

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO

Priscilla de Cesaro Antunes

**PRÁTICAS CORPORAIS INTEGRATIVAS:
EXPERIÊNCIAS DE CONTRACULTURA NA ATENÇÃO BÁSICA E
EMERGÊNCIA DE UM CONCEITO PARA O CAMPO DA SAÚDE**

Porto Alegre

2019

Priscilla de Cesaro Antunes

**PRÁTICAS CORPORAIS INTEGRATIVAS:
EXPERIÊNCIAS DE CONTRACULTURA NA ATENÇÃO BÁSICA E
EMERGÊNCIA DE UM CONCEITO PARA O CAMPO DA SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Ciências do Movimento Humano.

Orientador: Prof. Alex Branco Fraga

Porto Alegre

2019

Priscilla de Cesaro Antunes

**PRÁTICAS CORPORAIS INTEGRATIVAS:
EXPERIÊNCIAS DE CONTRACULTURA NA ATENÇÃO BÁSICA E
EMERGÊNCIA DE UM CONCEITO PARA O CAMPO DA SAÚDE**

Conceito final: A com louvor

Aprovada em 12 de julho de 2019

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Márcia Silva – UFG

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser – UFSC

Prof. Dr. Luiz Fernando Bilibio – UFRGS

Orientador - Prof. Dr. Alex Branco Fraga – UFRGS

CIP - Catalogação na Publicação

Antunes, Priscilla de Cesaro
PRÁTICAS CORPORAIS INTEGRATIVAS: EXPERIÊNCIAS DE
CONTRACULTURA NA ATENÇÃO BÁSICA E EMERGÊNCIA DE UM
CONCEITO PARA O CAMPO DA SAÚDE / Priscilla de Cesaro
Antunes. -- 2019.
471 f.
Orientador: Alex Branco Fraga.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Educação Física, Programa de
Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Porto
Alegre, BR-RS, 2019.

1. Práticas integrativas em saúde. 2. Terapias
complementares. 3. Práticas corporais integrativas. 4.
Sistema Único de Saúde. 5. Grounded Theory. I. Fraga,
Alex Branco, orient. II. Título.

GRATIDÃO

À ancestralidade, às/aos que vieram antes,
 Ao meu pai e à minha mãe,
 Ao meu irmão e à minha cunhada,
 À toda família, tios, tias, primos e primas,
 Às amigas e aos amigos do coração,
 Aos amores,
 Ao orientador,
 Às/aos colegas e amigas/os do grupo POLIFES,
 Às/aos colegas e amigas/os da UFG,
 Aos membros da banca,
 Às/aos colegas e professoras/es da UFRGS e UFSC,
 Às/aos terapeutas que me cuidaram,
 Às/aos professoras/es e companheiras/os de cursos, retiros e grupos de trabalho,
 Às parcerias de jogos de handebol, voleibol e frescobol,
 Às/aos usuárias/os, condutoras/es e gestoras/es do SUS que integraram a pesquisa.

À ancestralidade Paulo Tania Paulinho Jane Zé Sonia Jobbas Clau Evandro E l i s a Carlos Leni Pedro Rejane Sodi Rubio Nilceu Nelvo Irisneu Jo Enor Blanca Leonardo Henrique Isadora	Bernardo Adressa Germano Luiza Gabi Laura Heloisa Marlene Rafael Elisa Raquel Diana Nesto Diogo Leticia Fernanda Lucas Val Alice	Leozinho Vitoria Gustavo Pedrinho Heloisa Guilherme Fernanda Mychel Ivan Jonas Fernanda	L u Carol Renata Graice Claudia Kenia Silvia Mari Rafael Digo Nado Chiara Xuxa Duda Stela Douglas Alex D a n i Edwin Ana Paula Alessandra Robson Daise	Alan Valéria Fabi Raphael Eduardo Humberto Vitéria Fernando Otiliano Cibele Felipe Ricardo Helton Roberto Helton Jaciara Ana Paula Marcel Beto Ana Marcia Charles Biblilio Lisandro Mauro Adriano Deiane Elizandro Carla Malina Stigger D a m i c o Maira Jéssica Vera Cristiano Ariane Juliano Cris Maurício Giovani Rogério	Lu Maria Denis Cristiane Y u r i Milena Marla Ines Tales Cida Claudia Valéria A m i t Lucia Paul Matilde Diego Ricardo Murilo Fernando Dinho Fabiano Igor F a b i a n o			
Raynal Iug Laila Fausto Soriano Jauffir Laila Xiru Marcela Cistia Kuri Fernanda Matêdo Juliana Amoual Wendy Manoela Ana Paula Fabi Fran Gláucia Heloisa Janella Kandryne Marillete Valéria Julianne Ana Angela Adriana M a r i Christian Leticia	M i g Carol Cils Marcela Diego Edgar Mary Helam Menau Raphaela Thaize German Ryan Chai Anique Juliana Tais Everton Tai Fagner Paula Lucas Nathalia Ana Fabulo Alinne Lucas Ana Julia Maria Vanessa Marlene Karla Helena Alessandra Diane Lucia Mateus Bruno Rodrigo Suelene Ka Dayane Pri Sabrina Milene Michele Cleber Adriana Leticia Sabrina Lucas	Ellen Guilherme Gabriela Beatriz Tati Leticia Ariel Janaina Deborah Vera Marcela Mariana Lilian Ion Sidney Alessandro Janete Silvia Alpha Susete Sergio Luciano Jose Claudia Marco Victor Paulo T a n i a Jana Zé Jarbas Clau Jo	Digo Evandro Xuxa Palfes Labomidia Secretaria municipal de saúde Florianópolis Secretaria estadual de saúde do rio grande do sul Divisão/ coordenadora/ gerenciadora/ m. Eliam Carlos Leni Pedro Rejane Sodi Rubio Nilceu Nelvo Irisneu Enor Blanca Leonardo Henrique Isadora Bernardo Leozinho Adressa Vitoria Germano Gustavo Luiza Gabi Pedrinho Laura Heloisa Marlene D u d a	Guilherme Fernando Mychel Diego Nestor Ivan Diego Fernanda Alice Lu Raissa Claudia Kenia Silvia Stela Douglas Roberto Helton Jaciara	Rafael Alex Dasi Edwin Brullio Ana Paula Alessandra Robson Daise Alan Valéria Janaes F a b i Raphael Eduardo Humberto Vitéria Fernando Caral Otiliano Cibele Felipe Ricardo Helton Roberto Helton Jaciara			
Lucia Igor								
Ann Paula Sara Ann Charles Biblilio Mauro Adriaes Elisande Celia Stigger Demilio Amanda Natacha M a i r o Jéssica Arianna Mauricio Lu Maria Cristiane	Marcel Marcelo Lisandro D a i l a M a r i l l a Silvana Natacha M a i r o Vera Juliane Glorival Regilio D e n i s Yuri Milene	Kerli Tais Mario Ines Maria Tais Cida Tereziha Claudia Aneli Gisele Diego Ricardo Maria Fernando Dioko Fabiano Igor Fabiano Raynal Iug Ieti Fausto Soriano Jauffir Laila Xiru Marcelo Cistia Fernando Matêdo Juliano Anouel Wendy Manoela Ana Paula Fabi Fran Gláucia Heloisa Janella Juliane Ana Cils	Tais Angelo Adriano Meil Christiane Leticia C e r a l M a r c e l a M i g Diego Edgar Mary Helam Menau Raphaela Thaize Germano Ryan Chai Ivan Jonas Fernanda	Z é Jana Paula Lucas Nathalia Ana Fabulo A l i s s a Lucas Ann Julia Maria Vanessa Mariana Karla Helena Alessandra Diane L u r i e Mateus Bruno Rodrigo Suelene Ka Pri	Leoni Dayane Sabrina Milene Michele Cleber Adriana Leticia Sabinha Lucas Ellen Guilherme Gabriela Beatriz Tati Leticia Janaina Deborah Vera Marcela Mariana Lilian Ion Sidney Alessandro Janete Silvia Alpha Susete Sergio Luciano Jose Claudio Marro Victor Paulo Tais Paulinho Sota Jarbas Clau Evandro Elias Carlos Pedro Rejane Sodi Rubio Nelvo Nelvo	Isimau Jo Esau Leonarda H a r i q u e Isadora Bernando Leozinho Adressa Oustave Laila Dabi Helaine Marlene Guilhermes Rafael E l i s a Diego Ju D i e g o N e l v o I v a n J a n a e s L u c a s A l i s s a L u c a R a i s s a C r i s t i a n e C l a u d i a S i l v i a M a r i	B i e n c o Ann Rafael Digo Nado Chiara Xuxa Duda Stela Douglas Alex Dasi Eraldo Brullio Paulo Alessandro Robson Daise Alan Valéria Feli Raphael Eduardo Humberto Vitéria Fernando Otiliano Cibele Felipe Ricardo Helton Roberto Helton Jaciara Ana Paula Marcel Beto Ana Marcia Charles Biblilio Ulisses Moura Adriano Deiane Stigger Dantine Mauricio Ines	Cris Silvana Amanda Natacha M a i r o Jéssica V e r a Cristiane Yuri Milene Cristiane Yuri Milene

Também à CAPES/CNPq por concessão de bolsa de estudos.

Assim, senhor Nicetas, quando eu não era vítima das tentações deste mundo, dedicava minhas noites a imaginar outros mundos. Um pouco com a ajuda do vinho e outro tanto de mel verde. Não há nada melhor que imaginar outros mundos para esquecer o quanto é doloroso este em que vivemos. Pelo menos eu pensava assim naquele momento. Ainda não compreendera que imaginando outros mundos, acabamos por mudar também este nosso.

(Umberto Eco)

RESUMO

O campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) envolve um conjunto vasto e heterogêneo de práticas, saberes e produtos diferentes da medicina convencional. A Organização Mundial da Saúde vem incentivando sua inserção nos sistemas de saúde desde os anos 1970. No Brasil, sua institucionalização no Sistema Único de Saúde teve como marco a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em 2006, na qual estão contempladas 29 modalidades. Conforme dados do Ministério da Saúde, as práticas corporais são a PIC mais frequente nos municípios brasileiros. Nesta tese, pautamos essa temática a partir do seguinte problema de pesquisa: De que forma as experiências de usuáries/os com práticas corporais integrativas em unidades básicas de saúde potencializam os modos de lidar com os processos saúde-doença? Que conceito de práticas corporais integrativas se desdobra da composição entre os significados prospectados nestas experiências e a literatura correspondente? A tese, portanto, tem um tema e dois andares. O tema são as práticas corporais na perspectiva das PICS. O primeiro andar se constitui da análise de experiências com práticas corporais integrativas e o segundo se refere a elaboração de um conceito de “práticas corporais integrativas”. Os andares se comunicam através do tema e da metodologia, mas é possível identificar em cada um deles atributos próprios. A metodologia empregada na pesquisa foi a *Grounded Theory*, guiada pelo referencial epistemológico co-construtivista. O campo empírico foi formado pelos grupos de *yoga*, *lian gong*, danças circulares e *qi gong* oferecidos na Atenção Básica de Florianópolis-SC. A produção de dados se deu mediante um momento exploratório e outro de imersão nos grupos, por meio de observação participante, questionários, entrevistas e rodas de conversa junto às/aos suas/seus usuáries/os e condutoras/es. A análise seguiu os processos de codificação e confrontação de dados, os quais nos permitiram construir ambos produtos de pesquisa previstos nessa metodologia: uma teoria substantiva e uma teoria formal. A teoria substantiva derivou das respostas ao objetivo primário da pesquisa: investigar de que forma as experiências de usuáries/os com práticas corporais integrativas em unidades básicas de saúde potencializam seus modos de lidar com os processos saúde-doença. As principais necessidades em saúde relatadas pelas/os usuáries/os foram dores, doenças, estresse, ansiedade e depressão, sobre as quais as práticas se mostraram resolutivas. As experiências promoveram, desde impactos pontuais, amenizando problemas corporais localizados, até mudanças de percepções e ações em nível individual e coletivo. Como desfecho primário da tese, depreendemos que os modos como as práticas corporais integrativas contribuíram para potencializar os meios das pessoas lidarem com os processos saúde-doença podem ser

sintetizados em sua forma e substância, de feição contracultural. A experiência com o movimento corporal foi a unidade integradora de um trabalho sensível e reflexivo que possibilitou às pessoas a reconstrução de relações com questões associadas ao adoecimento, mal-estar e autocuidado. Na tese também produzimos uma teoria formal, conforme o objetivo secundário da pesquisa: formular uma conceituação de “práticas corporais integrativas” que emerja da composição entre teoria e empiria. Como desfecho secundário da tese, portanto, propusemos tal designação conceitual.

Palavras-chave: Práticas integrativas em saúde; Terapias complementares; Práticas corporais integrativas; Sistema Único de Saúde; *Grounded Theory*.

ABSTRACT

The field of Traditional and Complementary Medicines (T&CM, or PIC – the Portuguese acronym for Integrative and Complementary Practices, as they are known in Brazil) involves a vast and heterogeneous set of practices, knowledges and products that are distinct from conventional medicine. The World Health Organization has been encouraging their inclusion in health systems since the 1970s. In Brazil, the core reference for their institutionalization in the Unified Health System was the publication of the National Policy on Traditional and Complementary Medicines in 2006, which includes 29 distinct areas. According to data provided by the Ministry of Health, bodily practices are the most frequent T&CM in Brazilian municipalities. In this thesis, we address this topic from the perspective of the following research problem: How do users' experiences with integrative bodily practices at Primary Health Care services advance ways of dealing with health-illness processes? What concept of integrative bodily practices results from the combination of the meanings explored in those experiences and the corresponding literature? Therefore, this thesis has one topic and two levels. The topic is bodily practices seen from the perspective of T&CM. The first level is the analysis of experiences with integrative bodily practices and the second level is the creation of a concept of 'integrative bodily practices'. The levels communicate through the topic and the methodology, but it is possible to identify each level's specific attributes. The research used Grounded Theory as its methodology, guided by the co-constructivist epistemological framework. The empirical field included groups of yoga, lian gong, circle dances and qi gong offered at Primary Health Care services in Florianópolis, SC, Brazil. Data were produced at two stages: 1) an exploratory stage and 2) a stage that included participation in the groups, through participant observation, questionnaires, interviews and conversation circles with users and facilitators. Data analysis followed the processes of coding and confrontation, which enabled us to build both research products covered by the methodology: a substantive theory and a formal theory. The substantive theory derived from the answers to the primary research goal, namely: to investigate how users' experiences with integrative bodily practices at Primary Health Care services advance their ways of dealing with health-illness processes. The main health needs reported by users were pain, illnesses, stress, anxiety and depression, for which the practices proved to be beneficial. The results of the experiences ranged from specific impacts that alleviated localized bodily problems to changes in perceptions and actions at individual and collective levels. As a primary outcome of the study, we find that the ways in which integrative bodily practices have contributed to advance people's ways of dealing with

health-illness processes can be summarized in their form and substance – of countercultural nature. The experience with bodily movement was the integrative unit of a sensitive and reflective work that enabled people to rebuild relationships with issues associated with getting ill, malaise, and self-care. In the thesis we also produced a formal theory, according to the research's secondary goal: to create a concept of 'integrative bodily practices' that emerged from the combination of theory and empiricism. Therefore, we proposed such a conceptual designation as a secondary outcome of the thesis.

Keywords: Traditional and Complementary Medicine; Complementary Therapies; Mind-body practices; Primary Health Care; Grounded Theory.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Rede de atenção à saúde de Florianópolis-SC.....	49
Figura 2 – Centros de saúde com registro em PICS.....	50
Figura 3 – Centros de saúde sensibilizados.....	53
Figura 4 – Nuvem de palavras derivada dos dados das/os condutoras/es dos grupos.....	325
Figura 5 – Interconexão dos problemas do mundo.....	346
Figura 6 – Rede de relações conceituais.....	371

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Número de artigos encontrados por combinação de palavras-chave.....	44
Quadro 2 – Práticas corporais integrativas nos Centros de Saúde de Florianópolis: mapeamento CPIC.....	54
Quadro 3 – Etapas do trabalho de campo.....	56
Quadro 4 – Práticas corporais integrativas nos Centros de Saúde de Florianópolis: grupos em andamento.....	57
Quadro 5 – Número de questionários respondidos por grupo por prática corporal integrativa.....	73
Quadro 6 – Número de praticantes e grupos por prática corporal integrativa.....	78
Quadro 7 – Faixa etária das/os condutoras/es.....	81
Quadro 8 – Formação das/os condutoras/es dos grupos.....	82
Quadro 9 – Ações de produção de dados.....	91
Quadro 10 – Momentos de produção de dados, número de respondentes, número de códigos da codificação inicial e categorias da codificação focalizada.....	126
Quadro 11 – Enunciados do conceito de práticas corporais integrativas em elaboração	327
Quadro 12 – Enunciados do conceito de práticas corporais integrativas após primeira confrontação.....	332
Quadro 13 – Características dos modelos de atenção à saúde: biomédico X vitalidade- energia.....	361

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Faixa etária das/os usuárias/os.....	74
Gráfico 2 – Nível de escolaridade das/os usuárias/os.....	75
Gráfico 3 – Renda individual das/os usuárias/os.....	76
Gráfico 4 – Atividade profissional das/os usuárias/os.....	77
Gráfico 5 – Tempo de permanência no grupo.....	79
Gráfico 6 – Como começaram a frequentar o grupo.....	80
Gráfico 7 – Distribuição das modalidades de práticas complementares nos municípios e estados brasileiros.....	310

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente(s) Comunitária(s) de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CPIC	Comissão de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CS	Centro de Saúde
ESEFID	Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEFD	Faculdade de Educação Física e Dança
LabPHYSIS	Laboratório de Pesquisa em Educação Física, Sociedade e Natureza
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicinas Tradicionais
MTC	Medicinas Tradicionais e Complementares
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
POLIFES	Políticas de Formação em Educação Física e Saúde
RM	Racionalidade(s) Médica(s)
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
UASBF	Unidade de Atenção Básica Saúde da Família
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1.	DE ANDAR EM ANDAR: UM MODO DE APRESENTAÇÃO.....	17
2.	INTRODUÇÃO.....	22
3.	ANDANÇAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS.....	33
3.1.	AS EXPERIÊNCIAS COMO FONTES DE ESTUDO: REFLEXÕES EPISTEMOLÓGICAS.....	34
3.2.	COMO ESTUDAR AS EXPERIÊNCIAS: A OPÇÃO PELA <i>GROUNDED THEORY</i>	40
3.2.1.	Usos da <i>Grounded Theory</i> no estudo das PICS: uma revisão de literatura.....	44
3.3.	O CAMPO DE PESQUISA: PICS NA REDE PÚBLICA DE FLORIANÓPOLIS-SC.....	47
3.4.	DESCRIÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO.....	55
3.4.1.	Momento exploratório.....	56
3.4.2.	Imersão nos grupos.....	63
3.4.2.1.	Observações.....	65
3.4.2.2.	Rodas de conversa com usuárias/os.....	67
3.4.2.3.	Roda de conversa com condutoras/es dos grupos.....	69
3.4.2.4.	Entrevistas com usuárias/os.....	70
3.4.3.	Retorno aos grupos.....	71
3.4.3.1.	Questionários com usuários/as.....	72
3.4.3.2.	Entrevistas com condutores/as.....	81
3.4.4.	Ponderações sobre a produção de dados.....	89
3.5.	PROCESSOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	91
3.5.1.	Confrontação dos resultados.....	96
3.6.	ASPECTOS ÉTICOS DA INVESTIGAÇÃO.....	98
3.7.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA.....	99
4.	PRIMEIRO ANDAR – EXPERIÊNCIAS COM PRÁTICAS CORPORAIS INTEGRATIVAS E SAÚDE.....	100
4.1.	CONCEPÇÕES DE SAÚDE DAS/OS USUÁRIAS/OS.....	100
4.2.	PRÁTICAS CORPORAIS INTEGRATIVAS E PROCESSOS SAÚDE- DOENÇA.....	126
4.2.1.	Listagem de benefícios para usuárias/os e condutoras/es.....	129

4.2.2.	Quadro do mal-estar enunciado pelas/os usuárias/os.....	134
4.2.3.	Práticas corporais integrativas e o êxito terapêutico.....	164
4.2.3.1.	Desaceleração.....	164
4.2.3.2.	Contato consigo e com o tempo presente.....	171
4.2.3.3.	Abordagem multidimensional.....	179
4.2.3.4.	Mudanças de percepção.....	200
4.2.3.5.	Redução do uso de medicamentos.....	215
4.2.3.6.	Relação entre condutoras/es e usuárias/os.....	220
4.2.3.7.	Contato com os outros.....	224
4.2.3.8.	(A)política.....	243
4.2.4.	Apanhado analítico sobre esse conjunto de dados: teoria substantiva.....	255
4.2.4.1.	Categoria central da teoria substantiva.....	298
5.	SEGUNDO ANDAR – FORMULAÇÃO DO CONCEITO DE PRÁTICAS CORPORAIS INTEGRATIVAS.....	300
5.1	INSTITUCIONALIZAÇÃO E EXPANSÃO DAS PICS NO SUS.....	300
5.2.	PRÁTICAS CORPORAIS NA PERSPECTIVA DAS PICS: DOCUMENTOS OFICIAIS E REFERÊNCIAS ACADÊMICAS.....	309
5.3.	TRAJETÓRIA PARA FORMULAÇÃO CONCEITUAL.....	322
5.3.1.	O recorte da realidade que se quer conceituar.....	322
5.3.2.	O percurso investigativo para elaboração de enunciados.....	323
5.3.2.1.	Pilar empírico.....	324
5.3.2.2.	Pilar teórico: sobre a categoria central.....	334
5.3.2.3.	Apresentação dos enunciados: teoria formal.....	364
5.3.3.	O nome escolhido para designar.....	365
5.3.4.	Práticas corporais integrativas e a rede de relações conceituais.....	370
5.3.5.	(Re)conhecimento das/os experientes à formulação conceitual.....	373
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	380
7.	REFERÊNCIAS.....	389
8.	APÊNDICES.....	408
	APÊNDICE A – TCLE PARA PROFISSIONAIS.....	409
	APÊNDICE B – TCLE PARA USUÁRIAS/OS.....	410
	APÊNDICE C – REVISÕES DE LITERATURA.....	411
	APÊNDICE D – PARTE DA EMPIRIA DOS ENUNCIADOS.....	446

1. DE ANDAR EM ANDAR: UM MODO DE APRESENTAÇÃO

Esta tese tem um tema e dois andares. O tema são as práticas corporais na perspectiva das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). O primeiro andar da tese se constitui da análise de experiências com práticas corporais integrativas, a partir de grupos que acontecem em unidades públicas de saúde. O segundo andar se refere a elaboração de um conceito para o termo práticas corporais integrativas. Os andares se comunicam por meio do tema e da metodologia, mas é possível identificar em cada um deles atributos próprios. O feitio de cada andar foi se dando ao longo do trabalho investigativo, acompanhado de dilemas em optar por apenas um, subordinar um ao outro ou manter os dois. Acreditando que ambos possuem autenticidade e propósito, assumimos seu lugar na tese.

Estudamos experiências humanas, o que nos fez estar com as pessoas e compartilhar a vida, naquilo que nos foi possível. Ouvir os relatos, entregar-se corporalmente às vivências com os grupos, partilhar do encontro com as fragilidades, com os desejos, medos, resiliências, peripécias, delicadezas e forças humanas envolvidas no processo de adoecer. Ousamos estudar como as pessoas lidam com suas fontes de desassossego. Também estudamos textos, desde escrituras muito antigas até documentos e publicações científicas recentes, colocando em diálogo expressões ancestrais e contemporâneas. Pudemos chegar à formulação de um conceito. Uma designação de passagem pelo século 21.

Andar é movimento. Andar é cada pavimento. Caminhamos. Construímos. Percorremos trilhas inspiradoras, outras nefastas, caminhos de trabalho árduo e de incontáveis aprendizados. Seguimos fluxos, mudamos de rota. Houve desabamentos. Refundação. Sustentar o andar sobre nova fundação. Tornar mais fundo, aprofundar, a-pri-fundar. Desafios que nos acompanharam ao longo destes quatro anos de doutoramento.

A trajetória que percorremos no curso de doutorado veio acentuando as lacunas de saber e evidenciando os abismos que se abrem na medida em que tomamos contato com novos conhecimentos, com novas pessoas, com novas situações, conosco mesmos. Processo instigante, especialmente pela oportunidade de realizar mais indagações. Retornar à condição de estudante, após cinco anos de docência no ensino superior, em outra instituição, provocou a reflexão de que, como professora, fazíamos mais afirmações. A tarefa docente, além de restringir o tempo para estudar, exigia mais responder do que perguntar; certa imobilidade, mas não completa, mas não sempre.

Ao mesmo tempo, foi em meio a estes movimentos que se tornou possível a construção de certa autonomia intelectual, sobretudo a respeito dos temas que se pretendeu explorar no

doutoramento. Abandonos e revisitas ao pequeno conjunto de certezas reunidas nestes anos e reconstrução das experiências. Processos múltiplos, cujo alcance nas páginas deste relatório de pesquisa, certamente, foi parcial. Foi considerando os limites, nossos e da prática científica na apreensão da vida, que intentamos cumprir com nossa tarefa acadêmica referente a esta tese, a qual entendemos que seja ajudar a explicar o mundo, com a nossa versão a respeito do fenômeno pesquisado, com horizonte na sua alteração real.

Esta tese foi realizada em um cenário de câmbio político considerável em nosso país, o qual envolveu a retirada de uma presidente eleita em 2016, antes de terminar seu mandato, e a eleição de um candidato de extrema-direita em 2018. Os desdobramentos desses eventos estão sendo sentidos desde o âmbito pessoal mais íntimo até o desenvolvimento nacional e nas relações internacionais, com impactos profundos sobre as subjetividades e as condições objetivas de vida da população brasileira. Estremeceram a pesquisadora e a construção da tese, face ao contexto de incalculáveis retrocessos, inclusive subjazendo o tema da pesquisa a um terreno muito movediço. São tempos austeros que avivaram a necessidade de trabalhar com rigor, bem posicionada, contra a ignorância, em favor da vida, em todas suas formas de manifestação, da diversidade, da justiça, das políticas sociais, da democracia, do amor e da fraternidade.

O interesse pela problemática sobre a qual se dedicou esta tese adveio de nossos estudos acerca de temas relacionados à Educação Física e Saúde Coletiva e, especialmente, de nossa atuação profissional na Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás (FEFD/UFG), no curso de Bacharelado em Educação Física, cujo projeto pedagógico apresenta um eixo curricular voltado para a saúde pública e referenciais de base calcados na Saúde Coletiva (GOIÁS, 2009).

No cargo de docente da FEFD/UFG desde 2011, no ensino trabalhamos com as disciplinas de Práticas Corporais Holísticas e Saúde; Gestão e Políticas Públicas de Educação Física e Saúde; e Estágio (cujos campos no SUS são UABSF e CAPS), assumindo, inclusive, esta coordenação. Na extensão, coordenamos projetos sobre *Yoga*, Dançaterapia, Saúde do Trabalhador e Práticas Circenses, todos com atividades semanais junto à comunidade e formação pedagógica das/os estudantes monitoras/es. Na pesquisa, compomos o Laboratório *Physis* de Pesquisa em Educação Física, Sociedade e Natureza, com responsabilidade sobre a linha de “Estudos relacionados às práticas corporais integrativas e suas relações com a saúde e a educação em interface com a educação física” e participação em outros projetos. Já na UFRGS, integramos o grupo POLIFES (Políticas de Formação em Educação Física e Saúde), no interior do qual desenvolvemos as atividades doutorais.

Soma-se aos empreendimentos profissionais uma série de experiências pessoais com PICS, como praticante e participante de vivências de formação fora da universidade, principalmente com *yoga*, desde 2007, mas também com práticas meditativas, danças circulares, *tai chi chuan*, *lian gong*, dançaterapia, massagens, bioenergética, constelação familiar, radiestesia, *reiki*, cromoterapia, microfisio, acupuntura, plantas, florais e chás, além da revelação de terapia de comunicação não-local. O *yoga*, em especial, foi uma experiência-limite, uma transformação de visão de mundo num tempo-espaço propício para que esse processo pudesse ser iniciado. E ele segue, a ponto de chegarmos a desenvolver uma tese que tem a ver com este mote.

Ao longo do doutorado, outras realizações ocorreram em torno destes temas, com alguns destaques. Realização de cursos em instituições privadas relacionados às práticas corporais integrativas encontradas nas unidades de saúde e, portanto, estudadas na tese: Curso extensivo de Formação em *Yoga*, Curso intensivo de Formação e Aprofundamento em *Yoga* e Meditação, Curso de Formação em Danças Circulares, Curso de Formação em *Tai Chi Chuan*, Curso Básico de *Lian Gong*, Curso de Ativismo Quântico; além de cursos oferecidos na plataforma virtual do Ministério da Saúde, como Gestão de Práticas Integrativas e Complementares e Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: práticas corporais e mentais da Medicina Tradicional Chinesa (alguns em andamento); oficinas de aromaterapia, cromoterapia, mandalas e auriculoterapia. Participação em disciplinas nos programas de pós-graduação em Ciências do Movimento Humano, Educação e Saúde Coletiva da UFRGS, sublinhando uma dedicada ao estudo do conceito de experiência com a professora Rosa Maria Bueno Fischer, outra sobre Racionalidades Médicas e Práticas em Saúde com a professora Madel Therezinha Luz e outra sobre produção e análise de dados em pesquisas qualitativas críticas em Educação Física e saúde: rede Brasil-Canadá, com o professor Alex Branco Fraga.

Também contribuíram para o desenvolvimento da tese algumas realizações nas formas de convite e iniciativas surgidas neste tempo em torno do tema das PICS. Integração em atividades do curso de graduação em Educação Física da UFRGS, ministrando aulas teórico-vivenciais, orientando monografias e contribuindo com projetos de extensão. Composição de bancas de trabalhos de conclusão de curso de graduação e residência multiprofissional em saúde na UFRGS, UFSC e UDESC. Ministração de palestras em locais públicos e privados. Emissão de pareceres para periódicos da área da Educação Física acerca do tema. Participação em eventos, com relevo para o 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares e Saúde Pública, 12º Congresso da ABRASCO, XV Congresso de Medicina Social e Saúde Coletiva, XIX e XX Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte (CBCE), com

apresentação de trabalhos. Seminário e participação em Grupo de Trabalho junto à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, para redação de Nota Técnica de implementação das práticas corporais da tradição chinesa nos municípios gaúchos. Recebimento do Prêmio de Literatura Científica do CBCE e Certificado de Reconhecimento da UFG, por trabalho derivado desta tese.

Esta lista de acontecimentos merece ser citada porque demonstra, de alguma forma, uma série de ações de interesse pelo tema das PICS nos meios institucionais, bem como os próprios exercícios teórico-práticos da pesquisadora. Tais experiências se refletiram na nossa posicionalidade ao conduzir a investigação ora apresentada. Partimos do entendimento de que a versão que apresentamos sobre o fenômeno estudado não revela um mundo social dado, mas deriva das interpretações e da presença criativa da pesquisadora, sendo este último um valor agregado de análise na pesquisa qualitativa. Deste modo, os andares da tese contaram com andaimes, com sustentação empírica e teórica, mas também com “anda-i-mes”, com o que “anda-em-mim”, com o que atravessa a pesquisadora.

Assim, nossa posicionalidade fortemente subjetivada pelas PICS, ao mesmo tempo em que entrepôs desafios para o estranhamento do fenômeno estudado, permitiu certo aprofundamento analítico, sobretudo pela consideração dos saberes encarnados/conhecimentos praticados. Levar as próprias experiências em conta é algo importante, peculiar, na produção do saber no interior destas práticas, cuja competência epistemológica reivindica, além de capacidade de observação e perspicácia lógica e crítica, experimentar em si/no corpo/na totalidade da pessoa. Algo diferente da lógica da racionalidade instrumental, em que o conhecimento é prioritariamente experimentado pela “razão”, tópicos aos quais iremos retornar ao longo do texto.

Esta tese nasceu de um toque significativo na vida, promovido por essas experiências, que busca expandi-lo. E também de um sentimento de inadequação e, portanto, resistência a um conjunto de circunstâncias do tempo presente: desigualdade social, violência, hipervalorização da aparência, egoísmo, discriminação, intolerância, machismo, destruição da natureza, falta de solidariedade e dificuldades percebidas nas pessoas em agir/pensar coletivamente. Resistimos a este momento de pobreza interna e externa, dado pela falta de tempo, espaço, condições materiais concretas, pela incapacidade de estabelecermos conexões significativas com os acontecimentos da vida e pela dificuldade de compartilhamento do destino humano, como outrora se posicionaram também Silva; Damiani (2005).

Agamben (2009) nos provoca a ser contemporâneos, a acertar as contas com nosso tempo, a tomar posição em relação ao presente. Para ele, é contemporâneo aquele que não

coincide perfeitamente com seu tempo e, através deste deslocamento e anacronismo, é capaz de perceber e apreendê-lo, sem viver em outro tempo nem fugir dele, porque um homem inteligente sabe que pode odiar o seu tempo, mas a ele pertence. O compromisso contemporâneo, portanto, está no exercício da crítica, da indagação, na discronia que nos permite apreender o nosso tempo na forma de um “muito cedo” que também é um “muito tarde”, algo que urge dentro dele e que o transforma.

As práticas corporais integrativas são um atravessamento, um *link* entre um tempo arcaico, milenar e uma abertura ainda invisível de futuro, mas que se encontra no tempo presente com certa visibilidade e recentemente na ousadia do projeto do SUS. Propusemo-nos a estudar estas práticas, concebendo-as como um possível germe de ruptura de saberes e práticas hegemônicos e de enfrentamento da pobreza da experiência. Exploramos as formas como elas se produzem e variam no encontro de seres humanos em unidades públicas de saúde e como são incorporadas na vida cotidiana, a partir do veio dos processos saúde-doença.

2. INTRODUÇÃO

Esta tese se insere no bojo das discussões do campo da Saúde Coletiva, em interface com a Educação Física, especialmente no arcabouço que tem desenvolvido a respeito das práticas corporais. Está comprometida com o fortalecimento do SUS, compondo com o movimento da Reforma Sanitária brasileira, do ponto de vista da produção de conhecimento em diálogo com a realidade de unidades públicas de saúde.

Enquanto na apresentação destacamos o envolvimento da pesquisadora com o tema e os bastidores da produção da tese, nesta introdução buscaremos situar os conceitos de partida da pesquisa, de modo a contextualizá-los na medida em que vamos construindo/expondo a problemática de investigação. Explicitamos os objetivos da tese e como os argumentos que sustentam o problema estão contemplados no interior das seções que formam o texto. Ao longo da escrita, priorizamos referências acadêmicas e o conteúdo de políticas públicas de saúde brasileiras, por entender que tais aportes compõem com o referencial progressista do qual partilhamos para o desenvolvimento deste trabalho.

Duas das conquistas centrais da Reforma Sanitária brasileira foram a garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e a criação do SUS (BRASIL, 1990). A reorientação dos modos de atenção à saúde está em andamento e se inscreve num cenário de disputas que envolvem tensões políticas, econômicas e sociais, que se expressam na macrorealidade, mas também no cotidiano das unidades de saúde.

O movimento da Reforma Sanitária, segundo Paim (2008), constitui-se como um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tem sua gênese na necessidade de enfrentamento do “dilema preventivista” (AROUCA, 2003). Este entendimento toma a saúde como referente fundamental, mas expande suas fronteiras a partir de uma compreensão ampliada do conceito e das necessidades em saúde das comunidades, que coloca o sujeito, individual e coletivo, no centro da atenção das práticas em saúde. Isto significa, ao menos, superar a doença enquanto categoria central, a ênfase biologicista no trato com o corpo, e o saber-poder médico vertical, predominantes no paradigma biomédico, além de articular um debate político em direção à cidadania.

Embora o SUS tenha passado a vigorar formalmente no ano de 1990, as principais ações governamentais de investimento no sistema ocorreram após os anos 2000, a exemplo da publicação de um conjunto de políticas públicas com vistas à mudança dos modos de atenção¹.

¹ Por exemplo: Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Atenção Básica, Diretrizes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, Política Nacional de Humanização, PRÓ/PET-saúde, Programa Mais

Além dos princípios e diretrizes do SUS, as críticas ao modelo biomédico foram respondidas com propostas de reconfiguração dos serviços de saúde, pautadas, em linhas gerais, na saúde enquanto um conceito multifatorial, no trabalho multiprofissional, na horizontalidade e humanização das relações entre profissionais e usuáries/os e na ênfase na atenção básica e na promoção da saúde.

Neste contexto de necessária mudança dos modos de atenção em saúde e de disputas, localiza-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). Tal documento regulamenta ações vinculadas a sistemas médicos complexos e práticas terapêuticas diferentes da biomedicina ocidental, preferencialmente fundamentados no paradigma da vitalidade-energia, no total de 29 modalidades.

Publicada no ano de 2006 (BRASIL, 2006a), a PNPIC previa a oferta nos serviços de saúde brasileiros da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia e Medicina Antroposófica. A Portaria Nº 849 de 17 de março de 2017 adicionou a Arteterapia, *Ayurveda*, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, *Reiki*, *Shantala*, Terapia Comunitária Integrativa e *Yoga* (BRASIL, 2017a). No ano seguinte, a Portaria Nº 702 de 21 de março de 2018 acrescentou a Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais (BRASIL, 2018a).

No Brasil, a previsão de práticas alternativas ao modelo biomédico já havia sido assinalada desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (BRASIL, 1986). E, em âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já vinha incentivando sua implementação nos seus Estados-membros desde a década de 1970, sendo que recentemente publicou um documento de estratégias para sua ampliação, previstas para o período 2014-2023 (OMS, 2013). O que vem sendo chamado de PICS no Brasil é reconhecido pela OMS como Medicina Tradicional e Complementar, termo para designar um conjunto heterogêneo de práticas, saberes e produtos agrupados por não pertencerem ao escopo da medicina convencional.

O campo das PICS é vasto e inclui diversos recursos terapêuticos. As práticas corporais fazem parte deste amplo conjunto e estão inseridas na PNPIC. Dados nacionais informam sua presença nos municípios e estados brasileiros, inclusive sendo identificadas como a PIC que

Médicos, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Política Nacional de Educação Permanente, Programa Academia da Saúde, Farmácia Popular, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Pacto pela Saúde, etc.

mais cresceu em oferta ao longo do tempo. As práticas corporais constam como a PIC mais frequente no país desde antes da publicação dessa política, segundo diagnóstico situacional feito pelo Ministério da Saúde (MS) em 2004 (BRASIL, 2006a), o que se repete nos últimos dados oficiais (BRASIL, 2017b).

As recomendações da OMS, a publicação e ampliação exponencial da PNPIC e a presença expressiva das práticas corporais integrativas nas unidades públicas de saúde parecem indicar o reconhecimento do seu potencial terapêutico. Tais referências também evidenciam a Atenção Básica como *locus* privilegiado para inserção das PICS no âmbito do SUS, o que orienta o foco dos seus saberes e práticas, especialmente para o objetivo da promoção da saúde.

Par e passo com a institucionalização destas práticas caminha a necessidade de realização de pesquisas científicas. Embora seja passível de questionamento a demanda de reconhecimento científico para legitimação das PICS, muitas delas de tradição milenar, anteriores ao surgimento da própria ciência, os cânones do século 21 estabelecem este critério para tentar garantir seu uso seguro e eficaz. Daí que boa parte das propostas nacionais e internacionais de incentivo às PICS tem como um de seus pilares a produção de conhecimento para sustentar sua inserção nos serviços (OMS, 2013; BRASIL, 2006a), o que amplifica a relevância acadêmica e social desta tese.

Uma das problemáticas fundamentais neste contexto é a investigação das contribuições das PICS para a saúde das pessoas. Em outras palavras, em que medida se constituem como recursos terapêuticos resolutivos para as necessidades em saúde das populações. Pesquisas desta ordem podem subsidiar argumentos e ações para inserção/retirada e incentivo ao desenvolvimento de certas práticas nos serviços de saúde, reunir algumas evidências em torno de sua efetividade, legitimar o exercício de profissionais no interior das equipes e dos serviços públicos de saúde, contribuir para o enfrentamento de alguns equívocos e preconceitos no âmbito acadêmico, corporativo e sanitário que geram descrédito às PICS, bem como auxiliar no direcionamento de financiamento e gestão.

Sousa; Hortale; Bodstein (2018) argumentam em favor de avaliações que enfatizem a complexidade dos processos de intervenção e as dimensões intersubjetivas relacionadas às PICS, uma vez que lidam com a singularidade de sintomas e subjetividades que precisam ser incluídas para dimensionar seu êxito terapêutico. Assim, as experiências e as narrativas das/os usuárias/os podem constituir algumas evidências sobre os resultados do cuidado. Tais resultados, portanto, não podem se reduzir a estimativas de causa-efeito ou às expectativas do profissional, mas acolher os sentidos/significados de quem está recebendo o cuidado, bem como

considerar as formas como as pessoas reconstruem suas relações com os processos saúde-doença a partir das intervenções com PICS.

Nesta pesquisa, alinhamo-nos a essa proposição ao explorar as relações entre as práticas corporais integrativas e a saúde de usuárias/os do SUS. Para circunscrever a saúde, conceito-chave da proposta de investigação, partimos do estudo clássico de Georges Canguilhem (2017), para quem a saúde e a doença não constituem estados opostos e com fronteiras bem definidas, mas fazem parte do *continuum* da vida, alterando-se na experiência do viver. Assim, no lugar da saúde ser designada a partir de parâmetros fisiológicos, como ausência de doenças, nesta tese foi compreendida como algo que se reconhece enquanto se vive, que se expressa nos modos como os sujeitos lidam com seus processos saúde-doença.

Nesta perspectiva, a saúde não se refere a regularidades dadas ou condições de adaptação ao meio. Na visão de Canguilhem (2017), o conceito de saúde pode ser pensado a partir da nossa capacidade, que é diversa, de instaurar novas normas em situações que nos parecem adversas. Já que vivemos em um mundo de acidentes possíveis, as infidelidades do meio, os fracassos, o mal-estar, a infelicidade, fazem parte da nossa história.

Desse ponto de vista, pensar a saúde como mera adaptação ao meio ou a padrões de cálculo e probabilidade, é reduzi-la àquilo que consideramos como moral ou existencialmente valorável. Porém, a saúde implica mais do que viver em conformidade, implica na capacidade de instituir novas diretrizes, implica administrar de forma autônoma a margem de risco, de tensão, de infidelidade, de mal-estar a que todos estamos sujeitos. Ademais, implica ampliar os meios de enfrentar as dificuldades, uma tarefa que é individual e coletiva. Assim, a saúde não pode ser pensada como ausência de adversidades e sim como a capacidade de enfrenta-las (CAPONI, 1997).

Considerando que o meio em que vivemos é um mundo de acidentes possíveis, de dificuldades, Canguilhem (2017) afirma que ter saúde seria ter a capacidade de adoecer e se recuperar, de resistir às infidelidades do meio, por sua vez, inevitáveis. Uma leitura do texto do autor refere esta capacidade mais aos recursos orgânicos e subjetivos de que o sujeito pode dispor para se recuperar. Caponi (1997), no entanto, revisitou a conceptualização de Canguilhem (2017), incorporando as condições materiais, objetivas para a existência humana.

Acreditamos que é possível e necessário fazer outra leitura do texto de Canguilhem. Se o conceito de saúde se define por essa capacidade de tolerância para com as infidelidades do meio e se se trata de um conceito relativo, no sentido de que existem pessoas mais ou menos saudáveis em situações concretas, então podemos concluir que o mesmo deve ser estendido, não só à capacidade de autocuidado, destacada por

Canguilhem (1990a, p.158) como um elemento central, mas também deve contemplar, e de um modo privilegiado, a todos esses determinantes sociais que a definição de saúde da VIII Conferência enumera (CAPONI, 1997, p. 304, tradução nossa)²

Na análise de Caponi (1997), a saúde é multifatorial, mas é nas relações entre saúde e sociedade que se dá a singularidade das capacidades dos sujeitos para enfrentar os adoecimentos, inclusive modificando a estrutura morfológica. Existem condições de vida impostas, caracterizadas por alimentação deficiente, escolaridade precária, desigualdades na distribuição de riquezas, condições de trabalho desfavoráveis, entre outros. Aspectos da ordem pública. E também existem estilos de vida elegíveis, escolhas e condutas individuais, da ordem privada.

Daí que construímos nosso entendimento de saúde para esta pesquisa na tensão entre o individual e o coletivo. Compreendemos que a saúde é, ao mesmo tempo, uma questão pessoal e social. A saúde dos seres humanos é determinada pelo seu comportamento, seus modos de viver em relação à natureza do ambiente em que vivem. Contudo, muitos problemas de saúde surgem de forças políticas e econômicas que só podem ser modificadas nestes planos. Assim, partimos da concepção de que promover saúde poderia ser entendido como trabalhar em favor da capacidade das/os usuárias/os de compreender e agir sobre os elementos que interferem em seus processos saúde-doença, sejam eles localizados na esfera individual ou coletiva.

Tendo isto em tela, não é possível estabelecer uma definição precisa para a saúde, pois ela é entendida como uma experiência subjetiva, cuja qualidade pode ser reconhecida intuitivamente, mas nunca exaustivamente descrita e quantificada. O entendimento da saúde como uma busca pessoal e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar adversidades relacionadas aos processos saúde-doença, remete aos enfrentamentos das necessidades sociais em saúde numa dimensão macrossocial, ao passo em que demanda do encontro estabelecido entre profissionais e usuárias/os, no âmbito micro das unidades de saúde, a ampliação do escopo do cuidado na direção da autonomia das pessoas.

Quando as pessoas sentem algo que as leva a procurar um serviço de saúde, dá-se o encontro entre profissional e usuária/o na esfera do cuidado. A partir daí podem se abrir múltiplas oportunidades de conscientização, sensibilização e compartilhamento/ampliação de

² Trecho original: “*Creemos que es posible y necesario hacer otra lectura del texto de Canguilhem. Si el concepto de salud se define por esa capacidad de tolerancia para con las infidelidades del medio y si se trata de un concepto relativo, en el sentido de que existen personas más o menos saludables en situaciones concretas, entonces podemos concluir que el mismo debe ser extendido, no sólo a la capacidad de auto cuidado, señalada por Canguilhem (1990a, p. 158) como un elemento central, sino que también debe contemplar, y de un modo privilegiado, a todos esos determinantes sociales que la definición de la VIII Conferencia enumera*” (CAPONI, 1997, p. 304).

sentidos em favor do aumento dos potenciais dos sujeitos para ressignificar suas relações com os processos saúde-doença. O êxito terapêutico de uma ação em saúde, portanto, pode ser avaliado nestes termos.

Neste sentido, entendendo que as ações desenvolvidas nas unidades públicas de saúde podem ampliar os recursos individuais e coletivos das pessoas para encarar suas necessidades de saúde, pareceu-nos pertinente estudar o potencial de colaboração das práticas corporais integrativas nesta direção. O trabalho investigativo referente a esta intenção central constituiu o primeiro andar da tese. Buscamos analisar como as práticas corporais integrativas contribuem para a potencialização dos modos das/os usuárias/os lidarem com os processos saúde-doença.

Nesse andar, os relatos das/os usuárias/os da pesquisa foram desnudando suas motivações para frequentar os grupos de práticas corporais integrativas, permitindo o estabelecimento de um quadro do mal-estar vivido por elas/es, sobre o qual as práticas se mostraram resolutivas. Daí que foi possível evidenciar, a partir das falas, as maneiras como os sujeitos reconstruíram suas formas de se posicionar e interagir com seu contexto, consigo mesmos e com os processos de adoecimento, a partir das experiências. Discutimos as concepções de saúde das/os usuárias/os, identificamos quais as contribuições das práticas corporais integrativas para a saúde e, em seguida, analisamos de que modo os elementos presentes nas práticas auxiliam as pessoas a lidar com o quadro do mal-estar enunciado por elas, numa perspectiva sanitário-cultural.

Para fazer isso, elegemos as experiências como fontes de estudo. A experiência aqui mencionada se refere a uma dimensão da sensibilidade e da percepção humana que não é considerada pela racionalidade instrumental moderna. Por experiência, na perspectiva do sujeito, entendemos aquilo que nos marca, que nos toca, que nos passa, que nos acontece, numa dimensão inevitavelmente corporal e singular (BONDÍA, 2002).

Mas a experiência, do modo como a vemos nesta pesquisa, além de ser esta forma de sensibilidade, também compreende estruturas fundamentais, gerais e dominantes de pensamento, ação e sentimento que constituem o tempo presente (O'LEARY, 2012). Assim, a experiência foi entendida em duas dimensões: é, ao mesmo tempo, o modo capaz de nos separar de nós mesmos e mudar as maneiras como pensamos e agimos; e o modo histórico a ser questionado, no qual vivemos.

Desde as falas das pessoas, captamos os sentidos/significados que constroem sobre a saúde e seu contexto a partir do corpo em movimento, o diferencial demarcador destas práticas em relação a outras PICS. Com o trabalho investigativo, portanto, fomos aventando as potencialidades sensíveis e reflexivas das práticas corporais integrativas para as experiências

humanas, capazes de reconfigurar os meios das/os usuárias/os lidarem com os processos saúde-doença, o que constituiu o desfecho primário da tese.

As experiências com práticas corporais integrativas também inspiraram a formulação de um conceito para este conjunto de modalidades, percurso que apresentamos no segundo andar da tese. Tal conceito buscou circunscrever esse recorte da realidade, remetendo ao cotidiano dessas atividades nas unidades públicas de saúde. A formulação conceitual, na perspectiva com a qual trabalhamos, fez sentido na medida em que identificamos um conjunto de fenômenos no âmbito das práticas sociais, os quais não estavam ainda delineados no plano acadêmico, nas políticas públicas, nem no imaginário das/os usuárias/os e condutoras/es de grupos do SUS.

Quando começamos a organizar o projeto de pesquisa desta tese, logo nos deparamos com certos entraves derivados da ausência de uma designação. Os cadastros nos sistemas de informação do SUS evidenciam um aumento de atividades com práticas corporais em unidades públicas de saúde. No entanto, tem-se identificado certo ruído no que tem sido considerado como PIC, não apenas nos registros, mas em documentos oficiais e estudos científicos. Alguns autores vêm chamando atenção para a subnotificação das PICS nos sistemas nacionais, bem como para a imprecisão no escopo do que pode ser balizado como PIC nas políticas públicas (SOUSA et al, 2012, LIMA; SILVA; TESSER, 2013, SOUSA; TESSER, 2017 e CAZARIN; LIMA; BENEVIDES, 2017), algo que tem nas práticas corporais uma situação exemplar.

Se, por um lado, há uma tendência em considerar como PIC as práticas corporais de bases orientais, como o *yoga*, o *lian gong*, o *tai chi chuan*, as massagens *tui-ná*, *do in*, *shiatsu*, *shantala*, o *reiki*, etc e, mais recentemente, aquelas que foram nomeadas na PNPIC; por outro, estas fontes também mostram que caminhadas, ginástica, esportes, etc, por vezes são mencionados como se fossem PIC. Este ruído parece exigir atenção, porque tem desdobramentos no campo dos saberes e práticas em saúde, uma vez que mobilizam diferentes intencionalidades, metodologias e concepções, além de financiamento e gestão.

Este enredamento mobilizou o movimento investigativo constituinte do segundo andar da tese. Nele, explicitamos como aparecem as práticas corporais em documentos oficiais e em dados de uso relacionados às PICS. Ao mesmo tempo, recorremos a aportes da Saúde Coletiva e, principalmente, da Educação Física, para pôr em diálogo alguns entendimentos sobre esse conceito, por compreendermos que este campo acadêmico-profissional tem ensejado debates profícuos para esta tarefa. Frente à análise de que estas atividades demandam um melhor contorno conceitual, nos dedicamos a elaborar, a partir de suporte empírico e teórico, a formulação de um conceito para o que denominamos de “práticas corporais integrativas”.

Trabalhamos a partir do que Wacquant (2002) chamou de modo gerativo. Nesta perspectiva, a formulação de conceitos se dá em confronto sistemático com a realidade social. É uma tentativa de expressar, no plano da linguagem, certos aspectos ou fenômenos da realidade a partir de interpretações de suas relações, que só fazem sentido de acordo com um quadro teórico historicamente posicionado.

Realizamos um denso trabalho de campo a fim de produzir dados, analisando experiências e buscando sentidos de unidade para a diversidade de práticas corporais integrativas. Esse movimento tornou possível a elaboração de enunciados para caracterizar os atributos destas práticas, os quais foram adensados teoricamente. Ao final deste percurso empírico-teórico, apresentamos uma definição para o termo “práticas corporais integrativas” como desfecho secundário da tese. Embora tenhamos exposto o conceito bem adiante no texto, esclarecemos que utilizamos a expressão práticas corporais integrativas ao longo de toda a escrita, para referir o conjunto de práticas desta natureza que foi estudado.

Os dois andares da tese foram produzidos a partir de uma metodologia comum, valorizando as falas das/os usuárias/os do SUS. O interesse por centrar o foco da pesquisa nas/os usuárias/os derivou do entendimento de que o projeto do SUS é usuário-centrado. Se uma das principais premissas do modelo de atenção ampliado é posicionar o sujeito no centro das ações em saúde, parece-nos pertinente que a/o usuária/o seja o centro da investigação. Vimos que isto tem ocorrido pouco no âmbito das produções acadêmicas e das avaliações do serviço, nas quais as/os usuárias/os, principalmente suas opiniões, pouco são privilegiados, conforme apresentaremos brevemente no capítulo seguinte, que tratará da metodologia adotada na tese.

Compreendemos que existe uma distância entre a formulação e a implementação das políticas públicas, tendo em vista que estes dois momentos mobilizam atores sociais distintos e produzem outras estratégias. Deste ponto de vista, o aparato da política legítima, institucionaliza um conjunto de princípios e diretrizes, mas as formas de operação e compreensão das práticas são plurais. Mesmo assim, a/o usuária/o é sempre o alcance pretendido pelas políticas públicas, mesmo aquelas direcionadas inicialmente a profissionais. Dedicar-se a explorar aspectos relacionados à implementação da PNPIC, portanto, a nosso ver, merece o relevo das/os usuárias/os. Produzimos dados também junto às/aos condutoras/es dos grupos de práticas corporais integrativas. Seu lugar no texto foi, preferencialmente, de emoldurar as experiências das/os usuárias/os, bem como contribuir para a realização de sínteses de conjuntos de relatos das/os usuárias/os.

Para construir os caminhos teórico-metodológicos da investigação, priorizamos uma abordagem qualitativa orientada pela *Grounded Theory*, em sua versão interpretativa e

construtivista. Fizemos uma tentativa de enfrentar a provocação da necessária revisão epistemológica para validação científica de temas relacionados às PICS, a qual enseja abordagens que não as submetam aos postulados da ciência biomédica. Esses argumentos dão início ao capítulo da tese que vem a seguir.

Nele, também apresentamos a *Grounded Theory*, suas intenções, características e procedimentos. Procuramos mostrar como as orientações desta metodologia foram organizadas na especificidade do desenvolvimento da pesquisa. Justificamos, ainda, a escolha da rede pública de saúde de Florianópolis-SC como campo de pesquisa, tendo em vista que este município possui um trabalho sistematizado com as PICS e uma presença expressiva de práticas corporais integrativas em seus centros de saúde. Anunciamos as formas de produção e análise de dados, cujo trabalho de campo resultou na composição de um extenso banco de dados, o qual não foi explorado por inteiro neste trabalho.

A *Grounded Theory* não tem a teoria como ponto de partida do processo investigativo, na forma de uma estrutura teórico-analítica *a priori* a ser testada, mas a formulação de teorias fundamentadas nos dados é sua intenção central e ponto de chegada. O produto das pesquisas baseadas nesta estratégia metodológica prevê a elaboração de teoria substantiva ou formal. Santos et al (2018) explicam que quando a teoria fundamentada nos dados é gerada a partir de um contexto específico, produz-se uma teoria aplicada somente ao campo investigado, ou seja, uma teoria substantiva. Já a teoria formal demanda um estudo mais aprofundado, podendo gerar conceitos abstratos que podem ser aplicados de forma generalizada a uma realidade mais ampla. Ambas estabelecem relação, de modo que a teoria substantiva é o alicerce para uma teoria formal.

Nesta tese, produzimos uma teoria substantiva relativa às experiências com práticas corporais integrativas de usuárias/os da Atenção Básica de Florianópolis-SC e suas relações com a saúde, a qual visou responder ao objetivo primário da pesquisa (primeiro andar). E também uma teoria formal, explícita no conceito formulado sobre o termo “práticas corporais integrativas”, conforme seu objetivo secundário (segundo andar).

Sumariamente, a tese está organizada em duas grandes seções que contemplam estes resultados, de modo a responder: De que forma as experiências de usuárias/os com práticas corporais integrativas em unidades básicas de saúde potencializam os modos de lidar com os processos saúde-doença? Que conceito de práticas corporais integrativas se desdobra da composição entre os significados prospectados nestas experiências e a literatura correspondente?

O objetivo primário desta pesquisa, portanto, foi direcionado a investigar de que forma as experiências de usuárias/os com práticas corporais integrativas em unidades básicas de saúde contribuem para potencializar os modos como lidam com os processos saúde-doença. Neste caso, desmembraram-se três objetivos específicos:

- a) Analisar os sentidos/significados atribuídos pelas/os usuárias/os às práticas corporais integrativas e suas relações com a saúde-adoecimento-cuidado;
- b) Apresentar o quadro do mal-estar relatado pelas/os usuárias/os em interface com as práticas corporais integrativas;
- c) Compreender as relações entre os elementos experienciais presentes nas práticas corporais integrativas e o seu êxito terapêutico.

O objetivo secundário da tese consistiu em formular uma conceituação de “práticas corporais integrativas” que emergja da composição entre teoria e empiria. Os objetivos específicos daí derivados foram assim definidos:

- a) Prospectar na literatura correspondente elementos sobre as práticas corporais na perspectiva das PICS;
- b) Articular os sentidos atribuídos pelas/os usuárias/os às experiências com os enunciados do conceito de práticas corporais integrativas.

Esta tese constitui um relatório de pesquisa e as opções realizadas talvez justifiquem sua extensão. Escolhemos seguir da teoria substantiva à elaboração de uma teoria formal, que correspondem respectivamente aos objetivos primário e secundário, o que nos levou a produzir uma tese em dois andares dotada de um problema de pesquisa com duas perguntas. Os movimentos analíticos empreendidos foram de caráter sociocultural, com predominância de argumentos históricos e filosóficos. Do ponto de vista empírico, a totalidade de falas dos sujeitos foi sistematizada e apresentada, de modo que, ao ler o trabalho, o leitor terá acesso, na íntegra, a todo conjunto de relatos das/os usuárias/os e condutoras/es dos grupos estudados na pesquisa. Isso permitirá que acompanhe a interpretação da pesquisadora, mas que também possa formular a sua, ampliando as possibilidades de leitura e a abertura da tese às críticas do contraditório, exercício necessário à democracia e à produção de conhecimento com responsabilidade social.

Nas próximas páginas registramos o desenvolvimento da tese. Nesta introdução iniciamos situando a problemática, os objetivos da investigação e como seus desfechos estão organizados ao longo do texto. No próximo capítulo abordamos os caminhos teórico-metodológicos. As seções seguintes se referem aos dois andares da tese, respondendo propriamente aos objetivos elencados. Por último, seguem as considerações finais, referências e apêndices do trabalho.

3. ANDANÇAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS

*“Aquilo que na cabeça não cabe
Não há metro que meça”
(Vinicius Alves)*

Desde a abertura desta tese já viemos anunciando alguns de nossos posicionamentos epistemológicos, como o entendimento de que a ciência não é a única produtora social de sentidos legítimos sobre a realidade, o reconhecimento da implicação do pesquisador na construção do conhecimento, a consideração do caráter histórico e provisório das teorias, a concepção de atividade científica como uma produção humana que permite compreender e que altera a realidade.

Neste capítulo, atemo-nos um pouco mais nesta questão e expomos os caminhos teórico-metodológicos delineados para esta investigação. Iniciamos discutindo a experiência enquanto elemento mobilizador das escolhas epistemológicas e metodológicas, problematizando como esta dimensão tem sido desprezada no âmbito da racionalidade instrumental moderna. Apresentamos a concepção de experiência com a qual trabalhamos, na tentativa de evidenciar os motivos pelos quais o trato científico positivista é insuficiente quando tomamos as experiências humanas como fontes de estudo, afinando nossa pesquisa numa vertente interpretativa e construtivista.

Em seguida passamos à apresentação da *Grounded Theory*, metodologia eleita para responder aos objetivos desta investigação, discorrendo sobre suas características, técnicas e procedimentos de pesquisa e como as organizamos na especificidade desta tese. Também expomos um breve panorama dos usos desta metodologia no estudo das PICS. Abordamos o campo de pesquisa, com certo detalhamento de informações sobre a rede pública de saúde do município de Florianópolis-SC, selecionado pela sua potencialidade empírica no tema das práticas corporais integrativas.

Adiante, passamos à descrição do trabalho de campo realizado nesta investigação. Detalhamos o percurso de um ano e meio que trilhamos para a construção de dados. Apresentamos os sujeitos e grupos do estudo, os instrumentos de produção de dados e algumas ponderações sobre eles, além das estratégias de análise e confrontação dos resultados. Este capítulo também contempla a descrição do perfil de usuárias/os e condutoras/es de grupos de práticas corporais integrativas que fizeram parte da investigação. Pontuamos, ainda, os aspectos éticos referentes à pesquisa.

3.1. AS EXPERIÊNCIAS COMO FONTES DE ESTUDO: REFLEXÕES EPISTEMOLÓGICAS

O estudo das PICS e as necessidades de ampliação que este tema exige requerem uma reflexão sobre as formas de produção de conhecimento do ponto de vista científico. Tesser (2012), ao apresentar um panorama comentado sobre pesquisas relacionadas ao âmbito das PICS, questiona que tipo de ciência e pesquisa fazer para conhecer, compreender, valorizar e validar as PICS e outras Racionalidades Médicas (RM), saberes marginais, diante da hegemonia da racionalidade científica moderna.

Questões como essa têm ensejado discussões epistemológicas associadas a estes temas, como constataram Spadacio et al (2010), além de proposições, como as de Tesser; Luz (2002) e Nascimento et al (2013). Estes autores, em geral, estão preocupados com a subsunção indevida das RM e das PICS aos cânones da biomedicina, sob a justificativa de sua legitimação, o que pode sacrificar parte de seu relevante potencial de integralidade, indicando a necessidade de alternativas de estudo a partir de outros referenciais.

Tesser; Luz (2002) discutem uma vertente epistemológica, chamada de “co-constitutivista”. Sua formulação está calcada em pontos de convergência teórica de autores da epistemologia contemporânea das ciências naturais, como Kuhn, Fleck, Lakatos, Feyerabend, Whorf, Varela e Maturana. Em linhas bem gerais, as ideias desta vertente esclarecem o “inexorável vínculo do conhecimento com os sujeitos, sua estrutura biológica, sua cultura, seus valores, sua comunidade e seu modo de vida” (p.370). Já Nascimento et al (2013), apoiam-se na “epistemologia do sul”, de Boaventura de Sousa Santos, para questionar a colonização epistêmica, que induz uma divisão radical de saberes e atribui à ciência moderna o monopólio universal de distinção entre o verdadeiro e o falso. Para estes autores, é preciso reconfigurar sentidos e explicações dominantes e alargar a epistemologia do século 21, de modo a ultrapassar a compreensão hegemônica da racionalidade biológica e possibilitar o intercâmbio solidário entre diferentes sistemas culturais em saúde.

A presente investigação, de acordo com o que já anunciamos, constitui-se como um estudo de experiências de usuárias/os com práticas corporais integrativas em unidades básicas de saúde vinculadas ao SUS. A escolha das experiências como fontes de estudo, nos termos em que as delineamos neste projeto, é uma tentativa de dar conta do desafio de criar estratégias de produção de conhecimento que não reduzam as experiências humanas a experimento, conforme faz a racionalidade científica hegemônica, mas busquem se aproximar qualitativamente dos sujeitos. A experiência como elemento mobilizador dos caminhos teórico-metodológicos

delineia, inicialmente, o resgate desta categoria, menosprezada pelas racionalidades clássica e moderna, pela filosofia e pela ciência.

Segundo Bondía (2014), na filosofia clássica a experiência foi entendida como um modo de conhecimento inferior. Nos escritos de Platão sobre *doxa* e *episteme* e mundo sensível e mundo inteligível, a experiência é relacionada ao que acontece no mundo que muda, no mundo sensível, no mundo das aparências. “Por isso, o saber da experiência está mais perto da opinião do que a verdadeira ciência, porque a ciência é sempre daquilo que é, do imutável, do inteligível, do eterno” (p.39). Já para Aristóteles, a experiência é necessária, mas não o suficiente. Ele a considera o pressuposto necessário da ciência, enquanto empiria, mas que é inferior à arte e à ciência, porque a experiência é conhecimento do singular e a ciência só pode sê-lo do universal.

Ainda segundo Bondía (2014), a filosofia clássica busca verdades independentes da experiência. Uma vez que a razão tem que ser pura e as ideias claras e distintas, desconfia-se da experiência porque ela é sempre impura, confusa, ligada à fugacidade e mutabilidade do tempo, a situações concretas, particulares, contextuais, vinculada ao nosso corpo, paixões, amores e ódios. Na origem de nossas formas dominantes de racionalidade, portanto, o saber está em um lugar distinto do da experiência.

Para Agamben (2005), a experiência perdeu autoridade e se usam outras coisas, exteriores a ela, para descrevê-la, como, por exemplo, faz a ciência. Até o surgimento da ciência moderna, estavam separados o sujeito da experiência (senso comum, presente em cada indivíduo) e o sujeito do conhecimento (o intelecto agente, a inteligência). A grande revolução da ciência moderna foi referir a um sujeito único conhecimento e experiência, na forma da consciência, *ego cogito* cartesiano. Aí, foi possível estabelecer como fundamento da ciência experimental um único sujeito (entendido separado como *nous* e *psique*), onde a coincidência entre experiência e conhecimento é aquilo que já é sempre dito em cada pensamento ou frase, que já é imediatamente conhecido.

Na ciência moderna, hegemonicamente, a experiência é convertida em experimento, é objetivada, homogeneizada, controlada e quantificada, a partir de preceitos de neutralidade e objetividade, com pretensões de universalidade. No campo da saúde, este tipo de prática científica expressa o reducionismo em curso, fundado na racionalidade instrumental, onde as questões de método tendem a privilegiar a fragmentação, a classificação e a relação de causalidade direta sobre dados de natureza biofisiológica, acabando por suplantar elementos da subjetividade dos sujeitos, da cultura e das determinações sociais inerentes aos fenômenos estudados.

A partir destes postulados, desenvolvidos principalmente nas lógicas dos ensaios clínicos e estudos de laboratório, elimina-se o que há de experiência ao retirar o sujeito do centro da análise e colocar em seu lugar a doença ou o corpo fragmentado em sua acepção subsumida ao modelo biomédico. Contudo, no entendimento de Canguilhem (2017), os seres humanos só reconhecem os fenômenos da saúde e da doença no plano da experiência e, portanto, as tentativas de objetivar, neutralizar e isolar a vida em empreendimentos científicos de laboratório, nem sempre correspondem ao plano de realização da vida cotidiana.

Na relação com os estudos das PICS e RM, análises a este respeito foram realizadas por Tesser (2012), Tesser; Luz (2002; 2008) e, no campo da Educação Física, uma série de estudos sobre a produção acadêmica indica que este tipo de atividade científica, de cunho positivista, é predominante nas pesquisas, conforme analisamos em Antunes (2011) e posteriormente em Antunes; Silva; Baptista (2013).

Não obstante, as investidas de redução e enquadramento da experiência não se expressam apenas no plano acadêmico, mas a atividade científica é mais um desdobramento – e, ao mesmo tempo, fundante – da pobreza da experiência, denunciada por Benjamin (1994) e Agamben (2005). Estes dois autores sugerem que vivemos em um momento de empobrecimento da experiência.

Para o primeiro, falar de experiência é falar de narração, através da qual é possível transmitir experiência. Ao analisar os fenômenos da multidão, da massa, do choque, dos soldados, da guerra e do trabalho alienado no bojo do mundo capitalista moderno no início do século 20, Benjamin (1994) trata dos conceitos de *Erfahrung* (experiência) e *Erlebnis* (vivência), não em condição de oposição, mas da vivência enquanto condição para a experiência. Neste contexto, a tendência à reprodução e a dificuldade de atribuição de sentido ao que se vivencia e, portanto, de narrar, configuram a pobreza da experiência.

Se, para Benjamin (1994), a guerra foi um evento significativo para o empobrecimento da experiência, marcado pelo retorno dos soldados mudos, sem ter o que narrar, pobres em experiências partilháveis; para Agamben (2005), não é mais necessário uma catástrofe para destruir a experiência, pois a pacífica existência cotidiana numa grande cidade é suficiente. O sujeito volta para casa a noitinha extenuado por uma mixórdia de eventos, mas nenhum se tornou experiência. Para este autor, o homem contemporâneo foi expropriado de sua experiência, encontra-se incapaz de fazer e transmitir experiência e sente alívio pela oportunidade de não precisar se envolver substancialmente com o que se passa consigo e no mundo. Para Bondía (2002), isso se dá em virtude de fatores como a demasiada quantidade de

informação circulante; a necessidade constante de termos que apresentar uma opinião sobre as coisas; a falta de tempo e o excesso de trabalho.

No tempo presente, onde “tudo o que nos passa está organizado para que nada nos aconteça” (BONDÍA, 2002, p. 21), esses autores nos convidam a reivindicar a dignidade da experiência. Não apenas nos modos de estudá-las, mas no plano de realização da vida cotidiana. Esta nos parece ser uma ação interessante na direção de considerar o sujeito como centro da atenção dos saberes e práticas em saúde e de produzir conhecimento a partir de referências contra hegemônicas. Levar em conta a experiência significa falar com o sujeito e também a partir do sujeito e não apenas sobre o sujeito.

Na tentativa de construir um caminho de estudo nesta direção, para esta tese, o conceito de experiência adotado apresentou duas dimensões, inspiradas em comentaristas da obra de Michel Foucault: O’Leary (2012) e Gutting (2002)³. Tais autores apresentam que a experiência é um evento desafiante que transcende limites, que nos toma de nós mesmos e nos deixa diferentes de antes: uma experiência-limite. A experiência como transgressão do limite pode ser compreendida em duas dimensões: a) é a forma dominante na qual a existência nos é dada como algo que pode ser pensado; b) é algo capaz de nos separar de nós mesmos e mudar a maneira como pensamos e agimos.

A primeira, a estrutura histórica dominante que será desafiada, envolve as estruturas fundamentais, gerais, dominantes de pensamento, ação e sentimento que prevalecem em uma dada cultura. Inclui as instituições, as normas, o saber e o poder. Na obra de Foucault, tal dimensão se expressa, por exemplo, quando o autor aborda a “experiência clássica da loucura” e a “experiência moderna da sexualidade”, nos argumentos que desenvolve em torno da pergunta: como podemos explicar o fato de que em alguns anos certa sociedade deixa de pensar como vinha pensando e passa a pensar outras coisas de uma nova maneira?

A segunda se refere às experiências que envolvem uma transformação nas formas de subjetividade, ou seja, à experiência singular do sujeito. A subjetivação é um processo de reconhecimento onde a experiência reflexiva desempenha papel central no desenvolvimento da autoconstrução/autoconstituição. Na obra de Foucault, os comentaristas localizam este entendimento nas noções de “livros-experiência” em oposição às noções de “livros-verdade ou livros-demonstração”, onde o autor destaca a importância de que a realização de seus trabalhos

³ Sublinhamos a palavra inspiração, primeiro porque ambos os comentaristas reconhecem que o autor de referência não tomou a experiência como centralidade de seus estudos, embora seja possível sistematizar alguns entendimentos a partir de sua obra; em segundo porque se intencionou nesta pesquisa construir uma maneira artesanal de estudo das experiências, sem fazer uso da obra de Foucault como um pensamento-representação, noção que o próprio autor rejeita.

tem sentido quando possibilita que ele, enquanto autor, transforme-se, tanto quanto a possibilidade de transformação que se abre para seu leitor; assim, leitor e autor testam seus limites na relação com a obra e a meta não é reatualizar o passado, mas possibilitar uma nova experiência presente.

Em diálogo com outros autores, consideramos a dimensão da experiência como aquilo que nos marca, que nos toca, que faz sentido para a vida (BONDÍA, 2002). Inevitavelmente corporal, a experiência é um estado vivido interna e externamente, capaz de provocar uma transformação, e que se configura como um momento único, impossível de ser repetido e individual, mas que se consolida na relação com o outro e tem duração. Para Silva; Damiani (2005, p. 205), “a experiência constitui-se a partir da intenção de cultivar o encontro, compartilhar, abandonar a si mesmo para constituir-se outro”.

Estas contribuições teóricas tornaram possíveis alguns apontamentos para esta pesquisa. Tendo em vista que o problema investigado ensejou uma pesquisa de campo com sujeitos em unidades básicas de saúde vinculadas ao SUS, a compreensão das experiências como fontes de pesquisa levou em consideração a experiência, tanto como fundo geral hegemônico (a estrutura histórica referida acima), quanto como uma potencial mudança nos modos de subjetivação que pode intervir para transformar tal fundo.

Neste sentido, a pesquisa esteve interessada em estar com as/os usuárias/os do SUS, de modo a compreender aquilo que se constitui como experiência para eles/elas na sua singularidade; ao mesmo tempo em que reconheceu que os sujeitos atribuem sentidos/significados ao que vivenciam nas relações com as práticas corporais integrativas e a saúde de forma interdependente ao contexto em que se desenvolvem tais práticas.

O contexto aqui referido diz respeito aos momentos de encontro entre profissionais e usuárias/os, onde as/os profissionais propõem ações com práticas corporais integrativas com determinada intencionalidade, metodologia, conteúdo e avaliação, cujas escolhas estão atreladas as suas concepções de corpo, saúde, sociedade, PIC, etc.; e as/os usuárias/os as significam considerando suas histórias de vida. Tal encontro ocorre no âmbito do SUS e, portanto, pressupõe uma relação com as estruturas institucionais, bem como com as políticas públicas. Tal encontro envolve uma multiplicidade de singularidades, histórias de vida, entrecruzadas por dados de natureza biológica, subjetiva e social no espaço-tempo histórico presente.

Dito isto, reiteramos que o aspecto inicial de qualquer experiência são as formas de percepção ou sensibilidade que a tornam possível, mas essas formas não são os únicos componentes da experiência, pois estas compreendem estruturas fundamentais, gerais e

dominantes de pensamento, ação e sentimento que são historicamente singulares. A experiência é forjada na cultura, assim como suas possibilidades de transformação.

Então, para dar conta de seu estudo, uma matriz científica que parte de dados independentes e isolados se mostra insuficiente. Evidenciamos que o estudo das experiências demanda a compreensão de que este fenômeno compõe uma realidade em movimento e histórica, que condiciona tal fenômeno pesquisado, mas também é condicionada por ele. E que os seres humanos são sujeitos corporalmente imbricados (dimensões física, emocional, social, espiritual) e transformadores com/da realidade.

Concordamos com a argumentação desenvolvida por Tesser; Luz (2002), entendendo que é possível estudar as experiências considerando que a realidade é a interação do ser humano com o mundo e que a sua apreensão científica é gerada a partir de relações de experiências compartilhadas entre o pesquisador e os participantes do estudo. A produção de conhecimento, portanto, depende das interpretações do pesquisador e os resultados de pesquisa não se situam, nem podem se situar fora delas.

(...) as realidades são acessíveis aos homens e aos cientistas através de ativa coconstrução perceptiva (cognitiva) dos que as estudam, norteadas, direcionadas e limitadas pela estrutura biológica do homem, pelo modo como os cientistas pensam e agem, pelos seus pressupostos cosmológicos, culturais e políticos, pelos métodos usados, pelos objetivos aspirados, pelo *estilo de pensamento* presente (TESSER; LUZ, 2002, p.368).

Nessa perspectiva, o conhecimento não é a representação do mundo real, mas uma produção enraizada e associada à comunidade humana específica que o produz, em termos culturais e sociológicos. Assim, a ciência não acessa/explica um mundo pré-dado ou original, mas cria um mundo, por meio do processo de cognição, que não é apenas representação, mas coconstrução que se dá na interação do ser vivo com o mundo. O próprio conhecer também estrutura a realidade.

E “sempre há esse intermediário seletivo e ao mesmo tempo gerador, base de todo movimento cognitivo, que é a cultura, os interesses, os valores, as tradições, os paradigmas, os estilos de pensamento, o treinamento e a aprendizagem que todas as pessoas carregam” (TESSER; LUZ, 2002, p.368); aquilo que, ao mesmo tempo, possibilita e limita a produção do conhecimento, balizando-a, inclusive, dentro das fronteiras da linguagem. Ainda segundo esses autores, portanto, no coconstrutivismo, a realidade é pensada como a interação entre o sujeito cognoscente e seus pares e o mundo fora dele.

3.2. COMO ESTUDAR AS EXPERIÊNCIAS? A OPÇÃO PELA *GROUNDED THEORY*

Considerando o problema de pesquisa e os apontamentos epistemológicos anunciados anteriormente, elegemos a *Grounded Theory* como metodologia da investigação. Essa opção nos pareceu pertinente porque é apropriada para o estudo de temas emergentes, sobretudo aqueles cujos conceitos relacionados ao fenômeno pesquisado são teoricamente/conceitualmente subdesenvolvidos. E, ainda, para pesquisas que não tem interesse em testar uma estrutura teórico-analítica já formulada. É uma metodologia indicada para o estudo das experiências humanas e dos sentidos/significados que as pessoas atribuem a determinado fenômeno, porque busca explorar qualitativamente o campo empírico, na aproximação do cotidiano, para formulação de teorias. Além disso, é uma opção que oferece técnicas e procedimentos de investigação preocupados com o trato rigoroso do processo de fazer pesquisa qualitativa.

A *Grounded Theory* está dentro do grande guarda-chuva de possibilidades da pesquisa qualitativa, que envolve diversas formas de investigação e práticas metodológicas. Segundo Facey; Gladstone; Gastaldo (2018), esta modalidade de fazer pesquisa, diferente dos modelos quantitativos, baseia-se na qualidade dos dados gerados para explicar um fenômeno e preocupa-se com pessoas e suas realidades, em como o mundo social é compreendido, experienciado, constituído, com individuais e coletivos significados, modos, interpretações, práticas/comportamentos e processos sociais. Tem perspectiva êmica, uma vez que lida com a subjetividade das experiências humanas.

A *Grounded Theory*, traduzida para o português como “teoria fundamentada” ou “teoria fundamentada nos dados”, foi inicialmente proposta na década de 1960, por estudiosos americanos. Depois deles, outros autores contribuíram para seu uso e adaptações, e atualmente é possível localizar três vertentes dessa metodologia: clássica (baseada principalmente em Barney Glaser), straussiana (em Juliet Corbin e Anselm Strauss) e construtivista (em Kathy Charmaz) (SANTOS et al, 2018).

A obra de Charmaz (2009) é posterior à de Strauss; Corbin (2008) e apresenta elementos de análise dessa obra anterior. A partir do questionamento de alguns aspectos – sobretudo o entendimento de que Strauss; Corbin (2008) desenvolvem a teoria fundamentada por um viés objetivista –, Charmaz (2009) propõe uma versão da *Grounded Theory* a partir de uma abordagem interpretativa e construcionista, com a qual nos identificamos nesta tese, pelos argumentos já discutidos no tópico acima.

O livro “*The Discovery of Grounded Theory*”, escrito por Barney Glaser e Anselm Strauss, em 1967, é considerado o marco de surgimento desta metodologia. Nele, os autores apresentam estratégias de pesquisa, preocupados com o rigor do desenvolvimento da teoria a partir dos dados pelo método de comparações constantes, como uma forma de reação ao descrédito que vinham sofrendo as pesquisas qualitativas no âmbito da pesquisa social, frente à lógica hipotético-dedutiva de cunho positivista que predominava nos estudos sociológicos à época.

Os autores estavam interessados em propor uma metodologia que superasse o problema das “teorias empiricamente desinteressadas” e das “pesquisas empíricas teoricamente desinteressadas” (PINTO; SANTOS, 2012). Neste sentido, a *Grounded Theory* se caracteriza como uma abordagem qualitativa com objetivo de construir teorias, conceitos e hipóteses, baseados nos dados produzidos, ao invés de testar ou validar teorias pré-determinadas. Nesta metodologia, a construção teórica é o ponto de chegada, não o ponto de partida, e é concebida fundamentada nos dados, de modo a orientar um conjunto de procedimentos e técnicas de pesquisa que permitam ao pesquisador elaborar compreensões representativas da realidade dos sujeitos estudados, bem como formular conceituações.

