diferentes formações e níveis de escolaridade, como agentes de saúde, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, médicos, assistentes sociais, entre outros, pode gerar maneiras distintas de conduzir os grupos, de modo que, sem perder o fio condutor do

trabalho, cada instrutor, influenciado por sua prática profissional, pode enfatizar mais um ou outro aspecto do trabalho.

Podemos visualizar no quadro abaixo os locais e número aproximado de pessoas que realizam o MVE na rede de saúde em Campinas, baseado em um levantamento realizado pelo Centro de Formação do Sistema Rio Abierto em 2009.

Quadro 1: Quadro de distribuição dos locais de aulas de MVE na rede pública de Saúde de campinas/2009

Local	Número de participantes
CS Carlos Gomes	96
Vila Ipê	11
CS Rosália	30
CS Anchieta e Centro de Convivência	10
Distrito de saúde	5
UB Pedro Aquino	50
Centro de convivência Toninha	50
Balão do laranja	150
Centro de reabilitação	6
CS São José	8
Cerest	8
Espaço das Artes	7
Vila Mimosa	15
São João	15
Santa Tereza	15
CS Ipaussurama	25
Satélite Iris	20
Tear das Artes	10
CETS	Variado
CS Integração	60
Jardim Conceição	25
Nova Sousas	22
San Conrado	10
Vila Brandina	6
Vila Santana	15
Cândido Ferreira	11
Cândido/FUMEC	14
Cândido/FUMEC	25
Nova Sousas	14
CC Vila Conceição	20
CC Vila Conceição	20
Centro de ref. DST/AIDS	15
CS Barão/casarão	25
Parque ecológico	25
Total	842

1.3 Práticas integrativas e complementares: aspectos históricos e políticos

A respeito da inserção das práticas integrativas e complementares na rede pública de saúde, que viabilizou a participação do MVE como tal no município de Campinas, recorremos a um histórico de como se deu a construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e das mais recentes discussões acerca deste tema, a fim de contextualizar o estudo em questão e trazer à tona as inquietações presentes, através de uma visão crítica deste processo.

Segundo consta no relatório oficial do “Primeiro Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde”– PNPIC), realizado em 2008, em Brasília, a presença das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no cenário global se manifestou em 1978. Na “Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde” realizada neste mesmo ano, foram reconhecidos, em termos oficiais pela primeira vez, seus praticantes como trabalhadores da saúde e sua importância para o cuidado à saúde das populações, principalmente na atenção primária, assim como a necessidade de intercâmbio de informações entre os diversos modelos das mesmas nos diversos sistemas mundiais de saúde.

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no final da década de 70, de medicina tradicional (MT) e complementar/alternativa (MCA).

Com relação à medicina tradicional (MT) e a medicina complementar/alternativa (MCA), a Dr^a Xiaouri Zhang (10), ex-coordenadora do Departamento de Medicina Tradicional da OMS, ressalta que as diferenças de terminologia condizem com as diferenças culturais entre Ocidente e Oriente. No Ocidente, tende-se a chamar de Medicina Integrativa e Complementar justamente por, como indica o nome, integrar e complementar um sistema de saúde vigente, que se baseia, sobretudo, na alopatia. No Oriente, especialmente na China, chama-se de Medicina Tradicional, por se tratar do sistema vigente lá, onde complementar é a alopatia.

Ao final da década de 70, a OMS cria o Programa de Medicina Tradicional, que recomenda aos Estados-Membros o desenvolvimento de políticas públicas para facilitar a integração da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde, assim como promover o uso racional dessa integração (10).

A partir da década de 80 em vários comunicados e resoluções, a OMS demonstra seu compromisso em incentivar os Estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado de MT/MCA nos sistemas nacionais de saúde.

Podemos observar um contexto mundial muito propício às Práticas Integrativas e Complementares (PICs), favorecido pela crise dos paradigmas da medicina biomédica, com seus altos custos, apoiados no uso intensivo da tecnologia e muitas vezes não correspondendo às expectativas dos usuários do sistema de saúde na busca de meios eficazes para o cuidado da sua saúde.

Hoje já são notados avanços na integração das PICs no cenário mundial, uma vez que 30% dos países membros já dispõem de políticas nacionais para PICs, como é o caso do Brasil, e 65% dos países já apresentam procedimentos legais e de regulação (Brasil, Ministério da Saúde, 2009). (11)

No Brasil, segundo Barros (12), a legitimação e institucionalização das Práticas Complementares teve início nos anos 80, principalmente após a descentralização, participação popular e crescimento da autonomia dos municípios promovidos pelo SUS, além de fazer parte das demandas coletivas manifestadas nas conferências nacionais de saúde.

A Conferência Nacional de Saúde de 1986 deliberou em seu relatório final a “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida.” (13) Para isso, foi instituído um grupo de trabalho específico para a elaboração dessa política em junho de 2003, seguido de estudos sobre a inserção das PICs no SUS, a partir de 2004.

Em 03/05/2006, ocorreu a aprovação e publicação da Portaria Ministerial nº 971, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

A política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) tem como objetivos: (a) incorporar, implementar, estruturar e fortalecer as referidas práticas no SUS; (b) contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e para a ampliação do acesso às PICs, particularmente dos medicamentos homeopáticos e fitoterápicos; (c) promover a racionalização das ações de saúde; (d) estimular as ações referentes ao controle/participação social; (e) desenvolver estratégias de qualificação de pessoal; (f) divulgar conhecimentos e informações sobre PICs para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. Além disso, procura-se incentivar as ações intersetoriais, a pesquisa, as ações de acompanhamento e avaliação, além de cooperação nacional e internacional no âmbito das práticas integrativas e complementares.(14)

Depois de apenas dois anos da implementação da PNPIC, já existem mais de 800 municípios brasileiros que oferecem alguns desses tratamentos pelo SUS. Tal política se consolidou não apenas pelo acesso, mas também pelo número de profissionais que trabalham na área dentro do sistema oficial, com a estimativa de que, em 2007, 810 profissionais atuavam realizando alguma das práticas, com maior concentração nas áreas de homeopatia e acupuntura (11)

Contudo, embora os avanços tenham sido nítidos, tanto em relação à legislação, quanto à popularização das PICs nos últimos anos, a implantação e implementação das mesmas ainda constitui um desafio. Segundo Simioni et Al (15), enquanto no âmbito de certas instituições e entre profissionais e usuários a integração cresce, deixando ver o uso concomitante de diferentes terapias e racionalidades, no âmbito das políticas e dos conselhos profissionais inexistente integração.

Adentrar no campo da saúde para discutir conceitos relacionados aos diferentes paradigmas e racionalidades nele inseridos não é uma tarefa fácil, tendo em vista a complexidade que envolve a construção de cada um desses saberes, num contexto histórico, político, social, cultural e econômico.

Não tratamos aqui de defender um em detrimento do outro, mas sim de aproximar o método da demanda trazida pelos usuários por melhor saúde e qualidade de vida.

Hoje a discussão sobre as questões de saúde no Brasil não se baseia apenas no conceito definido pela OMS, ou seja, “um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Muito embora seja uma visão abrangente da saúde, faz-se necessário considerar os determinantes sociais de saúde (DSS). Tais determinantes são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. (16)

Com base nos estudos realizados pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) criada em 2006, discute-se uma série de possibilidades de intervenções de políticas e programas voltados para o combate às iniquidades de saúde geradas pelos DSS.

Neste sentido a PNPIC pode contribuir como uma política transversal, por conter “sistemas e recursos envolvendo abordagens que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do Ser Humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas neste campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado”. (17)

As PIC na atenção básica ocupam um lugar interessante, pois incorporam “racionalidades como a homeopatia e a medicina tradicional chinesa [entre outras], que comportam um saber/prática facilitadores da integralidade. A integralidade para a biomedicina constitui um problema a partir da visão fragmentada do doente tornando-se mais bloqueada quanto mais especializado for o ambiente.” (18). No que diz respeito à complementaridade podemos dizer que essa transita entre os polos da medicina biomédica e da medicina alternativa, criando um fluxo que permite “integrar os opostos em um todo.” “A diferença fundamental da medicina complementar e biomédica é a vinculação profunda com o paciente.” (19)

O município de Campinas destacou-se na implementação das Práticas Integrativas e Complementares. Em 2001, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, foi formado o Grupo de Estudos e Trabalho em Terapias Integrativas (GETRIS), com a responsabilidade de conduzir e multiplicar práticas integrativas na cidade.

O GETRIS foi inicialmente responsável pela elaboração e gestão do projeto e, na gestão atual, foi transformado em uma coordenadoria de Práticas Integrativas e Complementares, chamada de Saúde Integrativa, que polarizou e interligou os diversos projetos, alterando-os para programas. (20) Hoje, a coordenadoria conduz os programas de homeopatia, fitoterapia, medicina tradicional chinesa, acupuntura, acupuntura de Yamamoto, osteopatia e corpo em movimento.

As ações ligadas ao Programa Corpo em Movimento, das quais faz parte a Ginástica Harmônica, hoje denominada Movimento Vital Expressivo (MVE), ligado ao Sistema de Terapia Psicocorporal- Rio Abierto, foram criadas com o objetivo de oferecer ferramentas a serem utilizadas pela rede de atenção à saúde na transformação do usuário em personagem que produz sua própria saúde no seu caminhar na vida (21).

O Projeto nasceu de uma ação central que, posteriormente, em 2004, se descentralizou para os distritos de saúde, sob a supervisão de instrutores anteriormente capacitados e de profissionais da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) que acompanharam toda a implantação do trabalho e realizaram pesquisas referentes aos vários aspectos desse processo.

Uma delas, realizada neste mesmo período, constatou que o sucesso da introdução das PICs em Campinas deveu-se a quatro fatores: “a disposição da clientela, que apóia e solicita este tipo de serviço; a visão de saúde dos médicos sanitaristas, que mostram uma abertura para este tipo de projeto; o apoio incondicional dos profissionais de saúde não médicos, que pretendem valorizar e ampliar a sua prática; e, finalmente, a própria perspectiva das medicinas alternativas e complementares, que se encontra em plena sintonia com a ênfase na saúde proposta pelo SUS. Os dados mostraram que a postura dos profissionais que adotam as medicinas alternativas não se coloca em oposição diante da

medicina científica tradicional, mas como uma dimensão que procura complementá-la e, ao mesmo tempo, transcendê-la” (22)

Embora o município conte com uma experiência positiva de introdução das PICs na rede de saúde, esta mesma pesquisa aponta alguns riscos relevantes que necessitam ser considerados, como: “a falta de planejamento adequado e o perigo de se implantar um programa simplista, que converte as racionalidades alternativas em meras técnicas que seguem os mesmos princípios mecanicistas da medicina alopática e o mesmo entendimento “reificado” de doença. Uma concepção de saúde e doença inspirada em fundamentos teóricos não mecanicistas, com base na concepção “vitalista”, teria que ser resgatada e reconstruída com um sentido de prover e consolidar um novo paradigma na saúde e na medicina.” (22)

Surge, a partir de então, a necessidade de se verificar junto ao usuário qual a contribuição dessa prática como instrumento para o cuidado em saúde, já que existem poucos estudos referentes a essa atividade, principalmente no serviço público.

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

Compreender o significado, para os usuários, da experiência vivenciada nos grupos de Movimento Vital Expressivo - Sistema Rio Abierto em uma Unidade Básica de Saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar a percepção dos usuários sobre as possíveis dificuldades e limitações para participar do grupo.
- Analisar as percepções dos usuários sobre as possíveis contribuições para o bem estar físico, emocional e psíquico dos integrantes do grupo através das vivências do Sistema Rio Abierto.

3. Sujeitos e Métodos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas sob o parecer Nº 551/2010. (ANEXO 1). A pesquisa foi realizada

somente com os sujeitos que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes da pesquisa foram informados e esclarecidos a respeito dos objetivos do trabalho e sobre o procedimento de coleta de dados por meio de entrevista. Foi assegurada a confidencialidade das informações, que serão mantidas em sigilo e utilizadas apenas para fins acadêmicos. Os nomes dos participantes foram alterados a fim de preservar a identidade dos mesmos.

3.1 Especificações do tipo de estudo

Esta pesquisa utilizou abordagem qualitativa, uma vez que buscou compreender o significado do conteúdo expresso pelos envolvidos acerca da experiência por eles vivenciada no Grupo de MVE, sendo consideradas para isto a sua inserção sócio-cultural e suas percepções a partir do contexto de vida.

Para Chizzotti (23), na pesquisa qualitativa todos os fenômenos são igualmente importantes, sendo necessário encontrar o significado manifesto e aquele que permaneceu oculto. Procura-se entender a experiência dos sujeitos, as representações que formam e os conceitos que elaboram, sendo esses a referência das análises e interpretações.

