

Atenção biopsicossocial a pessoas com Hipertensão no SUS

Alexandre Franca Barreto¹; Anne Crystie da Silva Miranda²; Lourivan Batista de Sousa³; Hortência Oliveira Lima⁴

¹ Psicólogo, Especialista em Psicologia Clínica, com foco em Psicologia Somática. Mestre em Antropologia e Doutorando em Educação. Professor da UNIVASF, alexandre.barreto@univasf.edu.br, Petrolina, Pernambuco, Brasil;

² Psicóloga, Residente em Saúde Mental pela UNIVASF, annecrystie@hotmail.com, Petrolina, Pernambuco, Brasil;

³ Graduando em Psicologia pela UNIVASF,

louri.psychologia@hotmail.com, Petrolina, Pernambuco, Brasil;

⁴ Psicóloga, Especializanda em Psicologia Clínica com o foco em Análise Bioenergética, hortslima@gmail.com, Petrolina, Pernambuco, Brasil.

Resumo: Este artigo compartilha uma experiência de pesquisa-intervenção de cuidados ofertados a pessoas com hipertensão arterial no Sistema Único de Saúde – SUS – através do Grupo de Movimento. Para tal, fazemos algumas reflexões epidemiológicas sobre as doenças crônicas não transmissíveis – DCNT –, em particular a hipertensão arterial e seus cuidados no SUS, contextualizando-a em nossa compressão biopsicossocial. Ademais, introduzimos a psicologia corporal, através das contribuições pioneiras de Reich e Lowen, para uma leitura biopsicossocial da saúde; enfatizamos alguns aspectos teóricos e metodológicos do Grupo de Movimento como uma tecnologia de cuidado integral, em diálogo com a saúde coletiva, e; retratamos os aspectos éticos e metodológicos do nosso trabalho, seguidos de depoimentos acerca dos benefícios alcançados pela população assistida e suas análises à luz da teoria. Por fim, tecemos algumas recomendações de uso desta tecnologia, bem como algumas considerações sobre os desafios da intervenção integral em psicologia no contexto da saúde coletiva.

Palavras-chave: Hipertensão; técnica psicoterapêutica; promoção da saúde.

Biopsychosocial care to people with hypertension in the SUS

Abstract: This article shares an experience of research-intervention of care offered to people with hypertension in Unified National Health System in Brazil – SUS – through the Movement Group. To this end, we make some epidemiological reflections about *Noncommunicable Diseases* – NCD –, in particular hypertension and its care in the SUS, contextualizing it in our biopsychosocial compression. In addition, we present the psychology of the body, through pioneering contributions of Reich and Lowen, for a biopsychosocial reading about health; emphasize some theoretical and methodological aspects of the Movement Group as a technology of integrated care, in dialogue with the public health, and; portray the ethical and methodological aspects of our work, followed by statements about the benefits achieved by the helped population and their analysis in light of the theory. Finally, we have made some recommendations for the use of this technology, as well as some thoughts on the challenges of integrated intervention in psychology in the context of public health.

Keywords: Hypertension; psychotherapeutic technique; health promotion.

Introdução

Estudos epidemiológicos atestam que as doenças crônicas não transmissíveis – DCNT – figuram hoje como principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo (BRASIL, 2011). Além disso, relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2005) atesta que nunca houve tantos pacientes portadores de doenças crônicas e a estimativa para os próximos anos é que esta proporção continue aumentando.

Das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, 36 milhões (63%) foram em razão das DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (ALWAN *et al.*, 2010). No Brasil, as DCNT se constituem como o maior problema de saúde. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%) (BRASIL, 2011).

De acordo com Schmidt *et al.* (2011) de todas as mortes ocorridas no Brasil em 2007, 58% foram atribuídas a essas quatro DCNT priorizadas no Plano de Ação 2008-2013 da OMS. Por esta realidade alarmante, no ano de 2011, o Governo Federal lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT que prevê inúmeras ações ao longo de uma década. E dados obtidos no Vigitel, em 2010, diz que 50% dos homens e pouco mais da metade das mulheres com idade maior ou igual a 55 anos relataram diagnóstico prévio de hipertensão. Na população adulta com 18 anos ou mais este número reduz-se para 25%, demonstrando como é agravante esta realidade (BRASIL, 2011).

No Município de Juazeiro/BA, local onde foi realizado esse trabalho, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB – da Secretaria Municipal de Saúde, obtidos em maio de 2010, mais de 11% da população adulta sofria com hipertensão arterial e outras complicações cardíacas. Estimava-se ainda que cerca de 70% da demanda atendida na atenção básica pela Estratégia de Saúde da Família era de cuidados às doenças crônicas, em especial, a hipertensão arterial e diabetes.

As doenças crônicas, principalmente, a hipertensão arterial, não podem ser resolvidas apenas pela racionalidade e tecnologia biomédica (fármacos, exames laboratoriais e intervenções cirúrgicas). Os documentos nacionais e internacionais atestam isso (OPAS, 2005; BRASIL, 2006, 2011). A limitação deste cuidado é visível epidemiologicamente, pelo aumento contínuo da população portadora de tal patologia, porém há tímidos avanços, além de reconhecimento de outras práticas que possam contribuir com o cuidado, tratando com equivalência os determinantes biopsicossociais inerentes à etiologia da problemática.