Charmaz (2006) evidencia que a *Grounded Theory* nasce a partir da combinação de tradições disciplinares divergentes: das influências do pragmatismo, em virtude dos estudos de doutorado de Anselm Strauss na Universidade de Chicago; conjugadas com o empirismo controlado de Barney Glaser, que refletia sua formação quantitativa rigorosa na Universidade de Colúmbia. Ela também analisa que, desde sua divulgação, a *Grounded Theory* foi apropriada de modos distintos por pesquisadores, sendo, inclusive, utilizada no desenvolvimento de estudos positivistas a partir da década de 1990, mesmo que sua origem tenha se dado na tentativa de combater a dominação da pesquisa quantitativa positivista na sociologia.

A autora afirma que as diretrizes básicas da *Grounded Theory* são, de muitas formas, neutras, mas o modo como os pesquisadores as colocam em ação durante a pesquisa não é neutro, ressaltando a necessidade de posicionamento epistemológico associado à metodologia. Ela diverge da noção de que a descoberta de teorias é algo que surge dos dados, isolado do observador científico, conforme aponta o trabalho clássico da *Grounded Theory*, posicionando-se em uma perspectiva teórica interacionista simbólica, pela qual, então, sustenta sua versão da metodologia.

Diferentemente da postura deles [Glaser; Strauss, 1967], compreendo que nem os dados nem as teorias são descobertos. Ao contrário, somos

parte do mundo o qual estudamos e dos dados os quais coletamos. Nós *construímos* as nossas teorias fundamentadas por meio dos nossos envolvimentos e das nossas interações com as pessoas, as perspectivas e as práticas de pesquisa, tanto passados, como presentes (CHARMAZ, 2009, p.24, grifos da autora).

Assim, vemos que as intenções da *Grounded Theory*, segundo estas bases, estão voltadas para o conhecimento dos significados que determinada situação tem para um grupo de pessoas, sendo uma abordagem indicada para o estudo das experiências humanas, ou da maneira como as pessoas definem a realidade e como agem em relação a suas crenças. Para Charmaz (2009), os significados implícitos dos sujeitos do estudo e suas opiniões sobre suas experiências, bem como as teorias fundamentadas elaboradas pelos pesquisadores, são construções da realidade; portanto, qualquer versão teórica oferece um retrato interpretativo do mundo estudado, e não um quadro fiel dele.

O processo de teorizar é uma atividade difícil e os autores são enfáticos em afirmar que a criatividade do pesquisador deve fazer parte do processo de fazer pesquisa; e que as técnicas e procedimentos metodológicos para levar a cabo esta metodologia não devem ser utilizados de forma rígida e aplicados de maneira instrumental à realidade estudada, mas devem servir como ferramentas que permitam conduzir uma análise com confiança e ampliar a criatividade, condições necessárias para os objetivos de descoberta e construção teórica. As referências apresentam esta metodologia como um conjunto de princípios e práticas que podem ser utilizados de maneira flexível no processo de pesquisa.

Na concepção de Strauss; Corbin (2008, p. 29), teoria é um “conjunto de conceitos bem desenvolvidos relacionados por meio de declarações de relações que, juntas, constituem uma estrutura integrada que pode ser usada para explicar ou prever fenômenos”. Contudo, Charmaz (2009) chama a atenção para as diferenças entre a construção de teoria fundamentada objetivista e construtivista, afirmando que estas formas contrastantes de análise têm embasamentos distintos e, portanto, a teoria, mais do que à explicação ou previsão de fenômenos, deve visar à compreensão, quando entendida na perspectiva construtivista.

Para esta autora, portanto, “a teorização é uma prática, a qual requer a atividade prática de dedicar-se ao mundo e de construir compreensões abstratas sobre ele e dentro dele. A contribuição fundamental dos métodos da teoria fundamentada consiste no oferecimento de diretrizes à prática teórica interpretativa” (CHARMAZ, 2009, p.175).

As teorias podem ser formuladas pelo método indutivo ou dedutivo. No caso da *Grounded Theory*, a indução seria o trabalho de derivar conceitos dos dados produzidos e a dedução, o de construir proposições sobre as relações entre os conceitos, utilizando os dados

que foram tratados pelo investigador a partir da produção e análise. A metodologia aponta para a interação constante entre indução, dedução e verificação/validação.

A comparação constante é uma característica central da *Grounded Theory*. Ela consiste na comparação dados-dados e demanda um procedimento orientado por esta metodologia: de que a produção e a análise dos dados devem ocorrer simultaneamente e se retroalimentar. Deste modo, a análise dos dados e as categorias daí emergentes devem orientar a produção de novos dados, num movimento circular de produção-análise-produção. Neste processo, é fundamental que as categorias, bem como a teoria fundamentada nos dados, retornem ao campo empírico para apreciação. Atendendo a preocupação de que a teoria fundamentada nos dados seja representativa da realidade estudada, ela precisa ser reconhecida pelos sujeitos da pesquisa. O retorno da teoria ao campo empírico também permite realizar novas entrevistas ou observações para dar ainda mais sustentação ou revisar elementos da teoria formulada.

Neste sentido, esta metodologia também apresenta como característica importante a amostragem teórica, ou amostra proposital, a qual orienta que a seleção de pessoas, eventos, grupos, etc. ocorre ao longo do trabalho de campo e deve ser direcionada pela teoria que está emergindo dos dados. Na definição de Strauss; Corbin (2008, p.195), a amostragem teórica é a

coleta de dados conduzida por conceitos derivados da teoria evolutiva e baseada no conceito de ‘fazer comparações’, cujo objetivo é procurar locais, pessoas ou fatos que maximizem oportunidades de descobrir variações entre conceitos e de tornar densas as categorias em termos de suas propriedades e de suas dimensões.

Assim, a situação a ser estudada direciona um campo de pesquisa e algumas escolhas iniciais, mas o contato com o campo e os processos de produção e análise de dados, vão orientando as escolhas subsequentes.

Outra característica importante na *Grounded Theory* é a sensibilidade teórica, como uma qualidade pessoal do pesquisador que lhe dá capacidade de ter *insights* sobre o fenômeno estudado, de reconhecer, interpretar e entender os dados. Ela deriva da experiência profissional e pessoal do investigador e da literatura da área, no entanto, os autores alertam que para desenvolver a sensibilidade teórica o pesquisador deve dirigir a reflexão para além de tais experiências e literatura, estimular o processo indutivo, questionar continuamente os dados e registrar as respostas provisórias, além de permitir a exploração ou esclarecimento de possíveis significados dos conceitos.

Esta metodologia solicita uma imersão no campo de pesquisa, de modo a reunir um vasto conjunto de dados empíricos. Para tal, Strauss; Corbin (2008) e Charmaz (2009) propõem

uma sistematização técnica e procedimentos de produção e, principalmente, de análise de dados⁴, que possibilitem ao pesquisador construir uma compreensão do fenômeno estudado, a partir do desenvolvimento e relacionamento de conceitos.

A pesquisa começa, não pela definição de uma estrutura teórico analítica, mas com um problema geral a ser investigado, ou seja, apresenta-se a situação de interesse e o local de estudo com potencial empírico. No caso desta tese, conforme já anunciamos, buscamos produzir conhecimento a partir de experiências com práticas corporais integrativas de usuárias/os do SUS, a partir de um trabalho de campo em grupos desenvolvidos na Atenção Básica da cidade de Florianópolis-SC. A descrição do cenário e do trabalho de campo é o que apresentamos nas próximas páginas, mostrando, inclusive, como a metodologia da *Grounded Theory* foi operacionalizada no seu decorrer.

Antes disso, buscamos conhecer os modos como este recurso tem sido aplicado no estudo das PICS e se esta é uma referência recorrente na área. Mostramos abaixo um panorama sucinto dos usos desta metodologia no estudo das PICS, a partir de uma revisão de literatura.

3.2.1. Usos da *Grounded Theory* no estudo das PICS: uma revisão de literatura

A fim de compreender os usos da *Grounded Theory* em pesquisas já realizadas sobre o tema das PICS, mais especificamente das práticas corporais integrativas, realizamos uma revisão de literatura. Em 07 de novembro de 2018, buscamos no *Google Acadêmico* por 14 combinações de palavras-chave, organizadas com os operadores booleanos. O número de publicações encontradas totalizou 70, conforme apresentado no quadro abaixo:

Quadro 1: Número de artigos encontrados por combinação de palavras-chave.

Palavras chave	N
" <i>Grounded Theory</i> " ou "teoria fundamentada" e "medicina tradicional"	26
" <i>Grounded Theory</i> " ou "teoria fundamentada" e "práticas integrativas"	12
" <i>Grounded Theory</i> " ou "teoria fundamentada" e "medicina alternativa"	12
" <i>Grounded Theory</i> " ou "teoria fundamentada" e "terapias complementares"	10
" <i>Grounded Theory</i> " ou "teoria fundamentada" e "práticas complementares"	04
" <i>Grounded Theory</i> " ou "teoria fundamentada" e "medicina integrativa"	03
" <i>Grounded Theory</i> " ou "teoria fundamentada" e "terapias espirituais"	02
" <i>Grounded Theory</i> " ou "teoria fundamentada" e "práticas corporais alternativas"	01
" <i>Grounded Theory</i> " ou "teoria fundamentada" e "terapias corpo-mente"	00
" <i>Grounded Theory</i> " ou "teoria fundamentada" e "terapias mente-corpo"	00

⁴ A obra de Charmaz (2009) se diferencia da de Strauss; Corbin (2008) porque apresenta um capítulo específico sobre coleta de dados, no qual aborda métodos etnográficos, entrevistas intensivas e análise textual. Contudo, é perceptível que a *Grounded Theory* apresenta maior fundamentação e orientação para os processos sistemáticos de análise de dados, o que é contemplado de modo privilegiado em ambas as referências.

" <i>Grounded Theory</i> " ou "teoria fundamentada" e "práticas corporais integrativas"	00
" <i>Grounded Theory</i> " ou "teoria fundamentada" e "práticas introspectivas"	00
" <i>Grounded Theory</i> " ou "teoria fundamentada" e "práticas suaves"	00
" <i>Grounded Theory</i> " ou "teoria fundamentada" e "práticas introjetivas"	00
Total	70
Total retirando as repetições	45

Excluindo-se as publicações repetidas entre as combinações de palavras-chave, o número final de textos fechou em 45, sendo 19 teses de doutorado, 15 dissertações de mestrado, 09 artigos em periódicos, 01 trabalho de conclusão de curso de graduação e 01 relatório de estágio pós-doutoral. Os textos foram todos publicados após o ano de 2006, sendo oito até 2009, e os demais a partir de 2010, em universidades do Brasil e Portugal.

O campo da Enfermagem é o que mais vem utilizando esta metodologia em suas pesquisas, com 14 publicações⁵, seguido da Psicologia com seis, Saúde Coletiva com três, Sociologia com dois e demais áreas com um trabalho cada (Administração, Antropologia, Comunicação, Bioética, Ciências Sociais, Educação, Linguística, Planejamento Territorial e Desenvolvimento Sócio-Ambiental e Teoria e Pesquisa do Comportamento).

Quando partimos para análise do material pela leitura dos resumos, com consulta ao texto na íntegra quando necessário, vimos que 35 trabalhos utilizaram a *Grounded Theory* como metodologia da pesquisa realizada. Dez apenas citaram essa expressão no corpo do texto, principalmente como um exemplo de abordagem metodológica ou em trabalhos encontrados em suas revisões de literatura.

No que se refere às PICS, vimos que a maioria dos textos não se dedicou propriamente ao estudo desse tema, somente citou as palavras-chave no corpo do texto, referências, notas de rodapé ou nas revisões de literatura, bem como fez menção à PNPIC ou deu exemplos destas práticas como atividades presentes em unidades de saúde (33 publicações). Três estudos contiveram as palavras-chave, mas não tiveram nada a ver com o tema, não sendo nem da área da saúde.

⁵ Silva et al (2018) realizaram um estudo de revisão específico sobre o uso dessa metodologia em 70 teses e dissertações da Enfermagem e seus resultados mostraram que: A maioria (70%) descreveu como foram construídos os grupos amostrais. Somente 4,3% não registrou ter realizado a coleta e análise dos dados de forma concomitante. Dos estudos que descreveram todas as etapas, 34,3% não apresentaram o processo de validação do modelo teórico. Os diagramas e os memorandos foram utilizados, respectivamente, em 74,3% e 65,7% das teses e dissertações analisadas. O referencial teórico mais frequente foi o Interacionismo Simbólico e a perspectiva metodológica foi a Straussiana. Evidenciou-se que para os pesquisadores, a entrevista foi a principal técnica de coleta utiliza de forma isolada e combinada com outras abordagens. O autor concluiu que a diversidade na apresentação e na descrição do método e resultados dos estudos revela que ainda há necessidade de aprimoramento quanto ao uso do método, considerando as diferentes vertentes da teoria fundamentada nos dados.

Poucas pesquisas tiveram o estudo de alguma PIC como centralidade. Três trabalhos abordaram práticas específicas: acupuntura (MORÉ, 2016), modalidades terapêuticas não convencionais (SANTOS, 2011) e formação pessoal pela via corporal (SILVA; BERSCH, 2015). Dois trabalhos abordaram temas associados: o cuidado espiritual (GÓES, 2016) e a fé (OLIVEIRA; SANTOS, 2016), sendo a tese de origem deste último artigo escrita por Oliveira (2015).

Quatro trabalhos inicialmente não tinham as PICS como objeto de estudo, mas os resultados evidenciaram estas práticas, fazendo com que elas tivessem certo destaque no texto. Foi o caso de Gaspar (2014), que encontrou *reiki*, energias quânticas, incensos, pedras de quartzo, alimentação, comprimidos e xaropes como terapias alternativas as quais adolescentes com câncer recorreram ao longo do tratamento. Também foi o caso de Faller; Marcon (2013), que estudaram práticas de cuidado a saúde em diferentes etnias e seus achados mostraram que, em situação de adoecimento, a fé e a religiosidade norteiam o cuidado entre os libaneses; a utilização de chás entre os paraguaios; a medicina tradicional associada ao uso de chás entre os franceses, chineses e brasileiros. Posada-Zapata et al (2016) destacaram o uso de medicinas tradicionais por mulheres deslocadas chilenas, tanto quando se percebem sãs, quanto doentes. E Koerich (2016) identificou a acupuntura e a auriculoterapia como práticas de cuidado de pessoas com dor lombar crônica.

Dentre as PICS presentes nas pesquisas em análise, identificamos algumas práticas corporais integrativas. A mais evidente foi a formação pessoal pela via corporal, estudada por Silva; Bersch (2015). Outras foram vistas na sistematização das modalidades terapêuticas não convencionais do trabalho de Santos (2011): modalidades ambientais (ex. uso de músicas, cores, aromas, luminosidade e temperatura); manipulativas (ex. vários tipos de massagem); energéticas (ex. *reiki*, “toque terapêutico”, acupressão); mentais-cognitivas (ex. hipnoterapia, técnicas de distração da dor, uso do humor, várias técnicas de relaxamento, *yoga*, oração, leitura guiada); e modalidades “de relação” (ex. comunicação, uso e/ou estímulo intencionais do silêncio e da conversação, tom de voz, aconchego, uso terapêutico do Self – presença transpessoal e toque cuidativo). No trabalho de Gaspar (2014) também foi mencionado o *reiki*, entre outras terapias.

Observamos, nesses trabalhos, diferentes modos de apresentação e uso da *Grounded Theory* para o estudo das práticas corporais integrativas. O artigo de Silva; Bersch (2015) definiu seu objetivo em compreender a inserção do profissional de Educação Física em uma comunidade terapêutica, por meio da realização de atividades, baseadas na formação pessoal pela via corporal, com pessoas que faziam uso abusivo de drogas. Essa proposta de formação

busca estimular, a partir de atividades lúdicas e de expressão corporal, que as pessoas reflitam sua conduta, seus desejos, expectativas, limites e decepções, numa atitude introspectiva em relação aos outros, aos objetos e ao espaço em que se inserem, considerando suas dimensões emocionais. As autoras definiram a metodologia do estudo como pesquisa-ação, com uso de questionários e observações para coleta de dados, e a *Grounded Theory* foi mencionada como estratégia de análise de dados.

Já nos trabalhos de doutorado e mestrado de Santos (2011) e Gaspar (2014), respectivamente, ambos produzidos na Universidade de Lisboa-Portugal, a *Grounded Theory* foi apontada como guia de todo processo metodológico. O primeiro estudo visou compreender o processo de integração das modalidades terapêuticas não convencionais citadas acima na prática de enfermagem no contexto hospitalar. Os modos de coleta de dados foram entrevista intensiva e observação participante, com enfermeiros/as e usuárias/os, mais análise documental de forma secundária. O segundo trabalho realizou entrevistas em profundidade com pais de adolescentes com câncer, buscando compreender suas percepções sobre a participação e capacidade de seu filho de tomar decisões na fase final da vida. Estas duas pesquisas apresentaram características centrais da *Grounded Theory*, como a amostragem teórica, a comparação constante e a codificação e validação dos dados, bem como uso de memorandos e diagramas. Santos (2011) demarcou que utilizou a perspectiva metodológica proposta por Charmaz. Gaspar (2014) não anunciou uma abordagem de preferência, mas constam nas referências os nomes de Corbin, Glaser e Strauss.

Esta breve revisão de literatura evidenciou que a *Grounded Theory* tem sido utilizada no campo da saúde, com maior frequência na Enfermagem, e em outros campos de conhecimento, principalmente em pesquisas recentes desenvolvidas no âmbito da pós-graduação. Identificamos que essa metodologia vem sendo usada na produção de conhecimentos acadêmicos sobre PICS e, no que se refere as poucas publicações sobre práticas corporais integrativas, seus modos de uso se mostraram diversos. Vimos que a *Grounded Theory* foi utilizada como metodologia de todo processo de pesquisa em alguns casos e em outros apenas como técnica de análise de dados, desprezando uma série de orientações teórico-metodológicas indicadas por seus autores de referência.

3.3. O CAMPO DE PESQUISA: PICS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS-SC

A presente tese foi realizada na rede pública de saúde de Florianópolis-SC. Este município foi escolhido porque apresenta um trabalho sistematizado com as PICS, conforme pode ser observado em registros de dados da Prefeitura Municipal, documentos e estudos acadêmicos.

Florianópolis é a capital do estado de Santa Catarina, localizado no sul do Brasil. O município é formado por uma ilha principal, uma parte continental e algumas ilhas pequenas, onde vivem cerca de 492.977 mil habitantes em uma área territorial de 675.409 km² que abriga 42 praias em um bioma de Mata Atlântica (IBGE, 2018).

As atividades econômicas principais se desenvolvem nas áreas de tecnologia da informação, turismo e serviços. O Índice de Desenvolvimento Humano⁶ do município é o terceiro maior do país, avaliado em 2010 em 0,847, com índice de Gini de 0,54⁷. Tais indicadores apontam que a cidade possui níveis elevados de longevidade, renda e educação, além de dados sobre trabalho, habitação e vulnerabilidade social acima da média nacional, embora com traços de desigualdade social (PNUD, 2013).

No que se refere à saúde pública, Florianópolis é composta atualmente por quatro distritos sanitários (centro, continente, norte e sul), onde se localizam 69 unidades de saúde, sendo 49 centros de saúde e sete Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF).

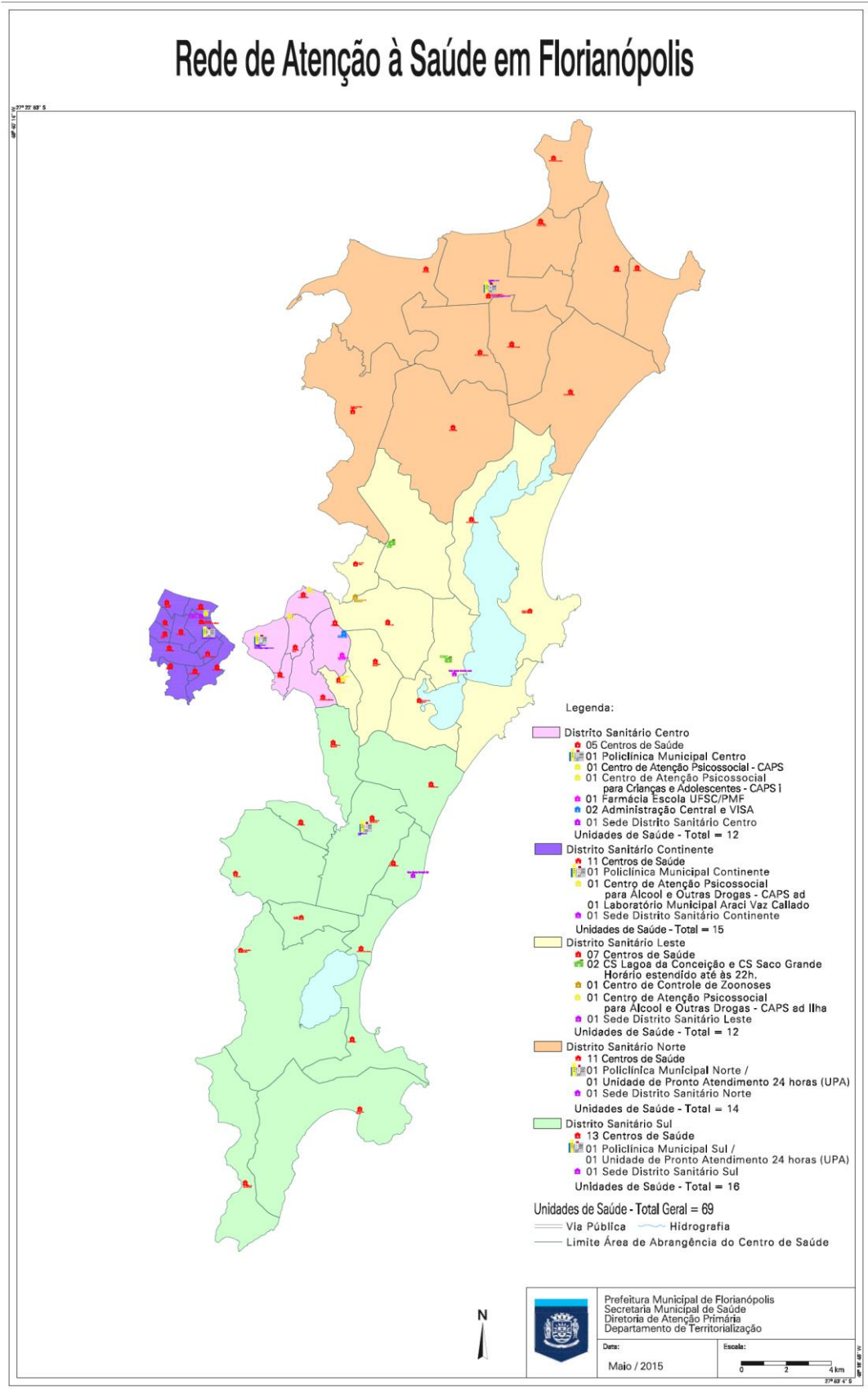
Segundo dados do MS, o município alcançou em 2015 a marca de 100% de cobertura da Atenção Básica com a Estratégia Saúde da Família; e no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ), aproximadamente 90% das suas equipes de Saúde da Família foram avaliadas como acima ou muito acima da média nacional (BRASIL, 2015).

Quando a pesquisa foi iniciada, Florianópolis-SC era organizada em cinco distritos sanitários (centro, continente, leste, norte e sul), conforme pode ser observado na figura abaixo. Até abril de 2019, a prefeitura ainda não dispunha de mapa atualizado com quatro distritos, portanto mantivemos a figura antiga. A principal mudança consistiu no agrupamento dos distritos centro e leste, com redistribuição de alguns centros de saúde para distritos vizinhos.

⁶ O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano (PNUD, 2013).

⁷ O Índice de Gini é um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar. (PNUD, 2013).

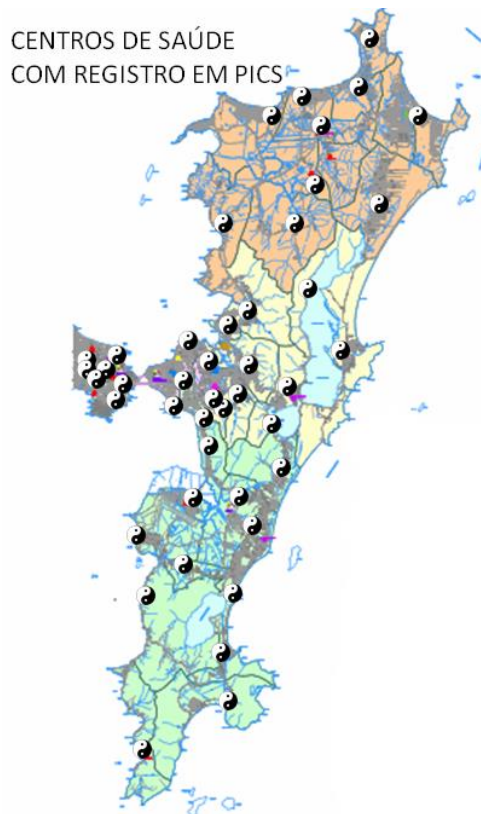
Figura 1: Rede de Atenção à Saúde em Florianópolis.



Fonte: SMS-Florianópolis.

Entre as ações desenvolvidas na Atenção Básica, Florianópolis se destaca no trabalho com as PICS. Um mapeamento do ano de 2016 mostra diversos centros de saúde com registro em PICS:

Figura 2: Centros de Saúde de Florianópolis com registro em PICS.



Fonte: CPIC-SMS-Florianópolis.

O MS divulgou que mais de 90 equipes fazem algum tipo de atividade da MTC, plantas medicinais e fitoterapia e/ou homeopatia neste município (BRASIL, 2015). Sousa et al (2012) identificaram, por meio de registros no CNES até 2011, concentração do serviço “práticas corporais” em Florianópolis, presente em mais de 90% dos estabelecimentos de saúde⁸.

Na busca por compreender o histórico de implementação da PNPIC no município e conhecer o mapeamento das PICS no território, encontramos informações no site da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), onde há um tópico específico sobre as PICS na Atenção Primária⁹,

⁸ Alguns estudos têm apontado limites nos cadastros nacionais para o registro de PICS, o que demanda relativizar alguns dados. Esta discussão será abordada no item 5.1 que trata dos processos de institucionalização e expansão das PICS no SUS, no segundo andar da tese.

⁹ Site da SMS de Florianópolis-SC:

<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=praticas+integrativas+e+complementares&menu=5>

em um blog¹⁰ e uma página do facebook¹¹ organizados pela Comissão de Práticas Integrativas e Complementares da SMS de Florianópolis-SC (CPIC/SMS).

Também realizamos contatos por e-mail e visitas à SMS em julho, agosto e setembro de 2016, nas quais foi possível estabelecer primeiros contatos com o campo a partir da apresentação das intenções de realização desta tese. Foram realizados alguns encontros, em ordem cronológica: conversa com a coordenação dos NASF (*lôcus* de contratação dos professores de Educação Física no município); participação em reunião da CPIC/SMS; obtenção de orientações para a formalização burocrática da pesquisa junto ao setor de Educação Permanente em Saúde da SMS; conversa com a professora de Educação Física Simone Morini, integrante da CPIC/SMS; conversa com o professor Charles Tesser, representante da UFSC na CPIC/SMS; contato com o coordenador da CPIC/SMS à época Murilo Leandro Marcos e obtenção do levantamento das PICS no município.

Informações obtidas por estas vias dão conta de que em março de 2010 foi nomeada uma comissão pela Portaria GAB/SS N° 010/2010 para trabalhar na implantação das PICS na rede de saúde de Florianópolis. Com a tarefa de organizar uma regulamentação municipal, o trabalho iniciou com discussões com profissionais da rede e gestores, no intuito de inicialmente garantir legitimidade às/aos profissionais da rede que já possuíam alguma formação em PICS, mas que não atuavam nesta área, para depois estabelecer um plano de implantação das PICS estendido a toda rede municipal de saúde.

Durante o ano de 2010 foram realizadas várias reuniões para construção de uma Normativa que regulamentasse a inserção das PICS, legitimasse as/os profissionais e garantisse novas e contínuas ações na área. Para subsidiar esta elaboração, o trabalho envolveu: o levantamento das/os profissionais habilitados; oficinas de cada PIC com profissionais da rede formados/interessados; reuniões com diretores dos distritos sanitários e alguns coordenadores de unidades de saúde; reuniões com secretário de saúde; solicitação de parecer técnico aos conselhos profissionais acerca da atuação profissional em PICS; discussão com assessoria jurídica e emissão de parecer jurídico; interlocução contínua com o Departamento de Saúde Pública da UFSC através de representação na comissão, etc.

Em 29 de dezembro de 2010 foi publicada a Portaria 047/2010 (FLORIANÓPOLIS, 2010), que institucionaliza as PICS na rede municipal de saúde, implantando normas gerais para o desenvolvimento das ações na área, através da Instrução Normativa 004/2010, anexa a

¹⁰ Blog: <http://picfloripa.blogspot.com.br/>

¹¹ Página da CPIC no Facebook: <https://www.facebook.com/CPIC-Comiss%C3%A3o-de-Pr%C3%A1ticas-Integrativas-de-Florian%C3%B3polis-805713702791501/?fref=ts>

essa Portaria. O conteúdo destes documentos contempla as normas gerais para a inserção das PICS na rede municipal de saúde de Florianópolis, em consonância com as diretrizes da PNPIC, em relação a fluxos de acesso de usuários, estruturação dos serviços, registros de atendimentos e procedimentos, disponibilização de medicamentos e insumos relacionados. Além disso, torna permanente a Comissão de Práticas Integrativas e Complementares (CPIC/SMS), com atribuições direcionadas à assessoria técnica, educação permanente, estudos e pesquisas, ações intersetoriais, etc. As práticas corporais não são mencionadas de forma direta nestes documentos, mas parecem estar subordinadas ao item “Outras Práticas Integrativas e Complementares”.

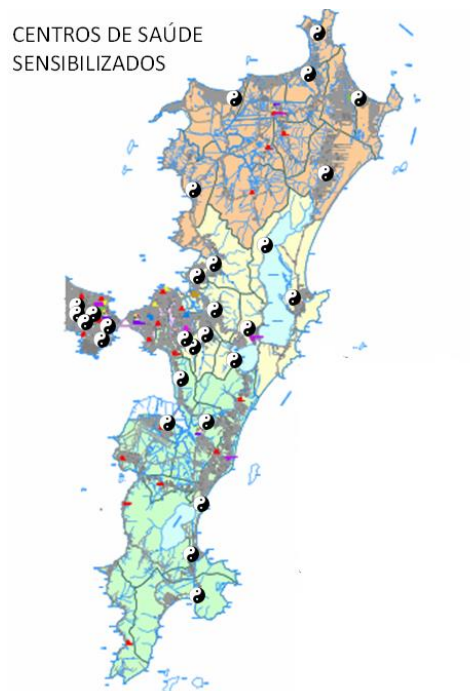
O plano de implantação das PICS no município, que vem sendo conduzido pela CPIC/SMS, prevê ações direcionadas a: sensibilizar a rede municipal de saúde, sensibilizar a comunidade local, promover educação em PICS, desenvolver hortas medicinais, disponibilizar insumos, estruturar o registro em PICS, construir a farmácia pública de homeopatia e fitoterapia e disponibilizar medicamentos.

Uma etapa fundamental da estratégia PIC-Floripa é a realização de Oficinas de Sensibilização em PICS - Pactuação do Plano Local de Implantação, as quais envolvem o levantamento de profissionais com formação em PICS, a apresentação do tema das PICS e identificação dos interesses e demandas da unidade para implantação e desenvolvimento destas práticas, além de atividades de educação permanente, com oferta de cursos sobre PICS.

Até o ano de 2016, consta que 31 centros de saúde foram sensibilizados, conforme o mapa abaixo¹²:

¹² O mapa indica 28 centros de saúde sensibilizados, mas no ato em que foi disponibilizada a imagem por parte da CPIC/SMS, foi informado que o número de centros sensibilizados até 08/11/2016 era de 31. Não obtivemos dados atualizados até o fim da pesquisa.

Figura 3: Centros de Saúde sensibilizados.



Fonte: CPIC-SMS-Florianópolis.

Faz-se importante ponderar que a implantação das PICS em Florianópolis-SC oficialmente se restringiu à Atenção Primária à Saúde (APS). Apenas em 2019 as propostas avançaram em outras direções, como a realização de matriciamento em acupuntura, por acupunturistas.

A trajetória de implantação da política municipal de PICS de Florianópolis, juntamente com a experiência de Campinas-SP, foi analisada em artigo de Santos; Tesser (2012), cujo objetivo foi apresentar um método de implantação das PICS na APS composto de quatro fases: 1 - definição do núcleo responsável pela implantação e sua solidificação; 2 - análise situacional, com mapeamento de profissionais competentes já existentes; 3 - regulamentação, organização do acesso e legitimação; 4 - ciclo de implantação: pactuação de planos locais, tutoria e atividades de educação permanente em saúde.

Experiências com as PICS neste município também já foram objetos de estudo de uma série de pesquisas em nível de pós-graduação, como as de Moré (2016), Costi (2016), Faqueti (2014), Frosi (2013; 2011), Santos (2012), Silva (2012), Thiago (2009), todas orientadas pelo professor Charles Dalcanale Tesser, da UFSC, além de trabalhos de conclusão de curso de graduação, especialização e residências.

Além disso, o município promove desde 2012 o Prêmio de Boas Práticas, com objetivos de publicização e compartilhamento de experiências bem-sucedidas desenvolvidas por

trabalhadores em diferentes âmbitos da SMS. É possível localizar algumas experiências com PICS nas edições desta avaliação (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Dados fornecidos pela CPIC/SMS para a elaboração do projeto desta tese¹³ informaram a presença de ações com PICS em todos os distritos sanitários de Florianópolis, que contemplam uma diversidade de práticas realizadas junto aos/às usuárias/os, sendo mais frequentes a auriculoterapia, a acupuntura e as plantas; e menos frequentes a homeopatia, aromaterapia, florais, música e medicina antroposófica; tendo destaque a presença expressiva das práticas corporais.

As informações referentes às práticas corporais são apresentadas no quadro a seguir, conforme mapa distrital da época:

Quadro 2: Práticas corporais integrativas nos centros de saúde de Florianópolis-SC: mapeamento CPIC

Distrito	Centro de Saúde	Atividade	Profissional Responsável
LESTE	Lagoa	1) <i>Yogaterapia</i> 2) <i>Reiki</i> 3) Terapia corporal	1) Médico 2) Técnica de enfermagem 3) Residente de Educação Física
	Pantanal	4) <i>Yoga</i>	4) Profissão não informada
CONTINENTE	Monte Cristo	5) <i>Yoga</i>	5) Enfermeira
	Sapé	6) <i>Lian gong</i>	6) Professora de Educação Física
NORTE	Ingleses	7) <i>Lian gong</i> 8) Auriculoterapia, automassagem e fitoterapia	7) Professora de Educação Física 8) Residente de Medicina
SUL	Costeira do Pirajubaé	9) Meditação	9) Médica
	Morro das Pedras	10) Plantas medicinais com <i>qi gong</i> 11) <i>Yoga</i>	10) Farmacêutica e dentista 11) Professora de Educação Física
	Armação	12) <i>Yoga</i> e terapias complementares 13) <i>Yoga</i> 14) <i>Yoga</i> 15) <i>Reiki</i> 16) Massagem <i>shantala, yoga</i> e musicoterapia	12) Técnica de enfermagem e ACS 13) Técnica de enfermagem 14) Professor de Educação Física e Residente de Educação Física 15) Residente de Enfermagem 16) Enfermeira, residentes de enfermagem, terapeuta holística e musicoterapeuta, usuária
	Tapera	17) <i>Qi gong</i>	17) Não consta

Adaptado da fonte: CPIC-SMS-Florianópolis.

¹³ A CPIC/SMS disponibilizou um levantamento das PICS na rede de Florianópolis em setembro de 2016, contendo dados do distrito sanitário, unidade de saúde, atividade, horário, local e profissional responsável, com a ressalva de que um mapeamento é sempre provisório e, portanto, exigiria revisão no momento de entrada em campo para realização desta pesquisa.

Neste material, identificamos 17 grupos de práticas corporais integrativas, distribuídos em nove unidades de saúde de quatro distritos sanitários. As práticas corporais foram variadas, tendo maior frequência o *yoga* (oito grupos), seguido pelo *lian gong/qi gong* (quatro grupos), massagens e *reiki* (dois grupos cada), terapia corporal e meditação (um grupo cada). As atividades são desenvolvidas por agentes comunitários, usuárias e profissionais, técnicos e residentes de diferentes formações, sendo sete da área de Enfermagem, seis da Educação Física¹⁴, três da Medicina, um da Farmácia, um da Odontologia e um da Musicoterapia. Vemos neste quadro a predominância de práticas de bases orientais, o que pode sinalizar a compreensão de práticas corporais integrativas no interior da SMS de Florianópolis-SC.

Naquele momento, portanto, avaliamos que os elementos apresentados sobre a rede pública de saúde de Florianópolis-SC e especialmente sobre o desenvolvimento do trabalho com as PICS e as práticas corporais integrativas, evidenciam um trabalho sistematizado com estas práticas no município que justificaram a escolha deste campo de pesquisa pela empiria potencial para atender ao objetivo pretendido pela tese¹⁵.

3.4. DESCRIÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

O projeto de pesquisa da tese passou pela banca de qualificação em 21 de fevereiro de 2017. Em 06 de março de 2017 foi cadastrado na Plataforma Brasil, para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFRGS), e no setor de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis-SC (SMS-Florianópolis), para anuência do trabalho de campo. O

¹⁴ No que se refere à Educação Física, a via de contratação destes profissionais para atuação na rede pública de saúde de Florianópolis é o NASF. O município possui 12 equipes NASF. Na época, 10 profissionais de Educação Física estavam em atuação e havia também residentes dos programas de residência multiprofissional. Dados do mapeamento das PICS em Florianópolis apontam que muitos profissionais de Educação Física atuam com PICS, sendo mais expressivo o trabalho com práticas corporais, mas também com auriculoterapia e horta. O trabalho de conclusão de Residência Multiprofissional de Dias (2019) analisou a percepção destes profissionais quanto à utilização das PICS na Atenção Básica de Florianópolis.

¹⁵ O fato de que esta tese está sendo desenvolvida no PPGCMH da ESEFID/UFRGS colocou inicialmente a possibilidade de realização do trabalho de campo na cidade de Porto Alegre-RS. Movimentos de aproximação ao campo foram realizados por meio de busca no site da Prefeitura e conversas, sendo fundamental a reunião com a coordenadora da área técnica das PICS na SMS deste município, Marisa Albuquerque De Lúcia, em agosto de 2016. As informações sobre Porto Alegre à época deram conta de que a política municipal de PICS foi publicada em 04 de dezembro de 2015, após vários movimentos em meio a trocas de governo, e ainda está por ser formulada uma agenda de trabalho e o estabelecimento de uma comissão para se dedicar a implantação sistemática das PICS no município. Uma ação feita foi o levantamento junto as unidades de saúde para identificar profissionais com formação em PICS e a criação de uma comissão com representantes dos oito distritos sanitários da cidade. Não foi possível identificar atividades com práticas corporais integrativas nesta rede pública de saúde, embora algumas hipóteses com meditação, automassagem e danças circulares tenham sido aventadas nas conversas. Além disso, Porto Alegre não conta com a presença de professores de Educação Física contratados por via da rede pública de saúde.

parecer final foi emitido pelo CEP/UFRGS em 08 de junho de 2017 e encaminhado à SMS-Florianópolis, a qual autorizou, em 22 de junho de 2017, a entrada em campo.

O trabalho de imersão no campo da pesquisa teve duração de um ano. De julho de 2017 a julho de 2018, uma série de processos de produção de dados foi realizada, mediante observações, questionários, entrevistas individuais e rodas de conversas com usuárias/os e condutoras/es dos grupos. Posteriormente, até abril de 2019 foram realizados os procedimentos de confrontação dos dados, com retornos pontuais ao campo de pesquisa.

Um resumo do calendário de trabalho é apresentado no quadro abaixo e o detalhamento das etapas está nos itens seguintes.

Quadro 3: Etapas do trabalho de campo.

Atividade de pesquisa	Período de realização
Momento exploratório (mapeamento e visita a cada grupo)	Julho a outubro de 2017
Imersão nos 3 grupos escolhidos	Outubro de 2017 a Junho de 2018
Rodas de conversa com usuárias/os	Novembro de 2017
Roda de conversa com condutoras/es dos grupos	Dezembro de 2017
Entrevistas individuais com usuárias/os	Janeiro a março de 2018
Questionários de perfil com usuárias/os	Maió a julho de 2018
Entrevistas com condutoras/es dos grupos	Maió a julho de 2018
Validação dos dados 1 – validação dos enunciados pela pesquisadora, por meio de observação	Maió a julho de 2018
Validação dos dados 2 – retorno ao campo para apreciação da formulação conceitual por usuárias/os e condutoras/es dos grupos e contato com <i>experts</i> externos	Novembro e dezembro de 2018 Fevereiro a abril de 2019

3.4.1. Momento exploratório:

O primeiro passo do trabalho de campo foi a realização de um mapeamento dos grupos de práticas corporais integrativas que estavam ocorrendo na cidade de Florianópolis-SC. Partimos do levantamento inicial disponibilizado pela CPIC/SMS (quadro 2), no qual constavam o nome do distrito sanitário e centro de saúde, nome da atividade/tipo de prática, horário e profissional responsável. Destacamos deste quadro apenas as práticas corporais integrativas e começamos a ir aos locais ali descritos. Fomos, então, atualizando a lista de

atividades, confirmando a existência ou encerramento dos grupos, seus horários, locais e responsáveis. Ao longo das visitas, em conversas com condutoras/es dos grupos e usuárias/os, tomamos conhecimento de outros grupos que não estavam na lista e os incluímos na atualização do mapeamento.

Ao final deste processo, realizado de 05 de julho de 2017 a 05 de outubro de 2017, encontramos um total de 20 grupos de práticas corporais integrativas em andamento no município de Florianópolis-SC, conforme apresentamos no quadro abaixo, considerando o mapa distrital da época:

Quadro 4: Práticas corporais integrativas nos centros de saúde de Florianópolis: grupos em andamento.

Distrito	Centro de Saúde	Atividade	Responsável pelo grupo	Horário
LESTE	Lagoa	1) <i>Yoga</i>	1) Médico e Voluntária	2as feiras – 17h30
	Pantanal	2) <i>Yoga</i>	2) Técnico de enfermagem	6as feiras – 8h30
	Saco Grande	3) Danças circulares	3) Voluntária	2as feiras – 17h30
CONTINENTE	Monte Cristo	4) <i>Yoga</i>	4) Enfermeira e Fisioterapeuta	4as feiras – 10h
		5) <i>Lian gong</i>	5) Residente de Educação Física	6as feiras – 8h
		6) <i>Qi gong</i>	6) Enfermeira e Enfermeiro	5as feiras – 15h30
	Sapé	7) <i>Lian gong</i>	7) Professora de Educação Física	3as e 5as – 8h
	Coloninha	8) Danças circulares	8) Professora de Educação Física, Enfermeira e Voluntária	2as feiras – 15h
	Estreito	9) <i>Yoga</i>	9) Voluntária	4as feiras – 16h
NORTE	Capoeiras	10) Danças circulares	10) Professora de Educação Física	6as feiras – 15h
	Ingleses	11) <i>Lian gong</i>	11) Professora de Educação Física	3as e 5as – 8h30
		Rio Vermelho	12) <i>Lian gong</i> 13) <i>Yoga</i>	12) Professora de Educação Física 13) Residente de Educação Física
Santinho	14) <i>Lian gong</i>	14) Professora de Educação Física	5as feiras – 15h	
SUL	Campeche	15) <i>Qi gong</i>	15) Professora de Educação Física	3as feiras – 9h
	Morro das Pedras	16) <i>Yoga I</i>	16) Professora de Educação Física	6as feiras – 8h30
17) <i>Yoga II</i>		17) Voluntária	4as feiras – 8h30	

	Armação	18) <i>Yoga I</i> 19) <i>Yoga II</i>	18) Professora de Educação Física 19) Voluntária	5as feiras – 8h30 3as feiras – 8h30
	Carianos	20) Danças circulares	20) Voluntária	3as feiras – 15h

Em comparação com o mapeamento inicial disponibilizado pela CPIC/SMS, a atualização evidenciou aumento no número de grupos, com inclusão de grupos de danças circulares, antes ausentes, e exclusão de grupos de meditação, *reiki*, terapia corporal e massagens. As práticas corporais integrativas em andamento no município de Florianópolis-SC, abordadas nesta pesquisa, foram, portanto: *yoga*, *lian gong*, danças circulares e *qi gong*.

Organizamos um calendário e cada um desses grupos foi visitado uma vez. Foram realizadas 29 idas aos centros de saúde, totalizando uma rodagem de quase 700km pela ilha. Em geral, as observações planejadas foram feitas, com raras exceções de ausência de profissional ou aula, as quais exigiram retornar outro dia.

A receptividade por parte das/os responsáveis pelos grupos foi acolhedora e a atenção dispensada por elas/es merece destaque. A rotina de observação da pesquisadora foi a seguinte: a chegada sempre foi realizada no Centro de Saúde e, quando a atividade não ocorria no seu interior (auditório), dirigia-se ao local. Ao chegar no grupo, a pesquisadora se apresentava à pessoa responsável, pedindo para observar a atividade; posicionava-se em algum canto da sala sentada, com caderno e caneta nas mãos, e observava a aula realizando anotações amparadas pelo Roteiro de Observação previamente formulado; ao final, conversava com a/o profissional/voluntária/residente realizando algumas perguntas e com usuárias/os. Em dois casos, fez a aula junto com as participantes (em um grupo de *qi gong*, pois havia apenas uma usuária, depois chegou a segunda; e em um grupo de danças circulares, onde a facilitadora insistiu para que participasse, argumentando que só é possível compreender o que são as danças circulares por meio da vivência).

As anotações compuseram um diário de campo (MINAYO, 2008), o qual foi redigido inicialmente num caderno e, após sair do grupo o roteiro de observação foi preenchido no computador. Tal roteiro continha dados de identificação do grupo, descrição detalhada da aula, identificação de momentos de falas sobre as experiências, relação da atividade com o centro de saúde e com o Conselho Local de Saúde, receptividade do grupo para integrar a pesquisa, perfil das/os usuárias/os e outras informações relevantes.

Como resultado do trabalho de campo exploratório, portanto, foram mapeados e visitados uma vez o total de 20 grupos de práticas corporais integrativas em andamento no SUS

de Florianópolis-SC, de julho a outubro de 2017, sendo: nove grupos de *yoga*, cinco de *lian gong*, quatro de danças circulares e dois de *qi gong*. São vinculados à Atenção Básica, distribuídos em 15 centros de saúde de quatro distritos sanitários: Continente (sete grupos), Sul (seis), Norte (quatro) e Leste (três).

Com exceção de três, que ocorriam duas vezes por semana, todos os grupos ocorriam uma vez por semana, no período matutino, vespertino ou início da noite, com durações aproximadas entre 30 e 90 minutos. Os locais das atividades foram os auditórios dos centros de saúde ou espaços da comunidade, como salão e pátio de igrejas, associação de moradores, salão de eventos, biblioteca, campo de futebol e beira da praia.

A maioria dos grupos foi conduzida por profissionais dos centros de saúde ou dos NASF (três professoras de educação física, duas enfermeiras, um médico, uma fisioterapeuta e um técnico de enfermagem); também ocorreram aulas com voluntárias/os em cinco grupos e com residentes de Educação Física em dois. Em geral, conduziram as aulas sozinhas/os, com exceções de apoio de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), residentes ou estagiárias/os de Educação Física.

As/os profissionais, voluntárias/os e residentes serão doravante chamadas/os de condutoras/es dos grupos quando tratadas/os em conjunto. Mantivemos a denominação específica de cada um quando foi necessário distinguir o vínculo com o serviço.

Quanto ao perfil das/os usuárias/os, predominaram as mulheres, de cor branca, com presença de crianças e jovens, mas a maioria eram adultas de meia idade e idosas. O número de participantes nas datas visitadas variou de dois a 53, sendo que a média foi de 18,2 pessoas por grupo. No total, estiverem presentes 364 pessoas nas datas das visitas.

No que se refere à descrição das atividades observadas, vimos que cada uma das quatro práticas corporais integrativas possui suas características singulares que as distinguem umas das outras, mas, no interior de uma mesma prática, a dinâmica de movimentação e organização da aula foi bastante semelhante.

Os grupos de danças circulares consistiram em coreografias dançadas em roda, com passos e músicas de diferentes ritmos e intenções. As aulas tiveram início com uma ou mais dança(s) de chegada. Em seguida, cada pessoa sorteou uma palavra da “carta dos anjos”, disse seu nome e a palavra e os papéis foram colocados sobre uma mandala, sempre presente no centro dos círculos. Os centros/mandalas de cada grupo eram diferentes, mas sempre apresentaram um tecido colorido de formato circular como base e, sobre ele, flores, velas, bonecos, enfeites e as “cartas dos anjos”. Percebemos que o material foi levado pelas/os condutoras/es. As aulas seguiram com uma sequência de músicas, onde as/os condutoras/es

ensinavam os passos ou, ao ouvir a música, as/os usuárias/os já reconheciam a sequência, e todas dançavam em roda ao redor do centro/mandala. As músicas variaram em ritmo, letra, país de origem, intencionalidade (músicas para introspecção, meditação, recreação, diversão, interação, etc) e complexidade dos passos. Geralmente a última música convidava para introspecção, sensibilização e oração. Ao final, o círculo era mais fechado e as/os condutoras/es diziam palavras de agradecimento e mensagens positivas, pedindo que todas emanassem as intenções das cartas dos anjos para o universo, e passavam um beijo que circulava entre todas da roda.

As danças circulares foram incluídas na PNPIC em 2017 e foram definidas pelo Ministério da Saúde como “prática expressiva corporal que utiliza a dança de roda, o canto e o ritmo para promover a integração humana, o auxílio mútuo e a igualdade visando ao bem-estar físico, mental, emocional e social” (BRASIL, 2018b, p. 41). O bailarino alemão/polonês Bernard Wosien é reconhecido como seu criador, por ter sistematizado danças inspiradas em culturas tradicionais de diversas partes do mundo. Seu livro “Dança: um caminho para a totalidade” (WOSIEN, 2000) é uma das principais referências. Findhorn é uma ecovila na Escócia, considerada o berço das danças circulares sagradas, onde ocorrem os encontros internacionais de difusão das danças, quando participantes se congregam em eventos e depois retornam a seus países com novas propostas de coreografias.

Os grupos de *lian gong* e *qi gong* seguiram sequências pré-determinadas de movimentos simples e suaves, combinados com respiração leve, na forma de uma meditação em movimento. Nas aulas de *qi gong*, as/os profissionais orientaram os movimentos, com falas e demonstrações, e as/os usuárias/os os realizavam em seguida. Percebeu-se que os movimentos foram praticamente os mesmos nos dois grupos observados, compondo uma sequência básica de oito movimentações. Já nas aulas de *lian gong*, a condução dos movimentos foi dada por uma música, a qual mantinha um som ritmado de fundo enquanto uma voz afirmava o nome do movimento a ser realizado. As/os condutoras/es se posicionavam em frente à turma e todos realizavam os movimentos juntos, em silêncio, conforme a orientação dada pela música. Foram trabalhadas três músicas diferentes em todas as aulas observadas, chamadas de “Treinamento perfumado”: nível um para membros superiores e nível dois para membros inferiores, e “*Lian gong* 18 terapias, exercícios para a saúde”. As aulas desses cinco grupos foram sempre iguais, com a repetição destas músicas e, portanto, dos mesmos movimentos. As atividades de *qi gong* e *lian gong* foram realizadas todas na posição em pé e sem material (apenas o *lian gong* com aparelho de som).

O *lian gong* foi definido pelo Ministério da Saúde como “prática corporal chinesa desenvolvida e caracterizada por um conjunto de 3 séries de 18 exercícios terapêuticos e preventivos, que trabalham o corpo desde a coluna até os dedos dos pés” (BRASIL, 2018b, p. 65). Sua criação data dos anos 1970, pelo médico chinês Zhuang Yuen Ming, que combinou antigos exercícios terapêuticos, artes guerreiras tradicionais, técnicas de massagens e manobras manuais com conhecimentos da medicina moderna. O resultado foi um conjunto de exercícios que visam a prevenção e o tratamento de dores no corpo. As oito características principais do *lian gong* são: movimentação global, objetivo específico; mobilizar o *nei fong* (força interna) e obter a percepção sensorial do *qi* (sopro vital); a terapia e o exercício se ajudam mutuamente; terapia para a doença, profilaxia para a saúde; amplitude e abrangência do movimento dependem das articulações; movimento lento, contínuo, equilibrado e natural; coordenação espontânea da respiração com o movimento; exercícios simples e fáceis de executar (LEE, 1997).

Já o *qi gong* é uma prática milenar da tradição chinesa, surgida entre 206 a.C. a 220 d.C., Antigo Império, que consiste na realização do encadeamento de movimentos suaves e precisos combinados com a respiração. O *qi gong* tem diferentes técnicas, mas sempre significa a condução da energia vital ou do sopro vital.

Tanto o *lian gong* quanto o *qi gong* têm o *dao-in* como princípio comum, que significa indução da circulação do *qi* e do sangue, visando o fortalecimento do corpo, da mente e das emoções, por meio de um trabalho persistente e prolongado. Ambos são vinculados à Medicina Tradicional Chinesa e presentes nos serviços de saúde brasileiros desde antes da publicação da PNPIC (BRASIL, 2006a). Sua cosmologia está relacionada aos ensinamentos do Confucionismo, Taoísmo e Budismo, cujos registros ancestrais estão nas obras clássicas *Tao Te Ching*, *I Ching* o Livro das Mutações e *Analectos* de Confúcio. Contudo, enquanto o *qi gong* está mais voltado à tal filosofia, o *lian gong* está mais à fisiologia, sendo até reconhecido como uma “fisioterapia chinesa”.

Os grupos de *yoga* enfatizaram a realização de *ásanas*/posturas, além de elementos de respiração, meditação, mantras e relaxamento. Com exceção de um grupo de *yoga*, que priorizou o canto de mantras e movimentações mais dinâmicas, os demais priorizaram sequências de *ásanas* em fluxo ou permanência: iniciaram as aulas na posição sentada, com orientações do condutor sobre a postura e o contato com a respiração, guiando momentos de silêncio e/ou meditação; em seguida passaram a sequências de posturas variadas, atentando para o alinhamento corporal e a associação do movimento com a respiração e atitude mental; ao final, sempre foi realizado o relaxamento na “postura do defunto”. Ao longo dessas partes da

aula, várias/os condutoras/es mesclaram a explicação das técnicas com ensinamentos provindos da filosofia do *yoga*. Em algumas aulas foi feito canto de mantras, principalmente os mantras “*Om*” e “*Shanti*”, e/ou um tempo curto de oração (de inspiração tradicional indiana ou a cargo das próprias/os usuárias/os em silêncio). Algumas aulas estenderam o tempo de meditação, sendo que um grupo a trabalhou na perspectiva *mindfulness*. As linhas de *yoga* das aulas predominantemente foram *hatha yoga* e sua derivação *iyengar yoga* e um grupo apoiou-se na *swásthya yoga* (o condutor se descreveu como um dissidente desse método). Em todas as aulas observadas vimos a utilização de colchonetes, esteiras, tapetes, tatames ou cangas de praia, materiais que algumas/ns usuárias/os pessoalmente levaram para a aula ou disponíveis nos locais da prática.

O *yoga* foi definido pelo Ministério da Saúde como “prática corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação” (BRASIL, 2018b, p. 127). Estima-se que os princípios do *yoga* foram sistematizados por Patanjali, por volta do século II d.C. São oito: 1) *Yamas* e 2) *Nyamas*, que correspondem a princípios éticos (*Yamas* se referem à disciplina: não violência, veracidade, não roubar, castidade e não cobiçar; *Nyamas* se referem ao autocontrole: pureza, contentamento, ascese, estudo, devoção); 3) *Ásanas*, que são as posturas psicofísicas; 4) *Pranayamas*, que é o controle da respiração; 5) *Pratyahara*, que é o recolhimento dos sentidos; 6) *Dharana*, que corresponde à concentração; 7) *Dhyana*, a meditação; 8) *Samadhi*, o êxtase, a iluminação, a experiência de unicidade, o propósito final do *yoga*, que seria a eliminação do sofrimento, a contenção das flutuações da consciência (FEUERSTEIN, 2006). A cosmologia desta prática está vinculada ao Hinduísmo e seu registro histórico está nos *Vedas*, antigas escrituras indianas, sendo o *Baghavad Gita* um dos textos clássicos mais difundidos no ocidente, além dos *Yoga Sutras* de Patanjali. Existem muitas vertentes de *yoga*, de modo que a apropriação da filosofia e da prática tem se dado de diferentes modos da Antiguidade aos dias atuais.

Observamos que, em comum, os grupos das quatro diferentes práticas preservaram uma atmosfera de harmonia e tranquilidade, sendo, por vezes, os grupos de dança mais descontraídos e os das outras práticas, mais silenciosos durante a execução das atividades. Vimos que as aulas enfatizaram a realização da movimentação corporal, conforme as características peculiares de cada prática corporal integrativa, sem espaços de fala para as/os usuárias/os como parte da organização da rotina das aulas, com poucas exceções na parte final dos grupos de danças circulares e alguns momentos em grupos de *yoga*. As/os usuárias/os das atividades assumiram uma postura de concentração e, em geral, todas/os realizaram as séries de atividades propostas, com poucas necessidades de adaptações de movimentos.

Do ponto de vista das/os condutoras/es, as/os que falaram mais foram as/os de *yoga*, orientando a execução dos movimentos, com menor ou alto teor de detalhes sobre o alinhamento corporal e a relação com a respiração; seguidas pelas/os de danças circulares e *qi gong*, com explicações e demonstrações dos movimentos. As/os profissionais de *lian gong* e danças circulares foram guiadas/os pelas suas respectivas músicas. No caso das danças, apesar do ambiente mais descontraído, as/os condutoras/es explicavam os passos quando necessário, mas a regra foi não falar durante a dança. No caso do *lian gong*, a prioridade era da música como guia dos movimentos, sem, praticamente, nenhuma interferência das/os condutoras/es. Para além da orientação dos movimentos e da sequência da aula, o conteúdo das falas das/os profissionais, em alguns casos, envolveu também mensagens relacionadas aos saberes tradicionais das práticas e sua filosofia, de cunho reflexivo, positivo e/ou associadas a espiritualidade, além de recados sobre atividades extras e do Centro de Saúde.

As atividades realizadas pelos grupos, em geral, foram registradas no Info Saúde na forma de RAC (Registro de Atividade Coletiva) e a maioria das/os condutoras/es fez a chamada, registrando as presenças das/os usuárias/os nos encontros. Na maior parte das visitas, as/os condutoras/es afirmaram que os grupos são reconhecidos pelos Centros de Saúde e que as/os colegas encaminham usuárias/os de suas consultas para os grupos; contudo, também disseram que os grupos são abertos para quem quiser participar, bastando apenas chegar.

Quanto à história dos grupos, escutamos das/os condutoras/es de que são iniciativa delas/es próprias/os, cujo interesse por atuar com as práticas corporais integrativas se deu mediante realização de cursos de formação paralelos ou oficinas oferecidas pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, provavelmente nos processos de sensibilização das unidades de saúde promovidos pela CPIC/SMS já mencionados. Alguns relatos, principalmente das professoras de Educação Física, deram conta de que os grupos foram tomando o perfil da prática corporal integrativa ao longo do tempo, pois o que existia antes eram propostas de atividades físicas/práticas corporais, como caminhadas, alongamentos, etc, e a/o profissional foi inserindo as PICS, até que o grupo assumiu na íntegra aquela prática. Outros grupos já nasceram diretamente com a proposta da própria prática corporal integrativa. Encontramos grupos recém-iniciados, sendo mais jovem um de *qi gong*, com duração de dois meses. E grupos mais antigos, sendo o mais velho um de *yoga*, com existência de oito anos.

3.4.2. Imersão nos grupos:

Após conhecer todos os grupos em andamento, três foram escolhidos para uma imersão, a qual durou aproximadamente nove meses, caracterizada por acompanhamento semanal das atividades, rodas de conversa e entrevistas individuais.

Os critérios para escolha dos grupos foram os seguintes: que cada grupo fosse de uma prática diferente, que os grupos fossem ofertados semanalmente, que tivessem o maior número de usuárias/os, que fossem conduzidos por uma/um profissional do serviço, que tivessem horários e locais que pudessem ser conciliados com o deslocamento da pesquisadora, e que mostrassem receptividade e interesse em integrar a pesquisa. Foram excluídos, portanto, os grupos com ofertas quinzenais ou maior distância de periodicidade, os grupos com menos usuárias/os e os grupos conduzidos por residentes ou voluntárias/os. Buscaram-se grupos de práticas distintas – para que a tese pudesse ser representativa de um conjunto de práticas –, que apresentassem certa consolidação do trabalho realizado, estimada pelo tempo de existência do grupo e periodicidade das aulas, grande frequência de participantes e condução de profissionais com vínculo estável no serviço.

Ao final, foram escolhidos: um grupo de *yoga*, um de *lian gong* e um de danças circulares, aqueles que tinham o maior número de usuárias/os no dia da visita de observação do mapeamento inicial. Coincidiu que os três grupos que atenderam a esse critério eram ofertados semanalmente, conduzidos por profissionais do serviço, os horários não se chocavam e tinham disponibilidade para integrar a pesquisa. Os dois grupos de *qi gong* mapeados foram excluídos porque um deles tinha pouco tempo de existência e apenas 2 usuárias/os e no outro a profissional responsável estava prestes a sair em licença maternidade.

O grupo de *yoga* escolhido era conduzido por um médico do centro de saúde e uma voluntária com graduação em nutrição, e ocorria uma vez por semana, com duração aproximada de uma hora e meia, em um salão de uma espécie de clube que realiza diversas atividades culturais na região. Em geral, a dinâmica das aulas iniciou com a nutricionista conduzindo uma prática de meditação inspirada nas técnicas *mindfulness*; em seguida todos entoavam o mantra *OM* e o médico conduzia sequências de *ásanas*/posturas associadas à respiração e à atitude mental; ao final ocorria o relaxamento; a aula era finalizada com o mantra *Shanti*, uma oração e a saudação *Namastê*. Em meio às orientações das técnicas de meditação, respiração, *ásanas*, mantras e relaxamento, inseriam-se falas relacionadas à filosofia do *yoga* e da meditação, além de metáforas de situações do dia a dia à luz desses ensinamentos. O grupo existe há mais ou menos dois anos e tem média de 30 usuárias/os por aula, de perfil bastante heterogêneo (a maioria são mulheres, sendo jovens, meia idade e idosas, mas também há presença de homens e crianças).

O grupo de danças circulares escolhido era conduzido por uma professora de Educação Física (profissional do NASF), uma enfermeira (concursada nesse centro de saúde) e uma voluntária, com graduação em Biologia e Enfermagem. Ocorria uma vez por semana com duração de uma hora e meia no auditório do Centro de Saúde e tem a existência de mais ou menos 3 anos, com frequência média de 15 usuárias/os por aula, todas mulheres com mais de 49 anos e uma criança de 10 anos. A dinâmica das aulas consistia na realização de danças em roda, de mãos dadas ou não, com músicas de ritmos e tradições culturais diversas e sequências de passos de diferentes complexidades. As aulas iniciavam com uma dança saudação, sorteio das cartas dos anjos e apresentação das/os usuárias/os; passavam às sequências de danças e terminavam com um círculo fechado com mensagens finais. As/os três condutoras/es se revezavam na condução das danças durante a aula e cada uma/um explicava e demonstrava os passos. Em alguns casos, as/os usuárias/os já conheciam a dança e saíam direto dançando. O ambiente era descontraído, mas durante a dança, em geral, mantinha-se uma postura de concentração e, mesmo que errassem os passos, a roda harmonizava as diferenças e todas seguiam dançando.

O grupo de *lian gong* ocorria em um salão anexo a um campo de futebol, duas vezes por semana, com duração de uma hora, sob condução de uma professora de Educação Física (profissional do NASF), responsável por dar a aula, e acompanhamento de uma ACS, que organizava a chamada e auxiliava na demonstração de movimentos. Todas as aulas seguiam exatamente a mesma sequência de exercícios, orientada por duas músicas de “Treinamento Perfumado” e uma de “*Lian gong* em 18 terapias: exercícios para a saúde”. A/o profissional se posicionava sobre o palco e todas/os realizavam os movimentos juntos, em silêncio e concentração. O perfil de usuárias/os foi composto por maioria mulheres de meia idade e idosas, mas também houve presença de alguns homens idosos.

O período de imersão nesses três grupos durou de outubro de 2017 a junho de 2018, sendo que neste intervalo ocorreram férias de final e início de ano, além da greve dos caminhoneiros e a greve dos trabalhadores municipais da saúde e da educação com a pauta contrária à implantação das Organizações Sociais nos serviços públicos. Cada grupo organizou seu calendário a sua maneira diante desses eventos e a participação da pesquisadora se adequou às datas de ocorrência das aulas.

3.4.2.1. Observações:

Durante a imersão, foram realizadas 48 observações, sendo 12 no grupo de danças circulares, 17 no grupo de *yoga* e 19 no grupo de *lian gong*. A observação realizada ao longo da pesquisa foi do tipo participante, a qual indica um processo onde o observador se faz presente em uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. Segundo Minayo (2008), neste tipo de observação, o observador é parte do contexto e está junto dos observados e, ao participar da vida deles, colhe dados, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.

A realização das observações participantes foi um processo construído duplamente pela pesquisadora e pelos sujeitos envolvidos e demandou sensibilidade e empatia, além do reconhecimento da pesquisadora por parte do grupo. Os momentos de entrada em campo e a definição do papel da pesquisadora no grupo demandaram atenção e diálogo, inicialmente com as/os condutoras/es dos grupos e em seguida com suas/seus usuárias/os, sendo que se buscou que todos estivessem cientes da realização da pesquisa desde o início dos trabalhos. Obviamente que a dinâmica de entrada e saída de participantes dos grupos ao longo do tempo nem sempre permitiu que todos fossem informados da pesquisa, contudo, periodicamente a presença da pesquisadora foi comentada nos grupos, reafirmando seu papel naqueles espaços.

A construção dos vínculos e da participação da pesquisadora nos grupos se deu de diferentes formas em cada um dos três grupos. Nos grupos de danças circulares e *lian gong*, ela foi convidada a fazer as aulas junto com as turmas e, então, as observações foram integradas à participação nas atividades. No grupo de *yoga*, foi permitido realizar a observação sentada ao fundo do salão. Esses diferentes modos de observar os grupos foram interessantes: as aulas de *yoga* apresentaram maior diversidade de propostas de dinâmicas e densidade de falas das/os condutoras/es, o que exigia um olhar com maior detalhamento para dar conta de perceber e registrar as atividades e como eram realizadas pelos participantes. No grupo de danças, o argumento utilizado no convite para a execução foi de que, para compreender realmente essa prática, era preciso a vivência; então, dançar com o grupo, além de permitir vivenciar no corpo as danças, possibilitou interações informais na descontração do grupo, que também foram geradoras de dados para a pesquisa. No grupo de *lian gong*, pelo fato de os movimentos serem sempre os mesmos, realizados de forma contínua e repetitiva, foi possível estar em movimento e, ao mesmo tempo, estar atenta aos participantes, pois, na condição de pesquisadora, a prioridade estava na observação e, portanto, o foco foi alterado para o externo, ao invés de manter a introspecção proposta originalmente pela prática.

Minayo (2008) apresenta um debate teórico a respeito do tema da participação do pesquisador em diferentes linhas de pensamento e suas influências na construção do trabalho

de campo, onde ela indica como possibilidades: o participante total, o participante como observador, o observador como participante e o observador total. Segundo ela, cada um desses papéis é potencialmente útil e se dá num *continuum*, nas condições efetivas do trabalho de campo, contudo, privilegiar a dimensão participante favorece a captação dos sistemas de símbolos que dão significado ao que as pessoas pensam e fazem.

Seguimos as orientações da autora e respeitamos o vínculo da *Grounded Theory* com o interacionismo simbólico. A produção de dados, portanto, privilegiou os papéis interativos participantes, que podem ser assim descritos, de modo sucinto: o participante como observador (imerso na comunidade, mas identificado como pesquisador pelas pessoas); e o observador como participante (que está com a comunidade em eventos específicos, como fazer entrevistas ou assistir eventos). A produção de dados nas observações foi registrada em diário de campo e se deu, principalmente, pelos processos de interação, na busca pelos significados apreendidos que foram sendo codificados como símbolos pelas pessoas e que foram compartilhados no grupo.

3.4.2.2. Rodas de conversa com usuárias/os:

Após cerca de três meses de acompanhamento semanal dos grupos, foi proposto a suas/seus condutoras/es a realização de uma roda de conversa com as/os usuárias/os, com objetivo de dialogar sobre as contribuições das aulas para a saúde dos participantes. “As Rodas de Conversa consistem em um método de participação coletiva de debate acerca de determinada temática em que é possível dialogar com os sujeitos, que se expressam e escutam seus pares e a si mesmos por meio do exercício reflexivo” (MOURA; LIMA, 2014, p.101). Segundo as autoras, um dos objetivos das rodas de conversa é de socializar saberes e implementar trocas de experiências e de conversas entre os envolvidos, na perspectiva de construir e reconstruir novos conhecimentos sobre a temática proposta. No caso da pesquisa, interessava naquele momento ouvir as pessoas sobre quais mudanças perceberam em sua vida e saúde após terem começado a frequentar as aulas de *yoga, lian gong* ou danças circulares.

Estes momentos foram programados junto com as/os condutoras/es dos grupos. Agendamos as datas e as características de cada grupo exigiram o planejamento de uma dinâmica diferente para cada momento, uma vez que essa metodologia demanda um ambiente propício para o diálogo, em que as pessoas possam se sentir a vontade para partilhar e escutar, de modo que o que for conversado seja relevante para o grupo e suscite a atenção na escuta (MOURA; LIMA, 2014). Preparar esse ambiente foi um desafio, sobretudo diante do grande

número de usuárias/os que frequentava os grupos de *yoga* e *lian gong*, o que demandou algumas estratégias em forma de dinâmicas para favorecer o diálogo. Para Moura; Lima (2014), as colocações de cada participante são construídas por meio da interação com o outro, seja para complementar, discordar, seja para concordar com a fala imediatamente anterior.

A organização nos três grupos contou com o anúncio da atividade para as/os usuárias/os, as aulas iniciaram com um tempo de prática e depois a roda de conversa, finalizada com um lanche. Todas as atividades foram filmadas (vídeo com máquina filmadora), gravadas (áudio com gravador) e fotografadas (imagem com câmera de celular) e posteriormente foi feita a transcrição das falas para o formato de texto. A duração de cada roda foi de, aproximadamente, uma hora.

Em 20 de novembro de 2017, realizamos a roda de conversa no grupo de danças circulares. Estiveram presentes 13 usuárias/os. A aula iniciou com 30 minutos de danças e a hora final foi cedida para realização da roda de conversa. As/os condutoras/es do grupo optaram por não acompanhar o diálogo, acreditando que assim as/os participantes ficariam mais à vontade para se expressar. Devido ao número de usuárias/os, a roda de conversa pôde iniciar diretamente com as perguntas previstas. Inicialmente foram apresentados a pesquisa e o objetivo da conversa e cada uma disse seu nome. A pergunta disparadora da roda foi a seguinte: o que vocês perceberam que mudou nas suas vidas depois que vocês passaram a vir nas aulas? Como desdobramentos, também perguntamos ao longo da conversa: Depois de frequentar as aulas, vocês passaram a fazer algo diferente na sua rotina? Com relação à saúde, vocês acham que teve alguma mudança? Como vocês se posicionam quando alguém fala mal do SUS? A participação nas respostas foi expressiva e todas as pessoas presentes se manifestaram. Ao final, as/os condutoras/es do grupo retornaram e finalizamos as atividades com um lanche coletivo.

Em 27 de novembro de 2017, realizamos a roda de conversa no grupo de *yoga*. A aula iniciou com práticas de meditação e ásanas durante cerca de 40 minutos e depois foi realizada a roda de conversa. Estiveram presentes 52 usuárias/os. O elevado número de participantes exigiu uma dinâmica para desenvolvimento da atividade. Após apresentar a pesquisadora e a pesquisa, a turma foi dividida em cinco grupos, onde os participantes deveriam discutir entre si sobre a seguinte questão: o que vocês perceberam que mudou nas suas vidas depois que vocês começaram a frequentar esse grupo de *yoga*? Após cerca de 15 minutos de conversa nos pequenos grupos, passamos ao segundo momento, no qual uma pessoa de cada grupo foi convidada a falar para a turma uma espécie de resumo sobre o que foi discutido no pequeno grupo, com complementação dos colegas. Depois que cada grupo se manifestou, a palavra foi aberta a todos os participantes e buscamos mais detalhes nas respostas, desdobrando a pergunta

inicial com outra questão: O que vocês aprenderam aqui nas aulas sobre o corpo e a saúde de vocês que vocês conseguem levar para o cotidiano, para o dia a dia? A última pergunta foi: como vocês se posicionam quando alguém fala mal do SUS? O grupo foi muito participativo e a grande maioria dos presentes se manifestou no grande grupo. As/os condutoras/es do grupo integraram a atividade, ajudando na organização da turma, e agradeceram pelo momento, entendido como um *feedback* importante para seu trabalho. Ao final, comemoramos o aniversário do condutor do grupo e a atividade com um lanche coletivo.

No dia 30 de novembro de 2017, realizamos a roda de conversa no grupo de *lian gong*. Nesse grupo, a condutora optou por fazer a aula completa e a roda de conversa ocorreu então depois, com acompanhamento da ACS. Estiveram presentes 24 usuárias/os. Neste grupo, a dinâmica consistiu em dividir a turma em duplas para conversarem sobre a pergunta: o que você percebeu que mudou na sua vida depois que você começou a fazer aula nesse grupo? Após cerca de 10 minutos de conversa, pediu-se que pelo menos uma pessoa de cada dupla falasse um pouco sobre o que conversaram. O próprio grupo sugeriu que seguissem as falas em ordem e, assim, todas as pessoas deram seu depoimento. Por último, foi perguntado ao grande grupo como se posicionavam quando alguém fala mal do SUS. Nos minutos finais as pessoas começaram a sair e encerramos a atividade com um lanche coletivo com quem permaneceu até o final.

As três rodas de conversa foram momentos muito ricos de produção de dados a partir da escuta das/os usuárias/os, que tiveram protagonismo total na atividade.

3.4.2.3. Roda de conversa com condutoras/es dos grupos:

No dia 13 de dezembro de 2017 foi realizada uma roda de conversa com as/os condutoras/es dos grupos, com dois objetivos: contribuir na construção do conceito de práticas corporais integrativas e discutir sobre as contribuições destas práticas para a saúde. Propusemos à coordenação da CPIC/SMS a oferta dessa atividade como uma ação formativa com as pessoas que trabalham com as práticas corporais integrativas em Florianópolis-SC. A proposta foi aceita e o planejamento foi feito em conjunto com uma representante da CPIC/SMS, contando, inclusive, com certificação da SMS para os participantes. Tomando como referência o mapeamento dos grupos, acessamos o contato de todas/os as/os 19 condutoras/es e enviamos um convite via email da CPIC/SMS para participação na atividade. Sete condutoras/es compareceram na roda de conversa, feita no auditório do Parque Ecológico do Córrego Grande, das 14h às 17h30.

A dinâmica da atividade foi dividida em três momentos. O primeiro foi de apresentação, da pesquisadora, das pessoas e da pesquisa, bem como de alguns dados do mapeamento dos grupos. Perguntou-se às/aos profissionais o que tinham interesse em saber sobre as/os usuárias/os dos seus grupos e discutimos uma proposta inicial de questionário a ser aplicado, a fim de que a pesquisa contribuísse com um *feedback* mais direto para os serviços.

No segundo momento, pediu-se que as/os condutoras/es se reunissem de acordo com a prática que conduziam nas unidades de saúde, então tivemos: uma dupla conversando sobre *lian gong* e outra sobre danças circulares e um trio conversando sobre *yoga*. Solicitou-se aos pequenos grupos que respondessem a pergunta: Como vocês explicariam o que é essa prática para alguém que não conhece? Após cerca de 15 minutos de troca de ideias, cada grupo apresentou a sua prática aos demais. Depois, perguntou-se ao grande grupo: o que vocês acham que estas práticas têm em comum? Para disparar esse tópico, foi projetada a imagem de uma nuvem de palavras construída com auxílio do software NVivo. O conteúdo dessa imagem foi produzido a partir das respostas das/os condutoras/es dos grupos a uma pergunta informal feita a eles no momento da visita de observação do mapeamento inicial dos grupos. Naquela ocasião, foi perguntado a um dos responsáveis de cada grupo se conhecia outras práticas além daquela com a qual trabalhava. Todos disseram que sim, então se perguntava em seguida: e o que você acha que elas têm em comum? As respostas foram anotadas no caderno, junto ao roteiro de observação. Essas respostas foram sistematizadas com a frequência de palavras no NVivo e a projeção dos resultados na forma de nuvem de palavras no momento da roda de conversa serviu como disparador da discussão sobre o que dá sentido de unidade a esse conjunto de práticas. Dialogamos uma hora e meia, mais ou menos, sobre esse tema.

Realizamos um intervalo com lanche e bate papos e retomamos os trabalhos para o terceiro momento, que durou cerca de 40 minutos, com a discussão no grande grupo da questão: no que vocês acham que estas práticas contribuem para a saúde? Todos os presentes foram muito participativos e a roda de conversa gerou um rico conjunto de dados para a pesquisa.

3.4.2.4. Entrevistas individuais com usuárias/os:

De janeiro a março de 2018 foram realizadas entrevistas individuais com usuárias/os dos três grupos escolhidos para imersão. Os sujeitos entrevistados foram selecionados no decorrer do trabalho de campo, seguindo as indicações da amostragem teórica prevista na *Grounded Theory*, conforme já expusemos acima.

Tentamos identificar usuárias/os para os/as quais a participação nos grupos de práticas corporais integrativas fosse algo marcante, mais próximo constituinte da experiência e não apenas da vivência. Para tal, partimos do entendimento de que a frequência/tempo de presença no grupo seria um indicador interessante. Assim, no final de 2017, foi solicitado às/aos condutoras/es desses grupos que indicassem de três a cinco nomes de usuárias/os mais antigas/os no grupo.

De posse de cinco indicações de cada grupo, foi feito convite às/aos respectivas/os usuárias/os para responder a entrevista. Uma usuária do grupo de *yoga* se recusou a responder, sob justificativa de que não estava mais tão frequente no grupo e, portanto, acreditava que outra pessoa poderia representar melhor essa função. Outro nome foi cogitado para substituí-la. Um usuário do grupo de *lian gong* se recusou a responder, por não ter disponibilidade de horário, e a condutora então indicou outra pessoa que aceitou.

Ao final, o total de quinze pessoas responderam as entrevistas, sendo cinco de cada grupo. As entrevistas foram agendadas individualmente e ocorreram em diferentes horários (antes, depois das aulas ou horários específicos) e locais (no interior dos centros de saúde, na casa das/os usuárias/os, no local das aulas ou arredores). Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

Demos preferência ao tipo de entrevista semiestruturado, por possibilitar o desdobramento de questões ao longo da entrevista, permitindo explorar alguma questão pertinente ao estudo junto a pessoa entrevistada, mesmo que não tenha sido previamente prevista, conforme as orientações de Minayo (2008). Um roteiro de perguntas foi formulado para a entrevista e contou com 12 questões sobre a participação da pessoa no grupo e suas relações com a saúde, bem como sobre o sentido das aulas para a vida. A duração das entrevistas variou entre 16 minutos e uma hora e 15 minutos.

3.4.3. Retorno aos grupos:

Conforme o princípio da comparação constante, a análise dos dados ocorre concomitantemente a sua produção/coleta. É premissa da *Grounded Theory* que as categorias formuladas a partir dos dados retornem ao campo empírico para confrontação. Antes de apresentar com mais detalhes como procedemos a análise dos dados, destacamos a realização de retornos ao campo de pesquisa. O retorno se deu com distintas intenções, a partir de diferentes necessidades e, ainda, foram produzidos outros instrumentos e procedimentos de pesquisa.