A abordagem qualitativa é fundamental por trabalhar com as relações sociais e pode ser empregada para a compreensão de fenômenos específicos e delimitáveis devido ao seu grau de complexidade. (24)

A pesquisa qualitativa é aquela em que o pesquisador tem interesse em conhecer as “qualidades” do seu objeto de investigação. Forma-se uma idéia acerca das propriedades que lhes são inerentes, com a pretensão de apresentá-las em sua essência e tornar-se capaz de distingui-las das outras. A interpretação dos resultados da pesquisa qualitativa tem base na percepção de um fenômeno dentro de um contexto. (25).

Para Triviños (26), a pesquisa qualitativa é descritiva e dedica atenção preferencial aos pressupostos que servem de fundamento à vida das pessoas.

Nesse tipo de pesquisa considera-se que os significados que as pessoas dão aos fenômenos dependem essencialmente dos pressupostos culturais próprios do meio onde ocorrem.

3.2 Local de realização da pesquisa

Tivemos como foco desta pesquisa os praticantes de Movimento Vital Expressivo em Campinas, mais especificamente no Distrito de Sousas, por existir ali um trabalho que já está consolidado junto à comunidade e pela facilidade de acesso do pesquisador aos grupos.

A pesquisa foi realizada com usuários de três grupos distintos que praticam o MVE em locais diferentes.

O primeiro grupo entrevistado realiza o MVE no salão social do condomínio “Caminhos de San Conrado”. Trata-se de um condomínio de classe média/alta localizado em região nobre do distrito de Sousas. Esse espaço é cedido pelo condomínio para a realização dessa prática. Esse grupo começou como iniciativa individual e voluntária de uma instrutora de MVE e inicialmente as aulas eram realizadas na praça. Com o passar do tempo alguns dos participantes do grupo que eram também moradores desse condomínio conseguiram junto à administração do mesmo esse espaço para a realização das aulas. Por solicitação da instrutora, que também era funcionária do Centro de Saúde de Sousas, o Centro de Saúde passou a assumir o trabalho como uma atividade regular oferecida pelo mesmo. Nesse espaço passaram a ser realizadas também aulas de Lian Gong, promovidas pelo Centro de Saúde.

O segundo grupo realiza as aulas de MVE no Centro Comunitário da Vila Santana, localizado no bairro de mesmo nome. Esse é um espaço público onde o Centro de Saúde realiza várias atividades, como o Lian Gong, grupos de hipertensos, de diabéticos e oficinas de saúde. É um bairro com moradores de classe média/baixa.

O terceiro grupo pesquisado realiza as aulas de MVE no Centro de Convivência “Casa dos Sonhos”, equipamento do SUS ligado ao serviço de saúde mental Dr. Cândido

Ferreira. Nesse espaço são oferecidas muitas atividades à população, como aulas de dança, de canto, oficinas de artesanato, alfabetização de adultos, entre outras. Caracteriza-se por atender a uma população bem heterogênea em termos sócio-culturais, por localizar-se na região mais central de Sousas e pela presença de pacientes da saúde mental.

3.3 Seleção dos sujeitos

Os participantes deste estudo foram os usuários do serviço público de saúde do Distrito de Sousas no Município de Campinas, SP, que frequentam os grupos de Movimento Vital Expressivo, atividade oferecida a essa população como parte do Programa de Saúde Integrativa da Secretaria Municipal de Saúde.

Quanto ao critério de amostragem, Patton (27) relata que na pesquisa qualitativa o tipo de amostra é proposital (intencional), visando a selecionar casos ricos em informação para estudos em profundidade.

Turato (25) aponta que o autor do projeto delibera quem são os sujeitos que irão compor seu estudo, segundo seus pressupostos de trabalho, ficando livre para escolher entre aqueles cujas características pessoais (dado de identificação biopsicossocial) possam, em sua visão enquanto pesquisador, trazer informações substanciais sobre o assunto em pauta.

A amostra foi constituída por 12 participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão: frequentadores dos grupos de MVE oferecidos pela rede pública no Distrito de Sousas há pelo menos três meses, com condições mentais e cognitivas de responder às questões da entrevista.

O número de participantes foi definido pelo processo de saturação de dados.

A amostragem por saturação de dados, segundo Turato (25), ocorre quando o pesquisador fecha o grupo, isto é, quando após as informações coletadas com certo número de sujeitos, passam a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo. O pesquisador, entendendo que novas falas passam a ter acréscimos pouco significativos em vista dos objetivos inicialmente propostos para a pesquisa, decide encerrar a coleta de dados.

3.4 Procedimentos para a coleta e análise dos dados

O primeiro contato da pesquisadora com os participantes foi pessoalmente, no local onde estava sendo realizada a prática do grupo de MVE. Foram expostos pelo pesquisador os objetivos da pesquisa e o tipo de trabalho a ser realizado por meio de entrevista.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizada a Entrevista-Piloto, para analisar as possíveis dificuldades no roteiro da entrevista.

A entrevista-piloto é o instrumento científico construído e aplicado para avaliar se seus componentes foram entendidos pelo sujeito-alvo do estudo e se mostrou adequado e suficiente para se colherem os dados como inicialmente planejado. (25)

Após a realização da entrevista-piloto não foi necessária qualquer alteração no roteiro de entrevista, uma vez que as questões foram respondidas de forma clara e sem dificuldade de entendimento por parte do entrevistado. No entanto, julgamos necessário deixar claro ao grupo que a presença da pesquisadora no local seria estritamente condicionada à coleta de dados, sem participação na aula, seja como aluna ou como instrutora. Desta forma, os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas com os participantes, no local onde é realizado o grupo de MVE e foram gravadas com a permissão dos participantes.

Os dados transcritos nas entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo. De acordo com os objetivos do presente estudo, foi realizada a análise categorial do conteúdo e as categorias foram selecionadas após a leitura minuciosa das entrevistas.

Quanto ao processo de categorização dos dados, Bardin (28) considera que as categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em função das características comuns desses elementos.

“(...) classificar os elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros. O que vai permitir o seu agrupamento é a parte comum existente entre elas.” (28)

As categorias elencadas foram:

1. Acesso ao grupo de MVE
2. Participação no grupo de MVE
3. Motivação para participar do grupo
4. Percepção de mudanças com a prática do MVE
5. O grupo como apoio social e base para o empoderamento individual
6. O significado de fazer parte do grupo de MVE

A seguir, procedeu-se a descrição e análise dos dados.

Chizzotti (23) relata que a análise do conteúdo se aplica à análise de textos escritos ou de qualquer comunicação oral, visual, gestual, visando à compreensão do significado da comunicação.

Para Bardin (28), esse método consiste em um conjunto de instrumentos metodológicos que visam à aplicação da objetividade, sistematização e influência aos discursos diversos, sendo atualmente utilizada para analisar o material qualitativo, em busca da melhor compreensão de uma comunicação ou discurso, extraindo os aspectos mais relevantes.

4. Apresentação e Discussão dos Resultados

Inicialmente apresentaremos um quadro com a caracterização dos participantes, para melhor visualização e entendimento do contexto de vida dos mesmos.

É importante mencionar que este perfil apontado pelos dados faz parte do contexto específico deste estudo. No entanto, nos permitiu levantar a seguinte questão: Seria este o perfil dos praticantes de MVE em geral? Talvez estudos realizados com grupos de outras regiões da cidade, considerando contextos sociais diferentes possam contribuir para uma descrição mais ampla do perfil do praticante do MVE em Campinas.

4.1 Caracterização dos participantes

Quadro 2: Quadro de caracterização dos participantes

Nome ⁶	Idade	Estado civil/filhos	Escolaridade	Tempo que reside no bairro/com quem reside	Tempo de participação no grupo	Participação nas ativ. da UBS	Exerce ou exerceu atividade remunerada
1. Antonio	66	Casado 1 filho/netos	Técnico	8 anos/com esposa	+ de 5 anos	Sempre que possível	Aposentado/faz “bico”
2. Rosa	71	Viúva/2 filhos	4ª série	16 anos/sozinha	+/- 5 anos	Só do grupo de MVE	Pensionista/trabalha em casa.
3. Fernando	69	Casado/3 filhos	Segundo grau	15 anos/com esposa	6 anos	Do grupo sim. Outras ativ. Não muito.	Aposentado/autônomo
4. Amélia	80	Viúva/3 filhos/5 netos/2 bisnetos	3ª série	54 anos/sozinha	10 anos	Só do grupo de MVE	Aposentada
5. Cecília	78	Casada/2 filhos/2 netos	5ª série	Toda a vida/esposo e filhos	5 anos	Grupo MVE, dança canto, passeios.	Aposentada
6. Ivone	71	Casada/5 filhos/10 netos	Fumec só sabe assinar o nome	26 anos/com esposo	6 anos	Grupo de MVE, dança, passeios.	Aposentada
7. Rita	49	Casada/2 filhos	Colegial	21 anos/com esposo e filhos	6 anos	Participa de tudo que tem	Exerceu quando solteira
8. Inês	70	Casada/2 filhos vivos	8ª série	30 anos/com esposo	2 anos	Não participa de todas, mas gostaria	Aposentada
9. Lúcia	70	Viúva/4 filhos/netos	4ª série	42 anos/1 filho e 3 netos	2 anos	Grupo de MVE, almoço e passeios	Aposentada
10. Patrícia	64	Viúva/3 filhos	3ª série	+ 50 anos/com filho	8 a 10 anos	Participa de tudo sempre que possível	Aposentada
11. Letícia	55	União consensual/2 Filhos	Não estudou	29 anos/com companheiro e filhos	4 anos	Grupo de MVE, bazar e festas	Autônoma
12. Francisca	73	Casada/2 filhos/netos	Não estudou	5 anos/com esposo e 1 neto	2 anos	Participa sempre que possível	Aposentada

Como mostra o quadro, foram realizadas doze entrevistas, das quais dez entrevistadas são mulheres e dois entrevistados são homens. A idade dos participantes variou entre 49 e 80 anos, sendo a média de 68 anos.

A maior parte dos participantes, oito deles, são casados, têm filhos, netos e uma delas tem bisnetos. Desses, quatro moram com o cônjuge e com filhos ou netos e os outros quatro apenas com o cônjuge. São viúvos quatro participantes, dos quais dois moram sozinhos e dois com filhos e/ou netos.

Relacionado ao grau de escolaridade temos três participantes com segundo grau completo, sendo um desses com curso técnico; dois não estudaram, um é analfabeto funcional, ou seja, sabe apenas escrever o nome e os demais estudaram entre o terceiro e o oitavo ano do ensino fundamental.

Todos os participantes já exerceram ou exercem atividade de trabalho remunerada, no entanto hoje, a grande maioria, ou seja, nove dos participantes estão aposentados, sendo que desses, dois ainda mantêm atividades de trabalho para complementar a renda. Uma das participantes é pensionista, e também trabalha em casa como autônoma para complementar a renda. Outra não trabalha mais e não recebe aposentadoria, dedicando-se ao lar, pois o marido ainda encontra-se na ativa, sendo o responsável pelo sustento da família, e uma trabalha como autônoma.

Todos os participantes residem na área de cobertura das UBS onde a pesquisa foi realizada, sendo que aquele que mora por menos tempo está há cinco anos na região e o que mora há mais tempo vive na região desde que nasceu, isto é, há 78 anos. A média do tempo de moradia nos bairros está em 31,16 anos.

Com relação ao tempo de participação no grupo de MVE, todos os entrevistados participam do grupo há mais de dois anos, e os que estão há mais tempo participam há dez anos. Portanto, a média de tempo estimada de participação no grupo está em 5,16 anos. Além do grupo de MVE, a maioria também participa de outras atividades oferecidas pela UBS.

Os participantes da pesquisa fazem parte da população identificada como da terceira idade e esse fato é relevante por apresentar esse grupo algumas peculiaridades.

Em primeiro lugar não podemos deixar de apontar o crescimento da população de terceira idade no Brasil nos últimos anos. Em três décadas (60 a 90) foi observado um aumento de 100% no índice de envelhecimento da população. A expectativa é de que no período entre 2000 a 2050 deverá se observar o mais rápido aumento na população de idosos, passando de 5,1% para 14,2% (29). Segundo os primeiros dados definitivos do censo 2010, “[...] o alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4.8% em 1991, passando para 5.9% em 2000 e chegando a 7.4% em 2010. [...] com destaque para as regiões sul e sudeste que apresentam 8.1% da população formada por idosos com 65 anos ou mais”. (30) Esse processo é denominado de Transição Demográfica.