A Psicologia tem muito a contribuir no tratamento de doenças produzidas por estilos de vida e padrões culturais, apesar de ainda ocupar uma posição periférica em documentos oficiais do Ministério da Saúde – MS que tratam do tema. É preciso, portanto, ampliar o debate sobre as DCNT no campo interdisciplinar da Psicologia com a Saúde Coletiva.

Nesse sentido, nosso estudo pretende contribuir com o enfrentamento desta realidade, propondo uma ferramenta terapêutica que possa ampliar o campo de estudos e prática da Psicologia, bem como ofertar melhor assistência à população. Com a pesquisa-intervenção, nosso objetivo principal foi avaliar a utilização do Grupo de Movimento (GM) como uma proposta terapêutica de cuidado integral efetiva para a problemática da hipertensão arterial.

Acerca da etiologia da Hipertensão Arterial

Ao conversarmos com as pessoas que iriam participar da pesquisa-intervenção, questionamos a que elas atribuíam a sua hipertensão arterial. De maneira simples e sábia, muitas responderam: “São os muitos aperreios

da vida”; “É o coração sofrendo com os problemas de família”; “É o excesso de exigências no trabalho e em casa” (sic).

Esses comentários, que reconhecemos como transparentes e profundos, revelam uma sabedoria interna das pessoas, afirmando que não se padece apenas de um órgão ou do sistema de circulação interna do corpo fisiológico, sem também sofrer das emoções ou, ainda, ter significativos prejuízos na circulação dos papéis e nas redes sociais em que estão inseridos. Acreditamos, portanto, que escutar essas palavras, e reconhecê-las como fonte de sabedoria e orientação das práticas de cuidado, é um passo inicial para não se furtar de um cuidado integral.

Do ponto de vista biomédico, a Hipertensão Arterial – HA – pode ser entendida como o aumento da pressão exercida pelo coração sobre as artérias, impulsionando-as a bombear o sangue para irrigar o corpo. Podendo atingir níveis além da normalidade quando artérias estão congestionadas por vários motivos, de causalidades múltiplas, demandando maior esforço do coração para bombear o sangue, gerando, assim, a hipertensão (ORNISH, 1995).

O aumento da pressão arterial não é entendido como nocivo ou prejudicial quando o mesmo acontece, eventualmente, como no caso de risco real de vida. É uma função biológica natural e necessária ao nosso organismo para dar uma rápida resposta ante a situação, para que o organismo reaja promovendo uma defesa ou fuga contra a situação de risco.

Contudo, quando a pressão não retorna a sua regularidade ou sobe sem perigo real aparente, entramos em um quadro nocivo de adoecimento, que pode gerar risco à vida ao invés de protegê-la. Essa indicação ocorre cotidianamente, onde as pessoas, sem receber o devido cuidado para integrar experiências difíceis da vida (a perda brusca de um membro familiar, uma crise financeira, desemprego, separação violenta de cônjuge, etc.), acabam desencadeando a HA.

Mesmo com os avanços na compreensão diagnóstica da HA, ainda há uma preeminência da visão fragmentada da doença, que se sustenta na construção de práticas de cuidado que se preocupam apenas com o corpo físico e priorizam a dimensão biológica em detrimento dos aspectos psicossociais. Dentro dessa perspectiva, o discurso e a prática biomédicos hegemônicos negligenciam de forma similar a sabedoria popular e a capacidade do corpo de produzir uma resposta autônoma às deficiências construídas.

Com isso, há pouco espaço para reconhecer a esfera subjetiva das emoções e sentimentos que embasam os estilos de vida e estão em imanência com práticas coletivas e padrões relacionais. A própria potência fisiológica, que se mostra através de ações terapêuticas não medicamentosas estimulando mudanças musculoesqueléticas, bioquímicas e neurológicas, que é produzida por meio da expressão livre e segura das emoções (BERCELI, 2007), não é reconhecida como poderia.

O caderno do MS apresenta uma grande contribuição para aprofundarmos a etiologia da HA, que diz:

A maioria dos casos de hipertensão arterial não apresenta uma causa aparente facilmente identificável, sendo conhecida como hipertensão essencial [grifo nosso]. Uma pequena proporção dos casos de hipertensão arterial é devida a causas muito bem estabelecidas, que precisam ser devidamente diagnosticadas, uma vez que, com a remoção do agente etiológico, é possível controlar ou curar a hipertensão arterial. É a chamada hipertensão secundária (BRASIL, 2006, p. 20).

Dessa perspectiva, é possível inferir que apenas um pequeno número de HA pode apresentar uma causa orgânica específica, sendo indispensável a terapêutica biomédica para resolutividade das causas. Contudo, a maioria dos casos, como supracitado, não apresenta um fator orgânico delimitado, o que corrobora, mais uma vez, com a importância da compreensão dos elementos psicossomáticos da constituição dos sujeitos, atestando a necessidade das práticas integrativas de cuidado à saúde para a resolutividade das causas das HA.