Uma das razões para retorno ao campo foi traçar o perfil das/os usuárias/os, o qual se fez necessário para dar conta das diferenças socioeconômicas percebidas entre os grupos e que certamente influíram nas respostas e significações sobre as práticas. Assim, retornamos a todos os grupos inicialmente mapeados para aplicar um questionário de perfil às/aos praticantes, com objetivo de cruzar estes dados com os das entrevistas e observações.

Outra razão de retorno ao campo foi a realização de entrevistas com as/os condutoras/es dos grupos, a partir da necessidade de compreender qual seu perfil profissional e como sustentam e organizam as aulas. Embora o foco da pesquisa estivesse nas/os usuárias/os, entendemos que eles significam suas experiências também na mediação com os/as profissionais, então se fez importante relacionar discursos de condutoras/es e usuárias/os sobre o mesmo tema, por exemplo, as contribuições das práticas corporais integrativas para a saúde. Portanto, considerar como os/as profissionais organizam e conduzem as ações fez parte da moldura de compreensão das experiências das/os usuárias/os.

Por fim, destacamos o retorno aos grupos para confrontação dos enunciados sobre o conceito de práticas corporais integrativas. Após os dois primeiros processos de codificação dos dados conceituais, redigimos 72 enunciados sobre as práticas corporais integrativas e retornamos a todos os grupos para assistir as aulas e apreciar se cada enunciado era capaz de explicar o que estava sendo observado. Esse movimento de pesquisa será descrito em detalhes em seção adiante, referente à formulação do conceito de práticas corporais integrativas.

Para o mesmo objetivo, de formulação do conceito de práticas corporais integrativas, mais um momento de confrontação de dados foi realizado entre os meses de novembro de 2018 e abril de 2019, com retorno ao campo. O conceito elaborado na pesquisa foi submetido à apreciação de usuárias/os e profissionais do serviço, bem como de representantes externos com *expertise* na área.

3.4.3.1. Questionários com usuárias/os:

Na reta final do trabalho de campo, de maio a julho de 2018, foi realizado um retorno a todos os grupos mapeados inicialmente para aplicação de um questionário, com objetivo de traçar o perfil das/os usuárias/os das práticas corporais integrativas de Florianópolis-SC. O questionário contou com uma pergunta aberta sobre as contribuições das aulas para a saúde. As demais foram perguntas objetivas fechadas sobre a participação no grupo, informações de sexo, idade, cor da pele, escolaridade, uso do SUS, naturalidade, ocupação, renda individual e familiar.

A construção do questionário foi desafiadora e esta proposta levantou muitas indagações quanto a sua viabilidade, uma vez que seria acessada uma grande quantidade de usuárias/os e houve dúvidas sobre como garantir o preenchimento das perguntas. A tentativa foi de que o máximo de pessoas preenchessem os questionários, contudo, contamos com as pessoas que estiveram presentes no grupo no dia da visita, sendo nem sempre possível acessar os faltantes. A estratégia utilizada consistiu em conversar com a/o condutora do grupo antes da aula e solicitar cerca de 10 minutos para aplicação do instrumento. Grande maioria cedeu este tempo no final da aula e alguns no início, quando os questionários e as canetas foram distribuídos. Algumas situações surgiram: algumas/ns usuárias/os pediram para levar para casa e trouxeram depois, outras/os levaram e não trouxeram; a pesquisadora ajudou algumas pessoas a preencher, pois estavam sem óculos ou não sabiam ler e/ou escrever, as/os usuárias/os também se ajudaram entre si; algumas/ns condutoras/es de grupos se solidarizaram em ficar com alguns questionários para aplicar aos faltantes, os quais foram entregues depois; nos grupos maiores foi preciso ir mais de uma vez para conseguir maior número de questionários preenchidos.

Esse momento de retorno aos grupos também demandou a reatualização do mapeamento inicial. Observamos que, dos 20 grupos inicialmente encontrados, 16 seguiam em andamento de maio a julho de 2018, período em que foram visitados para aplicação dos questionários. Deixaram de ser realizados dois grupos de danças circulares conduzidos por voluntárias/os, um grupo de *qi gong* conduzido por dois enfermeiros do centro de saúde e um grupo de *yoga* conduzido por uma voluntária.

Dois grupos mudaram de horário e outro de condutor. Também foi possível perceber que novos grupos foram criados, os quais não foram incluídos na pesquisa porque demandariam a realização de um novo mapeamento. Entendemos que trabalhos de mapeamento sempre são provisórios e que para dar andamento à pesquisa dentro do prazo, seria preciso trabalhar com os dados datados do período da coleta de dados.

Ao final dos retornos a todos os grupos, foram respondidos 218 questionários, distribuídos conforme apontamos no quadro abaixo:

Quadro 5: Número de questionários respondidos por grupo de prática corporal integrativa.

	Centro de Saúde	Atividade	Número de Questionários
1	Ingleses	<i>Lian gong</i>	41
2	Lagoa	<i>Yoga</i>	35
3	Rio Vermelho	<i>Lian gong</i>	25
4	Coloninha	Danças circulares	16
5	Armação	<i>Yoga</i>	16
6	Rio Vermelho	<i>Yoga</i>	14

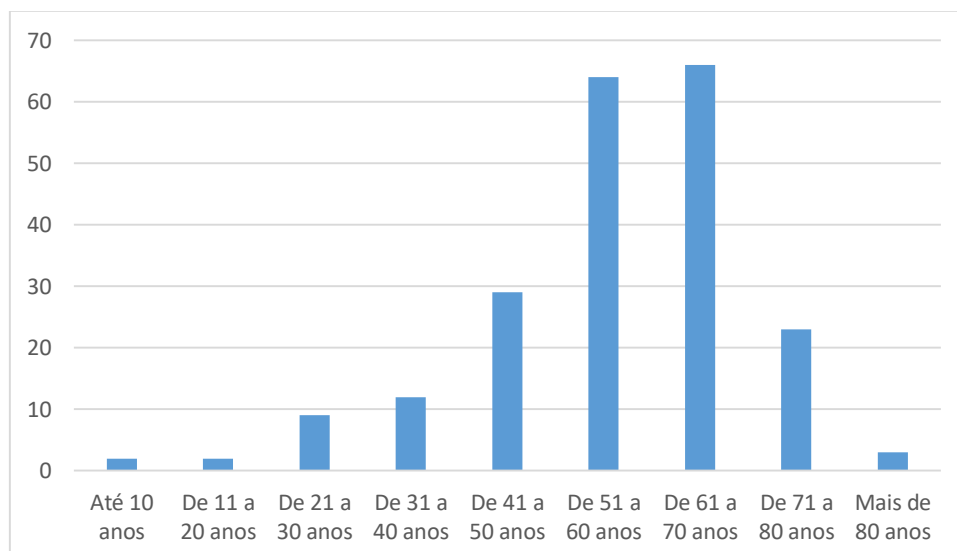
7	Sapé	<i>Lian gong</i>	12
8	Capoeiras	Danças circulares	12
9	Estreito	<i>Yoga</i>	10
10	Pantanal	<i>Yoga</i>	08
11	Morro das Pedras	<i>Yoga</i>	07
12	Monte Cristo	<i>Yoga</i>	07
13	Campeche	<i>Qi gong</i>	04
14	Monte Cristo	<i>Lian gong</i>	04
15	Armação	<i>Yoga</i>	04
16	Santinho	<i>Lian gong</i>	03
			Total: 218

Os dados dos questionários permitiram afirmar que o perfil das/os respondentes, usuárias/os dos grupos de práticas corporais integrativas de Florianópolis-SC, é o seguinte.

As pessoas que participam dos grupos são, em grande maioria, mulheres, de cor branca, de meia-idade ou idosas. Quanto ao sexo, 185 responderam feminino e 25, masculino (08 não responderam). Quanto à cor da pele, 156 pessoas responderam branca, 32 parda/morena, 20 negra e 01 amarela/oriental (09 não responderam).

Sobre a idade, 08 pessoas não responderam. A média de idade das respondentes foi de 56,6 anos, sendo 06 anos a idade da participante mais jovem e 82 anos a idade das duas mais velhas. A distribuição por faixa etária segue no gráfico abaixo.

Gráfico 1: Faixa etária das/os usuárias/os



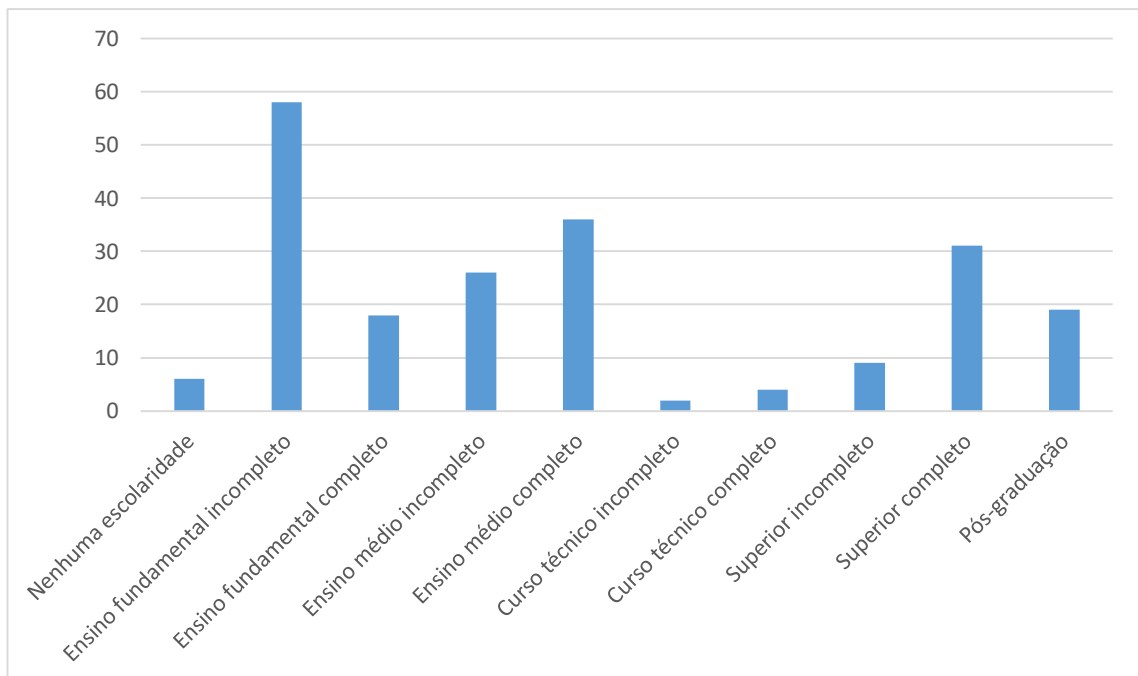
O gráfico mostra que a maior quantidade de participantes se concentra nas faixas de 51 a 70 anos e é válido destacar também a presença significativa de pessoas com mais de 70 anos. Ao mesmo tempo, os dados apontam para a heterogeneidade das faixas etárias e para a

intergeracionalidade, uma vez que é possível encontrar numa mesma turma crianças, jovens, adultos e idosos.

Chamou atenção nos dados de perfil a quantidade de pessoas vindas de fora de Florianópolis-SC que atualmente residem no município, principalmente gaúchos. Vimos que apenas 45 pessoas são naturais de Florianópolis-SC. Sobre os locais de nascimento: 96 nasceram no estado de Santa Catarina, sendo 45 na capital; 72 nasceram em cidades do Rio Grande do Sul; 12 em cidades de São Paulo; 06 em cidades do Rio de Janeiro; 06 no Paraná; 04 em Minas Gerais; 02 na Bahia; 01 no Ceará; 01 no Acre; 01 no Rio Grande do Norte; 01 em Pernambuco; 01 no Maranhão; 04 pessoas nasceram em outros países (Argentina, Uruguai, Cuba e Portugal); 10 pessoas não responderam; e de 01 resposta não foi possível localizar o estado (Salto Barra Nova).

Quanto à escolaridade, 09 pessoas não responderam. Observamos, conforme o gráfico abaixo, que a maioria das respondentes possui ensino fundamental incompleto e que este número de pessoas se aproxima à quantidade de pessoas se somarmos as que têm ensino superior completo e pós-graduação.

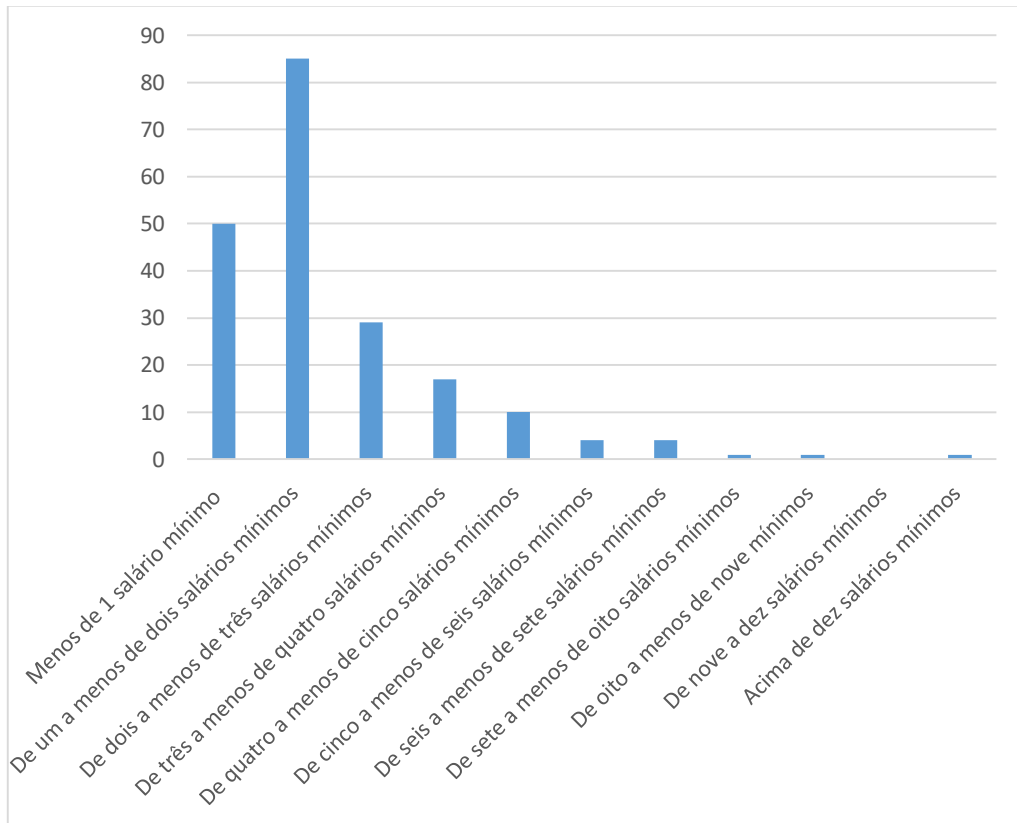
Gráfico 2: Nível de escolaridade das/os usuárias/os



Sobre a renda individual, 16 pessoas não responderam. Vimos que a grande maioria dos respondentes ganha até dois salários mínimos, mas também é possível observar pessoas com

renda mais elevada, chegando até a valor superior a 10 salários mínimos, em virtude de aposentaria militar.

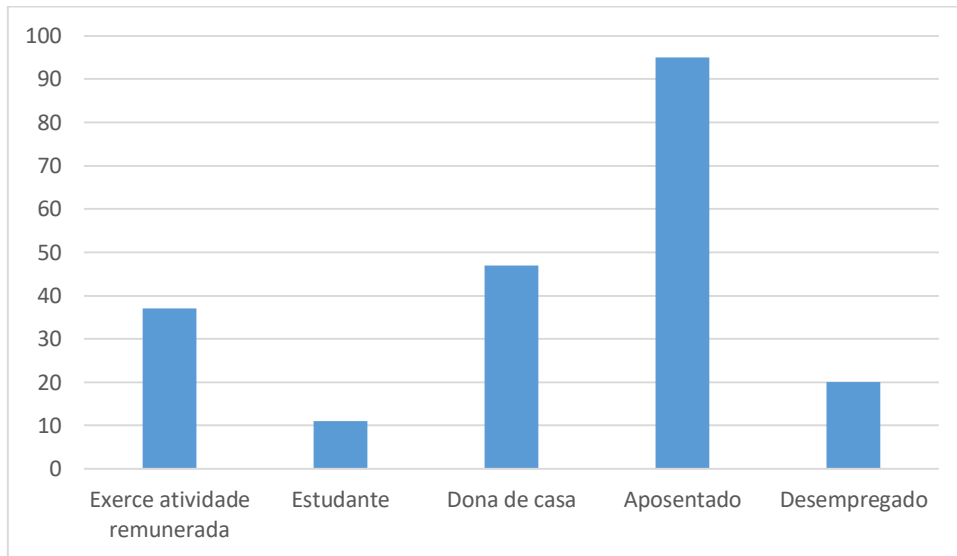
Gráfico 3: Renda individual das/os usuárias/os



Sobre a renda familiar ou renda total da casa (somando ganhos individuais dos respondentes com o das pessoas que moram com ele), 41 pessoas não responderam. A média de renda dos respondentes foi de cerca de 3280 reais, sendo o valor mínimo de zero (no caso das crianças) e o máximo de 20 mil reais.

Com relação à origem da renda, sobre atividade profissional atual, 08 pessoas não responderam. Vimos que a maioria dos respondentes não está trabalhando. Grande parte se encontra aposentado, em geral com um ou dois salários mínimos, é dona de casa, está desempregado ou é estudante. Este dado, de certo modo, coincide com o fato de que a maioria dos grupos acontece em horário comercial, sendo mais acessíveis, portanto, às pessoas que não trabalham ou têm horários flexíveis.

Gráfico 4: Atividade profissional das/os usuárias/os



Sobre as profissões em exercício ou que foram exercidas ao longo da vida, a mais citada foi faxineira/diarista/limpeza/serviços gerais, por 29 pessoas; seguida por 28 pessoas que são/foram donas de casa/do lar, 18 que são/foram professoras e 15 que são/foram cozinheiras/confeiteiras; 10 pessoas trabalham/trabalharam com comércio; 8 são estudantes; 7 estão/atuaram na área de enfermagem; 5 são/foram servidoras públicas e 5 trabalham/trabalharam com vendas. Em número de 4 pessoas cada, foram citadas as seguintes profissões: costureira, hotel (camareira, gerente) e ACS. Em número de 3 pessoas cada foram citadas as áreas de: odontologia, fisioterapia, agricultura, veterinária e cuidado de animais, terapias, artesanato, estética/manicure/cabeleireira, setor imobiliário e pensionistas. Em número de duas ocorrências cada, foram citadas: auxiliar administrativo, oficina mecânica/automóveis, construção civil, secretária/telefonista, carpinteiro, operador de máquinas, cantora, contabilidade, autônomo e aposentadoria por invalidez. As demais profissões citadas foram: vigilante, garçom, eletricista, sargento, nutricionista, aposentada militar, advogada, engenheiro químico, engenheiro de produção, bancária, arquiteta, técnica em radiologia, cuidadora, produtor cultural, radialista, supervisor de fábrica, zelador de hospital, monitora de escola, gerente de RH, financeiro, farmácia, comunicação e “diversos”. Onze usuárias/os não responderam essa pergunta.

Uma quantidade expressiva de pessoas, no total de 152, mencionou que utiliza apenas o SUS, e 56 que usa o SUS e tem também plano de saúde privado (10 não responderam). Este dado indica que boa parte das pessoas é dependente do serviço público de saúde.

Os dados até agora apresentados evidenciam que, em termos de maioria das respostas, as/os usuárias/os de práticas corporais integrativas de Florianópolis-SC são mulheres de meia idade e idosas, de cor branca, vindas de outras cidades, com baixa escolaridade, que não estão trabalhando, pobres e que dependem exclusivamente do SUS.

Contudo, as respostas que apareceram em minoria permitem observar que existe uma heterogeneidade, principalmente de dados socioeconômicos, que parece caminhar em direção a um princípio importante para o SUS: o da universalidade, segundo o qual todos os brasileiros podem alcançar uma ação ou serviço de saúde de que necessitem. Acesso universal, portanto, é para todos: “ricos e pobres, homens e mulheres, velhos e crianças, nordestinos e sulistas, negros e brancos, moradores da cidade e do campo, índios e quilombolas, analfabetos e letrados, independentemente de raça, etnia ou opção sexual” (PAIM, 2009, p.45). Esse cenário corrobora para o enfrentamento da ideia conhecida como “SUS para pobres” (PAIM, 2018) ou de um “SUS pobre para os pobres” (BARROS, 2015).

Quanto ao tipo de prática realizada, encontramos, obviamente, números de praticantes proporcional ao número de grupos identificados no mapeamento inicial, ou seja, maior quantidade de grupos e praticantes de *yoga*, seguido de *lian gong*, danças circulares e, por último, *qi gong*. O quadro abaixo mostra essa distribuição.

Quadro 6: Número de praticantes e grupos por prática corporal integrativa.

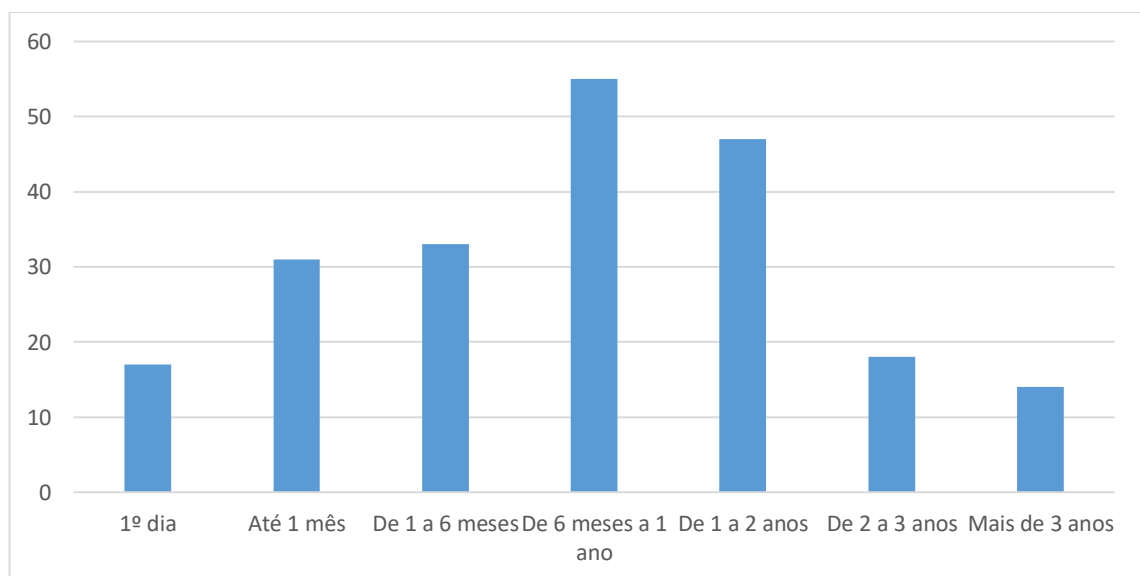
Prática corporal integrativa	Número de pessoas	Número de grupos
<i>Yoga</i>	101	08
<i>Lian gong</i>	85	05
Danças circulares	28	02
<i>Qi gong</i>	04	01
Total:	218	16

A escolha das/os usuárias/os pelas práticas se dá pela oferta existente nos respectivos centros de saúde que as pessoas frequentam em conformidade com seu endereço residencial. Vimos que a oferta e distribuição das práticas corporais integrativas é desigual no município e, portanto, muitas pessoas não têm acesso a estas atividades. Quanto às que têm acesso, vimos que quase todas participam de apenas uma prática/um grupo, com exceção dos centros de saúde Rio Vermelho e Monte Cristo, que oferecem turmas de *yoga* e *lian gong*, nos quais muitos participantes frequentam ambas. Também existe um caso de praticantes que frequentam mais de uma turma da mesma prática, como no centro de saúde Armação, que oferecia dois grupos de *yoga*, com diferentes horários e condutoras/es.

Os dados mostram que há uma concentração das ofertas do município em apenas quatro tipos de práticas, sendo que a PNPIC atualizada em 2018 contém 29 modalidades (BRASIL, 2018), dentre as quais, pelo menos nove delas podem ser consideradas práticas corporais integrativas. Tal oferta municipal é mais um produto da iniciativa individual e identificação pessoal das/os profissionais e voluntárias/os que trabalham com as práticas, e menos o resultado de uma política de formação e educação em saúde ou de contratação de profissionais diversificados, para dar conta da expansão das práticas corporais integrativas no SUS, conforme abordaremos adiante. Isso demonstra certa aleatoriedade no desenvolvimento das práticas, embora com respaldo profissional qualificado, uma vez que todas/os as/os profissionais e voluntárias/os possuem cursos de formação específicos sobre as práticas com as quais atuam, o que também descreveremos em detalhes depois. Nesse aspecto, ainda é válido destacar que a CPIC/SMS já realizou ações de capacitação em práticas como *qi gong* e *yoga* para servidores, no entanto, nem sempre as/os profissionais capacitadas/os nestas formações passaram a desenvolver grupos nos centros de saúde.

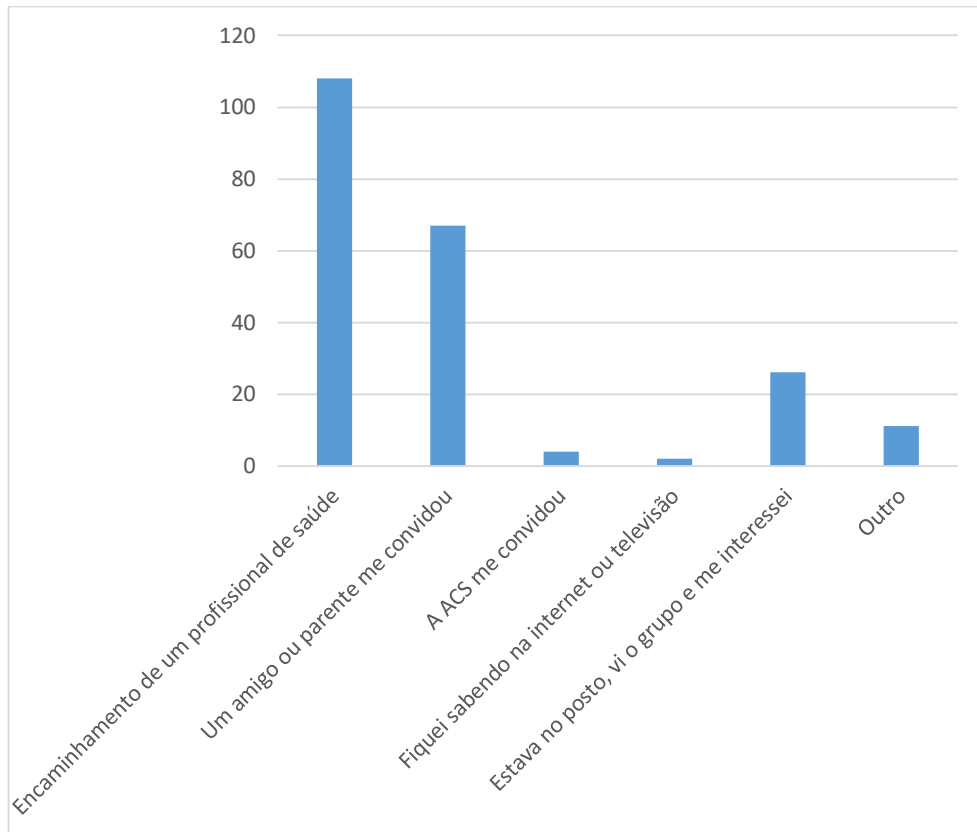
Sobre o tempo de permanência no grupo, três pessoas não responderam. Entre as demais, foi possível ver, conforme o gráfico abaixo, uma frequência expressiva dos participantes, sendo a maioria com mais de 6 meses de prática, incluindo usuárias/os que estão presentes nos grupos desde seu surgimento, o que é um indicador de trabalho consolidado nos grupos. Em contraste, a presença de praticantes recentes indica a abertura contínua dos grupos para receber novos participantes, conforme a dinâmica de cada serviço.

Gráfico 5: Tempo de permanência no grupo.



Os modos como essas pessoas começaram a frequentar os grupos está descrita no gráfico abaixo.

Gráfico 6: Como começou a frequentar o grupo.



A forma mais frequente mencionada pelas/os respondentes foi por meio de encaminhamento de profissional do centro de saúde, com destaque para os médicos como os que mais encaminham para estas atividades. O trabalho das ACS também foi mencionado, com 04 ocorrências. Os dados que mostram que as pessoas ficaram sabendo dos grupos por amigos, parentes, vizinhos, pela televisão, internet ou direto nos centros de saúde (cartazes, passou pela atividade em andamento, ouviu a música, viu o movimento, etc) indicam a abertura dos grupos para a comunidade, dando a entender que alguns recebem pessoas a todo momento, independente de passarem por consulta com a equipe de Estratégia de Saúde da Família do centro de saúde.

Este fato evidencia, nos casos em que o condutor do grupo é um profissional NASF, o NASF como porta de entrada do serviço. As Diretrizes do NASF (BRASIL, 2008) apontam o matriciamento como sua principal função, mas no caso de Florianópolis-SC parecem se sobressair as atividades das/os profissionais diretamente com as/os usuárias/os.

3.4.3.2. Entrevistas com condutoras/es dos grupos:

Concomitantemente à aplicação dos questionários, nas visitas de retorno aos grupos também foram realizadas entrevistas com as/os condutoras/es dos grupos, com objetivo de traçar seu perfil. Em alguns casos, foi possível conversar com eles no final da aula; em outros, foi agendado um horário extra para a entrevista. De maio a julho de 2018, todas/os as/os condutoras/es dos grupos descritos no quadro 4 foram entrevistadas/os, totalizando 14 pessoas. Em algumas situações, a/o mesma/o profissional conduz mais de um grupo, em diferentes centros de saúde, portanto, as perguntas que exigiram especificidade foram feitas sobre cada grupo, separadamente.

Para realização das entrevistas, elaboramos um formulário com perguntas objetivas sobre o perfil profissional, as quais fomos preenchendo em parceria, e perguntas abertas, as quais foram gravadas e depois transcritas (sobre os motivos que os levaram a trabalhar com essas práticas nas unidades de saúde, as dificuldades no seu desenvolvimento, como se prepararam para trabalhar na especificidade das práticas e que contribuições para a saúde dos participantes observam).

As/os condutoras/es dos grupos são, em grande maioria, mulheres, adultas, brancas, nascidas em diversas cidades. Quanto ao sexo, são 12 mulheres e dois homens. A cor branca foi referida por 12 pessoas e a cor parda por duas. As idades variaram entre 24 e 72 anos, conforme distribuição abaixo:

Quadro 7: Faixa etária das/os condutoras/es.

Faixa de idade	Idades específicas	Total de pessoas
20 a 29 anos	24, 26, 26	3
30 a 39 anos	30, 33, 34, 36	4
40 a 49 anos	40, 44, 46	3
50 a 59 anos	50, 51, 58	3
70 a 79 anos	72	1

As/os condutoras/es são provenientes de diferentes estados do sul e sudeste do Brasil. Sete são de Santa Catarina, sendo três nascidas em Florianópolis, uma em Joinville, uma em São José, uma em Tubarão e uma em Urubici. Quatro são do Rio Grande do Sul, sendo três nascidas em Porto Alegre e uma em Cambará do Sul. Duas são de São Paulo, uma da capital e outra de Bragança Paulista. Uma pessoa é de Curitiba, no Paraná.

Sete condutoras/es têm vínculo com o serviço público de saúde via concurso público, sendo quatro contratadas pelos centros de saúde/ESF (duas enfermeiras, um médico e um

técnico de enfermagem) e três contratadas pelos NASF (professoras de Educação Física). Quatro são voluntárias/os e três são residentes.

Todas/os as/os 14 condutoras/es dos grupos possuem ensino superior completo, sendo que alguns possuem mais de uma graduação, e 12 possuem formação em nível de pós-graduação. Além da alta qualificação em nível de graduação e pós-graduação, as/os condutoras/es dos grupos também apresentam formação específica nas práticas corporais integrativas com as quais se propõem a trabalhar. O perfil de formação profissional das/os condutoras/es está detalhado no quadro abaixo.

Quadro 8: Formação das/os condutoras/es.

	Vínculo com o serviço	Graduação	Pós-Graduação	Formação específica
1	Concursado CS	Enfermagem	Mestrado e Doutorado em Enfermagem; Especialização em Saúde da Família e em Saúde Pública	Curso de Formação em Danças Circulares – UNIPAZ; Curso Teoria e Prática em Danças Circulares com Cristiana Menezes; Vários workshops JEROKY; Rodas regulares na UFSC; Prática pessoal
2	Concursado CS	Enfermagem e Educação Física	Especialização em Saúde da Família, em Saúde Pública e em Acupuntura (em andamento)	Curso de Formação em Hatha Yoga; Curso de Aromaterapia e Chakras; Curso de Meditação; Capacitação em Iyengar Yoga
3	Concursado CS	Medicina	Especialização em Saúde da Família e Título de médico de família	Formação em yogaterapia integrativa no Brasil e nos Estados Unidos; Prática pessoal e estudos; Educação Popular; Experiência em Santa Rosa
4	Concursado CS	Educação Física e Técnico de Enfermagem	-	Curso de Instrutor de Yoga; influência dos movimentos Hare Krishna, Anandam Marga e grupos folclóricos de música indiana
5	Concursado NASF	Educação Física e Nutrição	Especialização em Saúde Coletiva e Preceptoria no SUS	Formação Teoria e Prática de Danças Circulares com Cristiana Menezes; Formação de Focalizadora em Danças Circulares – UNIPAZ; Formação em Lian Gong
6	Concursado NASF	Educação Física	Residência em Saúde da Família	Formação em Lian Gong; Certificação em Lian Gong; Encontros anuais
7	Concursado NASF	Educação Física	Especialização em Saúde da Família	Capacitação em Qi Gong e reciclagem; Curso de Formação em Hatha Yoga;

				Aprofundamento em Iyengar Yoga; Encontro sobre Vedanta; Prática pessoal
8	Voluntário	Educação Física	Mestrado e Doutorado em Educação Física	Formação em Yoga; Curso intensivo sobre filosofia do yoga; Aprofundamento em Yoga Sutra
9	Voluntário	Biologia e Enfermagem	-	Curso de Facilitadores das Danças dos Florais de Bach; 3 Cursos de Formação em Danças Circulares (2012, 2013, 2014); Curso de Extensão Universitária “Na roda da dança, encontros com educadores e com a comunidade”; Curso Teoria e Prática no Ensino de Danças Circulares; Aprofundamento em Danças Circulares; Formação Internacional de Danças Circulares Sagradas; Fundamentos da Educação Musical para Danças Circulares; Viagens e encontros de danças circulares no Brasil e no exterior
10	Voluntário	Nutrição	Especialização em Nutrição Clínica, em Nutrição Funcional e em Mindfulness e Mindfuleating	Curso Mindfulness e Mindfuleating; Retiro do Tergar; Prática pessoal e estudos; trabalho em escolas e projetos de meditação e yoga
11	Voluntário	História	Especialização em Educação	Curso de Formação em Hatha Yoga; Peregrinação à Índia; retiros, cursos menores, encontros e palestras
12	Residente	Educação Física	Residência em Saúde Coletiva; Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Curso de Formação em Iyengar Yoga; Formação em Bakti Yoga; Estudos e prática pessoal
13	Residente	Educação Física	Residência Multiprofissional em Saúde da Família	-
14	Residente	Fisioterapia	Residência Multiprofissional em Saúde da Família	-

Vimos que a graduação em Educação Física foi a mais frequente entre as/os condutoras/es dos grupos, com oito ocorrências, seguida da Enfermagem, com três (mais um técnico de enfermagem) e Nutrição, com duas. As demais graduações na área da saúde foram Medicina e Fisioterapia, e também encontramos formações fora da área da saúde, como Biologia e História. Esse quadro mostra um predomínio multiprofissional no trabalho com práticas corporais integrativas, ao encontro do que preconiza a PNPIC, de que qualquer profissional pode atuar com tais práticas.

No que se refere à pós-graduação, as especializações e residências em Saúde da Família, Saúde Pública e Saúde Coletiva tiveram destaque, mostrando o aprimoramento das/os condutoras/es dos grupos para trabalhar no SUS, especialmente os concursados e residentes. Esse dado é importante, tendo em vista a baixa presença destes conhecimentos nos cursos de graduação à época da formação inicial destas/es profissionais. Entre as/os voluntárias/os, vimos que nenhuma possui formação que refere o SUS.

Quando questionadas/os em entrevista sobre como se prepararam para conduzir os grupos de práticas corporais integrativas, foram frequentes as respostas referindo cursos de formação e aprofundamento. O quadro acima demonstra a apurada qualificação das/os condutoras/es do ponto de vista das formações específicas. Como ponto comum entre as respostas, a maioria mencionou sua experiência pessoal com a prática como elemento motivador para o trabalho com as práticas corporais integrativas e como incentivador da realização de cursos de formação. Na maioria dos casos, portanto, os grupos de práticas corporais integrativas foram criados a partir da iniciativa pessoal das/os condutoras/es, da experiência pessoal para o trabalho.

Duas/dois profissionais apresentaram o caminho inverso, ou seja, não foi a prática pessoal que a/os motivou, mas foram alguns limites percebidos no trabalho que as/os levou a realizar alguns cursos. Outras exceções foram duas residentes, as quais não realizaram curso de formação específico. Ambas mencionaram que começaram acompanhando grupos de práticas corporais integrativas, praticando junto nas aulas. Em seguida, os profissionais, principalmente a preceptoria da residência, realizaram uma espécie de curso rápido, passando materiais, apostila, vídeos, para que as residentes pudessem dar continuidade aos grupos, assumindo a condução de aulas.

Os cursos foram pagos com recursos próprios das/os condutoras/es, com exceção de uma capacitação oferecida pela Secretaria de Saúde e uma oportunidade oferecida por escola privada. Comentários do tipo “não foi barato”, “bem cara por sinal”, “tudo pago, muito caro” demonstraram os altos custos arcados pelas/os condutoras/es, o que foi tensionado por algumas/ns. Os dados mostram que o trabalho com práticas corporais integrativas se deve mais à iniciativa pessoal e financeira das/os condutoras/es dos grupos do que a políticas públicas de fomento a estas atividades.

Foi perguntado às/aos condutoras/es se usam o SUS. A maioria afirmou que sim, sendo que seis disseram que usam o SUS e também tem plano de saúde privado e cinco que usam exclusivamente o SUS. Três disseram que dão preferência ao plano de saúde privado.

Quando questionados sobre porquê decidiram trabalhar com tais práticas, grande parte das respostas girou em torno do sentido que percebem para a saúde das/os usuárias/os em sentido amplo e para seu próprio trabalho. Também fez parte das respostas o sentido das experiências pessoais das/os condutoras/es, indicando motivações a partir do que vivenciaram e que gostariam de oferecer a oportunidade destes benefícios a outras pessoas. Outras razões para atuarem com práticas corporais integrativas estiveram relacionadas a diversidade de demandas das/os usuárias/os e das unidades de saúde. Outro conjunto de respostas esteve relacionado com interesses mais particulares das/os condutoras/es dos grupos, como a vontade de fazer algum serviço voluntário e ter uma oportunidade de começar a dar aulas. No caso de duas residentes, o trabalho com as práticas se deu para possibilitar continuidade aos grupos que já vinham acontecendo.

Com relação a renda, os salários dos concursados variam conforme a profissão, de 2700 a 11 mil reais. Em ordem crescente de salário estão nível técnico (aproximadamente 2700 reais), ensino superior em Educação Física (aproximadamente de 3700 a 6200 reais), em Enfermagem (aproximadamente de 7000 a 8400 reais) e em Medicina (aproximadamente 11 mil reais). As/os residentes ganham o valor da bolsa, no total de 3300 reais. As/os voluntárias/os não recebem nenhum tipo de remuneração. Uma voluntária questionou essa condição. Outras reconheceram certas contrapartidas no trabalho que não o dinheiro, como a oportunidade de dar aulas, compartilhar experiências e aprimoramento profissional.

Enquanto as/os voluntárias/os se dedicam apenas a atuação nos grupos de práticas corporais integrativas, as/os residentes se ocupam de toda rotina do serviço, seguindo as orientações dos cursos de residência. Em geral, suas atividades giram em torno do acompanhamento e condução de grupos, acompanhamento das atividades da preceptora, visitas domiciliares, matriciamento, atendimentos individuais, reuniões de preceptoria e da Educação Física e aulas vinculadas a universidade.

Já as/os profissionais concursadas/os e sua remuneração, referem-se a um conjunto de atividades laborais que extrapola a atuação com práticas corporais integrativas na maioria dos casos. Observamos uma diferença na atuação entre os concursados pelos centros de saúde/ESF e os concursados com perfil NASF, sendo que os primeiros têm sua ênfase de atuação profissional em atendimentos individuais, enquanto os segundos priorizam o trabalho em grupos.

Um profissional relatou que, além do grupo de yoga, o trabalho como médico de família é centrado no consultório, em atendimentos individuais, além de ter uma parte de sua carga horária na gestão. As enfermeiras mencionaram que, além dos grupos de yoga e danças

circulares, as demais demandas envolvem: consultas de enfermagem (demanda espontânea ou agendada, mais queixa-conduta), participação em outros grupos (ex. planejamento familiar, gestantes, hipertensos, diabetes), atendimentos com auriculoterapia, supervisão das agentes comunitárias de saúde, trabalho com a equipe (médico e técnico de enfermagem), visita domiciliar, fazer curativos, verificar pressão, administrar medicação (via oral, intramuscular, endovenosa), fazer vacina, teste do pezinho, vigilância da área (controle de gestantes, crianças, vacinas, pacientes com HIV aids, hipertensos, diabéticos, tratamento psíquico, usam insulina, etc), planilhas para ver e discutir toda semana com a equipe, busca ativa, parte burocrática.

Quando questionados sobre o lugar das práticas corporais integrativas em seu fazer profissional, duas/dois profissionais afirmaram que têm um lugar de valoração importante, principalmente porque observam resultados satisfatórios relacionados a saúde, com várias pessoas, ocupando pouca carga horária. Algumas/ns profissionais também falaram que o modo como o serviço está organizado não permite que invistam mais tempo e dedicação às práticas corporais integrativas.

Essa realidade é distinta das/os profissionais concursadas/os via NASF, nas quais a ênfase do trabalho está na condução de grupos. No caso das/os profissionais NASF, o primeiro ponto em comum é que são todas/os professoras/es de Educação Física, o segundo é que sua função principal está colocada em desenvolver grupos em diferentes unidades de saúde. Enquanto as/os profissionais concursadas/os pela ESF atuam em um centro de saúde, estas/es profissionais atendem vários centros de saúde: uma profissional relatou que atua com práticas corporais integrativas em cinco centros de saúde e as outras duas profissionais atuam em quatro.

A maior parte de sua carga horária é dedicada a grupos. Além das práticas corporais integrativas, algumas desenvolvem outros grupos (de atividade física, reabilitação, saúde mental, alongamento, trilhas, etc), fazem atendimentos individuais, auriculoterapia, visitas domiciliares e acolhimentos. Dentre suas atividades, todas/os consideram que o trabalho com práticas corporais integrativas é central em seu fazer profissional.

Tendo em vista a configuração da atuação destas/es profissionais, foi possível observar que seu trabalho está mais próximo das/os usuárias/os do serviço do que das equipes, indicando fragilidades no apoio matricial, considerado o referencial teórico-metodológico que orienta o trabalho do NASF (BRASIL, 2008). Uma profissional relatou trabalho mais integrado com a equipe dos centros de saúde em que trabalha. Já no caso da articulação entre estas/es profissionais do município, na avaliação de uma delas não conseguem ser uma equipe NASF.

Outro ponto polêmico acerca desta organização se refere ao caráter dos grupos. A maioria das/os profissionais e usuárias/os relatou que os grupos de práticas corporais

integrativas são grupos abertos, nos quais as pessoas podem participar sem necessariamente terem passado pelas unidades de saúde. Embora a maioria das/os usuárias/os comece a frequentar os grupos por encaminhamento de profissionais da unidade, muitos chegam ao grupo por outros meios, como a convite de alguém ou por ter visto alguma divulgação do grupo, conforme vimos no perfil das/os usuárias/os apresentado anteriormente. Nesse sentido, quando não há vinculação inicial com a unidade de saúde, os grupos acabam se constituindo como porta de entrada do serviço.

Sobre a relação do trabalho com as equipes, a atuação das/os voluntárias/os merece ser discutida. O fato das/os voluntárias/os se dedicarem apenas aos grupos, em alguns momentos gera um trabalho desvinculado da unidade de saúde e da equipe multiprofissional. Isso muda no caso do voluntário que acompanha ou é acompanhado por um profissional do serviço, mas quando a/o voluntária/o atua sozinho e, especialmente, quando a atividade ocorre fora da unidade da saúde, o trabalho fica isolado e sem diálogo com as equipes.

Uma das formas de expressão dessa situação é o registro. Quando perguntado se as atividades são registradas nos centros de saúde, todas/os as/os voluntárias/os afirmaram não realizar esta tarefa, principalmente sob argumento de que se trata de um trabalho voluntário. O registro dos grupos nas unidades de saúde é realizado pelas/os profissionais e residentes, com exceção de um grupo no qual o profissional assumiu que não faz registro e reconheceu que é uma das maiores deficiências do trabalho, por não dar visibilidade. Todos realizam o mesmo procedimento de registro: é feito no InfoSaúde, RAC (registro de atividade coletiva), com a frequência das/os usuárias/os e o tipo de atividade. Lança-se o nome das/os usuárias/os presentes em cada data do grupo e automaticamente vai para o prontuário de cada pessoa que ela participou da atividade.

Não há um acompanhamento individualizado por usuária/o, apenas consta em seu prontuário a presença no grupo. Foi relatado que um registro individual é feito quando ocorre alguma situação específica que mereça destaque durante a aula, se a pessoa vem conversar sobre assunto específico ou se a/o usuária/o fica no final para fazer auriculoterapia, o que gera conversas e permite identificar demandas. Apenas um profissional relatou que evolui todos os prontuários, mas não deixou claro com que periodicidade faz isso.

Algumas/ns profissionais mencionaram que já fizeram e demonstraram interesse em realizar alguma avaliação mais individualizada ou outros tipos de registro. Contudo, apontaram dificuldades para realizar estes acompanhamentos, principalmente pelo número elevado de usuárias/os e os limites para acompanhar cada um individualmente, bem como entrar em cada

prontuário específico no sistema, falta de computador disponível e o fato de a atividade ocorrer fora da unidade.

As dificuldades encontradas para realização dos grupos também foi questão perguntada às/aos condutoras/es dos grupos. O item mais mencionado foi espaço físico, especificamente o tamanho dos auditórios dos centros de saúde, que não comporta o número de pessoas do grupo e cujo mobiliário limita ainda mais o uso do espaço. Uma pessoa também comentou sobre o auditório ser um espaço compartilhado com outras atividades do centro de saúde e nem sempre são respeitados os horários. Algumas/ns profissionais falaram das tentativas de buscar espaços da comunidade para realizar as atividades, o que é, de fato, o mais indicado conforme políticas do SUS, mas nem sempre foi possível consolidar essas parcerias. Algumas/ns mencionaram a carência de materiais, principalmente colchonetes, e também mantas e bloquinhos de yoga, além de aparelho de som.

Algumas/ns voluntárias/os abordaram como dificultosa a questão financeira e os gastos que tem que arcar para desenvolver as atividades. Mesmo para as/os profissionais, que recebem salário, a questão financeira também apareceu como dificuldade, principalmente para aprimoramento da formação específica, realizar atualizações, fazer cursos.

Algumas/ns condutoras/es mencionaram a relação com recursos humanos, como a carência de outras/os profissionais envolvidas/os. Duas/dois profissionais demandaram tempo para planejamento. Algumas/ns profissionais foram mais críticos com relação as condições de trabalho, apontando falta de verba para material, de garantia de espaço, falta de apoio, carência de formação na iniciativa pública.

Embora tenham sido questionados sobre as dificuldades, algumas/ns fizeram questão de mencionar facilidades. Algumas/ns profissionais relataram que os espaços físicos e materiais onde são feitas as práticas estão bem consolidados e satisfazem as necessidades, principalmente porque as práticas exigem pouca estrutura para serem realizadas. Algumas/ns condutoras/es disseram que não tem tido muitas dificuldades, sendo que a menção à ausência de dificuldades foi mais frequente entre as/os voluntárias/os.

Com relação a aceitação do trabalho nas unidades de saúde, a maioria das/os condutoras/es dos grupos relatou que o trabalho tem boa receptividade. Outras/os também falaram sobre a importância de estar em contato com as equipes para fomentar o trabalho e, principalmente, o encaminhamento de usuárias/os para os grupos. Além disso, mencionaram certas mudanças de percepção nas equipes sobre as práticas corporais integrativas, a partir de explicações, vivências, retorno dos benefícios para as equipes, em processos de convencimento e esclarecimento sobre o trabalho feito nos grupos. Algumas/ns condutoras/es disseram que

certas/os profissionais reconhecem e encaminham usuárias/os para os grupos, mais do que outros.

3.4.4. Ponderações sobre a produção de dados

A escolha dos instrumentos de produção de dados – observação participante, roda de conversa e entrevista – se coadunou com o entendimento de experiência que adotamos nesta pesquisa. Consideramos importante apresentar algumas ponderações sobre estas formas de abordagem dos sujeitos, em diálogo com algumas pistas dos autores que viemos dialogando sobre as experiências.

A primeira pista é de que, para Benjamin (1994) e Agamben (2005), pode-se estudar a experiência pelo que o sujeito narra, porque, embora a experiência não se encerre na linguagem, esta é o lugar de sua evidência.

Benjamin (1994) associa o fracasso da experiência com o fim da arte de contar. Por isso, para ele, a recriação da experiência corresponderia à criação de novas formas de narrativa, um trabalho de reelaboração da experiência para garantir uma memória e uma palavra comuns. Quando o sujeito narra o que viveu, atribui sentido aos acontecimentos; não faz apenas um relatório, não informa, mas imprime sua marca e mergulha o que diz na própria vida (de narrador), para logo sair de si e voltar-se para o outro. No ato de narrar, a experiência rompe com a ordem do privado (aquilo que lhe aconteceu internamente, individualmente) e coloca-se em relação com o outro.

Para este autor, a memória é decisiva para a estrutura filosófica da experiência. Ao narrar, o sujeito acessa a memória voluntária e involuntária de forma descontínua, organiza e altera a experiência, o que pode provocar nova experiência em si e no outro. A narração não exige justificativas, deixa lacunas e, portanto, faz-se presente uma tensão entre narrador e ouvinte. O que quem ouve, pensa? O que a fala provoca? Para a pesquisa, mais do que querer explicar o que o sujeito diz, pareceu interessante estabelecer relações para além do imediatismo da fala. As pistas deste autor indicam que as experiências podem ser estudadas pelo que os sujeitos narram, ou pelo que conseguem enunciar. Agamben (2005) possibilita tensionar as relações entre experiência e linguagem, sugerindo que existe um “mudo” da experiência. A narrativa pode ser entendida como a atribuição de sentido às experiências vividas. Por meio do que o sujeito diz, ele reelabora e reconstrói a experiência. Portanto, ter como objetivo analisar os sentidos/significados que os sujeitos atribuem à experiência que viveram, é considerar como fonte de dados aquilo que foi possível a eles trazer ao nível consciente e transformar em

narrativa, a partir do que compreenderam e interpretaram daquilo que foi experimentado. Embora a experiência não se reduza a esta consciência daquilo que foi vivido ou realizado, ela é também essa significação. Em outro momento (SILVA et al, 2009, p. 21), dissemos que “a significação humana compreende esquemas da experiência enraizados no corpo e que são considerados como estruturas pré-conceituais de sensibilidade e da racionalidade”.

Neste mesmo texto, destacamos que é preciso reconhecer que a dimensão da experiência não se encerra na linguagem e, mesmo aquilo que os sujeitos narram, muitas vezes não se coloca de forma transparente nem tem correspondência objetiva, exata, entre aquilo que foi a experiência e aquilo que se pensa ou se diz dela. “A experiência permanece, assim, submersa no sujeito, vislumbrada na narrativa, mas mergulhada na corporalidade e, nem por isso, é menos importante” (SILVA et al, 2009, p.22). Mesmo assim, a narrativa é parte constitutiva da experiência, porque aquilo que o sujeito destaca em seu discurso, sugere algo que o tocou a ponto de ser eleito para ser comunicado aos demais.

O estudo das experiências, portanto, reivindica formas de abordagem da realidade que possibilitem uma aproximação à vida das/os usuárias/os. Isto reforçou o encaminhamento para uma imersão nos grupos e estabelecimento de vínculos com as/os usuárias/os e as/os profissionais. As técnicas de pesquisa escolhidas buscaram dar conta de captar os sentidos e significados que os sujeitos atribuíram àquilo que foi vivenciado nas atividades com as práticas corporais integrativas no SUS, principalmente por meio das falas de suas/seus participantes.

Além disso, esta busca esteve intimamente relacionada ao tema da saúde. Tendo em vista que a tese está direcionada para as relações das práticas corporais integrativas com a saúde, elaboramos os instrumentos de produção de dados privilegiando este enfoque. As perguntas presentes nos roteiros de entrevistas e rodas de conversa visaram incentivar que as/os participantes da pesquisa falassem sobre a saúde e não sobre a doença, foco usual de estudos que buscam analisar os efeitos de certas intervenções terapêuticas.

Levamos em consideração as reflexões de Ayres (2007), de que as noções de saúde e doença derivam de construções linguísticas oriundas de esferas diversas da racionalidade em um mesmo campo da experiência humana. Os discursos sobre doença, em geral, carregam sua conceituação biomédica,

Um conjunto de juízos de caráter instrumental, orientados normativamente pela noção de *controle técnico* dos obstáculos naturais e sociais a interesses práticos de indivíduos e coletividades, tendo como base material o *conhecimento e domínio de regularidades causais no organismo* (corpo/mente/meio) e, como forma de validação, uma série

bem definida de *critérios a priori* para o controle das incertezas (AYRES, 2007, p. 46).

Daí que as pessoas demonstram certa habilidade em falar sobre suas doenças, caracterizá-las, explica-las, nomeá-las, num estilo de discurso mais formatado, lançando mão de representações amplamente disseminadas no imaginário social. É diferente do que ocorre quando são perguntadas a falar sobre a saúde, cujos discursos não têm regularidades e códigos tão definidos. A tendência, no senso comum, é que uma noção sempre remeta a outra, como situações polares. Para o autor, o discurso da doença monopoliza os repertórios disponíveis para o enunciado dos juízos sobre a saúde, tanto que aquilo que não for subordinado ao discurso biomédico tende a ser desvalorizado.

As escolhas adotadas na construção dos instrumentos de produção de dados da pesquisa foi uma tentativa de contornar esta assimetria, buscando outro tipo de tradução para as experiências, afinal a saúde é algo que se reconhece na medida em que se vive, exigindo certa criatividade no discurso para dar conta de expressá-la.

Veremos, a partir do próximo capítulo, o alcance desta estratégia metodológica. Se por um lado, prevaleceram as respostas de polarização entre saúde e doença, a ponto de que pudemos construir um quadro do mal-estar vivido pelas/os usuárias/os da pesquisa, por outro, uma série de relatos apareceu desvencilhada desta inclinação.

3.5. PROCESSOS DE ANÁLISE DE DADOS

Em síntese, de julho de 2017 a julho de 2018 foram realizados, ao todo, 114 movimentos de pesquisa, sendo 29 no momento exploratório e 85 na etapa de imersão e retorno aos grupos. Em dezembro de 2018 foram feitos mais três movimentos para segunda validação dos dados. Estes movimentos de pesquisa totalizaram uma rodagem de aproximadamente 3500 quilômetros pela cidade de Florianópolis-SC. O quadro abaixo lista as ações de produção de dados realizadas cronologicamente:

Quadro 9: Ações de produção de dados.

Produção de dados: etapa 1 – exploratória:

	Data	Local	Motivo da visita	Resultado da visita
01	05/07/2017	CS Monte Cristo	Visitar grupo de <i>yoga</i> .	Observação realizada.
02	03/08/2017	CS Armação	Visitar grupo de <i>yoga</i> .	Observação realizada.
03	03/08/2017	CS Costeira	Visitar grupo de meditação.	Grupo não ocorre mais.
04	03/08/2017	CS Monte Cristo	Visitar grupo de <i>qi gong</i> .	Observação realizada.

05	04/08/2017	CS Pantanal	Visitar grupo de <i>yoga</i> .	Observação realizada.
06	04/08/2017	CS Capoeiras	Visitar grupo de dança circular.	Observação realizada.
07	07/08/2017	CS Coloninha	Visitar grupo de dança circular.	Observação realizada.
08	09/08/2017	CS Ingleses	Visitar grupo de <i>lian gong</i> .	Professora estava de férias. Terei que retornar.
09	11/08/2017	CS Morro das Pedras	Visitar grupo de <i>yoga</i> .	Observação realizada.
10	11/08/2017	CS Armação	Visitar grupo de <i>reiki</i> .	Não ocorre grupo. Atendimento só cf demanda individual.
11	11/08/2017	CS Itacorubi	Visitar grupo de alongamento/ relaxamento.	Observação realizada, mas profissional não classifica atividade como PIC.
12	14/08/2017	CS Lagoa	Visitar grupo de <i>yoga</i> .	Profissional estava num congresso. Feita observação da substituta. Retornarei.
13	15/08/2017	CS Campeche	Visitar grupo de <i>qi gong</i> .	Observação realizada.
14	15/08/2017	CS Carianos	Visitar grupo de dança circular.	Observação realizada.
15	16/08/2017	CS Estreito	Visitar grupo de <i>yoga</i> .	Observação realizada.
16	17/08/2017	CS Sapé	Visitar grupo de <i>lian gong</i> .	Observação realizada.
17	18/08/2017	CS Monte Cristo	Visitar grupo de <i>lian gong</i> .	Observação realizada.
18	21/08/2017	CS Lagoa	Visitar grupo de <i>yoga</i> .	Observação realizada.
19	22/08/2017	CS Armação	Visitar grupo de <i>yoga</i> .	Observação realizada.
20	23/08/2017	CS Morro das Pedras	Visitar grupo de <i>yoga</i> .	Observação realizada.
21	11/09/2017	CS Saco Grande	Visitar grupo de dança circular.	Não teve aula. Terei que retornar.
22	12/09/2017	CS Ingleses	Visitar grupo de <i>lian gong</i>	Observação realizada.
23	25/09/2017	CS Rio Vermelho	Visitar grupo de <i>lian gong</i>	Não teve aula. Terei que retornar.
24	25/09/2017	CS Saco Grande	Visitar grupo de dança circular.	Não teve aula. Terei que retornar.
25	28/09/2017	CS Santinho	Visitar grupo de <i>lian gong</i> .	A aula não ocorreu no CS e a recepção não soube dizer onde era. Terei que retornar.
26 e 27	02/10/2017	CS Rio Vermelho	Visitar grupos de <i>lian gong</i> e <i>yoga</i> (um seguido do outro).	Observações realizadas.
28	02/10/2017	CS Saco Grande	Visitar grupo de dança circular.	Observação realizada.
29	05/10/2017	CS Santinho	Visitar grupo de <i>lian gong</i> .	Observação realizada.

Produção de dados: etapa 2 – Imersão e retorno aos grupos:

	Data	Local	Motivo da visita	Resultado da visita
01	23/10/2017	CS Rio Vermelho	Visitar grupo <i>lian gong</i>	Grupo excluído da imersão pq não é exclusivo de <i>lian gong</i> e tem atuação das residentes (substituído por Ingleses).
02	23/10/2017	CS Coloninha	Visitar grupo de dança circular	Observação realizada.
03	23/10/2017	CS Lagoa	Visitar grupo de <i>yoga</i>	Observação realizada.
04	24/10/2017	CS Ingleses	Visitar grupo de <i>lian gong</i>	Observação realizada.
05	26/10/2017	CS Ingleses	Visitar grupo de <i>lian gong</i>	Observação realizada.
06	30/10/2017	CS Coloninha	Visitar grupo de dança circular	Observação realizada.
07	31/10/2017	CS Ingleses	Visitar grupo de <i>lian gong</i>	Não teve aula, prof doente.
08	06/11/2017	CS Coloninha	Visitar grupo de dança circular	Observação realizada.
09	06/11/2017	CS Lagoa	Visitar grupo de <i>yoga</i>	Observação realizada.
10	07/11/2017	CS Ingleses	Visitar grupo de <i>lian gong</i>	Observação realizada.
11	13/11/2017	CS Coloninha	Visitar grupo de dança circular	Observação realizada.
12	13/11/2017	CS Lagoa	Visitar grupo de <i>yoga</i>	Observação realizada.

13	14/11/2017	CS Ingleses	Visitar grupo de <i>lian gong</i>	Observação realizada.
14	20/11/2017	CS Coloninha	Visitar grupo de dança circular e Roda de conversa	Roda de conversa realizada.
15	20/11/2017	CS Lagoa	Visitar grupo de <i>yoga</i>	Observação realizada.
16	21/11/2017	CS Ingleses	Visitar grupo de <i>lian gong</i>	Observação realizada.
17	27/11/2017	CS Lagoa	Visitar grupo de <i>yoga</i> e roda de conversa	Roda de conversa realizada.
18	28/11/2017	CS Ingleses	Visitar grupo de <i>lian gong</i>	Observação realizada.
19	30/11/2017	CS Ingleses	Visitar grupo de <i>lian gong</i> e Roda de conversa	Roda de conversa realizada.
20	04/12/2017	CS Coloninha	Visitar grupo de dança circular	Observação realizada.
21	04/12/2017	CS Lagoa	Visitar grupo de <i>yoga</i>	Observação realizada.
22	05/12/2017	CS Ingleses	Visitar grupo de <i>lian gong</i>	Observação realizada.
23	07/12/2017	CS Ingleses	Visitar grupo de <i>lian gong</i>	Observação realizada. Encerramento.
24	11/12/2017	CS Coloninha	Visitar grupo de dança circular	Observação realizada. Encerramento.
25	11/12/2017	CS Lagoa	Visitar grupo de <i>yoga</i>	Observação realizada. Encerramento.
26	20/12/2018	Parque Córrego Grande	Roda de conversa com profissionais	Ok
RECESSOS DE FIM DE ANO				
27	30/01/2018	CS Ingleses	Entrevista com U-Livia	Ok
28	31/01/2018	CS Coloninha	Entrevista com U-Dalila	Ok
29	02/02/2018	Casa da usuária Lagoa	Entrevista com U-Yolanda	Ok
30	05/02/2018	CS Lagoa	Entrevista com U-Yandra	Ok
31	05/02/2018	CS Lagoa	Visitar grupo de <i>yoga</i>	Observação realizada.
32	07/02/2018	CS Coloninha	Entrevista com U-Darlene	Ok
33	07/02/2018	Casa da usuária Coloninha	Entrevista com U-Dalva	Ok
34	07/02/2018	Casa da usuária Coloninha	Entrevista com U-Danúbia	Ok
35	08/02/2018	CS Ingleses	Entrevista com U-Liara	Ok
36	08/02/2018	CS Ingleses	Visitar grupo de <i>lian gong</i>	Observação realizada.
37	09/02/2018	CS Lagoa	Entrevista com U-Yasmin	Ok
38	09/02/2018	CS Lagoa	Entrevista com U-Yuri	Ok
39	15/02/2018	CS Ingleses	Entrevista com U-Lisandro	Ok
40	15/02/2018	CS Ingleses	Visitar grupo de <i>lian gong</i>	Observação realizada
41	19/02/2018	CS Coloninha	Entrevista com U-Damiana	Ok
42	19/02/2018	CS Lagoa	Entrevista com U-Yvone	Ok
43	19/02/2018	CS Lagoa	Visitar grupo de <i>yoga</i>	Observação realizada
44	20/02/2018	CS Ingleses	Visitar grupo de <i>lian gong</i>	Observação realizada.
45	22/02/2018	CS Ingleses	Entrevista com U-Lilian	Ok
46	22/02/2018	CS Ingleses	Visitar grupo de <i>lian gong</i>	Observação realizada
47	27/02/2018	CS Ingleses	Visitar grupo de <i>lian gong</i>	Observação realizada
48	27/02/2018	CS Ingleses	Entrevista com U-Lineu	Ok
49	26/03/2018	CS Coloninha	Visitar grupo de dança circular	Observação realizada
50	26/03/2018	CS Lagoa	Visitar grupo de <i>yoga</i>	Observação realizada
51	02/04/2018	CS Coloninha	Visitar grupo de dança circular	Observação realizada
52	02/04/2018	Cs Lagoa	Visitar grupo de <i>yoga</i>	Observação realizada
53	05/04/2018	CS Ingleses	Visitar grupo de <i>lian gong</i>	Observação realizada
54	09/04/2018	CS Coloninha	Visitar grupo de dança circular	Observação realizada
55	09/04/2018	CS Lagoa	Visitar grupo de <i>yoga</i>	Observação realizada
56	10/04/2018	CS Ingleses	Visitar grupo de <i>lian gong</i>	Observação realizada
GREVE DOS TRABALHADORES MUNICIPAIS				
57	16/04/2018	CS Lagoa	Visitar grupo de <i>yoga</i>	Observação realizada
58	14/05/2018	CS Coloninha	Visitar grupo dança circular	Observação realizada

59	14/05/2018	CS Lagoa	Visitar grupo de <i>yoga</i>	Observação realizada
GREVE DOS CAMINHONEIROS – SUSPENSÃO DE ATIVIDADES E DA MINHA MOBILIDADE				
60	21/05/2018	CS Rio Vermelho	Questionários e validação 1 - <i>lian gong</i>	Ok
61	21/05/2018	CS Rio Vermelho	Questionários e validação 1 – <i>yoga</i>	Ok
62	21/05/2018	CS Estreito	Questionários e validação 1 - <i>yoga</i> e Entrevista com CV-Yandara	Ok
63	21/05/2018	CS Saco Grande	Questionários e validação 1 - danças circulares	Grupo não acontece mais
64	22/05/2018	CS Ingleses	Questionários e validação 1 - <i>lian gong</i>	Ok
65	23/05/2018	CS Monte Cristo	Questionários e validação 1 - <i>yoga</i> e Entrevista com CP-Yoki	Ok para questionários. Não para entrevista, pois a profissional não pôde dar a aula nem me atender, devido a outras demandas do CS.
66	24/05/2018	CS Sapé	Questionários e validação 1 – <i>lian gong</i>	Ok
67	04/06/2018	CS Coloninha	Questionários e validação 1 – danças circulares	Ok
68	04/06/2018	CS Lagoa	Questionários e validação 1 – <i>yoga</i>	Ok
69	07/06/2018	CS Ingleses	Questionários e validação 1 – <i>lian gong</i>	Ok
70	07/06/2018	CS Santinho	Questionários e validação 1 – <i>lian gon</i>	Ok
71	08/06/2018	CS Capoeiras	Questionários e validação 1 – danças circulares e Entrevista com CP-Dandara Liberdade	Ok
72	08/06/2018	CS Pantanal	Questionários e validação 1 - <i>yoga</i> e Entrevista com CP-Yan	Ok
73	11/06/2018	CS Armação	Questionários e validação 1 <i>yoga</i> e Entrevista com CV-Yumi	Ok
74	11/06/2017	CS Lagoa	Questionários e validação 1 – <i>yoga</i>	Ok
75	12/06/2018	CS Campeche	Questionários e validação 1 – <i>qi gong</i> e Entrevista com CR-Querubim	Ok
76	14/06/2018	CS Santinho	Entrevista com CP-Lilith	Ok
77	14/06/2018	CS Rio Vermelho	Entrevista com CR-Yarin	Não pôde me atender.
77	25/06/2018	CS Coloninha	Despedida do grupo e Entrevista com CP-Dakota e CV-Dena	Ok
78	25/06/2018	CS Rio Vermelho	Entrevista com CR-Yarin e CV-Yemanjá	Ok
79	29/06/2018	CS Monte Cristo	Questionários e validação 1 – <i>lian gong</i> e Entrevista com CR-Liliana	Ok
80	29/06/2018	CS Lagoa	Entrevista com CP-Yacamin	Ok
81	02/07/2018	CS Lagoa	Despedida do grupo	Ok
82	05/07/2018	CS Armação	Questionários e validação 1 – <i>yoga</i>	Ok
83	06/07/2018	CS Morro das Pedras	Questionários e validação 1 – <i>yoga</i> e Entrevista com CP-Yara Quiron	Ok

84	12/07/2018	CS Monte Cristo	Entrevista com CP-Yoki	Não pôde me atender.
85	17/07/2018	CS Monte Cristo	Entrevista com CP-Yoki	Ok

Confrontação 2 dos dados:

01	03/12/2018	CS Coloninha	Validação de dados 2	Ok
02	03/12/2018	CS Lagoa	Validação de dados 2	Ok
03	06/12/2018	CS Ingleses	Validação de dados 2	Ok

Concomitante a essas ações, foram acontecendo movimentos analíticos dos dados, seguindo o princípio da comparação constante da *Grounded Theory*. As análises consistiram na interação do pesquisador com os dados dos sujeitos. A interpretação envolveu as dinâmicas de descrição, ordenamento conceitual e teorização.

Em síntese, Strauss; Corbin (2008) definem que descrever é representar, contar uma história, sem retroceder para interpretar ou explicar a ocorrência de certos fatos; ordenamento conceitual é classificar fatos e objetos ao longo de várias dimensões explicitamente declaradas, e organizá-las; teorizar é o ato de construir, a partir dos dados, um esquema explanatório que integre sistematicamente vários conceitos por meio de declarações de relações.

Tanto Strauss; Corbin (2008) quanto Charmaz (2009) orientam que o movimento analítico dos dados e os processos de codificação façam uso da microanálise, que consiste em um olhar minucioso e focado nos dados. Buscamos, então, explorar os sentidos presentes em cada palavra, frase ou parágrafo e possibilitar a geração de categorias iniciais e relações entre categorias. Este processo foi combinado com outras duas operações básicas de análise, recomendadas pelos autores para avançar no entendimento das categorizações: formular perguntas, ou seja, interrogar os dados, de modo a abrir a linha de investigação e dirigir a amostragem teórica; e fazer comparações teóricas, a fim de nos tornarmos sensíveis ao número e aos tipos de propriedades que podem pertencer aos fenômenos. Realizamos essa ação a partir da transcrição do material coletado, convertido em formato de textos, os quais foram lidos e as palavras e frases representativas dos discursos foram sublinhadas, gerando uma espécie de síntese das falas na direção dos objetivos da pesquisa.

Para os mesmos autores, a codificação dos dados é orientada em etapas. Strauss; Corbin (2008) propõem as codificações aberta, axial e seletiva e Charmaz (2009) propõe as codificações inicial, focalizada e teórica. Ambos apresentam similaridades nas orientações para realização da codificação dos dados e chamam a atenção de que a análise deve privilegiar a

perspectiva dos sujeitos da pesquisa, sem que o pesquisador atribua códigos ou categorias distantes da própria linguagem manifesta nos dados.

O material proveniente de todos os procedimentos de produção de dados foi reunido na forma de textos, na forma física e digital. O momento inicial da codificação envolveu a sistematização dos dados de modo a identificar categorias conceituais. A primeira etapa de tratamento dos dados consistiu na leitura dos dados e identificação das palavras e frases que expressavam o conteúdo das falas e registros, às quais foram atribuídos códigos preliminares. Esse processo foi realizado manualmente, por meio de aproximações de respostas, frequência de significados e sistematização desse material em listas elencadas sob um mesmo título/código.

Na fase seguinte da codificação realizou-se o estabelecimento de relações entre as categorias, ampliando o nível de abstração e abrangência das categorias. Os códigos preliminares foram reagrupados, dando origem a códigos conceituais, formando novas categorias, as quais foram reorganizadas de forma que permitiram o delineamento de conexões e explicações dos fatos que vinham sendo estudados. Esta etapa permitiu identificar semelhanças e diferenças que ocorreram nas situações que formaram as categorias abertas ou iniciais. O processo reduziu o número de unidades de análise a serem trabalhadas.

O momento final da codificação refinou ainda mais esse processo e permitiu identificar a categoria central da teoria, com a qual todas as outras também estavam relacionadas. Aqui, todo o potencial de abstração e escopo foi empregado sobre os dados codificados, fazendo emergir a teoria da pesquisa. Os dados foram descritos de maneira analítica até descobrir a categoria central, a qual reuniu as categorias e códigos ao redor dela, constituindo uma espécie de elemento-síntese dos achados. O produto dos processos analíticos foi a formulação de uma teoria substantiva e de uma teoria formal, em resposta aos objetivos da investigação, as quais corresponderam aos dois andares da tese expostos nas próximas seções.

3.5.1. Confrontação dos resultados

Os autores da *Grounded Theory* indicam a realização de um movimento analítico de validação dos dados que consiste em averiguar como a abstração construída na investigação se ajusta aos dados brutos e se algo importante foi omitido do esquema teórico formulado. Realizamos na pesquisa um processo de confrontação da teoria elaborada na pesquisa com a representação dos sujeitos, no que se refere à construção do conceito de práticas corporais integrativas.

Para tal, selecionamos sete pessoas para compor um grupo de apreciação dos enunciados do conceito. Foram três usuárias/os, pertencentes a cada grupo que foi acompanhado na imersão. A escolha foi aleatória, mas buscou-se alguém que não tivesse participado de outros momentos da produção de dados, ou seja, sem ter concedido entrevistas individuais nem ter estado na roda de conversa. Com estas pessoas, o processo de confrontação consistiu em ler o conceito formulado e emitir uma opinião geral, respondendo a seguinte pergunta: Você acha que a prática que você faz aqui pode ser explicada por estas frases? O contato foi feito presencialmente, com ida ao grupo e seleção da respondente. O conceito foi impresso em letras grandes e a tarefa foi explicada. Após a primeira leitura e comentário geral, realizamos a leitura frase a frase do conceito, identificando se alguma palavra não estava clara e se aquela frase representava a prática realizada naquele grupo.

Foram selecionadas também duas condutoras de grupo. O critério de escolha foi por profissionais que davam aulas de mais de uma prática corporal integrativa, no intuito de que pudessem avaliar a noção de identidade comum das práticas, a fim de verificar se o conceito poderia explicar a diversidade de práticas. Uma condutora selecionada ministrava aulas de *qi gong* e *yoga* e a outra de danças circulares e *lian gong*. Com elas, o processo de confrontação consistiu em ler o conceito, emitir uma opinião geral, respondendo se as práticas com as quais trabalhavam poderiam ser explicadas pelo conceito formulado. Em seguida, sugeriu-se a leitura frase a frase para identificar palavras que não estivessem claras e se as práticas estavam representadas em cada trecho do conceito.

Com usuárias/os e profissionais, realizamos o retorno ao campo de pesquisa, a fim de apresentar o conceito de práticas corporais integrativas elaborado e avaliar sua representatividade junto aos sujeitos. Os encontros duraram cerca de 10 minutos. As respostas foram gravadas e transcritas.

Também foi selecionado um representante do Ministério da Saúde, tendo como critério a participação na elaboração do Glossário Temático de PICS (BRASIL, 2018). O contato foi feito por email e, tendo obtido o aceite, a tarefa foi enviada e também retornada via email. Foram feitas três perguntas: 1) Qual a sua opinião geral sobre o conceito formulado? Você considera que as práticas corporais presentes na PNPIC estariam contempladas nesta definição? Por quê? 2) Considerando os parâmetros do Glossário Temático de PICS, do ponto de vista do conteúdo e da forma, você avalia que esta definição está adequada? 3) Por que, no Glossário Temático de PICS, foram apresentados dois verbetes em separado para o conjunto de práticas corporais integrativas (refiro-me a “práticas corpo-mente” e “práticas corporais da medicina tradicional chinesa”, na página 96)?

Também foi convidado um professor universitário, referência proeminente no estudo do tema das PICS no Brasil. O contato foi feito por email e, tendo obtido o aceite, a tarefa foi enviada, com a realização de duas perguntas: 1) Qual a sua opinião geral sobre o conceito formulado? Você considera que as práticas corporais presentes na PNPIC estariam contempladas nesta definição? Por quê? 2) Pressuponho que você conheça o Glossário Temático de PICS, publicado pelo Ministério da Saúde em 2018. Você tem alguma hipótese da razão pela qual o Glossário apresenta três verbetes distintos para conceituar o que poderia compor um mesmo conjunto de práticas (refiro-me a “práticas corpo-mente” e “práticas corporais da medicina tradicional chinesa” na página 96 e a “práticas expressivas em saúde” na página 97)?

Após os contatos e retornos de todos os componentes do grupo de apreciação, os dados foram organizados, a fim de revisar a primeira versão do conceito formulado e subsidiar sua versão final de acordo com o caminho percorrido por esta pesquisa.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS DA INVESTIGAÇÃO

Após a banca de qualificação, o projeto desta pesquisa foi submetido aos Comitês de Ética (CEP) da Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os procedimentos foram seguidos rigorosamente, a fim de garantir a autorização para realização do trabalho de campo junto aos grupos de práticas corporais integrativas nas unidades básicas de saúde de Florianópolis-SC.

Tendo obtido a aprovação dos CEP, foi dado início ao contato com as pessoas nos locais de estudo, seguindo as atividades científicas previstas para o trabalho de campo. A entrada em campo contou com a apresentação da pesquisadora e da pesquisa para os sujeitos participantes. Cumprindo o disposto na Resolução N° 510/2016 do Conselho Nacional e Saúde (BRASIL, 2016), as/os participantes foram informados dos objetivos do estudo, dos aspectos éticos e do sigilo de seus dados pessoais.

Às/aos condutoras/es dos grupos foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A) solicitando autorização para realização da pesquisa no grupo de prática corporal integrativa ao qual é responsável e para concessão de entrevistas. Às/aos usuárias/os selecionados para responder as entrevistas, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B).

A fim de garantir o sigilo das/os participantes, adotamos o uso de nomes fictícios. Para guiar a leitura, informamos que os nomes escolhidos tiveram a letra inicial igual à da prática

correspondente, acompanhada da letra U para usuárias/os e C para condutoras/es de grupos, sendo CP para profissionais concursados, CV para voluntários e CR para residentes. Ou seja, para identificar participantes do grupo de *yoga*, escolhemos nomes que começam com a letra Y, para danças circulares os nomes iniciaram com a letra D, e para *lian gong*, com a letra L. Por exemplo, uma condutora do grupo de *yoga* foi chamada de “CV-Yemanjá”, que significa condutora voluntária do grupo de *yoga*; uma condutora que dá aulas de danças circulares em uma unidade de saúde e de *lian gong* em outra foi apelidada de “CP-Dandara Liberdade”, que significa que é profissional concursada condutora de grupos de danças circulares e *lian gong*; um usuário do grupo de *lian gong* foi identificado como “U-Lineu”. A escolha do nome permitindo a identificação da prática ao qual está vinculada se justificou para que o leitor possa identificar de que grupo provém as falas apresentadas na empiria, facilitando a demonstração de semelhanças e diferenças entre práticas e grupos, bem como entre profissionais do serviço, voluntárias/os e residentes.

Os dados produzidos foram utilizados somente para esta pesquisa e serão armazenados por um período de cinco anos, sob posse do grupo POLIFES. Uma cópia digital em HD externo e as cópias físicas do material ficarão em armário chaveado localizado no LabPhysis sediado na FEFD/UFG. Os resultados do estudo poderão ser utilizados futuramente para fins acadêmicos e científicos.

3.7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

O trabalho de campo e a analítica empregada geraram um conjunto de resultados de pesquisa, os quais serão desdobrados nas páginas seguintes. Optamos por apresentá-los em duas seções, definidas pelos objetivos centrais propostos para a tese. No Andar 1, a análise de experiências com práticas corporais integrativas e relações com a saúde. No Andar 2, a formulação do conceito de práticas corporais integrativas.

Após ter descrito neste capítulo o perfil de usuárias/os e condutoras/es dos grupos, passaremos a adotar no texto os termos “usuárias” e “condutoras”, no feminino, para se referir à totalidade de sujeitos da pesquisa.

4. PRIMEIRO ANDAR – EXPERIÊNCIAS COM PRÁTICAS CORPORAIS INTEGRATIVAS E SAÚDE

Esta seção tematiza as formas como as experiências das usuárias com práticas corporais integrativas em unidades básicas de saúde contribuem para potencializar os modos de lidar com os processos saúde-doença. Discutimos as concepções de saúde das usuárias, para, em seguida, buscar compreender de que forma as práticas corporais integrativas se relacionam com elas. O tópico seguinte do texto evidencia quais as contribuições das práticas corporais integrativas para a saúde, na visão das/os informantes da pesquisa. Posteriormente, ocupando a maior parte da seção, apresentamos um extenso conjunto de dados empíricos para dar conta de discutir como elas contribuem, ou seja, os modos pelos quais estas práticas auxiliam as pessoas a encarar seus processos saúde-doença.