O aumento da população de idosos com suas múltiplas demandas e a velocidade com a qual esse processo vem ocorrendo trarão grandes desafios ao Estado para lidar com esse novo perfil demográfico, pois criam a necessidade de mudança no modelo clínico-assistencial e, conseqüentemente, na formação profissional e reestruturação das políticas públicas voltadas à saúde e educação.

As políticas públicas têm procurado, desde a criação e implementação do SUS em 1989, criar mecanismos que buscam uma atenção mais especializada às necessidades desse grupo. Em 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso (PNI) pela Lei 8.842/94, regulamentada pelo Decreto 1948/96, que estabelece direitos sociais, garantia da autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade, como instrumento de direito próprio de cidadania, sendo considerada população idosa o conjunto de indivíduos com 60 anos ou mais. (31)

A Lei nº 8.842/94 criou o Conselho Nacional do Idoso, responsável pela viabilização do convívio, integração e ocupação do idoso na sociedade, através, inclusive, da sua participação na formulação das políticas públicas, projetos e planos destinados à sua faixa etária. Suas diretrizes priorizam o atendimento domiciliar; o estímulo à capacitação dos

médicos na área da Gerontologia; a descentralização político-administrativa e a divulgação de estudos e pesquisas sobre aspectos relacionados à terceira idade e ao envelhecimento.

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (32) Essa política define que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso pela Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002, através da qual foram criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência de Atenção à Saúde do Idoso.

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas.

Em 2006, foi publicada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), de acordo com a Portaria nº2528. (33)

Essa Política tem como objetivo recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade. (33)

Podemos observar que as políticas públicas têm procurado implementar modalidades de atendimento aos idosos, tais como Centros de Convivência – espaço destinado à prática de atividade física, cultural, educativa, social e de lazer, como forma de estimular sua participação no contexto social no qual estão inseridos (31). No entanto, a elaboração e implementação de projetos eficazes, capazes de melhorar a qualidade de vida do idoso não

depende apenas das políticas públicas, embora esse seja um passo importante, mas também do preparo do profissional para atender a essa população, do envolvimento da família e mudanças da própria sociedade na concepção do idoso e do processo de envelhecimento.

O fenômeno de transição demográfica traz a consciência da existência do envelhecimento como uma questão social, pois está diretamente relacionada com uma série de transformações na vida do indivíduo nas esferas familiar, social, econômica e afetiva. Embora a idéia do envelhecimento ainda hoje esteja frequentemente atrelada ao surgimento de doenças crônicas, perdas diversas, isolamento social, improdutividade, podemos observar mudanças não apenas nos conteúdos que norteiam as discussões sobre a velhice, mas no comportamento dos próprios indivíduos que envelhecem, associando esse processo a atividade, aprendizagem e satisfação pessoal.

Para Silva (34), a criação e disseminação de uma nova e positiva imagem da velhice é fruto de um percurso histórico complexo, apontando quatro fatores como fundamentais para essa mudança. O primeiro fator diz respeito ao discurso da gerontologia social sobre os antigos pressupostos médicos da geriatria, que associavam a velhice à senilidade, adoecimento e incapacidade, definindo não somente o envelhecimento físico como também as representações sobre a experiência de envelhecer.

Silva (34) escreve que “[...] o argumento central da gerontologia social está fundamentado na compreensão do envelhecimento como uma construção social particularmente atrelada a uma imagem negativa, cuja alteração pode ceder espaço para uma imagem positiva do mesmo processo”. Para a gerontologia social, o envelhecimento normal compreenderia uma série de processos biológicos que não resultam necessariamente em sérios prejuízos físicos ou mentais para os sujeitos. Os gerontólogos passaram a advogar a desconstrução radical e o deslocamento das imagens negativas do envelhecimento, assim como a elaborar um imaginário positivo para a velhice. O segundo fator refere-se à generalização e à reorganização dos sistemas de aposentadoria, que contribuiu para a caracterização da velhice como categoria política. O aposentado não é somente o sujeito incapaz para o trabalho, mas também o sujeito de direito, detentor de privilégios sociais legítimos, cujo reconhecimento lhes permite reivindicar benefícios em nome de uma categoria. O terceiro fator traz como relevante a substituição dos termos

“velho”, cuja conotação pejorativa está vinculada a imagens negativas do envelhecimento, para “terceira idade”, responsável por uma nova identidade dessa parcela da população, associada à imagem de um envelhecimento ativo e saudável. E o quarto fator fala sobre os interesses da cultura de consumo, que não demorou a identificar o idoso como um consumidor em potencial, desenvolvendo produtos e direcionando “marketing” especial para esse público.

Diante de tais mudanças podemos dizer que atualmente os idosos estão começando a redefinir seu papel na sociedade, estão construindo seus espaços de socialização e inclusão social, notando-se um crescimento de várias modalidades de grupos de terceira idade: lazer, esporte, atividade física, educação, artes etc. São espaços de positividade do envelhecer, permitindo um envelhecimento mais ativo e independente, como podemos observar no grupo estudado.

Outro aspecto que pode ser considerado como facilitador para a participação de idosos nos grupos é a maior disponibilidade de tempo dessa população, tendo em vista que as atividades são oferecidas dentro do horário de funcionamento do serviço de saúde.

A maioria dos participantes deste estudo são mulheres, o que reflete um aspecto cultural importante ligado ao gênero, com relação aos cuidados em saúde. Um estudo realizado por Gomes et Al (35) a respeito da invisibilidade ou ausência do homem na atenção primária em saúde e sua consequente não inclusão nos cuidados preventivos aponta aspectos relevantes, tanto estruturais quanto simbólicos, acerca dessa questão. O aspecto estrutural revela pouco investimento na organização do serviço numa perspectiva de gênero, reforçando o senso comum de que os homens não são usuários da atenção primária. É importante considerar o fato de que a atenção primária em saúde, no Brasil, historicamente foi direcionada para os cuidados materno e infantil, baseada numa medicina preventiva que priorizava ações de higiene da mãe no pré-natal e da criança na puericultura. Esse fato gerou uma identificação do serviço com um espaço assistencial feminilizado e criou uma cultura profissional também ligada a esse segmento da população. O aspecto simbólico diz respeito a não consideração de temas do universo masculino, assim como o despreparo do profissional para lidar com questões desse mesmo segmento. Associado a isso, há uma marca cultural, uma socialização de idéias dentro do próprio seio familiar que

não estimulam um comportamento masculino de autocuidado, já que, ao longo da trajetória pessoal, o cuidado dos homens é geralmente mediado por figuras femininas, como mãe, irmã, companheira e filha. A pouca procura masculina também aparece associada à ausência de acolhimento ou ao acolhimento pouco atrativo, que pode estar relacionado à frágil qualificação profissional para lidar com o segmento masculino. Nesse raciocínio, seria necessária a adoção de estratégias que se voltassem tanto para a ampliação da oferta de ações, como para a sensibilização dos homens para cuidarem de sua saúde.

4.2 Acesso ao grupo de MVE

Procuramos investigar como as pessoas têm acesso ao grupo de MVE, como a informação sobre a existência desse grupo chega ao usuário da unidade básica de saúde e quais são os meios que o levam até o grupo. Por se tratar de uma atividade oferecida pelo Serviço de Saúde, podemos supor a existência de um canal de comunicação entre o serviço e o usuário, que promova a divulgação dessa atividade ou que, através do contato do usuário com o profissional de saúde, esse acesso se dá.

Dos três grupos pesquisados, somente o grupo do Centro de Convivência “Casa dos Sonhos” conta com um veículo de divulgação oficial. São distribuídos de 500 a 1000 panfletos com a programação das atividades do mês, incluindo o grupo de MVE. Esses panfletos são distribuídos no próprio Centro de Convivência e levados pelos profissionais para os locais onde ocorrem reuniões das equipes de saúde. Outra forma de divulgação utilizada eventualmente nesse local é a chamada através de cartazes colocados nas dependências do Centro de Convivência ou chamadas rápidas na sala de espera, onde é realizado o convite verbal às pessoas ali presentes.

Embora sejam diversas as formas de uma pessoa chegar ao grupo de Movimento Vital Expressivo, os relatos dos participantes revelam que prevalece uma forma de comunicação mais informal, que conhecemos como “boca a boca”.

O “boca a boca” é uma forma de comunicação interpessoal, direta, em que a transmissão da informação ocorre através da indicação de alguém conhecido, seja um amigo ou parente próximo.

“Pela madrinha da minha filha que ela tava indo e aí ela falou prá mim porque que eu não ia também. Só que eu não sabia né, fiquei sabendo por ela. Aí comecei a frequentar.”
(Letícia)

Essa é uma das formas de comunicação mais utilizada pelas pessoas na multiplicação de informações, aquisição de serviços ou produtos. Estudos que envolvem a propaganda boca a boca (36 e 37) referem que mais de 80% das pessoas seguem as recomendações de um familiar, amigo ou profissional ao optarem por um serviço ou produto. Quando a informação é advinda do chamado grupo de referência, formado pelas pessoas mais próximas, como amigos e parentes, goza de maior credibilidade, principalmente quando quem emitiu a informação fala a partir de sua experiência pessoal com o serviço ou produto utilizado; no caso, o grupo de MVE. Essa forma de comunicação implica no contato pessoal entre pessoas que possuem outros assuntos de interesse comum e não apresenta interesse comercial nessa troca, fatores que contribuem para a confiabilidade e despertam a curiosidade sobre a informação transmitida.

Para que esse processo ocorra, pressupõe-se que as pessoas tenham uma rede de contato social mínima, que estejam participando da vida social o suficiente para entrarem em contato umas com as outras e que compartilhem assuntos de interesse comum.

No entanto, estudos mostram que nem sempre essa é a realidade da pessoa idosa. D’Alencar (38) comenta que muitos idosos, não contando com o apoio familiar e nem com o apoio de instituições sociais, tendem a uma situação de marginalização e isolamento social, por não se sentirem aptos a participarem da vida social. A essas pessoas restritas a seus domicílios, cujo contato social é muito limitado, talvez seja necessária outra forma de comunicação para que a informação e o incentivo à participação no grupo as alcance.

Verificamos nos relatos outras formas de acesso ao grupo, ainda que menos frequentes, porém interessantes de se observar no contexto deste estudo, pois abrem espaço para refletirmos sobre a relação que se tem estabelecido entre as PICs e os profissionais que atuam no serviço de saúde.

Aparece nos dados como forma de acesso a indicação de médicos e agentes de saúde, profissionais que têm contato direto com o usuário no momento em que este busca o serviço de saúde e constituem referências para esse paciente, sendo responsáveis por sua orientação e encaminhamento para atividades ou serviços disponíveis na rede, que auxiliem na prevenção e promoção da saúde, assim como na cura das doenças.

“(...) eu estava muito doente e eu liguei para o meu médico e perguntei para o médico: ‘se eu viver mais cem anos eu vou viver com dor?’. Ele disse: ‘Não, se você participar das atividades físicas você vai melhorar’. E eu realmente melhorei. (...) o médico recomendou.” (Patrícia)

“(...) a Agente de saúde também me convidou a gente se conhece há muitos anos aí do posto, então...” (Lúcia)

Embora esses dados estejam presentes neste estudo, supomos que essa pode ser uma realidade do Distrito de Sousas, já que este trabalho vem sendo implementado há vários anos e apresenta certa visibilidade e reconhecimento no serviço de saúde local. Outro fator que pode ter influenciado a recomendação do grupo de MVE pelos profissionais de saúde aos usuários foi que, em determinada época, realizou-se um grupo de trabalho corporal com os funcionários do Centro de Saúde, que puderam vivenciar e compreender, a partir da experiência, a essência do trabalho do Rio Abierto. Nessa ocasião, aumentou bastante a demanda de encaminhamentos para o grupo de MVE, partindo dos profissionais do Centro de Saúde.

Porém, esses dados não representam a realidade da maioria dos serviços de saúde, pois pesquisas apontam para o fato de os médicos, dentre outros profissionais da área, serem regularmente aqueles que menos indicam alguma das práticas integrativas e complementares. Nesse sentido, um estudo realizado por Ischkanian (39), com gestores e profissionais de unidades básicas de saúde e ambulatório de especialidades da zona norte da cidade de São Paulo, constatou que havia grande desconhecimento da PNPIC e das PICs em geral, por parte dos profissionais e gestores do serviço de saúde. Relata que não se sabe ao certo se esse desconhecimento se dá por ineficiência dos meios de divulgação dentro da

própria rede de saúde, pela descrença dos profissionais em outras racionalidades médicas que não a biomedicina, pela preferência em manter o modelo convencional ou por motivos de outra ordem.