Alguns autores ressaltam ainda a importância dos aspectos emocionais relacionados ao estresse para os cuidados com a HA (MAC FADDEN; RIBEIRO, 1998; MELLO FILHO, 2010). Tais estudos apontam aspectos da personalidade e hábitos comportamentais e grupais, indicando que os sujeitos hipertensos apresentam dificuldades em externalizar emoções mais intensas e costumam acumular enorme carga emocional, ocasionando grandes níveis de tensão. Vive-se, então, internamente sob “pressão”, mesmo em situações cotidianas que habitualmente não ofertariam perigo. Sentimentos de hostilidade, ansiedade, agressão e ressentimento habitam uma subjetividade em estado de insegurança, onde a sensação de ameaça no ambiente é uma constante, ensejando um conflito básico entre hostilidade e inibição. Esta condição atua ora na gênese da doença, ora como agravante e desencadeador da hipertensão.

No conjunto de nossa pesquisa, através de uma anamnese cuidadosa, percebemos a indissociabilidade do desencadeamento da HA com fatores psicossociais. Todas as pessoas que atendemos, suas crises hipertensivas tiveram início quando viviam situações de vida consideradas traumáticas ou fortes estressoras (mortes de familiares, separações conjugais, crises socioeconômicas, etc.). Nesse sentido, este trabalho se filia a uma vertente da produção científica que instaura um olhar integral para a saúde, trazendo um contraponto (e complementariedade) à biomedicina newton-cartesiana, amparado numa visão epistemológica (sistêmica-quântica), política (contra o utilitarismo e mercantilização do cuidado) e prática do cuidado indissociável mente-corpo-ambiente (BARRETO, 2011; LUZ; BARROS, 2012; MARTINS, 2012; PELIZZOLI, 2011).

Análise Bioenergética e o Grupo de Movimento no enfrentamento a hipertensão arterial

Entendemos que buscar alterar hábitos alimentares, o uso de álcool e do tabaco ou mesmo estimular atividades físicas – que geralmente têm associação com a HA – sem, contudo, cuidar das emoções internas, configura-se como uma terapêutica frágil e inconsistente, na medida em que pode atuar nos sintomas, mas não na causa. Ainda, essas medidas demandam do sujeito uma prática “controlista” de seus desejos, ao invés de potencializar sua autonomia na busca de autoconhecimento e desenvolvimento humano.

Reich foi pioneiro em instalar uma visão de unidade do adoecimento mental-corporal, através de uma compreensão clara das influências culturais adoecedoras (ALBERTINI *et al.*, 2007). Em seus estudos, as neuroses não eram compreendidas separadamente das repressões sexuais, desigualdades socioeconômicas, bem como adoecimentos físicos (REICH, 2009). Tudo fazia parte de uma mesma realidade funcional, que expressava em sua inteireza o adoecimento humano em uma cultura nociva. Esta crítica reicheana, apesar de secular, parece bastante atual e necessária nos tempos de hoje, onde adoecemos cronicamente ou morremos de forma prematura pelo que produzimos biográfica e culturalmente.

Em seu percurso, Reich (2009) percebeu como as emoções têm uma função na saúde e desenvolvimento humano, a ponto de ter chegado a denominar a “*peste emocional*” como a principal praga do adoecimento em sua época. Conseguindo associá-la tanto ao sofrimento mental (esquizofrenia), como também, percebê-la claramente presente em casos de pretensos adoecimentos físicos crônicos (como no câncer e na hipertensão arterial). Já Lowen, criador da Análise Bioenergética, aponta que as práticas e os hábitos do homem são suas maneiras de ser no mundo, refletindo seu estado interno, expresso biograficamente através do corpo.

Ancorado nos preceitos de Lowen, a pesquisa-intervenção, a qual este trabalho se refere, buscou ofertar cuidados psicocorporais, por meio da metodologia do GM, a pacientes hipertensos, atendidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS – da cidade de Juazeiro/BA, no anseio de avaliar os benefícios da estratégia e, consequentemente, recomendá-la.

O GM tem sido adotado por diversos autores como recurso metodológico terapêutico (GAMA; REGO, 1994; LOWEN, 1985). Essa prática consiste na utilização de exercícios corporais expressivos que favoreçam o desbloqueio de tensões musculares, provocadas pela sobrecarga emocional, em regiões localizadas do corpo, que afetam o livre fluxo energético dos processos básicos do organismo (respiração, digestão e comunicação). São exercícios que propiciam a integração do sujeito com seu corpo, sentindo as regiões rígidas, bem como os sentimentos inconscientes inerentes a sua postura corporal, que obstruem a saúde.

Além da maior consciência subjetiva, o fato das atividades do GM ocorrerem em grupo, instauram uma rede social protegida, ofertando um ambiente seguro e saudável de troca afetiva, ensejando um laboratório de novas práticas interpessoais que possam operar mudanças no estado interno dos sujeitos, bem como nas relações sociais (BARRETO *et al.*, 2011; GAMA; REGO, 1994).

A partir de nossa experiência, podemos considerar que o GM se desenvolve mediante um tripé: 1) estruturação de um ambiente seguro; 2) vivência expressiva, e; 3) integração das experiências e emoções. Com relação ao primeiro ponto, podemos ressaltar que o acolhimento e o estabelecimento de um vínculo seguro são condições essenciais para instaurar um ambiente de pesquisa e simultaneamente de cuidado integral à saúde.