O ponto de partida para subsidiar esta discussão foi o desenho de um quadro do mal-estar relatado por elas. Embora os instrumentos de produção de dados tenham priorizado o tema da saúde, as respostas deixaram entrever uma série de necessidades em saúde das usuárias, as quais mereceram ser relevadas para responder ao objetivo da investigação. A partir da percepção das participantes da pesquisa, elencamos oito itens referentes aos modos como as práticas potencializaram seus recursos para lidar com este quadro de mal-estar. Após apresentar longamente estes itens, com trechos de falas organizadas e comentadas, imprimimos um olhar transversal para o conjunto de dados. Ao final da seção, então, expomos um apanhado analítico relacionando teoria e empiria, chegando à categoria central dos dados e constituindo a teoria substantiva de resposta ao objetivo deste primeiro andar da tese.

4.1. CONCEPÇÕES DE SAÚDE DAS USUÁRIAS

Quando perguntado às usuárias “qual a primeira coisa que lhe vem à cabeça quando se fala em saúde?”, uma série de elementos foi destacada nas respostas. Em ordem decrescente de frequência, apareceram menções à atividade/exercício; alimentação; aspectos relacionados a uma visão integrada corpo-mente-emoções; grupo; atividades diárias; ausência e presença de doenças; rotina; energia; prevenção e exames. Salienta-se que, em geral, cada entrevistada mencionou vários aspectos, ou seja, na resposta de uma mesma pessoa foi possível identificar diferentes elementos que remetiam à saúde para elas.

As respostas mais frequentes deram conta de que saúde tem a ver com realizar exercícios, atividades como alongamento, caminhada, ginástica, dança e as práticas corporais

integrativas que frequentam. Boa parte das pessoas que mencionaram esse aspecto, deram destaque também à alimentação.

“pra mim quando fala em saúde a primeira coisa é atividade... atividade, qualquer uma... ou um alongamentozinho até em casa assim... qualquer coisa, mas atividade pra mim é a garantia da saúde” (U-Yolanda)

“é ginástica, é atividade né... e uma boa alimentação né... uma caminhada, dança né, a ginástica aqui. Pra mim o que é muito importante para pessoa de uma certa idade é isso aí” (U-Darlene)

“é as atividades e sei lá, alimentação” (U-Liara)

“ai, eu acho que a alimentação e o exercício” (U-Livia)

“primeiro vem alimentação e prática de exercício mesmo... comer bem, uma comida saudável e se mexer para ter uma cabeça boa” (U-Yasmin)

“saúde é o equilíbrio para mim... primeira coisa... porque se tu não tiver um equilíbrio em tudo, na alimentação, no exercício físico” (U-Yvone)

“em primeiro lugar uma boa alimentação. Eu caminho praticamente todos os dias (...) aprendi a fazer alongamento, botar um tênis bom e nunca mais senti dor” (U-Lilian)

“perder peso, uma série de correções que tem que fazer na alimentação” (U-Lisandro)

Talvez tais respostas podem ter sido influenciadas pelo contexto da pesquisa, tendo em vista que as respondentes tinham conhecimento da formação da pesquisadora em Educação Física e de que a entrevista girava em torno dos grupos de práticas corporais integrativas, que para muitos são sinônimos de atividade/exercício. Além disso, especificamente no grupo de *yoga*, como uma das condutoras do grupo era nutricionista, várias menções à alimentação eram realizadas durante as aulas, principalmente na perspectiva do *mindfuleating*.

Foi possível observar que muitas pessoas associaram a saúde a hábitos cotidianos de alimentação e prática de atividades/exercícios, de certo modo acompanhando o discurso de

possuir um estilo de vida ativo e saudável, cada vez mais corrente na contemporaneidade. Regulações sobre alimentação e prática de exercícios físicos são componentes destacados em receituários que se propõem a ditar normas sobre o estilo de vida das pessoas, propagados fortemente na mídia, no senso comum e também no meio científico.

Os discursos sobre alimentação e exercícios tomaram força, principalmente, a partir do século 20, quando as preocupações com a saúde da população foram se intensificando, com foco em comportamentos individuais. Sob esta compreensão, a saúde se coloca como uma responsabilidade pessoal dos sujeitos, aos quais caberia o controle sobre suas condições de saúde, a depender de suas escolhas de vida diárias. Desse entendimento derivam processos de culpabilização dos sujeitos, como se não fossem saudáveis porque não querem, ignorando a realidade social onde nem todos têm as mesmas oportunidades de fazer escolhas.

Pudemos observar nos relatos acima que muitas pessoas se colocaram em favor de destacar o papel dos exercícios e da alimentação como componentes da saúde. Associadas a estas respostas estiveram outras que categorizamos sob o título “prevenção”. Houve quem desse uma ênfase mais específica na alimentação e numa certa ótica preventiva:

“em matéria de alimentação, nem tudo pode comer que faz mal... para quem tem um pouco de diabetes, não que eu seja muito coisa de diabetes, mas eu tenho colesterol alto, um pouco diabetes, eu tenho bastante tireóide... Então tudo isso, se eu não me cuidar (...) se você não fizer atividades, você também não tem saúde né, porque se você ficar parada você vai ficar uma parasita” (U-Liara)

“não parar para não atrofiar (...) isso que eu penso... eu não quero ficar travada (...) se eu não me exercitar eu sei que eu vou travar” (U-Damiana)

“a gente tem que trabalhar prevenção (...) prevenção e conhecimento de uma boa alimentação... tudo que a gente já tá cansado de saber né” (U-Yuri)

Nas duas primeiras falas, tal ótica preventiva esteve associada à conjunção “se” (“se eu não me cuidar”, “se não fizer atividades”, “se eu não me exercitar”), apontando a alimentação e o exercício como uma condição para a saúde, a qual, se não for cumprida, resultará em perdas (colesterol alto, diabetes, atrofia, etc). O discurso da vida ativa também se funda no conceito de

“risco”, o qual, a partir de uma certa pedagogia do medo, interpela as pessoas a seguirem certos receituários moralizantes que regulam seus modos de viver (KUNZ, 2007; FRAGA, 2006; GUZZO, 2006; CASTIEL, 2003; MIRA, 2003). Parte-se da ideia de que as pessoas já sabem o que devem fazer para ter uma vida saudável – afinal, uma avalanche de normas de conduta é propagada no cotidiano – e, se não fazem, devem arcar com as perdas consequentes, algo que, de certa forma, está expresso na última fala: “a gente já tá cansado de saber” e, na fala imediatamente abaixo: “sei tudo que tem que fazer”.

O discurso preventivo tradicional baseia-se no conhecimento epidemiológico, considerado capaz de inferir a causalidade, avaliando a probabilidade da ocorrência de eventos de doença. Contudo, do ponto de vista científico, o que se estima é o “efeito causal médio”, com limites do método matemático utilizado, mas os significados culturais que proliferam daí, muitas vezes assumem caráter totalizante. “O conceito de risco contribuiu para a produção de determinadas racionalidades, estratégias e subjetividades, sendo central na regulação e monitoração de indivíduos, grupos sociais e instituições” (CZERESNIA, 2009, p. 54).

Se, por um lado, algumas pessoas entrevistadas se mostraram alinhadas com a necessidade de seguir determinadas condutas de exercício e alimentação para garantir a saúde, por outro, também houve quem assumiu que conhece certas normas, mas, deliberadamente, não as segue:

“aprender a comer (...) eu sei que eu como errado pra caramba... sei tudo que tem que fazer, aprendi, já perdi peso, eu tenho agora 120 quilos... mas eu já pesei 96 quilos... numa dieta, fazendo dieta... mas o meu humor, ficou humor de cão... que nem os cara dizem: sabem o que é um bicho brabo? Um siri, tu prende ele, bota dentro de uma lata... pra ele tentar sair, ele fica irritado, fica doido... assim ficava eu fazendo dieta... agora eu como de tudo, tá certo, aparece dor aqui, dor ali... é gordo, perde mobilidade... sua pra caramba... é uma série de coisas... mas o bom humor, meu deus do céu, cara [sorri] ele é gordo, mas ele é simpático... melhor ser um gordo simpático do que um magro azedo! Eu prefiro. Eu prefiro (...) Tá errado, mas tá bom” (U-Lisandro)

Mesmo que relate a opção por não seguir algumas normas alimentares e assumir as consequências de estar gordo, transgredindo a lógica moralizante que habita o receituário da chamada vida ativa e saudável, a fala do usuário acima ainda mantém a sombra do discurso do risco, uma vez que ele avalia que o que faz é errado (“eu sei que eu como errado”, “tá errado,

mas tá bom”). A lógica dos estilos de vida tem uma força intrínseca muito grande, que reside no julgamento moral e se desdobra na aceitação social, uma vez que gera significados e produz valores que constituem o imaginário social.

No contexto dos discursos dos estilos de vida ativos e saudáveis, a maior parte da produção de conhecimento que associa atividades físicas e saúde demonstra relações positivas entre estes aspectos, afirmando benefícios para os praticantes. Essa reflexão pode ser estendida à questão dos hábitos alimentares. No entanto, a relação de causalidade que se coloca nessas análises é direta, como se a exclusiva prática de exercícios fosse geradora de saúde. Nessa ótica, são desconsiderados outros fatores que interferem nos processos saúde-doença das pessoas, tais como condições socioeconômicas e elementos da subjetividade humana.

Uma série de estudos no campo da Educação Física vêm se dedicando ao estudo das relações entre a atividade física, os processos saúde-doença e as condições socioeconômicas, reunindo um conjunto de evidências que afirmam o estado socioeconômico como um fator que influencia o acesso às atividades físicas e a prevalência de vários problemas relacionados a saúde (RODRIGUES, 2018; RODRIGUES et al, 2017a; RODRIGUES et al, 2017b; PALMA et al, 2006; PALMA, 2001; PALMA, 2000; BAGRICHEVSKY et al, 2007).

Em geral, os estudos vêm problematizando as relações causais entre atividade física e saúde, apontando que aspectos como o índice de desenvolvimento humano das cidades, a quantidade de rendimentos, o nível educacional, a ocupação profissional, a classe econômica, a violência/criminalidade, as desigualdades sociais, entre outros, são fatores que podem facilitar a prevalência de problemas de saúde, incluindo doenças cardiovasculares, obesidade e sedentarismo, e/ou dificultar o acesso a informações, serviços de saúde e à própria prática de atividades físicas, que poderiam ajudar a combatê-los.

O Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano do Brasil, realizado recentemente pelo PNUD (BRASIL, 2017), também constatou que as disparidades de raça, gênero, renda, escolaridade e geração interferem no acesso às atividades físicas e esportivas. Nesse sentido, os resultados dos estudos mostram que a prática de atividades físicas não é apenas uma escolha individual ou moral, mas está intimamente imbricada com fatores socioeconômicos que chegam a ser determinantes para que as pessoas pratiquem.

A discussão sobre os determinantes sociais da saúde tem sido exaustivamente debatida na literatura acadêmica, especialmente no âmbito das referências da Saúde Coletiva (BARATA, 2012; 2009; 2008; CZERESNIA; FREITAS, 2009; CARVALHO; BUSS, 2008; TRAVASSOS; CASTRO, 2008; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). O próprio movimento da Reforma Sanitária brasileira, como um fenômeno sóciohistórico, afirma o projeto do SUS

alinhado com um projeto civilizatório articulado com a radicalização da democracia, pela democratização da saúde, do Estado e da sociedade (PAIM, 2008). Algo que demanda transformações sociais profundas, o que faz com que as políticas de saúde brasileiras precisem ser vistas como política social e não apenas como uma demanda setorial (FLEURY; OUVENEY, 2008). A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010) é exemplar da demarcação do reconhecimento da determinação social da saúde no Brasil.

Já com relação aos componentes subjetivos relacionados à saúde, uma série de estudos vêm questionando o predomínio biológico no entendimento do corpo e da saúde, chamando atenção para elementos da subjetividade humana, além do aspecto social (LUZ, 2003; MENDES, 2007; ALVES; CARVALHO, 2010; CARVALHO, 2009; 2001; SILVA, 2001). São textos que realizam uma crítica à fragmentação do corpo, com prioridade conferida aos componentes anatômicos e fisiológicos do organismo como únicos demarcadores dos processos saúde-doença das pessoas. Advogam pela consideração do sujeito como centro na abordagem da atenção em saúde, em lugar do foco apenas da doença, entendida como um problema localizado em alguma parte do corpo.

Quando relacionam estes argumentos com as práticas corporais, estas autoras afirmam ser fundamental considerar os sentidos/significados atribuídos pelas pessoas ao que praticam, salientando a importância do que elas pensam e sentem, além de destacarem a complexidade da experiência humana. As experiências com processos de adoecimento, bem como com práticas corporais, envolvem uma série de sensibilidades, cuja apreensão nem sempre pode ser aferida com precisão quantitativa – como pode ser feito com alguns marcadores clínicos, fisiológicos –, mas que são igualmente constitutivas dos modos como as pessoas vivenciam seus processos saúde-doença e, portanto, podem compor tanto a origem quanto a cura dos adoecimentos.

Esses estudos questionam o privilégio das Ciências Naturais, acrescentando elementos das Ciências Humanas e Sociais, para fazer frente ao reducionismo em curso na abordagem do corpo e dos processos saúde-doença no âmbito das práticas corporais e da saúde. Assim, reúnem um conjunto de argumentos que evidenciam que a experiência de adoecimento é a experiência vivida pelo ser humano inteiro, não podendo ser apenas definida por demarcadores biológicos, ao encontro do que afirmava Canguilhem (2017), ao refletir filosoficamente sobre métodos e aquisições da medicina para compreender os fenômenos patológicos humanos.

Foi interessante notar nas respostas das entrevistas da pesquisa que, embora a maioria tenha associado a saúde com a prática de atividades/exercícios e com boa alimentação, nenhuma

usuária encerrou sua resposta nesses dois aspectos. Todas apresentaram mais elementos para compor a resposta sobre sua concepção de saúde.

Outros sentidos que se sobressaíram nas falas das usuárias foram as associações da saúde a aspectos relacionados a dimensões subjetivas, com referências a emoções e pensamentos, numa relação integrada do tipo corpo-mente-emoções. Esse dado se mostrou interessante, uma vez que contrabalanceou o caráter reducionista levantado no conjunto de respostas anteriores.

Houve respostas mais genéricas nesse âmbito:

“é um todo” (U-Yasmin)

“é tudo” (U-Liara)

“ter saúde física e mental” (U-Lilian)

Outras estiveram relacionadas a sentimentos positivos, principalmente bem-estar, alegria e felicidade. Saúde é:

“tu se sentir bem” (U-Yvone e U-Liara)

“ter equilíbrio (...) manter equilíbrio (...) saber que tu estás bem” (U-Yvone)

“disposição... e outra coisa: alegria de viver né... não pensar que Ah assim ó tô velha, daqui a pouco vou morrer, ah se morrer também... tá bom... mas viver o que é de hoje bem, e amanhã e amanhã só deus sabe” (U-Darlene)

“alegria, acho que é você tá feliz, você tá fazendo, você tá animado, você ter ânimo pra fazer as coisas” (Rosângela)

“se sentir feliz, sabe” (U-Yolanda)

“bom humor” (U-Lisandro)

“a gente ter o emocional bom né... é porque se a gente tá sempre para baixo, aí mesmo é que vem os problemas de saúde né” (U-Damiana)

Esse conjunto de respostas alçou o entendimento de saúde a uma percepção subjetiva, individual, só possível de ser avaliada pelo próprio sujeito. As noções de bem-estar, equilíbrio, felicidade, disposição, bom humor, alegria, animação, priorizaram a subjetividade e tiveram a ver com certo grau de satisfação na vida.

Alguns elementos sobre dimensões subjetivas no campo da saúde têm sido discutidos por meio do conceito de qualidade de vida. Para Seidl; Zannon (2004), a partir dos anos 1990 parece se consolidar um consenso de que subjetividade e multidimensionalidade são dois aspectos relevantes para a qualidade de vida. A subjetividade trata de considerar a percepção da pessoa sobre seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida, ou seja, como o sujeito avalia sua situação pessoal. Já a multidimensionalidade trata do reconhecimento de que a qualidade de vida é composta por diferentes dimensões. Esses dois elementos se coadunam com a compreensão de Minayo; Hartz; Buss (2000), de que, além dos elementos da subjetividade e da incorporação cultural, alguns parâmetros materiais relativos à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana se relacionam com a definição de qualidade de vida.

Para Minayo; Hartz; Buss (2000, p.8), a qualidade de vida é um conceito polissêmico, que guarda certo relativismo porque está atrelado com expectativas individuais em relação ao senso da realidade. Contudo, embora seja atribuído a uma interpretação individual de cada sujeito, remete a três fóruns de referência: histórico, cultural e estratificações ou classes sociais. Significa dizer que, a depender do desenvolvimento econômico, social e tecnológico, determinada sociedade cria um parâmetro de qualidade de vida, o qual também se refere a uma certa síntese cultural de todos os elementos que elege para representar conforto e satisfação. Além disso, tais padrões geralmente são preconizados pelas camadas superiores da sociedade, amparados nos ideais de progresso, desenvolvimento e sucesso.

Considerando este quadro, vimos que o conjunto de respostas das usuárias (que referiu sentimentos positivos na definição de saúde) remeteu aos modos como cada pessoa percebe sua saúde em relação ao cotidiano vivido, priorizando componentes não médicos e não materiais, como realização pessoal e felicidade. Apesar de estes aspectos serem pouco relevantes para os modos de cuidado e compreensão da saúde pautados no modelo biomédico, as usuárias demarcaram o lugar da subjetividade nas suas concepções de saúde.

Essa constatação foi enfaticamente reafirmada a partir de outro bloco de respostas, que deu destaque à mente como componente fortemente relacionado à saúde:

“a primeira coisa é que se eu tivesse a mente, um controle melhor sobre a mente, eu não adoeceria... mas infelizmente aqui nesse mundo a gente não consegue isso... porque pressão alta, arritmia, essas outras coisinhas, clinicamente eu não tenho nada... então todas essas coisinhas são provenientes do meu emocional descompensado ou desequilibrado” (U-Dalila)

“dizem que a cabeça é o mestre, e é verdade, porque se tu não tens a cabeça boa, o corpo não reage (...) a tua mente tando boa, o corpo reage bem” (U-Dalva)

“ah vem a mente... primeiramente vem a mente (...) não sei, acho que a cabeça que comanda tudo né... eu acho que a cabeça que comanda um pouco das doenças da gente (...) às vezes eu acho que a saúde vem um pouco da cabeça da gente também... tem coisas que não, que a gente sabe que não é né, mas a maioria das doenças vem um pouco da cabeça da gente sim... se a gente não agir, só ficar pensando em besteira, a gente vai para o buraco né... e eu tenho medo de depressão né, qualquer coisinha, a depressão mata né, gente se mata por causa da depressão né” (U-Danúbia)

“parece que a mente já melhora praticando os exercícios junto com os colegas (...) eu me sinto melhor, não fica aquela coisa assim só pensando besteira, como diz o outro” (U-Lineu)

“se tu levanta já chateada e se tu olha e tudo que tu ver tu botar defeito, tu vai ficando doente, infelizmente, porque tu começa a adoecer a mente... e a mente é que manda na gente, não é o teu corpo... às vezes o teu corpo até tá assim ruim, né, com uma coisa assim porque tropeçou ou deu um mal jeito, aí tá, tu tá doente porque aconteceu alguma coisa... mas se tu tá de bom humor, aquilo ali meio que fica esquecido” (U-Yolanda)

“é você pensar positivo” (U-Yandra)

“a cabeça conta muito para saúde, emocionalmente também né... porque isso vai determinar toda tua saúde... porque se tu está bem emocionalmente, tu vai ter vontade de fazer prática, tu vai te alimentar direito, então é um todo né” (U-Yasmin)

Chamou bastante atenção este conjunto de respostas que colocaram a mente como aspecto relacionado à saúde, sobrepondo-se, inclusive ao corpo físico. As falas das usuárias se colocaram numa posição de enfrentamento de pilares historicamente cristalizados no trato com os processos saúde-doença, ao secundarizar o predomínio do corpo físico, em favor da valorização do componente subjetivo. Se, numa visão hegemônica, os processos saúde-doença começam e terminam na esfera física do corpo, na visão de algumas usuárias da pesquisa, certas doenças e reações físicas estão associadas a componentes subjetivos, como emoções e pensamentos.

Guedes; Nogueira; Camargo Jr (2006) discutiram o (não) lugar que os fenômenos subjetivos relacionados ao adoecimento ocupam no modelo da biomedicina. Para além das críticas relacionadas à necessidade de se olhar para o doente e não apenas para a doença, destacaram no início do século 20 as primeiras manifestações sobre a importância de direcionar a escuta terapêutica para os aspectos psicológicos que permeiam o adoecer, não só para os relatos objetivos da doença.

Mais recentemente, esta crítica se estende ao privilégio dos exames clínicos e medicamentos, os quais, inclusive, apagaram o próprio ato da escuta nas consultas. A diagnose agora tem nas tecnologias duras o seu parâmetro de confiança e a terapêutica está centrada nos recursos de remédio e cirurgia, num contexto de relação entre profissional da saúde-usuário cada vez mais impessoal e desumanizado. A neutralidade e a objetividade constituem os alicerces desse modelo de atenção à saúde, amparado na cientificidade. Não é à toa, que uma das primeiras políticas públicas de saúde no Brasil para dar sustentação ao SUS, foi a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003), recuperando a importância do acolhimento, da escuta qualificada, do vínculo terapêutico.

Os modos como foi se construindo a medicina moderna acompanharam os processos de reducionismo em curso no trato com o corpo, a saúde e a doença, exacerbados com o advento da Modernidade. O esforço tem sido, cada vez mais, de situar as práticas e os saberes médicos

sob a égide das ciências naturais, o que implica fazer surgir a objetividade da doença, com a exclusão da subjetividade e a construção de generalidades, conforme analisou Luz (1988).

Tendo em vista que a medicina ocidental é herdeira da racionalidade científica moderna, sua lógica tende a menosprezar os componentes subjetivos da experiência, considerados imprecisos, fugidios, difíceis de quantificar e enquadrar em regularidades. No contato do profissional de saúde com a/o usuária/o, apresentam-se muitos aspectos, como sentimentos, dúvidas, tentativas e erros, porém, no resultado final, isto desaparece, adquirindo um estatuto de saber científico.

Contudo, embora os profissionais tentem se adequar ou encaixar as situações de cada usuário ao modelo preconizado pela ciência, falham neste intento, uma vez que a subjetividade se mostra em vários momentos, tanto da parte da experiência de adoecimento dos usuários, quanto na sua própria experiência de ação clínica, como nas interpretações dos exames, decisões, julgamentos, etc (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR, 2006).

Para Canguilhem (2017), quando se fala em saúde é inevitável referenciar a dor ou o prazer. Do mesmo modo, a experiência de adoecimento implica um sentimento direto e concreto de sofrimento, de vida contrariada.

a vida de qualquer ser vivo não reconhece as categorias de saúde e doença, a não ser no plano da experiência, que é, em primeiro lugar, provação no sentido afetivo do termo, e não no plano científico. A ciência explica a experiência mas não a anula. O ser vivo não vive entre leis físicas e químicas, mas entre seres e acontecimentos que diversificam essas leis (CANGUILHEM, 2017, p. 160).

Assim, o autor propõe introduzir o conceito de “corpo subjetivo”. Essa proposta não significa desconsiderar sentidos lógicos produzidos no âmbito da ciência, mas admiti-los como margem e como barreira das construções históricas produzidas pela humanidade, uma vez que o corpo vivido não é um objeto, mas para os seres humanos, viver é também conhecer.

No entanto, na ótica do cientificismo que predomina no modelo biomédico, o referencial da clínica está na relação de co dependência doença-lesão, cabendo ao profissional identificar a doença e a causa para diagnosticar e remover a causa para curar. Desse ponto de vista, a doença não é vista como uma construção humana, mas como uma entidade que efetivamente existe, cabendo à prática médica dar visibilidade ao que está invisível e que seja possível de manipular, interferir, sobretudo organicamente. O trabalho na clínica, portanto, seria de decodificar as falas dos usuários em sinais médicos, reconhecíveis ou passíveis de se inscrever no discurso médico. Em nome de uma certa terapêutica baseada em procedimentos científicos,

seriam desprezadas as singularidades e diferenças componentes da complexidade das experiências de adoecimento.

No entanto, ainda sob o ponto de vista de Guedes; Nogueira; Camargo Jr (2006), nem todas as manifestações de adoecimento podem ser explicadas pelo modelo doença-lesão e seus correspondentes. As que não se encaixam nos referenciais do modelo da biomedicina se tornam um problema, colocando em xeque o saber médico, uma vez que os usuários possuem sintomas persistentes, sem que se possa detectar uma doença. Essa situação ficou evidente na fala de uma das usuárias da pesquisa que referiu seu estado de adoecimento, mas afirmou: “cl clinicamente eu não tenho nada”. Esse tipo de postura cria um impasse para a atenção em saúde, pois denuncia a falta de recursos para lidar com essa situação, abalando os moldes em que se calca a biomedicina.

Ao outorgar o adoecimento à “mente”, à “cabeça”, ao “emocional”, as usuárias da pesquisa estão sinalizando à atenção em saúde seu entendimento de que os processos saúde-doença não podem mais ser considerados apenas em sua acepção biológica, mas reconhecem uma relação indissociável mente-corpo-emoções.

Em termos cunhados no início do século 20, essas respostas parecem remeter à esfera psicossomática. Dejours (1986) afirma que a psicossomática é uma área recente no campo da saúde, a qual tem buscado estabelecer relações entre o que se passa na cabeça das pessoas e o funcionamento de seus corpos. Segundo o autor, sob essa perspectiva, as doenças ocorrem em momentos precisos, quando se passa alguma coisa no plano psíquico, mental, afetivo, ou seja, uma situação difícil ou um impacto traumático podem gerar doença. Para Guedes; Nogueira; Camargo Jr (2006), essas propostas, apesar de inicialmente se mostrarem revolucionárias, perderam força ao longo do tempo e hoje não tem papel de destaque na prática médica. Para Segre; Ferraz (1997), a expressão medicina psicossomática encontra-se superada, uma vez que inexiste uma clivagem clara entre mente e soma, sendo o social também interagente.

Apesar de questionarem a chamada perspectiva psicossomática, todos esses artigos convergem sobre a relevância dos aspectos da subjetividade humana para a saúde. Em comum, criticam o reducionismo biofisiológico vigente no campo da saúde e estão atentos ao redimensionamento dos modelos de atenção à saúde, de onde emergem novas abordagens para se pensar o adoecimento, como a clínica ampliada, a humanização do atendimento, o princípio da integralidade. Nesse contexto são incluídas também as PICS, cuja resolutividade em saúde se deve à interpretação dos processos saúde-doença a partir da indissociabilidade entre fatores psíquicos e físicos no restabelecimento do equilíbrio (TESSER; LUZ, 2008).

Numa vertente de análise psicanalítica, Segre; Ferraz (1997) destacam que a continuidade entre o psíquico e o somático revela um sistema em que certas doenças são entendidas como expressões do inconsciente, pelas quais o sujeito responde ao excesso de excitação que não pode elaborar psíquica ou simbolicamente, utilizando o corpo real, o que caracterizaria os processos de somatização. Os autores acrescentam a essa argumentação as injunções sociais que atuam sobre esse aparato complexo que é o sujeito, mencionando o estilo e o ritmo de vida impostos pela cultura, a organização do trabalho, a vida nas metrópoles, etc, aventando a pertinência de uma unidade “sociopsicossomática”.

Nessa ótica,

Freud (1938) já supunha que, entre as possibilidades de defesa disponíveis para o sujeito assolado pelo “mal-estar na civilização”, estava a fuga para a doença somática (junto à fuga para a neurose ou para a psicose ou, ainda, para o comportamento anti-social). Embora ele não tenha desenvolvido a abordagem dessa via, a psicanálise tomou esta tarefa para si ulteriormente. O fato é que uma série de doenças somáticas encontram sua etiologia na problemática afetiva que não pode ser vivenciada no plano propriamente psíquico. Muitas vezes, a repressão da agressividade – que não encontra uma outra via de escape – redundando na opção final de explosão no plano somático, isto é, no *corpo real* (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 540).

Desse ponto de vista, a afetividade do sujeito revela estreita relação com os processos saúde-doença e, na medida em que a doença somática se mostra como uma via de externalização dos conflitos internos das pessoas, a ação clínica apenas sobre os efeitos orgânicos mais evidentes parece se mostrar insuficiente para o trato com as situações de adoecimento.

De outra perspectiva teórica, Goswami (2009) apresenta elementos que ampliam a discussão sobre a interconexão entre o corpo, a mente e as emoções, a partir do princípio de causação descendente (do sutil para o denso). Esta teoria demonstra a íntima relação existente entre o corpo físico e os corpos sutis, afirmando que os elementos do plano sutil interferem na matéria, e não o contrário, como advoga a perspectiva materialista. A doença se expressa no corpo, mas o físico não seria seu ponto de partida, seria o lugar de manifestação de aspectos frágeis nos campos vital/emocional, mental, supramental e de beatitude/espiritual. Este autor não conduz sua análise numa perspectiva psicologizante, mas caminha mais na direção de uma metafísica, que congrega, além dos elementos “emocionais” e “mentais”, aspectos transcendentais.

Quando as usuárias da pesquisa fazem afirmações como “a cabeça é o mestre”, “acho que a cabeça que comanda tudo né”, “a mente é que manda na gente, não é o teu corpo”, “a

cabeça que comanda um pouco das doenças da gente”, “a saúde vem um pouco da cabeça da gente”, “se tu não tens a cabeça boa, o corpo não reage”, “se eu tivesse um controle melhor sobre a mente, eu não adoeceria”, “a cabeça conta muito para saúde, emocionalmente também”, elas estão reconhecendo uma certa hierarquia que sobrepõe os aspectos sutis (mental e emocional) ao corpo físico.

Por um lado, essa compreensão, ao indicar a interconexão corpo-mente-emoções, aponta um avanço em direção a ampliação do entendimento de saúde, superando a fragmentação historicamente construída no campo da saúde, baseada no predomínio dos componentes biológicos, objetivos e materiais.

Por outro lado, esse conjunto de respostas pode estar alinhado com as mudanças observadas no trato com o sofrimento psíquico na história recente, quando é notório um olhar mais destacado para as questões psíquicas no contexto de medicalização da vida.

Na visão de Guarido (2007), houve a produção de uma nova verdade sobre os sofrimentos psíquicos, a partir de fatores como a padronização de sintomas trazida pelas sucessivas edições da DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), os resultados de pesquisas na neurociência (que tentam fundamentar o funcionamento psíquico em bases orgânicas) e o grande desenvolvimento dos psicofármacos, fruto de maciços investimentos financeiros, tendo em vista que a medicalização é a forma majoritária de intervenção terapêutica na atualidade. Em geral, estes fatores têm em comum a tendência a estabelecer bases biológicas para os sofrimentos psíquicos, remetendo seu diagnóstico a um conjunto de sintomas padronizados e seu tratamento a alterações na bioquímica cerebral, secundarizando na análise a descrição e os sentidos dos sintomas atribuídos pelo próprio sujeito.

É pertinente destacar que os mesmos parâmetros abrangem, desde condições severas de transtornos mentais, até uma gama ampla de sofrimentos cotidianos, reconfigurando os modos como pensamos e agimos frente à dimensão enigmática da subjetividade e de nossos conflitos internos. Deste modo, assim como ocorre com relação às doenças caracterizadas como “orgânicas”, a produção de significados culturais que emergem em torno do tema passa a habitar o imaginário social, o que pode ser percebido na incorporação de certas referências aos discursos.

Diante disso, outra forma de interpretar esse conjunto de respostas refere o tema da saúde mental, indicando que a concepção de saúde das usuárias está relacionada a ter boa saúde mental, como, por exemplo, quando dizem: “se tu está bem emocionalmente, tu vai ter vontade de fazer prática, tu vai te alimentar direito”, “a tua mente tando boa, o corpo reage bem”, “um controle melhor sobre a mente, eu não adoeceria”.

Esses dados deixam transparecer angústias e processos de adoecimento no âmbito da saúde mental que parecem ter feito parte da experiência de vida destas usuárias, na medida em que reconhecem a saúde como o oposto a vivenciar este tipo de problema, como, por exemplo, quando dizem: “eu tenho medo de depressão né, qualquer coisinha, a depressão mata né, gente se mata por causa da depressão né”, “se a gente não agir, só ficar pensando em besteira, a gente vai para o buraco né”, “não fica aquela coisa assim só pensando besteira”, “todas essas coisinhas [depressão] são provenientes do meu emocional descompensado ou desequilibrado”. Essa interpretação coincide com os relatos de sofrimento feitos por estas mesmas usuárias em outros momentos da pesquisa, que denotam como grandes demandas o trato com ansiedade, depressão, etc. Depressão, por exemplo, foi uma palavra usada em diferentes contextos, mas presente em todas as 15 entrevistas realizadas com usuárias.

A OMS divulgou dados de 2015 em que a depressão afeta cerca de 322 milhões de pessoas no mundo e será a doença mais incapacitante do mundo até 2020. O Brasil é o país com maior prevalência de depressão na América Latina (5,8% da população) e o líder em transtorno de ansiedade (9,3% da população) (OMS, 2017). A entidade também alerta para o estigma sobre estes problemas, que muitas vezes impedem a busca de ajuda, além dos casos de pessoas que tem estes problemas, mas não são diagnosticadas corretamente, e outras que não tem o transtorno e são identificadas de forma inadequada, com intervenções desnecessárias. Está em vigência, inclusive, o *Mental Health Action Plan 2013-2020* (OMS, 2013), como resposta a estas demandas.

Ao mesmo tempo, o estatuto da depressão vem sendo tensionado na literatura acadêmica, a partir de questionamentos se ela seria “o mal do século ou a demanda do século” (FRANCO; COSTA; LEÃO, 2016) e sobre o que vem sendo chamado de “epidemia da depressão” (MACHADO; FERREIRA, 2014; CAPONI, 2009). As análises se colocam na problematização da medicalização da vida e o crescimento vertiginoso de seus índices vem sendo discutido pela ampliação do mercado da indústria farmacêutica e do comércio de antidepressivos, bem como sua propagação na mídia (SOARES; CAPONI, 2011).

Caponi (2009) acrescenta que o diagnóstico de depressão apresenta muitas limitações epistemológicas, mas a criação de classificações humanas, cada tipificação, cada diagnóstico, vai nos construindo como sujeitos e implica mudanças nos modos de pensar e agir. Assim, a autora argumenta que nossa sociedade “parece ter definido um modo privilegiado e socialmente aceito de sofrer, um modo medicalizado de administrar nossos fracassos e angústias” (CAPONI, 2009, p. 07), o que faz com que aceitemos sem muitas críticas este diagnóstico, que vem

acompanhado da ilusão de que a vida pode ser levada sem adversidades e, mais do que isso, de que a superação dos problemas só é alcançável pelo uso de medicamentos.

A série de reflexões sobre as relações da subjetividade com a saúde provenientes das entrevistas, cujas respostas destacaram as dimensões emocional e mental, apontou para dois modos distintos de interpretar essa relação. O primeiro referiu-se à incorporação dos componentes subjetivos das experiências humanas no entendimento da saúde, extrapolando o viés eminentemente biológico da biomedicina. O segundo esteve relacionado ao tópico da saúde mental, problematizando se as menções à dimensão mental e emocional por parte das usuárias seriam uma ampliação do entendimento de saúde, ou uma espécie de substituição (do físico pelo subjetivo), mantendo o foco na doença e na perspectiva medicalizante, uma vez que a saúde poderia, então, estar associada à ausência de doenças de cunho “mental ou emocional”.

A respeito de considerar a saúde como ausência de doenças, outro conjunto de respostas das usuárias afirmou a saúde como ausência de dores e vícios, num sentido mais relacionado a aspectos físicos. Uma usuária relacionou a saúde com deixar de usar medicamentos, em virtude de não sentir mais dor.

“como eu tenho muita dor, saúde para mim é não sentir dor” (U-Lisandro)

“é não sentir nada né, não ter dor, não sentir nada” (U-Damiana)

“não ter vícios (...) fumar, beber, drogas, essas coisas, pra mim, se tu já estás livre dessas coisas, já táis com bastante saúde (...) se tu consegue levantar sem gemer (risos) (...) eu sofria muito de dores (...) esse ano que passou eu quase nem ao médico fui” (U-Yolanda)

“uma pessoa assim [com saúde] deixa medicação, deixa tudo, eu vejo por mim né... quando eu vivia tomando medicação que eu sentia dores, poxa vida, sempre tava lá, ai não, minha filha convidava pra sair, ai não, eu tô cansada, ai não, me deixa, quero dormir, dormia, dormia, dormia e nunca descansava... não tinha ânimo pras coisas” (U-Yandra)

Foi interessante também notar um contraponto a concepção de saúde como ausência de doenças, expresso num conjunto de respostas que admitiu a presença de doenças e uso de medicamentos:

“saúde total, já com 67 ninguém consegue [risos] o corpo vai realmente apresentando falhas né... Ter saúde total... olha, eu considero, apesar de pressão alta, arritmia e esse processo agora [referindo-se a depressão], que eu tenho saúde” (U-Dalila)

“mesmo que às vezes tenha umas dores (...) isso aí é coisa que dá pra ir levando né” (U-Livia)

“tu não pode controlar a tua energia a vida toda, tu pode ficar doente, vai dizer que não” (U-Yuri)

“a gente busca melhorar a situação do dia a dia (...) já fiz duas artroscopia no joelho, tenho artrose, dor pela coluna toda, tenho no ombro, no joelho, no quadril” (U-Damiana)

“acho que ter saúde é a gente não deixar a doença prevalecer” (U-Danúbia)

“ir corretamente com os medicamentos que tão te passando” (U-Liara)

“o postinho porque enfim, a gente acaba precisando de uma medicação” (U-Yolanda)

Esse conjunto de respostas afirma que, na concepção das usuárias, é possível ter saúde, mesmo apresentando dores ou doenças. Essas falas foram ao encontro de um entendimento de saúde apresentado por Canguilhem (2017), de que ser saudável é poder adoecer e se recuperar, é ser capaz de instituir novas formas de se relacionar com as adversidades. O autor questiona frontalmente o conceito de saúde como ausência de doenças, afirmando que saúde e doença são estados que fazem parte do *continuum* da vida. Não são opostos, mas compõem a experiência humana de viver. Desse ponto de vista, ter saúde significa ter acesso a condições que permitam a recuperação dos processos de adoecimento. Nas palavras do autor, saúde seria a capacidade de resistir às infidelidades do meio.

Com relação a vida cotidiana, e também relacionada com as questões emocionais de ânimo e disposição, anteriormente citadas, outro conjunto de respostas concebeu a saúde como

certa condição para viver. A série de falas que denominamos de “atividades diárias” associaram a saúde com a capacidade para realizar tarefas básicas do cotidiano:

“eu posso andar, eu posso falar, eu posso cuidar dos meus afazeres” (U-Dalila)

“participar em todas essas ginástica” (U-Lineu)

“a gente poder sair, poder falar, poder andar, poder trabalhar, poder se alimentar, poder fazer a alimentação... cuidar do nosso corpo (...) eu acho que doente é aquele que não pode se manter, não pode tomar banho, não pode se alimentar, nem fazer aquilo que quer, não pode se mover, não pode dialogar com ninguém, não pode andar” (U-Livia)

“uma pessoa doente, que não tem saúde, tá lá, desanimada, não quer fazer nada, e é lógico que aí vai sentir dor, porque é uma pessoa que não tem ânimo pra viver, não tem, aí vai sentir dor né... vai se sentir mal... acho que saúde é isso aí, é tá animado, é querer fazer as coisas” (U-Yandra)

“[se] tu não tem saúde, tu não tem ânimo para nada, não tem como trabalhar” (U-Liara)

Essas respostas apontaram a saúde como algo inerente a vida ou como condição para viver. Nessas falas, a saúde se relacionou com certa autonomia para cuidar de si e das atividades da vida diária. As respostas estiveram repletas de verbos, demonstrando a associação da saúde com ações cotidianas (andar, falar, cuidar do corpo e dos afazeres, participar da ginástica, sair, trabalhar, se alimentar, fazer a alimentação, se manter, tomar banho, fazer aquilo que quer, se mover, dialogar, querer fazer as coisas). Algumas usuárias fizeram contrapontos para afirmar a saúde a partir da sua compreensão sobre doença, traduzida como a falta de condições de levar a vida com independência e ânimo.

A saúde pareceu ser entendida como algo trivial, confundida com o cotidiano da vida, mas que quando falta (“uma pessoa doente...”, “se tu não tem saúde...”) produz um impacto direto, pois abala as ações mais elementares da existência. As usuárias valorizaram a autonomia, nesses casos entendida como a habilidade de realizar atividades funcionais, ser dona da própria

vida (não ser dependente) e ter um sentimento de poder agir como desejar. Essa concepção de autonomia no campo acadêmico da saúde aparece mais na literatura gerontológica, como em Fonseca et al (2010) e Paschoal (2002), coincidindo com a faixa etária da maioria das respondentes da pesquisa que enfatizaram esses pontos.

Na visão de Luz (2003), a compreensão da saúde como capacidade-incapacidade de trabalhar ou desempenhar atividades é uma visão simplista, tal qual sua correspondência com a ideia de saúde como ausência de doenças. Sua defesa é que a saúde esteja relacionada com o bem viver a vida, e não que se restrinja a evitar doenças, a “preservar-se”, a “não correr riscos”, a permanecer na normalidade médica.

Uma usuária mencionou a regulação de exames, sendo a única resposta no conjunto de todas as entrevistas que citou um parâmetro hegemônico da medicina para identificação de doenças.

“regular os meus exames” (U-Yvone)

Os exames clínicos são um método consagrado no campo da saúde que serve como preditor das condições de saúde/doença, ou seja, através de exames é possível determinar se uma pessoa está doente ou não, por meio de comparação dos dados clínicos da pessoa com padrões previamente estabelecidos na área médica. A biomedicina tem utilizado os exames quase como método exclusivo no âmbito da diagnose, porém, ao privilegiar os exames acaba afastando-se da observação clínica e dos relatos dos próprias usuárias, os quais poderiam também oferecer dados relevantes para estruturação de diagnósticos.

A crescente medicalização social tem desenvolvido nas pessoas um certo senso de confiança inquestionável nos demarcadores dos exames clínicos, tidos como fontes mensuráveis da saúde/doença. A concepção de saúde/doença imbuída nessa perspectiva é de privilégio dos fatores biológicos, tendo em vista que os parâmetros utilizados nos exames geralmente se fundam em demarcadores anatômicos e fisiológicos do organismo humano, organizados sob lógica bastante objetiva.

No entanto, foi interessante notar no conjunto de respostas das usuárias que suas concepções de saúde não se mostraram exclusivamente atreladas a tais parâmetros fisiológicos, clínicos, objetivos, mas estiveram relacionados a percepções de ordem subjetiva e vinculadas à vida cotidiana.

Outro aspecto que reforça essa compreensão e que se mostrou significativo nas entrevistas foi a dimensão coletiva. Muitas usuárias associaram a saúde à participação no grupo.

“quando tu fala assim saúde, para mim é isso... alegria, conversar, botar para fora o que a gente sente, ou poder dar um abraço em alguém... às vezes não precisa nem dizer nada né, tem vezes que a pessoa tá precisando de um abraço, um abraço diz tudo também né... um abraço é melhor do que qualquer palavra assim né... eu sinto assim... às vezes eu tava lá assim com dor [ela] já vinha me abraçava... aquilo ali para mim já era era uma cura, uma melhora né... porque um abraço é bom né quando é dado com carinho verdadeiro, é bom né” (U-Danúbia)

“participar de um grupo é muito importante pra essa parte assim da cabeça (...) uma prática, um grupo aonde eu me sinta apoiada, onde eu participe, eu possa interagir com as pessoas, acho isso fundamental, interagir com as pessoas para eu não me sentir sozinha, e ajudar para poder ser ajudada... e isso vai me ajudar nesse todo que é o nosso corpo, corpo e cabeça” (U-Yasmin)

“praticando os exercícios junto com os colegas para mim assim eu me sinto melhor” (U-Lineu)

“ter bom relacionamento com as pessoas” (U-Lisandro)

“ter amizade... sem amizade não adianta... foi quando eu vim morar aqui (...) eu não tinha nenhum conhecido, entrei em depressão... daí só depois que eu descobri esse grupo que eu voltei a ser o que eu era” (U-Lilian)

O grupo apareceu como sinônimo de saúde pelo seu potencial de auxiliar as pessoas a lidar com adversidades da vida, no aspecto afetivo, em alguns casos como um contraponto aos problemas de isolamento social, solidão, que podem resultar em questões de saúde mental como depressão, por exemplo. A dimensão coletiva, o grupo, foi o elemento mais frequente nas respostas sobre as contribuições das práticas corporais integrativas para a saúde, o que discutiremos detidamente a seguir.

Algumas usuárias relacionaram a saúde a sair de casa:

“sair da minha rotina, é não ficar só em casa” (U-Lineu)

“não ficar, como é que eu vou dizer, só enfiada dentro de casa... no fim vem depressão né, a auto estima vai lá embaixo... e tu vai ficando, tu vai ficando sem movimento, no fim tu fica travada né” (U-Damiana)

Essas usuárias ressaltaram a importância da participação nos grupos de práticas corporais integrativas como possibilidade de incluir uma atividade em sua rotina que lhes possibilite sair de casa. A saúde, para elas, esteve relacionada a participação social, e seus relatos mostraram, de certa forma, seus esforços em permanecer engajadas em atividades e relações significativas, em contraposição a situações de isolamento social, mais frequentes para idosos.

Por último, apresentamos algumas respostas que referiram a energia como componente da saúde:

“é você tá... ter energia né” (U-Yandra)

“tudo isso que vai deixando a alma, o espírito, numa situação boa e você vai resolvendo teus chakra né... vai botando tudo em dia, é a tua energia fluir... a energia tem que fluir... essa energia tem que fluir corretamente que aí você não fica doente né” (U-Yuri)

“acordar, agradecer a deus pelo dia, pela saúde, pelo aquele dia, não importa o que aconteceu ontem nem o que vai vim por aí (...) é a felicidade” (U-Yolanda)

No primeiro caso, a energia é mencionada como sinônimo de vitalidade, disposição. Já o segundo, evoca termos que remetem à tradição oriental, como *chakras* e fluxo de energia. A existência de um corpo energético e de uma anatomia energética compõe o sistema de saberes do oriente. Segundo a descrição de Marques (2012), os *chakras* são explicados em escrituras indianas antigas como centros de energia ou de atividade da força vital, vibrando em frequências específicas. Situados no corpo sutil, não há consenso quanto ao seu número e localização, mas sete círculos situados ao longo da coluna vertebral são os mais conhecidos. Cada *chakra* está relacionado a uma glândula, a um elemento cósmico, a uma forma, a uma cor, a um som e pode ter correspondentes nos órgãos e sistemas do organismo humano. O alinhamento dos *chakras* e de sua frequência vibracional é considerado importante para a saúde

do corpo como um todo, algo sobre o que parece expressar a fala do usuário da pesquisa. Nessa fala, a energia tem sentido de força, corrente, que atravessa e circula pelo corpo.

Na terceira fala, a energia se expressa na forma de gratidão. A gratidão é outro sentido atribuído à noção de energia, revelando o sagrado que se supõe que exista em cada um e que se manifesta no ato de reverenciar a vida. Esse significado se vincula à dimensão da espiritualidade, em que a energia é associada a uma força cósmica que conecta as pessoas entre si e com o universo, reconhecendo a expressão da transcendência.

A noção de energia é polissêmica e não é facilmente aceita no campo da saúde. Contudo, alguns autores vêm apontando para a emergência do paradigma energético (MARTINS, 2012), onde a energia aparece como um operador simbólico de um conjunto de técnicas e práticas em saúde que partem de outras racionalidades. Sua incorporação ao campo da saúde demanda uma mudança paradigmática. Nas falas das usuárias da pesquisa, mostrou-se a polissemia do conceito, quando foram mencionadas três maneiras distintas de abordagem.

Na literatura é possível identificar distintos conceitos de saúde, assim como problematizações a respeito da (im)pertinência de delimitá-lo com precisão. Scliar (2007), ao propor uma história dos conceitos de saúde e de doença, reconhece que as concepções se alteram ao longo do tempo, refletindo a conjuntura social, econômica, política e cultural. Assim, os conceitos dependem da época, do lugar, da classe social e variam entre as pessoas, conforme seus valores individuais, as concepções científicas, religiosas e filosóficas.

Alguns conceitos são consagrados no debate acadêmico, como a definição da saúde como “ausência de doenças” e a proposição da OMS de que seria o “pleno bem-estar físico, mental e social”. Essas duas concepções, para Palma (2000, p. 97), “embora pareçam diferir, conduzem para análises reducionistas, uma vez que, para elas: a) as doenças decorrem de determinismos biológicos; b) o foco é centrado no indivíduo; e, c) a ausência de doenças é o ‘marcador’ da saúde”.

A autoria do conceito de saúde como ausência de doenças é atribuída à Christopher Boorse (1977). Este filósofo da medicina, pouco conhecido no Brasil, criou nos anos 1970 a Teoria Bioestatística da Saúde, teoria funcionalista que tem essa premissa como central (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002). Esta é uma concepção amparada em certa objetividade observável nas manifestações do corpo físico, que demonstra uma ideia de oposição entre o estado de saúde e o de doença, ou seja, se tem saúde quando não se tem doença e vice-versa. “A classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor” (SCLIAR, 2007, p.37).

Essa definição vem recebendo um sem-número de críticas no meio científico, no entanto, ainda parece amparar a maior parte das produções acadêmicas no campo da saúde, bem como as práticas em saúde, fundadas no modelo biomédico. É possível elencar algumas críticas a partir do estudo de Almeida Filho; Jucá (2002): define a saúde pelo seu contraponto (a doença) e a saúde precisa ser considerada de modo positivo; pressupõe que a saúde como a doença seriam mensuráveis; desconsidera o fato de que a doença não diz respeito a meros organismos biológicos, mas afeta seres humanos; a subjetividade não é considerada um elemento importante no entendimento dos processos saúde-doença; parece referir-se a uma saúde absoluta, incondicional; omite a dimensão da cultura (que inclui a própria medicina e seus aparatos) como protetora e criadora de recursos que compensam as “desvantagens evolutivas” e potencializam o “funcionamento normal”; além de questionamentos a termos e conceitos empregados acriticamente.

Compreender a saúde como ausência de doenças também coloca a saúde num patamar estático, balizado por uma certa normalidade, desconsiderando seu caráter processual. Para Canguilhem (2017), o *continuum* da vida envolve oscilações entre saúde e doença, e ambas não se caracterizam por estados opostos e fixos, mas como movimentos que se alternam na experiência do viver, cujas fronteiras nem sempre podem ser precisamente demarcadas. Em pesquisas antropológicas, a ausência de enfermidade não implica, necessariamente, a saúde, uma vez que indivíduos ditos doentes de acordo com parâmetros clínicos e laboratoriais, mas que afirmam estarem bem, são considerados saudáveis em seu meio (BATISTELLA, 2007).

Embora a definição de “saúde como ausência de doenças” seja a mais difundida no senso comum, vimos que não encontrou muita ressonância nas falas das entrevistas da pesquisa. No entanto, pudemos sugerir certa atualização, na medida em que a ausência de doenças, na pesquisa, deslocou-se para o âmbito das dimensões subjetivas, afirmando a saúde como ausência de sofrimentos de ordem mental e emocional. Poucas usuárias conceberam a saúde como ausência de dores, de vícios e de uso de medicamentos. Em contrapartida, outros mencionaram que é possível ter saúde, mesmo com a presença de adversidades, processos de adoecimento e necessidade de medicamentos. Os dados empíricos da pesquisa, somados ao conjunto de críticas realizadas a essa definição, reiteram sua insuficiência para circunscrever fenômeno tão complexo.

A OMS definiu que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946). Este conceito foi formulado no contexto do pós-guerra e refletia o anseio por uma vida plena, sem privações (SCLIAR, 2007), mostrando-se avançado à época em que foi produzido, inclusive por registrar,

no mesmo documento da OMS, a saúde como um direito fundamental de todas as pessoas e o papel do Estado na promoção e proteção da saúde. Contudo, encontra-se obsoleto e tem recebido várias críticas (SCLIAR, 1997; SEGRE; FERRAZ, 1997; DEJOURS, 1986).

Um dos questionamentos se dirige ao caráter utópico das expressões “completo”, “pleno” ou “perfeito”, fazendo da saúde um estado ideal, que não é concretamente atingido, portanto, uma ficção (DEJOURS, 1986). Além disso, tais termos são impossíveis de definir, mesmo que se trabalhe num referencial objetivista (SEGRE; FERRAZ, 1997), crítica que também se estende à noção de bem-estar. Para Dejours (1986), o bem-estar é um estado ao qual buscamos nos aproximar, diferente da compreensão de um estado estático, atingido, conforme supõe a indicação da OMS.

Estas imprecisões tornam a operacionalização do conceito difícil para o contexto dos serviços de saúde, inclusive porque dificultam a avaliação das condições de saúde das pessoas a partir deste referencial (BATISTELLA, 2007). O conceito da OMS mostra-se ultrapassado, também, porque ainda fragmenta as dimensões físico, mental e social, mesmo diante de um conjunto de avanços no campo empírico e teórico da saúde que apontam para uma visão integral e indissociável desses elementos na experiência do viver humano.

Além disso, o bem-estar total ao qual se refere o conceito merece críticas pelo fato de que sua adoção pode justificar práticas arbitrárias de controle e exclusão daquilo que for considerado negativo, indesejável, supondo que possa existir uma vida sem angústias e conflitos. Esta ilusão e tentativa de apagamento do que é inerente à história de cada ser humano e da sociedade pode servir como marcador da delimitação do que seja o bem-estar previsto no conceito, mas tende mais a fragilizar do que potencializar as condições dos sujeitos de lidarem com suas situações de vida (CAPONI, 1997).

Algumas respostas de usuárias da pesquisa se relacionaram com a compreensão da OMS, ao referir a saúde como bem-estar, alegria, felicidade, como saúde física e mental. Certa ênfase foi conferida ao bem-estar mental, ao associar a saúde a sentimentos positivos e a um certo controle mental que interfere também no físico. No componente social, destacaram-se as menções à importância do grupo e bom relacionamento com as pessoas.

O relevo dado à subjetividade como componente da saúde, por parte das usuárias, reforçou a imprecisão do conceito, uma vez que, assim como na definição da OMS, o que foi dito sobre os aspectos emocionais e mentais das usuárias foi feito dentro das crenças e valores de cada um, não legitimando um entendimento que pudesse ser generalizado. Além disso, certas falas tensionaram a noção de completo ou pleno bem-estar, na medida em que admitiram que pode haver saúde mesmo com a presença de dores, doenças ou adversidades.

Embora tal definição da OMS ainda se mantenha em vigência, as ações da entidade a extrapolam, pelo menos desde a mirada para os cuidados primários em saúde, que teve como demarcador histórico a Conferência de Alma-Ata, em 1978. O entendimento de saúde passou a incorporar com mais clareza os determinantes sociais, a partir da evidência das desigualdades sociais; as responsabilidades governamentais pela saúde foram destacadas, bem como a dimensão participativa das pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados em saúde; e os sistemas nacionais de saúde passaram a ser vistos como integrados aos processos de desenvolvimento dos países (SCLiar, 2007).

No Brasil, esse movimento esteve imbricado com a construção do SUS. As políticas públicas de saúde registram a saúde como um conceito multifatorial. A Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/1990) incorporou o conceito previsto no Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o qual define a saúde como resultante de acesso digno a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990). Tal conceito foi formulado no bojo do movimento da Reforma Sanitária brasileira, comprometido com mudanças sociais direcionadas à construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Esse entendimento de saúde situou as dimensões econômica, social e política na produção da saúde e das doenças das pessoas e das coletividades, negligenciadas nas concepções que privilegiam a abordagem individual e eminentemente biológica. No entanto, seu inegável avanço não está isento de críticas.

A principal delas se dirige à consideração da saúde como um fenômeno superestrutural, resultante ou reflexo de uma única esfera absoluta, que é a base socioeconômica, em detrimento das especificidades biológicas e psíquicas envolvidas nos processos saúde-doença. Além disso, a amplitude embutida no conceito pode se revelar pouco operativa e, portanto, limitadora de ações efetivas, bem como dar margem para a medicalização de todos os âmbitos da existência (trabalho, lazer, alimentação, moradia, etc).

Autores que tem discutido a promoção da saúde tem se deparado com a complexidade de calibrar esse conceito na realidade social dos serviços de saúde. Buss (2009), por exemplo, avança da constatação de que a saúde tem determinações sociais, econômicas, políticas e culturais mais amplas do que a simples herança genética, a biologia humana e os fatores ambientais mais imediatos. Afirma que existem evidências sólidas que demonstram uma forte relação entre os estilos de vida das pessoas, sua posição social e econômica, suas condições de vida e seus estados de saúde, indicando que as estratégias mais eficazes de promoção da saúde

se baseiam numa combinação de ações destinadas a abordar os determinantes estruturais e individuais da saúde.

A tensão individual-social é uma constante no debate das categorias saúde e doença. É relevante salientar que, entre as entrevistas da pesquisa, nenhuma menção foi feita a aspectos que poderiam remeter à determinação social da saúde. Apenas uma usuária relacionou a saúde ao “postinho”, referindo a importância de ter acesso a medicamentos no centro de saúde. As falas sobre alimentação estiveram mais relacionadas ao âmbito dos hábitos comportamentais do que ao acesso a condições dignas de alimentação, ou da alimentação como um direito humano fundamental.

Também nenhuma alusão foi feita a aspectos condizentes com um enfoque ecossistêmico da saúde. Esse entendimento questiona a noção de desenvolvimento como crescimento econômico e defende a valorização da vida do planeta como um todo, recolocando os seres humanos profundamente integrados à natureza. Nessa ótica, a saúde dos seres humanos é dependente da vida planetária e a preservação do todo se faz urgente para garantir não apenas a saúde, mas a própria existência da espécie humana (BATISTELLA, 2007). Nas entrevistas da pesquisa, ficou evidente nas falas das usuárias que seu entendimento de saúde se coloca mais na esfera individual do que social.

Quase nenhuma menção foi feita a aspectos da saúde que remetem a conceitos de tradição oriental. Uma usuária trouxe a ideia de saúde como equilíbrio e outros mencionaram a noção de energia, como sinônimo de vitalidade, como força vital que atravessa o corpo e como força transcendental. Essas falas vão ao encontro da compreensão de saúde como equilíbrio dinâmico ou harmonia, associado à ideia de vitalidade. A saúde é vista como algo em movimento e que estabelece uma relação entre micro e macrocosmo, enquanto a doença é o bloqueio ou a aceleração desmesurada deste movimento, com consequente perda de ritmo da vida do ser vivo (LUZ; WENCESLAU, 2012). Fala-se em forças vitais que existem no corpo, que quando encontram-se em harmonia representam saúde, e as medidas terapêuticas consistem em restaurar o fluxo de energia (SCLIAR, 2007).

Em síntese, os sentidos/significados que as usuárias atribuíram à saúde congregaram percepções em que aspectos da subjetividade foram mencionados com mais frequência, como sentimentos positivos, capacidade de empreender ações no cotidiano, o lugar destacado da “mente”, as relações com o grupo. As falas também referiram o viés comportamental da prática de exercícios e alimentação. Em contrapartida, aspectos de ordem social ou política não foram mencionados.

As usuárias conceberam a saúde como ausência de doenças, mas também admitiram a presença de adversidades na concepção de saúde. Os modos de lidar com o adoecimento, numa perspectiva mais subjetivista de saúde, foram os componentes que se sobressaíram nas respostas sobre as contribuições das práticas corporais integrativas para a saúde, assunto que abordaremos no tópico seguinte do texto.

4.2. PRÁTICAS CORPORAIS INTEGRATIVAS E PROCESSOS SAÚDE-DOENÇA

A fim de analisar as contribuições das práticas corporais integrativas para a saúde, elegemos um conjunto de dados produzidos junto às usuárias e condutoras dos grupos. Utilizamos cinco perguntas realizadas nas entrevistas individuais com as 15 usuárias e uma pergunta feita nas entrevistas individuais com todas as condutoras de grupos. Também usamos, na íntegra, as rodas de conversa realizadas nos três grupos acompanhados, e uma parte da roda de conversa feita com as condutoras dos grupos. Acrescentamos, ainda, as respostas à única pergunta aberta do questionário, respondido por 218 usuárias de todos os grupos da cidade.

O quadro abaixo apresenta os distintos momentos de produção de dados, no total de 11, com as perguntas realizadas e seus respondentes, mais a sistematização das respostas. A coluna C.I. refere-se ao número de códigos produzidos na codificação inicial dos dados. A coluna da direita mostra os códigos provenientes do processo seguinte, a codificação focalizada, onde foi possível reduzir o número de códigos iniciais e reagrupa-los em códigos nominados conforme a frequência de respostas. As categorias focais foram expostas em ordem decrescente da frequência com que apareceram nas respostas.

Foi preciso focalizar os dados duas vezes, porque inicialmente visamos apresentar uma listagem de benefícios das práticas corporais integrativas identificados por usuárias e condutoras. Depois dessas respostas, a segunda focalização de dados visou responder: como as práticas corporais integrativas potencializam os meios para que as usuárias possam lidar com seus processos saúde-doença? Esta segunda parte segue posteriormente no texto.

Quadro 10: Momentos de produção de dados, número de respondentes, número de códigos da codificação inicial e categorias da codificação focalizada.

	Perguntas	Respondentes	C.I.	Codificação Focalizada
1	O que faz com que você continue vindo no grupo?	15 usuárias/os em entrevista individual	100	Grupo, as pessoas do grupo, dimensão coletiva Influência sobre doenças e uso de medicamentos Condutoras/es do grupo

				<p>Melhoras emocionais, sentimentos positivos</p> <p>Mudanças no cotidiano</p> <p>Elementos da aula (músicas, exercícios, etc)</p> <p>Por este grupo, tive acesso a outras PICS</p> <p>Substituí outras terapias</p> <p>Esfera pública (gratuidade, boa assistência e local)</p> <p>Melhora em capacidades e qualidades físicas</p>
2	Que relação você faz entre as aulas e sua saúde?	15 usuárias/os em entrevista individual	66	<p>Melhoras emocionais, sentimentos positivos</p> <p>Influência sobre doenças e uso de medicamentos</p> <p>Mudanças no cotidiano</p> <p>Grupo, dimensão coletiva</p> <p>Energia</p> <p>Conductoras/es do grupo</p> <p>Elementos da aula (respiração, movimentos)</p>
3	O que você aprendeu durante as aulas para sua saúde?	15 usuárias/os em entrevista individual	62	<p>Melhoras emocionais, sentimentos positivos</p> <p>Metáforas, mensagens positivas</p> <p>Afirmção da continuidade</p> <p>Elementos da aula, da prática em si</p> <p>Grupo, a dimensão coletiva</p> <p>Influência sobre doenças</p> <p>Necessidades fisiológicas básicas (sono, etc)</p> <p>Mudanças no cotidiano (coisas para fazer em casa)</p> <p>Melhora em capacidades e qualidades físicas</p> <p>Energia</p>
4	Você observou mudanças no seu dia a dia, alguma coisa que não fazia e passou a fazer com relação a sua saúde?	15 usuárias/os em entrevista individual	62	<p>Melhoras emocionais, sentimentos positivos</p> <p>Mudanças no cotidiano</p> <p>Melhora em capacidades e qualidades físicas</p> <p>Grupo, dimensão coletiva</p> <p>Elementos da aula, da prática em si</p> <p>Influência sobre doenças e uso de medicamentos</p> <p>Necessidades fisiológicas básicas (sono, etc)</p>
5	Qual o sentido dessas aulas para sua vida? O que essas aulas representam para você?	15 usuárias/os em entrevista individual	84	<p>Grupo, dimensão coletiva</p> <p>Melhoras emocionais, sentimentos positivos</p> <p>Conductoras/es dos grupos</p> <p>Influência sobre doenças</p> <p>Afirmção da saúde</p> <p>Mudanças no cotidiano</p> <p>Afirmção da continuidade</p> <p>Energia</p> <p>Esfera pública</p>
6	O que você percebeu que mudou na sua vida depois que você começou a fazer aula nesse grupo?	Roda de conversa com grupo de <i>Yoga</i> – 52 usuárias/os	134	<p>Metáforas, mensagens positivas</p> <p>Grupo, dimensão coletiva</p> <p>Influência sobre doenças e medicamentos</p> <p>Respiração</p> <p>Presença</p> <p>Conductoras/es do grupo</p> <p>Olhar para si</p> <p>Melhoras emocionais, sentimentos positivos</p> <p>Melhora em capacidades e qualidades físicas</p> <p>Afirmção da continuidade</p> <p>Energia</p>

				Esfera pública
7	O que você percebeu que mudou na sua vida depois que você começou a fazer aula nesse grupo?	Roda de conversa com grupo de <i>Lian gong</i> – 24 usuárias/os	87	Influência sobre doenças e medicamentos Grupo, dimensão coletiva Afirmação da continuidade Substitui outros tratamentos Necessidade de se exercitar Mudanças no cotidiano Melhoras emocionais, sentimentos positivos Melhora em capacidades e qualidades físicas
8	O que você percebeu que mudou na sua vida depois que você começou a fazer aula nesse grupo?	Roda de conversa com grupo de Danças Circulares – 13 usuárias/os	141	Melhora em capacidades e qualidades físicas Melhoras emocionais, sentimentos positivos Grupo, dimensão coletiva Conductoras/es do grupo Mudanças no cotidiano Influência sobre doenças e medicamentos Afirmação da continuidade Substitui outros tratamentos Energia Esfera pública Metáforas, mensagens positivas Necessidade de se exercitar
9	Que contribuições para a saúde das/os usuárias/os vocês observam?	Roda de conversa com conductoras/es dos grupos – 07 presentes	90	Grupo, dimensão coletiva Influência sobre doenças e medicamentos Melhoras emocionais, sentimentos positivos Melhora em capacidades e qualidades físicas Crenças, Completude Consciência corporal Metáforas, mensagens positivas Esfera pública Dimensão política
10	Que contribuições para a saúde das/os usuárias/os você observa?	14 conductoras/es em entrevistas individuais	94	Melhoras emocionais, sentimentos positivos Influência sobre doenças e medicamentos Melhora em capacidades e qualidades físicas Consciência corporal Mudanças no cotidiano (atividades diárias) Grupo, dimensão coletiva Energia
11	Quais diferenças você percebeu em sua saúde depois de ter começado a participar das aulas?	Pergunta aberta de questionário – 218 usuárias/os	395	Melhoras emocionais, sentimentos positivos Influência sobre doenças e medicamentos Melhora em capacidades e qualidades físicas Grupo, dimensão coletiva Necessidades fisiológicas básicas (sono, etc) Energia Consciência corporal Necessidade de se exercitar Mudanças no cotidiano Conductoras/es dos grupos

4.2.1. Listagem de benefícios para usuárias e condutoras

Os elementos das respostas aos instrumentos de produção de dados que foram incluídos em cada categoria focal estão apresentados abaixo. A ordem empregada na escrita considerou a frequência, da categoria focal mais citada até a menos citada no quadro. Esta descrição permite observar quais as contribuições das práticas corporais integrativas para a saúde de seus praticantes, mencionadas pelas usuárias e condutoras dos grupos.

Na categoria “grupo, pessoas do grupo, dimensão coletiva” foram consideradas as falas referentes as amizades, ao convívio, a interação, ao fato de conhecer pessoas novas, as questões afetivas procedentes da criação de vínculos, as conversas, ao grupo como motivação para participar das atividades, aos momentos de confraternização, passeios e outras atividades/grupos consequentes da participação no grupo de práticas corporais integrativas. Esse conjunto de falas mostrou que as pessoas atribuem muita importância à dimensão da sociabilidade e que esta se constitui, muitas vezes, como motivação para permanência das pessoas nas atividades, além de ter uma relação direta com a saúde e com a superação de processos de adoecimento, principalmente relacionados à saúde mental, derivados de sentimentos de solidão e isolamento social.

Na categoria “influência sobre doenças e medicamentos” foram agrupadas as falas em que as usuárias e condutoras dos grupos mencionaram os efeitos das práticas corporais integrativas sobre dores e doenças, além do uso de medicamentos. Este conjunto de falas evidenciou que as práticas corporais integrativas contribuem substancialmente para o alívio de dores corporais e processos de adoecimento, tendo destaque os problemas osteomusculares e articulares e os aspectos de saúde mental, nomeadamente depressão, ansiedade e estresse. Foram citadas melhoras sobre as doenças labirintite e fibromialgia, além de efeitos benéficos sobre os fatores de risco hipertensão arterial, colesterol e diabetes. Também foi destacada nas falas a redução ou eliminação do uso de medicamentos e o descarte da necessidade de realização de cirurgia.

Na categoria “melhoras emocionais, sentimentos positivos” foram reunidas as falas em que as pessoas relataram como se sentem a partir da prática. Este conjunto de falas demonstrou que as práticas corporais integrativas promovem certo equilíbrio emocional, possibilitando que as pessoas reconheçam e trabalhem melhor suas emoções. O maior destaque foi dado a sentimentos relacionados à paz, calma, tranquilidade, menor impulsividade, centramento, etc, além de maior disposição. Elas também se descreveram mais felizes, mais alegres e afirmaram bem-estar, mudanças no humor e autoestima. Mencionaram, ainda, o grupo como um lugar

onde é possível expressar emoções e as influências das emoções no funcionamento do corpo, nas relações interpessoais e na vida em geral.

Na categoria “mudanças no cotidiano” foram incluídas as falas em que as pessoas relataram as alterações na rotina que ocorreram a partir da sua participação nos grupos de práticas corporais integrativas. Esta série de falas mostrou a importância atribuída pelas pessoas ao fato de ter uma atividade para sair de casa, frente à tendência ao isolamento social. As usuárias também referiram aprendizados das aulas que incluíram no seu dia-a-dia e/ou passaram para outras pessoas, tais como momentos de prática de meditação, mantras e orações, posturas de *yoga*, danças, além de maior atenção sobre alimentação, respiração, postura corporal, sono, disciplina. Estas falas também abordaram que as práticas corporais integrativas possibilitaram maior percepção e autonomia na realização de atividades diárias, como fazer o serviço em casa e no trabalho.

Na categoria “qualidades e capacidades físicas” foram incluídas as referências a estas valências corporais. As pessoas relataram que as práticas corporais integrativas contribuem para melhoria da flexibilidade/alongamento, coordenação motora, lateralidade, equilíbrio, memória e condicionamento físico. As falas também referiram melhorias na mobilidade e habilidades corporais, a partir de maior amplitude dos movimentos, alinhamento postural, fortalecimento muscular e articular.

Na categoria “energia” foram contempladas as falas em que as pessoas utilizaram a palavra energia. Neste conjunto, as pessoas mencionaram que as práticas corporais integrativas promovem energia positiva, associada ao bem-estar, e amplificam a energia, no sentido de uma maior vitalidade. A energia também foi associada a algo maior, imaterial, que se expande em cada um, no contexto do grupo e para além dele, e as práticas foram consideradas possibilidades de promover a conexão das pessoas consigo mesmas, com os demais e para além. A energia foi vista, ainda, como uma força que perpassa o corpo e que as práticas corporais integrativas possibilitam que ela flua, pois, quando acumulada/bloqueada, resulta em dores e adoecimento.

Na categoria “condutoras/es dos grupos” foram agrupadas as falas que conferiram importância aos profissionais, voluntários e residentes responsáveis pelos grupos. Esta série de falas demonstrou que os modos de trabalhar e as questões afetivas entre condutoras e usuárias são vistos como motivo de permanência e motivação das pessoas nas atividades. As usuárias fizeram elogios às condutoras pelo seu carisma, carinho, paciência e dedicação. E também pela sua competência profissional na condução do cuidado, principalmente por respeitarem a diversidade de condições, interesses e necessidades das pessoas do grupo.

Na categoria “afirmação da continuidade” estiveram presentes as falas em que as pessoas disseram que pretendem continuar frequentando as atividades. Embora não tenha havido nenhuma pergunta sobre isso nos instrumentos de produção de dados, chamou atenção como muitas pessoas fizeram questão de ressaltar seu interesse e vontade em seguir participando dos grupos de práticas corporais integrativas, muitas delas enfatizando a necessidade de continuidade destes projetos nos centros de saúde, frente as ameaças ao SUS.

Na categoria “esfera pública” as pessoas valorizaram a saúde pública, destacando a gratuidade como fundamental para o acesso às práticas corporais integrativas, além da boa qualidade da assistência e do local onde acontecem as atividades. Também foi destacada a medicina preventiva, como uma iniciativa importante para a saúde da população.

Na categoria “metáforas e mensagens positivas” foram agrupadas as falas em que as pessoas relacionaram os aprendizados das aulas com situações de vida. Esse agrupamento de falas demonstrou que as práticas corporais integrativas possibilitam um conjunto de reflexões sobre modos de vida e também sobre a conjuntura social, por meio da simbologia de seus movimentos, de elementos filosóficos das práticas contemplados nas aulas e de percepções advindas da experiência corporal. Aqui, as práticas se mostraram potentes para uma espécie de revisão da vida, especialmente a partir de referenciais éticos contrahegemônicos.

Na categoria “elementos da aula” foram reunidas as falas em que as pessoas mencionaram seu gosto e afinidade com alguns exercícios, posturas, coreografias, enfim, movimentos característicos das práticas, o que também se mostrou como um aspecto de motivação para permanência das pessoas nas atividades. E, ainda, as usuárias relataram aprendizados sobre elementos das práticas, os quais possibilitaram que elas pudessem realizá-los no dia a dia, para além do horário das aulas.

Na categoria “necessidades fisiológicas básicas”, as falas indicaram as contribuições das práticas corporais integrativas para a melhoria do sono, da alimentação e da hidratação das usuárias.

Na categoria “substitui outras terapias/tratamentos”, as pessoas afirmaram que as práticas corporais integrativas se mostraram eficientes para seus processos saúde-doença, de modo que as compararam com psicologia e fisioterapia. Outra categoria, “por este grupo tive acesso a outras PICS”, mostrou que a participação nos grupos levou as usuárias a outras práticas, como auriculoterapia e fitoterapia/chás.

Na categoria “necessidade de se exercitar”, as pessoas falaram sobre a importância de ter uma atividade de movimento para manutenção da saúde e da mobilidade corporal, afirmando que as práticas corporais integrativas são a sua opção para se manterem em atividade.

Na categoria “consciência corporal”, as falas denotaram que as práticas corporais integrativas promovem maior atenção e contato com o corpo, bem como conhecimento sobre alguns processos de adoecimento, o que favorece para que as pessoas saibam como agir frente a estes processos, na direção do autocuidado, com menos dependência do profissional ou do medicamento.

Algumas categorias surgiram apenas em menções à prática de *yoga*. Nas categorias “presença”, “olhar para si” e “respiração” as pessoas referiram a introspecção promovida pelas práticas corporais integrativas, a qual foi vista como meio para possibilitar o alcance de muitos dos benefícios descritos acima nas outras categorias. No mesmo sentido, na categoria “crenças, completude”, as pessoas mencionaram a experiência de conexão e sua relação com o sistema de crenças de cada um, que pode ser questionado e transformado a partir das práticas corporais integrativas. As crenças estariam na base de processos de adoecimento.

A categoria “dimensão política” surgiu apenas na roda de conversa com condutoras dos grupos. As condutoras dos grupos ressaltaram que as práticas promovem o encontro entre os participantes, fomentando o sentimento de pertencimento, facilitando com que as pessoas possam se organizar coletivamente para reivindicar questões de ordem comum, na medida em que se conhecem e se reconhecem como comunidade. Também mencionaram uma possível mudança de visão de mundo promovida pelas práticas corporais integrativas, de um foco individualista para uma perspectiva mais solidária e cooperativa.

Após a descrição realizada, podemos passar a uma análise mais aprofundada desses resultados, na direção da codificação teórica dos dados. O quadro acima permite visualizar uma listagem de benefícios, na qual alguns pontos de convergência nas respostas se mostraram bastante proeminentes com relação a determinados temas. As menções feitas ao grupo e à dimensão coletiva, à influência sobre doenças e medicamentos e às melhoras emocionais e sentimentos positivos estiveram presentes em todos os 11 momentos de produção de dados, mostrando-se como as principais contribuições das práticas corporais integrativas para a saúde, na visão das usuárias e condutoras dos grupos.

Relações com o cotidiano, bem como a melhoria das qualidades e capacidades físicas, foram frequentes em nove momentos no conjunto de respostas. Questões sobre energia também tiveram lugar de destaque, em sete momentos. Referências às condutoras dos grupos foram feitas em seis.

A afirmação da continuidade das pessoas na prática e a esfera pública foram mencionadas em cinco. Elementos das aulas e metáforas/mensagens positivas apareceram em quatro momentos. Necessidade de se exercitar, substituição de outras terapias e melhoria das

necessidades fisiológicas básicas apareceram em três. A consciência corporal foi referida em dois momentos. Com a menor frequência, foram mencionados os aspectos de presença, olhar para si, respiração, crenças, completude, além da dimensão política.

O conjunto de dados expostos até agora, referente às contribuições das práticas corporais integrativas para a saúde de usuárias do SUS, mostrou-se coincidente com as revisões de literatura realizadas para esta pesquisa (ANTUNES et al, 2018; ANTUNES; FRAGA, s/d) ¹⁶, nas quais analisamos o potencial terapêutico destas práticas, por meio da análise de conteúdo de publicações científicas.

Na primeira, identificamos que as práticas corporais integrativas têm potencialidades para a saúde, expressas em sensações de relaxamento, alívio de dores, aumento do bem-estar, diminuição da ansiedade e estresse, melhora do sono, impactos sobre sintomas de doenças, além de contribuições para os processos de autocuidado e ressignificação das formas de conceber e lidar com os processos saúde-doença, levando em consideração dimensões materiais e imateriais do corpo.

Na segunda, as contribuições das práticas para promoção da saúde se manifestaram no corpo, em aspectos físicos e/ou subjetivos, favorecendo o trato dos sujeitos com seus processos saúde-doença. Foram identificados efeitos físicos e psíquicos, melhoras nos relacionamentos consigo e interpessoais, sensação de pertencimento social e trocas afetivas, ampliação da consciência corporal e sua influência nos modos das usuárias se relacionarem com os processos saúde-doença.

Todos os estudos abordados em ambas revisões foram unânimes em afirmar o potencial terapêutico das práticas corporais integrativas, sobretudo na esfera da saúde individual, com pouca menção aos componentes da ação política ou da determinação social sanitária. Contudo, embora as publicações localizem as contribuições das práticas no plano da saúde individual, vimos que, em sua maioria, superaram a concepção comportamentalista de promoção da saúde, quando suas propostas estiveram comprometidas com o fortalecimento de uma capacidade mais

¹⁶ Esclarecemos que realizamos desde o projeto de tese, duas revisões de literatura sobre as relações entre práticas corporais integrativas e saúde – e encontramos uma feita por outros autores (CONTATORE et al, 2015) – com intenção de conhecer um panorama do que tem sido publicado sobre o tema, subsidiar a originalidade desta tese e ampliar as reflexões sobre o tema pretendido. Contudo, a relação com os exercícios de revisão bibliográfica na *Grounded Theory* é polêmica, sendo que a orientação de Strauss; Corbin (2008), por exemplo, é de que não se consulte exaustivamente a literatura da área *a priori*, para evitar uma interferência teórica que reprima a criatividade ou cerceie o movimento analítico. Dialogamos com estes resultados para a elaboração da problemática e de argumentações no decorrer do texto, mas seguimos as orientações de considera-las no processo de análise dos dados empíricos. As revisões foram publicadas em Antunes et al (2018) e Antunes; Fraga (s/d). Ver apêndice C.

autônoma, relativa às relações construídas dos sujeitos com seus corpos e as experiências de adoecimento.

Relações transversais feitas nesta sistematização dos dados caracterizaram a segunda codificação focalizada e permitiram discutir este conjunto de resultados, com objetivo de produzir respostas sobre como as práticas corporais integrativas contribuem para que as pessoas possam lidar melhor com seus processos saúde-doença. É este o texto que segue nesta parte da tese.

4.2.2. Quadro do mal-estar enunciado pelas usuárias

Tomando de início as três grandes categorias mais frequentes nas repostas das usuárias, encontramos um imbricamento entre a dimensão coletiva e importância do grupo, os processos de adoecimento e as melhorias emocionais. Este entrecruzamento foi o ponto de partida para começarmos a traçar o quadro do mal-estar vivido pelas usuárias, no sentido de apreender as principais necessidades em saúde referidas por elas na pesquisa.