O fato é que a informação e o conhecimento sobre as práticas em si e sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares por parte dos gestores, dos profissionais e dos próprios usuários, assim como o bom funcionamento dos mecanismos internos de colaboração e comunicação entre profissionais, e o sistema de encaminhamento de referência e contra-referência são fundamentais para uma melhor implementação das práticas e para o acesso a esses serviços, que podem contribuir na prevenção e promoção da saúde da população.

Ainda sobre o acesso da população ao grupo de MVE, alguns relatos trazem um fato curioso - a visibilidade do grupo como facilitador do acesso, principalmente quando se trata de uma terapia não convencional, pois como constatamos são atividades pouco divulgadas e pouco conhecidas.

“A gente passava por aí e via a turma lá na praça né pulando, pulando... risos.” (Lúcia)

No início, quando os primeiros grupos começaram a se constituir de forma voluntária em Sousas, não havia um lugar destinado a essa prática, portanto as aulas eram realizadas na praça central da cidade, chamando a atenção de alguns que por ali passavam. Ainda hoje em algumas datas comemorativas, ou como parte de algum projeto/parceria com outros setores da prefeitura, os grupos de MVE saem de seus respectivos locais de atividade e vão para a praça para fazer a aula. Como exemplo, há o “Dia do Desafio”, que é uma competição mundial criada no Canadá na década de 80, cujo objetivo é incentivar a prática de atividade física em benefício da saúde e bem-estar. Esta competição no Brasil é coordenada pelo SESC-sp junto com as prefeituras municipais e ganha a competição o município que registrar o maior número de pessoas que realizaram alguma atividade física no dia.

A própria natureza do trabalho do Rio Abierto, especialmente a roda de MVE, chama a atenção das pessoas pela música, pelo tipo de movimento realizado de forma espontânea e

expressiva, pela alegria do grupo, pela forma afetiva e cuidadosa com que os participantes se relacionam, entre outros aspectos peculiares ao trabalho que o diferenciam de outras atividades físicas ou corporais mais convencionais.

Podemos supor que aqueles que procuraram conhecer melhor essa prática e se vincularam ao grupo a partir de sua observação na praça, são pessoas que estavam buscando algo diferente, já tinham uma disponibilidade interna para conhecer coisas novas, se vincular a um grupo e de alguma forma se identificaram com o trabalho e sentiram o desejo de fazer parte daquilo. Num primeiro momento podem ter sido tolhidas por sentimentos como a vergonha de se expor, medo do julgamento de outros, por não se sentirem aptas, seja pela idade, condição física, saúde ou outros fatores relacionados aos condicionamentos sociais e regras de comportamento, inerentes a nossa cultura. Porém, mesmo que intimidadas, romperam com seus medos e optaram por seguir o impulso de vivenciar essa prática e se integrar ao grupo.

As falas a seguir podem ser exemplos do que acabamos de discutir.

“(...) eu via eles quando eu passava para fazer a caminhada lá embaixo, eu via, mas sabe, que vergonha de chegar no grupo... parece que eu, eu não fazia parte daquilo, não era prá mim. É... eu nunca tinha praticado esporte na praça e era uma coisa assim, uma coisa do outro mundo. E eu fui chegando devagarinho, chegando e fui conhecendo umas pessoas, me aproximando e de repente eu falei: ‘sabe de uma coisa? Eu preciso fazer alguma coisa diferente prá mim’. Aí foi que eu cheguei, eu cheguei, e falei: ‘Ai gente eu amei, eu amei!’ Aí eu vi as pessoas bem mais velhas que eu, aí eu pensei que era só eles por causa da terceira idade. Então é...eu pensei que bobeira eu vou também. Aí eu conheci a Agente de Saúde e ela me disse: ‘pode vim’. Aí eu me aproximei, comecei fazer (...).” (Rita)

“(...) eu passava sempre em frente, via aquele movimento, eu falava ‘acho que é só prá eles que estão com problema de saúde’. Essa bobeira que a gente acha que né... que só os idosos podiam fazer, eu não. Inclusive era numa praça e todo mundo via, porque pára, todo mundo fica olhando. Então eu quebrei esse tabu e falei ‘ não, eu vou lá vou participar’ e comecei. Foi onde eu me entreguei ao grupo.” (Rita)

Relacionado ao fato de se realizar a roda de MVE na praça, vale destacar que isso é possível porque o MVE é uma atividade que não necessita de um local preparado especialmente para sua realização. Necessita de um espaço grande o suficiente para que todos os presentes possam se movimentar com liberdade e que não tenha restrições à utilização de música. Certamente um local coberto, fechado e que tenha energia elétrica, garante a continuidade do trabalho nos dias de chuva, frio ou muito sol, assim como reduz os gastos com pilhas para o aparelho de som. Os grupos em locais fechados também proporcionam maior privacidade podendo o trabalho chegar a um nível mais profundo, pois permite às pessoas se entregarem mais, à medida que não há interferência dos olhares externos.

No entanto, as aulas nas praças ou em outros locais abertos é uma prática comum do Rio Abierto e ocorre em vários outros locais onde há o MVE, inclusive em outros países. O objetivo é que o trabalho chegue a qualquer pessoa que sinta o desejo de participar, que esteja acessível independentemente de a pessoa estar ou não vinculada a um grupo, conhecer ou não o Rio Abierto, para que possa experimentar a sensação de sair de seu mecanicismo, seja corporal, mental ou afetivo, de se mover com liberdade, de se expressar, de compartilhar a experiência com outras pessoas do grupo. Assim, como uma forma de dar visibilidade e favorecer o acesso ao grupo, as aulas realizadas em locais públicos abertos podem ser um bom caminho.

4.3 Participação no grupo

Procuramos investigar como se deu a participação de cada um no grupo de MVE, como foram as primeiras experiências vivenciadas no grupo, já que se trata de uma atividade não convencional, pouco conhecida e que exige certo grau de exposição.

Embora a maioria dos relatos refira ter sido uma experiência prazerosa e divertida, alguns apontam para as dificuldades relacionadas ao medo de realizar os movimentos devido a limitações físicas, falta de hábito em praticar exercícios, medo de se expor ao realizar algo diferente, que foge das convenções sociais de comportamento, especialmente ligado a idade e gênero.

“Ah eu me senti presa, não me soltava porque não tava acostumada, mas agora solto....”
(Patrícia)

Consideramos natural que as limitações físicas e a falta de repertório motor, ou seja, a falta de hábito em se mover, a não ser para a realização de atividades funcionais do cotidiano, gere medo e insegurança diante de uma atividade que aparentemente exige tanto do corpo.

As limitações fisiológicas causadas pela dor, pela falta de força muscular, por limitações articulares, por si só reduzem a confiança no potencial do corpo, assim como o simples fato de nunca se ter experimentado certas formas de se movimentar contribui para a construção da imagem de um corpo frágil e/ou incapaz de realizar certos movimentos. Não é raro, durante a aula de MVE, quando o instrutor propõe determinado movimento, alguém dizer, antes mesmo de tentar: “Ah esse movimento eu não consigo”, ou “ Isso eu não posso fazer porque tenho tal problema”.

Devemos pontuar, no entanto, que embora a prática do MVE utilize a imitação de movimentos e gestos, essa não exige a mesma precisão do aprendizado de uma técnica. É certo que ao instrutor cabe corrigir e orientar posturas inadequadas que possam trazer prejuízos à saúde dos alunos. Porém, o mais importante é que cada aluno aprenda a reconhecer seus limites e suas possibilidades através da própria experimentação do corpo em movimento e assim realize cada movimento da maneira que for possível no momento. No início da aula o instrutor orienta os alunos através de direcionamentos verbais, para que cada um esteja atento às sensações e sentimentos que o movimento pode despertar no corpo e, dessa forma, vá reconhecendo até onde pode chegar.

“(...) a primeira vez a Educadora em Saúde falou assim, a professora era ela mesma. ‘Faz as coisas no seu limite. Se a gente abaixa e você não pode abaixar, tem alguma dor...’ [...] eu cismava que eu tinha a junta amassada, que amassou quando eu torci o pé, inchava um pouco de tarde, ela falou: ‘Faz no seu limite, não dá para abaixar não abaixa, no suspender o pé se não dá prá fazer tudo o que a gente faz cê não faz, faz no seu limite, cada um faz como pode.’” (Ivone)

A experiência motora em grupo, da maneira como é proposta pelo sistema Rio Abierto, constitui-se em uma ferramenta para trabalhar as imagens e representações que cada um constrói do próprio corpo e que muitas vezes são os fatores que mais limitam a pessoa a experimentar algo novo. À medida que na roda não há julgamento sobre a maneira como a pessoa se movimenta, não há exigências sobre a perfeição do movimento que é realizado, isso possibilita que cada um vá aos poucos se soltando e descobrindo a melhor forma de realizá-lo. Desta forma vão se construindo novas imagens desse corpo, baseadas nas novas possibilidades que estão sendo experimentadas e não apenas em suas já conhecidas limitações.

A imagem corporal ou postural, como define Shilder (1980) *apud* Mello (40), também tem um aspecto social, ou seja, há uma imagem social do corpo. A vida social está baseada nas inter-relações dos modelos posturais, mas são, contudo, processos individuais. Ainda quando um indivíduo socializa sua imagem postural, ela continua sendo sua imagem.

Nossa imagem postural não é possível sem a dos outros, pois é criada em troca constante. Quando há a interação entre duas pessoas, seja através do olhar ou do toque, sua atitude corporal nesse momento receberá total influência do conteúdo afetivo despertado nessa relação intercorporal.

Desta forma, o trabalho em grupo favorece essas trocas e possibilita que novas imagens sejam construídas acerca do próprio corpo e esse fato também produz mudanças na forma de pensar e de se relacionar, abrindo espaços para uma nova maneira de ser e estar presente no mundo.

Esse mesmo conceito, sobre a imagem ou representações simbólicas que construímos sobre nós mesmos, se aplica aos que referiram dificuldades nas primeiras experiências com o grupo, pela idade, gênero ou por se sentirem fazendo algo fora do considerado convencional.

Retomamos neste momento a fala de Foucault (4) sobre as disciplinas do corpo. Explica ele que houve uma época, século XVIII, em que o corpo foi descoberto como objeto e alvo de controle e do poder. Poderiam facilmente ser reconhecidos sinais dessa atenção dedicada ao corpo, por exemplo, no conjunto de regulamentos militares, escolares,

hospitalares e por outros processos dedicados a controlar ou corrigir as operações do corpo. Não se trata de cuidar do corpo como uma unidade indissociável, mas de exercer sobre ele uma coerção, de modo a mantê-lo ao nível da mecânica dos movimentos, gestos, atitudes, rapidez, visando à economia e eficácia dos movimentos. Em qualquer sociedade, o corpo está “preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações [...] têm como fim principal um aumento do domínio de cada um sobre o seu próprio corpo [...] favorecendo a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna mais obediente quanto é mais útil.” (4) Desta forma nosso corpo é treinado para servir, ser útil, eficaz e obedecer às regras que conduzem a um bom desempenho. O corpo se constitui como objeto de controle e poder em suas relações com o outro e com o mundo e essa maneira de operar passa a servir de modelo a ser reproduzido em nossa sociedade, sobre o qual construímos nossas imagens ou representações simbólicas acerca do comportamento do corpo em movimento. O que podemos observar de mais marcante, nessa maneira de educar o corpo ainda presente em nossa sociedade, é o quanto está afastada e desvinculada do afeto.

“O empecilho foi meu mesmo, aquele tabu que eu falei prá você. Ah eu to fazendo um movimento, aquele ou outro, passava ônibus ou gente conhecida: ‘iii... lá tá fulana, cicrana’... porque tem viu. Eu conheço ainda bastante gente que tem vontade, mas tem aquela coisa assim: ‘ah eu não, que vergonha’, você entendeu? Tem, tem sim.” (Rita)

No relato acima o fator que causou constrangimento foi a sua preocupação com o olhar dos outros sobre sua atitude corporal na roda, ao realizar movimentos diferentes dos comumente vistos e aceitos no fazer cotidiano. Ainda dentro da concepção de Foucault (4), o sucesso do poder disciplinar se deve sem dúvida ao uso de instrumentos simples como o olhar, um aparelho onde as técnicas que permitem ver induzam a efeitos de poder e onde, em troca, os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles a quem se aplica.