Na literatura do campo da Psicologia, a estruturação de um ambiente seguro é visualizada como a criação de um “*setting* seguro” (GROF, S.; GROF, C., 2011), prerrogativa indispensável para que as pessoas possam estar presentes inteiramente em um ambiente terapêutico. Já na literatura do campo da Saúde Coletiva e nos documentos oficiais de orientação clínica, esse aspecto é anunciado como inerente à atenção integral à saúde (BRASIL, 2007).

A criação deste *setting* foi profundamente importante no desenvolvimento da pesquisa-intervenção, porque as pessoas com HA convivem em ambientes onde não se sentem seguras para expressar seus sentimentos, já que o julgamento e o medo de ferir as pessoas que amam limitam suas possibilidades de estarem inteiras nessas situações, o que acaba por ofertar uma sobrecarga interna que reflete em suas pressões arteriais. Assim, construir um clima de permissão e aceitação para expressões de sentimentos, como a raiva, a alegria, a tristeza e o medo, pode impactar diretamente na saúde dessas pessoas, ensejando novos repertórios e práticas sociais em seus grupos de origem.

Com relação ao “trabalho expressivo”, que é um legado deixado por Reich e qualificado por Lowen. Através do estímulo a expressão corporal, cada sujeito envolvido passou a apropriar-se de seu corpo e de sua

história. Com o uso de técnicas expressivas é intensificada a emergência de sentimentos e memórias significativas, com conteúdos conflitivos e de repressão, estão no âmago das causas do adoecimento. Nesse sentido, favorecer o acesso a esses conteúdos de forma espontânea, através do estímulo ao livre movimento corporal, em ambiente seguro e amparador, confere um poder valioso de resolutividade terapêutica.

Simplificadamente, os exercícios psicocorporais expressivos junto aos grupos de hipertensos têm a finalidade de aliviar a “pressão” interna, por meio da externalização de sentimentos retesados, ofertando conforto e aprendizagem terapêutica.

Cabe ressaltar ainda, em relação ao aspecto de integração das experiências e emoções, os GM serviram de *grounding* coletivo, tecendo uma rede social de amparo e partilha de experiências significativas da vida, promovendo reflexividade, consciência e novos repertórios relacionais saudáveis na lida cotidiana de situações conflitivas e adoecedoras.

O Projeto Integrar: aspectos metodológicos, éticos e políticos

A pesquisa-intervenção em foco fez parte da ação intitulada de Projeto Integrar que esteve vinculado aos Programas Institucionais de Extensão Universitária e Iniciação Científica da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF –, bem como obteve subsídio do Ministério da Educação e Cultura – MEC – pelo Programa de Extensão Universitária – ProExt 2011.

Mais precisamente, o “Integrar” surgiu da parceria entre a UNIVASF e a Secretaria de Saúde do Município de Juazeiro/BA, pelo interesse comum em ampliar alternativas de cuidados a população assistida pelo SUS. O objetivo principal foi contribuir com as práticas de novos cuidados clínicos pautados na integralidade, promovendo saúde a usuários/as diagnosticados com doenças crônicas, com foco na hipertensão arterial.

O projeto de pesquisa foi aprovado (com a numeração 27091001) pelo Comitê de Ética em Estudos Humanos e Animais – CEEHA da UNIVASF. Já o local de realização foi definido conjuntamente entre a gestão dos serviços de saúde de Juazeiro e a equipe de uma Unidade Básica de Saúde – UBS, tendo o apoio de um centro comunitário de bairro. A participação da equipe de saúde foi essencial para a indicação e engajamento da população estudada. Houve reuniões de planejamento e construção de uma agenda comum de trabalho.

Durante duas semanas, foi feita a seleção dos participantes da comunidade que seriam atendidos pelo “Integrar” de maneira não probabilística intencional. Recrutados pelos enfermeiros e agentes comunitários de saúde – ACS – da UBS. A seleção levou em conta a identificação de cada um com a metodologia de trabalho, bem como com os horários disponíveis para a realização dos GM e a adequação em relação ao perfil de adoecimento da HA. Num primeiro momento, apresentou-se a proposta e foram estabelecidos acordos de trabalho, podendo as pessoas interessadas na ação escolher vincular-se ou não ao “Projeto Integrar”.

Foram dez meses de trabalho que contaram com a colaboração voluntária de 39 usuários – divididos em dois grupos – atendidos por uma UBS da cidade de Juazeiro/BA. Foram acompanhadas pessoas entre 55 e 90 anos, de ambos os sexos (5 homens e 34 mulheres). Ao todo foram realizados 52 encontros de GM, sendo 26 por

grupo. Todos os participantes eram diagnosticados com hipertensão arterial, destacando suas queixas físicas e emocionais.

Além do tratamento medicamentoso, alguns conseguiam ter hábitos alimentares saudáveis e realizavam atividades físicas, contudo, não mantinham estável o controle de sua pressão arterial. Visto isso, cabe relatar que os participantes do “Integrar” passaram inicialmente por uma avaliação médica cardiológica com profissional especializado. Esta avaliação serviu principalmente para confirmar o diagnóstico e para delimitar alguns sujeitos que poderiam estar com um comprometimento físico muito elevado, o que impediria a participação em um trabalho de promoção de saúde envolvendo exercícios psicocorporais.