A série de respostas que expressou intensos elogios ao grupo e à dimensão coletiva deixou transparecer, por contraste, perspectivas de vazio e solidão sentidas por muitas usuárias. Essas perspectivas estão presentes em uma série de falas que vamos apresentar e analisar:

“eu sinto falta assim... daí eu sinto solidão (...) sabe como é que é a vida na cidade, todo mundo trabalha, todo mundo corre né, cada um na sua casa... não é que eu não tenho amizade, eu tenho, na igreja e tudo... mas acontece que eu sinto falta, aquele dia, aquela hora assim” (U-Livia)

“eu estou gostando muito muito muito muito e eu espero que continue bastante assim porque eu gosto assim do jeito que nós estamos aqui agora [na roda de conversa], tudo conversando... eu sou manezinho, nós os manezinhos de sangue português, temos assim questões assim de aconchego sabe... e morar no centro da cidade a senhora sabe... as vizinhas... eu nem conversava, a gente nem sabia quem era vizinho” (roda *lian gong*)

“essa coisa do social também é importante... porque eu tava trabalhando demais, sabe... meu erro foi trabalhar demais... porque eu ganho muito pouco... a gente ganha muito pouco pra dar aula, então tu tem que

trabalhar muito... aí eu me isolei, sabe... aí eu me separei, já tinha me separado antes, pô quando eu fui ver tava sozinho a muito tempo, porra, que que adianta trabalhar tanto, sabe?” (U-Yuri)

Essas falas indicam carências de convívio social, de “aconchego”, contextualizando o modo de vida urbano em que as pessoas pouco se conhecem e tendem a se fechar na vida privada (no trabalho, na casa). As duas primeiras falas abordaram o “viver na cidade”, marcado pela correria, pelo cada um viver na sua casa, sem conhecer quem mora perto, sem conversar, enquanto a última fala tratou da dedicação demasiada ao trabalho e da separação conjugal.

Nesse sentido ainda, outras usuárias relataram sua condição de vir de outros lugares para morar em Florianópolis-SC, buscando nos grupos um espaço de inserção na nova cidade e interação com os moradores e com atividades sociais.

“outra coisa que faz com que eu venha aqui, que modifica, que dá sentido para minha vida, é que a gente tem necessidades de convívio... aqui em Florianópolis somos eu e a minha mulher, a minha família aqui... eu e minha mulher, tem uma meia dúzia de amigos que são ‘amigos’, mas não são amigos... esses amigos aqui tão lá no Sul, então de certa maneira, a gente chega aqui [no grupo] e tem aquele convívio, aquele entrosamento com as pessoas, as pessoas assim ‘bom dia, bom dia’ e eu ‘bom dia, bom dia, como é que está? tudo bem?’, ‘tudo bem’... já começa a criar uma certa intimidade” (U-Lisandro)

“faz poucos dias que a gente tá aqui, não conhece direito as pessoas, isso aqui é uma troca de ideia com todo mundo... a gente morava no rincão e lá nós se associamo no clube da terceira idade, então toda sexta-feira o nosso clube tinha bailão e depois a gente visitava as outras comunidades, outros grupos de idosos... aí a gente veio para cá, não sabia de nada... onde é que tem um bailão da terceira idade aí para a gente participar? Até agora a gente só foi num ali na lagoa, mas não tem os outros grupos, a gente não se inteirou ainda, mas na medida do possível que a gente tá fazendo aqui, tá muito bom, eu tô muito contente, minha esposa também tá e eu fico muito contente por a gente estar aqui agora” (roda *lian gong*)

“ah eu me sinto muito bah, uma maravilha aqui... fiz também muita amizade, eu vim de lá de outro estado né, não tinha amizade nenhuma... foi através do grupo que eu comecei a fazer amizade, ótimo” (U-Lilian)

Esse conjunto de falas afirma o potencial de socialização dos grupos de práticas corporais integrativas, ao mesmo tempo em que parece indicar o convívio social como uma demanda, como uma falta sentida pelas pessoas. A valorização do grupo mostra certa necessidade relatada pelas pessoas de exercer a vida coletiva, frente à tendência ao isolamento, típica dos atuais modos de vida, pautados na propagação do individualismo como valor social hegemônico.

O individualismo vem sendo considerado por alguns autores como uma marca da Modernidade, a exemplo de Silva (2001), que afirma o surgimento da figura do indivíduo como representativa de todo processo de fragmentação que caracteriza a vida contemporânea. Embora as relações com outros seres humanos sejam aquilo que faz de nós propriamente humanos, impera uma visão de que cada um basta a si mesmo, uma visão de desprezo pelo Outro. As formas como essa visão foi se consolidando ao longo da história e seus indícios sociais, econômicos e políticos serão tratados na seção seguinte da tese, quando abordaremos o processo civilizatório pelo qual partimos de uma ideia de conexão para uma sociedade marcada pela separatividade.

Interessa-nos, neste momento, realizar algumas análises sobre como essa constituição social, que desconfia e rivaliza o Outro, pode estar relacionada com as queixas das usuárias do SUS, especificamente, com processos de adoecimento anunciados nos dados da pesquisa.

Associadas às menções sobre solidão e busca por convívio, destacaram-se nas falas das usuárias aspectos relacionados à saúde mental. Os termos depressão, ansiedade, estresse e outros afins, foram frequentes em respostas aos instrumentos de produção de dados, na maioria dos casos em contextos associados à afirmação do grupo, do exercício coletivo. Recortamos abaixo as falas das usuárias a respeito desse conjunto de dados, nas quais indicam suas relações com a participação nas aulas de práticas corporais integrativas.

Sobre o estresse:

“é muito bom assim para o stress” (roda danças circulares)

“a gente tira o stress” (U-Dalva)

“controla o stress” (roda *yoga*)

“traz o relaxamento... deixa a gente assim mais aliviado do stress” (U-Lineu)

“a pessoa por um motivo ou outro falta, algumas vezes né... mas vê a diferença que sente no corpo... a pessoa fica mais estressado, fica mais nervoso, dorme mal, fica mais solitário, fica mais... olha, agora, fica tudo menos” (U-Livia)

“para mim foi muito bom né... porque a gente, como trabalha com famílias, a gente se estressa e é bastante” (roda danças circulares)

“para mim foi muito bom, porque primeiro, porque eu sou muito emotiva e segundo porque eu sou muito... eu sou quase que nem ela assim, muito estressadinha... em casa também sou assim... então para mim foi muito bom, eu tô bem menos do que eu era... eu era agitada até no falar (...) com a minha família que eu tenho mais calma, eu não tenho tanta paciência ainda, mas tô mais serena... devagarzinho a gente vai né” (roda danças circulares)

“a minha labirintite é causada do stress” (U-Dalva)

Sobre a ansiedade:

“é meio que unânime... foi dito muito obviamente dessa coisa que baixa ansiedade” (roda *yoga*)

“trabalha a ansiedade” (roda *yoga*)

“nossa, a minha vida é outra... eu sou muito ansiosa, não aparece, não aparenta, mas eu sou e agora amenizou muito essa minha ansiedade, muito muito muito mesmo, com a meditação, com a *yoga*” (U-Yandra)

“mais calma, menos ansiosa” (U-Yvone)

“eu tinha ansiedade” (U-Damiana)

“eu tinha muita ansiedade, para mim as coisas tinham que ser tudo na hora assim, e agora eu estou dormindo bem, eu não dormia à noite... e tô me sentindo ótima aqui e vou continuar... tô com 42 anos e agora tô voltando a viver de novo” (roda *lian gong*)

“da calma, da tranquilidade, que baixou bastante a ansiedade... e eu fiz uma pergunta que uma de 15 anos e uma de 77 anos com a mesma percepção, sabe?! Da diversidade que é bem bacana porque não importa a idade né: baixou a ansiedade” (roda *yoga*)

A depressão foi a menção mais frequente. Algumas usuárias a abordaram de forma mais pontual:

“eu já tive problema de depressão assim, entendeu, me ajudou bastante” (U-Dalva)

“pra depressão também tá ótimo” (roda *lian gong*)

“da depressão tô super bem” (roda *lian gong*)

“eu tava um pouco deprimida, tinha muita dor também... e fui na médica e ela me indicou aqui... melhorei muito muito mesmo”

“para mim faz muito bem para minha cabeça, porque eu assim depressiva né... eu tenho um problema um probleminha pequenininho na cabeça, e de um probleminha a gente mesmo faz aquele problemão” (U-Danúbia)

“eu tenho medo de depressão né, qualquer coisinha, a depressão mata né, gente se mata por causa da depressão né” (U-Danúbia)

Outras usuárias associaram a depressão aos sentimentos de solidão e isolamento:

“para mim representa tudo... porque a vez de que eu vim para cá, não conhecia ninguém ninguém ninguém... tive depressão... porque eu vim lá do Sul, as manezinhas aqui acharam que eu era gaúcha, eles tem uma coisa com gaúcho, daí eu vim, eu tomava chimarrão, daí um dia eu tava lá na frente de casa, daí uma moça, acho que a dona [nome], falou que eu era gaúcha e eu disse: não eu não sou gaúcha, eu sou ali do oeste, eu morei só lá... daí mudou... daí eu comecei a conversar, porque eu não tinha ninguém para conversar” (U-Lilian)

“tu não se sente sozinha, isolada... eu vejo pessoas que vieram pra cá para o grupo quando estavam até com depressão e agora estão mais animadas” (U-Damiana)

Uma usuária falou da aceleração do cotidiano:

“porque hoje no mundo que a gente vive, a gente vive muito deprimido, a correria do dia a dia dia, então meu deus aquilo ali é um tempo pra gente, ali a gente tem um tempo para gente” (U-Dalva)

Algumas usuárias fizeram relatos mais longos associando a depressão a perdas:

“depois que eu comecei a participar dos exercícios e participar de se unir e de se integrar... o que eu acho que eu tinha mais, eu tava mais era com depressão... daí, mesmo o remédio não fazia bem... daí eu não conseguia dormir, não conseguia me alimentar, eu ficava inquieta, e também não não tinha muita vontade de sair de nada... até isso me desenvolveu assim... eu não vinha da minha casa aqui no posto sozinha... parece que tudo que ia acontecer, porque meu filho morreu de morte súbita, eu achei morto na cama né... então para mim ficou uma coisa muito difícil né... eu já pensava que já ia acontecer comigo o que aconteceu com meu filho... hoje já não, já é bem diferente... penso assim bem diferente... porque eu queria morrer, eu queria morrer de todo jeito menina... e hoje eu digo já não quero... deus que sabe, mas eu não quero... vou me cuidar... e daí quando você tá assim muito desanimada e com muita depressão, você não cuida nem direito nem de você, pessoa, não cuida da gente né, daí cada vez tem que ser (...) mais de

medicação... porque daí você fica mal, fica mal, daí vai no médico, não resolve, vai noutro...” (U-Livia)

“eu vinha assim de umas perdas né que tinha tido, então emocionalmente tava deprimida... e aí no grupo, prática, e o próprio grupo me ajudou muito assim (...) eu encontrei ali um espaço de convívio, de troca né, de amor... posso dizer porque ali a gente se sente apoiada” (U-Yasmin)

“quando eu vim morar para cá que eu comecei com os exercícios, a [ACS] me acompanhou... todos momentos... eu tive muita tragédia onde eu morava né, perdi o marido, perdi o filho e tudo... daí eu vim para cá eu entrei em depressão e o remédio não me correspondia... depois que eu comecei a participar aqui foi uma graça, porque daí a amizade que a gente tem, e o convívio com as outras pessoas que também têm problemas, mas se divide né... então eu para mim é tanto a amizade... com as professoras, com a turma toda... e as dores diminuiu bastante graças a deus... minha auto-estima... eu tinha medo de sair, eu achava que já ia sofrer um acidente, que já ia ser assaltada... hoje eu não tenho medo, hoje eu sou outra pessoa, graças a deus” (roda *lian gong*)

“depois da perda dele [marido], fez 4 meses dia 18 agora, aí eu fiquei muito para baixo, em casa sozinha, assim né... tinha um irmão também que morava comigo, então eu fiquei completamente só... foi uma perda, de dois anos, duas pessoas muito queridas... aí eu comecei a vim aqui... fui convidada pelas amigas, a médica também me encaminhou, me mandou, aí eu comecei... aí eu vim, para mim foi assim ó, como uma terapia de mente, terapia de corpo, me ajudou muito” (roda danças circulares)

“eu era tipo assim muito envergonhada, quase não me sentia muito bem no meio de muita gente, mas depois fui e fui indo, fui indo... perdi meu esposo, fiquei muito sozinha dentro da minha casa, aí tive que sair mesmo... assim o médico mandou pegar uma oportunidade (...) então tô me achando muito bem, estou gostando... e ontem já fiz um passeio com algumas amigas e isso com a nossa professora ali, passei com ela,

gostei muito dela... então gostei bastante, então tô gostando bastante da nossa turminha aqui” (roda *lian gong*)

“representa a vida... porque eu achava assim, ai, sem graça a minha vida” (U-Danúbia)

Uma usuária não deixou claro a que se referia, mas indicou também para saúde mental:

“to meio forçada para fazer mesmo e tirar o servicinho aqui da cabeça [levou as mãos em direção à cabeça]” (roda *lian gong*)

Vimos que questões relacionadas à saúde mental se mostraram como demandas frequentes das usuárias dos grupos estudados e que, nas respostas, elas se dedicaram a pontuar que as práticas corporais integrativas interferem nestes processos. Para analisar estes dados, buscamos suporte teórico em autores que se ocuparam destas formas de mal-estar nas entrelinhas dos processos sociais e históricos.

Birman (2014) se dedicou a analisar as subjetividades contemporâneas e propôs algumas atualizações para a análise do “mal-estar”, conceito anunciado por Freud nos anos 1930, no bojo da teoria psicanalítica. O mal-estar foi anunciado como resultado de certo pacto feito entre os seres humanos de renunciar parte de sua liberdade pulsional em troca de um pouco de segurança, a fim de sustentar a vida coletiva, civilizada. Desta condição, que não se pode fugir, derivaria um sentimento constante de mal-estar, de tensão entre o indivíduo e a civilização, calcado especialmente na repressão dos desejos, com ênfase na sexualidade.

Contudo, com as transformações emergentes no modo de vida contemporâneo, assinalaram-se, principalmente a partir dos anos 1990, novas modalidades de mal-estar. “No lugar das antigas modalidades de sofrimentos centrados no *conflito* psíquico, nos quais se opunham os imperativos das pulsões e os das interdições morais, o mal-estar se evidencia agora como dor, inscrevendo-se nos registros do *corpo*, da *ação* e das *intensidades*” (BIRMAN, 2014, p.65, grifos do autor).

Han (2017) concorda com a mudança atual do quadro patológico, pontuando que vencemos uma época bacteriológica com a descoberta dos antibióticos e uma época imunológica/viral, fazendo do século 21 o período das “doenças neuronais”, como a depressão, o transtorno de déficit de atenção com síndrome de hiperatividade e a síndrome de *Burnout*. Seus argumentos se sustentam na visão de que vivemos em uma “sociedade do desempenho”.

Na ótica de Luz (2003), um grande mal-estar psicossocial está em curso, produzindo sintomas e síndromes indefinidos, nem sempre identificáveis pela biomedicina. Este se expressa no corpo na forma principal de dores e questões de saúde mental e estaria relacionado com as (re)configurações do universo simbólico da cultura contemporânea, com a inversão de valores e códigos sociais, e com os efeitos do processo macroeconômico, responsáveis por gerar instabilidade e insegurança frente à existência.

Com relação ao primeiro registro perspectivado por Birman (2014), o autor considera o corpo como o registro antropológico mais eminente de anúncio do mal-estar. O corpo tem sido o lugar privilegiado de inscrição das evidências do mal-estar, em formas que envolvem desde dores difusas até sensações de completo esgotamento e perda de vitalidade, sendo a palavra estresse a mais usual para nominar este quadro. Voltaremos à discussão das dores corporais adiante no texto.

Além disso, o autor aponta que predomina na contemporaneidade uma insatisfação permanente com o corpo. As pessoas se queixam de que o corpo não funciona a contento, que devem fazer algo para que sua performance e sua aparência possam melhorar. Considerando as incontáveis ofertas disponíveis de intervenções sobre o corpo, propagadas pelas mega indústrias da publicidade, da beleza, da nutrição e da saúde, as pessoas se sentem constantemente em dívida com relação a isso.

O crescente interesse pelo corpo, derivado do fim da perspectiva da transcendência humana, da ênfase na racionalidade instrumental moderna e dos modos de subjetivação que se fundam no interior do individualismo marcam o corpo como o atual bem supremo (SILVA, 2001). O corpo ocupa o lugar de deus como o bem supremo, e a saúde se coloca como ideal supremo, na medida em que é considerada a condição de manutenção e melhoramento do corpo, convertendo-se num imperativo. Esses fatores se inserem no contexto atual marcado pelo narcisismo e pela competitividade, pelos ideais de juventude, beleza, longevidade e produtividade, impondo um conjunto de exigências de modos de ser e de viver.

Assim que, para Birman (2014), estamos num estado de estresse permanente. O estresse é designado como o maior mal-estar perene da contemporaneidade, uma vez que está no fundamento de todos os demais, pode se manifestar de múltiplas formas e a ele muitas condições podem ser atribuídas. Para Luz (2003), o estresse designa uma fonte de constante desconforto, inquietação e perturbação, geradora de adoecimento em grandes faixas da população.

As usuárias da pesquisa referiram o estresse, com esse caráter fugidio e impreciso. Vimos no primeiro conjunto de falas acima que as pessoas referiram o estresse, como algo

negativo, que deve ser eliminado, controlado, e que parece permear o cotidiano, seja no trabalho, na família, etc. Uma das falas atribuiu ao estresse a causa da doença chamada de labirintite. O estresse apareceu como um termo, praticamente, autoexplicativo. Quando relacionado a outros aspectos, identificamos sua oposição aos termos relaxamento, alívio, calma, paciência e serenidade e sua correspondência com os termos nervosismo, insônia, solidão e agitação. Deste modo, observamos que as qualidades das práticas corporais integrativas com relação ao estresse se colocaram no seu potencial de promover relaxamento, tranquilidade e integração social, algo que aprofundaremos adiante no texto.

Segundo Birman (2014), o estresse pode produzir diferentes sintomas psicossomáticos, dentre os quais o autor destaca a síndrome de fadiga crônica (onde as pessoas relatam um cansaço absoluto, que se manifesta pela ausência de impulso vital e pela imobilidade corporal), a qual a medicina clínica muitas vezes considera como certas viroses e/ou falta de vitaminas, e a psiquiatria relaciona com processos de natureza depressiva, pela via da disfunção bioquímica dos neurônios. E o pânico (onde as pessoas referem uma angústia iminente de morte que as paralisa), geralmente relacionado ao olhar do outro, em situações sociais onde o sujeito supõe que será avaliado e se sente impotente para corresponder às exigências. O cansaço e o medo foram aspectos também mencionados pelas usuárias da pesquisa, conforme vimos nas falas acima e veremos na discussão de outras falas.

Com relação ao segundo registro, das ações e compulsões, Birman (2014) refere um certo estilo de ser dos sujeitos na contemporaneidade caracterizado pela aceleração, onde o ser se converte em um ser exteriorizado e performático, que quer agir, antes de mais nada. O autor situa neste campo a hiperatividade, onde as pessoas são impelidas à ação, ao mesmo tempo em que marcadas pela indeterminação, ou seja, agem sem que se pense muito naquilo que visa à ação e nem sempre sabem dizer o que as leva a agir. E também a explosividade e a irritabilidade, como tipos de ação que derivam de certa incapacidade de se conter o excesso no território interior, para em seguida simbolizá-lo e transforma-lo numa ação específica adequada ao contexto (como discurso, retórica, negociação com o outro), fazendo com que a carga de excitabilidade se imponha na forma de manifestações emocionais incontrolláveis. Nesse contexto, ele ainda discute, como problemas sociopolíticos, a violência, a delinquência, a criminalidade, e as compulsões referentes as toxicomanias, as bulimias, as anorexias e ao consumo.

O autor não menciona a ansiedade em seu livro, mas podemos entender que a ansiedade pode ser vista através de certa necessidade de ação, seja porque a pessoa sente que precisa agir, fazer alguma coisa, seja porque se mantém na expectativa de que alguma ação aconteça, de que

algo ocorra, mesmo que não saiba precisar o que deveria se passar, nem porquê essas ações deveriam acontecer. Várias usuárias da pesquisa usaram a palavra ansiedade e as práticas corporais integrativas se mostraram como meios de reduzi-la, algo que discutiremos com mais detalhes em seguida. Algumas usuárias atribuíram esse efeito aos aprendizados sobre respiração, meditação e *yoga*, e houveram também falas de usuárias dos grupos de danças circulares e *lian gong*. Outras mencionaram que o trabalho deste mal-estar esteve associado à melhoria do sono, bem-estar, calma, tranquilidade, além do sentimento de voltar a viver de novo. A última fala expressou esse benefício para diferentes idades.

Para Birman (2014), portanto, as individualidades na contemporaneidade seriam marcadas pelo excesso. Agir, nesse sentido, seria a saída para se livrar desse tal excedente, para não serem possuídas por ele, o que geraria angústia. Diante do excesso, o psíquico procura dele se liberar pela ação, para não correr o risco de ficar paralisado pela disseminação da angústia do real, porque se o excesso não for descartado pela ação, o psiquismo busca fazê-lo pelas vias corporais, restando as linhas de fuga do somático.

O que acontece com o estresse, o pânico e as perturbações psicossomáticas, está relacionado com a dificuldade e com a ausência de processos de simbolização, que apagam a possibilidade de uma encenação no psiquismo e geram um silenciamento do sujeito a respeito de suas questões. Ou seja, ocorre uma descarga da excitação para o registro do somático, em decorrência da impossibilidade do processo de simbolização. Por isso é perceptível no corpo uma série de manifestações associadas ao mal-estar, sendo as mais comuns relacionadas à frequência cardíaca, respiração, dores, cansaço, perda de vitalidade, etc.

No terceiro registro do mal-estar na contemporaneidade, o das intensidades, Birman (2014) afirma que é possível compreender a incidência imediata do excesso, que aparece como afetação e se expressa como sentimento. Em outras palavras, somos afetados inicialmente pelo excesso, que nos toma e se expressa como um sentimento, de modo que passamos então a sentir a afetação. O excesso, portanto, seria o regulador das afetações e dos sentimentos, delineando as matizações das intensidades: da exaltação à depressão.

O excesso é definido como irrupção de algo que não pode ser controlado nem regulado pela vontade. É visto como incontrolável porque o que o caracteriza é o afastamento com a regularidade estabelecida na experiência subjetiva, ultrapassando as fronteiras postas nas intensidades das sensações e das afetações. Nesse aspecto, o autor chama atenção para a redução dos limiares de irrupção e falta de controle da vontade na contemporaneidade, de modo que as individualidades estão cada vez mais assujeitadas e não regulam os excessos como deveriam.

Uma das consequências disso é a angústia derivada da incapacidade de antecipação do eu, não podendo circunscrever devidamente o impacto das intensidades diante dos acontecimentos. Resulta que a posição do sujeito aí é de impotência, uma vez que não é capaz de dar conta de algo que se apresenta como muito maior do que ele. Uma das saídas do psiquismo para tentar circunscrever a experiência traumática é a compulsão à repetição, buscando recriar ativamente o trauma para que possa se antecipar. Mudando da posição passiva para ativa, o sujeito tenta converter o inesperado e imprevisível em esperado e previsível, esperando assumir o controle do eu e da vontade. Contudo, as ações ou compulsões não conseguem remodelar a relação com o acontecimento inesperado, resultando num efeito apenas de curta duração.

Ainda na perspectiva de Birman (2014), diante da ampliação da esfera da ação no campo traumático, o exercício psíquico da compulsão à repetição não pode operar satisfatoriamente em tantas frentes, limitando as possibilidades de simbolização do psiquismo, o que, por sua vez, diminui a possibilidade de antecipação dos acontecimentos. Este círculo vicioso se reproduz a medida que novos acontecimentos traumáticos surgem, enquanto o sujeito se vê cada vez com mais dificuldades de antecipação e regulação dos acontecimentos.

Nessa bruma das impotências, inscrevem-se o pânico e o estresse, mas também a dissolução da autoestima, as sensações de abismo e vertigem, a desqualificação e desvalorização do sujeito em relação a si mesmo, o sentimento de insegurança psíquica de que o eu pode dar conta das relações entre o corpo e o mundo. “O eu e o psiquismo perdem efetivamente a sua *potência*. É a potencialidade de ser que é assim atingida no seu âmago, mas que se manifesta inicialmente pela impossibilidade de *fazer e agir*. No entanto, é a certeza de ser na sua totalidade que é atingida na sua potência, esvaziando, então, o sujeito” (BIRMAN, 2014, p. 117, grifos do autor). O fantasma da perda de si se apresenta e o temor de perder-se toma conta do eu, que tenta agarrar a si mesmo para não se desligar totalmente.

Nesse contexto, chamado de “desposseção de si”, é que o autor situa a depressão. A desposseção de si pode se manifestar sob distintas figuras e signos, como, por exemplo, as distimias (variações súbitas de humor), onde as pessoas oscilam entre a euforia e a apatia, sem que se possa precisar as razões para isso, reagindo desproporcionalmente a algumas motivações e indicando um esvaziamento radical na possibilidade de resposta do sujeito. Contudo, o autor reconhece que a depressão é o nível mais patente e ostensivo da desposseção de si na atualidade.

Se antes a culpa era um dos grandes sintomas no quadro clínico da melancolia, hoje é o vazio que se encontra no centro. Os sujeitos se queixam que estão vazios, que perderam certa

vitalidade e envolvimento com as coisas e as pessoas, que o mundo não tem sentido, que elas não têm razão para existir, questionando-se sobre o sentido da vida. É a potência de ser que se esvaiu, fragilizando a vontade de viver. As falas das usuárias participantes da pesquisa evidenciaram estas dimensões entrecortadas relacionadas à depressão, quando falaram da correria do dia a dia, da falta de vontade de sair de casa e de se alimentar, da vontade de morrer, do medo de andar na rua, da falta de eficácia dos medicamentos para lidar com os problemas, de que a vida não tem graça.

Na análise de Ehrenberg; Botbol (2004), a depressão se localiza na passagem de uma sociedade disciplinar para uma “sociedade da autonomia”, no sentido da decisão e ações pessoais. A sociedade disciplinar, autoritária e proibitiva, caracterizada pelo controle do corpo por meio da obediência, da ordem e da autoridade, deu lugar a uma norma que incita cada um à iniciativa pessoal. “Não que a disciplina tenha desaparecido, mas antes ela se encontra embutida na autonomia que, hoje em dia, lhe é superior em valor” (EHRENBURG; BOTBOL, 2004, p. 147).

Assim, na visão do autor, essa mudança na hierarquia dos valores e das normas permite analisar as atualizações no campo psicológico das patologias de conflito, do desejo, para as patologias da insuficiência, que traz em seu bojo a questão das ações pessoais, a exigência de que cada um tenha que tornar-se si mesmo, na perspectiva da economia do si mesmo. Nessa lógica, o depressivo seria aquele que está esgotado pelo esforço de ter que ser ele mesmo e que fracassa nesse intento. O esgotamento do sujeito, capaz de esvair seu desejo de ser e de viver e seu próprio projeto de existência, é algo que Birman (2014) chamou de “fadiga de si mesmo” ao dialogar com Ehrenberg em seu escrito.

Han (2017) acrescenta a estes argumentos alguns elementos que identifica que estão ausentes na análise de Ehrenberg, ainda partindo das análises foucaultianas sobre as sociedades disciplinares. Um deles é a carência de vínculos, crescente com a fragmentação e atomização da sociedade, algo latente no conjunto de dados dessa pesquisa, conforme vimos nas falas acima. Outro é a violência sistêmica inerente à sociedade do desempenho. Para Han (2017), os modos de vida hodiernos estão amparados no que chama de “sociedade do desempenho”, onde os sujeitos da obediência agora são mais fortemente sujeitos de desempenho e produção e, mais do que isso, empresários de si mesmos.

O argumento central de Han (2017) é que as mudanças psíquicas e topológicas dessa transição são profundamente marcadas pelo excesso de positividade. Para ele, a sociedade disciplinar é caracterizada pela negatividade, expressa pela proibição, por não ter direito, pelo dever tratado a partir da coerção. Já a sociedade do desempenho, impulsionada pelas

desregulações e flexibilizações, principalmente do mercado de trabalho, vai substituindo a negatividade pelo polo positivo do poder ilimitado, das aberturas, que têm na máxima “Yes we can” sua afirmação perfeita.

O intento comum no imaginário social é o de maximizar a produção. Para isso, ao invés de proibições, que poderiam gerar bloqueios, figuram positivamente os projetos, as iniciativas, a motivação. Ao invés da lógica do dever, instalou-se uma representação do poder. Um poder advindo da afirmação, do elogio, da recompensa, que as pessoas acreditam obter quanto mais rápida, produtivamente, em qualquer horário e no modo *multitasking* (multitarefa) puderem exercer e exibir suas atividades pessoais ou laborais. A exibição, a aparência, tomam lugar fundamental nesse cenário, em que os sujeitos se veem impelidos a flexibilizar suas formas de ser para atender as demandas referenciais externas.

Para Han (2017), a depressão irrompe quando o sujeito do desempenho não pode mais poder. Sua origem está no cansaço de fazer e de poder. “A lamúria do indivíduo depressivo de que *nada é possível* só se torna possível numa sociedade que crê que *nada é impossível*. Não-mais-poder-poder leva a uma autoacusação destrutiva e a uma autoagressão” (HAN, 2017, p. 29, grifos do autor). Essas ideias se aproximam da perda de potência e do estado de estresse permanente, que se coloca no fundo das novas modalidades de mal-estar, assinalados por Birman (2014).

O sujeito do desempenho, ainda na visão de Han (2017), se vê como liberado de instâncias externas de domínio que o obrigam a trabalhar e regulam suas ações cotidianas, parecendo que não está submetido a alguém. No entanto, a queda da instância dominadora não significa a liberdade, mas faz com que liberdade e coação coincidam. “Assim, o sujeito de desempenho se entrega à *liberdade coercitiva* ou à *livre coerção* de maximizar o desempenho” (HAN, 2017, p. 30, grifos do autor). Isso resulta numa autoexploração drástica, onde as pessoas se consomem psíquica e fisicamente, revestida por uma capa positiva de autorrealização. Tais processos de “estímulo” ao trabalho são mais eficientes do que a exploração do outro, pois caminham junto com o sentimento de liberdade.

Os modos de organização do trabalho e da vida na contemporaneidade fomentam a ilusão de liberdade, imputando as condições de explorador e explorado na mesma pessoa. “Essa autorreferencialidade gera uma liberdade paradoxal que, em virtude das estruturas coercitivas que lhe são inerentes, transforma-se em violência. Os adoecimentos psíquicos da sociedade de desempenho são precisamente as manifestações patológicas dessa liberdade paradoxal” (HAN, 2017, p. 30).

O autor também relaciona o excesso de positividade ao excesso de estímulos, informação e impulsos. No trabalho, assim como na vida em geral, é vista positivamente uma nova economia da atenção, marcada pelas técnicas de multitarefa (fazer várias coisas ao mesmo tempo) e hiperatenção (mudança rápida de foco entre diversas atividades, fontes informativas e processos). Somamos aos argumentos do autor, o desenvolvimento da internet, que abriu uma nova era no campo da informação, fazendo chegar às pessoas uma enxurrada de dados nas mais diversas áreas. As redes sociais marcam um campo aberto de visibilidade, instigando exposição pessoal e comunicação imediata com um grande número de “amigos”, seguidores e afins, sendo a atribuição de status nesse meio, associada ao quantitativo de pessoas com que “se relaciona”, principalmente número de *likes*. Destaca-se também o desenvolvimento da publicidade, responsável pelo crescimento exponencial de anúncios e estímulos à população. O avanço das tecnologias resultou na criação de equipamentos eletrônicos que têm tornado cada vez mais acessível carregar esse conjunto de possibilidades à mão, principalmente na forma de telefones celulares.

No âmbito da imperatividade da saúde é proeminente o discurso da vida ativa. Somos incitados a realizar atividades físicas regularmente e a seguir um conjunto de prescrições para atender a certos parâmetros da vida dita saudável, num contexto de múltiplas exigências feitas ao corpo (de que precisa exibir certo padrão estético, ser feliz, bonito, magro, saudável, jovem, produtivo, ágil, eficiente, etc). Tais exigências produzem efeitos no imaginário social, tais como o rechaço a elementos associados à pouca ou ausência de ação. Apenas para citar dois exemplos sobre isso: um é o sedentarismo, que vem sendo significado pelas pessoas por uma série de adjetivos que nada teriam a ver com o conceito de inatividade física, onde o “sedentário” seria o mal-humorado, depressivo, relaxado, gordo, antissocial (FRAGA, 2014); outro é o envelhecimento, fenômeno inevitável do ponto de vista biológico, mas que tem assumido representação cultural indesejável (ANTUNES, 2011).

Diante da estimulação constante, viemos reduzindo a tolerância ao tédio, à lentidão, à não-ação, à contemplação, uma vez que representam a desestimulação. As múltiplas ofertas que se apresentam, mesmo que não estejamos buscando propriamente por elas, geram um sentimento quase de obrigação de estar em dia, de acompanhar todas as informações, as novidades, de responder a todas as pessoas e demandas em tempo *record*. Isso pode vir rodeado de um sentimento de incapacidade de acompanhar a tudo que nos cerca, de dar conta do imenso fluxo de informações circundantes e das próprias tecnologias que permitem seu acesso, frente às atualizações periódicas de sistemas e equipamentos. Esse sentimento de falta constante também está relacionado com o estresse e com a perda de potência, mencionados anteriormente.

No contexto da pesquisa, o perfil das usuárias indica que a maioria não trabalha, é dona de casa ou está aposentada, o que demanda relativizar algumas análises sobre a sociedade do desempenho que estão mais articuladas ao mundo do trabalho. Contudo, uma série de influências pode ser considerada sobre os modos de viver destas pessoas, tendo em vista que constituem os valores sociais que vigoram na contemporaneidade, que permeiam o cotidiano, seja no trabalho, seja fora dele.

Vimos que, tanto Birman (2014) quanto Han (2017), cada um a seu modo, reconhecem a categoria do excesso na base do mal-estar contemporâneo. Essa análise converge para o diagnóstico apontado por Foucault (2008), sobre a passagem de uma ordem de controle-repressão, nas sociedades disciplinares, para uma ordem de controle-estimulação dos corpos. Na nova ordem, o poder não atua na forma de repressão e negação do corpo, mas, no lugar de ser maltratado, o corpo é adulado, defendido, colocado no centro das atenções. As preocupações com a saúde e com a aparência, com o melhoramento do corpo, são uma forma de manifestação da bajulação voltada ao corpo e podem ser colocadas no centro da realidade de controle-estimulação.

Antes de passar ao segundo passo deste tópico do texto, que será de relacionar este quadro às contribuições das práticas corporais integrativas, vamos retomar as relações do mal-estar contemporâneo com o individualismo, que abriram a discussão deste tópico.

Na visão de Luz (2013, p. 15), os modos de vida individualista, alinhados com os valores culturais dominantes (competição, consumismo, uso narcísico do corpo, progresso e sucesso material como finalidades da existência), “tendem a acentuar o isolamento progressivo de número crescente de pessoas, com a perda de sentido e horizonte para suas vidas, o cultivo do pessimismo e da desesperança, do medo e da desconfiança, com a conseqüente incomunicabilidade com outros seres humanos”, causas geradoras de adoecimentos. Para somar à cultura individualista, a autora acrescenta a pobreza material, que vem a piorar a situação de exclusão e de perda de horizonte existencial para pessoas dessas classes, além da pobreza psicológica e cultural, decorrentes dos contextos de privações, humilhações e violência crescente. Para a autora, estima-se que cerca de 80% dos atendimentos nas unidades de saúde pública sejam motivados por queixas relativas ao que poderia ser designado como síndrome do isolamento e pobreza.

Já para Han (2017), as exigências da sociedade do desempenho levam a um cansaço, a um esgotamento, que é um cansaço solitário, que atua individualizando e isolando. Para o autor, a exaustão atinge as pessoas com a incapacidade de ver e falar, de forma violenta, porque destrói

qualquer comunidade, qualquer elemento comum, qualquer proximidade, inclusive a própria linguagem.

Birman (2014) ajuda a pensar sobre isso, quando afirma que o mal-estar contemporâneo se caracteriza principalmente como dor, e não como sofrimento. O autor distingue esses dois termos, afirmando que, se antes a dor se interiorizava pelo sofrimento e com ele, hoje a subjetividade contemporânea não consegue mais transformar dor em sofrimento.

A dor é definida como “uma experiência em que a subjetividade se fecha sobre si mesma, não existindo qualquer lugar para o *outro* no horizonte do mal-estar. Com efeito, a dor é uma experiência eminentemente *solipsista*, restringindo-se o indivíduo apenas a si mesmo, não revelando qualquer dimensão *alteritária*” (BIRMAN, 2014, p.140, grifos do autor). A interlocução com o outro, quando ocorre, fica restrita ao murmúrio e ao lamento, e o sujeito com dor ocupa uma posição de passividade, esperando que alguém tome uma atitude em seu lugar. Quando isso não ocorre, a tendência é à paralisia, a dor pode tomar conta e impactar no registro somático, dissolver a autoestima e a potência de viver.

A dor também se refere à dimensão do ressentimento. Imersa na dor do ressentimento, “a subjetividade contemporânea se evidencia como essencialmente narcísica, não se abrindo para o outro, de quem em princípio desconfia e rivaliza. Com isso, não pode se lançar e fazer um *apelo*. Porque ‘pega mal’ precisar do outro” (BIRMAN, 2014, p.141). Nesse contexto, não há lugar para as insuficiências, as falhas não podem ser vistas, uma vez que reina a lógica da autossuficiência e, tomando emprestado de Han (2017), da positividade.

Já o sofrimento, é definido pelo autor como uma experiência eminentemente alteritária. O sujeito considera o outro, sempre presente, para dirigir seu apelo, o que faz com que a interlocução se coloque no centro da experiência do sofrimento. Assim, o sujeito é impulsionado para dentro e para fora; ao mesmo tempo em que se interioriza/olha para si, faz um apelo ao outro, empreendendo um movimento desejante, favorecendo o processo de simbolização.

Essa diferenciação também foi exposta em Corbin (2012). A dor seria designada como os afetos sentidos como algo localizado nos órgãos particulares ou no corpo inteiro, enquanto o sofrimento estaria relacionado aos afetos que se abrem à reflexividade, à linguagem, à relação consigo mesmo, com outros, com sentidos e questionamentos. Para ele, diante de processos de adoecimento, não seria possível conceber que o ser humano sofre apenas em seu corpo, pois ele sofre com todo seu ser.

Nessa ótica, a impossibilidade de interlocução é a marca da dificuldade do sujeito em converter dor em sofrimento. A interlocução pressupõe a existência de outro, que seja suporte

para a produção de sentidos, a quem se possa fazer um apelo. Porém, na sociedade marcada pelo individualismo, as pessoas são impelidas a se fecharem em suas próprias vidas, considerando o outro como inimigo, em competição real ou potencial. O desprezo e a desconfiança do outro tomaram o lugar da solidariedade, subvertendo valores estabelecidos outrora para promoção da sociabilidade.

É muito interessante a análise dos autores a respeito das relações entre dor e sofrimento, uma vez que as queixas sobre dores corporais foram as mais frequentes no material produzido nesta pesquisa. Desta forma, o quadro de relatos das usuárias da pesquisa parece coincidir com os argumentos de que o corpo tem sido o lugar privilegiado de inscrição do mal-estar contemporâneo.

Nos questionários da pesquisa, cerca de 35% das respostas mencionou a melhoria de dores como mudança percebida na saúde com a participação nas práticas corporais integrativas. Nos demais instrumentos de produção de dados, as dores corporais também apareceram com expressividade. Algumas usuárias falaram das dores de modo mais genérico:

“quando eu iniciei eu não tava me sentindo bem fisicamente, tinha dores” (U-Yasmin)

“eu sinto alívio de dor” (U-Liara)

“às vezes tu tá com uma dorzinha aqui, uma dorzinha ali, então esses exercícios que você faz é bom” (U-Liara)

“faz pouco também que eu comecei... eu sinto muitas dores, até demais pro meu tamanho (...) tô começando, tô gostando muito, já tô sentindo os benefícios” (roda *lian gong*)

“não tem mais aquela dor aquela coisa... claro ainda tem alguma coisinha né porque a ‘idade do condor’ a gente não consegue né eliminar totalmente... mas foi super bom” (roda *lian gong*)

Outras usuárias identificaram a proveniência de suas dores: do trabalho, de cirurgia, de doenças como fibromialgia, tendinite, bursite, artrose:

“como eu trabalho de diarista, de doméstica na verdade, eu tenho muito esforço no meu corpo... como diz os médicos, esforço repetitivo... então aqui (...) eu tô me sentindo já mais me soltando melhor os músculos, os nervos, a dor já tá aliviando bem mais né” (roda *lian gong*)

“depois que eu fiz a cirurgia, eu sinto dor assim né... ainda sinto dor ainda, mas quando eu vou lá para dança... às vezes eu vou com dor né, chega lá eu esqueço, já começo na dança né, às vezes eu penso ai não vou fazer assim porque vai doer não não tem... a dança ajuda a tirar muitas dores... também dor na perna... às vezes eu ai hoje eu não vou porque tô com uma dor na perna, uma dor aqui, dor ali... a gente vai, chega lá e a gente esquece... a gente esquece que está com a dor... às vezes nem volta a dor” (U-Danúbia)

“eu tenho fibromialgia, tenho um monte de dores também no joelho, na coluna e tudo... então o dia que eu não venho já me sinto mais pesada, é mais difícil fazer o serviço” (roda *lian gong*)

“aí o braço também tendinite e bursite mais não sei o que... artrite... tudo que é “ite” tinha aqui nesse braço... aí fui no ortopedista, ele disse... tem que fazer uma fisioterapia (...) fiz a fisio, fiz a dança, e fiz a outra fisioterapia com a outra menina... não tenho mais dor... deito e durmo a noite muito bom... meu Deus... que venha mais gente que isso é muito bom” (roda danças circulares)

“atividade para fazer para o nosso corpo, para os nossos ossos né... eu também tenho bursite nos dois braços, nos dois joelhos, artrose... mas graças a deus tô sem dor agora... tô achando o movimento bem” (roda *lian gong*)

“eu tenho restrições né, eu não consigo caminhar porque eu tenho uma artrose grave no joelho (...) meu único exercício é a bicicleta e fora a bicicleta é esse aqui o exercício que eu faço (...) no joelho sinto muito e sinto muito no braço também, porque eu tenho um músculo partido, tenho que fazer uma cirurgia... exercícios simples que eu vejo, eu fico observando as pessoas fazer com maior facilidade, para mim é uma dor incrível, fico suando, tanta dor que eu sinto... mas eu continuo fazendo

porque eu sei que se eu fosse fazer fisioterapia, eu teria que fazer mesmo sentindo dor, talvez com menos dor, mas eu teria que fazer para não atrofiar o músculo” (U-Lisandro)

Outras usuárias localizaram suas dores em alguma parte do corpo, destacando-se as dores articulares e dor de cabeça:

“nem as dor de cabeça não deu mais” (U-Livia)

“às vezes eu penso será que eu vou mesmo? tô com uma dor de cabeça... minha filha, a dor de cabeça para no meio do caminho... ou chega lá sai tudo” (U-Danúbia)

“eu tinha uma dor nesse joelho que eu não consiga... dor mesmo, vocês não imaginam a dor! Chegava à noite eu não aguentava a dor... agora eu não sinto mais dor nenhuma” (roda danças circulares)

“por causa de dor, depressão (...) eu preciso de exercício direto né por causa das dores, dor no ombro, joelho, tornozelo... então com exercício melhora muito” (roda *lian gong*)

“eu tenho bastante dor, porque eu fiz cirurgia no ombro direito, tinha um tendão manguito rompido, daí eu fiz cirurgia, daí eu fiquei só com 50% do movimento” (roda *lian gong*)

No âmbito das dores localizadas, somando aos problemas articulares, o destaque maior foi dado à coluna vertebral:

“passou as dores, nas articulações, na coluna” (U-Yasmin)

“para mim melhorou bastante negócio de coluna” (roda *lian gong*)

“eu noto que eu tenho problema de coluna que melhorou bastante” (roda *lian gong*)

“eu acho que melhora bem a coluna, dois exercícios (...) isso eu trouxe dali porque foi um alívio muito bom para mim” (U-Yolanda)

“os alongamentos (...) eu forço muito minha coluna, ajudou bastante” (U-Yvone)

“eu andava com dor nas costas, eu não podia, não podia me levantar da cama... todo dia com dor nas costas, inclusive no joelho ainda tem um pouco ainda... e graças a deus... eu não fazia assim [mostrou movimento] agora tô fazendo... continuar fazendo assim agora já faço... e eu estou gostando muito muito muito muito“ (roda *lian gong*)

“eu tenho muito problema na coluna, no meu braço inchado muito... quando eu comecei a vir aqui que a doutora me passou para mim vir aqui, meu braço era todo inchado, eu não conseguia erguer aqui... agora eu tô fazendo exercício muito bem e a minha coluna melhorou” (roda *lian gong*)

“melhorou muito a minha postura... minha postura no sentar, eu sentava toda... imagina eu já tinha problema de coluna né... aí porque eu não tinha consciência corporal... né, aí ficava sentada lá na clínica né, toda torta... hoje não, hoje eu lembro da minha coluna, eu alinho, eu dou uma alongadinha nas minhas pernas, eu tô lá tensa, tensa por algum motivo não sei o que dou uma alongadinha, tudo que eu aprendi aqui” (U-Yandra)

“eu achei que pra mim me ajudou muito, muito, muito... eu comecei a pegar confiança porque você fazendo os exercícios né... aí tu vê que tu tá conseguindo virar né, tá conseguindo abaixar... então eu comecei a ficar muito bom, foi muito bom... a resposta foi muito assim significativa, foi muito eficaz sabe (...) os exercícios são interessantíssimos para a coluna” (U-Yuri)

“eu tenho hérnia de disco... eu pratico outros esportes... para mim é muito difícil certas posições e também para outros esportes algumas limitações... depois que eu comecei a praticar, minha flexibilidade foi

lá no alto, eu consegui fazer várias coisas que eu nunca tava conseguindo fazer” (roda *yoga*)

“eu tenho bico de papagaio na coluna me dói muito e tô com 47 anos... mas assim cheia de dor sabe assim... trabalho trabalho com criança aí pega peso essas coisas toda... mas é, tô gostando muito tá me fazendo muito bem para mim” (roda *lian gong*)

Um relato usou o termo “dores crônicas”:

“eu tenho problema de inflamação no tendão, tenho tendinite e sinovite e tudo, um pouco problema de coluna... são dores crônicas... mas eu sempre trabalhei e trabalho um pouco ainda... mas foi muito bom isso aqui (...) oito meses já que eu tô fazendo já... eu não conseguia mais me secar no banho, muitas dores, eu tinha o braço endurecido... aí eu fiz exames, deu que eu tenho tendão parcialmente rompido, problema de coluna... mas isso aqui é ótimo, aí ajuda a levantar auto-estima também... é muito bom é muito bom... eu sinto dor direto, sempre, mas se eu não me movimentasse, se eu não participasse disso aqui, eu acho que eu estava atrofiando” (roda *lian gong*)

Esta sequência de falas evidencia uma série de relatos sobre dores corporais que, em alguns casos são associados a causas definidas pelas usuárias, como doenças e lesões, ou provenientes do trabalho e hábitos cotidianos. Em outros casos, os relatos abordam dores difusas, sem delimitação clara de origem. O ponto comum nas falas é o de alívio, redução das dores por meio das práticas corporais integrativas.

Em outro agrupamento de falas, as usuárias não utilizaram o termo dor, mas expressaram um conjunto de problemas osteomusculares e articulares, alguns que, inclusive, se repetem das falas acima. Foram mencionados tendinite, sinovite, ruptura do manguito rotador, esporão, desgaste, displasia fibrosa e osteoporose. As partes do corpo citadas foram ombros, joelhos e coluna, fêmur e bacia. Repetiu-se aqui a fibromialgia.

“eu tenho também tendinite e sempre trabalhei com o computador desde que ele existiu né (...) tá sendo excelente” (roda *lian gong*)

“meu manguito rotador tem ruptura e tem fibromialgia também (...) pra mim tá sendo muito bom” (roda *lian gong*)

“eu tenho um esporão aqui [no ombro] (...) e o joelho eu já tenho duas artroscopia (...) sinto que faz bem para o meu joelho não é... porque o movimento, os movimentos daqui, aquele quando a gente começa, dobra o joelho que é para celebrar, aquilo é muito bom pro joelho... e para mim todos os exercícios me fazem bem, eu saio melhor” (U-Damiana)

“a minha parte é desgaste no joelho, porque eu trabalhei muitos anos em cima de máquina, mas na medida do possível tem certos movimentos ali que a gente não pode fazer por causa das pernas, mas no mais... estou muito contente” (roda *lian gong*)

“displasia fibrosa (...) eu tenho um centímetro e meio de encurtamento na perna esquerda (...) não pode fazer exercício de perna porque ele não pode fissurar (...) fêmur e bacia que eu tenho e aí esses dois já dá problema e já cai na coluna né, então a coluna sofre (...) e aí então fica muito parado né, então pelo menos esses exercícios (...) então assim ó, excelente” (roda *lian gong*)

“então aí veio artrose, veio osteoporose e vários problemas, aí eu continuo então nessas atividades aqui, que foi a melhor para mim, tá sendo... e um dia que por um motivo ou outro que eu não posso vim, eu já sinto a necessidade, eu já fico, a perna já atrofia, eu tenho dificuldade para subir uma escada... o dia que eu venho aqui, eu subo e desço as escadas correndo... sem problema nenhum” (roda *lian gong*)

Outro relato tratou de inchaços, cansaço e mobilidade:

“quando eu vim a primeira vez eu tive que parar de instante em instante porque eu não podia... ficava assim cansada né... até os primeiros dias que eu vim aqui o meu filho que me trazia e vinha me buscar... ele não me deixava sozinha na rua... mas eu vim aqui eu gostei muito... eu fui muito bem recebida... conhecer todos vocês... e é alegre aqui né... eu quando cheguei aqui olha, eu quase não podia nem mudar os pé, eu

tinha um pé bem inchado, as minhas juntas assim bem inchada e eu quase não podia mesmo... era uma vergonha né... porque a gente que não conseguia fazer nada, só avacalhava todo mundo (risos) (...) tô melhor... caminho bem, venho sozinha né... não preciso mais que venha me trazer... é bom né... é muito gratificante isso aqui” (roda danças circulares)

Na linha das inflamações, uma condutora mencionou:

“muitos relatam a questão da fascite plantar” (CR-Liliana)

Para além das questões osteomusculares e articulares, que predominaram nesta série de falas, poucas doenças e/ou fatores de risco foram nomeadas nos relatos. Além da fibromialgia, que já apareceu acima, foram referidas a hipertensão arterial, colesterol e diabetes, e uma falou sobre labirintite:

“eu sou hipertensa, e agora estou com a nutricionista fazendo uma dieta, diminuindo os remédios... e só com essas danças, com essa caminhada, com a ginástica assim, eu tô me sentindo bem melhor com a saúde” (roda danças circulares)

“há um ano atrás tava com os exames tudo ruim... colesterol, diabetes (...) sem precisar tomar remédio (...) com ajuda da *yoga* né, alimentação, ritmo... e pratico em casa também... e meus exames deu assim tudo ótimo depois de um ano” (roda *yoga*)

“eu tinha labirintite... assim desde que eu comecei não me deu mais... eu tinha muito em frequência (...) acordava já meio zozna, chateada sabe, porque tu queria fazer as coisas e tonta, aí o marido tem que tá ajudando... agora eu já mesmo faço, sabe... então pra mim foi assim, olha, muito gratificante aquilo ali assim” (U-Dalva)

Interessante notar que a labirintite se expressa no corpo por meio de vertigens e que a fibromialgia é uma doença diretamente relacionada com sintomas psíquicos, caracterizada como uma síndrome em que a pessoa sente dores por todo corpo, sensibilidade nas articulações, músculos, tendões e outros tecidos moles e pode ser associada como causa de fadiga, distúrbios

do sono, dores de cabeça, depressão e ansiedade. Parece haver um certo quadro integrado nas expressões de mal-estar relatadas pelas usuárias da pesquisa.

Uma condutora de grupo falou de acidente vascular cerebral, lembrando de uma usuária que passou a frequentar o grupo de danças circulares para lidar com as sequelas:

“uma que teve AVC, ela não falava nunca, nunca falava, e agora ela fala (...) ela assim fazendo até piadinha” (CV-Dena)

Até este momento no texto deste tópico, demos a ver o quadro do mal-estar derivado das demandas das usuárias que fizeram parte da pesquisa, nomeadamente as questões de saúde mental e as dores. Ao final, apresentamos os problemas osteomusculares e articulares e as doenças e fatores de risco citadas. A maior parte dos relatos das usuárias até agora expostos coincide exatamente com o que Luz (2013, p. 42) chamou de “pequena epidemiologia do mal-estar”. Com base em trabalhos de sociólogos franceses, esta é definida como uma síndrome coletiva biopsíquica, com grande repercussão na saúde física e mental das pessoas, que se caracteriza por dores difusas, depressão, ansiedade, pânico, males da coluna vertebral, etc.

Para Luz (2013; 2003), o mal-estar em curso pode ser visto como um fenômeno tanto sanitário quanto cultural. Está relacionado ao conjunto de representações relativas aos valores dominantes, centrados no individualismo, na competição entre os indivíduos como base dos relacionamentos sociais, no consumismo como objetivo do viver e régua de diferenciação/hierarquização entre os indivíduos, no culto ao corpo como unidade central delimitadora do indivíduo com relação aos outros, na busca do poder sobre o outro e no prazer imediato a qualquer custo.

Além disso, está relacionado à unificação mundial das fontes de informação e difusão cultural, a partir dos modos de vida ocidental, que vem ocasionando perda de identidades culturais e homogeneização a partir da cultura de massas. E também aos efeitos do processo macroeconômico, devido à precariedade do emprego, desestruturação da organização do trabalho e sua representação política junto ao Estado na forma dos sindicatos, bem como pela incerteza e instabilidade com relação ao estar empregado. Acrescenta-se a retirada progressiva da população dos serviços de seguridade social, a desigualdade social e a crescente exclusão social.

Uma atualização deste cenário remete ao aprofundamento das mazelas sociais anunciadas pela autora, possível pelas propostas do atual governo brasileiro, como medidas de cortes em políticas sociais, reforma da previdência, reforma trabalhista, incentivo à violência

através de discursos de ódio e armamento da população, e ausência de projetos comprometidos com a justiça social.

Luz (2003, p. 11) ainda assinala que as mudanças aceleradas, marcadas pela desagregação de valores na contemporaneidade, “atingindo relações sociais e setores da vida social relativamente estáveis, como as gerações, os gêneros, a sexualidade, as formas de socialização baseadas na educação e no trabalho, além da ética concernindo a relações interpessoais, profissionais e políticas”, estão na base de uma série de perturbações e agravos à saúde física e mental da população. A mudança de valores vem causando uma situação de incerteza e apreensão quanto ao como se conduzir e o que pensar e sentir em relação a temas básicos como sexualidade, família, nação, trabalho, futuro, vida planejada, etc.

Algo que Birman (2014), de certa forma, também assinalou, do ponto de vista da subjetividade: a mudança dos signos e códigos de interpretação que nos orientavam e que foram deslocados de suas posições e lugares a partir de uma dinâmica de forças construída no processo sócio histórico. Nos registros da economia, da política, das ciências, das artes e da cotidianidade, o sujeito tem se deparado com a intempestividade e a imprevisibilidade, fazendo da contemporaneidade, portanto, uma fonte permanente de estímulos e surpresa, que dificulta os processos psíquicos de regulação e antecipação dos acontecimentos. Para o autor, recentemente as categorias constitutivas da subjetividade foram alteradas, redirecionando as linhas de força do mal-estar. E, ainda, na medida em que não se faz possível contar com e abrir-se para o outro, reduzem-se os recursos para lidar com as adversidades, ficando o corpo, nos processos de somatização e de ação/compulsão, como mecanismo de escape.

Os dados da pesquisa mostram que os relatos das usuárias, e, portanto, as demandas que estão colocadas para o SUS, circunscrevem-se neste panorama sanitário-cultural. Isso significa que os modos de atenção aos processos saúde-doença precisam dialogar com esta conjuntura. Passaremos agora a analisar os modos como as práticas corporais integrativas contribuem para que as usuárias lidem com o mal-estar enunciado.

Um ponto é pressuposto. Não foi perguntado às usuárias quais são seus males ou processos de adoecimento. As perguntas que balizaram todos os instrumentos de produção de dados referiram as relações entre as práticas corporais integrativas e a saúde. Deste modo, o quadro do mal-estar apresentado acima foi composto pela totalidade de respostas das usuárias que foram revelando no que as práticas corporais integrativas impactaram na sua saúde, afirmando de antemão, portanto, que estas práticas contribuem para a resolutividade dos problemas enunciados: melhorias na saúde mental, alívio de dores, influência sobre problemas osteomusculares e articulares, sintomas de doenças e fatores de risco.

As condutoras dos grupos estudados também identificaram estas demandas e viram que as práticas corporais integrativas são benéficas, quando questionadas sobre quais contribuições das práticas observam para a saúde das pessoas.

“focaria mais as principais contribuições objetivamente acho que é osteomuscular e nas questões de ansiedade, insônia e depressão” (CP-Yacamin)

Sobre a saúde mental:

“benefícios emocionais e psicológicos” (roda cond)

“primeiro a que eu acho assim destaque é a ansiedade... a gente tem muito problema com ansiedade, que leva, acarreta problemas com saúde mental, ansiedade... todos os exercícios de meditação, os exercícios de pranayama, a gente consegue estar auxiliando na ansiedade... saúde mental” (CR-Yarin)

“meditação e reflexão tem um impacto profundo no controle da ansiedade” (CP-Dandara Liberdade)

“redução da ansiedade” (CP-Yara Quiron)

“equilíbrio emocional mesmo, ansiedade” (CR-Querubim)

“trabalha uma parte toda emocional também assim ansiedade, depressão” (CP-Lilith)

“pessoas que estão meio depressivas, meio tristes” (CV-Dena)

“a questão da depressão” (CV-Yemanjá)

“ter esse momento de tranquilidade” (CV-Yumi)

“se descrevem mais calmas, mais tranquilas, elaborando melhor essas emoções” (roda cond)

“fortificação da nossa saúde mental” (CR-Yarin)

Sobre as dores:

“questão de dores” (CP-Dandara Liberdade)

“sentem menos dores” (roda cond)

“redução das dores” (CP-Yara Quiron)

“diminuindo as dores” (CV-Yandara)

“pontos de dor diminuíram” (CP-Yoki)

“mais relaxado, a questão da tensão muscular” (CR-Querubim)

“melhora bastante a amplitude dos movimentos, alivia as dores no corpo” (CP-Lilith)

“a questão bem de dor crônica, fortalecimento de ombro e joelho, principalmente, que eles tem muita dor, quadril, ombro e joelho” (CR-Liliana)

“tem muitos deles que dizem que a coluna melhorou” (CR-Querubim)

Algumas condutoras se dedicaram a explicar de que modo as práticas auxiliam nestas questões. Apresentamos nossa versão em seguida.

“nesse campo da saúde mental, das ansiedades (...) se perceber, estar menos ansiosa, diminuir a sua irritabilidade, de conseguir ponderar mais as suas reações, diminuir a hiper reatividade” (CP-Yacamin)

“se sentem mais tranquilos, eles relatam diminuição da ansiedade... tem pessoas que falam, que relatam Ai meu deus, quando eu vejo que estou ficando ansioso que eu não consigo dormir, eu tento fazer uma

respiração, o que a gente aprendeu na aula... então esse aspecto emocional a gente vê que ajuda bastante” (CP-Yoki)

“contribui geralmente é no controle das emoções, então o controle de ansiedade, de stress e aí na questão de depressão também auxilia né... então no controle das emoções, poder mensurar um pouquinho, entender um pouquinho isso, e como trabalhar essas questões...” (roda cond)

“eu observo muito isso assim, tipo pessoas que chegaram aqui num processo de depressão e de isolamento, ou então em processos de luto, muitas em processos de luto grande, elas vêm e se encontram no espaço que conseguem sair um pouquinho daquilo e ver de outras formas o que que é o sentido da vida... o que que a gente tem que pensar na vida, no estado de vida assim, acho que esse é o maior impacto que eu vejo” (CP-Dandara Liberdade)

“o foco da vida ó: é redescobrir o segredo da vida... isso aí é fundamental... quando a pessoa está depressiva, ela não tem como sair daquela sinuca né, então o *yoga* ele abre o parâmetro, a pessoa vai modificar alguma coisa nela, ela vai... o *bhagavad-gita* diz quem conhecer o *yoga*... oito mil anos atrás né... será outra pessoa, nunca mais será a mesma pessoa, porque a pessoa modifica... contando com *ásana*, a força muscular, a flexibilidade né... *pranayama* que é a respiração... a pessoa melhora a oxigenação cerebral e dos tecidos, melhora sinapses né... movimentos cerebrais, pensamentos melhoram, ele tem a possibilidade de enxergar mais longe... e modificar o foco da vida né... sair da mesmice e descobrir outras coisas maravilhosas que a vida oferece” (CP-Yan)

“a gente trabalha muito a força mental que eu acredito que a gente consegue as rédeas para a nossa saúde (...) a gente passa a perceber que dificuldades que eu tenho e como que a gente pode ultrapassar essas dificuldades para conquistar saúde, a gente começa a perceber onde que tem, onde que tá doendo mais, aonde que tem energia acumulada que a gente pode... tem que ali dissolver as energias... então a gente começa a conhecer nossa saúde e o que que a gente pode conseguir para facilitar

que a gente volte a ter saúde... acho que é mais ou menos isso... mas o principal é de saúde mental, fortificação da nossa saúde mental assim, a gente estar feliz, a gente ser o ator principal da nossa saúde e não paciente” (CR-Yarin)

“tem esse sentimento do grupo... as pessoas vão se aninhando, se conhecem daquele espaço assim né... então de ter um espaço de convívio né, de se sentir parte de alguma coisa... o pertencimento (...) pessoas que estão aqui faz pouco tempo, estão sem rede, então encontram um espaço onde encontram alguma pessoa para conversar, tem um profissional está ali junto... acho que tem esse viés essa contribuição também assim às vezes né, no sentido da principalmente da depressão, que a pessoa está meio perdida, é um espaço que ela pode se sentir acolhida” (CP-Yacamin)

“melhora das relações... várias pessoas vêm me relatar: Nossa depois que eu comecei a praticar eu converso muito melhor em casa, com meu marido, com meus filhos... eu sempre lembro do que você disse, eu respiro antes de responder” (CP-Yara Quiron)

“as pessoas não têm consciência do seu corpo assim né, então acho que a partir daí ela vai entender uma série de orientações do dia a dia... ela vai entender quando está no trabalho, aquele movimento como é que ela faz, como que ela faz o trabalho dela, como que ela mexe o corpo dela no dia a dia né... porque é LER né, mas eu não fico fazendo só isso o dia inteiro assim né, isso aqui eu já sei que não é... mas como que ela torce o negócio, como é que ela levanta o braço, como é que se abaixa para pegar, como ela gira... então acho que a consciência corporal vai fazendo isso, a percepção no dia do dia a dia assim né... e com exercício a gente vê que as pessoas dizem ai tô com menos dor, me ajuda nisso, me ajuda naquilo” (CP-Yacamin)

Frente ao quadro de mal-estar enunciado pelas usuárias da pesquisa, reiterado pelas condutoras dos grupos, alguns elementos das práticas corporais integrativas pareceram se mostrar mais significativos do ponto de vista do êxito terapêutico. Vamos a eles.

4.2.3. Práticas corporais integrativas e o êxito terapêutico

Passamos agora a analisar os modos como as práticas corporais integrativas contribuem para ampliar os recursos das usuárias para lidarem com o mal-estar enunciado, a partir de oito itens derivados das percepções das participantes da pesquisa.

4.2.3.1. Desaceleração:

Um primeiro aspecto frequente nas respostas das usuárias aos instrumentos de produção de dados esteve associado ao que poderíamos chamar de desaceleração. Este conjunto de falas pontuou que as experiências com práticas corporais integrativas são promotoras de tranquilidade, calma e centramento.

“esse exercício acalma” (roda *lian gong*)

“tô bem calma, tranquila” (roda danças circulares)

“tranquilidade... sou muito mais tranquila pra resolver tudo” (U-Yandra)

“me fez ficar mais centrada” (U-Yolanda)

“a questão mesmo da dança é mais centrada, e mais assim, paciência” (roda danças circulares)

“que não tá mais atropelando a sua vida, que tá com mais calma, mais organização” (roda *yoga*)

“no meu dia a dia ajuda assim... ajudou a controlar emoções mais impulsivas... não, calma, respira né... então me ajudou a ficar mais em paz, mais serena... na alimentação... e na alegria, na felicidade... porque eu tava num momento que eu não tava muito legal... e aí depois que eu comecei a ir no grupo, ficou tudo bem, me sinto muito melhor, agora me sinto” (U-Yasmin)

Algumas usuárias deram ênfase à questão do foco:

“mexer com o emocional é ótimo... eu gosto porque eu sou dispersiva... e aí essa roda a gente tem que estar muito ligada né, porque se tu não tiver ligada tu atrapalha a colega, então tu tens que estar sempre ligada naquilo que tu vai fazer, nos passos” (U-Damiana)

“é bom pra focar... eu gostei para mim porque eu sou muito dispersiva e a gente se obriga a manter o foco, prestar atenção” (roda danças circulares)

“eu presto muita atenção nos passinhos, eu me concentro ali (...) é uma coisa que a gente precisa né, a paciência, o controle” (roda danças circulares)

“a dança é mais concentração, então a pessoa se concentra melhor” (roda danças circulares)

Algumas usuárias associaram os sentimentos de calma, tranquilidade e centramento a determinados elementos das práticas. O mais citado foi a respiração, geralmente em conjunto com a meditação ou foco da atenção. A partir de seus relatos, as usuárias revelaram como os aprendizados das aulas foram impactando em situações de vida cotidianas.

“aprendi a questão da respiração que eu acho fundamental... inclusive a respiração, quando eu tô em casa eu procuro fazer a respiração correta, se eu fico ansiosa, isso é uma coisa fundamental que eu aprendi ali muito importante... se eu tô ansiosa, eu me dou conta eu já clik [estala os dedos], vou respirar, aí faço os exercícios respiratórios, um pouco de meditação, começa a acalmar, começa a clarear e as respostas começam a chegar” (U-Yasmin)

“eu era uma pessoa muito reativa ‘toma lá, dá cá!’ [bate palma] e com a *yoga* e a meditação (...) com essas práticas e a respiração, a gente falou no grupo então que a gente para, respira, porque se alguém te agride, te ofende, no geral é tu já dá né [bate com as mãos]... mas com essa prática tu pensa: não, calma, vamos respirar, e aí aquela respiração faz uma

grande diferença...porquê tu não é mais tão reativo, ou tu deixa de ser reativo, e aí tu dá um sorriso, ou tu não responde, ou tu não fala nada e aí aquele conflito que ia acontecer, aquela bagunça, que iria te deixar a semana estressada não acontece entendeu... então quando a gente fala do comportamento, comportamental, acho que isso é o ‘lovemove’, eu acho que é o amor movendo, né” (roda *yoga*)

“os exercícios de respiração para ti poder né controlar, por exemplo assim (...) eu sou casada há 27 anos... para não discutir, tu respira fundo, depois as coisas voltam tudo ao normal... e eu acredito, porque se tu se estressa muito... procuro sempre agora com os exercícios de meditação e coisa... pra ti manter o teu equilíbrio e não se estressar com as coisas... as coisas, como diz, tudo vai se resolvendo... a gente, como diz, não pode querer... às vezes a gente se torna assim muito impulsiva, quer que as coisas se resolvam na hora, mas não... tem que ter equilíbrio e isso na meditação me ajudou bastante e ajuda ainda“ (U-Yvone)

“ser mais calma, mais tranquila (...) a gente aprende ser mais poderosa com as palavras” (U-Dalva)

“naquela hora do abraço, respiração que às vezes a gente faz ali.... isso tudo que a gente aprende para vida né” (U-Darlene)

“a meditação ela ordena os teus pensamentos né, a respiração é importante tanto para o físico, para tu fazer uma postura lá que [o condutor] dá, como uma postura de vida também, a respiração ela é a âncora mesmo... e é uma coisa tão simples né, a respiração ser a âncora... e muitas pessoas não percebem isso (...) é como uma organização da mente, uma organização da mente e da vida, não só física, então é uma prática muito completa” (roda *yoga*)

“tu pode levar perfeitamente para tua vida, né (...) meditação que é muito importante também... que respirar ser a tua âncora né... ser aquele... quando tu tá na tua vida, o pessoal diz: conta até 3 antes de tomar uma decisão... é simplesmente a respiração... né, tu respira, tu tá contando, tu tá dando um tempo para ti para organizar melhor as ideias e isso eu levei para minha vida também” (roda *yoga*)

“tem coisa que tu pode rir à vontade, mas na hora da concentrada, da energia, das posições, das coisas assim, eu aprendi muito fazer isso: meditar... porque eu sou muito agitadinha sabe... então aquilo ali me fez meditar nas músicas, sabe? Nos passos” (U-Dalva)

“ser mais calma um pouco sabe... um pouco... não consegui ainda totalmente, né porque para tu mudar, eu tenho 50 anos... até mudar, não dá para mudar totalmente assim né... então assim eu sinto que eu fiquei mais calma, no falar, com os filhos, sabe, às vezes com o marido que às vezes eu trocava as palavras atropelando tudo, que nem diz o outro... então para mim eu aprendi um pouco com isso sabe... aproveitar as palavras na hora certa, não sair já falando” (U-Dalva)

“agora eu respiro fundo, aprendi a respirar fundo, a meditar quando eu tô muito cansada assim que ah o dia foi pesado, aconteceu isso isso e aquilo... porque essas coisas acontecem, às vezes coisas que a gente não queria né” (U-Yolanda)

“para mim foi o foco... essa dança tá me ajudando muito a focar e como ela disse: fazer tudo ao mesmo tempo né... tu querer lavar, cozinhar, atender telefone, conversar e a cabeça... tu senta e a cabeça tá a mil... trabalhando... e essa dança, essa conversa, esse encontro, esse momento, ele dá uma relaxada, ele consegue, entendeu?! Você focar mais em alguma coisa” (roda danças circulares)

“a prática ela já faz teu sangue circular diferente (...) melhora para eu caminhar porque às vezes eu tô caminhando e me dou conta que eu estou respirando errado então é fundamental isso... então saúde prática, tem muito a ver respirar... e respirar, a saúde encher o pulmão para o sangue circular... o lugar que entra ele tá te oxigenando... isso é bom para o teu corpo... então isso é fundamental e oxigena o teu cérebro, a cabeça já fica melhor, tu fica mais feliz então” (U-Yasmin)

“a respiração eu aprendi ali e me dei conta que a respiração assim é tudo né [inspirou bem profundo] isso aqui é saúde né [inspirou novamente profundo] eu aprender a respirar como eu aprendi ali, é saúde... porque

no momento que eu estou respirando bem isso já está desencadeando né uma melhora na minha saúde e muito grande, porque a gente não respira direito” (U-Yasmin)

O (re)conhecimento da respiração e a atitude meditativa se mostraram nas falas como um aprendizado significativo para as usuárias, de modo a possibilitar que lidem melhor com situações cotidianas, principalmente nos relacionamentos com outras pessoas a partir da não reatividade, além de redução da ansiedade, ordenamento e clareza dos pensamentos e diminuição do cansaço.

Embora os componentes respiração e meditação estejam previstos nas três práticas estudadas, a maioria das respostas que pontuou sentimentos de calma e tranquilidade associados a estes adveio dos grupos de *yoga* e danças circulares. No *yoga*, esses dois componentes são reconhecidos como carros-chefes, são elementos que dão identidade à prática. Segundo registros do diário de campo da pesquisa, no grupo de *yoga* observado, todas as aulas iniciaram com uma prática de cerca de 30 minutos de meditação guiada, seguida pela prática de aproximadamente 45 minutos de posturas/ásanas, orientadas a serem realizadas em combinação com a respiração. Não foram frequentes exercícios respiratórios específicos.

Já no grupo de danças circulares, a meditação foi contemplada em músicas de cunho meditativo, que geralmente ocorreram no início e/ou final das aulas. A respiração não foi orientada para durante a realização dos passos de dança, mas em alguns momentos ao final de coreografias (pediu-se que as usuárias respirassem fundo, prestassem atenção na respiração) e às vezes no círculo de término das aulas. No grupo de *lian gong*, todas as três sequências de movimentos características das aulas puderam ser vistas como práticas de atitude meditativa, bem como de combinação com a respiração, embora a condutora não orientasse especificamente estas ações. O momento que previa especificamente instantes de meditação se localizava no último movimento de cada sequência de “treinamento perfumado”. No final da aula, a condutora solicitava a realização de três respirações profundas.

A meditação pode ser designada como uma intenção de reduzir o fluxo de pensamentos. Ao contrário da ideia de que meditar significa “não pensar”, o exercício da meditação consiste em não se apegar/não dirigir a atenção a cada pensamento que surge ao longo do tempo em que se está disposto a meditar. A capacidade de pensar é inerente a condição humana, portanto, é comum que estejamos em constante produção de pensamentos. O propósito da meditação é ser capaz de exercitar a concentração do pensamento, dirigindo a atenção para um único estímulo

e diminuindo as dispersões. A cada dispersão ou pensamento novo que surge, o exercício é de retornar ao ponto de foco da atenção.

Existem diferentes técnicas para isso, como olhar constantemente para um objeto, como uma vela ou cores, contemplar uma paisagem, focar na escuta de sons, seguir meditações guiadas por orientações externas, ou apenas se posicionar confortavelmente de olhos fechados e em silêncio, tendo como ponto de referência o si mesmo, algo interno. A meditação também pode ser praticada como experiência de unidade, conexão. Nesse caso, a busca é por desenvolver uma intenção de unificação com o todo, a partir da redução do fluxo de pensamentos e abertura para novas percepções corporais de conexão consigo mesmo e com o que está para além do corpo.

A meditação pode ser praticada isoladamente, a partir das técnicas citadas acima. Contudo, o que prevaleceu nas práticas observadas foi mais uma atitude meditativa, a qual pode ser caracterizada pela concentração, pelo foco da atenção naquilo que se está realizando, pela atitude mental de se colocar inteiramente nos movimentos propostos. Aqui, mantém-se os propósitos mencionados acima, envolvendo um silêncio interior. A meditação ou atitude meditativa, portanto, representa certo mergulho interior, tentativa de pausa, exercício de atenção plena, que pode promover clarificação dos pensamentos e alívio frente à hiperestimulação.

A meditação tem como grande aliada a respiração, uma vez que a realização consciente da respiração facilita o foco de atenção. Alguns tipos de meditação, por exemplo, são feitos tomando como referente prestar atenção nos movimentos de entrada e saída do ar. A respiração se constitui como um dos componentes fundamentais do *yoga*, chamado de *pranayama*. Assim, no grupo observado, foram constantes as orientações dirigidas à amplificação da respiração, com técnicas como respiração completa e abdominal, de modo que as usuárias combinassem a execução das posturas com os movimentos de inalação, exalação e pausa com pulmões cheios ou vazios. Já nas práticas de danças circulares e *lian gong*, buscou-se em alguns momentos o aprofundamento da respiração, como um modo de favorecer a pausa, o silenciamento interior e a atenção naquilo que estava sendo realizado.

A respiração é uma função vital para todos os seres vivos que carrega consigo dupla possibilidade. É um movimento, ao mesmo tempo, involuntário e voluntário, o que significa que, em parte, podemos exercer algum controle sobre ele. Ela possui um importante papel biológico, na nutrição celular do corpo humano, mas também pode ser promotora de relaxamento e de concentração, quando realizada de modo consciente. Diante dos modos de vida atuais, marcados pela estimulação e aceleração, a tendência é que as pessoas adotem uma

respiração curta, reduzida ao nível peitoral. Nesse sentido, as práticas corporais integrativas buscam por um aprofundamento da respiração, visando seus potenciais efeitos biopsíquicos.

No decorrer das observações das aulas, ainda, foi possível notar as características de realização dos movimentos próprios de cada tipo de prática estudada. De acordo com registros do diário de campo, em geral, as três apresentaram formas de se movimentar lentas. No caso do *yoga*, foram feitas sequências de movimentos, como a “saudação ao sol”, “saudação a lua”, entre outras, que consistem em alternância de posturas/ásanas combinadas com a inspiração e exalação, onde a transição era feita pausadamente com orientação na atitude mental. Em outros momentos, várias posturas/ásanas foram feitas em permanência, ficando as usuárias na mesma posição por algum tempo, com foco na atenção e na respiração.

As danças circulares e o *lian gong* se caracterizam pela realização de movimentos em sequência. Nas danças, as séries são compostas por passos de dança, algumas de caráter extrovertido, outras de caráter introvertido/meditativo. O exercício do foco da atenção pode ser percebido, geralmente, em ambos os casos, de modo que as usuárias pareciam estar concentradas para poder executar as sequências para o fluir da roda, já que normalmente estavam de mãos dadas e a interdependência era constante, necessária para que as coreografias se desenvolvessem com fluência.

As aulas de *lian gong* contavam com três sequências pré-determinadas, compostas por movimentos leves, destinados a movimentar todo o corpo, especialmente as articulações. O fato de haver alternância do tipo de movimento a cada oito tempos/oito segundos ou tempo da música, mantinha o foco das usuárias no encadeamento dos exercícios. A suavidade e simplicidade dos movimentos favorecia que pudessem permanecer concentradas no que estavam fazendo.

Um registro recorrente no diário de campo tratou da postura das usuárias no decorrer das aulas. Em geral, destacou-se nas observações que a turma se mantinha em silêncio ao longo da realização dos movimentos e a maioria das pessoas parecia estar concentrada, atenta ao que estava fazendo. Isso era visível no semblante das pessoas e também numa certa “atmosfera” que se criava nos locais de prática, com tons de acolhimento, harmonia e leveza.

O fato de os movimentos serem lentos, no sentido de que eram realizados em combinação com a atitude meditativa/atenção e com a respiração, não significa que, necessariamente, não apresentavam exigências corporais às usuárias. Do mesmo modo que, em alguns momentos, a atitude mental se mostrava como um desafio, também as demandas corporais, por vezes, solicitavam das pessoas lidar com limites que se apresentavam. Contudo,

essa lida era orientada a se dar de forma pensada, consciente, com auxílio da observação de si, da atenção e da respiração. Mais elementos sobre isso serão apresentados abaixo.

É possível identificar uma relação estreita entre o fluxo de pensamentos, de movimentos e da respiração. Uma respiração lenta, profunda e regular ou cadenciada com a gestualidade da prática favorece o aquietamento dos pensamentos, bem como um aprofundamento nos movimentos. Além disso, a clarificação dos pensamentos e a respiração profunda também possibilitam certo relaxamento, percebido no nível de todo ser, que se expressa na forma de alívios. Essas qualidades de relação merecem ser destacadas face ao quadro de mal-estar enunciado pelas usuárias da pesquisa.

Um primeiro ponto que gostaríamos de salientar, então, sobre as contribuições das práticas para as usuárias lidarem com seus processos saúde-doença, é que as práticas corporais integrativas se mostram como possibilidades de desaceleração. O *yoga*, as danças circulares, o *lian gong* e o *qi gong* têm em comum o aspecto de que são reconhecidas como práticas de meditação em movimento. Assim que a proposição de movimentos lentos, realizados com atitude mental de atenção plena e silenciamento interior, figura como uma experiência que contrasta com a aceleração e a estimulação constante que predominam na base da vida cotidiana contemporânea.

4.2.3.2. Contato consigo e com o tempo presente:

Ainda no contexto da meditação e da respiração, destacou-se um conjunto de falas de usuárias a respeito da conexão consigo e com o momento presente propiciada pelas práticas corporais integrativas.