Algo semelhante ocorreu com Lúcia, ao relatar que:

“No começo tive [dificuldade] porque eu não aceitava ficar pulando lá [...] achava que eu era muito velha prá ficar pulando lá.” (Lúcia)

Podemos observar que sua fala não refere nenhuma limitação física, ou estado patológico que pudesse estar relacionado à idade e causado a dificuldade em participar do grupo ou em realizar os movimentos. A dificuldade apresentada em seu relato se aproxima mais da representação simbólica que tem de si mesma enquanto pessoa idosa. Gaiarsa (41) ilustra de maneira clara essa questão, dizendo que: “não se sabe o que pesa mais sobre o velho: se a idade ou a idéia que fazem de si mesmos, movidos pelo modo como são tratados”. Embora a tendência contemporânea seja de modificar a representação da velhice como um processo de perdas, inatividade, privações, para atribuir outros significados mais positivos a essa fase da vida, a representação até então construída socialmente e sustentada por muitos indivíduos ainda fica por um tempo enraizada. Experiências como essas vividas no grupo de MVE abrem espaço para a percepção de novas possibilidades de viver a velhice e podem contribuir para a mudança da representação negativa que o idoso pode ter de si mesmo.

Estamos tratando aqui de falar sobre os condicionamentos ou convenções sociais que incidem sobre o comportamento do corpo em movimento e as representações individuais como parte do produto desse processo. A forma de se mover são técnicas do corpo que vão sendo aprendidas. Tais convenções são construções sociais, ou seja, mudam de sociedade para sociedade, de acordo com sua cultura e não simplesmente pelas ações individuais.

Sobre esta questão, Mauss (42) diz que: “A posição dos braços e das mãos enquanto anda é uma idiosincrasia social, e não simplesmente um produto de não sei que arranjos e mecanismos puramente individuais. [...] portanto, existe igualmente uma educação do andar.” E continua ele:” [...] é efetuada uma série de atos montados no indivíduo não simplesmente por ele próprio mas por toda a sua educação, por toda a sociedade da qual faz parte, conforme o lugar que nela ocupa.”.

Seguindo essa linha de raciocínio, podemos dizer que em nossa sociedade há uma diferença significativa na educação motora relacionada ao gênero. Há movimentos que são característicos e permitidos aos homens e outros que são mais próprios das mulheres. Para os homens certos movimentos realizados com os quadris ou com as mãos, por exemplo, podem causar estranhamento e constrangimento por estarem associados à maneira feminina

de se mover e se expressar. Essa foi a dificuldade apontada por Fernando ao se iniciar no grupo de MVE.

“A primeira vez eu me senti meio constrangido né com os movimentos assim mais próprios para mulheres... risos... certo? aí fui me adaptando, chegando à conclusão que é a mesma coisa, é movimento, então tudo bem, aí fui me acostumando.” (Fernando)

Podemos supor que esse possa ser outro motivo pelo qual poucos homens frequentam os grupos de MVE. Identificam a música e a maneira livre e descontraída de realizar os movimentos com movimentos mais femininos. Muitas vezes movimentos de rebolar, movimentos que expressam sensualidade, movimentos delicados que expressam afeto são propostos de maneira proposital pelo instrutor, justamente porque são poucos realizados e percebidos no dia a dia e contribuem para aumentar o repertório motor e despertar sensações e sentimentos que muitas vezes estão adormecidos ou nunca foram experimentados.

O que chama a atenção no relato anterior é o fato de que a experiência vivida por Fernando no grupo o levou para além das convenções sociais ligadas ao gênero, mesmo tendo vivido no início o sentimento de constrangimento. Passou pelo constrangimento, mas não se fixou nesse sentimento, não permitiu que esse sentimento se sobrepusesse à experiência de se movimentar de uma forma diferente. Provavelmente além de sua disposição interna em dar continuidade a essa atividade, o grupo o ajudou a passar pelo constrangimento inicial e a seguir em frente.

4.4 Motivação para participar do grupo

Para além das primeiras experiências vivenciadas no grupo, devemos voltar nossa atenção para um fato marcante que a pesquisa mostra: a média de tempo em que os participantes estão vinculados ao grupo e praticam o MVE. Os dados apontam para uma média de 5,16 anos, considerado bastante tempo, pois muitos grupos constituídos no serviço público são marcados pela não adesão dos usuários o que, na maioria das vezes, pode levar a sua dissolução e à descontinuidade do trabalho.

Podemos considerar que esta média de tempo elevada é um indicador de que as experiências no grupo foram positivas, mesmo diante de algumas dificuldades já citadas. Investigamos, então, o que motivou essas pessoas a participarem do grupo, o que fez com que elas buscassem o grupo e decidissem ficar.

Os relatos mostraram que num primeiro momento as principais motivações foram a preocupação com a saúde no seu aspecto físico e a procura por contatos sociais.

“[...] eu queria esmagrecer, eu tinha... tenho pobrema assim de resmatismo, eu falei: ‘Eu fazendo exercício quem sabe melhora’. Coluna, eu tenho pobrema de coluna. [...] aí eu achei que ia ser muito bom prá mim e aí eu resolvi vim.” (Letícia).

“Eu comecei a me preocupar com o aspecto de saúde, com respeito a fazer controle de pressão, etc e tal e então comecei a acompanhar o movimento aí... e comecei a fazer.” (Fernando)

É comum que a preocupação com a saúde apareça de forma mais acentuada a partir de uma determinada idade, em que o corpo começa a ficar mais vulnerável ao aparecimento de certas doenças, embora saibamos que o fator doença está condicionado a fatores sócio - culturais, ao estilo de vida e outros condicionantes além da idade.

Canesqui (43) diz que: “O processo de envelhecimento predispõe o indivíduo a doenças crônicas como as alterações degenerativas do aparelho locomotor, doenças cardiovasculares e distúrbios neurológicos com reflexos importantes sobre a própria vida e seu manejo cotidiano.”

Embora velhice não seja necessariamente sinônimo de doença, como discutido anteriormente, Santos *apud* D’Alencar (38) comenta que nesse processo vão ocorrendo perdas orgânicas e funcionais, cujo ritmo e intensidade variam de acordo com cada pessoa. Essas mudanças levam à diminuição da capacidade que cada indivíduo possui para adaptar-se ao meio ambiente, tornando-o mais exposto e vulnerável a processos patológicos produzidos no organismo por doenças, as quais naturalmente provocam um declínio físico.

Sendo assim, é saudável a preocupação que os participantes do nosso estudo mostraram, no sentido de buscar recursos disponíveis na rede pública para auxiliá-los na prevenção e controle de sua saúde.

A contribuição da prática de atividade física na prevenção e manutenção da saúde é fato muito discutido e aceito como verdadeiro em nossa sociedade, independente da idade do indivíduo. No entanto, ao se tratar de pessoa idosa, tem papel mais que relevante para a manutenção de um corpo ativo e funcional favorecendo, sobretudo, a independência e autonomia. Além de proporcionar um ambiente de troca e de formação de novos vínculos afetivos.

O grupo de movimento vital expressivo contempla a necessidade de se trabalhar tanto o corpo no que diz respeito ao fortalecimento muscular, alongamento, alinhamento postural, condicionamento cardiovascular, entre outros aspectos importantes para a saúde física quanto favorece a formação desses novos vínculos.

A busca por saúde pode também ser considerada sob outro ponto de vista discutido por Luz (44). Se por um lado obter saúde significa em grande parte ser cuidado, por outro lado estar saudável é também ter alegria, disposição para a vida, recuperar o prazer das coisas cotidianas e poder estar com os outros (familiares e amigos). Desta forma, ter saúde é romper com o isolamento que as situações da sociedade contemporânea provocam em grande parte da população em razão da idade, doença, desemprego e condição social. “A saúde representa, neste caso, uma vitória contra a morte social. Em outras palavras, a conquista da saúde não deixa de ser, muitas vezes, fruto de uma vitória contra a cultura”. (44)

Neste sentido, podemos dizer que esta mudança cultural, não se dá apenas no indivíduo que busca recursos para mudar e melhorar a saúde. Essa mudança cultural ocorre também no papel da instituição, que deixa de ser vista pelo usuário apenas como um lugar para se tratar a doença e passa a ser vista como um lugar para encontrar as pessoas, trocar informações, vivenciar momentos prazerosos e desta forma buscar a saúde.

“Ah... porque eu queria assim... ter contato com as pessoas (...).” (Letícia)

“A primeira vez eu achei assim: ‘Nossa, que coisas linda!’. Porque era o lugar que eu ia aprender, conversar com minhas colegas...” (Ivone)

“Ah eu acho muito bom porque a gente tem com quem conversar um pouco, sai da rotina né. Porque eu ficava só em casa, agora não, a gente sai da rotina, as pessoas maravilhosas que tem aqui [...] é muito bom.” (Lúcia)

Considerando que os participantes deste estudo são em sua grande maioria idosos, a busca por contatos sociais é vista como algo muito positivo para se evitar o isolamento e uma possível morte social a que estão predispostos. O idoso frequentemente se depara com mudanças significativas nessa etapa da vida, como a aposentadoria, a redução do núcleo familiar e a viuvez, que são apontados como fatores marcantes, além das questões sociais relacionadas ao preconceito e à representação negativa do idoso, que exigem por parte deles o desenvolvimento de mecanismos de adaptação para um envelhecimento positivo. No entanto, para que se consiga efetivar ações de promoção da saúde na atenção primária é importante que se construa na unidade básica de saúde, um espaço de positividade dos aspectos envolvidos com a saúde, como a constituição de novos amigos, trocas sociais (informações, experiências, orientações), relações de cooperação e apoio mútuo, entre outros.

Teixeira (45) refere que: “algumas pesquisas demonstram que a principal tarefa evolutiva da velhice é a integração social e a autonomia pessoal; a segurança propiciada por um ambiente acolhedor, assim como a autonomia permitida por um ambiente estimulador são ambas, necessário ao bem-estar do idoso. [...] dessa forma, vê-se, que para se pensar no desenvolvimento de uma autonomia na velhice, é necessário também se pensar em uma rede de relações sociais, que favoreça o desenvolvimento de laços afetivos”. Assim, os grupos de MVE têm-se mostrado adequados nesse aspecto, por favorecerem o restabelecimento da comunicação, a criação de interações sociais, a constituição de novas amizades, criando um espaço de troca de informações, orientações e de afeto.

4.5 Percepção de mudanças com a prática do MVE

É de fundamental importância para esse estudo verificar a percepção do usuário sobre as mudanças que a prática do MVE pode proporcionar em seu bem estar físico, mental, emocional, entre outros, assim como verificar se houve mudança e incorporação de novos hábitos considerados por eles como benéficos para a saúde.

Retomamos aqui a questão do longo período de participação das pessoas no grupo, pois acreditamos que as mudanças percebidas como positivas são os principais motivadores para a continuação do trabalho e a permanência no grupo. À medida que a pessoa vai se percebendo melhor, permanece no grupo.

A percepção das mudanças é apontada pelos participantes de forma bastante positiva e elas vão além do aspecto físico, já que se referem também ao humor, ao estado de espírito, à autoestima e a outras dimensões da existência humana. Tais dimensões estão intrinsecamente relacionadas à essência do trabalho do Sistema Rio Abierto, que enxerga o indivíduo em sua globalidade e tem como preceito o Desenvolvimento Harmônico do Ser, atendendo, assim, aos novos paradigmas da saúde, que preconizam o equilíbrio entre corpo, mente e espírito. Os relatos a seguir indicam a percepção de mudanças no aspecto físico:

“Prá mim é [importante], eu melhorei demais viu. Eu tinha uma dor nas perna que vou falar procê viu (...). Agora não, agora minha perna é ótima. (...) Eu não tenho mais dor, graças a Deus eu não tenho mais dor. Eu melhorei nessa ginástica que só vendo.” (Ivone)

“Não abaixava direito. (...) então, mas agora sim eu tô abaixando, to deitando, to levantando. Eu não levantava, eu deitava, mas depois precisava alguém me ajudar a levantar. Agora não, agora eu levanto sozinha.” (Amélia)

Verificamos que a melhora percebida pelos participantes incide tanto sobre a questão da qualidade de vida, à medida que a ausência de dor e a qualidade de sono proporcionam maior disposição e bem-estar, quanto sobre a questão da autonomia, uma vez que Amélia refere não precisar mais de ajuda para levantar-se.

“Olha, eu não tinha sono, era aquela insônia e eu comecei a fazer o movimento aqui com eles, eu percebi que a tarde eu tava assim relaxada, tranqüila, certo? E aí foi fazendo muito bem prá mim e fui descobrindo que era o movimento, porque o dia que eu não faço ou tá de férias, alguma coisa você vê a diferença.” (Rita)

Tais percepções mudam a relação estabelecida entre a pessoa e seu próprio corpo, repercutindo também em sua relação com o outro e com o mundo. Essa passa a experimentar uma nova maneira de estar presente, saindo de uma situação de limitação e dependência para uma realidade de possibilidades de movimento, liberdade e independência. Essas experiências proporcionam a retomada da confiança no próprio corpo, a recuperação da autoestima e a mudança de comportamentos, ao sair da condição de dor e dependência para uma atitude mais positiva de autonomia e bem-estar.