Existiu uma variação na frequência de participação nos GM. Contudo, nos recortes que avaliam a intervenção, destacamos a fala dos 16 usuários que estiveram presentes com maior regularidade, tendo eles comparecidos em, pelo menos, metade dos encontros realizados. E cabe reiterar que os beneficiados com as ações eram assistidos pela equipe da UBS e suas participações estavam condicionadas a continuidade do acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, uma vez que o controle da HA seria feito, também, através dos métodos tradicionais (auferindo a pressão com regularidade, seguindo prescrições medicamentosas e alimentares, etc.)

O trabalho do GM foi realizado num centro comunitário existente no bairro, que dispunha de um salão amplo com cadeiras móveis. Esse era planejado e realizado semanalmente, a partir das necessidades sentidas pela observação participante nos grupos, alimentando uma contínua ação-reflexão no fazer pesquisa. Cada encontro tinha uma duração média de uma hora e meia. Ao longo dos 10 meses houve um intervalo em sua aplicação de cerca de 60 dias (entre o período festivo de final de ano e o carnaval).

Avaliação dos resultados centrada no usuário

Segundo Pinheiro e Silva Junior (2009) a avaliação em saúde se constitui como uma potente ferramenta democrática de “empoderamento” dos cidadãos na afirmação do seu direito. Por assim dizer, no estudo em questão, o usuário, como avaliador em potencial, foi considerado durante as etapas do processo de validação da prática de saúde exercitada, reconhecendo e tentando corrigir o equívoco epistemológico do campo hegemônico da avaliação em saúde que, até então, tem privilegiado a expertise acadêmico-científica como sendo a única produtora de conhecimentos válidos acerca do grau de resolutividade das ações de saúde ofertadas.

A avaliação centrada no usuário, portanto, adotou dois recursos principais: as avaliações de impacto (realizadas ao final de cada encontro) e, como instrumentos privilegiados de análise da eficácia do método, os grupos focais – GF –. A avaliação de impacto tinha a finalidade de colher impressões dos participantes. Ela consistia em continuamente perguntar aos participantes sobre seu estado pessoal antes e após o trabalho. Com isso, eram tidas, informalmente, percepções de benefícios imediatos e dados relevantes, tanto para o planejamento como para a avaliação da ação realizada.

Quanto aos GF, foram realizados três. O primeiro foi feito um mês após o início dos trabalhos de GM. O segundo, com 3 meses de atividade e o terceiro com a finalização das ações da pesquisa. Os GF foram gravados e transcritos na íntegra para posterior análise.

O GF é uma técnica de pesquisa qualitativa que reúne grupos que, por meio de entrevistas coletivas, avaliam conceitos e identificam problemas. Na pesquisa de abordagem clínica, por sua vez, este instrumento tem o intuito de trazer à tona sentimentos e sensações que não seriam percebidos através de métodos de pesquisa estruturados, lidando com informações veladas, por vezes inacessíveis e inconscientes nos relacionamentos interpessoais (GONDIM, 2002).

Neste estudo, os três grupos focais seguiram um mesmo roteiro, estruturado em cinco perguntas. São elas: a) Como se manteve sua pressão arterial durante esse período de realização dos GM? b) Houve mudanças no seu modo de lidar com as suas emoções? Se sim, quais? c) Houve alterações nos seus sintomas físicos ao longo do trabalho? Se sim, quais? d) Vocês têm percebido uma relação entre as suas emoções e as suas manifestações corporais? Se sim, como? e) O que motiva sua participação aqui no GM?

Como nos propusemos a avaliar o GM centrado na fala dos usuários, foi imprescindível as informações que obtivemos através do GF, muitas delas, inclusive, confirmadas pelos feedbacks dos usuários para com a equipe de saúde local, que retratavam mudanças significativas na condição de saúde.

A análise se deu da seguinte forma: as falas significativas foram organizadas em 4 unidades temáticas (Dores e Sintomas físicos; Experiências emotivas e consciência corporal; Pressão arterial e; Desenvolvimento social) que remetiam às questões, às quais se buscava investigar. Em seguida, então, os dados foram confrontados com as referências teóricas que embasam este trabalho – em especial, a literatura da Análise Bioenergética. No próximo tópico, apresentamos um diálogo entre diversas falas dos usuários do projeto e a literatura do campo.

Descrição de alguns resultados do trabalho

Dores e sintomas físicos. Alguns sintomas físicos são habituais em pessoas com a faixa etária dos beneficiados pelo “Projeto Integrar”. Em alguns casos, eles podem estar relacionados a sintomas secundários da hipertensão arterial. Segundo Lowen (1982, 1985) as dores físicas crônicas em nossa cultura são frutos de tensões inscritas biograficamente nos sujeitos a partir de uma relação conflituosa das necessidades naturais e as exigências sociais. Ele ressalta como em nossa vida social invariavelmente as relações interpessoais são tensas e recheadas de exigências, que produzem experiências contínuas de ameaça, consequenciando, em longo prazo, prejuízos significativos ao corpo.