“respiração para mim traz o aqui e agora! Eu acho que isso é fundamental no meu dia a dia e a questão da ansiedade que te joga para frente ou da depressão que é uma coisa que te joga para trás... e quando eu respiro eu realmente sinto meu corpo, eu sinto a minha presença física e a minha conexão com o que está em volta de mim e eu consigo me posicionar, me relacionar e interagir ou enfim reagir de acordo com o aqui e agora. E isso tem a ver com a respiração” (roda *yoga*)”

“esse aqui e agora me fez ver que não existe culpa que traz o passado para longe e não existe ansiedade que antecipa o futuro... para eu resolver então é aqui e agora” (roda *yoga*)

“com relação a respiração: na meditação sim, mas eu sinto a respiração também no movimento, que é o que eu faço na *yoga*... em movimento eu percebo que a respiração ajuda muito (...) e eu não percebia essa respiração na minha existência [risos] É louco isso... mas assim... aí eu me sinto presente agora, eu tou com meu corpo, eu tenho domínio desse corpo, desse espaço, a partir da consciência da respiração” (roda *yoga*)

“na medida em que a gente presta atenção na respiração, a gente tá vivendo o presente” (roda *yoga*)

A questão da presença foi destacada especificamente por usuárias do grupo de *yoga*. De fato, este é um elemento fundamental da filosofia desta prática e que pode ser exercitado e compreendido a partir da experiência corporal.

É difícil descrever a presença, mas ela poderia ser designada como a profunda e detida atenção no instante em que se está vivendo. Significa uma atitude de reconhecer e se colocar inteiramente no momento fugidio que representa o agora e que, no mesmo átimo, já deixou de ser o agora. O exercício da presença é uma grande contribuição da filosofia *yogue*, tida como um conhecimento e prática privilegiado para lidar com as flutuações da mente. Quando exercita a qualidade de presença, a pessoa se apercebe de onde está e o que está fazendo, sendo tomada por uma dose de realidade que lhe “relembra” que a vida é ali, naquela materialidade, e não nas produções mentais, que geralmente se ocupam de rememorar questões do passado ou projetar o futuro, ambas situações que não são possíveis de realização no agora.

Assim sendo, a atitude mental de concentração no que se está fazendo é o meio pelo qual se pode dirigir a atenção para o tempo presente e o si mesmo. A respiração atenta e consciente também foi vista pelas usuárias como um facilitador da direção da atenção para o momento presente.

A presença é aquilo que escapa da linguagem. Uma investida invariavelmente corporal. O exercício da presença no ato do movimento demanda/promove um envolvimento do ser num fluxo de vivência em que a mente está plenamente alinhada/sintonizada com a fluidez do que está sendo vivido. Quando a atribuição de sentido sobre o que está sendo feito ocorre, já se quebrou o exercício da presença, pois a ação do pensamento vai estar tratando do passado, do que foi feito, do que aconteceu.

Mesmo que as usuárias de danças circulares e *lian gong* não tenham apresentado este elemento desta maneira nas suas falas, seria possível supor que ambas práticas também contemplam o exercício da presença. Ele está intimamente relacionado com a atenção e concentração dispendidas na realização dos movimentos. Quando está seguindo uma sequência de movimentos, a pessoa é desafiada a prestar atenção para poder acompanhar. Ao prestar atenção, ela pode estar se colocando plenamente naquilo que está fazendo, pela via da atitude mental. Em alguns casos, é como se não fosse possível pensar em outra coisa, para dar conta do encadeamento de passos de dança ou sequências de atividades da tradição chinesa. Se não é possível pensar em outra coisa, há indícios de que há um mergulho de si na vivência, ou seja, um exercício de presença.

Conectar-se com o tempo presente também é um conectar-se consigo mesmo, na medida em que o exercício da presença é um atentar-se para si mesmo no tempo-espço do agora. Desse modo, com íntima relação aos argumentos da desaceleração e das conexões, outra potencialidade das práticas corporais integrativas destacada pelas usuárias da pesquisa, foi a oportunidade de tomarem contato consigo mesmas, conhecendo mais a integralidade do seu corpo a partir das ações de prestar atenção em si promovidas nas aulas.

“trabalhou muito a minha ansiedade, a minha procura do meu eu mesmo assim... como é importante a respiração, como é importante a gente ouvir o corpo da gente... eu era muito acelerada, eu era muito assim ‘eu eu’ sabe?! Eu nem pensava e eu já tava agindo... agora tudo isso, eu sinto a conexão comigo mesmo, sinto meu corpo” (roda *yoga*)

“trouxe sentido para minha vida, comecei a perceber mais o meu físico, perceber mais a conexão” (roda *yoga*)

“esse é o caminho, você tem que estar conectado, você tem que estar tranquilo, respirando, merecendo tudo que você tem aqui dentro para dar uma energizada e sempre vai estar conectado para as coisas boas” (roda *yoga*)

“percepção da respiração junto com a meditação (...) você se conecta, você faz só o transe para você energizar o que você quer ver, o que você quer sentir, você vai sentir um prazer enorme, você vai ter um cuidado,

um carinho, a emoção de tá sempre na transição, no caminho de fazer o seu corpo se movimentar para ter uma energia boa” (roda *yoga*)

Algumas condutoras de grupo também destacaram essa potencialidade:

“a pessoa vir aqui e olhar para si mesma” (CV-Yumi)

“eu acho que é isso mesmo assim... a pessoa se dispor para ir lá entrar em contato com seu corpo né... então acho que a primeira grande mudança é a pessoa ter consciência do seu corpo” (CP-Yacamin)

“às vezes na meditação eu falo: para, e agora percebe seu coração... tem gente que fala: nossa, eu não escuto meu coração batendo... não tô escutando... tá batendo, tá vivo ali né... então assim essas nuances sabe, são coisas bem sutis mesmo” (roda cond)

“tem um momento na meditação que eu peço para pessoa pensar num órgão que está bom... porque geralmente quando você tá doente você só pensa naquela doença, você não entende que você tem todo o resto extremamente complexo que tá lá trabalhando e funcionando perfeitamente” (roda cond)

Conhecer o corpo e a si mesmo no sentido do desenvolvimento de uma consciência corporal foi um dado exclusivo das usuárias e condutoras de grupos de *yoga*. De fato, observou-se nas aulas desse grupo reiteradas orientações a esse respeito, de que as pessoas realizassem os movimentos com atenção ao alinhamento, à respiração e às reações corporais (diário de campo).

A consciência corporal pode ser entendida como o reconhecimento do próprio corpo em suas variadas dimensões. Descobrir limites e possibilidades corporais nos planos físico e sutil, perceber as reações corporais diante de diferentes movimentações e situações, conhecer cada parte do corpo, como se movimentam e como se expressam como totalidade, estabelecer relações entre o que acontece no corpo (no organismo, no psiquismo) com acontecimentos da vida, são exemplos de processos envolvidos no desenvolvimento da consciência corporal.

Tal desenvolvimento, a partir das práticas corporais integrativas, demanda contato consigo, observações e experimentações atentas. Um maior conhecimento do corpo e de si

mesmo é algo que extrapola os momentos das aulas. Na relação com a saúde, o maior conhecimento e contato com o corpo é potente, uma vez que pode favorecer o entendimento de certos processos de adoecimento, de modo que a pessoa tenha elementos para compreender e lidar com suas situações de vida relacionadas e/ou agir em direção ao (auto)cuidado.

Nas outras práticas e ainda no *yoga*, as usuárias expressaram de outras formas esse direcionamento da atenção para si. O contato consigo mesmas se expressou mais no sentido de um cuidar de si, do que de perceber o próprio corpo.

“eu aprendi isso, o meu ‘eu’ sabe... porque a gente corre muito com os filhos, com os netos, marido, corre muito com a família, mas a gente não tem um eu... para mim, para mim me sentir bem e ter aquele tempo assim (...) não é para ninguém, é para ti” (U-Dalva)

“até assim, o pensamento da gente que daí (...) aqui tu já esquece... o que é da casa, cuidar da casa, aí é filho, é marido, é tudo... então a gente chega ai coisa boa... chegar na segunda-feira pra vim aqui... a gente tem uma paz, energia” (roda danças circulares)

“eu não tiro tempo para mim, só para os outros” (roda *lian gong*)

“os cuidados que eu tenho comigo, porque a gente começa a aprender a ter cuidado com a gente, eu sou muito preocupada com todos da família e às vezes eu esqueço de mim (...) isso aí melhorou muito, agora eu respiro fundo, aprendi a respirar fundo, a meditar quando eu tô muito cansada (...) aprendi a respeitar o meu humor, o meu horário” (U-Yolanda)

“eu tô me cuidando” (U-Liara)

“aprendi também que tudo que eu faço é para mim” (U-Darlene)

“olhar para a gente também, entendeu?! Que as vezes você também tá precisando de ajuda, saber pedir também... não é sair brigando, discutindo, e o problema não é com quem tá com você, é você mesmo... parar... eu acho que esses momentos aqui leva muito a isso, aos momentos de reflexões né” (roda danças circulares)

Neste conjunto de falas, as usuárias valorizaram as práticas corporais integrativas como oportunidades de se dedicarem para si mesmas, ter tempo para si, se priorizar, se cuidar. Deixaram transparecer, quando mencionaram que se dedicam muito aos outros, que suas referências de dedicação parecem se colocar em algo externo, e que foi um aprendizado, portanto, voltar o olhar para si.

Diante da realidade contemporânea, em que as referências geralmente são externas, em que a atenção é estimulada para elementos que estão fora de nós, a promoção de um olhar para si, de voltar a atenção para a referência interna, parece se mostrar como um potencial das práticas corporais integrativas para que as pessoas possam se conhecer mais.

Isso tensiona, inclusive, as relações de dependência estabelecidas no contexto de medicalização da vida. Saber mais de si pode favorecer os modos de lidar com os processos de adoecimento, com menos necessidade de submissão ao saber-poder médico. Significa poder compor com a formulação de diagnósticos e projetos terapêuticos – quando a relação entre profissional-usuário é mais horizontalizada e envolve a criação de vínculo e escuta –, uma vez que a pessoa pode dizer de suas percepções e preferências. Além disso, pode contribuir para o encontro de outras possibilidades terapêuticas, não apenas medicamentosas, para a lida com os processos de adoecimento, e para um aprofundamento na busca das causas dos problemas, para além do imediatismo.

O conhecimento de si veio acompanhado de outro destaque das falas das usuárias, referente ao respeito aos limites do corpo durante as aulas. As usuárias referiram as orientações das condutoras de estarem atentas ao corpo, realizando as propostas de movimento dentro de suas possibilidades. Essa ação envolve uma atenção apurada em si mesmo, a fim de reconhecer as possibilidades do corpo nas suas dimensões físicas e sutis.

“o respeito ao nosso limite” (roda *yoga*)

“como a [condutora] fala: ‘cada um no seu limite’ (U-Lisandro)

“[o condutor] (...) tá sempre pedindo pra gente ter cuidado com a gente e ir até onde nosso limite permite” (U-Yolanda)

“respeite sua limitação, fica do jeito que você gosta, que você consegue ficar tranquilo, do jeito que o seu corpo vai se sentir bem, esse é o

principal... tenha o respeito pelo seu corpo, ele vai te dar tudo que você quiser” (roda *yoga*)

Algumas usuárias ressaltaram a leveza das práticas, no sentido de poderem praticá-las conforme suas condições, algo que envolve o reconhecimento e a lida com as limitações corporais:

“aqui eu tô me sentindo bem porque é uma ginástica leve, ela não tem impacto como as outras (...) então para mim tá sendo bom, porque eu não sinto dor depois da ginástica... e conforme as outras ginásticas que tem mais impacto, daí eu me sinto cansada, me sinto com dor (...) daí eu faço até onde eu posso... eu não posso erguer esse braço, ele só até uma altura, mas vai até onde... às vezes começa a cansar, eu coloco ele aqui, faço com esse... mas faço né... estou conseguindo erguer mais um pouco... então eu para mim tá sendo muito bom, essa ginástica tá dando muito boa para mim” (roda *lian gong*)

“o exercício é calmo, ele não judia, é leve” (roda *lian gong*)

“não querer que todo mundo faça, de não exigir ‘eu quero essa posição’ e se isso nos é cobrado, eu tenho certeza que não teria mais de 10 pessoas aqui, porque aí começa a ser tortura (...) essa possibilidade que facilita com que a gente... as adaptações das posturas... e a forma assim suave como é colocado, né, devagar... isso é muito importante... eu não estaria mais aqui se não fosse assim” (roda *yoga*)

As usuárias valorizaram a qualidade das práticas corporais integrativas em propor as atividades em consonância com as possibilidades corporais, de modo a respeitar a individualidade e as condições de cada participante. Os principais recursos presentes nas práticas para viabilizar este propósito são as orientações a respeito da atitude mental de observação e atenção em si. Os registros do diário de campo mostram com alta frequência as preocupações das condutoras em salientar esses aspectos em todas as práticas como orientação geral e também como orientação específica, principalmente quando as participantes expressavam algum desconforto na realização dos movimentos.

Nesse sentido, as usuárias pareceram reconhecer este respeito ao corpo também como um respeito à heterogeneidade do grupo:

“a questão da diversidade do grupo... aqui a gente não tem limitação aqui né” (roda *yoga*)

“esse grupo aqui é um tesouro... nesse sentido do quanto vocês se doam, se entregam, se posicionam, gente ah é lindo de ver! É lindo! E as idades que estão se misturando, os tamanhos de corpos, o quanto se elasticam ou não” (roda *yoga*)

“e todos vocês né... eu tinha vergonha né porque a gente já não é nova né... eu ficava assim meio fechada né... a gente fica meia dura né” (roda danças circulares)

“gostei muito dessa parte da diversidade, do quanto [o condutor] dá opções mesmo de posição e isso faz muita diferença” (roda *yoga*)

“a forma como [o condutor] deixa com que todos se sintam à vontade, independente da sua idade, do seu tamanho, aonde você consegue chegar” (roda *yoga*)

“o [condutor] sempre solta frases bem cruciais né: dentro do teu esforço e do teu conforto (...) ninguém está buscando chegar em lugar nenhum (...) não me copie, não se compare” (roda *yoga*)

Houve registros no diário de campo sobre o grupo de danças circulares a respeito da forma como aconteciam algumas coreografias. Em vários momentos algumas usuárias erravam a execução dos passos, mas a roda, o fluxo do coletivo, dava conta de sintonizar os movimentos e as músicas eram dançadas do início ao fim com harmonia. As condutoras deixam claro que para participar do grupo não é preciso ser bailarina/dançarina e que seu objetivo não é a perfeição coreográfica, deslocando o foco da performance para a convivência e cooperação, na medida em que auxiliar as colegas com dificuldade passa a ser tarefa de todas. Um recurso utilizado nas aulas é colocar ao lado de uma pessoa com dificuldade uma pessoa que já sabe os passos, então, por meio da ajuda, a roda gira com mais fluência. Nestes registros, pode-se ver

o sentido cooperativo estimulado no grupo e de aceitação do outro, mesmo com erros e dificuldades.

Respeitar a si mesmo e ao corpo (seu e do outro), perceber e aceitar a presença de limites e diferenças, são ações que parecem se colocar na contramão dos incentivos de hiperestimulação da sociedade contemporânea, que impelem a desafiar o corpo, ultrapassar limites e homogeneizar padrões em prol de um melhoramento do desempenho ou aparência física. A não exigência de performance também representa um contraste com outras esferas da vida, que são marcadas pela competição, pela exposição da imagem, pela necessidade de produtividade e rendimento, pela aceleração, seja no trabalho, seja no lazer. Dispor-se a reconhecer as potencialidades e as limitações corporais, trabalha-las na intenção de se permitir descobrir algo mais sobre si mesmo e, diante disso, aceitar o corpo como ele é, são aspectos que fazem frente à constante insatisfação com o corpo que prepondera na contemporaneidade.

Diante do exposto, um segundo aspecto que gostaríamos de destacar sobre as contribuições das práticas corporais integrativas para a saúde das usuárias, são os recursos que elas dispõem para promover a sintonia das pessoas com o tempo presente e consigo mesmas. O exercício da atitude mental, associada aos movimentos e a respiração, permite que as pessoas desloquem sua atenção das referências externas para referências internas, produzindo possibilidades de desaceleração, respeito e aceitação do seu corpo e do corpo do outro, maior conhecimento de si e de seus processos saúde-doença.

4.2.3.3. Abordagem multidimensional:

Outro elemento fundamental de contribuição das práticas corporais integrativas para a saúde das usuárias foi sua abordagem integral. Usuárias e condutoras dos grupos reconheceram seu potencial em atuar sobre a multidimensionalidade humana, simultaneamente em aspectos físicos, emocionais, mentais, energéticos e espirituais.

O lastro de falas elencadas ao longo deste capítulo foram evidenciando impactos das práticas sobre estas diferentes dimensões. Aqui, iremos acrescentar algumas outras falas que denotam tal influência.

Na dimensão física, para além do que já foi expresso em outras categorias, cabe elencar ainda melhorias nas qualidades e capacidades físicas, bem como a regulação de necessidades fisiológicas básicas, conforme já foi descrito. E, ainda, aumento da mobilidade corporal:

“me senti outra coisa... eu uma pessoa que não conseguia me abaixar”
(U-Lilian)

“eu não conseguia nem me abaixar, as minhas pernas estavam tudo dura que eu não nem conseguia... comecei a fazer ginástica foi graças a deus”
(roda *lian gong*)

“foi indo, hoje eu faço coisas que eu não fazia... consigo até limpar meus azulejos, me abaixar, levantar... as coisas do dia a dia, as coisas do dia a dia mesmo” (roda *yoga*)

“eu não conseguia me abaixar, sabe, eu não conseguia encostar minha mão nos dedos do pé, hoje eu consigo, mesmo sem me alongar, eu já consigo fazer” (roda *yoga*)

No plano emocional, além do que já foi mencionado em outras categorias, resta elencar uma série de outras falas onde as usuárias expressaram como se sentem a partir das práticas corporais integrativas. Várias destacaram contribuições para a dimensão das emoções:

“o emocional! Faz muito bem para o emocional! (...) alegria, animação, aquela vontade de vir, a música que toca, algumas tocam tanto que emociona, como a [colega] sabe muito bem... para mim o emocional foi muito” (roda danças circulares)

“o emocional para mim foi tudo! Melhorou tudo porque quando a gente... o emocional está bom, tudo vai melhor né... tu tem mais paciência, tu ouve mais” (roda danças circulares)

“para mim representa tudo, o emocional mais feliz (...) o meu emocional é tudo, com a dança circular e a gente ter o emocional bom né... é porque se a gente tá sempre para baixo, aí mesmo é que vem os problemas de saúde né” (U-Damiana)

“às vezes vem toda jururu, assim pra baixo... sai leve, cantarolando” (U-Dalila)

Conduutoras dos grupos também reconheceram contribuições das práticas nesta dimensão:

“equilíbrio emocional” (CR-Liliana)

“se descrevem mais calmas, mais tranquilas, elaborando melhor essas emoções, se sentem feliz, a própria felicidade, alegria, o prazer” (roda cond)

Várias usuárias expressaram sentimentos positivos, principalmente felicidade, alegria, paz, bem-estar e disposição. Sobre a felicidade:

“a gente se sente mais feliz, então mais estimulado para fazer as coisas” (U-Yasmin)

“tô bem feliz (...) ser feliz (...) me senti muito feliz” (roda *yoga*)

“além de melhorar meu astral né, que me deixa mais feliz” (U-Damiana)

“estou bem feliz (...) fico bem feliz” (roda danças circulares)

“a gente esquece tudo aqui fora, esquece tristeza” (U-Danúbia)

Sobre a alegria:

“dançar é muito bom né, traz alegria (...) fica mais alegre” (U-Darlene)

“vontade de viver, alegria de estar aqui” (roda danças circulares)

“me deu alegria... durante muito tempo eu fui deixando, eu fui ficando mais apática... e a principal coisa da dança pra mim é que ela me deu alegria e segurança... eu estou me sentindo mais segura, por isso que eu fiz essa colocação, de eu dizer para alguém: ah não, eu não quero, eu não gosto (...) eu toda vida agi com muito receio, não tinha coragem de falar com ninguém (...) passar a encarar” (U-Dalila)

“estou muito contente” (roda *lian gong*)

Sobre paz:

“a gente tem uma paz” (roda danças circulares)

“a gente sai daqui leve” (U-Dalila)

Sobre se sentir bem:

“a gente fica muito bem” (roda *yoga*)

“você tá fazendo isso você tá de bem com a vida” (U-Yandra)

“bem estar” (U-Yolanda e U-Darlene)

“eu vi o tanto que eu tô bem” (U-Yandra)

“tô me achando muito bem” (roda *lian gong*)

“estou me sentindo muito bem” (roda *lian gong*)

“quando você vem, você já sente, já uma coisa gostosa né” (U-Yandra)

“segunda feira é um dia feliz [risos] todo mundo sai daqui já preparado para a semana (...) você já começa a semana bem né” (roda *yoga*)

Algumas usuárias fizeram um contraponto ao bem-estar:

“jovialidade, longevidade (...) não dá pra parar, porque você já começa se sentir mal né, aí quando você vê o quanto que você se sente bem, você só quer tá continuando (...) vai tá feliz, vai tá se sentindo melhor, mais jovem, mais vida com certeza” (U-Yandra)

“se eu não vier aqui, não me sinto bem” (U-Liara)

Sobre disposição:

“maior disposição” (roda *yoga*)

“disposição mesmo para fazer um serviço de casa” (U-Danúbia)

“eu fico até mais leviana, mais disposta para fazer o serviço, para andar”
(U-Livia)

“lá a gente renova (...) a gente vem renovada” (U-Danúbia)

Conductoras dos grupos também observaram esses sentimentos produzidos a partir das práticas:

“as pessoas saem felizes das aulas” (CR-Yarin)

“se sentem mais feliz, mais leve, mais otimistas (...) mais alegres” (CP-Dakota)

“melhora de bem estar” (roda cond)

“possibilidade da pessoa experimentar a sensação de bem estar” (CP-Yacamin)

“as pessoas ficarem mais sociais, mais amorosas” (CV-Yemanjá)

Algumas usuárias relataram a questão do humor, reiterando um certo estado da mente como guia para lidar com os acontecimentos da vida:

“eu acho que bom humor é muito saudável... pra mim... se tu levanta já chateada e se tu olha e tudo que tu ver tu botar defeito, tu vai ficando doente, infelizmente, porque tu começa a adoecer a mente... e a mente é que manda na gente, não é o teu corpo... às vezes o teu corpo até tá assim ruim, né, com uma coisa assim porque tropeçou ou deu um mal jeito, aí tá, tu tá doente porque aconteceu alguma coisa... mas se tu tá de bom humor aquilo ali meio que fica esquecido, sei lá... é assim que

eu penso... eu não sei se é, mas é isso que eu penso... tento levar desse lado... porque bom humor pra mim é uma coisa, é uma chave pra saúde... porque daí tu começa a agir melhor assim” (U-Yolanda)

“uma coisa que eu faço que eu não fazia antes é que eu me acordo, me espreguiçar, esticar bastante as pernas, o braço, fazer alongamento... que eu não fazia, eu acordava e pulava da cama... agora não, isso aí é uma coisa que eu faço, aí paro para meditar, depois então eu vou fazendo meu serviço, mas é assim a gente já faz tudo mais contente (...) antes eu pulava da cama, estava sempre mal humorada, sempre pensando só nas coisas negativas” (U-Damiana)

Condutoras dos grupos também reconheceram mudanças de humor e posicionamento nas aulas:

“a questão do humor” (CP-Yoki)

“a primeira coisa é a mudança de humor, eles são mais soltos (...) boa parte do pessoal chega assim desconfiado, e ela chegou bem sisuda, agora ela já é sorridente... e você sente a pessoa mais aberta, mais feliz, e reclama menos... elas começam a reclamar menos... tu viu aqui a reação da pessoa aqui, ela disse é, agora que eu tô vindo fazer *yoga*, eu tô diminuindo as dores... porque eles chegam reclamando de tudo, e falando de um monte de doenças, de um monte de exames que fizeram, como se eu tivesse que entender daquilo... e depois elas não falam mais... e outra coisa: elas chegam bem barulhentas, barulhentos porque quando os homens estão também são... e lá pela terceira aula elas já estão mais silenciosas... elas já conseguem se concentrar mais e se centrar mais” (CV-Yandara)

“no começo elas não ficam quietas (...) a maior diferença enorme que eu notei delas foi a postura delas na roda meditativa” (CV-Dena)

Uma usuária e uma condutora coincidiram ao falar da autoestima:

“ajuda a levantar a auto estima” (roda *lian gong*)

“auto estima melhora muito” (roda cond)

Os grupos de práticas corporais se mostraram para algumas usuárias de danças circulares como espaços de expressão das emoções:

“a gente ri, tem que chorar a gente chora, a gente dança” (U-Danúbia)

“tu fica emocionada, tu chora, tu ri, depois abraça” (U-Dalva)

“eu sou muito emotiva né... eu já sou assim bem... tanto eu sou assim feliz como eu fico triste, entendesse?! Então eu fico bem... então muitas coisas aqui me tocam, muitas coisas... então pra mim isso aqui é muito bom... é tipo uma terapia né também, sabe?! Pode ver que eu me solto, tanto eu choro como eu brinco sabe... então quer dizer eu não tenho assim... às vezes eu até me sinto, meu deus eu tô chorando... de certo vão pensar Meu deus essa mulher aí... mas é de mim, não sei eu quero aguentar, mas eu não consigo... sabe vem de dentro assim sabe... vem no meu pensamento... então eu digo assim para ti, para mim é muito bom isso aqui...

- Para ti poder expressar...

- Expressar... isso! Eu expressei muito” (roda danças circulares)

“A gente vê como a [colega] se emociona, e é de emocionar mesmo, entendeu... como a gente consegue se libertar aqui dentro... eu não sei se pode se considerar isso aqui uma terapia...

- Mas é!” (roda danças circulares)

Uma condutora usou esses termos para se referir a tal potencial:

“liberdade de expressão corporal” (roda cond)

Esse conjunto de falas reuniu menções à questão emocional. As práticas corporais integrativas foram vistas como possibilidades de produzir sentimentos positivos e mudanças de humor, bem como oportunidades para expressão das emoções. Se somarmos estes dados com os sentimentos de calma, tranquilidade e centramento descritos acima, veremos que as práticas

podem propiciar certo equilíbrio emocional que interfere positivamente no dia a dia das usuárias.

Para além das dimensões física e emocional, também houveram respostas que referiram a dimensão energética. Uma série de usuárias utilizou a palavra energia em suas respostas sobre as relações entre as práticas corporais integrativas e a saúde.

“- A gente vem pegar energia aqui né...

- Uma energia boa...

- Aqui a energia é boa...

- A energia boa que vem de todos” (roda danças circulares)

“aqui a gente tem uma paz de espírito (...) as energias são muito boas (...) às vezes tu sai de casa com uma coisa assim... chega aqui tu esquece tudo... eu esqueço tudo o que passou... se eu tenho um problema lá, ou alguma coisinha que me incomodou, eu venho para cá e eu esqueço... isso aqui é uma paz, é uma paz interior” (roda danças circulares)

“a integração do grupo é tão legal que renova as energias da gente, repõe as energias, que a gente sai daqui leve” (U-Dalila)

“ali tem uma energia, um grupo” (U-Yasmin)

“a energia... lá as energias que a gente canta, que a gente louva a deus, que a gente coloca para terra, a gente coloca para a gente sabe, a energia... é uma energia tão boa assim sabe, que parece que a gente vai indo, eu chego a me arrepiar parece que entra assim na tua alma sabe... assim parece que te eleva... é uma energia tão boa que te faz vibrar, sabe como pessoa aonde tu fica emocionada, tu chora, tu ri, depois abraça, sabe... é uma energia muito boa... é muito gostoso mesmo, então para mim se torna como saúde né... porque se a gente consegue passar, se eles conseguem passar isso para a gente é porque a gente também tá precisando, e a energia aqui, eu acho que é uma fonte de energia né, então nem todos lugares tu consegue sentir isso... então ali, se tu vais mesmo assim com vontade, com coisa, ou mesmo às vezes quando tu não tá com vontade, tu tá com preguiça, trabalhei tanto hoje... mas

chega lá sabe tu começa a dançar, a energia tu bota para fora, sabe, te torna diferente” (U-Dalva)

“realmente tu sente o campo [energético] que vibra nesse movimento, é muito bonito!” (roda *yoga*)

“quando eu penso, quando eu medito, eu penso e tento expandir essa energia para o meu vizinho, do meu vizinho para o outro, da rua pra outra rua, para outro bairro, do outro bairro para outra cidade, da outra cidade pro planeta” (roda *yoga*)

“eu tenho sempre uma conexão muito grande com espiritual, também me ajuda bastante (...) esse ambiente aqui é legal assim, o pessoal parece que procura, tem um peso, um equilíbrio né... daí tu sente a sintonia igual... eu tem lugar que eu entro, eu sinto, depende da energia eu me sinto mal, eu sempre desde criança eu sinto, então assim... mas esse ambiente aqui para mim faz muito bem” (U-Yvone)

Nesta série de falas as usuárias expressaram entendimentos de energia, referindo algo imaterial que foi percebido por elas no contexto das aulas. Para algumas, a energia esteve associada a uma espécie de bem-estar, a sentimentos positivos compartilhados no encontro do grupo e a uma maior vitalidade. Para outras, a energia esteve relacionada a certa vibração, que toma a si mesmas e se expande para o entorno, em alguns casos associada a espiritualidade.

Estas falas indicam que, para algumas usuárias, as práticas corporais integrativas envolvem uma dimensão transcendente, que se expressa na forma de energia. E que esta percepção tem relação com a saúde, podendo transformar estados de humor, sentimentos e pensamentos. A palavra energia apareceu como um termo autoexplicativo nas falas, podendo representar um recurso de discurso das usuárias para nominar algo difícil de descrever, mas que, mesmo invisível, tem significado, bem como pode ser sentido e alterar suas percepções.

A apresentação dos dados enquadrados em diferentes dimensões foi apenas uma forma didática de apresentar essa outra série de falas. Vimos ao longo desta seção, desde o primeiro quadro que descreveu quais as contribuições das práticas para a saúde das pessoas, até os desdobramentos sobre como elas contribuem para lidar com o mal-estar, que os efeitos das práticas corporais integrativas mencionados pelas usuárias da pesquisa incidem sobre as dimensões física, emocional, mental, energética e espiritual dos sujeitos.

Ao falar de abordagem integral, o que destacamos é que as práticas corporais integrativas são capazes de mobilizar a multidimensionalidade humana, ao colocar o corpo em movimento. Esse potencial fica evidente no conjunto de falas da pesquisa, nas quais as usuárias conseguiram enunciar os diferentes aspectos nos quais as práticas lhes tocam. E também em outras falas que fizeram questão de abordar essa interrelação dimensional:

“eu acho que eu senti que é uma prática muito completa sabe, é uma prática de vida, não só o físico, eu melhorei no físico, na questão de equilíbrio, de movimento, de flexibilidade, de alongamento, mas também na postura de vida também, de ser mais calma, de ordenar as coisas” (roda *yoga*)

“tanto da parte física (...) quanto para parte emocional” (U-Yasmin)

“terapia de mente, terapia de corpo” (roda danças circulares)

“aí a gente vê que não trabalha só o pé, mas outras coisas do corpo da gente (...) a mente!” (roda danças circulares)

“vai movimentar os músculos (...) vai trabalhar a mente... isso com certeza dá uma maior harmonia pro nosso corpo, gerando mais saúde” (U-Dalila)

“percebem que não é um alongamento, que não é só físico” (roda *yoga*)

“é muito bom assim pro estresse, para mente, pro corpo da gente” (roda danças circulares)

“eu percebi que a *yoga* é uma prática completa, porque ela trata a mente, o emocional e o físico” (roda *yoga*)

“nosso corporal e espiritual” (roda *yoga*)

“melhora a conexão com o lugar, o conjunto socializa, a gente fica muito bem, melhora a respiração, controla o stress, ter percepção de si mesmo, melhora o autocontrole, daí vem a cura, encontramos

amizades, maior disposição, equilíbrio, o trabalho de grupo é fundamental, e isso engrandece, trabalha a ansiedade, aprendemos a desacelerar, e a agradecer sempre, fortalecer a medicina pública, preventiva, e seus problemas vão desaparecendo, ter vida saudável, cumprimentar as pessoas e ser feliz” (roda *yoga*)

As condutoras fizeram várias falas ressaltando este caráter de abordagem integral dos sujeitos, que estão espalhadas ao longo do trabalho. O tom das falas se assemelha a esse, parecendo estar claro para as condutoras o potencial das práticas em abordar diferentes dimensões humanas:

“acho que várias [contribuições] né assim físicas e mentais, sem separar assim né” (CP-Yacamin)

Essa compreensão ampliada é correspondente às concepções de corpo subjacentes às práticas corporais integrativas, que não contemplam o dualismo corpo-mente. Do ponto de vista da anatomia e da fisiologia do corpo, o conhecimento *yogue* aponta para a existência de centros e canais de energia, chamados *chakras* e *nadis*, respectivamente. Estas referências energéticas estão associadas a órgãos e sistemas do corpo humano, bem como a emoções e pensamentos. O *yoga* apresenta várias propostas para harmonizar a energia dos *chakras*, cuja fluência é condição para a saúde. Ao tematizar a concepção de corpo no *yoga*, Feuerstein (2006, p.427) afirma que "o corpo físico tem um correspondente sutil que não é feito de matéria grosseira, mas de uma substância mais refinada, uma energia", chamada de *prâna*. A anatomia e fisiologia desta imagem suprafísica do corpo físico descrevem a presença de *chakras* e *nadis*, as estruturas básicas do mesmo.

"Os *nadis* são correntes energéticas, padrões de fluxo definidos dentro desse campo luminoso de energia que é o corpo sutil" (FEUERSTEIN, 2006, p. 429). Estima-se que existam 350.000 *nadis* no corpo, mas os principais são *Sushuma*, *Ida* e *Pingala*. A palavra *nadis* significa "conduto", mas não deve ser compreendida como uma estrutura oca, nem como uma espécie de nervo ou veia, mas como uma corrente de energia, interpenetrando todo o corpo sutil. *Ida* e *Pingala* controlam as reações do sistema nervoso simpático e parassimpático e é devido a esse fato que os *yogins* conseguem fazer circular as energias vitais por elas, obtendo feitos extraordinários, como variar os batimentos cardíacos, parar o coração, alterar o peristaltismo digestivo, etc (KALYAMA, 2003).

Para Kalyama (2003, p. 187) "a palavra *chakra* significa 'roda' e se refere às estruturas psicoenergéticas existentes no corpo prânico". Os *chakras* são centros de energia que estariam situados no corpo físico na correspondência ao longo da coluna vertebral, e representam nosso corpo sutil ou energético. "Existem ao todo sete grandes *chakras*, que dispõem-se verticalmente ao longo do canal axial. São coágulos de energia vital que vibram em diferentes frequências" (FEUERSTEIN, 2006, p. 430). Os sete *chakras* principais são: *Muladhara*, *Svadisthana*, *Manipura*, *Anahata*, *Vishuddha*, *Ajna*, *Sahasrara*. Para cada *chakra* existe um elemento correspondente, um mantra, uma cor, uma localização, determinadas emoções, uma glândula endócrina, órgãos e sistemas do corpo humano ao qual estão relacionados. Para Cunha (2013) os *chakras* controlam o fluxo de energia sutil de todo corpo e ao redor do mesmo e as radiações de energia sutil desses centros criam padrões energéticos em volta dos *chakras*. As radiações de energia criam um fluxo específico de pensamento e todas as emoções e sentimentos geram emanções vibracionais. Cunha (2013, p.49) também afirma que "os *chakras* controlam os plexos, nervos, glândulas endócrinas e órgãos situados nas suas respectivas regiões". Devido a isso os *chakras* agem através dos plexos físicos e refletem sua energia sutil no plano físico através de suas glândulas endócrinas correspondentes.

Tal compreensão difere substancialmente da concepção de corpo que predomina no ocidente. Segundo Sousa (2012), na sociedade ocidental prevalece o interesse pelo estudo de músculos; já em outros sistemas socioculturais, como na China e na Ásia, o sujeito é considerado dentro de uma perspectiva integrada em que é uma espécie de microcosmo, intimamente relacionado à natureza, e sua existência só é possível em relação aos outros e ao mundo, diferente da aceção de objeto, instrumento, predominante no ocidente.

A tradição chinesa possui suas especificidades, mas tem correspondentes com as noções indianas do *yoga*. A energia do *prâna* pode ser associada ao *qi/chi*, representando o sopro vital que anima a cada um e ao todo e sustenta a vida. Além disso, também há uma convergência sobre as relações do corpo com centros de energia e com os elementos da natureza. A anatomia e a fisiologia do corpo na tradição chinesa são representadas por pontos e meridianos energéticos, que coincidem com órgãos, sistemas do corpo humano, emoções e pensamentos. Neste sentido,

a anatomia chinesa se desenvolveu de forma distinta da anatomia ocidental (percebemos que a diagramação sobre o corpo na visão europeia busca ênfase na constituição muscular - influência do método hipocrático desenvolvido na Grécia - enquanto na visão chinesa este aspecto não se encontra presente, sobressaltando a noção dos pontos energéticos para a aplicação do método acupunturista), onde o corpo

era entendido numa abordagem "holística" (LOCK, 1980), já que esta concepção não se encontra separada dos valores e da filosofia espiritual (SOUSA, 2012, p. 101).

Ao apresentar o *lian gong*, Lee (1997, p. 09) explica que “a cultura física significa, para os chineses, o fortalecimento harmonioso do corpo, permitindo o pleno funcionamento e utilização dos músculos, tendões e ossos, diferente da ideia no Ocidente, de cultura física como aumento da massa muscular e modelagem física”. O corpo no ocidente é predominantemente entendido como uma composição de músculos, ossos e outras estruturas, sendo este, inclusive, o seu entendimento anatômico. Já em outra perspectiva, "a ideia de equilíbrio da natureza humana e não havendo inclusive a dicotomização do sujeito desta, influenciaram a busca da compreensão sobre a anatomia do corpo humano" (SOUSA, 2012, p. 101).

No caso das danças circulares, predomina a visão anatômica e fisiológica ocidental, mas a perspectiva é de superação da dicotomia corpo-mente, possível por meio da dança. Wosien (2000) apresenta que o corpo é o objeto de meditação do bailarino, seu templo, moradia e instrumento. Aquele que dança deve apropriar-se inteiramente do seu corpo, sentindo o calor, a circulação, o suor que produzem despertar interior, flexibilidade, soluções. O autor fala de um envolvimento de corpo inteiro durante as danças, de uma entrega, em que o corpo é absorvido pela atmosfera cútica e sensível que permeia as músicas e as coreografias, com vistas a comunicação com o divino. Ele considera a natureza das pessoas como espírito-corporal, onde as formas corporais correspondem às rezas interiores. A dança é concebida como uma transfiguração da existência, uma metamorfose interior, relativa ao ser e à elevação ao seu eu divino.

É possível perceber que as concepções de corpo presentes nas práticas estudadas denotam uma complexidade, fundada na multidimensionalidade humana, que contrasta com a concepção de corpo predominante no ocidente. A abordagem do corpo e das práticas corporais na sociedade ocidental moderna se pauta num reducionismo da sua compreensão, enfatizando os aspectos anatomofisiológicos que o constituem e uma noção mecanicista, de corpo desligado da totalidade, da subjetividade e do contexto social.

Para Sant’anna (2004) as descobertas do corpo possuem uma história vasta, diversa e secular, acentuada pelos avanços e limites do conhecimento humano. Segundo Feuerstein (2006), alguns consideram a anatomia proposta no oriente como pura ficção, outros a veem como “mapas” da concentração que se criam na forma de visualizações em momentos de meditação. O fato é que estas representações do corpo, milenares, seguem embasando uma série

de saberes e práticas, inclusive relacionadas à saúde, os quais tem se inserido no ocidente a partir de distintas interpretações, tensionando a racionalidade da biomedicina.

Nos dados da pesquisa, na medida em que as usuárias foram relatando impactos das práticas corporais integrativas em diferentes dimensões humanas, demonstraram certa superação da visão reducionista que tende a orientar a abordagem do corpo e de outras práticas corporais no campo da saúde, apontando, majoritariamente, para uma ideia de integração corpo-mente-emoções, e em alguns casos, integração também espiritual. As usuárias indicaram a concepção de um corpo vivo e em ação no mundo, divergindo da perspectiva fragmentada e estática característica do paradigma biomédico. É válido retomar também as considerações das usuárias sobre suas concepções de saúde, em que apontaram para a existência de um corpo sutil, valorizando aspectos da subjetividade humana na compreensão de saúde, em íntima relação com o corpo físico.

Associado a estas discussões, algumas condutoras dos grupos levantaram a questão da somatização, que também representa uma interrelação entre corpo-mente-emoções:

“diminuição das dores, que muitas vezes está associada também com essa questão emocional né” (roda cond)

“tem muitas das dores que são somatizadas né, então isso também muda né, porque a gente consegue ter essa evolução também” (CP-Dandara Liberdade)

Um demarcador importante do pensamento sistêmico na saúde é o elemento psicossomático, em contraste com a visão cartesiana de fragmentação corpo-mente ou mente-matéria, predominante no modelo biomédico. Na perspectiva sistêmica, toda doença é psicossomática, no sentido de que envolve a interação contínua da mente e do corpo em sua origem, desenvolvimento e cura (CAPRA; LUISI, 2014).

Se analisarmos o entendimento de mente pela Teoria da Cognição de Santiago, proposta por Maturana e Varela (1995), veremos que a cognição é o próprio processo da vida; que a mente é imanente na matéria em todos os níveis de vida. Conforme essa teoria, a atividade organizadora dos sistemas vivos, em diferentes níveis de complexidade, é atividade mental; bem como as interações de um organismo vivo com seu ambiente, são interações cognitivas.

A medida que a complexidade das espécies aumentou, aumentou também a complexidade de seus processos cognitivos (por exemplo: de flagelos, à antenas, à dispositivos

fotossensíveis, à discriminação olfativa, ao olho e ao cérebro). A expansão radical do conceito de cognição envolve todo processo da vida, incluindo percepção, emoção e comportamento, e nem exige cérebro e sistema nervoso, uma vez que a interação de cada ser vivo com o ambiente é realizada por meio de órgãos sensoriais específicos de sua filogenia. Esta ideia rompe com a noção de que a cognição é exclusiva dos seres humanos e depende do cérebro; esse órgão é uma estrutura por cujo intermédio a mente opera, mas não a única, pois toda estrutura do organismo participa do processo de cognição.

A cognição seria então uma espécie de inteligência pela qual os sistemas vivos se mantêm e se transformam. Ainda segundo a Teoria de Santiago, é preciso considerar o aspecto do acoplamento estrutural, da cognição ligada a autopoiese. O que define um sistema autopoietico é que ele produz a si mesmo; sofre mudanças estruturais, mas preserva seu padrão de organização. Seus componentes se produzem e se transformam de duas formas diferentes: auto renovação e criação de novas estruturas, ou seja, uma modificação de comportamento com base na experiência anterior (aprendizagem) e mudanças estruturais contínuas em resposta ao ambiente (adaptação, aprendizagem, desenvolvimento contínuo), o que é comum a todos os seres vivos e se caracteriza como processo cognitivo.

No que se refere a saúde, essa visão sugere a noção de “mente incorporada” e equilíbrio dinâmico. O sistema vivo interage com o meio de forma cognitiva e responde a perturbações vindas do seu ambiente. As mudanças daí resultantes podem ser mudanças de auto renovação ou mudanças de desenvolvimento nas quais emergem novas formas de ordem. Então tal equilíbrio é um padrão flexível de flutuações e a perda de flexibilidade para lidar com as mudanças ambientais significaria perda de saúde.

É importante pontuar a relação entre cognição e consciência apresentada por Capra; Luisi (2014). A cognição é um processo mais amplo, refere-se aos modos como o organismo interage com o ambiente envolvendo percepções, emoções e comportamentos. Sob esse ponto de vista, as emoções (domínio não consciente) não são o mesmo do que chamamos de sentimentos (consciente). Os sentimentos se referem a uma “imagem mental” de uma emoção ou os processos pelos quais emoções são tornadas conscientes. As emoções são padrões complexos de respostas químicas e neurais que têm funções reguladoras específicas. As emoções têm longa história evolutiva, fornecendo comportamentos orientados para sobrevivência, sendo, portanto, comuns ao reino animal.

Já a consciência é a experiência consciente, vivida, que se desdobra em níveis de complexidade cognitiva e exige cérebro e sistema nervoso superior. Seria a experiência de autopercepção, de estar consciente não apenas do próprio ambiente, mas também de si mesmo.

A consciência é um processo cognitivo especial que emerge quando a cognição alcança certo nível de complexidade. Dois tipos se destacam: 1) Consciência primária ou nuclear, que surge quando processos cognitivos são acompanhados por experiências básicas, perceptivas, sensoriais e emocionais; seu alcance é o aqui e agora (experimentado por mamíferos, alguns pássaros e vertebrados). 2) Consciência de ordem superior ou expandida ou reflexiva, que envolve um conceito de eu, sustentado por um sujeito pensante e reflexivo; experiência de autopercepção, identidade e personalidade baseada em memórias do passado e antecipações do futuro; envolve um nível de abstração cognitiva que inclui a capacidade de manter imagens mentais, formular valores, crenças, objetivos e estratégias; a linguagem é o elo entre a consciência e os fenômenos sociais.

O desenvolvimento desta consciência superior, ou razão, é o que distingue os seres humanos de outros animais. Contudo, Maturana (1999) afirmou que todo sistema racional tem um fundamento emocional. Embora culturalmente desvalorizemos as emoções em favor de uma racionalidade instrumental, o autor defende que o que nos constitui humanos é o entrelaçamento do racional com o emocional, na linguagem. O autor mostrou que as emoções são fenômenos próprios do reino animal, no qual nos incluímos. Nesta perspectiva, definiu as emoções como disposições corporais que especificam domínios de ação. Quando mudamos de emoção, mudamos de ação. Para ele, a racionalidade se funda em premissas básicas aceitas *a priori*, por um parâmetro de preferências que se definem a partir de uma certa emoção (porque a pessoa gosta, aceita...). Deste ponto de vista, as emoções constituem a corporalidade, e o que pensamos e como agimos está imbricado com as questões emocionais, consciente ou inconscientemente.

Estes argumentos refutam a ideia de que todo processo saúde-doença começa e termina no domínio biológico, indicando que as dimensões subjetivas dos sujeitos precisam ser consideradas na abordagem dos processos saúde-doença. Desta forma, integrar terapias que alcancem mais do que o aspecto físico das pessoas é uma reconceituação importante na assistência a saúde, face ao reconhecimento destas relações de interdependência.

Um condutor explicou como compreende que o *yoga* contribui para a saúde das pessoas a partir da perspectiva de abordagem integral do corpo:

“a gente busca compreender, além das emoções, acho que pode tá um pouco além das nossas emoções, que são essas... são crenças que são limitantes... verdades que são limitantes... além de um compreender, de eu sentir a minha raiva, de eu identificar essa minha raiva, de eu, através do grupo, de repente conseguir elaborar essa minha raiva e trabalhar ela

de um outro jeito né, na vida, com alguma pessoa... eu conseguir, a partir do grupo né, dessa experiência de percebendo esse benefício físico né, eu conseguindo sentir meu corpo num outro estado, eu conseguindo ter consciência da minha respiração e da importância dela, eu conseguir acessar parte das emoções que eu vivencio no dia-a-dia, então na medida em que vou trabalhando isso, eu consigo chegar em alguns, em alguma dimensão da minha vida, da minha existência, que eu acho que é onde moram por exemplo assim esses stress... o que a gente chama de stress é algo que é completamente complexo e multiforme assim né... então é... da pessoa entender que fica com raiva quando vai para o trabalho, mas o que que no trabalho dá raiva né? Então assim, na medida em que a gente vai trabalhando, complexificando a percepção da realidade que a pessoa tem naquele momento, então experiencia o corpo, experiencia a temperatura do ambiente, experiencia a audição, experiencia o cheiro, experiencia flexibilidade, os movimentos que ela não conseguia, experiencia esse contato com algumas emoções, a gente proporciona que ela chegue perto de verdades que ela não tava conseguindo enxergar... e no grupo, a medida em que ela vai para o grupo, que ela começa a ver os relatos, que ela começa a perceber os benefícios, ela pode questionar esses padrões limitantes, são padrões físicos, padrões emocionais, e acho que tem esses padrões, essas crenças mais limitantes que eu acho que é... às vezes elas estão no fundo das depressões, no fundo das grandes ansiedades, muitas vezes... e acho que todas as vezes talvez... elas vão se manifestar em um padrão físico, num jeito de pisar diferente, num jeito de pegar as coisas diferente... então acho que trabalhando essas nossas dimensões, esses nossos corpos, a gente consegue complexificar essa visão, essa compreensão sobre essas dimensões nossas né... e acho que a outra perspectiva que eu acredito muito, assim... é experienciar este momento de completude através do grupo assim né... experienciar o amor no grupo, experienciar essa sensação de pertencimento à vida né, à comunidade, ao grupo, essa integração... mais... sentir a vida manifestada dentro do seu corpo... então acho que é experienciar o prazer de estar vivo (...) desconstruir um monte de coisa e reconstruir, ressignificar essas coisas... e aí ressentir esse prazer por estar vivo assim né... que eu acho que para mim seria o que é o *yoga*, seria essa conexão nossa com tudo o que existe né, então eu acho que eles contribuem nessa

dimensão, já que saúde é transfatorial assim né... então acho que a gente busca ir atingindo essas multidimensões que naquele espaço a gente consegue né... construir conjuntamente assim né” (roda cond)

Esta explicação dada pelo condutor está baseada numa concepção de corpo de origem oriental, que é a teoria dos vários corpos que está na base dos saberes *yogues*. Nunes (2016) apresenta os três corpos do ser humano. O corpo denso, pelo qual se dão as transações com o mundo exterior, a sede de todas as experiências, prazerosas, dolorosas, de qualquer tipo. O corpo sutil, aquele que possibilita que a experiência no mundo exterior aconteça, que guia o corpo denso; é composto por cinco órgãos de percepção, cinco órgãos de ação, cinco *pranas* e a mente, além do intelecto. As experiências humanas acontecem quando há associação entre o corpo denso e o corpo sutil. O terceiro é o corpo causal, que carrega as informações de todas as nossas tendências em termos de ações, capacidades, emoções; uma espécie de memória do passado, inclusive de outras vidas.

Já a fala do condutor está embasada na teoria dos cinco corpos: o corpo físico, o corpo emocional, o corpo energético, o corpo de crença e o corpo de prazer ou bem-aventurança, relacionado à experiência de conexão com o todo, reconhecimento da plenitude. Esta explicação tem correspondência com a teoria de Goswami (2006), advinda de um diálogo com a Física Quântica.

Goswami (2006) apresenta uma possibilidade de superação do dualismo corpo-mente a partir do entendimento dos cinco corpos. 1) Físico: é o corpo material, o lugar em que são feitas as representações dos corpos mais sutis; 2) Vital: composto das emoções e da expressão da energia, contém as matrizes das funções biológicas que são representadas no físico como diferentes órgãos; 3) Mental: expressão dos pensamentos e da razão, dá sentido ao vital e ao físico, a partir do qual o cérebro faz representações e atribui significados; 4) Supramental: ligado à intuição, representa os contextos primordiais que antecedem todas as culturas e civilizações, os arquétipos; fornece contextos para o significado mental, para as forças vitais e os sentimentos e para os movimentos no nível físico; 5) Beatitude: é o fundamento ilimitado do ser, dimensão espiritual.

Esse autor considera a doença como um desequilíbrio, que tem duas manifestações: um distúrbio objetivo que pode ser verificado e uma sensação/significação subjetiva do distúrbio. Isto significa que a experiência de adoecimento é experimentada externa e internamente, contudo, o modelo biomédico tende a considerar apenas o primeiro, onde suas evidências/sintomas se mostram de modo mais explícito. A doença pode ter origem em todos

os níveis. No modelo biomédico, toda doença está no nível físico, mas nesta visão, é preciso averiguar a causa em mais de um nível. Uma doença pode aparecer com sintomas físicos, certas sensações de enfermidade, certos equívocos de significado e certo senso de separação com relação aos níveis supramental e beatitude.

É interessante observar que, nessa perspectiva, os domínios não físicos têm correspondentes no físico. Desse ponto de vista, todas as funções biológicas são causais, porque não conseguem processar significados nem propósitos, porque é no plano sutil que isso se dá. Então o tratamento só físico pode representar apenas um bloqueio temporário do problema, uma vez que a causa persiste e pode estar localizada nos domínios sutis. A abordagem terapêutica deve ser multidimensional, portanto, sem subjugar o valor dos componentes sutis.

A compreensão de que os planos sutis interferem na matéria está associada ao conceito de causação descendente. Para Goswami (2006), na metafísica materialista tudo é feito de matéria e a causação é sempre ascendente, ou seja, das partículas elementares para os átomos, para as moléculas, para as células, para o cérebro, para a consciência. O autor argumenta em favor da causação descendente, isto é, o caminho inverso, da consciência atuando sobre a matéria.

Sua argumentação está referenciada no “primado da consciência”. Para ele, tudo que existe, inclusive a matéria, é produto da consciência. Diferentemente da concepção de consciência como experiência vivida, de autopercepção de si e do ambiente (CAPRA; LUISI, 2014), Goswami (2006) apresenta o conceito de consciência como fundamento de todo ser. Com este conceito, parece referir uma ideia de transcendência, remetendo a consciência ao plano do Absoluto, ao mistério que sustenta a existência da vida e de tudo que existe, temas que serão abordados também na próxima seção.

Esse autor explica que a consciência é una em potencialidade, mas se torna separada do mundo manifesto. A consciência não manifestada é ilimitada, inclusive sem espaço e tempo, onde tudo é possibilidade. É uma inteligência não material e não local. É onde residem todas as possibilidades. O que é experienciado na experiência real humana se dá quando o observador colapsa as ondas de possibilidade. Colapso é a passagem de uma condição de possibilidade para um estado de ser. Ele demanda um observador. Enquanto não há observador, há infinitas ondas de possibilidade.

Na física quântica, os objetos são descritos como ondas de possibilidade que podem estar em dois ou mais lugares ao mesmo tempo. Ou seja, no mundo subatômico, nenhum algoritmo ou lei física consegue determinar em que lugar um objeto se manifestará numa dada dimensão. É a observação feita por alguém que precipita um dado evento entre várias

possibilidades. Goswami (2006) apresenta o estudo de Von Neumann's, que mostra que nenhuma interação material por si só pode produzir realidade manifesta, é preciso a consciência do observador, não material. Uma experiência, portanto, tem que ter dois polos, o observador/vivenciador/sujeito e o objeto. Assim, só há uma maneira da consciência se introduzir no mundo, pela presença do observador.

O colapso é a causação descendente, o poder causal da consciência. Em cada experiência, a consciência tem uma percepção física de um objeto físico e uma percepção mental do significado do objeto. Quando essas possibilidades são convertidas numa experiência real, algumas sofrem colapso como físicas e outras como mentais, o que faz da consciência a mediadora entre mente e matéria, da interação entre mente e corpo. Não há dualismo, mas uma sincronicidade na experiência.

De modo semelhante ocorre com relação ao corpo vital. Quando se dá simultaneamente o colapso das ondas de possibilidade do corpo físico e do corpo vital, o corpo físico faz uma representação da matriz vital, com objetivo de executar a função vital correspondente. É como se cada órgão tivesse uma matriz física e outra vital (no exemplo dos *chakras* fica evidente essa representação, onde cada *chakra* se relaciona a órgãos específicos do corpo humano).

Dai a ativação mental também se faz presente com a atribuição de significados para esse paralelismo emocional-físico. O modo como interagimos com o mundo físico e vital e como o interpretamos depende do significado mental que atribuímos aos estímulos com que interagimos. Conforme tais argumentos, os significados têm relação com a saúde. Os sentidos que atribuímos ou não atribuímos a eventos da vida afeta a saúde e também os modos como vemos as doenças. Por exemplo, quando uma pessoa fica irritada com determinado estímulo. A mente está dando um significado àquela emoção, ao estímulo recebido, produzindo o sentimento de raiva. O cérebro mapeia a mente e se comunica ao sistema imunológico, por meio de moléculas chamadas neuropeptídios. Os neuropeptídios que o cérebro secreta podem atuar como intermediários de analgesia, mudanças hormonais e outras reações ao stress e doenças. Significa dizer, que o tipo de impacto fisiológico está diretamente relacionado com os significados que assumimos culturalmente sobre os eventos da vida na linguagem (se alguém te chama de idiota, você só se irrita se souber o significado da palavra e isso desencadeia uma reação corporal).

Outro exemplo destas relações foi uma avaliação realizada com uma turma que teve aumento da função imunológica, estimulada apenas por ver um filme sobre a vida de Madre Tereza de Calcutá. Outra forma de mostrar relações psiconeuroimunológicas foi a descoberta de que o sistema imunológico pode ser condicionado seguindo o mesmo procedimento do

condicionamento mental. Por exemplo, uma garota com lúpus foi condicionada com o sabor do óleo de fígado de bacalhau e com a fragrância de rosas, aplicados junto com o remédio. Em dois anos, a dosagem do medicamento foi reduzida à metade e ela obtinha o mesmo efeito somente sentindo o gosto do óleo e o cheiro das flores. O condicionamento a um estímulo é produzido com nosso hábito de experimentar estímulos somente sobre reflexos múltiplos do espelho da memória. Quando condicionado, a evocação do comportamento lembrado estimula o efeito da medicação, mesmo sem sua ingestão.

Esses exemplos foram mencionados por Goswami (2006), demonstrando diferentes maneiras de ligação entre os corpos físico, vital e mental. Esses entrelaçamentos (ou causação descendente) também foram estudados por Lipton (2007), que demonstrou que as células do corpo são influenciadas pelo meio e pelo nosso pensamento, descrevendo reações químicas dos processos celulares, que evidenciam a influência do mundo sutil sobre a matéria, com impactos sobre a compreensão das doenças.

Canguilhem (2017) apresenta exemplos de estudos realizados com diferentes povos, mostrando que a relação com o meio determina funcionamentos fisiológicos. Também traz estudos que indicam esta relatividade na comparação de grupos atuais com anteriores desaparecidos. Os estudos apontam a criação de funcionamentos fisiológicos diferentes em grupos com normas de vida diferentes. Diante dos dados, o autor afirma que a ideia de saúde ou de normalidade deixa de se apresentar como a ideia de conformidade a um ideal externo regular.

Retomando Goswami (2006), com relação ao corpo supramental, ligado a intuição, e ao corpo de beatitude, ligado a espiritualidade e a bem-aventurança, a relação desses entendimentos se dá a partir de uma experiência de unidade com a consciência, sensação de plenitude e totalidade, perda do medo da morte, onde o experimentador tende a se fundir com a experiência. O reino de possibilidades da consciência equivale ao corpo de beatitude. Então, é como se o corpo de beatitude congregasse essa unidade inefável. Em síntese, do ponto de vista da teoria dos cinco corpos, então, quando ocorre o colapso quântico, o resultado na manifestação de nossa experiência se dá em diferentes dimensões (física, vital, mental e supramental), as quais aparentemente não se relacionam em termos de “substância”. O corpo físico seria exterior e os demais interiores, mas o colapso ocorre nos quatro níveis e é aplicável a cada um. São resultados correlatos de uma única causa de possibilidade que, com o colapso, manifesta-se no corpo como um todo. Se essa argumentação for plausível, não há como haver fragmentação ou dualidade na experiência manifesta.

Ao construir esse tópico sobre a abordagem integral do corpo, foi interessante notar a dificuldade para enquadrar todas as falas dos informantes da pesquisa nas dimensões física, emocional, mental, energética, espiritual, separadamente. Os dados mostraram que os relatos das usuárias são mais complexos, mostram entrecruzamentos, relações multidimensionais que parecem não comportar tal classificação. Portanto, para compreender este tópico, faz-se importante retomar todo o conjunto de citações das falas das usuárias, a fim de evidenciar o potencial de abordagem integral do corpo promovido pelas práticas corporais integrativas. Na mesma linha, o próprio quadro do mal-estar enunciado pelas usuárias demonstra também este caráter complexo e multidimensional dos processos de adoecimento, tornando difícil estabelecer as fronteiras entre uma dimensão e outra, denotando a simultaneidade com que se apresentam no corpo e na vida das pessoas.

Tais indicativos sinalizam que, no plano da experiência, os processos de adoecimento são multifacetados e se expressam no corpo a partir do entrelaçamento multidimensional. Esta constatação coloca para os SUS a necessidade de que as ações em saúde mirem esta complexidade, algo que as práticas corporais integrativas mostraram possibilidade. Além disso, é importante reforçar que as dimensões corporais estabelecem relação com o plano da cultura. Ou seja, os sentidos/significados que atribuímos aos acontecimentos da vida e como se manifestam nas dimensões física, mental, emocional, energética, espiritual, são expressões das construções históricas coletivas que nos caracterizam como sociedade.

O conteúdo deste tópico discutiu, portanto, que as práticas corporais integrativas contribuem para que as usuárias possam lidar com o mal-estar enunciado a partir da abordagem multidimensional do corpo. Ao compreender que as diversas expressões do mal-estar se manifestam no plano da experiência de modo complexo, vimos que as usuárias reconheceram nas práticas de *yoga*, *lian gong* e danças circulares possibilidades de acessar diferentes dimensões humanas em simultâneo. Ou seja, quando o corpo é posto em movimento, acende-se a oportunidade de mobilização dos aspectos físicos, emocionais, mentais, energéticos e espirituais dos sujeitos.

4.2.3.4. Mudanças de percepção:

A mobilização das diferentes dimensões humanas pode produzir efeitos sobre o próprio corpo na sua complexidade, também extrapolando para o cotidiano, algo relatado pelas usuárias. Algumas falas destacaram os elementos das práticas, os movimentos, e como estas experiências corporais impactaram em acontecimentos do dia a dia. As posturas do *yoga* e as

sequências de movimentos das danças circulares e do *lian gong* foram mencionadas como que na condição de metáforas para situações cotidianas:

“pra mim ajudou bastante e é no dia a dia” (U-Yvone)

“o lado mental, psicológico, essas posições eu uso muito muito! Depois que eu aprendi aquela posição, acho que é da árvore, que você fica assim [demonstra a postura] eu costumo usar ela antes de reunião, antes de tomar decisões, porque eu trabalho com umas coisas que, infelizmente o mundo... é... acho que subestimam você porque são pessoas mais velhas no ramo e eu sou mais nova e isso sempre me irritou muito, eu sou uma pessoa ansiosa, daí eu sempre procuro fazer essa posição antes de entrar numa reunião, antes de tomar uma decisão, antes de dar uma resposta a alguém... eu sempre me enfio no banheiro, alguma coisa, fico lá... faço mesmo! Faço mesmo, pareço uma doida no banheiro, mas faço. Isso faz muita diferença... eu achava que não ia fazer... eu comecei a praticar sozinha pensando vamo, deixa eu ver... deixa eu ver... só que não... quando você faz e depois você vê o resultado tem muita diferença, muita” (roda *yoga*)

“tem exercícios de apoio como houve semana passada onde um colega apoia o outro... eu acho isso muito importante esse tipo de exercício, porque isso no nosso dia-a-dia a gente vive assim... a gente precisa do apoio do outro e os outros também precisam do nosso apoio, a gente precisa de unidade, isso o *yoga* prega... é unidade, então a gente precisa ajudar, se ajudar, e assim é a vida, é a dinâmica da vida né” (U-Yasmin)

“para mim foi uma posição que a gente fez uma vez, que eu não sei nem o nome qual é... era em dupla e a gente ficou em pé assim [demonstrou a postura da árvore] e tentando achar o nosso equilíbrio, mas depois a gente se apoiou a outras pessoas... então para mim foi meio que: ‘me iluminei!’ um pouquinho com... do jeito que eu interajo com as pessoas, que pode ser meu namorado, eu fico sempre meio que me apoiando e depois quando me separo, fico desequilibrada, não sei como se fala... então pensei, é assim que eu tenho que ser, ficar numa perna só, mas no meu equilíbrio, e apoiando outras pessoas e criando uma figura única, mas se depois essa pessoa vai se afastar, eu vou ficar igual em pé

sem perder o equilíbrio... então para mim essa foi uma metáfora, uma figura que eu consegui depois levar na vida, de atitude, então para mim isso foi... eu falei ‘me iluminei!’ (roda *yoga*)

“certas posturas (...) da heroína, da deusa (...) isso a gente tem que levar para vida, sabe, não tem que morrer aqui, tem que levar para vida, para o outro (...) as posturas que se fazem aqui, até mesmo a postura da cobra, que eu não gosto [risos], a gente pensa, coloca outro que eu não gosto de cobra, tenho pavor de cobra, é uma postura tá, difícil de fazer para mim, talvez por não gostar, mas assim, é simbólico, é uma metáfora (...) eu acho que essa prática aqui, o exercício da postura, tu consegue levar para tua vida, pro teu modo de viver ou teu modo de lidar com as pessoas, né... o modo de decisão também... de organização” (roda *yoga*)

“o lema da dança: a dança significa nossa vida, a gente pode até errar, mas não deve parar” (U-Dalila)

“eu fico fazendo o exercício aqui, eu fico relacionando os movimentos que a gente faz durante o dia, muitas coisas que a gente faz, tem relacionamento com as coisas que a gente faz aqui... muitos movimentos que tu faz fora, sem pensar... ó, isso aqui é lá do japonês! Eu fico sempre observando, isso aqui que eu tô fazendo, isso aqui é lá do japonês, o exercício tal... o nome do exercício que eles põem né (...) da própria limpeza de casa a gente faz um movimento, vai limpar o chão, tu não faz com as duas mãos [demonstra giros com as mãos] no mesmo sentido (...) tirar o pó, limpar o chão, aquilo tu vai fazer o movimento do ‘barco balança sobre as ondas’, aí tu tá varrendo a casa, o barco não tá balançando sobre as ondas? Tu tá dando uma capinadinha no terreno, o barco tá balançando sobre as ondas... ó o japonês aqui ó... é umas coisinhas que fica... tem outras coisas né... mais simples, que tu observa durante o dia né... e caminhando na rua também tu pode observar... no dia a dia tem também (...) nas coisas da vida” (U-Lisandro)

Esse conjunto de respostas mostrou associações feitas pelas usuárias entre os movimentos realizados nas aulas de práticas corporais integrativas e situações cotidianas relacionadas ao trabalho, ao relacionamento com outras pessoas e consigo mesmo e a tarefas

domésticas. As usuárias apresentaram certas metáforas para afirmar algumas reflexões e ações provocadas pelas experiências corporais, dizendo da possibilidade de “levar para a vida” os aprendizados.

Um relato relacionou uma letra de música, das aulas de danças circulares, com inquietações sobre formas de se relacionar com outras pessoas:

“quando a gente faz aquela parte ali: ‘te ofereço a paz’ (...) ‘te ofereço o amor’ [cantam] (...) eu começo a pensar como é que eu agi durante a semana, no final de semana, como é que eu fui no meu serviço hoje, de repente eu fui estúpida com alguém? Aí tu para para pensar, tenho que manejar um pouco, entendeu?! Daí a gente começa a rever as nossas atitudes, entendeu?! Aonde que eu posso melhorar” (roda danças circulares)

Outra usuária falou também sobre o uso de mantras em certas situações:

“eles falam muito aqueles mantra né... sempre o [condutor] termina com aquele da paz, que foi uma coisa assim que, quando eu tô muito atribulada, porque quando a gente tem família, tem filho, neto, que convive bastante que é o meu caso, então tem hora que tu precisa te recolher, aí usar um mantra, que não é uma religião, mas é um costume que eu acho bonito, que é a paz que ele sempre fala, o meu deus cumprimenta o teu deus né... então eu acho isso muito lindo...eu trouxe pra mim, então quando eu tô muito assim atribulada, muito agitada, eu penso neles, penso no [condutor] e na aula e aí eu uso só essa expressão ‘meu deus cumprimenta o teu’, mesmo que eu esteja sozinha [fez sinal das mãos unidas em frente ao peito]... então foi isso que eu trouxe assim paz paz comigo (...) essa concentraçõzinha, respirar fundo, faz muito bem” (U-Yolanda)

Este conjunto de falas trata de diferentes expressões sobre os usos de elementos das práticas corporais integrativas no dia a dia das usuárias. Estes relatos devem ser somados às falas anteriores sobre os usos da respiração e da meditação para mediar situações cotidianas (item 4.3.3.1 sobre a desaceleração). Segundo todos esses relatos, os aprendizados advindos das atividades de respiração, meditação, posturas e movimentos corporais, assim como aspectos

existenciais presentes em músicas e conhecimentos filosóficos das práticas, indicaram mudanças sobre uma série de percepções das usuárias, que impactaram em ações no cotidiano da vida, sobretudo na direção de superar processos adversos e situações de angústia, como dificuldades/tensões de relacionamento com outros, momentos de ansiedade e agitação, falta de clareza sobre como pensar e agir, pressões no trabalho.

Essa inspiração metafórica provocada pelas práticas corporais integrativas pode ser atribuída as suas potencialidades de promover um trabalho sensível e reflexivo. Esse aspecto também pode ser visto no próximo conjunto de falas das usuárias, em que revelaram repensar questões da vida geradoras de angústia, a fim de transformá-las:

“eu fazia as coisas tudo no piloto automático (...) não parava muito pra pensar em mim, pra olhar pra mim, fazer uma coisa pra mim, eu vou fazer um agrado pra mim, vou tomar um banho sentindo a água cair do chuveiro né, fecha o olho, mentaliza uma coisa boa... final de semana, ah não, hoje eu quero tomar um banho de cachoeira, andar descalço, quero... não fazia nada disso... sempre aquela rotina, era muito, era muito... ai não sei, era muito mecânico assim... não tinha... e agora não... agora eu consigo ver a vida diferente né... vejo a vida diferente com certeza... não é aquela rotina, sempre procuro fazer uma coisa diferente (...) eu achava que a vida era ter que trabalhar, era limpar a casa, era lavar a roupa, limpar, fazer não sei o que, trabalhar, era trabalho... não pensava um pouquinho mais em mim... hoje eu me olho mais e acho que todo mundo tá nesse... todo mundo se olha um pouquinho mais... as pessoas que tão nesse grupo” (U-Yandra)

“é sempre naquele automático, é varrer, é levantar... e ir e fazer um passinho aqui, como foi dificultoso para mim” (roda danças circulares)

“traz pra gente uma outra ideia, outra visão das coisas, ter uma outra... como é que se diz... perspectiva da vida né, coisas assim... que não é só em casa, fazer aquele serviço e tal” (U-Lineu)

“eu era muito ranzinza, muito chata, chata com limpeza... agora não... a gente limpa lógico né, mas todo dia, todo dia, não tem que limpar todo dia... todo dia é a mesma coisa, todo dia lavar roupa, todo dia lavar roupa, eu faço... eu tô mudando assim bastante as relações com o meu

marido (...) até esse aí [referindo-se ao filho], a mãe anda chata, eu era muito grude com eles... como eu fui com a minha mãe, eu achava que eles tinham que ser comigo mas não é assim né (...) eu achava que eles tinham que ser meu e meu e pronto... agora não... diz assim não te apegue, deixa os teus filhos... vai cuidar da sua vida... e assim que eu tô fazendo e eu dou graças a deus por isso aí, porque eu fui conversando (...) mudou mudou bastante assim, depois que eu entrei na dança mudou assim minha cabeça, foi, melhorou bastante sabe” (U-Danúbia)

“agora, não é que não aconteça essas coisas, essas coisas na vida da gente sempre vai acontecer... agora meu filho tá se separando da mulher tá assim né... mas eu não estou lá embaixo, eu tô positivamente... né... não é o primeiro nem é o último... e vamo em frente” (U-Livia)

“eu aprendi a continuar a ser persistente, não desistir” (U-Damiana)

“quando eu venho de lá eu penso que a minha família, não tem família perfeita, mas tem uma família ahh... entendesse assim... a gente consegue dar valor a tudo, a todos os espaços, que tu tens ou que tu não tens entendeu, aproveitar o que tu tem, os amigos que tu tem” (U-Dalva)

“quando eu fiz 50 anos eu entrei em desespero, entrei em desespero, eu chorava, eu tou velha, eu não vou poder mais, eu odeio usar roupa comprida (...) roupa, saia, meus pais eram evangélicos, então a gente não podia usar... aí às vezes eu digo para o meu marido: a idade tá avançando, tem que começar a abaixar o [risos] (...) mas assim, até mexeu com a minha cabeça, melhorou a minha cabeça, porque aí eu vejo mesmo assim as pessoas, meu deus, tem gente mais velha do que eu lá dentro [no grupo de dança], poxa, com uma cabeça boa para caramba... por que que eu não posso ser assim também?!” (U-Danúbia)

“eu toda vida tive muito receio, eu tenho até hoje receio... nós estamos conversando aqui e eu chegar ali e contar o que que nós conversamos e o outro já diz diferente... então eu toda vida agi com muito receio, não tinha coragem de falar com ninguém... daí a [condutora] foi me dizendo: olha, conversar com os outros faz bem... e com a dança, como eu já coloquei a pouco, se a resposta da pessoa não for a que eu estou

esperando, uma resposta positiva, eu encaro com naturalidade, já que cada um tem direito de agir, de pensar como quer né... então esse ponto da segurança foi adquirida muito com isso aí... passar a encarar que... quantas vezes [as condutoras] frisam: errou, tenta acertar, daqui a pouco, e não pare... e vamos... porque é assim mesmo... é isso que eu tô tentando colocar para mim e digamos que eu já consegui colocar muita coisa de positivo” (U-Dalila)

“a me mexer mais, a encarar a vida com mais otimismo, a sorrir mais (...) eu aprendi isso aí... que não há problema que a gente não consiga vencer... se o problema não terminou ainda porque não chegou a hora... daqui a pouco ele acaba (...) isso eu aprendi com a dança, embora eu já tivesse essa teoria... mas digamos que eu não conseguia colocar na prática (...) a gente se fortalece... digamos que eu já sabia determinadas coisas através das palestras, só que eu não tinha coragem para passar isso para outras pessoas... e agora eu tenho coragem (...) eu tô mais fortalecida interiormente” (U-Dalila)

“eu tive que viajar para ajudar assim acompanhar um irmão meu que estava bastante enfermo... e era uma coisa muito séria... e a prática me ajudou até nesse momento assim... a respiração, coisas da meditação, para respirar, procurar pensar o que que é melhor... a impermanência, quer dizer: não tem o que eu possa fazer, as coisas acontecem, as coisas acontecem, isso é a vida, é a natureza, são os ciclos da vida... eu não tenho o que fazer, então o que que eu tenho que procurar me manter equilibrada, em harmonia pra que eu possa ajudar, inclusive o outro e a mim também... então o que determina o que vai dar certo, se ele vai ficar bem ou não, não sou eu... eu vou fazer a minha parte, que é ficar junto com ele, dar todo o meu amor e meu carinho nesse momento... mas isso é só o que eu posso fazer” (U-Yasmin)

“mudou assim minha cabeça, mudou bastante, sair um pouco daquelas tristeza, daquele desânimo, porque eu tenho um problema na minha cabeça, eu tenho má circulação no cérebro entendeu, aí pode virar um aneurisma, tanto que eu pensei: ai agora é a morte... eu pensei agora eu vou morrer, porque isso vai virar um aneurisma... tu vê, tô com 12 anos com isso na cabeça... graças a deus só não posso sentir dor de cabeça

né, mas isso aí para mim a dança foi... acho que eu melhorei 100%” (U-Danúbia)

“aí tu começa a pensar (...) é tão bom você poder oferecer teu ouvido, às vezes alguém quer falar alguma coisa com você e você Ah eu tô com pressa, ah eu tenho que ver a novela não posso falar agora... e é o momento que aquela pessoa precisa... é a gente também se disponibilizar para isso... para parar, ouvir, olhar para essa pessoa... não olhar só se ela tiver bem arrumada, entendeu (...) é a gente olhar para o nosso lado, ver o que que tá acontecendo” (roda danças circulares)

Algumas falas estiveram relacionadas a tomadas de decisão e posicionamento na vida:

“a dança para mim ela me deu alegria... durante muito tempo eu fui deixando... eu fui ficando mais apática... e a principal coisa da dança pra mim é que ela me deu alegria e segurança... eu estou sentindo que eu estou mais segura, por isso que eu fiz essa colocação... de eu dizer para alguém: ah não, eu não quero, eu não gosto” (U-Dalila)

“a gente vê o comportamento melhor, as nossas respostas, principalmente nas tomadas de decisão, como ela trouxe aqui, principalmente na saúde: ‘eu não vou tomar remédio, eu não vou então’... então a importância é muito grande assim” (roda *yoga*)

“ali eu tirei bastante coisas boas assim... ser mais calma, mais tranquila, porque a minha família já vem de agitado né, então a gente já tem aquele acompanhamento de ser agitado, então assim, a gente aprende ser mais poderosa nas palavras, nas coisas” (U-Dalva)

Essa série de falas tratou da potencialidade das práticas corporais integrativas de possibilitar mudanças de percepção sobre modos de ser e de viver. As pessoas declararam que, a partir das experiências nas aulas, puderam olhar para seus comportamentos e ações e fazer algumas coisas diferente. Destacaram-se, principalmente, os sentidos de questionar padrões e ampliar o significado da vida (sair do piloto automático, conceber a vida como maior e mais prazerosa do que apenas o trabalho e o serviço doméstico, repensar o convívio com a família,

ressignificar o envelhecimento e relação com doenças), além de maior segurança para tomar posições.

Algumas condutoras se manifestaram também sobre isso:

“a pessoa aprende que ela pode cooperar com o processo, com vigor, porque aí assim a dança circular... e exercício cooperativo é o exercício da própria vida” (roda cond)

“ela aceita, ela aceita que aquela pessoa errou, que aquela pessoa tem um limite... e no dia a dia é a metáfora né que a gente põe pro nosso dia a dia... às vezes a gente não aceita aquele filho, a gente não aceita aquelas regras, chefe, e várias coisas que cada um tem a sua história... entendeu... então a prática, o exercício em movimento, ele faz a gente perceber exatamente isso” (roda cond)

Alguns relatos deram certa unidade aos sentidos expressos neste grande conjunto de falas, até agora exposto:

“podermos relacionar o que estamos fazendo aqui, significando com o que passamos” (roda *yoga*)

“traz que todos assim consigamos ter uma consciência do que estamos fazendo, o que realmente estamos fazendo... então a gente significa esse momento e a gente sai daqui aprendendo” (roda *yoga*)

“muda um pouquinho a consciência, acho que já muda um pouquinho a cabeça” (U-Yandra)

“a gente fica mais fortalecida para encarar os problemas do dia a dia” (U-Dalila)

Esses relatos dão conta das formas como as usuárias da pesquisa levam para a vida os aprendizados derivados das aulas de práticas corporais integrativas. Esses movimentos empreendidos pelas participantes vão ao encontro da intenção principal da filosofia oriental, que é a de guiar a vida cotidiana, determinar o modo correto de vida, segundo Moore (1978).

Nessa perspectiva, o exercício filosófico ou o exercício da prática seria o exercício da própria vida, devendo estar articulado aos modos de ser e de viver.