Os próximos relatos apontam para percepções de mudanças que vão além do aspecto físico, indicando o potencial e a abrangência do MVE na sua proposta de trabalhar o Ser de forma integral. É interessante observar a consciência que as pessoas adquiriram das próprias mudanças; elas não passaram despercebidas, pois foram vivenciadas no corpo e através dele. As mudanças físicas relatadas anteriormente com certeza se entrelaçam com essas sentidas em níveis mais sutis. À medida que permitimos que os vários níveis de nossa existência se conectem, não há como a transformação de um não influenciar na mudança do outro. Desta forma, vemos surgir pessoas mais integradas consigo mesmas, mais harmonizadas e felizes.

“No humor, no meu organismo, mudou muito de lá prá cá que eu comecei a fazê mudou bastante.” (Rita)

“Muda meu estado de espírito. A vida é triste você sabe, não é fácil... então eu venho aqui eu fico alegre, por isso que eu gosto.” (Rosa)

“A minha auto-estima então, melhorou muito, porque aí eu queria tá bem, queria tá bem prá ir no grupo, queria participar, queria dançar. Olha, prá mim foi muito bom mesmo esse grupo.” (Rita)

As mudanças que o grupo tem proporcionado aos participantes são de extrema significância, por se tratar de elementos com grande potencial transformador. Os aspectos citados, como o humor, o estado de espírito, a alegria, a autoestima são a base para se promover o autocuidado e mudanças de comportamento na vida individual e coletiva, tão importantes para melhorar os níveis de saúde. Tais mudanças permitem a cada um vivenciar a si próprio como um ser uno e integrado.

Nessa temática verificamos ainda se houve por parte dos participantes a mudança e a incorporação de novos hábitos a partir da participação no grupo de MVE, que é o que determina, de fato, a mudança do estilo de vida, entendido, como preconiza o Ministério da Saúde: “O modo como um indivíduo ou uma população elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades.” (46)

“Que nem, por exemplo, a professora que fica aqui com a gente, ela falou como que você tem que abaixar, como que você tem que levantar quando você tá drumindo e eu percebi que eu fazia tudo errado entendeu? E agora não, eu faço tudo do jeito que ela manda. Então eu me sinto melhor.” (Letícia)

Este relato refere mudanças que foram incorporadas à rotina diária dos participantes, como o hábito de se fazer exercícios, o cuidado para realizar movimentos do cotidiano de maneira correta, evitando a sobrecarga e possíveis lesões da coluna. Esse fato revela o papel importante do grupo na orientação e troca de informações, no sentido de estimular o indivíduo a gerenciar alguns aspectos da sua própria saúde.

Diante da percepção de melhora, bem-estar e das mudanças sentidas pelos participantes após iniciarem as atividades com o grupo de MVE, observamos o desejo de compartilharem essa experiência com os outros. É por esse motivo e desta maneira principalmente que o MVE chega até as pessoas e a roda cresce. É através do boca a boca, do convite de quem participa e percebe o benefício do trabalho.

“Eu convido porque eu acho, tenho certeza que eu me sinto muito bem e eu gostaria de transmitir o que eu sinto para as pessoas também participar”. (Fernando)

“Não só recomendo como pego, como os convido (risos). O cara começou a conversar comigo: ‘ ai dói aqui...!’ Vamo, vamo lá pro movimento vital que a gente ainda fala ginástica harmônica né.” (Antonio)

4.6 O grupo como apoio social e base para o empoderamento individual

Abordaremos, neste momento, algumas considerações acerca da temática do trabalho em grupo, começando por delimitar melhor o que é um grupo e como este opera. Pretendemos, desta forma, contextualizar alguns relatos que apontam outros benefícios percebidos pelos participantes do grupo, além das mudanças físicas e da ampliação de seus contatos sociais citados anteriormente. São falas que remetem ao apoio recebido através do grupo em situações difíceis, solidariedade e a habilidade desenvolvida por algumas pessoas de tomar decisões sobre sua própria vida – o que chamamos de empoderamento individual.

Devemos em primeiro lugar distinguir um grupo de um agrupamento de pessoas. Teixeira (45) pontua que para ser considerado um grupo, é necessário que exista, entre as pessoas, interação social e afetiva, ou seja, que se estabeleça algum tipo de vínculo entre os integrantes. Destaca ainda que, para ser caracterizado como um grupo é preciso que os integrantes estejam reunidos em torno de um interesse comum e que este se constitua como uma nova identidade, sendo mais do que apenas o somatório dos seus membros. No entanto, é importante que as identidades individuais permaneçam discriminadas de forma que as pessoas preservem a sua individualidade e não se tornem uma massa indiscriminada. Outro aspecto fundamental para a constituição de um grupo é que haja um campo grupal, ou seja, um espaço onde os fenômenos circulam.

Sobre o termo “campo grupal”, Zimmerman *apud* Teixeira (45), descreve seis fenômenos importantes que o definem:

- a ressonância, que é um fenômeno comunicacional, onde a fala trazida por um membro do grupo vai ressoar em outro, transmitindo um significado afetivo equivalente, e assim sucessivamente.
- o fenômeno do espelho, conhecido como galeria dos espelhos, onde cada um pode ser refletido nos, e pelos outros; o que nada mais é do que a questão da identificação, onde o indivíduo se reconhece sendo reconhecido pelo outro, e assim vai formando a sua identidade;
- a função de “continente”, ou seja, o grupo coeso exerce a função de ser continente das angústias e necessidades de cada um de seus integrantes;
- o fenômeno de pertencimento, que é o quanto cada indivíduo necessita, de forma vital, ser reconhecido pelos demais do grupo como alguém que, de fato, pertence ao grupo. E também alude à necessidade de que cada um reconheça o outro como alguém que tem o direito de ser diferente e emancipado dele;
- a discriminação, que é a capacidade de fazer a diferença entre o que pertence ao sujeito e o que é do outro, ou seja, diferenciar entre fantasia e realidade, presente e passado, entre o desejável e o que é possível naquele momento etc.
- a comunicação, seja ela verbal ou não verbal é fenômeno essencial em qualquer grupo, onde mensagens são enviadas e recebidas, podendo haver distorção e reações da parte de todos os membros do grupo.

Nesta pesquisa pudemos verificar alguns dos fenômenos que circulam no campo grupal de cada um dos grupos estudados, como a formação de vínculos afetivos e o sentimento de pertencimento, entre outros que estão implícitos na dinâmica da aula.

“O motivo (de participar do grupo) na verdade é a camaradagem que existe entre todos, são todos amigos, então é uma oportunidade ótima...” (Fernando)

“Prá mim eu saio da minha casa e venho prá outra casa, que parece que é minha família. Sabe, eu sinto falta quando eu não posso”. (Ivone)

É nesse contexto de trabalho grupal que se constroem sentimentos de solidariedade, união, de ajuda mútua, de comprometimento, que fazem com que o grupo sirva também como agente de apoio social aos seus participantes.

Não há na literatura um consenso sobre a definição do termo apoio social, sendo necessário, ao utilizá-lo, considerar o contexto cultural e sócio-econômico ao qual está sendo aplicado.

Neste estudo iremos utilizar a definição de apoio social citada por Teixeira (45), por aproximar-se mais do sentido que queremos dar ao termo. Portanto, entende-se por apoio social: “qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas, com os quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para o sujeito que recebe, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas. Desse processo se apreende que as pessoas necessitam uma das outras.” (Minkler *apud* Valla, citado por Teixeira). (45)

Arrosi (47) complementa, definindo duas variáveis pelas quais o apoio social pode ser analisado: o apoio Emocional, que é referente à ajuda emocional, tais como carinho, afeto, estima, valor e o instrumental, referente à ajuda material, ajuda informacional, etc.

No contexto do nosso estudo, trabalhamos com uma população que, em sua maioria, está vivendo uma transição para a fase última do ciclo vital da família, conforme descrito por Cervený, Berthoud e cols (48), marcado pela aposentadoria, que traz como consequência três aspectos a serem considerados: a redução da renda familiar; a redefinição de papéis sociais e a redução dos contatos sociais, que são em sua maioria estabelecidos no ambiente de trabalho. A viuvez ou perda de outros entes próximos, como amigos, e a representação negativa do envelhecer. Esses e outros aspectos vividos pelos participantes desta pesquisa revelam o quão importante se faz pertencer a um grupo que, entre tantas coisas, oferece acolhimento, solidariedade e afeto como formas de apoio emocional.

“Na verdade eu tava muito fechada também, esse grupo foi muito importante prá mim. Porque eu cheguei em Campinas e perdi um filho sabe, muita coisa, depois meu marido ficou doente, depois eu perdi mais outro filho sabe, se eu ficasse em casa (silêncio). Tudo isso eu converso com elas (companheiras do grupo). Se eu ficasse em casa eu não tava mais viva de tanta né (silêncio), mas a gente sai, conversa, brinca, esquece um pouco”. (Inês)

“[...] eles não tavam lá junto comigo (no hospital acompanhando o marido que estava muito doente), mas daqui eles tavam me ajudando, só a energia que eles me mandavam já me confortava sabe. Então é importante a união do grupo por causa disso”. (Ivone)

O grupo neste caso se configura como um espaço, onde é permitido às pessoas falarem sobre seus problemas, compartilharem suas angústias, buscarem soluções e estímulo para seguir adiante. Podemos dizer que este envolvimento que se estabelece no grupo pode ser um fator psicossocial importante para o desenvolvimento da autoconfiança, para melhorar a capacidade de enfrentar problemas e para proporcionar satisfação com a vida, repercutindo de forma positiva na saúde de cada indivíduo.

A união foi apontada por vários participantes como algo muito significativo, que dá sentido ao grupo. Podemos pensar que a necessidade de estar em grupo, integrar-se a um grupo, pertencer a um grupo é algo inerente ao ser humano e que a possibilidade de fazê-lo pode trazer muitos benefícios ao indivíduo.

“A união cada vez maior entre a gente sabe... eh...na minha ótica, essa...esse conagraçamento é que é importante.” (Antonio)

“Da união... da união... é... da professora, ela tem um apoio, ela é legal, ela estimula você a voltar na outra aula. É muito gostoso isso. Eu acho que isso é um conjunto... ah é um conjunto de tudo, um conjunto do grupo, da professora, da organização. Eu acho que isso estimula a pessoa, o aluno a voltá.” (Rita)

Ao mesmo tempo em que a força dessa união é capaz de oferecer apoio e suporte emocional, pode também, através do reforço da identidade e da valorização da autoestima, tornar o indivíduo mais apto para escolher e tomar decisões sobre questões de sua vida pessoal, inclusive sobre fatores que podem influenciar no gerenciamento de sua saúde. É neste sentido que o apoio social, como um aspecto presente nos grupos de MVE, pode ser entendido como base para o empoderamento individual.

Empoderamento é a tradução mais comum do termo advindo da língua inglesa: “empowerment”, que pode ser traduzido também como fortalecimento. Assim como apoio social, o termo empoderamento não possui uma definição precisa, sendo necessário ser compreendido dentro do contexto em que está sendo aplicado.

Segundo Gutierrez *apud* Teixeira (45), o significado central do empoderamento está no “ganho de poder”, sendo que poder, neste contexto, traduz a idéia da habilidade de agir e criar mudanças dentro de uma desejada direção. Para discutir-se o empoderamento é preciso que se entenda o poder dentro de um relacionamento social, no qual os atores possam usar os recursos de poder pessoal, social e político, para criar mudanças.

São descritos no trabalho de Teixeira (45), três esferas do empoderamento: o individual ou psicológico, quando se refere à habilidade do indivíduo para tomar decisões e ter controle sobre sua própria vida. Empoderamento individual combina eficiência pessoal e competência, um sentido de domínio e controle, e um processo de participação para influenciar instituições e decisões; o organizacional, quando se refere ao controle democrático, em que cada membro compartilha informação e poder. Utiliza um processo cooperativo de tomar decisões e está envolvido em aumentar os esforços em direção a uma mesma meta definida e o comunitário, aquele em que indivíduos e organizações aplicam suas habilidades e recursos nos esforços coletivos, para identificar suas respectivas necessidades. Esse nível tem a possibilidade de influenciar decisões e mudanças no sistema social mais amplo. É composto de capacidade e ação: capacidade definida pelo uso de poder para resolver problemas e ação definida pela obtenção de uma razoável partilha de recursos.

Focaremos neste estudo o empoderamento individual, considerando, porém, que o indivíduo não existe sem o coletivo nem o coletivo sem o indivíduo. No entanto, não tratemos aqui de analisar o empoderamento coletivo, embora saibamos que as mudanças alcançadas em nível individual podem acarretar mudanças significativas no ambiente do qual esse indivíduo faz parte.