Visto isso, foi possível perceber que todos os participantes se sentiram beneficiados de formas diversas, com base em suas histórias pessoais e nas inscrições corporais subjetivas. Melhoras com relação a cefaleias/enxaquecas, dores miofaciais, musculoesqueléticas e neuropáticas foram continuamente compartilhadas entre os participantes do grupo, como veremos: “As dores que eu sentia, aliviou muito. A minha cabeça, que eu tomava remédio todo dia, quase que eu nem estou usando-o mais”. “Eu sentia dor demais no meu joelho! Minha

cabeça: eu era a casa da dor de cabeça! Eu tomava remédio, às vezes, quatro comprimidos para dor de cabeça por dia! Agora não. Às vezes, não tomo nenhum”. “Não conseguia pegar uma sacola ou alguma coisa que já sentia dor nas costas. Mas agora acabou. Sentia uma dor nas pernas que tinha vezes que não aguentava nem a sandália nos pés! Estou bem melhor!” (sic).

As falas ressaltam visivelmente o benefício coletivo alcançado. Podemos entender que esse resultado foi produzido principalmente pela expressividade e disponibilidade pela entrega ao corpo e aos sentimentos. Quando os exercícios eram realizados com o objetivo de obstruir ou afrouxar estas tensões musculares, naturalmente, a pressão interna também sedia, ofertando alívio aos participantes.

Lowen (1982), em seus estudos clínicos, percebeu uma relação das dores de cabeça com bloqueios de automanifestação. Na medida em que estimulamos a autoexpressão de emoções presentes, porém inibidas em sua manifestação cotidiana, espontaneamente as pessoas reduziram a tensão anatomoemocional e, com isso, diminuíram suas crises. De forma similar foi produzido em outras regiões do corpo, que também obtiveram melhoras na mobilidade e vitalidade.

A entrega aos sentimentos em ambiente protegido e terapêutico fez com que a dor corporal da tensão presente no bloqueio emocional fosse descoberta e expressa, ofertando uma descarga e relaxamento. Essas entregas, vivenciadas nos grupos terapêuticos por meio de exercícios de expressão da alegria, raiva, tristeza e do medo, ajudaram aos participantes a aliviar esses sintomas físicos – alguns deles persistiam por mais de uma década.

Permitir-se expressar sentimentos autênticos deveria ser habitual entre os adultos, mas em nossa cultura expressar a tristeza e o medo pode ser interpretado como fragilidade, imaturidade e fracasso. Expor a raiva pode significar pecado ou ameaça ao objeto amado. Já a alegria expressa, muitas vezes é interpretada como infantilidade ou perigo. Esses são significados que são bastante difusos e que encontramos nas histórias de vida dos participantes como sinônimos que internamente limitavam a expressão social de tais sentimentos indispensáveis a saúde.

A expressão destas emoções no GM ocorria simultaneamente ao relaxamento da musculatura, a intensificação da respiração e a um acolhimento afetivo de tudo o que era comunicado. Entregar-se em um ambiente terapêutico, onde não era julgado, mas era estimulada a expressão e integração dessas experiências de suas histórias, permitiu uma restauração da vitalidade natural do corpo que se encontrava bloqueada em várias dessas expressões.

Experiências emotivas e consciência corporal. Com relação ao impacto do trabalho nas emoções e consciência corporal vivenciada pelos participantes, alguns relatos podem ilustrar benefícios em relação ao nervosismo, ansiedade, raiva, tristeza e alegria: *“Minha ansiedade, antes de participar desse exercício, era muito forte. E eu sentia uma dor, na alma, imensa, que, às vezes, não tinha condição nem de levantar. Depois dos exercícios, quando dava uma falta de coragem, só de lembrar que eu tinha que participar dos exercícios, aquilo me dava um impulso tão grande que eu levantava, não pensava mais em tristeza, em angústia, em dor de nada. E aqui, eu chorava, sorria (...) para mim foi um privilégio em minha vida” “Senti-me mais forte, assim, fisicamente. Melhorou muito! E a disposição de fazer as coisas, também aumentou”. “Eu aprendi bastante a lidar com a*

tristeza. Agora eu sou uma pessoa mais alegre, mais contente, por tudo que aprendi aqui". "Eu era muito nervosa. Achava que tinha que fazer as coisas do meu jeito. Mas agora não. Eu fico pegando alguma prática daqui e vou me restaurando, acrescentando algumas coisas que faltam em mim" (sic).

Na Análise Bioenergética, “emoções são eventos corporais, literalmente, são movimentos ou impulsos dentro do corpo que geralmente resultam em alguma ação externa” (LOWEN, 1982, p. 48). Partindo desse pressuposto, Lowen (1982) diz que o corpo é capaz de expressar o “estado de espírito” (emoções, sentimentos) do homem, de forma que a vida emocional de um indivíduo dependeria da motilidade do seu corpo, que por sua vez é uma função de fluxo de excitação através dele. Tal afirmativa loweniana corrobora com estudos atuais no campo da Neuropsicologia, que reforçam as emoções como eventos corporais e sociais simultâneos, atuando diretamente no desenvolvimento ou melhora em doenças crônicas (PORGES, 2012).

Na doença, o corpo perde parte de sua vivacidade, produzindo um estado de retraimento. Trabalhar a emoção das pessoas hipertensas foi, então, promover um espaço de cuidado onde os aspectos emocionais fossem levados em conta, a fim de recuperar a vivacidade do corpo, o que, por fim, repercutiria em uma vida mais saudável, seja emocional ou fisicamente. Na medida em que as pessoas apropriavam-se de suas emoções, também se apropriavam de seus corpos, suas fragilidades e potências, aumentando suas capacidades energéticas de agir diante de suas trajetórias biográficas e sociais, bem como das condições de saúde-doença.