Outra série de falas deu conta de expressar aprendizados para as tarefas mais funcionais do dia a dia, culminando, em alguns casos, em mudanças de hábitos e formas de ver o mundo:

“você vai tomando consciência de tudo né... você muda... eu mudei na alimentação, muito, mudei na alimentação, mudei em várias coisas, dormia muito tarde, hoje eu procuro dormir mais cedo, hoje eu me preocupo com meu bem estar... porque você sempre aprende uma coisa ou outra, e é um grupo de pessoas, sempre tem uma atividade diferente, troca uma ideia, você aprende coisas, nossa... é uma coisa assim muito muito boa mesmo” (U-Yandra)

“a gente tem que manter o equilíbrio para poder por exemplo assim sentir as coisas, como eu, às vezes, sempre tive esse costume de comer muito rápido e daí agora aprendi, como diz, a me regular, mastigar melhor, tudo vai... como diz assim... um aprendizado e eu procuro me informar mais leio bastante” (U-Yvone)

“a respirar foi uma coisa que eu aprendi... aprendi muito a respirar, isso eu acho fundamental para a saúde... aprendi a focar um pouco mais na minha alimentação, ter uma alimentação mais saudável, menos embutidos... eu já não era muito, agora eu procuro tirar completamente fora... eu acho que a alimentação vai contribuir inclusive para facilitar na prática, porque a gente tendo uma alimentação mais controlada ajuda em tudo, inclusive no emocional” (U-Yasmin)

“aprendi tudo os exercícios e alimentação” (U-Liara)

“eu aprendo mais jeito para andar, de quando senta, de quando anda, de quando preparar a alimentação... porque nós já tivemos nutricionista lá também já, que já explicou, já teve várias vezes também... e a gente aprende muito, aprende muito como preparar alimentação assim mais saudável, mais natural, que que é melhor para saúde da gente... é muito coisa... e a gente... que ajuda... que se a gente não tivesse isso era era bem mais precária a saúde da gente... eu tenho certeza” (U-Livia)

“eu aprendi a caminhar melhor, respirar melhor... eu não sabia... tudo (...) pra tu fazer qualquer serviço doméstico tu pode te machucar né... eu faço alongamento é sagrado... de manhã, a tarde antes de fazer minha caminhada (...) me senti outra coisa” (U-Lilian)

“eu aprendendo a respirar como eu aprendi no grupo, melhora para eu caminhar, porque às vezes eu tô caminhando e me dou conta que eu estou respirando errado... então é fundamental isso, então saúde prática, tem muito a ver respirar e respirar... a saúde, encher o pulmão para o sangue circular, lugar que entra ele tá te oxigenando, isso é bom para o teu corpo... então isso é fundamental e oxigena o teu cérebro, a cabeça já fica melhor, tu fica mais feliz então” (U-Yasmin)

“uma coisa que eu faço que eu não fazia antes é que eu me acordo me espreguiçar, esticar bastante as pernas, o braço fazer alongamento que eu não fazia eu acordava e pulava da cama... agora não, isso aí é uma coisa que eu faço, aí paro para meditar... depois então eu vou fazendo meu serviço, mas é assim, a gente já faz tudo mais contente” (U-Damiana)

“tu sabes que eu aprendi até a dançar” (U-Darlene)

“olha, eu aprendi muita coisa ali... pra minha saúde também foi a dança, a maneira de dançar, como que a gente tem que dançar os passos ... né, não é de qualquer jeito que a gente tem que dançar... até no virar, às vezes no rodar... porque a gente rodava de qualquer jeito né... aí tem como a [condutora] ensinou, a [outra condutora] ensinou... a gente tem que saber o jeito certo de virar para não dar tontura, não se desequilibrar, muitas coisas eu aprendi (...) ela diz vira desse jeito para não dar problema na coluna né, faz assim para não dar problema no quadril, para não dar dor na perna, principalmente aqui na coxa né” (U-Danúbia)

“não faria o que eu faço hoje, eu cuido de uma casa grande, tem sempre muito... neto, faço comida, faxina (...) são coisas que se eu não fizesse

isso [práticas] eu não teria pique para fazer (...) isso é saúde né, onde eu domino uma casa ainda com 75 anos” (U-Darlene)

“aqui até o dicionário a gente aprende... não sabe o significado daquela palavra, sempre tem alguém que vai explicar” (roda danças circulares)

Algumas usuárias falaram que adotaram o hábito de praticar em casa, com mais ou menos afinco:

“é que eles falam sempre: ah isso aqui dá pra fazer em casa, uma atividade qualquer que ele ensine... ah eu tô insistindo nessa porque essa é boa pra fazer em casa... aí então, eu sou meio relapsa nesse ponto, sabe, não vou te dizer que sou, que venho pra casa e já vou fazendo não, mas tem duas coisas que eu gosto de fazer, que eu acho que melhora bem a coluna, dois exercícios (...) isso eu trouxe dali porque foi um alívio muito bom pra mim (...) alguns exercícios que eles dão lá, que eles dizem que pode fazer em casa que é bom, aí eu gravo e faço, uma semana eu faço um, outra semana faço outro... porque não sou muito regreira” (U-Yolanda)

“meditação (...) já faço em casa (...) vários exercícios já faço em casa também, mas em casa a gente não é tão, a gente não faz tanto” (U-Yandra)

“eu consigo fazer em casa, num cantinho lá do jardim onde eu pratico só meditação” (U-Yvone)

“eu pratico em casa sim pelo menos os alongamentos mais fáceis, esse da coluna ajuda bastante” (U-Yvone)

“todos falam que em casa praticam a meditação” (roda *yoga*)

“tão fazendo em casa meditação e *yoga*” (roda *yoga*)

“aí chega em casa começa a dançar começa tudo [risos] começo a dançar e eles começam a ver, começam a rir né mas para mim aquilo ali foi uma maravilha” (U-Danúbia)

“quando não vem aqui faz em casa, porque já sabe mais ou menos os exercícios... então qualquer dor ao menos localizada consegue fazer em casa” (roda *lian gong*)

Os dados expostos neste tópico referiram uma série de falas que expressaram mudanças de percepções das usuárias que impactaram em modos de ser e de viver numa visão mais ampla, bem como mudanças de hábitos individuais, resultando em adoção de certos comportamentos. Realizar a análise destes dados não foi tarefa fácil, tendo em vista a dificuldade de conceber as fronteiras entre as mudanças de percepção que derivariam de uma formulação mais crítica e autônoma por parte dos sujeitos, de um dar-se conta para escolher suas próprias normas, e as mudanças tomadas de modo menos reflexivo, no sentido de seguir ou se ajustar a normas de regulação e controle.

Nesse sentido, tomamos a concepção de saúde como parâmetro de análise. Nunes (2017), desde a perspectiva da tradição oriental, afirmou que o fenômeno da saúde e da doença está relacionado às infinitas formas com que os organismos humanos, as pessoas, reconstróem-se diante dos desafios e das adversidades da vida.

As escrituras clássicas do *yoga*, que convergem com textos clássicos chineses, apresentam uma série de ensinamentos para dar conta dessa reconstrução, na ótica da redução do sofrimento, incluindo perspectivas sobre a morte, compreensão do desapego, da impermanência e da incapacidade humana de exercer controle sobre o mundo e as pessoas, princípios éticos, orientações sobre uso de ervas, exercícios, alimentos, limpezas internas, práticas de contemplação e domínio mental, reverência à integração do todo, entre outras. São saberes e práticas que buscam fortalecer os sujeitos para o reconhecimento da plenitude e do eterno em cada um, independente do estado de saúde, doença, de qualquer limitação momentânea. A saúde, portanto, seria a capacidade de lidar com seu estado de maneira integrada, partindo da aceitação da situação e da descoberta de novos sentidos para a vida (NUNES, 2017).

A concepção de saúde proposta por Ayres (2007) se coaduna com estas reflexões:

Saúde não se refere a regularidades dadas (...) Estamos sempre em movimento, em transformação, em devir, e porque somos finitos no tempo e no espaço e não temos a possibilidade de compreensão da totalidade de nossa existência, individual ou coletiva, é que estamos sempre, a partir de cada nova experiência vivida, em contato com o desconhecido e buscando reconstruir o sentido de nossas experiências. O contínuo e inexorável contato com o novo desacomoda-nos e reacomoda-nos ininterruptamente no modo como compreendemos a

nós mesmos, nosso mundo e nossas relações. É a esse processo que está relacionada a abertura relativamente grande do sentido da expressão *saúde*, que encontramos coletivamente, em diferentes épocas e grupos sociais, e entre os diferentes indivíduos em um dado tempo e local (AYRES, 2007, p. 50).

Vemos que, tanto a compreensão de Nunes (2017), inspirada na tradição oriental, quanto a de Ayres (2007), formulada a partir da hermenêutica filosófica de Gadamer e Habermas, apresentam pontos de convergência, tais como: o pressuposto de que as adversidades são inerentes à condição humana; a compreensão da saúde como movimento dinâmico; a relação da saúde com os modos de viver as experiências humanas e lidar com os processos de adoecimento ou com as infelicidades ou o sofrimento, inerentes à existência; o chamado para uma consciência do que se vive, como elemento-chave para esta lida, convocando a configurar sujeitos/subjetividades e não objetos/normatividades.

Contudo, parece também haver uma diferença marcante entre os entendimentos, no que tange aos modos de lidar com as adversidades. Enquanto as tradições orientais se arriscam, há milênios, a elencar causas e modos objetivos de lidar com o sofrimento humano a partir do anúncio de ações concretas, a outra concepção parece apostar em algo “em aberto”, que se reconhece enquanto se vive, singular, recusando propostas mais diretivas.

Essa dissonância confere à tradição oriental a crítica de que seus saberes e práticas podem ter caráter moralista, uma vez que se propõem a ditar formas de viver, principalmente baseadas nas noções de renúncia, controle e moderação. Isto estaria alinhado com as perspectivas de controle-estimulação que apresentamos anteriormente, onde certos padrões e normas de vida são prescritos com caráter imperativo e moral, compondo um receituário de modos de viver com a promessa de garantia da saúde perfeita e da felicidade.

Por outro lado, o conteúdo contracultural de seus saberes e práticas, ao ser colocado em choque com os modos de vida ocidentais, pode gerar desconfortos nos modos de compreender e viver a vida. Nesse sentido, parece haver um caráter ambivalente neste conjunto de saberes e práticas orientais, que se estende ao conjunto de práticas corporais integrativas: podem ser concebidas como doutrina, irreflexivamente; podem ser provocadoras de novos sentidos e de questionamentos sobre a vida. Entendemos que as falas das usuárias da pesquisa transitaram entre estes sentidos.

Segundo Tesser (2009, p.1737),

Vale comentar a existência de certo senso intelectual que vê apenas dogmatismo, conservadorismo e autoritarismo nas culturas não modernas, em discordância com a valorização positiva sintetizada

acima quanto à sua pedagogia dialógica e emancipatória. A generalização dessa questão implica avaliações grosseiras e homogeneizadoras que obscurecem o problema. Nossa hipótese é que vários praticantes filiados a racionalidades médicas vitalistas e tradicionais, e mesmos outros executores de práticas complementares, vivem em si mesmos experiências que os possibilitam desenvolver um razoável grau de sabedoria prática, ética e solidariedade, que deixam seu proceder suficientemente “empoderador”, dialógico e promotor de saúde. É claro que posturas autoritárias são também comuns, de modo que as racionalidades médicas vitalistas e as práticas complementares não estão imunes a essa tendência. O que ressaltamos é que elas portam, sobretudo em seus extratos especializados tradicionais, associados não por acaso à “sabedoria” e à “maestria”, aspectos pedagógicos “empoderadores”.

O potencial de mudança na vida das pessoas com a participação nos grupos de práticas corporais integrativas foi salientado no amplo conjunto de falas que compuseram este tópico, bem como por falas mais pontuais:

“entender também que eu tinha que alterar a minha vida” (U-Yuri)

“eu consegui olhar para dentro de mim mesma e ver o que que tava errado o que... eu consegui ver e consegui mudar” (U-Yvone)

“mudou minha vida” (U-Yuri)

“trans-for-mou a minha vida, transformou!” (roda *yoga*)

“ah, tudo de bom na minha vida (...) a minha vida é outra” (U-Yandra)

“lá eu me realizo, é muito bom (...) ah eu tô lá, parece que eu tô em outro mundo” (U-Danúbia)

“a minha vida se restringe em dois tempos distintos: antes disso aqui e depois disso aqui” (roda danças circulares)

“eu posso dizer assim: antes e depois né!” (U-Yasmin)

“nossa, sou outra pessoa, muito bom” (roda *lian gong*)

“o mais importante pra mim foi a minha saúde, sabe? Sabe a minha cabeça assim tá boa?! Entendesse? Eu acordava sempre tonta [labirintite], hoje eu me acordo, meu deus, parece outra pessoa” (U-Dalva)

“isso é muito bom... nossa sou outra pessoa” (roda *lian gong*)

“trouxe sentido para vida” (roda *yoga*)

“representam para mim vida... representa a vida porque eu achava assim aí, sem graça a minha vida” (U-Danúbia)

“o comportamento das pessoas começa a mudar no mundo” (roda *yoga*)

“eu acho que se começarmos mais essas práticas dessas pessoas maravilhosas fazendo isso, que graça, gente, sabe?! E se isso for expandindo, o mundo vai melhorar, só tem que melhorar né (...) eu acho que se isso tivesse nas escolas como, realmente, né, *Yoga* para as crianças desde o começo... a gente falou isso no grupo... desde o começo, começar... nossa acabou, acabou, sabe, é um outro mundo! Sabe, fico até emocionada, desculpa” (roda *yoga*)

“uma coisa que fez toda diferença... olha que coisa maravilhosa, olha, já mostrei, já ensinei pra essa minha irmã que tá, já passei pra minha filha... então... e além de você aprender você passa pras outras pessoas... você vê o tanto que é bom, você quer falar, você quer contar, você quer ensinar... maravilhoso” (U-Yandra)

Essa última série de falas reitera os destaques dados pelas usuárias ao potencial transformador presente nas práticas corporais integrativas, mostrando que os aprendizados produzidos a partir das experiências alcançam o cotidiano, interferindo nos modos de ser e de viver das usuárias, onde as mudanças de percepção vão se evidenciando em pequenas ações da vida ordinária.

4.2.3.5. Redução do uso de medicamentos:

Uma outra mudança relevante mencionada pelas usuárias, que mereceu um tópico de destaque, refere-se ao uso de medicamentos. Várias usuárias relataram que diminuíram ou eliminaram o uso de medicamentos a partir da participação nos grupos de práticas corporais integrativas.

“o problema da coluna também [amenizou], eu tomava medicamento direto, eu não tomo mais medicamento” (U-Yandra)

“a gente para de tomar medicação” (roda *lian gong*)

“eu tava tomando remédio para depressão, eu não quero e tal, e comecei esses movimentos e eu consegui!” (roda *yoga*)

“tava tomando remédio para depressão, faz um mês e meio que consegui eliminar a possibilidade da medicação” (roda *yoga*)

“eu tomava na faixa de 8, 10 qualidade de remédio, e hoje eu só tomo o remédio da pressão (...) reduzi bastante né, porque eu tô tomando 4, eu tomava de 10 ou mais... era bastante medicação” (U-Livia)

“eu sou hipertensa, e agora estou com a nutricionista fazendo uma dieta, diminuindo os remédios, e só com essas danças, com essa caminhada, com a ginástica assim, eu tô me sentindo bem melhor com a saúde... bem melhor mesmo!” (roda danças circulares)

“eu tomava remédio direto praticamente... parava um pouco para ver, pronto, ela [labirintite] voltava... sabe eu só sei que para mim foi muito bom [as danças] por causa da labirintite” (U-Dalva)

“eu tô me sentindo muito bem assim ó eu acho que isso aqui... até ajuda, a gente esquece, não precisa tomar tanto remédio... nem médico... eu, praticamente medicação quase não tomo nenhuma mesmo” (roda danças circulares)

“vivia só em médico... esses dias meu filho menor ainda disse: a senhora agora não quase nem vai no médico... não precisa” (U-Livia)

Este aspecto também foi mencionado na roda de conversa das condutoras:

“diminuição de medicamentos também acho que é bem importante”
(roda cond)

Algumas usuárias questionaram a eficácia dos medicamentos para resolver seus processos de adoecimento e algumas viram em práticas alternativas opções para melhora:

“o remédio não me correspondia... depois que eu comecei a participar aqui foi uma graça” (roda *lian gong*)

“mudou na minha saúde porque, como eu te falei né, já a medicação, já deu pra tirar vários remédio, que o médico pôde tirar de mim... bastante... eu pude dormir melhor, eu senti mais leve, eu ando mais, eu fiquei mais disposta... pra mim tava tudo assim, tudo mal, sabe... sabe o que que é, parece que tava tudo, tudo de ruim... que só a medicação não é o que vai resolver a vida da gente... então para mim tava tudo negativo... e aí depois, abriu o horizonte... foi assim, acendeu uma luz no fim do túnel” (U-Livia)

“eu vejo assim o tempo que eu estava no posto eu vi que tem muita gente que toma remédio e não precisa... principalmente para depressão... se tu conseguir né, mudar a mente... pronto” (roda *yoga*)

“a princípio porque é através do [condutor], que é um médico! E é de uma saúde, de um trabalho, ele é alternativo, ele não é muito de medicação, ele acha que as atividades ajudam mais do que as medicações... eu também concordo com ele (...) como é bem mais rápido tu ir ali e tomar um comprimido, a saúde parece que vem mais rápido, só que não vem, é uma ilusão... a saúde fica só camuflada” (U-Yolanda)

“eu acho que também uma coisa boa pra saúde é tu poder ouvir os outros, tirar um tempo pra ouvir... porque hoje o ser humano tá mais necessitado de falar, de ser ouvido, do que de remédio, eu acho (...) eu acho que o mundo tá caminhando pra dois, apenas duas coisas:

psicólogos e psiquiatras (...) o ser humano tá desesperado, tá todo mundo assim, a gente vê que as pessoas tão nervosas” (U-Yolanda)

“hoje estou 100% já, mas vou continuar né... e aconselho o pessoal que venha porque aqui é o melhor remédio” (roda *lian gong*)

“eu faço um chazinho ali e já passa... nem tomo remédio (...) antes, além que eu tomava, não melhorava, tinha que fazer injeção na veia” (U-Livia)

“eu sinto a conexão comigo mesmo, sinto meu corpo... e realmente assim, remédio mesmo, é difícil assim eu tomar sabe?! Geralmente procuro assim mais as práticas caseiras e mais espiritual” (roda *yoga*)

Uma condutora tematizou isso:

“o tipo de melhora da pessoa aprender que ela é responsável pela saúde dela, que não sou eu, que não é o médico, que não é o comprimido, é ela... por mais difícil que seja a vida dela, ela é responsável” (CP-Yara Quiron)

Uma usuária relatou a mudança em seus exames:

“há um ano atrás tava com os exames tudo ruim... colesterol, diabetes, tudo por causa do emocional... daí eu resolvi, porque eu não gosto de tomar remédio para nada, aí eu fiz consulta com o [médico] que em um ano eu ia mudar os meus exames sem precisar tomar remédio... e concordamos *yoga*, como equilibrar meu corpo... eu com ajuda da *yoga* né, alimentação, ritmo... e pratico em casa também... e meus exames deu assim tudo ótimo depois de um ano... e eu que trouxe ela e várias outras... porque faz muito bem” (roda *yoga*)

Outra usuária relatou que não precisou mais fazer cirurgia após frequentar o grupo de práticas corporais integrativas:

“com os exercícios diários aqui, hoje eu tô bem e foi descartada a possibilidade de fazer a cirurgia” (roda *lian gong*)

Uma usuária relatou que queria parar de fumar e conseguiu com a participação no grupo:

“comecei em julho do ano passado... e foi a coisa mais importante, porque foi assim: o lobo mau que me perseguiu durante muitos anos, mas assim... eu entrei aqui fumante e hoje eu não sou mais... então isso é uma coisa muito [aplausos]” (roda *yoga*)

Uma condutora abordou este assunto na sua entrevista:

“diminuição de pessoas fumantes, até 3 relataram que pararam de fumar e isso pra mim foi algo muito surpreendente” (CV-Yemanjá)

Essa série de relatos mostra a eficácia das práticas corporais integrativas sobre um indicador objetivo para o SUS. A redução ou extinção do uso de medicamentos, da necessidade de fazer cirurgia e de consultas médicas são efeitos que impactam nos custos dos serviços de saúde, bem como na preservação da saúde das usuárias, com presença de menos iatrogenias nas abordagens terapêuticas. As práticas corporais integrativas são ações pouco onerosas para o SUS, que apostam em tecnologias leves e leves-duras de cuidado. Os relatos das usuárias revelaram que tais formas de cuidar da saúde apresentam resolutividade para diversas necessidades em saúde, atestando, portanto, o potencial terapêutico de tais práticas.

Esse dado é importante também, diante dos relatos que contestam a eficácia das abordagens medicamentosas, que muitas vezes não dão conta dos processos de adoecimento vividos pelas usuárias, demandando outras estratégias de cuidado. O panorama de falas da pesquisa sinaliza, portanto, para a ampliação de possibilidades de cuidado no SUS.

A redução do uso de medicamentos é emblemática da resolutividade das práticas corporais integrativas. Algumas usuárias também compararam tais práticas com outras formas de terapia, além da medicamentosa, como psicologia e fisioterapia ou outras práticas corporais:

“foi uma alternativa de uma fisioterapia, indicação da fisioterapeuta do posto de saúde... como não tinha vaga eu comecei a frequentar aqui... foi uma terapia alternativa na fisioterapia” (U-Lisandro)

“para o meu lado físico foi um sonho, porque eu já tinha feito pilates, porque eu já tinha feito fisioterapia, já tinha feito diversas práticas, diversas coisas que não trabalhavam a cabeça... e o *yoga* não... trabalha também a cabeça e isso ajudou muito” (roda *yoga*)

“eu sou muito emotiva né... eu já sou assim bem... tanto eu sou assim feliz como eu fico triste, entendesse?! Então eu fico bem... então muitas coisas aqui me tocam muitas coisas então pra mim isso aqui é muito bom... é tipo uma terapia né também, sabe?! Pode ver que eu me solto” (roda danças circulares)

“- Não sei se pode considerar isso aqui uma terapia...
- Mas é!” (roda danças circulares)

“ali é como se fosse assim (...) psicólogo, consegue sentir isso tudo” (U-Dalva)

“para mim é uma terapia... para mim não tem coisa melhor... muita gente já disse para mim ‘Pega uma psicóloga, é bom’, mas para mim não precisa, para mim aqui tá ótimo, não precisa... eu desabafo, eu converso, eu brinco, eu rio, eu choro” (roda danças circulares)

Na visão de algumas usuárias, as práticas corporais integrativas acessam questões físicas e psíquicas, que equivaleriam ao escopo de outras propostas terapêuticas. No entanto, aqui não se trata de pensar uma substituição de uma proposta de tratamento por outra, nem há elementos que permitam tal comparação no plano teórico-prático de cada modalidade, mas de defender uma ampliação de ofertas no serviço público de saúde, a ponto de que as usuárias possam experimentar e escolher a que melhor contempla seus interesses e necessidades.

4.2.3.6. Relação entre condutoras dos grupos e usuárias:

Coube neste tópico apresentar as falas que atribuíram sentido às condutoras dos grupos ao falar das relações entre as práticas corporais integrativas e a saúde. Muitas usuárias manifestaram seu apreço pelas condutoras. Algumas apenas destacaram sua presença e fizeram elogios mais genéricos:

“tem a [condutora 1] e a [condutora 2], meu deus, todas as meninas ali”
(U-Dalva)

“os profissionais são muito bons né (...) elas sempre incentivam, elas estão sempre junto” (U-Darlene)

“as professoras também, que são maravilhosas... que a gente só pode agradecer elas né... que elas são especiais” (roda danças circulares)

“as abençoadinhas” (roda danças circulares)

“elogios para [as condutoras] porque são pessoas que estão conseguindo fazer esse grupo se perpetuar né, e se expandir” (roda *yoga*)

Outras destacaram sua competência nos modos de condução e ensino durante as aulas:

“como eles conduzem, eles são ótimos” (U-Yandra)

“[o condutor] é uma pessoa maravilhosa (...) ela [a condutora] muito legal, muito bom também o trabalho dela... ele é uma pessoa que deixa a gente a vontade, se tu tiveres dor, ele não te exige, tá sempre pedindo pra gente ter cuidado com a gente e ir até onde nosso limite permite (...) ele é nota mil! A [condutora] também” (U-Yolanda)

“a [condutora] deixa a gente a vontade” (U-Danúbia)

“a forma que [o condutor] dá essa liberdade na diversidade do grupo, isso é fantástico” (roda *yoga*)

“o lado médico do [condutor], o lado humano (...) a dificuldade é anulada por isso, por esse conhecimento que ele tem do corpo da gente, do corpo da pessoa” (roda *yoga*)

“sem nem tocar na gente, mas ela vai tocando tac tac tac” (roda *yoga*)

“aqueles profissionais ali só dizem coisa boa, só ensinam o que é bom né... mesmo que a gente já saiba alguma coisa, mas reforça né” (U-Darlene)

“o que a professora também explica né” (roda *lian gong*)

“a pessoa te passa uma orientação boa, te faz uma conexão boa, você só vê as pessoas querendo o bem” (roda *yoga*)

Outras falaram sobre a dimensão afetiva e sobre as qualidades das condutoras para se relacionar com as usuárias:

“o carinho das pessoas, de quem participa... e principalmente das três [condutoras]” (U-Dalila)

“- A [condutora] é uma pessoa excepcional, não tem igual, não tem igual... a [condutora] ela lida com as pessoas mais velhas com maior carinho, então é impressionante a dedicação, o carinho que ela tem com a gente, meu deus, parece ser uma pessoa da família né...

- Ela é muito querida mesmo... demais...

- Ela sabe como lidar com as pessoas...

- É a nossa menina sapeca!

- Ela sabe como lidar com as pessoas porque tem gente que não sabe como lidar com o público...

- Principalmente com o idoso (...)

- A [outra condutora] também é uma pessoa muito especial (...) a [outra condutora] traz muita energia aqui pra nós e a [pesquisadora]” (roda danças circulares)

“a [condutora] tanto faz a pessoa ser mais nova como mais velha ela sabe ‘lutar’ com todos os dois jeitos... ela sabe ‘lutar’ com as pessoas... eu estou gostando muito, ela entende as pessoas, ela é muito boa para isso... e por isso que não deixo de vim também” (roda danças circulares)

“eu tô 100%... principalmente pelas professoras, que elas trabalham com dança, dão delas de tudo para a gente... sabe isso é muito importante” (roda danças circulares)

“a [condutora] também é uma pessoa que tem muita paciência com a gente né... ela tem muita paciência, ela é muito querida” (roda danças circulares)

“a professora que tem uma paciência de Jó, muito querida” (U-Damiana)

Essa série de falas demonstrou dois pontos principais que as usuárias valorizaram para fortalecimento do vínculo profissional-usuário. Um residiu nas formas de organizar as aulas e, principalmente, na forma de transmissão das orientações. Apresentar distintas possibilidades de movimento para que cada um possa adequar a suas condições foi uma característica marcante das aulas de *yoga*. Deixar as pessoas “a vontade” também foi algo valorizado pelas usuárias de diferentes práticas, no sentido de uma não exigência de desempenho, mas mais uma consciência dos movimentos e do que se está realizando. Outro ponto, não separado do primeiro, residiu na esfera afetiva, no reconhecimento da dedicação, da paciência e do “jeito” para lidar com as pessoas.

Uma condutora expressou em suas respostas:

“elas vêm, me abraçam, falam ai eu te amo, que delícia, foi muito bom começar o dia assim... então eu acho que é só o carinho que a gente talvez forneça né... não é nem eu forneço carinho pra elas, mas eu permito que elas se presenteiem com isso... não eu permito, mas a *yoga*” (CV-Yumi)

Estas falas mostram como as usuárias valorizaram o relacionamento com as condutoras dos grupos ao responder sobre as relações das práticas corporais integrativas para a saúde. Isso sinaliza a importância do vínculo profissional-usuário, aspecto presente nas discussões sobre a humanização em saúde.

Uma das críticas centrais feitas ao modelo biomédico se refere às relações entre profissionais e usuárias, cada vez mais impessoais e verticalizadas. As usuárias dos serviços não têm reclamado de alguma incompetência técnica dos profissionais de saúde, mas se sentem

desamparados porque não percebem que estes profissionais estão comprometidos com a atenção aos seus processos saúde-doença (MEHRY, 1998).

A escuta das narrativas das necessidades em saúde, o olhar, o toque corporal e a negociação terapêutica entre profissionais e usuárias vem sendo, cada vez mais, substituída pelas tecnologias duras. A crença na competência das máquinas para realizar diagnósticos e dos medicamentos para resolver os tratamentos, vem produzindo um distanciamento substancial nas relações entre profissional e usuárias. Além disso, a ação prescritiva, a partir do saber-poder médico, reforça processos cada vez mais verticalizados, em que os profissionais desprezam os conhecimentos de si das usuárias e suas realidades e histórias de vida.

Frente a certo cenário que pode alcançar a indiferença perante o outro, o projeto do SUS veio a propor outros modos de construção da atenção em saúde conforme prevê a Política Nacional de Humanização, tendo o acolhimento, a escuta qualificada e a criação de vínculo profissional-usuário como medidas fundamentais para a atenção em saúde.

As práticas corporais integrativas se constituem como espaços privilegiados para construção de vínculos, pela quebra das formalidades nos encontros, pelas dinâmicas de movimentação corporal, pelo apoio em valores como cooperação e solidariedade. O acolhimento e o vínculo, além de serem relatados pelas usuárias, foram identificados na observação das aulas para a pesquisa como aspectos marcantes.

Quanto à escuta, em virtude das dinâmicas que privilegiam a movimentação corporal, observamos que não acontece, ao menos no espaço formal da aula. Contudo, para as condutoras que atuam com auriculoterapia após as aulas ou que fazem atendimentos clínicos nos centros de saúde, a escuta se dá nestes outros espaços, por vezes reverberando nos grupos de práticas corporais integrativas.

4.2.3.7. Contato com outros:

Um elemento bastante significativo para as usuárias da pesquisa sobre como as práticas corporais integrativas ajudam a lidar com os processos saúde-doença esteve centrado na dimensão coletiva, na importância atribuída ao grupo. Muitas pessoas ressaltaram as amizades e a convivência grupal ao responder sobre as relações entre as aulas de práticas corporais integrativas e a saúde:

“ah em primeiro lugar foi a amizade, que eu fiz muita amizade, eu não tinha amizade nenhuma” (U-Lilian)

“uma grande parte é a amizade” (U-Livia)

“as amizades que a gente tem com todo mundo é muito bom” (roda *lian gong*)

“encontramos amizades” (roda *yoga*)

“as amizades, as brincadeiras com as colegas” (U-Damiana)

“amizade, a gente pega amizade” (U-Danúbia)

“pela amizade que a gente pega com uma turma boa” (U-Dalva)

“é muito bom, a gente faz muita amizade... só amizade já é o suficiente”
(roda danças circulares)

“estar aqui com os colegas, com todo mundo né... já às vezes parece bastante, ajuda muito, tanto pelos amigos que a gente faz quanto por participar do grupo” (U-Lineu)

“foi bom fazer tantas amizades, o grupo é um grupo muito legal, bom (...) nunca teve nenhum probleminha nada, as pessoas sabem conviver com as outras pessoas” (U-Lineu)

“é a convivência (...) a convivência com o pessoal” (U-Damiana)

“vim participar com os colegas” (U-Lineu)

“traz ao encontro das pessoas” (U-Darlene)

“a gente tem a reunião com as pessoas” (U-Liara)

“tem pessoas muito especiais ali” (U-Dalva)

“o trabalho em grupo é fundamental” (roda *yoga*)

“faz bem para o coração, o calor humano entre todos nós né” (roda danças circulares)

“na nossa idade, tudo o que a gente pode partilhar em grupo... tudo isso venha trazer mais benefícios para nossa saúde... hoje eu sou voluntária e para mim aonde eu puder estar junto com mais pessoas e me sentir feliz, eu acho que não tem... é gratidão” (roda danças circulares)

Outras várias respostas assinalaram a dimensão de interação entre as pessoas do grupo:

“a gente vem, vem contente, se reúne ali com as amigas, com tudo ali, conversa, troca ideia, uma traz um chá para o outro e daqui a pouco faz o exercício, na hora de sair de novo... e daí é recadinho no Zap, é coisinha... uma tá sabendo, participando da vida da outra... e assim, a maioria é pessoas assim de acima de 60 anos” (U-Livia)

“no sentido assim do grupo, como é importante o apoio e interagir com as pessoas naquele momento ali... como isso é importante para a vida, depois dali porque tu leva isso para casa, a família né, interagindo ali com as pessoas” (U-Yasmin)

“a integração do grupo é tão legal que renova as energias da gente, repõe as energias, que a gente sai daqui leve” (U-Dalila)

“tem esse contato aqui que isso dá uma renovada muito boa” (roda *lian gong*)

“a gente sente saudades de estar aqui com vocês e também assim é gratificante ficar... saber que toda segunda-feira eu vou tar com essas mulheres maravilhosas e elas também sentem saudades da gente né” (roda danças circulares)

Algumas salientaram questões afetivas como o carinho e os abraços:

“o carinho das pessoas, de quem participa” (U-Dalila)

“essas aulas de grupo assim né... porque ali a gente faz na hora naquela hora do abraço” (U-Darlene)

“o calor humano é a melhor coisa... o abraço” (roda danças circulares)

“desejar o bem dos outros né... que eu acho que isso leva a gente a ser mais saudável... e isso a gente tem muito lá assim, tem muito cuidado um com o outro, tem muito cuidado dele [conductor] com todos, da gente com ele” (U-Yolanda)

“a gente sai da dança mais equilibrada, mais acolhida” (U-Dalila)

Houve usuárias que mencionaram o grupo como oportunidade de expressar emoções e conversar com outras pessoas:

“essa empatia com as pessoas que estão aqui, esse abraço, a gente vê como a [colega] se emociona e é de emocionar mesmo, entendeu... como a gente consegue se libertar aqui dentro” (roda danças circulares)

“a gente ri, a gente conversa, outro já chora (...) a gente está sorrindo, depois a gente já tá se abraçando” (U-Dalva)

“eu me expresso muito... eu conheço... é como eu te digo... a gente conhece mais na segunda-feira o pessoal aqui, mas para mim, é como se fosse da minha família... porque toda segunda-feira a gente convive, eu choro e eu rio, brinco, sabe... para mim é uma terapia” (roda danças circulares)

“só o fato de chegar lá e ver aquelas mulheres toda sentada, e uma fala uma coisa, outra fala outra, e a gente ri, tem que chorar a gente chora, a gente dança” (U-Danúbia)

“é um grupo de pessoas (...) troca uma ideia” (U-Yandra)

“tu poder conversar” (U-Yvone)

“cumprimentar as pessoas” (roda *yoga*)

“conhecer gente, e falar e conversar... isso aí ajuda muito também”
(roda *lian gong*)

“essa dança, essa conversa, esse encontro, esse momento, ele dá uma relaxada” (roda danças circulares)

Algumas usuárias utilizaram o termo “família” para expressar a proximidade que sentem com relação às colegas de atividades:

“a gente ali é como uma família” (U-Dalva)

“a amizade, entendesse... por ter amizade com as pessoas, que são assim muito queridas com a gente... a gente se sente como se fosse uma família... tá certo que a gente não tá toda hora, todo instante junto, mas chega segunda-feira a gente tá aqui... aí é um abraço, é um oi tudo bem, como é que tá... sabe... é muito gratificante” (roda danças circulares)

“volta e meia eu digo pra elas: é uma família, nós se reúne aqui... tão tudo com saudade umas das outras e tá todo mundo conversando e... se uma tem um problema, fala para outra e a outra: assim, assim amiga... uma quer ir num lugar... eu lembro que às vezes acontece que a pessoa tem um problema e que precisa de ajuda... quantas vezes a gente se ajudou umas às outras, às vezes até trazer um remedinho, um chazinho de casa, uma plantinha, alguma coisa... às vezes eu faço bolachinha integral eu trago ali” (U-Livia)

Uma condutora de grupo usou este termo também em uma fala:

“tem essa amorosidade no grupo como se fosse uma família” (CV-Yemanjá)

Algumas usuárias mencionaram o fato de conhecer e conviver com pessoas novas:

“a gente sempre tá conhecendo alguém diferente” (U-Damiana)

“é bom para a gente porque a gente vai conhecendo pessoas novas também” (U-Liara)

“a gente conhece pessoas que não conhecia, tem uma amizade enorme (...) tenho uma amizade de uma amiga (...) é como se fosse uma irmã pra mim... e essa senhora (...) que a gente não conhecia e hoje conhece” (U-Liara)

“é bom porque às vezes tem aqueles meninos [referindo-se aos residentes e estagiários] novo, rapaz, que a gente nem imagina que eles existem... as pessoas boas... às vezes vem umas mais diferentes, pena também que ficam pouco né, mas eu acho legal com os jovens também, com pessoas jovens, com pessoas de longe” (U-Danúbia)

“é legal conhecer gente (...) aconteceu esse lance de eu conhecer a [colega] (...) isso mudou muito a minha vida, mudou muito... então essa questão social, de relacionamento, porque eu tava buscando um outro caminho sabe, tentando achar outro caminho, e ela tava nesse caminho, entendeu (...) acabei ficando apaixonado por ela, e ela não tava afim de ficar comigo, entendeu... mas foi bom cara, porque eu aprendi um monte de coisa, muita coisa eu aprendi, também tomei porrada pra cacete, aprendo até hoje... a gente continua amigo né... e aí ela me abriu um monte de frentes (...) e foi ali que aconteceu [no grupo]... e foi uma mudança radical pra mim... radical” (U-Yuri)

Esse amplo conjunto de respostas mostra o sentido do grupo que as pessoas valorizaram na relação com sua saúde. É possível notar que aqui elas não referiram elementos das aulas, especificidades das práticas corporais integrativas ou tipos de atividades feitas em grupo, mas sua ênfase esteve totalmente voltada aos aspectos de estar junto de outras pessoas, fazer amizades, conviver e interagir em grupo. Elas referiram apenas as outras pessoas, atribuindo à dimensão do encontro uma expressiva significância.

A literatura que discute a dimensão do encontro na área da saúde, geralmente se dedica ao tema do trabalho em saúde e à relação entre profissional e usuário nos processos de cuidado na perspectiva da humanização (SÁ, 2009; AYRES, 2004a; 2004b). Essa relação, obviamente, não pode ser desprezada, algo que as próprias usuárias também mencionaram, conforme

abordamos no tópico anterior. Contudo, o que se pretende salientar agora, é que as usuárias estão referindo a dimensão do encontro uns com os outros, entre si, como algo que tem sentido para sua saúde.

Para algumas usuárias, o grupo representa uma espécie de motivação para a atividade:

“tendo um grupo (...) é uma coisa que me leva a ir e fazer” (U-Lisandro)

“você vim, tá ali no grupo, com as pessoas né... e as pessoas falando, e vendo que as pessoas tão empolgadas né” (U-Yandra)

“esse grupo aqui me deu coragem [chorando] justamente por ver a diversidade, aí calma, respira [emocionada] por ver essa coragem nas pessoas estarem aqui, por ver as adaptações que o [condutor] faz, que tem muitas que eu nem via, faz algumas posturas que eu não conhecia e eu fico muito feliz de estar aqui, de ver isso e de olhar as pessoas fazendo nos seus esforços, nos seus corpos, gente isso motiva! Motiva a continuar, motiva a vim, motiva a estar, sabe?!” (roda *yoga*)

Outras usuárias destacaram a motivação e compararam a atividade em grupo com a atividade de caminhada, quando feita sozinho:

“ali a gente tem uma energia, um grupo e colegas e amigos já, que a gente se sente mais feliz, então mais estimulado a fazer as coisas... é diferente de eu pegar e caminhar... porque todo mundo diz aí é bom caminhar... não, é diferente... ali a gente faz uma prática coletiva, onde a gente vê também a evolução de todos no momento da prática... e acho que isso é fundamental para saúde física e mental da gente, essa integração” (U-Yasmin)

“eu era assim muito desanimado, ficava em casa... eu fico às vezes uma semana sem sair de casa... aí um que morava lá ‘[Fulano] vai caminhar na beira mar!’ Eu?! Caminhando à beira-mar sozinho, não vou... que nem um tolo para lá e para cá para lá e para cá, igual um andarilho... não... então eu não tinha vontade... só que aqui achei interessante (...) a prefeitura está fazendo um trabalho muito bom” (roda *lian gong*)

Várias usuárias mencionaram que participar do grupo de práticas corporais integrativas abriu a possibilidade de outros encontros para além das aulas e para a formação de outros grupos no cotidiano.

Alguns deram destaque aos momentos de confraternização:

“as reuniões que elas fazem, as festinhas” (U-Damiana)

“a gente vem, tem uma confraternização, tem uma festinha que fazem né, cada um traz o que pode e aqui partilha... isso tudo é uma coisa legal né... São João, essas coisas, brincadeiras né... eu acho isso tudo faz muito bem para as pessoas né, então aqui é eles fazem essas coisas... e eles não fazem uma coisa pesada, eles dividem, já dizem não precisa trazer muito, traz o que tu né... isso é uma coisa boa, porque eles têm consciência da coisa né... o pessoal aqui, tanto a [condutora] como a [outra condutora] já dizem não precisa trazer mt... cada um traz um pouco, pouquinho, é só para gente compartilhar, partilhar aqui... isso eu acho muito legal, como ela elas conduzem essas coisas” (U-Darlene)

Outras falaram sobre passeios e viagens que são organizados a partir do grupo:

“a gente formou um grupo (...) daí final de ano a gente sai também, faz uma excursão, é muito legal (...) faz um passeio final de ano (...) se diverte” (U-Lineu)

“o único hábito [novo] é essa coisa do grupo que a gente vai passear” (U-Liara)

Algumas usuárias mencionaram outros grupos que passaram a frequentar a partir do grupo de práticas corporais integrativas e das amizades que se estenderam para além do momento das aulas, conforme também foi exposto em outras falas acima:

“a gente faz aquela prática, já forma grupo, aí já tem o grupo que vai para praia, o grupo que sai para tomar uma cervejinha, que conversa” (U-Yasmin)

“até hoje a gente tem amizade, a gente se visita, lembra o aniversário do outro, uma vez por ano a gente faz uma viagem junto com outro grupo que tem... tem outro grupo mais antigo que uma senhora organiza... é muito bom” (U-Lilian)

Nessa mesma linha, a oferta de outras práticas corporais também foi mencionada nas falas, no sentido de que a participação no grupo levou as pessoas a frequentarem outros grupos de práticas:

“vai lá no [outro projeto de meditação] também” (U-Yvone)

“foi muito importante, tanto que eu até fui fazer em outros lugares... me abriu” (U-Yuri)

“abrir fronteiras, abre caminhos, porque tu caminha mais, porque tu faz coisas que antes tu não fazia” (U-Yasmin)

“a primeira vez que eu vim foi pra dança né... logo em seguida vim para a ginástica com a [condutora] e dali eu comecei a fazer caminhadas” (roda danças circulares)

“a gente vem para dancinha e já ficamos para ginástica sabe... a gente une o útil ao agradável como diz o outro né... de uma coisa a gente já foi fazendo outra” (roda danças circulares)

“tem a semana cheia né (...) eu também completei a minha semana completa porque segunda é a dança, terça tem o grupo de idosos, quarta é a ginástica, quinta-feira tem grupo, sexta tem ginástica” (roda danças circulares)

“depois a gente foi descobrindo e foi se incorporando aquilo tudo na vida da gente... também essa sementinha que a [condutora] põe na orelha, tudo isso ajuda muito” (roda danças circulares)

“da necessidade de um, criou coragem em outro (...) através desse grupo já está estimulando que outros grupos dessa forma possam se conhecer também, e cada vez mais pessoas tenham esse resultado” (roda *yoga*)

Esta série de falas evidenciou a potencialidade dos grupos em expandir as relações de sociabilidade das usuárias. A participação no grupo de práticas corporais integrativas abriu oportunidades de frequentarem outros grupos e construir novas relações.

Quando perguntamos nas entrevistas individuais “o que essas aulas representam para você, o que significam para sua vida?”, algumas usuárias atribuíram ao grupo o mais alto valor de sentido.

“pra mim representa tudo (...) não conhecia ninguém, ninguém, ninguém (...) eu não tinha ninguém para conversar (...) eu não tinha amizade nenhuma (...) todo sentido... se não fosse esse grupo eu não sei [risos] o que seria da minha vida “ (U-Lilian)

“representa até uma família! Grande!” (U-Livia)

“o sentido que dá para mim é o entrosamento, entrosamento com as pessoas, né, conhecimento... talvez um dia vira uma amizade” (U-Lisandro)

“trabalhar em grupo é uma coisa fundamental (...) grupo é muito interessante, importante, interessante, tu de alguma forma tem a possibilidade de ser ajudado por mais gente né, e ajudar mais gente né... porque no fundo, no fundo cara, o que eu acho é que é exatamente por essa problemática, do sistema (...) as pessoas, no final das contas, tem muitos problemas, é muito... mas todo mundo fica se fechando (...) eu acho que quando você tá em grupo, aí começa a ficar mais fácil (...) que em grupo tu pode ter uma certa abertura para conversar (...) vamos falar mais (...) porque no final das contas, tá muita solidão cara, entendeu... tu conhece um monte de gente, mas tu não tem intimidade pra falar muita coisa... você tando numa atividade de grupo, já muda a estrutura da coisa, entendeu... eu não sei como que isso pode ser encaminhado... mas de certa forma eu acho interessante manter isso ser de grupo” (U-Yuri)

Também acima vimos o comentário de uma usuária de que “só amizade já é o suficiente”. A dimensão coletiva se mostrou expressivamente significativa para as pessoas. Algumas condutoras de grupos ressaltaram questões semelhantes em suas respostas:

“se sentir bem, sentindo, pertencendo a um grupo no qual ela se identifica, que ela se encontra toda semana, ela conhece, ela pode ter contato, ela escolhe... não é obrigada né, mas ela pode ter contato... ela pode escolher também ampliar relações a partir desses grupos, ou não, ela que sabe” (roda cond)

“vai isso repercutindo, porque tu vê ali no movimento, muitas ali fazem laços, daí já tão na ginástica, daí já vão não sei o quê... e começam a ter esses laços sociais” (CP-Dakota)

“acho que isso faz parte da saúde... a gente numa unidade de saúde a gente tem essa obrigação de estar promovendo esses encontros, que depois eles mesmos se consolidam né... as relações deles, de vizinhos e de comunidade” (CP-Dakota)

Estas participantes da pesquisa estão enfaticamente referindo que o encontro entre pessoas tem algum potencial que interfere positivamente sobre sua saúde. Elas explicam isso pela satisfação em estar com outras pessoas, em se sentirem queridas, aceitas, em se sentirem parte de um coletivo maior, poder conversar, interagir, integrar outros grupos para outras atividades.

Essa ampla série de percepções, que referiu intensos elogios ao grupo e à dimensão coletiva, deixou transparecer, por contraste, perspectivas de solidão e isolamento social sentidas por muitas usuárias. Tais aspectos já foram localizados anteriormente na base de processos de adoecimento e dificuldades para lidar com as adversidades. Deste modo, a preferência por realizar atendimentos em grupo no SUS parece ser assertiva, pois se apresenta como uma alternativa para lidar com processos saúde-doença, reconhecida pelas usuárias como bastante potente.

Faz-se importante também destacar algumas falas que ponderaram a profundidade destas relações, mas não deixaram de valoriza-las:

“eu não sei o quanto da minha vida eu compartilho aqui” (U-Yago)

“é uma amizade superficial, mas é um conhecimento (...) eu tenho muitos, muitos conhecidos, é diferente... amigo é amigo, tem a diferença de frequentar a casa, de chegar, é diferente... aqui é tudo conhecido, mas dá um sentido na vida da gente, te faz procurar” (U-Lisandro)

“a gente forma ali umas amizade tão boa, a gente não é de tá ali na casa um do outro, mas ali a gente se abraça, se beija, a gente vê que não tem nada assim de coisa ruim, é tudo querendo assim ‘ai, me dá uma abraço, um beijo, sabe?’ Que a gente vê que é coisas boas, energia boa” (U-Dalva)

“a gente se dá bem com todo mundo, mas aquelas ali mais [as que frequentam o grupo desde o seu início] (...) entra muita gente nova e sai (...) todo mundo é bem vindo” (U-Livia)

O grande conjunto de falas que sustenta este tópico, portanto, mostrou que o grau de envolvimento das pessoas umas com as outras é variável. Algumas manifestaram o estabelecimento de vínculos mais duradouros e estendidos ao cotidiano, enquanto outras apenas satisfação na convivência durante as aulas, que já se mostrou significativa. Também houve quem não tenha associado a dimensão coletiva com a saúde, a partir de falas que afirmaram que algumas pessoas procuram estas práticas porque são introspectivas e, por suposto, não demandam muito contato com outras.

É possível analisar que as pessoas que frequentam as aulas oferecidas pelos centros de saúde o fazem por um propósito terapêutico, tendo em vista a função social do SUS. Contudo, os distintos modos de se relacionarem com o grupo matizam diferentes formas de sociabilidade no interior destes espaços. No caso do conjunto de usuárias que acima sobressaltou o valor do encontro coletivo, os sentidos que atribuíram ao grupo parecem indicar um deslocamento do propósito terapêutico para o convívio.

Ao refletir sobre as relações entre práticas corporais e sociabilidades, González (2007) propõe um modelo de análise que possui dois polos (trabalho e brincadeira), entre os quais localizou o esporte de lazer, podendo estar mais perto de um ou de outro. Para aqueles praticantes em que o interesse pelo esporte está mais voltado para o resultado (trabalho), tende-

se a desprezar o processo de produção, constituindo o resultado como objetivo da prática. Já para aqueles que se aproximam do polo da brincadeira, o resultado da disputa esportiva não é o que mais importa, sendo apenas o pretexto para o encontro. Tal análise pretende mostrar que não é possível haver sociabilidade em toda e qualquer situação, que nem toda prática corporal é produtora de sociabilidade, mesmo no lazer. Ou seja, não existe uma tendência inata às práticas corporais que induza à sociabilidade, mas essa significação depende do contexto social em que se desenvolve e das disposições dos sujeitos para se apropriar do mesmo.

Quando olhamos para os grupos estudados, portanto, é possível observar que, para algumas usuárias, o resultado (propósito terapêutico) não é a centralidade que as mobiliza para a prática, mas sim o convívio. Desta forma, a participação nos grupos não tem como principal interesse cumprir esta meta (terapêutica), mas ela se constitui como pretexto, fazendo com que as interações sociais se apresentem livres de certos conteúdos/exigências, expressando-se então apenas na forma de convivência com o outro. Quando é assim, as práticas se constituem como promotoras de sociabilidade, conforme este modelo de análise.

É difícil delimitar com clareza estas fronteiras de interesses, contudo, o que as usuárias parecem manifestar em suas falas é que, mesmo que o fim terapêutico não esteja no primeiro plano, a convivência grupal que as mobiliza para as práticas é tão influente na sua saúde quanto outros benefícios terapêuticos que podem proporcionar. Houve condutoras que destacaram que as pessoas podem ter acesso ao grupo por demanda de saúde-doença, mas elas só permanecem quando se identificam com o grupo.

O que parece mais permanente nos distintos matizes de interação entre as participantes do grupo é um certo sentimento de pertencimento, que faz com que as pessoas valorizem o grupo, reúnam-se em torno de algo comum e se reconheçam como parte daquele coletivo.

Faz-se importante mencionar que nesses grupos predomina um ambiente fraterno. Vários registros no diário de campo deram conta de expressar o clima amistoso e acolhedor que abrigava as aulas de danças circulares, *lian gong*, *qi gong* e *yoga*, construído a partir do respeito e das conexões no lugar das comparações, como dito anteriormente.

Foi interessante notar as dinâmicas das pessoas nos grupos: embora as práticas corporais integrativas proponham um olhar concentrado em si, as pessoas atribuíram bastante valor ao grupo, à dimensão coletiva. Isso indica que, por um lado, existe uma força de grupo que emerge da prática e da sintonia coletiva de todos estarem reunidos para uma atividade comum, ou seja, algo invisível, até silencioso, que guia o sentimento de pertencimento. Por outro, existem ações efetivas de encontro, conversas, abraços, interações, no início, no final, para além daquelas

aulas, que vão constituindo laços sociais que assumem significância para as pessoas e conferem sentido à vida.

Relacionado a estes aspectos, outro ponto de relevo nas falas foi a representação do grupo como uma atividade que faz sair de casa. Ou seja, independente do grau de envolvimento das pessoas com as outras participantes, ter um grupo é também ter aonde ir.

“agora que eu to aposentado né... a gente tem menos coisa pra fazer”
(U-Lisandro)

“só sair de casa já ajuda bastante, a gente não ficar muito monótono, sair de casa e começar a participar assim (...) ajuda a gente assim a sair da rotina monótono de ficar em casa” (U-Lineu)

“sair de casa, sair um pouquinho” (U-Darlene)

“não ficar só dentro de casa (...) você sai, você conversa, tem umas amigas” (U-Livia)

“te tirar do marasmo... aquele... vai no mercado, compra, vem pra casa, assiste televisão, fica ali no computador, que hoje tem muito computador né... inclusive eu também gosto de um joguinho de paciência... mas não, é só tu ter um compromisso, eu sempre digo: ó, hoje tem o japonês! 3ª e 5ª feira, bah, hoje tem o japonês!” (U-Lisandro)

“tudo isso para mim é maravilhoso e tem me ajudado bastante... vivia em casa fazendo crochê isso e aquilo... agora a gente sai... é outra... chega em casa mais feliz” (roda danças circulares)

“eu não saio, eu fico só em casa né... então a gente vai ficando toda atrofiada né (...) eu vim aqui, gostei muito... eu fui muito bem recebida... conhecer todos vocês... e é alegre aqui” (roda danças circulares)

“ficar em casa não... não dá para ficar parado” (U-Liara)

“eu vou para lá... não vou ficar em casa não... pajeando ninguém” (roda danças circulares)

“antes não dava para mim fazer nada, tava parada no tempo sabe?! Eu não sabia mais nem conversar com as pessoas, porque a gente só fica dentro de casa... a gente, sabe... cuidar de uma pessoa que não conversa com a gente, a gente conversa com a pessoa, a pessoa não responde é difícil né [referindo-se ao marido doente]... complicado né... então eu só ficava o que... escutando às vezes as minhas vizinhas ou às vezes a gente conversava só com vizinho, quando eu ia na padaria era um lugar, ou quando eu ia no banco, mas era tudo corrido né... vida bem corrida, que eu tinha que fazer o serviço de casa, cuidar dele, e ainda fazer minhas ronda de banco (...) agora graças a deus tá mais estacionada, dá para mim fazer as coisas que eu não conseguia antes né... e eu tô me sentindo muito bem assim” (roda danças circulares)

“eu já me adaptei, me acostumei assim... eu sinto falta quando não é possível vim... é uma coisa assim que eu já me integrei, entendeu, faz parte da minha vida... já faz parte” (U-Livia)

Uma condutora mencionou este mesmo aspecto:

“a questão de sair de casa e fazer uma prática diferenciada na praia mesmo” (CR-Liliana)

Este conjunto de falas expressa a valorização das usuárias por uma atividade diferente da rotina cotidiana, caracterizada predominantemente por ficar em casa. Estas respostas podem ser analisadas com um corte geracional, tendo em vista que todas as pessoas que fizeram estas menções são idosas e/ou não trabalham/estão aposentadas. A tendência à redução dos círculos sociais nesta fase da vida é marcante. Uma vez que o processo de envelhecimento, fenômeno biológico inevitável, vem sendo concebido como um fenômeno cultural da ordem do indesejável, o declínio do corpo e da produtividade muitas vezes acaba resultando também em processos de isolamento social. Somam-se à idade as condições socioeconômicas e as doenças como marcadores destes processos progressivos, conforme analisou Luz (2013).

Se juntamos os elogios ao grupo e à oportunidade de sair de casa com as queixas de solidão e isolamento, reunimos argumentos que compõem com o quadro do mal-estar enunciado pelas usuárias nessa pesquisa. Nesse sentido, as práticas corporais integrativas, com

seu caráter grupal fundado no respeito a diversidade, no acolhimento e nas conexões, mostram-se como possibilidades de promover encontros e fomentar a fraternidade, o pertencimento e o compartilhamento da vida. Esses elementos se mostram importantes para lidar com o mal-estar enunciado, sobretudo com as questões de saúde mental, além de serem vistos como potentes para articulação política, o que veremos adiante em outro tópico do texto.

Condutoras dos grupos também reconheceram a importância do grupo para a saúde das usuárias:

“a maior contribuição no meu ver é a socialização né, então é o ponto principal assim que se destaca aos meus olhos né... é esse sentimento de pertença, de pertencimento né ao grupo... então eu faço parte daquele grupo, isso acho que fortalece o indivíduo de uma forma assim que eu vejo elas mais empoderadas para a vida, e ao encontro a isso vem aspectos de saúde mental (...) acho que o mais forte mesmo é essa coisa do grupo, elas vêm por que elas gostam do grupo né, de fazer parte desse grupo (...) elas ficam quando se encaixam no grupo, quando se sente ali parte” (CP-Dakota)

“exercita a cooperação isso... a gente diz que a dança circular é um exercício cooperativo” (roda cond)

“principalmente a questão contribuições de pertencimento, de integração social né... que fazem muito parte da solidariedade e outros desses quesitos” (roda cond)

“experienciar o amor no grupo, experienciar essa sensação de pertencimento à vida né, à comunidade, ao grupo, essa integração” (roda cond)

“o exercício cooperativo é o exercício da própria vida” (roda cond)

“uma coisa que eu percebo bastante assim é essa proximidade do colega, então a pessoa vai lá e ela percebe que não é só ela que tá com aquele problema” (roda cond)

Estas falas demonstraram que as condutoras percebem a importância da pessoa se reconhecer e se sentir bem naquele coletivo para permanecer frequentando a prática. Também destacaram os valores de cooperação, amorosidade, pertencimento e solidariedade, os quais, de certo modo, sustentam as práticas corporais integrativas, sendo coerente seu fomento no interior dos grupos.

Os elogios à sociabilidade por parte de usuárias e condutoras apontam indícios significativos da valorização do trabalho feito no formato de grupos no SUS. Não que deva se tornar exclusivo este modo de abordagem, mas os grupos se apresentam, conforme os dados dessa pesquisa, como mais um recurso resolutivo para certas demandas sanitárias.

As práticas em saúde fundamentadas no modelo biomédico, em geral, caracterizam-se pelo atendimento individual das usuárias, ou seja, o molde é de um profissional para atender um usuário. Tal modo de organização é condizente com as concepções de saúde-doença subjacentes a esse modelo. Uma vez que as pessoas são consideradas apenas pela doença que possuem, e que a mesma é concebida como um problema localizado em alguma parte do corpo (biológico), as ações em saúde são direcionadas a tornar visível o problema e a atuar estritamente naquilo que é identificado como sua causa.

Desse ponto de vista, de fato não faz sentido haver algum atendimento em grupo, já que cada caso deve ser abordado na sua individualidade biológica e a ação deve ser pontual. Um contraste porque, embora os parâmetros que orientam as ações na biomedicina sejam formulados a partir de estimativas generalizáveis, que se pretendem universais (aplicáveis a todos), os processos diagnósticos e terapêuticos são eminentemente individuais, pois vai se buscar atuar a partir do maior reducionismo possível.

Já o projeto do SUS prevê o trabalho em equipes multiprofissionais e o atendimento também em grupos. A previsão do trabalho coletivo para profissionais e usuárias compõe com os modos de reorientar os serviços em direção a uma maior resolutividade em saúde. Estar em grupo demanda, ao menos, comunicação e interação, aspectos pouco valorizados no modo biomédico. Em grupo, também é mais difícil adentrar os recônditos biológicos do corpo, na sua anatomia e fisiologia, fazendo com que, por suposto, seja preciso olhar para as pessoas inteiras, e muitas vezes considerar o que dizem, o que sentem, o que pensam, para além da sua forma ou condição física.

Afonso (2006) define que um grupo é um conjunto de pessoas unidas entre si porque se colocam objetivos ou ideais em comum e se reconhecem interligadas por eles, devendo ter relações face-a-face, onde todos se conhecem e se reconhecem como parte daquele coletivo. O trabalho em grupos é uma recomendação presente nas políticas públicas de saúde, sendo que os

métodos de trabalho variam conforme as características e os objetivos das demandas da unidade, das usuárias, dos profissionais e da função social dos espaços.

Afonso; Coutinho (2010) apresentam diferentes tipos de grupos mais utilizados na área da saúde¹⁷. Em suma, dependendo de sua estrutura, podem ser pensados como grupos “focal”, “socioeducativo”, “psicoeducativo”, “operativos” ou de “terapia”, sendo que nem sempre estas demarcações são precisas. O que nos chama atenção nestas propostas, é que, em geral, os grupos são pautados por metodologias que envolvem o diálogo, a fala entre os membros do grupo, mesmo que as atividades estejam pautadas em jogos e dinâmicas, por exemplo. Existe uma certa centralidade na fala como mediadora das interações entre as pessoas no grupo e para o alcance de seus objetivos. Essa característica se distingue dos grupos de práticas corporais integrativas estudados, onde prevalece uma aposta na experiência corporal com movimentos.

É válido salientar que, no projeto dessa pesquisa, um dos critérios de seleção de grupos para imersão no trabalho de campo era a presença de momentos de falas, avaliações, rodas de conversa, rodas de partilha das experiências, etc. Contudo, as visitas feitas após o mapeamento dos grupos evidenciaram que nenhum grupo contemplava momentos sistematizados de fala em suas dinâmicas de organização.

O que observamos nos grupos selecionados foi: nas atividades de *lian gong*, as falas ocorridas foram da condutora para as participantes na forma de recados no início ou final da aula, sem nenhum momento de interação entre os participantes; nas aulas de danças circulares, além de esporádicos recados, algumas aberturas para falas se davam no círculo final das aulas, onde as condutoras deixavam em aberto caso alguém quisesse se manifestar; no grupo de *yoga*, além de recados, ocorreram alguns momentos em que as condutoras pediram para que as usuárias conversassem em duplas ou no grande grupo sobre o que sentiram após a realização de atividades, e no início das aulas às vezes foi aberto para quem quisesse dizer algo, como colocar uma intenção para a prática. Deste modo, ficou evidente que os métodos de trabalho desses grupos para o alcance de objetivos socioeducativos, psicoeducativos ou terapêuticos, conforme Afonso; Coutinho (2010), estiveram centrados no corpo em movimento.

¹⁷ São eles: grupos que tem por objetivo apenas conhecer as crenças, ideias e sentimentos de seus participantes; grupos que tem por objetivo conhecer as crenças, ideias e sentimentos de seus participantes visando a reflexão, adaptação ou mudança e estimulando novas aprendizagens para o enfrentamento de dada problemática; grupos que tem por objetivo, além da mudança de mentalidades, a operatividade, autonomia e mobilização dos participantes para ações cotidianas; grupos que trabalham sobre os conflitos psíquicos de seus membros, considerando crenças, ideias e sentimentos, conscientes e inconscientes, estimulando a elaboração de problemas psíquicos, emocionais e relacionais, buscando promover a mudança da problemática psíquica e ajudar a construir formas de lidar com angústias e conflitos psíquicos e relacionais.

Esta, por si só, é uma característica que desafia premissas fundamentais do modelo biomédico de atenção à saúde. Se, considerar as interações na forma de diálogos já seria uma ruptura com os modos conservadores de abordagem do corpo e dos processos saúde-doença, conferir centralidade à experiência corporal parece ser outro limite tensionador deste modo de atenção, algo que discutiremos adiante.

Outra premissa do modelo biomédico de atenção à saúde, que é desafiada com o trabalho de grupos se refere a diversidade. O grupo pressupõe que é possível cuidar de muitas pessoas ao mesmo tempo, mesmo com certa heterogeneidade de necessidades e condições de saúde, algo destacado também pelas usuárias da pesquisa, como vimos no tópico anterior. Uma condutora afirmou a potencialidade de abrigo da diversidade no trabalho de grupo e sua resolutividade, e problematizou a ideia de que, muitas vezes o trabalho em grupo é questionado, pois se pensa que o profissional deve priorizar atendimento individual nos centros de saúde.

“o grupo ele materializa muitas das minhas convicções no fazer em saúde (...) trabalha corpo mente, eu consigo usar para uma gama ampla de condições de saúde física e saúde mental (...) então uma pessoa que quer parar de fumar, uma criança, um idoso com artrose, uma pessoa com hipertensão, uma pessoa com insônia (...) acho que ele consegue abarcar isso assim né, ser uma prática bem integral (...) então dizem que o médico é um profissional caro para estar no grupo... porque o grupo que eu toco geralmente quando menos tem gente tem 20 pessoas, então assim, as pessoas eu consigo atender em uma hora, uma hora e meia de grupo assim... bom, se eu for ‘the flash’ vou atender 20 né... mas então eu dou conta da produtividade daquele meu tempo... estaria atendendo na assistência e não fazendo grupo, por exemplo né... então é importante manter o grupo para mim por isso também, para dar essa resposta... é importante no processo de cuidado em saúde assim né (...) de eu dar conta de demandas aqui da assistência né, eu encaminho para o grupo e lá essa demanda pode ser resolvida, parcialmente resolvida” (CP-Yacamin)

Levando em consideração as falas das usuárias e condutoras da pesquisa, parece que o formato de grupo exerce um impacto na saúde das pessoas, e mais, é capaz de amenizar processos de adoecimento, geralmente derivados de situações de isolamento social, sentimentos de vazio e solidão, decorrentes dos modos de vida contemporâneos marcados pelo

individualismo. As práticas se mostram como promotoras de sociabilidades para muitas usuárias e as necessidades em saúde, mesmo heterogêneas, podem ser contempladas no formato de grupo, afirmando a resolutividade deste formato de trabalho. O grupo também foi mencionado como facilitador de articulação política, o que discutiremos no tópico a seguir.

4.2.3.8. (A)política:

Até agora, os dados da pesquisa vieram mostrando uma ênfase das contribuições das práticas corporais integrativas na saúde individual. Vimos que as concepções de saúde das usuárias não fizeram nenhuma menção a determinantes sociais da saúde.

Nas entrevistas individuais e rodas de conversa com usuárias, apenas uma pessoa permeou em suas falas um posicionamento político mais proeminente, fruto, possivelmente, de sua formação como professor de história. E algumas usuárias valorizaram a esfera pública:

“a facilidade, que é de graça (...) num lugar bom... e como eles conduzem, eles são ótimos né” (U-Yandra)

“é tudo gratuito” (roda danças circulares)

“sendo gratuito, abre uma possibilidade muito maior das pessoas fazerem né” (roda *yoga*)

“é uma coisa que é melhor do que uma academia, que a gente gasta uma fortuna, que ali é de graça, ainda não se paga, que é um presente e ainda tem uma assistência muito boa que o [condutor] é... nota mil!” (U-Yolanda)

“e a questão também de tu ir numa academia que eles... tu tem que fazer aquela prática daquela forma ali, mesmo que tu tenha tua limitação... então o que ocorre o que as pessoas saem, porque elas não conseguem se integrar com aquele grupo, devido a suas limitações né” (roda *yoga*)

“agradeço todo dia ter esse espaço e ainda morar aqui pertinho... isso facilita muito mais né” (roda danças circulares)

Os destaques das usuárias foram dados à gratuidade, acesso, bom atendimento, competência das condutoras e proximidade da casa. Para além destas respostas, nas rodas de conversa e nas entrevistas individuais, ambas realizadas com usuárias e condutoras dos grupos, é importante salientar que menções à dimensão política e social da saúde não se fizeram presentes explicitamente de início. Contudo, elas foram induzidas pela pesquisadora. Na tentativa de captar alguma preocupação de ordem política, social, relacionada à compreensão e posicionamento sobre o serviço público, foi inserida uma pergunta no roteiro de entrevista e um comentário na roda de conversa com condutoras. Como não constitui objetivo desta tese traçar uma avaliação do SUS, aqui vamos apresentar uma síntese das respostas e a relação entre a opinião das usuárias sobre o SUS e os grupos de práticas corporais integrativas.

No caso das rodas de conversa e entrevistas individuais com usuárias, a última pergunta foi assim proferida: Como você(s) reage(m) quando alguém fala mal do SUS? As respostas tenderam a ser de avaliações positivas do SUS, mas vários aspectos negativos também foram mencionados.

Sobressaíram-se elogios aos atendimentos, profissionais, procedimentos, estrutura e projetos, como os grupos de práticas corporais integrativas. As usuárias destacaram a qualidade do atendimento por parte dos profissionais, com destaque para a formação multiprofissional das equipes. Citaram a questão da humanização, vínculo com os profissionais e organização. Também ressaltaram a diversidade de práticas de saúde ofertadas nas unidades, principalmente relacionadas a atividades físicas/práticas corporais e PICS. Foi destacada nas falas a diversidade de usos do SUS pelas usuárias, mostrando a amplitude de ofertas dos serviços. Além disso, falaram do bom atendimento e agilidade na realização de exames e cirurgias.

Esses relatos, além de expressarem os elogios, mostraram o desenvolvimento dos serviços em consonância com o projeto do SUS, e o reconhecimento das usuárias desse outro modelo de atenção à saúde, amparado na formação de equipes multidisciplinares, em detrimento do atendimento exclusivo com profissional médico; em saberes e práticas em saúde mais diversas do que as da medicina convencional; na humanização do atendimento; em um olhar mais integral à saúde das pessoas, no lugar do foco exclusivo na doença e nos procedimentos curativos.

Como pontos negativos, foram realizadas duras críticas à falta de material, medicamentos, médicos e exames, convertida em dificuldade ou ausência de acesso a certos serviços. Também foram reprovadas algumas formas de atendimento e a rotatividade de profissionais.

As séries de falas ponderaram aspectos de satisfação e insatisfação das usuárias com os serviços, inclusive com ambiguidades de opiniões sobre os mesmos quesitos, como, por exemplo, a espera para atendimentos e agendamentos. Esse foi o tom geral das respostas de avaliação do SUS, mostrando que as experiências das usuárias são diversas no interior dos serviços, inclusive para uma mesma unidade de saúde.

Algumas usuárias associaram o desenvolvimento do SUS com as políticas nacionais e fizeram críticas ao governo, sobretudo com menções à questão de gestão e financiamento. Reconheceram que o desenvolvimento do SUS é parte de um contexto maior que reflete nas unidades de saúde e a importância de que as pessoas reconheçam a saúde como direito. Estabeleceram críticas a ações de desvio de dinheiro público e desvalorização dos serviços por parte dos políticos.

Ao reconhecerem pontos positivos do SUS, responderam à pergunta dizendo que muitas pessoas falam mal do SUS porque não conhecem, não frequentam. Outras problematizaram a imagem negativa do SUS que circula no imaginário social. Foi interessante notar que algumas usuárias, de certa forma, pareceram reproduzir a visão negativa do SUS, como se não frequentassem o serviço. Foi perceptível em algumas respostas uma espécie de desidentificação, como se o grupo de práticas corporais integrativas não fizesse parte do SUS. O sistema seria referente, principalmente, aos médicos e hospitais.

Algumas falas estiveram sustentadas numa ideia de que o SUS é para os pobres, enquanto os que podem pagar devem fazê-lo para não tirar o recurso dos que precisam. Tal noção é contrária ao que almeja o projeto do SUS, que tem como princípio a universalidade, ou seja, que todas as pessoas, independente de classe social, gênero, raça/etnia, geração, possam ter acesso ao serviço na perspectiva da integralidade.

No entanto, é perceptível como o imaginário de que o SUS não funciona e que é para atender uma parcela carente da população ainda vigora, mesmo entre as usuárias que frequentam, pelo menos, semanalmente, o SUS. Interessante notar a coincidência de que as críticas mais duras aos serviços foram provenientes destas pessoas, que disseram não precisar e quase não usar o SUS. Mas também houve aquelas que deram o relato de sua própria experiência, apontando fragilidades do serviço vividas por elas mesmas.

Ainda nesse sentido, pareceu haver entre as usuárias algumas resistências a assumir que fazem uso do SUS, enquanto outras fizeram questão de se mostrar adeptas ao serviço. Ficou a dúvida se todas reconhecem o grupo de práticas corporais integrativas como uma proposta do SUS. Enquanto a maior parte das usuárias valorizou os projetos no interior dos serviços, para algumas parece ainda não estar clara tal associação. Vale resgatar uma fala emblemática de uma

roda de conversa: “eu nem sei como é que elas trabalham de graça, sinceramente”, que foi corrigida em seguida pelas colegas: “elas são funcionários do posto”.

Um dos pontos mais relevados nas respostas, surgido espontaneamente, foram comparações do SUS com planos de saúde ou serviços privados. O SUS, em geral, foi melhor avaliado em comparação com os outros. Inclusive, foram apontadas pelas usuárias diferenças entre concepções de tratamento nas redes privada e pública de saúde. Enquanto na primeira a lógica estaria centrada na saúde vista como mercadoria, no SUS foi valorizada a proposta de conscientização das usuárias, a criação de vínculos com profissionais, o olhar integral, a medicina da família e a dimensão preventiva, que poderíamos estender para a compreensão de promoção de saúde, termo ainda ausente nos discursos populares.

Quando perguntadas se a opinião que tinham do SUS mudou após passarem a frequentar os grupos de práticas corporais integrativas, algumas disseram que sim. Os grupos se mostraram como oportunidades de as pessoas passarem a frequentar e conhecer mais o SUS, ampliando, para algumas, a visão positiva do sistema. Também houve relatos que indicaram que o próprio fato de passarem a usar o serviço já alterou sua visão.

“eu melhorei bastante depois da *yoga* porque daí eu comecei a frequentar mais o posto (...) eu quase não usava, mas eu tinha muito respeito porque eu via pessoas sendo bem atendidas e eu nunca tive assim o que reclamar, mas ali quando a gente começou ali, aí parece que acendeu mais esse carinho pelo posto assim, pelo SUS, pelas necessidades, porque se conversa mais, fica sabendo mais” (U-Yolanda)

“ah depois depois, porque antes eu quase nem vinha no posto de saúde, eu vinha me vacinar e o meu filho tinha um plano de saúde e eu era dependente dele (...) aí eu comecei a vim e gostei, comecei a gostar” (U-Damiana)

“eu já defendia, eu já tinha experiências anteriores e eu sempre achei que é muito bom... depois que eu tomei conhecimento desses projetos aí, que tem o alongamento, também, mais uma visão para eu ainda gostar mais e elogiar mais” (U-Yasmin)

“tinha, mas ficou melhor” (U-Yandra)

“mas ali [no grupo] ajuda bastante essa minha ideia que o posto e o SUS é bom... porque quando a pessoa frequenta um projeto onde tu fica sabendo o que é proporcionado pelo SUS, pelo posto, tu fica... tu é obrigado a dar valor, mesmo que tu não queira” (U-Yolanda)

“ali mudou, porque eu sou meio radical nisso... a população tem o direito de estar bem assistida sabe porque a gente paga impostos, é tudo muito caro... e tu sabes que deixa muito a desejar né (...) depois que fizeram isso da ginástica e coisas aí também já é um bem estar para as pessoas né (...) eu já tava começando a tomar remédio, comecei a fazer tudo ali já parei com remédio” (U-Dalva)

“eu falava mal do SUS uns 15 a 20 anos atrás... né... [balanços de cabeça positivos de várias pessoas] (...) mas agora com esses programas né (...) não só pela gratuidade, mas pela capacitação dos profissionais, de médicos, enfermeiros, nutricionistas (...) estão sempre fazendo cursos, reciclando (...) houve um grande avanço na questão de saúde pública da prefeitura, né... então a 15 anos, 20 anos atrás eu falava sim, eu falava mal, não só ouvia como apoiava, mas hoje não... só de ter esses programas” (roda *yoga*)

“eu mudei de ideia porque lá no Rio Grande do Sul eu acho que lá é pior do que aqui, aqui funciona melhor, daí eu vim de lá com uma ideia, aqui eu mudei (...) o atendimento é melhor aqui, lá era mais demorado, atendimento é bem melhor, exame é mais rápido, eu achei assim mais organizado aqui, pelo menos nesse postinho aqui” (U-Lilian)

“mudou, porque assim, quanta gente tá indo para o SUS? que eu conheço... tem muito porque assim ó, muitos vizinhos por aqui tem [plano de saúde] e tudo e tão indo tudo para o SUS porque o atendimento tá bom” (U-Danúbia)

Tal série de relatos indica que a frequência no grupo ampliou o conhecimento e a visão de algumas usuárias sobre o SUS, ao passo em que para outras prevalece uma dificuldade de

associação do grupo como atividade do SUS, restringindo sua concepção do serviço ao atendimento clínico e hospitalar.

Já na roda de conversa com as condutoras, após finalizarmos as perguntas e discussões previstas, o grupo pediu para que a pesquisadora se manifestasse de alguma maneira, pois estavam curiosos por algum comentário após a escuta e coordenação de toda tarde de trabalho. Ela disse que sentia falta da dimensão política. Então o grupo se pôs a falar sobre esse assunto.

O entendimento de que as práticas corporais integrativas são uma proposta de conscientização política foi apresentado pelas condutoras:

“- Eu acho que se tu trazer para a dimensão política também tudo isso é um ato de resistência né... porque nós fazemos aquilo que nós acreditamos, todos nós... independentemente de sermos ou não contratados para isso... mas todos nós estamos trabalhando com algo que nós acreditamos... e isso é um modo de resistência política... fazemos aquilo que nós acreditamos que seria o caminho, para a gente seria o caminho... eu acho que isso é uma forma de... uma coisa é você falar e outra coisa é você fazer... o trabalho é de formiguinha, mas funciona... tanto que estamos todas aqui (...)

- A gente não tem espaço próprio na unidade... porque quando é dentro da unidade né, fica meio óbvio que é uma atividade oferecida pelo SUS né... a gente não tem assim... então eventualmente, volta e meia, a gente tenta lembrar né assim tentar fazer as pessoas conectarem os pontos né... da mesma forma que elas estão desconectadas do seu corpo, das suas emoções, elas estão desconectadas das relações sociais assim né... então de que ela vai lá na Unimed, não vai ter um grupo de *yoga* da Unimed... sei lá talvez tenha né... mas um negócio oferecido, um serviço que é organizado, que tem os profissionais discutindo e não sei o quê... então a gente ir conseguindo também, ampliando a consciência das pessoas sobre onde se insere aquele grupo, em que contexto social ele se insere, que aquilo deveria ser um direito de todas as pessoas terem uma atividade que ampliasse a sua visão sobre a vida né... de que aquilo tá dentro do sistema público e que elas devem defender aquilo... que aquilo não é de graça que tá lá tá...eu tô sendo pago para tá naquele espaço também... elas estão retribuindo para mim...

- Ela mesmo está pagando... enquanto ela paga impostos, ela sustenta essa estrutura...

- E isso... eu tô lá por amor porque eu adoro aquilo, porque acredito muito, mas também porque aquilo é o meu trabalho lá assim... então eu tô sendo pago de alguma maneira, não tô sendo liberado para tá lá assim... e a gente fez o encerramento agora e em alguns outros momentos a gente falava de tentar levar essa prática para o seu dia a dia, com os aprendizados que houve naquele encontro... então acho que quando a gente trabalha esses temas isso é altamente intencional... quando a gente diz para as pessoas: olha procure multiplicar isso que você está vivenciando, no seu dia-a-dia, amanhã, durante essa semana... essas percepções, esse sentimento de pertencimento, o sentimento de compreensão, de respeito... acho que talvez não ficou explicitado assim... e óbvio assim... e é ótima a tua provocação, até para a gente refletir o quanto que a gente também está construindo nesse sentido, assim para a gente não esquecer... mais do que nunca a gente vive um momento de ataque ao SUS mesmo né... então esse espaço precisa ser reafirmado né... e mais do que reafirmado, fortalecido e defendido pelas pessoas...

- E mostrado, e mostrado... muitas pessoas nem sabem, nem tem ideia...

- Reinvidicar... às vezes o espaço não tem nem local adequado para prática nenhuma, como tu mesmo tá dizendo...

- A gente tem que estar sempre buscando... igual o dono queria... e negociando né... igual o dono queria lá que a gente voltasse só em março, eu falei Não... parecia que eu era a dona... eu falei Não, em março não...

- Senão vai ter passeata aqui na frente: abram [risos]...

- Mas veja bem... isso na verdade... todas essas práticas não deixam de ser movimentos de conscientização política sim (...) por trás de tudo isso existem muitas intenções sim... é claro, é lógico... nós não precisamos estar gritando isso aos quatro ventos, mas enquanto nós trabalhamos como formiguinhas, as coisas vão acontecendo sim, a transformação vai ocorrendo, as pessoas elas vão se conscientizando dos seus direitos também... elas vão tomando consciência de que elas têm direitos” (roda cond)

O elemento mais mobilizado pelas condutoras para relacionar as práticas corporais integrativas com a dimensão política foi o grupo. Promover o encontro entre usuárias foi considerado um primeiro passo para articulação política:

“- Eu acho que esse é o primeiro degrau que a gente está construindo, como todo mundo falou: a interação social, o pertencimento... então acho que fortalecer isso envolve a política né... porque a gente tá empoderando elas enquanto grupo, enquanto sujeitos... então já teve pequenos movimentos né de Ah, o ar condicionado da sala não funciona... e daí Ah, o conselho local é no dia tal e tal...

- Esse é o primeiro... primeiro estágio...

- Quem sabe depois a gente consiga... então esse que seria o objetivo maior, eu não vejo que a gente atinja ou que eu esteja focada nisso, mas eu vislumbro também né... e eu acho que dar oportunidade para as pessoas estarem juntas e se fortalecerem e se comunicando... porque elas não vão lá só dançar... e depois elas se encontram, elas percebem a comunidade, elas já se veem como vizinhas, as ruas que tem um buraco e não sei o quê... então acho que é uma... um passo (...)

- Até nesse movimento que tu trouxe da cooperação... que eu vejo muito é que muitas pessoas moram uma do lado da outra e elas não se conhecem, elas não tem ideia da força que tem... então quando a gente promove essa reunião das pessoas, essa integração e entender essa questão do pertencimento e que são da comunidade e que a comunidade é ali que está falando... quem sabe a frente a gente chegue...