“É... isso que eu acho que não é bom pra mim, eu já mudei; o que eu acho que não é agradável pra mim, eu mudei; então eu mudei bem meu estilo de vida. Eu achava que tinha coisa que eu não mudaria mais... mudei bastante.” (Rita)

O trecho acima mostra o poder de decisão de Rita em escolher o que considera bom para ela e não ficar presa a velhos hábitos, ou submetida ao que outros lhe impõem como certo. Conseguiu, como parte do grupo e sustentada por ele, criar mecanismos internos para mudar seu estilo de vida.

Nesse sentido podemos dizer que o empoderamento nasce da sincronia entre o sentir e perceber o que se quer, o desejo realmente de mudar e o poder, no sentido de estar apto e criar os meios para que tal mudança ocorra. Este empoderamento do qual estamos falando, não se trata de um empoderamento padronizado, dirigido; o instrutor, assim como os participantes do grupo não empoderam ninguém para uma finalidade específica. Em grupos institucionais ou mesmo coletivos pode ocorrer de um grupo de profissionais querer empoderar outro, que se mantém numa postura mais receptiva e passiva, para uma determinada ação.

O empoderamento a que estamos nos referindo é um processo individual dentro de uma construção coletiva. Parte de dentro das experiências compartilhadas no campo grupal e ganha corpo à medida que se concretiza em ações e ultrapassa as barreiras do grupo, promovendo mudanças efetivas na vida cotidiana do indivíduo e em seus arredores. Nesse processo é a própria pessoa que elege as mudanças que deseja realizar em sua vida.

“Isso prá mim foi muito importante, (entrar para o grupo de MVE) na minha vida e na vida até da minha família. Porque eu melhorando, eu melhora a minha família também. Então prá mim foi ótimo! [...] prá ter uma vida melhor, mais saudável.” (Rita).

Como temos visto até aqui, a velhice torna as pessoas mais vulneráveis a perdas fisiológicas, sociais e psico-afetivas, gerando comportamentos e mudanças no modo de agir, confundidas muitas vezes com a perda da capacidade de controlar sua própria vida. Aos poucos, vai ocorrendo a perda da autonomia e poder individual, processo denominado de desempoderamento. Favorece também esse processo o fato de os idosos sempre serem vistos como um grupo vulnerável, o que cria uma dependência e tira da pessoa o sentido de autonomia e de escolha pessoal.

Para manter a independência, os idosos não podem ser o tempo todo apenas objeto de compaixão e dependentes de serviços. Devem ser envolvidos em tomadas de decisões que afetam suas próprias vidas e a comunidade em que vivem.

Portanto, criar estratégias que envolvam a participação popular, a ação comunitária e que proporcionem um campo adequado para se desenvolver o empoderamento é de muita relevância, principalmente para a população idosa.

Esse parece ter sido, até o momento, tema central das políticas de saúde, principalmente no que diz respeito à Promoção da Saúde, pois essa só é possível se as pessoas forem capazes de gerenciar os aspectos que influenciam no seu estado de saúde, podendo inclusive trazer mudanças para o ambiente onde vivem.

Como forma de verificar mais precisamente a relação entre empoderamento e promoção da saúde, recorreremos à Política Nacional de Promoção da Saúde e observamos que no que corresponde às suas diretrizes, essa traz no seu artigo terceiro: “Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de Promoção da Saúde, em especial a equidade e empoderamento individual e comunitário.” (46)

4.7 O significado para os participantes de fazer parte do grupo de MVE

Sabemos que transformar a experiência em palavra é um tanto quanto perigoso porque sempre há algo que se perde. No entanto, esse nos pareceu o único caminho para compreender o que significa para estas pessoas fazer parte do grupo de MVE.

Os depoimentos expressam o que de mais significativo experimentam no grupo. É interessante observar como os relatos entram em ressonância entre si e ao mesmo tempo incluem os resultados descritos anteriormente, como se todos os outros aspectos analisados convergissem para dois pontos: o sentimento de pertencimento e a valorização do Ser Humano.

“É importante, é muito importante [participar do grupo]. Nós não estamos sozinhos nesse mundo certo? Então é necessário que integralize.” (Fernando)

“Estar integrado né. Estar integrado, ser mais um... ser mais um membro dessa engrenagem toda que é a sociedade [...]. Exato, parte de um todo, exato.” (Antonio)

“Acredito com certeza que significa a valorização do ser humano. A pessoa se sente bem, se sente útil, participativo, entende? E aí.... integralizar.” (Fernando)

O sentimento de pertencimento aparece implícito no termo “integralizar” entendido também como integrar, segundo sua definição, integrar parece ir além de ser parte, significa também completar, tornar inteiro, juntar-se, incorporar-se (49). A noção de estar integrado, neste contexto, não se restringe em fazer parte de um grupo, ultrapassa as barreiras do grupo e parte num crescente, sem limites definidos: estar integrado a uma sociedade, estar integrado a um todo. Essa idéia vai ao encontro de um dos princípios do Rio Abierto, que é de se trabalhar, a partir do coletivo, o despertar de uma consciência: a de que não existimos sozinhos e que somos parte integrante de um todo maior, o universo.

Nas experiências compartilhadas no campo grupal, vão surgindo novas identidades, ao mesmo tempo, que uma identidade do grupo vai se formando. Assim, o grupo vai

tomando corpo, como se todos no grupo formassem um só corpo. A identidade que se cria com o grupo, faz dele um lugar especial para pessoas também especiais. Neste ponto podemos atribuir alguma idéia de valor, pois à medida que a pessoa cria um sentimento de estima pelo grupo, valoriza o grupo, sente-se valorizada também por fazer parte dele, o próprio grupo atribui um valor a essa pessoa. Neste sentido, o sentimento de ser valorizada faz ressurgir outros sentimentos como autoestima, autoconfiança, que favorecem o empoderamento, tornam a pessoa mais hábil para enfrentar e decidir sobre aspectos da sua vida gerando uma maior autonomia.

Todos os aspectos analisados até aqui, nos faz pensar a serviço de que, o MVE está presente na atenção primária em saúde. Antes de qualquer coisa, devemos dizer que está a serviço da vida, do desenvolvimento humano, de um viver mais pleno e feliz. Paralelamente, para não fugir muito das convenções, mas ao mesmo tempo sem querer designar ao MV um papel que o engesse dentro de uma estrutura, nos permitimos fazer uma aproximação dos grupos de MVE com os grupos de promoção da saúde (GPS).

Segundo Santos, Da Ros, Crepaldi e Ramos (50), “os Grupos de Promoção da Saúde são concebidos como instrumentos a serviço da autonomia e do desenvolvimento contínuo do nível de saúde e condições de vida.” Comentam ainda que os objetivos do GPS são construídos de forma contínua a fim de potencializar as capacidades dos sujeitos, e as mudanças de comportamentos e atitudes direcionados ao desenvolvimento da autonomia e enfrentamento das condições geradoras de sofrimentos evitáveis/desnecessários. Sua metodologia no SUS se diferencia dos grupos terapêuticos, por não focar nas patologias específicas dos participantes e pela ênfase nos aspectos lúdicos dos encontros. Diferencia-se também das ações preventivistas/ higienistas por ser uma alternativa a educação clássica baseada na informação e responsabilização fundamentalmente dos sujeitos pelo processo de saúde-doença. Os GPS, assim como os grupos de MVE, permitem aos homens e mulheres, por meio do resgate da solidariedade, o processo de superação física e psicológica de um nível individual para o grupal, e deste para níveis mais amplos.

Os relatos a seguir mostram a alegria, o prazer em participar do grupo refletindo a dinâmica focada na valorização de aspectos positivos que surgem nos encontros e não na doença. Interessante observar que tais sentidos e significados presentes nos trechos abaixo

indicam uma nova postura diante do processo saúde/doença, importante para a construção de novos valores que podem gerar formas distintas de viver e de representar a saúde individual e coletivamente.

“E o mais importante na minha opinião, é que te deixa com um espírito... é...você não se preocupar tanto com doenças que podem vir, você esquece, põe de lado isso, a alegria é contagiante. Então você já não fica pensando naquilo. Já é uma grande...um grande negócio. ‘Ah...tô com dor disso, to com dor naquilo’. Não, você nunca pensa em dor.”
(Antonio)

“O que eu mais gosto é a espontaneidade das pessoas em sorrir, em brincar... acho que esse é um momento muito cativante, entende? A pessoa não vem aqui trazer problema, vem procurar aliviar.” (Fernando)

Segundo Luz (44) os valores e sentidos que as práticas integrativas e complementares expressam, no seu agir e em seus resultados, diferem do modelo de controle convencional das doenças, assim como da cultura em geral, uma vez que tem como objetivo não apenas favorecer a autonomia das pessoas que buscam reconstruir na medida do possível, sua identidade atingida por processos de perturbação vital, mas também de restabelecer valores de uma vida harmoniosa no todo, ou seja, equilibrada mental e fisicamente, solidária no plano familiar e social, descontraída, se não despreocupada e alegre, ao menos bem humorada. Complementa que: “as novas práticas terapêuticas ocupam um lugar social importante na sociedade civil atual, preenchendo lacunas do sistema biomédico diante do processo saúde/doença, introduzindo sentidos, significados que geram novos valores em face do sofrimento, [...] distintos dos dominantes.”

Entendemos então, que práticas como o MVE que se diferenciam do modelo convencional e estão mais ligadas a um paradigma de “vitalidade” como define Luz (44) do que ao clássico paradigma saúde/doença, são relevantes no momento atual por contribuírem para a construção de valores capazes de produzir mudanças culturais importantes para o campo da saúde coletiva.

5. Considerações Finais

Este estudo buscou compreender o significado para os usuários do serviço de saúde em participar dos grupos de MVE em uma unidade básica de saúde, analisando suas percepções sobre possíveis limitações e dificuldades em participar, assim como percepções sobre possíveis contribuições no bem estar físico, emocional e psíquico.

Os dados nos mostraram primeiramente que os participantes são em sua maioria mulheres idosas, o que reflete um aspecto cultural ligado ao gênero com relação ao cuidado em saúde, principalmente na atenção primária. Este fato tem relação tanto com a história da construção da saúde pública no Brasil, focada nos cuidados maternos infantis, direcionando as ações e criando uma identificação tanto dos serviços de saúde, quanto dos profissionais com a saúde da mulher, quanto com as representações sociais masculinas que não estimulam o homem ao autocuidado, uma vez que o cuidado de sua saúde na maioria das vezes foi delegado a uma mulher, companheira, mãe, filha. Neste sentido, seria necessário tanto a ampliação de ofertas de ações que contemplem o universo masculino, quanto ações de incentivo ao homem em cuidar de sua própria saúde.

Não houve fatores limitantes para a participação no grupo, no entanto, os dados apontaram para algumas dificuldades iniciais. A participação no grupo de MVE mobiliza aspectos culturais relacionados ao comportamento, a postura do corpo em movimento, a representação social da velhice, a representação social de comportamento relacionado ao gênero. Ao mesmo em tempo que a prática é um convite a experimentar outras formas de ser e estar no mundo, além de possibilitar dar outro significado a essas convenções, pode ser motivo de constrangimento e dificuldade para participação no grupo.

Porém, um dado relevante encontrado nesta pesquisa foi o longo tempo de permanência das pessoas no grupo a qual atribuímos à percepção de mudanças no bem estar físico, no humor, na formação de vínculo, na melhora da autoestima proporcionadas pelas experiências positivas no grupo.

O grupo de MVE se constitui num espaço capaz de oferecer apoio social, servindo também como base para o empoderamento individual, desenvolvendo nas pessoas maior habilidade para gerenciar aspectos de sua vida pessoal que influenciam na sua saúde,

podendo também acarretar mudanças no ambiente onde estão inseridas. Pudemos compreender que os significados para os participantes da pesquisa em participar do grupo de MVE, estão centrados no sentimento de pertencimento e na valorização do ser humano. Tais significados avançam para uma mudança importante nos valores culturais que regem o campo da saúde, principalmente no que diz respeito ao controle das doenças. Podemos dizer que complementando as práticas de saúde convencionais, o MVE, como prática complementar e integrativa, encontrou nos significados expressos pelos participantes, ressonância nos princípios que regem a promoção da saúde e nos modos de operar dos Grupos de Promoção à Saúde. Desta forma, pode ser visto na rede de atenção primária, como ferramenta para a construção de novos valores no campo da saúde coletiva e como estratégia nas ações para a promoção da saúde da população.

Para uma compreensão mais profunda do processo de implantação e implementação do MVE na rede de atenção primária, sugerimos que esse estudo se estenda aos profissionais instrutores de MVE na rede pública e aos gestores dos serviços.