Pressão Arterial. Quanto à própria pressão arterial, todos relataram melhorias no controle dos níveis de pressão. Alguns destacaram o controle na pressão arterial a partir do momento que passaram a frequentar as atividades de GM. Outros já relataram melhoras que impactaram na baixa de sua pressão, ou ainda, a redução de medicamentos. Seguem algumas falas: *“Minha pressão era altíssima! Era 200x100 mmHg. (...) O mais baixo que ficava era 160x80 mmHg. E depois que eu estou fazendo o acompanhamento aqui, eu estou me sentindo muito bem. E ela [a pressão] está 120x80 mmHg. No máximo 130! Está bem controlada”. “Minha pressão era de 180 a 140x100 mmHg. Depois que eu comecei a participar aqui do grupo, está 120x80 mmHg”. “Depois que comecei a participar do grupo, estou me sentindo muito bem. Eu usava dois tipos de medicamentos para pressão arterial, mas agora estou usando um e com vontade de abandoná-lo, também!” (sic).*

Percebe-se que os usuários que tinham dificuldades em controlar a pressão arterial, muitas delas em ascensão com grande risco de maiores prejuízos à vida, passaram a controlá-las e reduzi-las, em alguns casos, inclusive, com redução medicamentosa. Isso evidencia o valor do método que, ao abordar a integridade do sujeito (mente-corpo-ambiente), produz naturalmente um resultado valioso.

Aqui podemos validar como a HA na realidade é mais um sintoma manifesto em casos no qual as pessoas se encontram internamente sobre forte pressão biopsicossocial. O corpo aqui é um mapa claro deste contexto. Na medida em que ofertamos um ambiente livre de julgamento e seguro, houve a possibilidade dos participantes expressarem e integrarem os conteúdos retesados, fazendo com que o organismo aumentasse sua vitalidade e potência resolutiva diante do sofrimento. Algumas falas relatam bem o clima de partilha, segurança afetiva e cura: *“Desde o primeiro dia que eu participei, eu me senti muito bem, muito bem mesmo! E não quero mais parar”. “Aqui no grupo o aconchego é muito grande e há uma escuta especial, há o respeito entre todos.*

(...) me sinto bem melhor aqui do que no próprio setor de trabalho". "Neste grupo, a gente se sente tão forte! (...) e um movimento desse aqui trás muita alegria. E cura as enfermidades! Porque a dor, ela pega a gente, mas se a gente fizer movimento (...) tudo desaparece!" (sic).

No passo que os corpos se mexiam com mais ritmo, que as tensões se dissolviam por meio de gritos, choros e risos, a vida semeava saúde em regiões antes debilitadas pela pressão na qual viviam. Foi belo acompanhar o desenvolvimento desta vitalidade em corpos de pessoas com cerca de 80 anos, ver sensualidade e leveza remediando a insegurança e o isolamento afetivo.

A melhora em seus quadros de adoecimento foi um resultado inevitável do curso de cuidado construído por eles. Pessoas que há muito não riam ou trocavam afetos, ou ainda, que tinham suas gargantas presas por terem sido inibidas de protestar qualquer descontentamento ou raiva diante de situações que feriam sua integridade física e emocional, puderam compartilhar de forma simples e franca os movimentos da vida.

Desenvolvimento Social. O último aspecto destacado nessa análise é em relação aos redirecionamentos sociais dos participantes que, de forma consciente, nutririam suas práticas em busca de saúde, fazendo-os enxergar o valor dos vínculos e conexões para o amadurecimento pessoal, a tomada de consciência corporal, a proliferação do grupo em si e, claro, a promoção da saúde. A forma como o mundo é significado e a valorização do contato com o outro promovem benefícios diretos no processo de promoção da saúde. Associado a isso, entre as falas dos participantes do GM, surgiram reflexões como: *"Quando a gente se isola, adoce mais, por não ter pessoas amigas". "Só de a gente sair de casa, se soltar, conversar e fazer o exercício, já ajuda a relaxar". "Eu não gostava nem de ir à porta. Depois do grupo, eu vi o quanto é importante. Já me sento na porta, fico um bom pedaço de tarde". "Bem, eu era muito fechada, mas depois que eu comecei a participar do grupo, eu já aprendi a ser mais aberta, mais comunicativa" (sic).*

Para Lowen (1982), há uma simultaneidade entre entregar-se a si e as relações sociais. Quanto maior a inteireza com a qual o ser humano se permitir mergulhar em si próprio, mais poderá construir relações sociais íntegras e solidárias. A importância de cultivar uma rede social solidária culmina diretamente na sustentabilidade da saúde na cultura ocidental, onde hábitos e práticas sociais saudáveis podem instaurar novos modos de ser.

Considerações finais

Esta pesquisa adotou uma tecnologia terapêutica que foca a vitalidade do sujeito e sua relação mente-corpo-ambiente (MARTINS, 2012; PELIZZOLI, 2011). O trabalho com GM atuou na etiologia fisiológica, emocional e social da hipertensão arterial, favorecendo maior consciência corporal e liberdade expressiva, instaurando uma rede social solidária e acolhedora, o que gerou um impacto, no fluxo de circulação sanguínea e na vitalidade dos sujeitos participantes, que veio a contribuir para o maior equilíbrio e favorecer segurança para que essas pessoas se expressassem e se relacionassem com os outros (BARRETO *et al.*, 2011).