6. Referências Bibliográficas

1. Barros LP. O Corpo em Conexão – O Sistema Rio Abierto. [Dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense, 2006.
2. Palcos MA. Del Cuerpo Hacia la Luz – El Sistema Rio Abierto. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Kier, 2011.
3. Pinto SL. Indicadores físicos e emocionais de idosas praticantes de trabalho psicocorporal em grupo e idosas sedentárias: Um estudo comparativo. [Monografia]. Campinas (SP): Unicamp, 2009.
4. Foucault M. Os Corpos Dóceis. In: Foucault M. Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão. Tradução de Raquel Ramalhe. 23ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
5. Setton MGJ. A teoria do *habittus* em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. Revista Brasileira de Educação 2002, nº 20: 60-70.
6. Barros LP. O Corpo em Conexão: Sistema Rio Aberto. 1ª ed. Niterói: EdUFF, 2008.
7. Rossi V. La vida em movimiento - el Sistema Rio Abierto: Sanar los bloqueos emocionales. Buenos Aires: Editorial Kier, 2006.
8. Robin M. Tornando-se Dançarino: Como compreender e lidar com mudanças e transformações. Rio de Janeiro: Mauad, 2004.
9. Centro Formação Campinas. Portifólio Rio Abierto s/d. [acesso em 20 de dezembro de 2011]. Disponível em: www.movimentoesaude.com.br
10. Zhang X. As Práticas Integrativas e Complementares no contexto Mundial. In: Relatório Descritivo Parte II do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares, Brasília, 2009, p.53.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Dep. de Atenção Básica. Relatório Oficial [online]: Primeiro Seminário Internacional das Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, 2009. [acesso em 8 de maio de 2010]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_Praticas_Integrativas_saude.pdf
12. Barros NF, Siegel P, Simioni, C. Política Nacional de Práticas Integrativas no SUS: passos para o pluralismo na saúde. Cad. Saúde Pública 2007, 23(12).

13. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2 a 6 de setembro de 1996. [online] [acesso em 27 de maio de 2010]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>
14. Simioni C. Dep. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. In: Relatório Descritivo parte II do 1º Seminário Internacional das Práticas Integrativas e Complementares, Brasília, 2009, p.63.[online].[acesso em 8 de maio de 2010].Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_Praticas_Integrativas_saude.pdf.
15. Simioni C, Benevides D, Barros NF. As práticas Integrativas e Complementares no SUS: Realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. Revista Brasileira da Saúde da Família. Edição especial: periódico institucional. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2008, p.70. [online].[acesso em 28 de maio de 2011].Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_saude_familia_ed_especial_maio2008.pdf.
16. Buss PM, Pellegrini A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Phisys: Rev. Saúde Coletiva 2007, 17(1): 77-93.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Ms/Gm nº 971 de 3 de maio de 2006. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, seção 1, p 20-5, de 4 de maio de 2006, Brasília, DF, 2006.
18. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e Integralidade. Ciência e Saúde Coletiva 2008, 13(1): 195-206.
19. Barros NF. Da Medicina Biomédica a Complementar: um estudo dos modelos da prática médica [Tese-Doutorado]. Campinas (SP):Universidade Estadual de Campinas, 2002.
20. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Áreas de Assistência à Saúde Integrativa: Programas Desenvolvidos na Saúde Integrativa [online]. Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/Programas/Integrativa/2htm>. [acesso em 8 de maio de 2010].
21. Almeida LAN. Experiências da Secretaria de Saúde de Campinas (SP) – Práticas Integrativas e Complementares em Campinas. In: Parte II Relatório Descritivo do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares, Brasília, 2009, p.122.

22. Nagai SC, Queiroz MS. Medicina Complementar e Alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. *Ciência e Saúde Coletiva* 2011, 16(3): 1793-1800.
23. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.
24. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública* 1993, 9(3): 239- 62.
25. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
26. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
27. Patton MQ. Qualitative Evaluation and Research Methods. . 2nd ed. Newbury Park(CA): Sage Publications, Inc; 1990.
28. Bardin L. Análise de conteúdo. Trad. Reto LA, Pinheiro A. 5ª ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
29. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do séc. XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. de Saúde Pública* 1997, 31(2):184-200.
30. IBGE. Sala de Imprensa: Sinopse do censo demográfico 2010. Comunicação social, 29 de abril de 2011. [online]. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticias=1866&id_pagina=1. [acesso em 15 de outubro de 2011].
31. Motta LB da, Aguiar AC de. Novas competências nacionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciê. Saúde Coletiva* 2007, 12(2): 363- 72.
32. Ministério da Saúde. Portaria nº 1395 – Política Nacional de saúde do Idoso. Brasília, 10 de dezembro de 1999. [online]. Disponível em:
<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arq>. [acesso em 21 novembro de 2011].
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 19 de outubro de 2006. [online]. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>

34. Silva LRF. Da Velhice à Terceira Idade: O percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências e Saúde* 2008, 15(1): 155- 68.
35. Gomes R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou Invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011, 16 (1): 983- 92.
36. Bentivegna FJ. Fatores de Impacto no sucesso do marketing boca a boca On-Line. *RAE: Revista de Administração de Empresas* 2002, 42(1):79-87.
37. Ramires JO. A influência da comunicação boca a boca em seguidores receptivos de Web Logs. [Tcc dep. Ciências Administrativas]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal Do Rio Grande do Sul, 2010.
38. D'Alencar BP. Biodança como processo de renovação existencial do idoso: Análise Etnográfica. [Tese-Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, 2005.
39. Ischkanian PC. Práticas Integrativas e Complementares para a Promoção da Saúde. [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, 2011.
40. Mello CVP. Reflexões sobre a relação entre Imagem Corporal e Experiências Corporais: um estudo preliminar.[monografia]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2004.
41. Gaiarsa JA. Como Enfrentar a Velhice. 2ª ed. São Paulo: Ícone, 1986.
42. Mauss M. Noção de técnica do corpo. In: Mauss M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003.
43. Canesqui AM (Org.). Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2007.
44. Luz, MT. Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
45. Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Sede Pública – Fundação Oswald Cruz, (2002).

46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 687 de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006. [online] [acesso em 28 de maio de 2011]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port_n_184_transmissao_real_proj_pnp_s_slids.pdf
47. Arrosi S. Apoyo social y salud mental em lãs ciudades del tercer mundo: algunas consideraciones para su análisis. *Revista Medio Ambiente y Urbanizacion* 1994, 46(24): 25-34.
48. Cervený CMO, Berthoud CME e cols. Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
49. Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: editora Nova Fronteira S.A., s/d.
50. Santos LM, Da Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de Promoção à Saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Revista de Saúde Pública* 2006, 40(2):346-52.

7. Anexos

7.1 Anexo I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



CEP, 22/06/10
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 551/2010 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 2687.0.000.146-10

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “O SIGNIFICADO PARA OS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE EM PARTICIPAR DO GRUPO DE MVE-SISTEMA RIO ABIERTO”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Cláudia Vaz Pupo de Mello

INSTITUIÇÃO: Centro de Saúde de Sousas

APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/06/2010

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 22/06/11 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II - OBJETIVOS

Este trabalho tem por objetivo compreender o significado para os usuários da experiência vivenciada nos grupos de MVE do Sistema Rio Abierto e as repercussões em suas vidas cotidianas, as expectativas do usuário ao iniciar a participação no grupo e as contribuições do grupo para o bem estar físico, emocional e psíquico do indivíduo além de suas dificuldades em participar do grupo.

III - SUMÁRIO

Esta será uma pesquisa qualitativa que será realizada no Centro de Saúde de Sousas no município de Campinas, onde os participantes serão usuários do serviço público de saúde do Distrito de Sousas, que frequentam os grupos de Movimento Vital Expressivo, que tenham 75% de presença nas aulas, este serviço é oferecido a essa população como parte do Programa de Saúde Integrativa da Secretaria Municipal de Saúde. Serão excluídas pessoas que não tenham condições mentais e cognitivas para responder às questões da entrevista. Serão coletados dados através de uma entrevista semi-estruturada a ser realizada no próprio centro de saúde em data previamente agendada e gravadas mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto está escrito de forma clara e objetiva muito bem justificado, deixando bem claro quais são os objetivos da autora na pesquisa. O trabalho consiste na aplicação de um questionário semi estruturado que encontra-se em anexo, além do TCLE de fácil compreensão aos participantes da pesquisa.

V - PARECER DO CEP



O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na VI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de junho de 2010.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
VICE-PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

7.2 Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de pesquisa: “O significado para os usuários de serviços de saúde em participar do grupo de MVE – Sistema Rio Abierto”

Pesquisadora: Cláudia Vaz Pupo de Mello

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Fatima de Campos Françoze

Local do desenvolvimento do projeto: Centro de saúde de Sousas, Campinas, SP, onde são realizados os grupos de MVE.

Eu, Cláudia Vaz Pupo de Mello, fisioterapeuta, aluna do programa de Mestrado Profissional Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação do CEPRE/FCM/UNICAMP, gostaria de solicitar a sua autorização para realização de entrevista com o (a) Sr.(a). Esta entrevista será realizada ou feita por mim e terá duração de aproximadamente meia hora. Será parte do projeto intitulado: “*O Significado para os usuários de serviços de saúde em participar de grupo de MVE - Sistema Rio Abierto*”. Esta pesquisa tem como objetivo: *Compreender o significado para os usuários das experiências vivenciadas nos grupos de MVE do Sistema Rio Abierto e as repercussões em suas vidas cotidianas*. Nesta entrevista conversaremos sobre como conheceu o grupo, o que o levou a participar do grupo, como essa experiência foi para o sr/sra e se teve dificuldades para participar do grupo.

É importante que o (a) Sr.(a) saiba que tem todo o direito de aceitar participar ou não, e tem a liberdade de recusar ou de retirar o consentimento em qualquer momento que quiser. Sendo a participação voluntária, asseguramos que não haverá nenhum prejuízo quanto aos atendimentos que receberá nesta instituição. Pode a qualquer momento conversar com os responsáveis da pesquisa e pedir mais informações ou esclarecimentos sobre sua participação.

A pesquisa não apresenta riscos e nem desconfortos físicos e morais aos participantes. Caso o (a) Sr.(a) aceite, queremos que saiba que não haverá nenhum gasto financeiro e não haverá nenhum pagamento pela sua participação. As informações serão mantidas em sigilo e caso esta pesquisa seja publicada, ou utilizada para ensino ou publicações científicas, será assegurado o anonimato dos participantes, não havendo possibilidade de serem identificados. As fitas onde forem gravadas as entrevistas serão destruídas pela orientadora após o término da pesquisa.

Ao concordar em participar da pesquisa o sr/sr
receberá uma cópia deste termo de consentimento assinado pela pesquisadora responsável.

Eu, _____
_____, RG _____ usuário deste serviço de saúde e participante do
grupo de MVE, estou suficientemente informado (a) quanto aos objetivos e procedimentos
da pesquisa e, concordando com as afirmações acima declaro que aceito voluntariamente
participar desta pesquisa.

Usuário

Pesquisadora Cláudia Vaz Pupo de Mello

Sousas, ____/____/2010

Telefone para contato: Cláudia Vaz Pupo de Mello (0XX19) 9132-2872

Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa. Fone: (0XX19) 3521-8936

7.3 Anexo III – Roteiro da Entrevista

- N° de Identificação:
- Idade:
- O Sr./Sra. Estudou? Até que ano?
- O Sr./Sra. Trabalha? Em que?
- É casado(a)/Tem filhos?
- Mora com quem?
- O Sr/Sra. Mora no bairro há quanto tempo?
- Costuma participar sempre das atividades do posto de saúde?
- Como ficou sabendo do Grupo de MVE (antiga ginástica harmônica)?
- O que o levou a querer participar do grupo?
- Teve algum empecilho/dificuldade para participar do grupo?
- Como foi para o Sr./Sra. a primeira vez que esteve no grupo?
- O que fez com que o Sr./Sra. voltasse pela segunda vez e decidisse participar do grupo?
- O Sr./Sra. percebe alguma mudança depois que começou a participar do grupo de MVE? (corpo, humor, outros)
- O Sr./Sra. mudou algum hábito (deixou de fazer algumas coisas, passou a fazer outras) depois que começou a participar do grupo?
- O que o Sr./Sra. tem aprendido no grupo de MVE?
- o que o Sr./Sra. mais gosta no grupo?
- O que significa para o Sr./Sra. fazer parte do grupo de MVE da sua comunidade?
- O Sr./Sra. recomendaria às pessoas participarem do grupo de MVE? Por quê?
- Tem alguma coisa que eu não perguntei que o Sr./Sra. gostaria de dizer sobre o grupo?