Os resultados da pesquisa ilustram os benefícios possibilitados pelo GM, enquanto tecnologia de cuidado integral, para as pessoas hipertensas atendidas pelo "Projeto Integrar". Acredita-se que o trabalho

conseguiu promover saúde, ampliando o repertório de cuidados a pessoas com hipertensão arterial. Contudo, ressaltamos que Lowen (1982) nos diz que não há cura rápida ou fácil para esses problemas. As melhoras significativas aqui descritas devem ser potencializadas através de um acompanhamento mais duradouro, com risco de retorno dos sintomas caso não haja um acompanhamento que estimule uma cultura de cuidado pautada em um ambiente seguro, na expressividade e integração biopsicosocial.

Acreditamos que quanto mais prematura é a assistência ao sofrimento, mais fácil de cuidá-lo de forma preventiva ao agravo e a cronificação do mesmo. Se ao invés de cuidar das causas resolvermos apenas adotar uma terapêutica medicamentosa e de orientação de comportamentos saudáveis (práticas físicas e alimentares), atuando no controle do sintoma, invariavelmente o quadro tenderá a cronificação, como observamos nos estudos epidemiológicos atuais acerca das DCNT.

Desejamos que esta experiência possa somar-se à literatura científica já existente, contribuindo para a ampliação do repertório de intervenção da Psicologia no campo da Saúde Coletiva. Esperamos que novas pesquisas possam continuar estudando a importância das emoções, padrões relacionais e ambientais no desenvolvimento da hipertensão arterial e outras DCNT.

Por fim, acreditamos que novas pesquisas com a metodologia do GM, bem como outras tecnologias terapêuticas psicológicas que abordem de forma biopsicossocial os sujeitos com hipertensão arterial, poderão ser férteis para o desenvolvimento de um serviço de saúde seguro e eficaz diante das demandas atuais do campo.

Referências

ALBERTINI, P.; SIQUEIRA, F. Z.; TOME, L. A.; MACHADO, T. L. . **Reich e o movimento de higiene mental**. Psicologia em estudo, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a21.pdf>>. Acesso em: 7 de ago. 2012.

ALWAN, A.; MACLEAN, D. R.; RILEY, L. M.; TURSAN D'ESPAIGNET, E.; MATHERS, C. D. **Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries**. The Lancet, 2010, p. 1861-68.

BARRETO, A. F. (Org.). **Integralidade e Saúde: Epistemologia, Política e Práticas de Cuidado**. Recife: Editora UFPE, 2011.

BARRETO, A. F.; MIRANDA, A. C. S.; LIMA, C. S. O.; SOUZA, C. J. S. **Unidade mente-corpo: A Análise Bioenergética como um caminho para o cuidado integral à saúde**. In: Barreto, A (Org.), Integralidade e Saúde: Epistemologia, Política e Práticas de Cuidado. Recife: Editora UFPE, 2011, p. 129-149.

BERCELI, D. **Exercícios para Libertação do Trauma: Um revolucionário novo método para a recuperação de stress e trauma**. Recife: Libertas, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. (2a ed.). Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

GAMA, M. E. R.; REGO, R. A. **Grupos de Movimento**. Cadernos Reicheanos. São Paulo, n. 1, 1994.

GONDIN, S. M. G. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos**. Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação, v. 12, n. 24, 2002, p. 149-162.

GROF, S.; GROF, C. **Respiração Holotrófica: Uma nova abordagem de autoexploração e terapia**. Rio de Janeiro: Numina, 2011.

LOWEN, A. **O corpo em terapia: A abordagem bioenergética**. São Paulo: Summus, 1977.

LOWEN, A. **Bioenergética**. 10ª ed. São Paulo: Summus, 1982.

LOWEN, A. **Exercícios de Bioenergética**. São Paulo: Ágora, 1985.

LUZ, M.; BARROS, N. F. (Orgs.). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde. Estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

MAC FADDEN, M. A. J.; RIBEIRO, A. V. **Aspectos psicológicos e hipertensão essencial**. Ver. Ass. Med. Brasil, 1998.

MARTINS, P. H. **As outras medicinas e paradigma energético**. LUZ, M.; BARROS, N. F. (Orgs.). Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde. Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012, p. 309-341.

MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital**. Organização Mundial da Saúde, 2005.

ORNISH, D. **Salvando seu coração**. Tradução de N. AIZEN; E. M. da FONSECA. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995. (Original publicado em 1993).

PELIZZOLI, M. (Org.). **Saúde em Novo Paradigma – Alternativas ao modelo da Doença**. Recife: Editora UFPE, 2011.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. **A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens**. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009, p. 37-52.

PORGES, S. W. **Teoria Polivagal: fundamentos neurofisiológicos das emoções, apego, comunicação e auto-regulação**. Rio de Janeiro: Senses Neuroc. e Aprendizagem, 2012.

REICH, W. **A Função do Orgasmo**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

REICH, W. **A Biopatia do Câncer**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. (2011). **Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges**. The Lancet, n. 377, 2011, p. 1949-1961

Recebido em 17/04/2015

Aceito em: 14/10/2015