- Ela se sente mais fortalecida no olhar do coletivo, daí sai muito do individual... que aí até no conselho local, por exemplo assim, a gente tem um conselho instituído... muitas pessoas vão com esse aspecto individual Ah eu vou lá porque o meu exame não foi marcado e não sei o que tá demorando... e a gente vê que é um trabalho que ele tem que ser iniciado, mas ele tem que ter paciência também para a pessoa entender que não, que esse espaço é pra uma visão do coletivo... então acho que fortalecendo esses encontros de grupo, as pessoas vão se percebendo numa comunidade, num coletivo e daí muda um pouco o discurso de eu querer saber só porque é a minha isso, a minha aquilo e sim não, porque é a minha comunidade, é minha mas o meu vizinho também tá com o mesmo problema, então acho que isso é um reforço

positivo para aí chegar nesse patamar que envolve muitas questões de determinantes da promoção da saúde...

- Lá eu percebo que o grupo cresce e se fortalece porque elas também, eles cuidam uns dos outros, quando falta, aí dá carona, e tal pessoa faltou e é mais de idade... ah ela não veio porque tava com problema assim... então eu percebo esse cuidado assim... eles querem... se sentem mais inseridos assim” (roda cond)

Na continuidade da conversa, a crítica ao individualismo foi exposta, reafirmando a importância do trabalho em grupo e do pertencimento:

“- Isso modifica toda a percepção da pessoa porque o que acontece... é uma questão cultural... nós somos educados dentro de um princípio completamente individualista né... e cada um por si (...)

- E ainda tem ditados que dizem que se cada um cuidasse do seu umbigo estaria tudo muito bom não é...

- É, só que não...

- É não é, mas tudo isso é um grande equívoco porque na verdade vivemos todos, precisamos todos uns dos outros...

- Por isso que é um processo... só esse fato do pertencimento que é muito forte, apareceu bem forte em todos os grupos... isso é o primeiro... para ti se importar, tu tem que pertencer, e sentir... se sentir pertencente, então para eles poderem avançar nesses aspectos...

- Sair da condição de estar só, do individualismo né...

- E às vezes nem é individualismo, a pessoa não consegue sair de casa por questão de uma depressão ou porque com medo dos bloqueios e a prática integrativa ela quebra bastante bloqueios... limitações... ela quebra isso... a pessoa se sente mais protegida no contexto e também ela se sente mais forte de alguma forma... ela fala: poxa isso eu posso... eu não me via fazendo tal exercício e agora eu faço né...” (roda cond)

Estas falas também deixaram transparecer que a dimensão política não constitui o foco do trabalho, é algo além, mais para frente, não está em primeiro plano. Algumas falas disseram isso explicitamente:

“- entendi o que tu quis falar e eu também sinto falta disso, mas não me sinto ainda preparada para isso e nem a comunidade que eu atendo (...)
 - então assim, pequenos movimentos, não é o foco principal da nossa atividade, mas eu vejo como um primeiro degrau... a gente está fortalecendo as pessoas enquanto grupo, enquanto comunidade né”
 (roda cond)

Uma condutora destacou a questão do acesso às práticas, possível pela gratuidade do SUS:

“o fato de possibilitar que pessoas que talvez não conseguiriam ter acesso (...) mas como é uma prática oferecida pelo SUS, gratuitamente, vinculado a uma unidade de saúde, as pessoas conseguem ter acesso né... então talvez em algumas outras comunidades de Floripa, a questão material ela seja mais mais gritante mesmo assim, então ter esses espaços lá tem esse significado diferente de possibilitar o acesso de uma pessoa que não conseguiria pagar para ter isso em algum outro local”
 (roda cond)

Algumas condutoras falaram do papel da gestão para dar sustentação às iniciativas com práticas corporais integrativas na rede pública, principalmente no aspecto da formação de profissionais e abertura para voluntários:

“- O quanto que a própria rede, ela contribui para a sustentabilidade dessas (...) porque se a gente acredita que influencia na saúde, ou seja, no sentido mais estrito de indicadores de saúde, ou indicadores ampliados de saúde né... o quanto que a própria rede busca dar continuidade e sustentabilidade, não como pessoas né, mas como processos assim né...
 - Você diz questões financeiras é isso?
 - É assim... porque me parece que aqui todo mundo fez formação fora, mas tá aqui dentro... por acaso tá trabalhando em Floripa e tá oferecendo né... a gente faz, né, a CPIC oferece os cursos de *Qi gong*, de auriculoterapia (...) *yoga* assim... mas não é a rede que está formando esses profissionais para trabalhar pela rede (...)
 - Sim, eu acho que existe um movimento bem além da rede (...)

- Dá espaço... que é bem importante...
- A gente faz várias formações... a gente busca em geral com parceria ou com profissionais que estão na rede, fizeram a formação e continuam na rede... a gente busca esses profissionais para dar sustentabilidade...
- Por exemplo lá em São Paulo eu não teria esse espaço que eu tenho aqui sabe... esse envolvimento... lá é muito mais difícil, muito mais burocrático (...)
- É, bom daqui é que tem muita gente vindo para cá... e eu acho que interessada em trabalhar, contribuir mesmo... acho que isso vai modificando... Florianópolis de repente começa a assumir uma cara diferente já diante desse processo (...)
- Se a gente olhar para nós aqui, viemos, todos estamos todos interessados na mesma coisa... somos muito gratos por essa oportunidade (...)
- O bom é que tem essa característica acolhedora das outras culturas
- De aceitação né...
- De aceitação de outras práticas, de outras coisas... tem essa característica” (roda cond)

Os modos como as condutoras conceberam a dimensão política teve pontos de convergência e pontos de desencontro com o que disseram as usuárias. Como aspectos comuns, vimos a compreensão da saúde como direito humano fundamental, a valorização da esfera pública e a necessidade de que o serviço público garanta o acesso de qualidade. Além disso, foram destacados os modos ampliados de atenção à saúde previstos no projeto do SUS e a organização dos serviços para além de propostas eminentemente curativas. As práticas corporais integrativas foram vistas em vários momentos como espaços de conscientização sobre si e sobre a vida coletiva, com caráter de resistência contra hegemônico.

O fomento ao pertencimento, ao reconhecimento do grupo como comunidade foi associado pelas condutoras à uma estratégia de afirmação política, algo que não esteve presente nas falas das usuárias, embora tenham dado grande relevância à dimensão grupal. A crítica ao individualismo foi pertinente tanto a fala das usuárias quanto das condutoras, asseverando a influência dos traços da cultura na saúde individual e coletiva.

Chamou atenção nas falas o entendimento de que a mobilização política não constitui o foco do trabalho com práticas corporais integrativas, de certo modo endossando os resultados

de todas as categorias apresentadas neste capítulo, pelas quais ficou evidente a ênfase das contribuições das práticas para a saúde no plano individual.

Ainda dentro deste tópico, é pertinente apresentar alguns comentários com base nos registros do diário de campo, que tratam das formas como os grupos se portaram em período de greve dos servidores. Ao longo do trabalho de campo ocorreu uma greve dos trabalhadores municipais da saúde e da educação com pauta contrária à implantação das Organizações Sociais (OS) nos serviços públicos. A duração foi de aproximadamente um mês. Dois grupos observados optaram por suspender as atividades. Um grupo manteve as aulas com a voluntária, sem a presença do profissional do centro de saúde.

Greves são tempos-espacos de relevo da ação política, contudo, o que observamos é que este acontecimento não foi tematizado no interior dos grupos. As condutoras seguiram as atividades durante ou após o término da greve do mesmo modo que vinham fazendo anteriormente, sem dialogar com as usuárias, por exemplo, sobre as motivações da greve, as problemáticas enfrentadas e a discussão dos próprios efeitos da implantação das OS.

Houve exceção quando usuárias perguntaram às condutoras sobre o assunto, aí houveram alguns esclarecimentos. Não se pode deixar de mencionar que algumas usuárias, bem como condutoras, participaram de mobilizações ao longo do período, compondo com as atividades da greve nas ruas e outros espaços. Ao mesmo tempo, foi possível acompanhar informalmente nos grupos de *whatsapp* em que fiz parte, críticas das usuárias e pedido pelo retorno das atividades, com aparente desconhecimento e/ou oposição as reivindicações que mobilizavam a greve. Algumas informações e esclarecimentos foram transmitidas via grupos do *whatsapp*. No diário de campo também estão registrados alguns poucos informes nas aulas sobre reuniões dos conselhos locais de saúde ou outras reuniões de interesse da comunidade.

Em linhas gerais, vimos que a dimensão política não esteve ausente do horizonte das práticas corporais integrativas, contudo, a aposta para seu desenvolvimento pareceu estar na participação no grupo em si, que incorporaria possibilidades de articulação política e conscientização sobre a vida individual e coletiva, sem uma tematização mais explícita pela compreensão e defesa do SUS.

Após essa extensa exposição de dados, passaremos agora a estabelecer relações entre eles, apresentando um movimento analítico síntese para responder à pergunta de pesquisa referente a este andar da tese: de que forma as experiências de usuárias/os com práticas corporais integrativas potencializam seus modos de lidar com os processos saúde-doença?

4.2.4. Apanhado analítico sobre este conjunto de dados: teoria substantiva

Os relatos das usuárias da pesquisa revelaram suas principais necessidades em saúde, permitindo traçar o quadro do mal-estar vivido por elas, cujos principais enfoques estiveram nas questões de saúde mental e dores corporais, coincidindo com a “pequena epidemiologia do mal-estar” apresentada por Luz (2003).

Quando olhamos para a compreensão de saúde das usuárias, escrita na primeira parte desta seção, vimos também uma correspondência com este quadro, tendo em vista a valorização atribuída aos componentes humanos subjetivos na definição de saúde, destacados numa série significativa de respostas.

Esses dados sinalizam as demandas colocadas para o SUS, mostrando as necessidades a serem atendidas, conforme o conjunto de participantes da pesquisa. O perfil das usuárias desta pesquisa foi semelhante aos estudos de Galvanese; Barros; d’Oliveira (2017), Sousa; Vieira (2005) e Sousa; Hortale; Bodstein (2018). Também evidenciam um deslocamento de centralidade nos componentes físicos do corpo para uma certa associação corpo-mente-emoções, na compreensão dos processos saúde-doença. Essa ampliação coloca em xeque um dos pilares do modelo biomédico, que é seu olhar fragmentado e exclusivo para o organismo humano e sua materialidade. Além disso, convoca a pensar estas mudanças a partir do contexto social e histórico, de modo a relacionar as configurações culturais com a produção das subjetividades contemporâneas.

O que os dados da pesquisa deixam claro é que o quadro do mal-estar é mais complexo e, portanto, demanda abordagens complexas. As práticas corporais integrativas se mostraram como possibilidades terapêuticas capazes de fazer frente a uma série de elementos constituintes deste quadro sanitário cultural.

Diante da velocidade, da aceleração, da superficialidade, da exteriorização e da aparência física superestimada, demarcadores dos modos de vida atual, as práticas corporais integrativas se colocaram como oportunidades de cultivo de pausas, lentidão e exercício do foco da atenção. Seus saberes e práticas foram vistos como formas de experimentar a referência interna e a redução do fluxo de pensamentos pela concentração em si e nos movimentos corporais, destoando da habitualidade de recebimento/necessidade de respostas a muitos estímulos. O devotamento quase exclusivo sobre referências externas deu lugar a momentos de cuidar de si e aperceber-se nos seus limites, potencialidades e reações corporais, nos planos físico e sutil.

As práticas apresentaram recursos para trabalhar as condições corporais percebidas, buscando a consciência para e através dos movimentos. Os principais modos de trazer as pessoas para o tempo presente e para o que estavam executando, foram a combinação da movimentação corporal com atitude mental, por vezes associadas à respiração. Tanto para realizar os passos das danças circulares, quanto para acompanhar as sequências de *lian gong*, quanto nos momentos de meditação e posturas/ásanas no *yoga*, foi comum o exercício da concentração e o envolvimento de corpo inteiro de muitas usuárias. Esse aspecto justifica porque as três são reconhecidas como práticas de meditação em movimento.

A partir disso, é possível pensar que a integração corpo-mente nas práticas corporais integrativas se expressa nessa ação de se colocar plenamente nas atividades e é quase uma condição, reconhecida pelas usuárias, para que se possa desfrutar dos benefícios da prática durante e para além das aulas. As atividades favorecem tal integração, que se expressa com mais evidência nas ações introspectivas, mas também na entrega ao momento presente mesmo em ações mais expressivas, como vimos em coreografias expansivas, alegres, das danças circulares, por exemplo.

O exercício da presença é uma constante nas aulas, mas pode se estender para além delas. Mostra-se, inclusive, importante para lidar com as flutuações da mente, sendo um recurso para encarar algumas adversidades relacionadas a saúde mental. Tem a ver com certo aterramento e “retorno” à realidade material imediatamente vivida, para dar conta da inflação de pensamentos, memórias, projeções, etc., que podem estar sendo objetos de produção de angústia. Contudo, percebeu-se nas respostas que essa percepção foi mais evidente no *yoga*, onde as condutoras tematizaram esse conceito pelo trabalho com a respiração e a meditação e através da filosofia da prática.

Esse conjunto de possibilidades presentes nas práticas corporais integrativas evidencia as características eminentes destas práticas, que são a introspecção e a qualidade de presença. Esses dois elementos poderiam ser destacados como suas marcas identitárias, na medida em que podem representar, simultaneamente, a intencionalidade, o método e o resultado das práticas corporais integrativas. Daí que, a mobilização corporal destes componentes, faz com que as práticas corporais integrativas se constituam como experiências de desestimulação, em contraste com os modos de vida contemporâneos.

Han (2017) chega a mencionar a contemplação como forma de resistência à realidade contemporânea de hiperestimulação, onde vem desaparecendo o descanso, convertendo o tédio em gerador de inquietação. A contemplação seria a capacidade para uma atenção profunda, um

lento e longo fôlego, um recolhimento capaz de expandir as conexões entre o eu e a paisagem, em formas ou estados de duração que escapam à hiperatividade.

A contemplação referida pelo autor representa outro modo de ver e viver a vida, com aspectos muito semelhantes ao que as tradições das práticas aqui estudadas já vêm assinalando há milênios. As práticas corporais integrativas, portanto, são oportunidades de apresentar/relembrar a perspectiva contemplativa às pessoas e de exercitá-la nesse tempo histórico pobre de interrupções.

Diante de uma possível interpretação da contemplação como uma forma de passividade, o autor esclarece que contemplar seria uma maneira de tomar o controle e não reagir de imediato a qualquer estímulo, seria como resgatar a potência do não-fazer. Então, a não reatividade não significa estar passivo a tudo que acontece, mas oferecer resistência aos estímulos opressivos, intrusivos. É como um exercício de alcançar em si um ponto de soberania, de centramento, num processo que é ativo e não passivo.

Desse ponto de vista, a passividade residiria na hiperatividade, uma vez que essa sim não admite nenhuma ação livre/deliberada, mas é muito mais uma mecânica irreflexiva. Em contraponto à positividade da sociedade de desempenho, portanto, Han (2017) resgata a negatividade da interrupção, do parar interiormente para dimensionar todo espaço de contingência que escapa a uma mera atividade, para criar condições ao exercício da criatividade.

As usuárias da pesquisa reconheceram as práticas corporais integrativas como possibilidades de desestimulação e pontuaram uma série de benefícios sentidos ao se colocar na contramão da velocidade que tem regido a vida contemporânea. Isso se expressou nas relações com outras pessoas e consigo mesmas, em situações cotidianas permeadas por angústias e conflitos, e na própria lida com expressões do mal-estar.

Com as propostas de saberes e movimentos associados à atitude mental, e o suporte do grupo, do coletivo, as práticas foram vistas como oportunidades de esvaziar-se do excesso. Além disso, de contrapesar ação e controle, algo que as pessoas parecem estar buscando diante da imprevisibilidade que marca os tempos atuais. Se, por um lado, há quem veja que o caminho é seguir a vida mesmo na turbulência da intempestividade, por outro há quem busque nos recursos de controle certo apaziguamento das angústias daí derivadas. Ainda para dialogar com o quadro do mal-estar, a atenção em si parece colaborar no contexto da despossessão de si, na medida em que os sujeitos são convidados a retornar o olhar e o contato consigo mesmos e reativar a potência que fora perdida, retomando o convívio humano, capacidades de realização, vitalidade e até estimulando novos sentidos para a vida.

Não obstante, a questão da hiperestimulação não tem a ver apenas com a velocidade. No centro da atual ordem social de controle-estimulação, está a adulação do corpo. Os ideais de juventude, saúde e beleza tem sido seus marcadores valorativos, propagados pelas mídias e pelas indústrias associadas ao “bem-estar”. O consumo crescente de produtos e serviços na forma de cosméticos, cirurgias plásticas, nutrição, procedimentos estéticos, práticas corporais, vestimentas, tecnologias, equipamentos, programas, cursos/palestras, vídeos/canais/blogs/materiais online, etc reflete a intensa busca por intervenções voltadas para o culto ao corpo.

A ciência também encorpa a lista de exigências, com a formulação de pesquisas e projetos sobre o próprio melhoramento do organismo humano, visando, no limite, a saúde perfeita e a imortalidade (SFEZ, 1995). Na base destas duas utopias dos séculos 20 e 21 está o corpo, sendo exaltado e ao mesmo tempo exigido. A vitrine das aparências, num contexto narcísico e competitivo, demanda apresentar determinados padrões, formas e funcionamentos corporais e comportamentos morais, condizentes com os grandes receituários de um viver saudável.

Por estas razões, Birman (2014) e Han (2017) depreenderam que vivemos com permanentes sentimentos de insatisfação com o corpo e de insuficiência perante as excessivas demandas colocadas, tanto no âmbito do trabalho, quanto do lazer. Esses elementos vão compondo com a constituição das subjetividades humanas, conforme explicaram os autores, sendo, inclusive, possíveis geradores de diferentes formas de mal-estar.

Nesse panorama, onde parece que nada nem ninguém pode escapar, as práticas corporais integrativas poderiam ser vistas como mais um meio de controlar o corpo e restaurar a autoridade moral. Não se pode deixar de assinalar o expressivo aumento da procura pelo uso de PICS nos últimos anos, nas esferas pública e privada. Do mesmo modo, é evidente o crescimento do número de cursos, formações, com apropriações e desenvolvimento das práticas das mais diversas ordens. O chamado para uma vida “zen” também se converteu em uma mercadoria de grande valor na contemporaneidade, de onde surgiram novas indústrias e serviços para satisfazer as necessidades do novo consumidor, preocupado com as exigências feitas ao corpo.

Essa pesquisa não poderia se furtar, portanto, de questionar se esse novo nicho de interesse por essas tecnologias do corpo apenas refletiria o domínio da utopia da saúde perfeita, pergunta também colocada por Sfez (1995). Para o contexto do SUS, essa questão é profundamente importante, pois a reorientação dos modos de atenção à saúde proposta pela reforma sanitária aponta para a necessidade de práticas em saúde emancipadoras. O enfrentamento de limites do modelo biomédico não se cumpre apenas com a substituição de

uma técnica por outra, mas por uma viragem paradigmática que toque as concepções de corpo, saúde-doença, ser humano que balizam o trabalho nos serviços de saúde.

Quando tomamos o conjunto de falas das usuárias da pesquisa, vemos que, por um lado, temos uma série de relatos que referiram a esfera dos hábitos e comportamentos individuais: a necessidade de se exercitar, mudar alimentação, dormir mais cedo, ser mais comedida, mais controlada, etc. A própria concepção de saúde expressa pelas usuárias teve como referência mais frequente sua associação com a realização de atividades e boa alimentação.

Foi possível perceber na configuração dos dados, portanto, que parte das representações das usuárias sobre as relações entre práticas corporais integrativas e saúde esteve alinhada com certa reprodução dos discursos hegemônicos dos estilos de vida saudáveis. Na mesma linha, figurou em algumas respostas uma visão das práticas corporais integrativas como atividades de repercussão prioritária no corpo físico, nas qualidades e capacidades físicas, nos problemas osteomusculares e articulares, nas dores, nas funções fisiológicas básicas.

Também mereceu questionamento se a valorização atribuída às dimensões subjetivas na relação com a saúde representou uma ampliação do conceito ou uma afinidade das usuárias aos discursos medicalizantes, cada vez mais crescentes no âmbito da saúde mental. Nesta área de estudos, também se colocam as vertentes biofisiológicas, que tendem a localizar no cérebro, no funcionamento bioquímico do corpo, etc, as bases dos processos saúde-doença, desprezando outras dimensões humanas.

Contudo, talvez o que tenha chamado mais atenção no material empírico desta pesquisa, tenha sido o fato de que a maioria das usuárias não encerrou seus relatos por aí. Foram destacando, ao longo dos processos de produção de dados, outros elementos que permitiram, ao menos colocar em dúvida, a afirmação das práticas corporais integrativas como mais uma estratégia de reforço do culto ao corpo.

As possibilidades de desestimulação apontadas acima revelam uma relação com o corpo nas práticas corporais integrativas que não se estabelece a partir de sua referência externa, de sua aparência, mas de uma percepção interna. As recorrentes orientações de que as pessoas respeitem os limites do corpo durante a prática, contrapõem-se à exigência de performance e deslocam a ação da cobrança para a ação da escolha. Significa que o sujeito, ao invés de ser impelido à performance, é convidado a observar seu corpo e descobrir suas potencialidades, podendo então escolher de que modo trabalhar suas condições. Realizar os movimentos respeitando os limites supõe saber identifica-los e encontrar formas de se movimentar dentro deles.

Na medida em que o olhar é para si, não é para o outro. A referência, em geral, é o si mesmo, não havendo uma preocupação performática competitiva no interior das turmas. O que se vê é um ambiente acolhedor das diferenças, reconhecido pelas usuárias da pesquisa, inclusive como motivo de sua permanência nas aulas. As intenções, nas práticas corporais integrativas, parecem residir mais na linha de um cuidado com o corpo do que com seu culto. Está no escopo das práticas certa aceitação do corpo como ele é. Não que isso signifique estagnação, mas um ponto de partida talvez mais consciente de suas condições, necessidades e interesses, para poder trabalhá-las com atenção, respeito e cuidado.

Desde a aceitação, as práticas corporais integrativas podem mostrar um contraponto às múltiplas exigências feitas ao corpo, provocando as pessoas a estabelecerem outras relações com seus corpos, que sejam pautadas mais pela amorosidade e acolhida do que pela rejeição. Também podem instigar respeito ao corpo do outro e às diferenças. E serem disparadoras de questionamentos sobre a produção e a necessidade de sua adequação a desenfreada proliferação de dicas “saudáveis” que transbordam no cotidiano. Contudo, este câmbio de percepção talvez seja um dos maiores desafios, tendo em vista que o desagrado com o corpo está profundamente arraigado nos modos de vida atuais, bem como a massificação de produtos, serviços e informações ditos “de saúde”.

Considerando que a insatisfação com o corpo e a insuficiência perante as exigências podem estar na base de certas expressões do mal-estar contemporâneo, as práticas corporais integrativas apresentam potencial de contribuição na medida em que podem provocar algum estranhamento diante dessa realidade, bem como fomentar outros modos de relação e percepção do próprio corpo e do corpo dos outros. Tomando emprestado o quadro analítico de Han (2017), em contraposição à sociedade da positividade, as práticas seriam capazes de resgatar a negatividade dos limites corporais. Reconhecer as limitações e acolhe-las são ações que se opõem à autossuficiência e à negação das falhas e fragilidades humanas, que se manifesta na não admissão de sua exposição, principalmente ao outro, mas também a si mesmo.

Outra possível análise a ser feita nessa linha trata do resgate da negatividade dos próprios processos de adoecimento. Segundo Moulin (2011), o século 20 marcou um período de expropriação e reapropriação do corpo, caracterizado pela resistência às doenças e aceleração dos processos de seu enfrentamento. Reforçando a utopia da saúde perfeita (Sfez, 1995), vivemos num momento em que o exibicionismo da doença não é mais admissível, o dever é de aparentar estar bem.

Se, no passado, a doença podia se demorar e o corpo era nesse caso o teatro de um drama ritual, hoje não sabemos mais estar doentes. Está abreviado o tempo da convalescência, sendo

necessário voltar ao trabalho, à escola, manter as atividades, estar conectado virtualmente, exibir-se positivamente. A doença é vista como algo a ser combatido rapidamente, é sinônimo de infelicidade. A medicina preventiva e as teorias do risco e da epidemiologia vão tentar prever a doença para detê-la, fundando uma série de saberes e práticas que podem ir buscar essas causas até nos genes, bem como tentar regular a totalidade da vida das populações.

Ainda na análise de Moulin (2011), propõe-se aos sujeitos que prestem conta de seus corpos. E aí instala-se um paradoxo. O corpo é o lugar onde a pessoa deve esforçar-se para parecer que vai bem de saúde, camuflando a doença. Em compensação, a medicina moderna consiste em denunciar em cada um de nós uma desordem secreta; são exames periódicos, *check-ups*, listas de regulações difíceis de seguir. Não à toa, os avanços tecnológicos no campo dos diagnósticos são enormes.

Corbin (2012) empreendeu análise semelhante a respeito da dor. Na sua visão, a dor constitui uma perturbação do sistema sensitivo, mas é também uma construção social, psicocultural. Seu *status* foi se transformando em distintos períodos históricos, de uma certa apologia a uma recusa da dor. O enaltecimento da dor pode ser identificado nas mensagens cristãs, onde Cristo sofreu pelo bem da humanidade; nas mensagens aristotélicas, onde a dor seria um bom sinal, preditor de doenças/males; nas escolas ou com soldados, operários e camponeses, onde a dor teria um caráter formativo, fundamento da virilidade, a partir dos castigos, geralmente aplicados para fortalecimento da disciplina e correção moral.

Contudo, o autor aponta, no século 19, o advento da revolução anestésica, permeada por vários fatores. O desaparecimento das imagens de massacres, guilhotinas e matadouros da visão pública, aliada à ascensão de direitos dos indivíduos, crescimento do consumo, desenvolvimento do luxo e surgimento de exigências inéditas por conforto, além dos maiores cuidados com o corpo, compuseram a cena de demanda por menos dor. A analgesia, a anestesia e a antalgia foram marcadores desta mudança, que foi instaurando um novo regime de sensibilidade. Esse novo regime alterou profundamente o estatuto da dor, com abaixamento dos níveis de tolerância, sendo concebida então como uma complexa elaboração emocional. De seu estatuto de dignidade, passou para o de um corpo ferido a ser reparado, de modo que hoje prevalece a evitação da dor.

O contexto de medicalização da vida circunscreve os modos atuais de conceber e lidar com a doença e a dor, que se colocam na linha da rejeição, da não aceitação. Primeiro porque induz a olhá-las isoladamente, sem considerar outras imbricações corporais aos quais elas podem estar associadas, para além do organismo. Segundo porque promete sua extinção,

usualmente pelo uso de medicamentos, o que vai ao encontro direto da expectativa de solução imediata dos problemas.

Essa intenção de encobrir/tornar irreal o corpo sofredor, para se conformar a sociedade da positividade (HAN, 2017), é compatível com os acenos da indústria farmacêutica e do complexo médico-industrial. Contudo, mostra-se avessa a certas concepções das práticas corporais integrativas. Esse é um ponto interessante, polêmico na abordagem do tema.

Em muitos casos, vemos as PICS serem associadas a um reforço da positividade. Alguns princípios filosóficos destas práticas, principalmente de inspiração oriental, vêm sendo apropriados no ocidente como formas de afirmação da felicidade (como um bem-estar subjetivo), do pensamento positivo, da lei da atração, do segredo e do poder da mente, da promessa de felicidade eterna, permanente, etc. Por certo, o poder do pensamento positivo e seus afins, constituiu uma abertura de mercado e se expandiu na sociedade do desempenho, sobretudo em materiais de autoajuda.

Contudo, o que gostaríamos de salientar aqui, é que o reconhecimento do sofrimento como inerente à condição humana é ponto fulcral nas tradições que organizam as práticas estudadas. Nos fundamentos do *yoga*, a eliminação do sofrimento é o correspondente da “iluminação”, ou seja, objetivo primordial da prática. Na tradição chinesa, esse ideal também está posto no entendimento da longevidade e, mesmo no *lian gong*, que está mais detido na fisiologia do que na filosofia, sua proposta é de um trabalho sobre os problemas corporais.

Significa dizer, que as práticas corporais integrativas têm como pressuposto a negatividade do sofrimento e, diante da aceitação dessa condição, propõem-se como alternativas para amenizá-lo. Essa reflexão é importante para esta pesquisa, porque impacta diretamente na compreensão de saúde-doença que deriva desse entendimento.

Os *Yoga Sutras* de Patanjali, um dos mais importantes textos clássicos do *yoga*, apresenta o tema do sofrimento, sempre presente em diversas filosofias orientais. “Tudo é sofrimento para o sábio” (*Yoga Sutra*, II-15). Este texto aborda a miséria existencial, considerando que ela não ocorre em função de condições materiais, econômicas ou sociais difíceis, pois mesmo quando todas as necessidades e perturbações parecem supridas (físicas, mentais, morais, financeiras), sempre permanece uma espécie de inquietude e agitação interior. Seja qual for a extensão dos sucessos exteriores, permanece uma instabilidade, uma insatisfação, uma falta. Assim, constata-se que não é possível se viver em um estado de felicidade perpétua. Embora predomine o pessimismo neste olhar, os *Yoga Sutras* chegam a

indicar as causas do sofrimento humano e apontar meios para reduzi-lo ou elimina-lo, sendo o *yoga* o caminho principal¹⁸.

Na mesma linha, da tradição oriental, as Quatro Nobres Verdades, fundamentos do budismo, também se dedicam ao tema do sofrimento. A primeira nobre verdade tem sido traduzida como “a vida é sofrimento” ou “existe sofrimento”. As “verdades” referem: 1) a afirmação da realidade do sofrimento; 2) a origem do sofrimento; 3) a cessação do sofrimento; 4) a realidade do caminho para cessação do sofrimento, o qual está centrado no Caminho Óctuplo¹⁹.

A afirmação do sofrimento como parte da condição humana também está colocada nas teorias de Canguilhem (2017). Para Caponi (1997), talvez a maior riqueza das análises de Canguilhem resida justamente neste argumento, na sua insistência em tomar como ponto de partida as infidelidades do meio, os enganos. Este privilégio das adversidades remete a um conceito de saúde que não pode ser reduzido a qualquer padronização ou determinação fixa e estabelecida, que não se pode generalizar, que não admite considerar a doença como dis-valor ou contra-valor. Algo que também foi destacado por Lefèvre; Lefèvre (2007), de que a doença não seja sinônimo de fatalidade.

Para estes autores, vivemos em um meio em que flutuações e novos acontecimentos são possíveis, portanto, a saúde tem a ver com “essa possibilidade, diferente em cada um de nós, de representarmos o conjunto de capacidades ou poderes que possuímos para conseguir enfrentar as agressões a que necessariamente e inevitavelmente estamos expostos”²⁰. Se estamos sempre em devir, a saúde não pode ser pensada como ausência de adversidades, mal-estares, infelicidades, e sim como a capacidade de enfrenta-las (CAPONI, 1997, p. 292, tradução nossa).

Tomando como base este entendimento de saúde, então, podemos afirmar que a saúde é a categoria central nas práticas corporais integrativas, e não a doença. Buscam reestabelecer e ampliar a vitalidade e impulsionar a potência de encarar as adversidades, intenção relevante frente à bruma das impotências que caracteriza o quadro do mal-estar contemporâneo.

¹⁸ Destacamos a dissertação de Pereira (2018) que teve como objetivo interpretar saberes, conceitos e valores presentes na escritura *Yoga Sūtra* de Patañjali, visando identificar e discutir conteúdos que possam contribuir para a atenção psicossocial na APS.

¹⁹ O Caminho Óctuplo é um conjunto de oito práticas que correspondem à quarta nobre verdade do budismo: entendimento correto, pensamento correto, linguagem correta, ação correta, modo de vida correto, esforço correto, atenção plena correta, concentração correta. Também é conhecido como o “caminho do meio” porque é baseado nas noções de moderação e harmonia, conforme os ensinamentos de Buda.

²⁰ Trecho original: “*esa posibilidad, diferente en cada uno de nosotros, de representarnos el conjunto de capacidades o poderes que poseemos para conseguir enfrentar las agresiones a las que necesariamente e inevitablemente estamos expuestos*” (CAPONI, 1997, p. 292).

Este entendimento se mostra consonante com a concepção clássica de saúde que permeia o campo das PICS, segundo o qual a saúde é vista como sinônimo de equilíbrio. Equilíbrio é um termo que remete à constância, à estabilidade, porém, a compreensão de saúde que viemos apontando fala mais sobre um devir, sobre a vida em mutação constante, sobre as alternâncias entre saúde e doença, nem sempre com fronteiras bem definidas no *continuum* da existência. Por isso, há importância em adjetivar o equilíbrio na compreensão de saúde como um equilíbrio dinâmico, a fim de qualificar os modos de se relacionar com os processos saúde-doença como uma habilidade de viver nas instabilidades cotidianas.

As práticas corporais integrativas, portanto, não estão preocupadas em oferecer um elixir imediato de resolução de problemas pontuais, embora às vezes até possam ter tal efetividade. Mas visam oferecer recursos para que as pessoas possam abordar seus processos saúde-doença de forma não medicamentosa, ampliando seu repertório de ação na vida cotidiana. E com chances de acessar processos menos superficiais, que podem estar na base de suas expressões de mal-estar. Tal intento corrobora com a compreensão de autonomia, atrelada aos sentidos de promoção e educação em saúde no contexto do SUS.

Além disso, mostra-se precisamente afinado com o perfil epidemiológico brasileiro, onde predominam as doenças crônicas. Moulin (2011) explica que a doença crônica significa a longa convivência da pessoa com a deficiência orgânica. Seu diagnóstico instaura uma reorganização do dia a dia do paciente, se não uma medicação permanente, ao menos uma vigilância regular. O doente desenvolve um grau de intimidade com a medicina, onde o corpo se torna objeto de incessantes negociações com as normas proclamadas pelo saber-poder dos médicos.

Dentre as necessidades em saúde das usuárias da pesquisa, não se apresentaram enfaticamente doenças crônicas, mas as demandas giraram em torno de quadros crônicos, um ponto de relevo posto para o SUS, sobretudo para a atenção básica. As dores corporais, as doenças e fatores de risco, os males na coluna vertebral foram marcados por certa cronicidade para muitas usuárias, assim como as questões relacionadas a saúde mental. Aqui nos referimos a certa durabilidade desses elementos na vida das pessoas, o que sinaliza também uma necessidade de trabalho para favorecer com que possam integrar sua condição particular ao seu projeto de vida.

Contudo, tal propósito não precisa ser visto como uma falta de comprometimento das práticas corporais integrativas com os processos de adoecimento. Seus efeitos podem sim alcançar resultados de eliminação de problemas mais imediatos. Nos dados da pesquisa, tais

resultados ficaram evidentes em alguns relatos e, de forma mais flagrante, na redução ou suspensão do uso de medicamentos.

Pensar como lidar com quadros crônicos é um desafio, porque implica relativizar a noção de cura. Para certos diagnósticos, pode não haver cura, fazendo com que as ações em saúde precisem se redirecionar para o âmbito da convivência com o problema. A medicina, se por um lado vem avançando muito no desenvolvimento de técnicas e tecnologias diagnósticas, apresenta-se bastante limitada no âmbito dos tratamentos. Sua aposta principal está nos fármacos, sem preocupações maiores com o cotidiano dos usuários ao longo da vida, com a negociação de diferentes possibilidades terapêuticas, com a dependência que pode se criar a partir destas medidas, com a falta de resolutividade por vezes notada, com a produção de efeitos colaterais que geram novos problemas, o que reforça a necessidade de se buscar outras alternativas terapêuticas para quadros crônicos. Ainda prevalece a objetificação do corpo na “sociedade laboratório” (MOULIN, 2011, p. 44), onde os modos de lidar com o novo perfil epidemiológico parecem reproduzir velhas práticas usadas no combate às doenças infectocontagiosas, em situações agudas.

No caso das práticas corporais integrativas, a prioridade de sua ação se coloca no plano da terapêutica, tendo poucos recursos previstos para diagnose. O perfil das participantes da pesquisa indicou que a maioria foi encaminhada por profissionais das unidades de saúde para os grupos, demonstrando, de certo modo, o consenso sobre seu papel terapêutico. Desta forma, percebemos que as práticas corporais integrativas não se colocam na linha terapêutica da evitação, da negação das adversidades e processos de adoecimento, visando adequação à sociedade da positividade, mas visam fortalecer a potência de lida com eles, quem sabe com resultados mais duradouros.

As potencialidades das práticas corporais integrativas também reiteram a Atenção Básica como seu *locus* privilegiado de inserção. Na visão de Lima; Silva; Tesser (2013), é aí que os sofrimentos e adoecimentos se encontram, muitas vezes, em fase inicial, quando seria possível e desejável haver ações terapêuticas e de fortalecimento do autocuidado e do potencial de autocura e reequilíbrio das pessoas. Tesser (2017, p. 221) é preciso em justificar porque a APS é o lugar maximizador da potência e facilitador da ação das PICS, e isso pode ser estendido às práticas corporais integrativas a partir dos dados desta pesquisa:

- a) sua notória capacidade de estimular o potencial de autocura do sujeitos, por hipótese, muito mais efetivo e potente se utilizada em situações iniciais ou menos graves dos adoecimentos, o que é justamente o caso do contexto comunitário em que a APS se insere;

b) sua reconhecida aceitação pelos vários grupos sociais, derivada de vários fatores, dentre eles, a multiplicidade de suas raízes culturais, a convergência de seus valores e concepções de mundo e adoecimento; c) o reconhecido bom relacionamento com os usuários, envolvendo uma melhor ressignificação e experiência dos adoecimentos e cuidados, com maior participação dos doentes, o que é sobretudo valioso e importante em situações de adoecimento crônico; d) a progressiva importância e maior prevalência de problemas crônicos, devido a maior longevidade da população, que torna muito relevante a participação das pessoas e sua adaptação às transformações envolvidas nos adoecimentos crônicos e seu manejo – o que, por outro lado, gera no cuidado biomédico maior iatrogenia, motivadora da busca por alternativas de tratamento, um dos grandes motivos de procura das PIC; e) o caráter menos iatrogênico em geral dessas práticas, comparativamente à biomedicina; f) (decorrente dos anteriores) o potencial de redução de danos e de facilitação de manejo e redução de excessos de intervenção, medicalização e iatrogenia, presente nas PIC em geral e nas RM vitalistas em particular; g) sua potencial contribuição para uma ampliação da capacidade interpretativa e terapêutica com segurança e baixo risco para muitas situações de adoecimento inespecíficas e pouco enquadráveis na nosologia biomédica, que respondem por uma substancial proporção do volume de atendimentos dos serviços de APS, e muito mais presentes na APS que em outros ambientes de cuidado institucional; h) uma maior aproximação dos terapeutas das vivências dos doentes e um maior compartilhamento simbólico com os usuários, que facilita o fluxo de orientações e cuidados, o acolhimento e a empatia exercida pelos profissionais, dado que uma das frustrações dos usuários com a biomedicina é o comum tecnicismo materialista da abordagem dos profissionais, com pouca escuta, impessoalidade, pouca atenção aos aspectos subjetivos e relativamente pobre manejo das singularidades dos doentes (relegados a arte da prática médica e dos outros profissionais), além de divergências sobre a natureza dos adoecimentos.

Paim (2008) afirmou que a maioria dos problemas de saúde apresentados pelas pessoas é simples e que 80% dos casos poderiam ser atendidos e resolvidos nos serviços básicos e no âmbito municipal. Tesser; Sousa; Nascimento (2017) reafirmam a importância da Atenção Básica, a partir de evidências que mostram que o cuidado baseado em APS é de melhor qualidade, gera populações mais saudáveis, tem maior equidade e custo-efetividade.

Vimos discorrendo sobre como as práticas corporais integrativas exercem esse seu potencial terapêutico. Até agora, vimos como elas se constituem como práticas de desestimulação, de cuidado com o corpo ao invés de seu culto e que tem a saúde como categoria central. Para encorpar tais argumentos, acrescentamos a perspectiva multidimensional com que buscam abordar o corpo e os processos saúde-doença.

Ficou evidente no conjunto de respostas das usuárias da pesquisa que a maioria deu conta de relatar relações entre as práticas corporais integrativas e sua saúde em diferentes

dimensões humanas. Foram feitas menções a aspectos físicos, emocionais, mentais e até energéticos ou espirituais. Esses dados são relevantes por revelarem que tais práticas podem acessar diferentes dimensões humanas simultaneamente e isso parece ser significativo para as usuárias, pois compõe o conjunto de sentidos que atribuem à sua saúde.

Essa potencialidade constitui um dos pilares das práticas corporais integrativas, cujas dinâmicas desenvolvidas nas aulas vão buscar envolver a multidimensionalidade dos seres a partir do corpo em movimento. Nesse sentido, a concepção de corpo subjacente a estas práticas se pauta na complexidade, expressa nessa multidimensionalidade. Essa característica das práticas supera o olhar biológico predominante no modelo biomédico, e demonstra alinhamento com o entendimento dos processos saúde-doença como fenômenos complexos, cujas experiências envolvem a totalidade do ser.

Se recuperarmos a teoria dos cinco corpos e a teoria da causalidade descendente, descritas anteriormente, veremos que as práticas corporais integrativas se colocam como possibilidades de abarcar as diferentes frentes por onde se desenvolvem os processos de adoecimento. Talvez por isso, algumas usuárias tenham mencionado que acharam tal prática muito completa, percebendo desdobramentos em diferentes aspectos do corpo e da vida.

Outro aspecto fundante das práticas corporais integrativas para fazer frente ao controle-estimulação, diz respeito à dimensão ética. Conforme significativo destaque dado pelas usuárias à dimensão coletiva, do grupo, as práticas se mostraram como produtoras de sociabilidades e foram desenvolvidas a partir de valores como cooperação, amorosidade e solidariedade. O acolhimento e o respeito a diversidade, por parte de usuárias e condutoras, marcaram um ambiente de convívio harmonioso.

Para além do clima de tranquilidade e exercício da referência interna, estimulados pelos próprios movimentos e dinâmicas das práticas, algumas aulas também trouxeram elementos da tradição, tematizando tais valores no grupo. Isso foi visto, especialmente, nas danças circulares, em letras de músicas, nos métodos de ajuda mútua para fluência da roda e das coreografias, em intenções/orações feitas para participantes do grupo, no toque corporal contínuo de mãos dadas e abraços; em ações de compartilhamento de “tapetinhos” e em princípios filosóficos do yoga, como os *yamas* e *nyamas*; além de mensagens emitidas pelas condutoras ou usuárias em momentos iniciais e finais das aulas e nos momentos de confraternização realizados em todos os grupos dentro ou fora do horário de aula.

Vale citar o “*lovemove*”, citado por uma das usuárias, como expressão para simbolizar “o amor movendo”. Interessante na medida em que alguns relatos deram conta de que tal sentimento de convívio e amizade fomentado nos grupos se estende para outros

relacionamentos pessoais, laborais e mesmo para pessoas desconhecidas, na direção da compaixão, da não reatividade e da mediação de conflitos.

Diante do exposto, as práticas corporais integrativas analisadas demonstraram que estão fundadas em uma ética contrária aos preceitos do individualismo e da competição. Luz (2003; 2013) estudou propriamente os valores e os diferentes *ethos* que sustentam distintas práticas corporais. No caso das integrativas, observou cenário muito semelhante ao desta pesquisa. A autora constatou que elas

favorecem o restabelecimento da comunicação, a criação de interações sociais, a formação de grupos, redes e mesmo movimentos – ainda que focalizados pela “saúde”, ou pelo menos pela cura. Relações de solidariedade, ou ao menos de cooperação e apoio mútuo, ainda que localizadas, restritas ao espaço onde se desenvolvem as atividades, tendem a se estabelecer, tornando-se o ponto de partida para a renovação da sociabilidade, para a constituição de “novos amigos”, de “trocas sociais” (de informações, experiências, conselhos, orientações) que vão pouco a pouco formando um tecido social comunicativo, com criação e extensão de atividades para fora do âmbito das práticas de saúde. O isolamento é aos poucos vencido e ressurgem nos indivíduos o otimismo e a esperança, com o restabelecimento da confiança no outro, mesmo que no restrito grupo e no curto espaço de tempo onde a atividade é exercida (LUZ, 2013, p. 16).

O que a autora pretende deixar claro é que estas práticas se tornam pequenos e múltiplos pontos de resistência ao individualismo e à competição, uma vez que trazem de volta para a cena aspectos que estão negados pela sociedade atual, como a cordialidade, a cooperação, a solidariedade, mesmo focalizada, o prazer de estar com o outro e consigo mesmo. Dito de outro modo, o estilo individualista, fisicalista, narcisista e competitivo de interação social fica culturalmente deslocado com estas práticas.

Nascimento et al (2013) destacaram que são práticas compatíveis a anseios de preservação e sustentabilidade em seu sentido amplo, nos níveis biológico, social e natural. Tais indicativos acenam para a vida em harmonia coletiva. Nesse sentido, os ideais de progresso, desenvolvimento, conforto e sucesso, característicos da sociedade “do desempenho” ou “da autonomia”, dão lugar à uma preocupação de que todos possam viver bem e com dignidade. Além disso, estão atentos às relações com a natureza, cuja preservação é indispensável para o bem-viver coletivo, encorpendo a caminhada rumo a superação ética e política dos valores dominantes.

No interior das práticas corporais integrativas analisadas se prezou a empatia, se importar com o outro, valorizar o convívio, a simplicidade e a cordialidade, opondo-se à

violência, discriminação, ódio, consumismo, desigualdade e exclusão social. Embora haja uma diversidade de sentidos e representações atribuídas a estas práticas, fica evidente que elas nem sempre reproduzem os valores sociais hegemônicos, podendo ser portadoras do anúncio de um novo *ethos* para o viver em comum (LUZ, 2013).

Nesse sentido, como foi destacado pelas usuárias, as práticas em grupo se constituíram como possibilidades de criação de vínculos, entre usuárias e com as condutoras dos grupos, tornando a participação importante para romper o isolamento social, o qual muitas vezes foi associado às bases do quadro do mal-estar descrito nesta pesquisa. De acordo com o perfil das usuárias, vemos que tal isolamento pode ser influenciado pela idade, pelos padrões corporais, pelas doenças, pelo nível socioeconômico.

Luz (2013) apontou que tendem ao isolamento as mulheres maduras e idosas, vítimas dos valores do corpo jovem, produtivo e belo como critério de aquisição de *status* e ascensão social. Mas também os homens de meia ou terceira idade, os obesos, as pessoas com deficiência física e mental, os jovens desprovidos de dinheiro e beleza padrão, são situados em lugares inferiores da escala social onde predomina o “capital corpo”. Os valores sociais dominantes tendem a acentuar o isolamento progressivo de número significativo de pessoas, processo que é ainda mais evidente para as que vivem diante de pobreza material, psicológica e cultural.

Nesse contexto, as práticas corporais integrativas e as possibilidades de encontro e conagração que promovem, são atividades que podem retirar as pessoas do isolamento social, com impacto significativo sobre processos saúde-doença. “A saúde representa, nesse 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” (LUZ, 2013, p. 15).

O formato do trabalho em grupos, portanto, mostrou-se assertivo, a partir dos elementos empíricos e teóricos, indicando para o SUS a pertinência de valorizar a dimensão coletiva nas práticas terapêuticas. Contudo, não basta apenas reunir as pessoas. Está bastante evidente que os valores que sustentam os encontros é que carregam o potencial terapêutico das atividades. Assim, pode-se compreender que o diferencial das práticas corporais integrativas, em comparação com outras atividades grupais, são os pilares éticos. Luz (2013) já havia identificado que algumas formas específicas de atividades físicas ditas “de saúde” favorecem mais o cultivo do corpo e o individualismo do que outras.

Tendo analisado ao longo da pesquisa os elementos sociais e históricos que dão conta do desligamento dos seres humanos da totalidade ao longo do processo civilizatório e a constituição da sociedade moderna fundada no individualismo, até chegar às formas de expressão destes modos de viver no mal-estar contemporâneo, vimos que a dimensão ética

assume centralidade no debate sobre a saúde. A mobilização de valores contra hegemônicos, mesmo que de forma localizada, convida a estabelecer outras relações consigo e com os outros, podendo impactar não apenas na saúde, mas na própria vida em sociedade.

Luz (2013) chega a questionar se o apelo à saúde na atualidade se tornou tão importante porque os valores que poderiam assegurar sua presença estão ausentes. Souza; Luz (2009, p. 396), no contexto de discussão dos movimentos de contracultura, também indagaram: “Seria possível crer que, à medida que a sociedade moderna se foi desenvolvendo em direção ao individualismo (...), o holismo tenha passado a ser uma ‘sombra cultural’, a retornar periodicamente, questionar a direção hegemônica e expressar a necessidade de retorno à dominância da totalidade social?”

Até o momento, viemos discutindo como as práticas corporais integrativas contribuem para que as pessoas lidem com o mal-estar. Esse seu potencial terapêutico foi destacado por serem promotoras de desaceleração, de contato consigo e com o tempo presente, de criação de sociabilidades, de abordagem das múltiplas dimensões humanas, de anúncio de uma ética pautada na cordialidade, no apoio e no convívio solidário. Contudo, o modo como tornam possível tais promoções merece ser salientado e discutido.

O recurso que estas práticas mobilizam para propiciar tal trabalho de sensibilização e reflexão em torno da saúde é a experiência com movimentos corporais, recheada com componentes específicos (saberes, valores, filosofias, técnicas) de cada prática que lhe imprimem as qualidades já mencionadas. As práticas corporais integrativas se constituem como propostas de movimentações que agregam técnicas de respiração, relaxamento, mobilidade em sequências rítmicas ou posturas de permanência, oriundas de diferentes tradições culturais. Sua realização prevê a execução de movimentos associados à atitude mental, como forma de favorecer a introspecção e a qualidade de presença.

Se Han (2017) havia abordado a contemplação como uma forma de resistência ao controle-estimulação, coincidindo, de certa forma, com esses elementos centrais das práticas corporais integrativas, Birman (2014) realiza uma severa crítica ao que chama de orientalismos, naturismos ou práticas exóticas. O autor coloca essas modalidades no mesmo patamar das atividades em academias de ginástica e *spas*, concebendo que todas constituem uma cultura do somático. No seu ponto de vista, o trabalho sobre os registros do corpo e da ação não seriam suficientes para dar conta de certas demandas de saúde, uma vez que representam apenas os escapes dos problemas, os lugares de expressão do mal-estar.

Ao que parece, o autor está realizando uma crítica à utopia da saúde perfeita e da imortalidade, mas também à medicalização social, duas faces da mesma moeda, porque é

sempre o corpo que está no foco. Também partilhamos desta crítica, então nos coube questionar essa dupla interpretação das práticas corporais integrativas, pela qual podem ser vistas como insuficientes ou como saídas para o mal-estar.

A crítica do autor é bastante pertinente, tendo em vista que um olhar reducionista sobre as práticas corporais integrativas pode levar a um trabalho apenas do corpo físico. Não à toa, alguns estudos vêm problematizando os processos de ocidentalização de práticas corporais orientais, e apresentando que as formas mais difundidas estão relacionadas ao privilégio do “treino externo” em detrimento dos elementos de “treino interno” (FERNANDES; RODRIGUES; ROCHA, s/d). Para além do contraste cultural, a conversão das práticas em mercadoria, tende a ajustá-las aos interesses dos consumidores, frequentemente subsumidos à lógica do culto ao corpo. Assim, o esvaziamento do enraizamento cultural das práticas, por vezes tem resultado numa apropriação que enfatiza o corpo físico e a dimensão técnica, em detrimento de seus saberes filosóficos. Diante disso, caberia perguntar de que modo tais práticas vem sendo apropriadas nos serviços de saúde.

Nesse sentido, estamos compatibilizando com Birman (2014) de que as práticas corporais integrativas não podem se limitar ao corpo físico. Pois certas demandas de saúde exigem abordagem complexa. Talvez a diferença mais pungente a ser problematizada a partir da crítica do autor se coloque no plano metodológico. Ou seja, para dar conta das diferentes formas de mal-estar, o autor advoga em favor da narração, por ter sua base referencial na psicanálise, enquanto as práticas corporais integrativas vão apostar nas experiências de movimento corporal.

Sem a pretensão de estabelecer um comparativo entre as diferentes abordagens²¹, até porque talvez possa haver mais de um caminho terapêutico para resolver uma mesma demanda,

²¹ A tensão entre o acesso ao inconsciente por meio da linguagem verbal ou através do corpo é presente no campo da psicologia, por exemplo, nas abordagens contrastantes de Sigmund Freud e Wilhelm Reich. Para o primeiro, o acesso ao inconsciente é possível através da linguagem verbal. Para o segundo, o corpo revela o inconsciente, uma vez que arranjos de grupos musculares e ritmos corporais são capazes de informar sobre a personalidade, reconfigurando proposições terapêuticas. Esta terapia considera que as inscrições dos eventos da vida, os traumas, as emoções reprimidas, estão no corpo e se manifestam na formação de couraças desde a infância. Posicionadas ao longo do corpo, semelhante à localização dos *chakras*, a rigidez das couraças impediria o fluxo da energia vital. As ações terapêuticas visam, basicamente, manipular as couraças, aumentar a energia vital através da respiração e perceber as resistências emocionais que surgem ao longo da terapia, que é guiada mais pelo que a pessoa mostra e menos no que ela diz. Assim, por meio da manipulação do corpo esses registros viriam a tona sem passar pelo filtro da “mente”, algo considerado fundamental nesta abordagem, pois a mente estaria identificada com o ego, isto é, presa nas histórias que contamos sobre nós mesmos sobre o que pensamos ser. A integração da experiência corporal com a atribuição de sentidos seria o desfecho para a cura. Além da bioenergética, uma série de abordagens terapêuticas de cunho holístico, em que pesem suas diferenças, coincidem em entender que a cura se dá de forma mais rápida e efetiva sem a participação da mente, porque esta se encontra identificada com o ego. Por exemplo, a constelação familiar considera exclusivamente as sensações corporais como guia para a verificação da verdade, excluindo intenção, emoção e catarse. Outras propostas no bojo da esfera quântica têm tratado de propostas terapêuticas na linha da desidentificação (da mente-ego), em que a pessoa se percebe como observador daquele

aventamos algumas ponderações analíticas em torno do par experiência-linguagem para tentar tratar dessa contenda. Principalmente porque as usuárias consultadas manifestaram uma série de melhorias referentes ao quadro do mal-estar por elas relatado e que foi associada à participação nos grupos de práticas corporais integrativas, os quais não contaram com momentos sistematizados de falas, partilhas, conversas, avaliações, conforme já descrevemos.

Iniciamos com duas constatações. A primeira é que às usuárias cabe a experimentação das práticas corporais integrativas em silêncio. A segunda é que, do ponto de vista da proposição, as práticas lançam mão de outra linguagem, que não exclusivamente a narrativa, para desenvolver seus processos terapêuticos. Buscam envolver o corpo na sua totalidade, atuando na sensibilização e no aguçamento das percepções humanas. A linguagem que circula é a dos movimentos, que têm uma gestualidade própria, nomes peculiares e formas de orientação para sua realização que partem das condutoras. No ato da execução, predomina o silêncio. A ausência de fala, como modo de facilitar a atenção plena, é justamente a condição para as qualidades de introspecção e presença.

Gumbrecht (2015) afirmou que aquilo que não é linguagem é presença. Aqui, a linguagem seria algo que requer interpretação e atribuição de sentidos bem circunscritos às palavras. O autor faz uma crítica à hegemonia da linguagem e não à linguagem em si. Chama atenção para outras formas de linguagem que podem produzir epifanias, que derivam do funcionamento normal da linguagem, mas também podem ir contra ele. Cita como exemplos a literatura e a poesia, afirmando que no sistema de comunicação das artes, a percepção é um conteúdo transportado junto com o sentido, pela linguagem. Também menciona a experiência mística, como experiência de meditação, conexão/unicidade, pela qual, ao invés de descrever algo, a experiência é um efeito da linguagem e de seus poderes inerentes de persuasão.

Nos atos cotidianos, somos convocados a interpretar e dar sentido a todas as coisas, faltando muitas vezes a simplicidade de estar presente antes de atribuir sentido. É possível pensar que os efeitos de presença nos formam tanto quanto a produção de sentidos, de modo

que sente, não como aquele que sente, em unicidade. As novas técnicas terapêuticas se mostram mais simples e rápidas, na medida em que não buscam trabalhar as crenças (pois em se estando desidentificado, a pessoa entra num estado de não crença), não sendo necessário, portanto, sequer trazer à consciência qualquer conteúdo, permitindo que a cura se processe direto no inconsciente. Interessante notar que a não identificação com o ego é algo que está presente nas escrituras milenares orientais como caminho para eliminação do sofrimento humano. A experiência de conexão significa a não identificação com o ego e a identificação com o Absoluto (o Brahman para os indianos, o Tao para os chineses, a Physis na antiguidade grega), a experiência de unidade. Parece haver uma linha conectiva entre o passado remoto e um anúncio de futuro, no qual as apostas para solução dos problemas humanos se encontra no presente com as mesmas estratégias. Isso está sendo comentado nesta tese para dizer de outros poucos exemplos de abordagens terapêuticas que tem no corpo seu elemento condutor, prescindindo da narração e dos processos de racionalização das experiências, demonstrando a pluralidade teórico-prática nestes assuntos.

que nem toda experiência humana pode ser resumida a produzir camadas de significação. Há algo de potencial na experiência que nem sempre pode ser exprimido como discurso, e nem por isso é menos constitutivo daquela experiência.

Hadot (2010) analisou a noção de presença numa perspectiva histórica. Apontou que os gregos antigos descreviam a essência da obra de arte, enquanto os modernos se interessam mais pela repercussão que produz sua descrição. Colocou em contraste autores que consideram que era próprio do ser humano na Antiguidade alegrar-se espontaneamente, inconscientemente, com sua existência, sem passar, como os modernos, pela reflexão e linguagem; e autores que questionam essa visão positiva, dizendo que os antigos eram também inquietos e angustiados, tinham vazio interior, ódio, receio de estar só, carregavam o peso do passado e do futuro, o medo da morte. Entre essas divergências, um ponto comum foi o reconhecimento de que havia uma forte serenidade antiga, que para os primeiros autores era parte do temperamento grego, e para os segundos era adquirida, não inata, num contexto de vontade de filosofia e arte, de encontrar paz por meio da transformação de si e olhar o mundo.

O autor identificou menções sobre a presença desde o movimento sofista no período arcaico (V a.C.), passando pelas correntes epicurista e estoica, dentre as quais assumiu conotações distintas, mas ambas convergiam no privilégio ao presente, na concepção de que a felicidade reside no presente. Se olharmos para as escrituras orientais antigas estudadas, encontramos correspondências com tais sentidos. Também é possível encontrar referências à presença como uma concentração no instante do agora que corresponde a uma liberação do passado e do futuro e a uma disposição de acolher, aceitar o que está se passando, sem julgamentos no sentido de tentar compreender intelectualmente aquele conteúdo.

Tal liberação, na visão de Hadot (2010), não corresponde a uma evasão do real, como faziam os românticos que se refugiavam num ideal exterior e nostálgico. Pelo contrário, convida a conferir dignidade ao trivial, reconhecer que o trivial pode ser matéria de criatividade, é necessário descobrir nele a riqueza. Nessa ótica, colocar-se no presente representa elevar-se a um ponto de vista superior, onde se vê do passado e do futuro, o presente, abrindo-se a uma infinidade de possibilidades. Similar à perspectiva oriental, a atenção no presente pode ser geradora de felicidade e de realização do dever de existir no cosmos, sentimento profundo de participação, identificação com uma realidade que transborda os limites do indivíduo.

A presença seria a expressão máxima da ideia de conexão, e vice-versa. A presença seria a possibilidade do estado integrador da experiência. Esses autores citam a arte como uma forma exemplar de elevar o trivial a uma dignidade ética e estética. E também para dizer da presença

como uma entrega ao assombro da vida, aquilo que, sem um significado imediato, irrompe naquele contato, naquela experiência.

Tais reflexões podem ser feitas também a partir das práticas corporais, onde o sujeito praticante nunca é o espectador, é sempre o protagonista. Seu objeto de meditação é o próprio corpo. Daí que os assombros possíveis são sobre si e suas relações com a vida. Que provocações podem ocorrer quando colocamos o corpo em movimento? Que dimensões da sensibilidade humana se ativam quando experimentamos outras formas de linguagem?

Hadot (2010) coloca que existem dois pontos possíveis da experiência do instante excepcional: um é a alegria espontânea e reflexiva; outro é a tomada de consciência e ato de vontade que transforma a êxtase em consentimento de ser-no-mundo. Estes argumentos parecem admitir o papel formativo da experiência no momento em que algo irrompe no sujeito. Assim, podemos pensar que o potencial terapêutico das práticas corporais integrativas não está apenas na esfera do entendimento, mas em algo que toca e modifica, que produz novas formas de compreender e de agir no mundo.

No caso das práticas corporais integrativas, podemos ver que a experiência corporal é construída a partir da forma e da substância das práticas, que são disponibilizadas aos sujeitos. A mesma matriz de forma e substância é lançada ao grupo, mas cada pessoa será provocada de modos distintos. A partir de sua história de vida viverá aquela experiência e lhe atribuirá sentidos. Por “forma” estamos entendendo as técnicas dos movimentos, a gestualidade, a realização em grupo, a ritualística das práticas. Por “substância” referimos os modos como esses elementos são orientados a serem realizados, ou seja, a explicitação da cosmologia, de princípios filosóficos, dos saberes e/ou intenções associados, da simbologia dos gestos e dos rituais concernentes às práticas. Por exemplo, o movimento de juntar as mãos na altura do coração: sua forma consiste em unir as palmas das mãos em frente ao peito; sua substância pode ser associada à gratidão, conexão espiritual, saudação, conforme a orientação do condutor, e pode ser realizado acompanhado da entonação de um mantra, de um silêncio meditativo, de uma oração, ou seja, de uma intenção explícita/orientada associada ao movimento, agregando uma substância à forma.

Podemos ver que as práticas corporais integrativas, portanto, podem ser provocativas do ponto de vista tanto da forma, quanto da substância. As propostas de movimentações em ritmo lento e com atitude mental concentrada; a gestualidade distinta de outras práticas corporais mais difundidas; o ambiente fraterno e acolhedor; algumas dinâmicas ritualísticas; e o próprio convite à presença, são elementos que caracterizam a forma das aulas, os quais, por si só, podem ser motivos de estranhamento por parte dos praticantes, porque destoam de

aspectos que caracterizam os modos de viver contemporâneos. Ademais, a cosmologia, expressa em princípios filosóficos e na simbologia de movimentos e rituais, vem a acrescentar ainda mais pontos de estranhamento quando é tematizada nas aulas, porque contesta os valores hegemônicos que orientam os modos de viver, também do ponto de vista da substância que preenche a forma.

A aposta do potencial terapêutico na forma ficou explícita nas aulas de *lian gong* observadas. Registros do diário de campo deixam claro que todas as aulas foram iguais, compostas pelas mesmas três séries de exercícios, sem nenhuma manifestação verbal da condutora ao longo delas, apenas repetição de movimentos. Essa maneira de organização das aulas está calcada na ideia de que o trabalho corporal se dá a partir de outra racionalidade médica, a Medicina Tradicional Chinesa. Embora haja muita substância nas práticas vinculadas a essa RM, o *lian gong* é uma proposta híbrida, combinada com a biomedicina, que tem como prioridade a realização correta dos movimentos. Significa que sua base parte de outro entendimento da anatomia e fisiologia do corpo, de outra concepção de saúde-doença e de outra abordagem terapêutica, todos fundamentados no fluxo da energia *qi*. A compreensão de que os exercícios põem em movimento a função motriz do *zhen-qi* (*qi* verdadeiro) no organismo humano, facilitando a circulação do sangue e, por conseguinte, interferindo nas condições patológicas, pareceu ser suficiente para justificar a prática de *lian gong*, sem ser necessário nenhum apelo à substância, apenas repetição de movimentos.

Já nas atividades de danças circulares e *yoga*, forma e substância se combinaram durante as aulas. Nas danças, a forma e a substância estiveram direcionadas mais à dimensão coletiva, ao cultivo da cooperação, da alegria, do prazer do convívio, do otimismo. No *yoga* foi visível uma abordagem mais densa de princípios filosóficos, geralmente relacionados a questões existenciais, ao sistema de crenças, à tematização dos cinco corpos, à impermanência, à atenção plena, entre outros. Nessas atividades, as condutoras foram determinantes nas orientações, mesclando saberes e práticas simultaneamente na efetivação das experiências. Em todos os grupos, coube às usuárias o lugar da experimentação.

O alerta de Gumbrecht (2015) para a necessidade de interpretar tudo de imediato, corresponde ao contexto de velocidade e hiperestimulação que caracteriza a sociedade contemporânea. Mais do que isso, coincide com a racionalidade instrumental moderna que também nos caracteriza como sociedade. Deste ponto de vista, vivemos uma tendência a desconfiar e a desvalorizar aquilo que não envolve uma apreensão intelectual no primeiro plano, algo distinto da concepção oriental.

A aposta na experiência corporal parece convergir com a ênfase do prático sobre o teórico, característica central da filosofia oriental, segundo Moore (1978). Este autor, a partir da análise da variedade, complexidade e riqueza do pensamento ético oriental²², concluiu que apenas um aspecto é convergente na diversidade de vertentes que analisou: toda filosofia existe para fins práticos, deve estar ligada com a vida e seus problemas, sendo a ética sua fase essencial. Enquanto no ocidente, a filosofia surge da curiosidade, do desejo de conhecer, de especulações com menos relação com a vida e mais com o exercício teórico e acadêmico, os filósofos orientais desejam resolver os problemas práticos da vida, seu significado, seus valores, o destino do ser humano, etc, a exemplo das preocupações com o sofrimento humano, já mencionadas.

Para os orientais, a filosofia se torna um modo de vida, uma aproximação de realização espiritual, portanto, é para ser vivida, e não para uma minoria de intelectuais. Moore (1978) afirma que o objetivo supremo subjacente à busca da verdade na filosofia oriental é a determinação do modo correto de vida. Nesse aspecto, a filosofia assume uma dimensão de atitude, configurando a noção de “prática” como a busca da verdade como caminho para a salvação humana, enquanto no ocidente a prática é entendida apenas como ação, atividade. Admite-se que o intelectual e o prático são um só, na medida em que só se compreende tal verdade quando se vive essa verdade, algo que esteve presente no contexto das práticas corporais estudadas.

Esse aspecto foi visível na abordagem de alguns conceitos, cuja compreensão se torna acessível quando experimentados no corpo em movimento, a exemplo das noções de presença, atenção plena, consciência corporal, etc, bem como a própria experiência de unicidade alcançada em estados meditativos. Para estes casos, o estudo intelectual tende a não ser suficiente para garantir a compreensão. Tesser (2013) destacou que o saber da MTC, por exemplo, é experimental, de um modo próprio e sofisticado, e se desenvolve na medida em que é experimentado no corpo, na totalidade do ser, distinto e além de observações do tipo causa-efeito.

O entendimento oriental de que o teórico só encontra justificativa como guia para o prático, tenciona a racionalidade instrumental ocidental. Na sociedade moderna racional, existe uma hipervalorização da teoria em sobreposição a prática. Northrop (1978), ao analisar relações entre a “filosofia intuitiva oriental” e a “filosofia científica ocidental”, demarca que existem

²² Moore (1978) analisou o hinduísmo, rig veda, upanishads, baghavad gita, sankhya, yoga, vaiseshika, nyaya, mimamsa, vedanta, charvaka, jainismo, budismo, confucionismo, neoconfucionismo, taoísmo, hedonismo, moísmo, legalismo, xintó, bushido, zoroastrianismo, islã, e elencou ênfases da filosofia ética oriental.

dois tipos de conceitos: por intuição (denota alguma coisa imediatamente apreendida e cujo significado completo também é dado por tal coisa. Ex. azul) e por postulação (seu significado completo é designado por postulados na teoria dedutiva na qual ocorre).

A experiência de conexão, por exemplo, coloca-se como experiência conhecida apenas pela intuição, sem envolver mediações. É diferente da concepção ocidental de experiência, que tem na linguagem e na narração o seu demarcador. Nesse sentido, as práticas corporais integrativas parecem convidar ao resgate dos componentes subjetivos da experiência corporal, subjugados pela racionalidade instrumental. Trata-se de reconhecer que a apreensão intelectual não deve ser desprezada, mas não é a única forma de acesso à compreensão da realidade e que existem experiências que podem ser vividas de modo altamente significativo, mesmo que não possam ser descritas precisamente por meio da narração, e isso não invalida o seu potencial na construção da subjetividade humana.

Outro modo de expressão da ideia de viver a verdade para compreendê-la, apareceu nos dados que falam da imbricação entre a realização dos movimentos corporais e a dimensão ética que sustenta as práticas. Para algumas usuárias e condutoras, os ensinamentos/aprendizados envolvidos na realização das práticas parecem só ter sentido se extrapolam o tempo-espço das aulas. Esses impactos para além das aulas, sobretudo as mudanças de percepção e ação, revelam essa noção de prática de inspiração oriental, que provoca e impulsiona os sujeitos para outros modos de vida, diferente da acepção ocidental em que a prática é somente atividade, podendo se encerrar em si mesma.

Nesse sentido, parece interessante que tenhamos adotado o nome “práticas corporais integrativas” para se referir a este conjunto de modalidades terapêuticas, ao invés de usar o termo “atividades”. Podemos traçar aqui um paralelismo entre os conceitos de práticas corporais e atividade física, assunto que abordaremos com mais detalhes na próxima seção da tese. No primeiro, corpo e movimento são compreendidos em sua relação com a cultura e, portanto, não se restringem à dimensão biofisiológica e ao pragmatismo posto na relação de causalidade direta com a saúde; os sentidos/significados atribuídos pelos sujeitos ao que praticam são valorizados, bem como os modos como constroem suas relações com a saúde no cotidiano da vida, para além de regularidades dadas (SILVA; LAZZAROTTI FILHO; ANTUNES, 2014).

As falas das usuárias da pesquisa mostraram um caráter ambivalente das suas experiências, com maior ou menor grau de resultado nas dimensões de compreensão e ação referentes à saúde. Ao fazer uma análise das respostas separadas por prática/grupo, observamos

certa correspondência entre a organização das aulas (forma e substância) e os aspectos valorizados pelas usuárias.

No caso do *lian gong*, o somatório de respostas das usuárias conferiu maior contribuição das práticas corporais integrativas às dores corporais, aos problemas osteomusculares e articulares. A roda de conversa realizada neste grupo, por exemplo, foi uma espécie de inventário de problemas e processos de adoecimento, sendo que as usuárias não conseguiram tematizar muito além disso as relações das práticas com a saúde. Deram também bastante importância à convivência coletiva. Vemos que os propósitos do *lian gong* estão justamente assentados na prevenção e tratamento de dores no corpo, sendo que seus exercícios foram projetados para cada parte do corpo, considerando-as dentro do organismo como um todo, com vistas a ativar plenamente o *zhenqi* (*qi* verdadeiro) (LEE, 1997). Assim, mesmo que seja derivado da Tradição Chinesa, o *lian gong* se afina mais com sua fisiologia do que com a filosofia, sendo, para muitos, visto como uma alternativa à fisioterapia no tratamento de problemas osteomusculares e articulares. Em resumo, a prática foi projetada para aliviar dores, principalmente nas articulações, e teve êxito. Foi o que as usuárias mais relataram.

Já nas danças circulares, a maioria dos sentidos valorizados pelas usuárias esteve centrado nas amizades, no convívio. Esta prática é, essencialmente, coletiva. Para que aconteça, é condição indispensável a presença do outro, a constituição da roda com todos de mãos dadas. Para a fluência das coreografias, a cooperação, a ajuda mútua e a solidariedade são requisitos básicos, fazendo da interação uma constante. Wosien (2000, p. 28-29) afirma que, ao dançar, “ele não se encontra só consigo mesmo, mas com o Tu, com o mundo ao redor, com o grupo, com a alteridade”, então “não se trata somente de um caminho para encontrar-se a si mesmo, mas, também, do encontrar-a-comunidade”.

No grupo de *yoga* foram estabelecidas relações diversas entre a prática e a saúde, com reflexões aprofundadas sobre a existência e a vida cotidiana. Os princípios do *yoga* sistematizados por Patanjali contemplam a complexidade da prática, envolvendo as interrelações entre as movimentações corporais, com posturas e exercícios respiratórios, as propostas de concentração e meditação, e os princípios éticos que sustentam a prática e devem ser estendidos ao dia a dia. Além de um trabalho para o corpo-mente, o *yoga* busca a difusão de uma visão holística de harmonia e unificação, que pode resultar em bem-estar para as necessidades individuais, mas também contribuir no enfrentamento de problemas sociais, a partir da compaixão, com a proposição de caminhos para lidar com a realidade atual de perda de valores passados sem estabelecimento de novos valores significativos (SARASWATI, 2016).

É pertinente também nessa análise separada por prática/grupo um corte geracional e socioeconômico, conforme vimos através dos dados do perfil das usuárias/grupos, descritos no capítulo metodológico. O grupo de danças circulares foi formado exclusivamente por mulheres quase todas idosas, com baixos níveis de escolaridade e renda, em sua maioria sem inserção no mercado profissional. Perfil semelhante ao grupo de *lian gong*, que incluiu em sua maioria homens e mulheres de meia-idade, com níveis ainda menores de escolaridade e renda. O grupo de *yoga* se mostrou mais heterogêneo, com presença de homens e mulheres, característica intergeracional, presença de estudantes e trabalhadores, e índices mais elevados de escolaridade e renda. A diferença mais gritante entre grupos se deu na escolaridade, sendo que nos grupos de danças e *lian gong*, a maioria das usuárias declarou ter ensino fundamental incompleto, enquanto no de *yoga*, a maioria declarou nível superior completo e pós-graduação.

Todo o conjunto de dados da pesquisa mostra as contribuições das práticas corporais integrativas para que as usuárias possam lidar melhor com o quadro do mal-estar vivido por eles. Todos os efeitos terapêuticos relatados são provenientes do exercício majoritário da experiência corporal, indicando, com unanimidade, benefícios. No entanto, essa última análise comparativa entre grupos, abriu margem para a reflexão de que, nas práticas que articularam forma e substância, houve maior amplitude de respostas associadas a mudanças de percepções e rearranjos na vida e ao (auto)cuidado em saúde. Por outro lado, na prática que apostou apenas na forma, as concepções de saúde e as repercussões das aulas no cotidiano se mostraram reduzidas.

Ao que parece, somente a forma, pelo seu caráter contracultural, já foi capaz de gerar benefícios em diferentes dimensões humanas. Porém, quando houve incorporação de substância, como tematização de alguns aspectos nas aulas, enriquecimento da movimentação corporal com orientações sustentadas em princípios filosóficos, pequenos rituais ou dinâmicas que extrapolaram a repetição de técnicas, explicações sobre a simbologia de alguns gestos, objetos ou músicas, tais benefícios foram amplificados, potencializando mudanças de percepções e incorporação de ações no cotidiano em favor de amenizar o mal-estar e para além deste propósito.

Isso pode ter a ver com as características identitárias do perfil de cada grupo, mas também com os modos como construímos a racionalidade na sociedade ocidental moderna em que vivemos. Ou seja, talvez tenhamos mais facilidade de acessar algumas compreensões quando alguns assuntos nos são apresentados explicitamente.

Segundo Sfez (1995), na filosofia que nos orienta como civilização ocidental, o ser humano é concebido como concebendo-se a si mesmo, ou seja, como tendo uma representação

de si como indivíduo. É diferente da filosofia oriental, em que o ser humano é parte de um todo que o definiria totalmente, uma vez que predomina a não-dicotomia, a união corpo-mente, a concepção de que existe um laço que une a todos, não existindo um eu individual.

Assim, o motor de suas ações é a imagem que tem de si mesmo em relação aos outros, pela qual o sujeito representa o seu papel conforme as nuances que a experiência lhe traz. A representação agencia uma distância, uma prudência de reflexão, de modo que o indivíduo pode fazer variar a representação que tem de si mesmo. Esse espaço de representação é o que chamamos de consciência. E a existência desse espaço é o que evita que nos concebamos a partir do determinismo do ambiente ou de uma essência fixada de uma vez por todas.

A autora segue explicando que o ser humano imagina o mundo que o rodeia, mas também aquilo que é e/ou quer se tornar. Esta representação dá a possibilidade de que a pessoa se recomponha permanentemente, a partir de um trabalho de si sobre si, diferente da crença de que tudo está dado antecipadamente. É um espaço de liberdade em que vão intervir decisão e vontade, estratégia e aposta. Daí que podemos depreender que o trabalho em saúde deve mirar esta consciência, que dá margem de manobra ao sujeito, cultivando mudanças de representação que se refletem na prática social.

Assim, obviamente que a incorporação de práticas orientais no contexto ocidental não conseguirá reproduzir tal e qual sua filosofia, porque vivemos aqui num contexto cosmológico distinto, produzindo então, arranjos, reajustes, a partir do choque com o que nos caracteriza enquanto sociedade. O apelo à consciência – como espaço de representação e não como algo absoluto –, então, é um dos elementos exemplares de tais rearranjos nesse cenário de hibridismo cultural. No caso das práticas corporais integrativas, não se trata de desprezar a mística nelas envolvida, mas de considerar a mística de sujeitos capazes de se reconhecer como seres que podem mudar a si mesmos a ao mundo.

Os dados da pesquisa mostraram que a combinação entre forma e substância foi mais potente nas contribuições das práticas corporais integrativas para a saúde das usuárias, do que o privilégio apenas da forma. É válido considerar que o acesso e compreensão da substância é paulatino e facilitado pela prática da forma, ou seja, elas andam juntas, pela via da experiência. O condutor, todavia, teria a tarefa de facilitar o acesso, falando sobre a substância.

O campo da Educação Física tem uma trajetória longa de discussões a respeito do par teoria-prática, a qual merece ser convocada para finalizar este ponto de análise. Ao analisarmos a constituição da Educação Física como disciplina escolar no início do século 20, vemos que seu desenvolvimento dentro e além das escolas teve caráter inicialmente higiênico e, posteriormente, eugênico, correspondendo aos processos de urbanização e industrialização

pelos quais passava o Brasil, e as necessidades de formação de corpos disciplinados, obedientes, fortes e preparados para o trabalho. Adiante, somou-se a essas premissas a necessidade de defesa da pátria, onde a Educação Física esteve implicada também em fortalecer noções nacionalistas e o projeto político ditatorial.

Nestes processos de formação corporal, física e moral, a ginástica e o esporte foram os conteúdos privilegiados, através dos quais a educação do corpo esteve pautada em movimentos de repetição de gestos técnicos de forma mecânica, ordenada e padronizada (SOARES, 2001). Esta forma irreflexiva de Educação Física constituía uma pedagogia do “fazer corporal”.

Nos anos 1980, foi se constituindo o chamado movimento crítico da Educação Física, em meio aos processos de redemocratização nacional e à efervescência dos movimentos sociais. O campo incorporou saberes das ciências humanas e sociais, apresentando novos pressupostos teórico-metodológicos para o ensino das práticas corporais, que se confrontavam frontalmente com os modelos anteriores reprodutivistas, pautados no higienismo, eugenismo, militarismo e esportivismo. A virada culturalista na Educação Física colocou em cena a dimensão da cultura e a preocupação emancipatória, concebendo seu papel potencial para ideais de transformação social, por meio do desenvolvimento de uma formação humana. O epicentro das discussões foi a Educação Física na escola, mas elementos dessas discussões ressoam também no campo da saúde²³.

As proposições críticas (SOARES et al, 1992; KUNZ, 1994; GRUPO DE TRABALHOS PEDAGÓGICOS UFPE-UFSM, 1991) chamaram a atenção para a existência de um “saber sobre o fazer” e argumentaram em favor da importância de que as práticas de Educação Física contemplassem tanto o movimento corporal quanto a apreensão de conhecimentos sobre este fazer corporal. Neste sentido, em que pesem as diferentes fundamentações teórico epistemológicas das propostas, elas parecem convergir no que diz respeito a incorporação de uma dimensão de análise e reflexão nas aulas de Educação Física, em que se possa tematizar os conteúdos, articulá-los a realidade social concreta e problematizá-los em direção a formação de uma atitude crítica.

Já do ponto de vista da movimentação, se entendemos que a técnica não é neutra, ela sempre está a serviço de uma filosofia e de determinados interesses (SOARES, 2001). Se, por exemplo, no início do século 20 se fez uso da ginástica com seus movimentos mecânicos e padronizados, no bojo de uma educação do corpo disciplinado, necessário ao desenvolvimento

²³ Para melhor compreender estes aspectos da história da Educação Física, sugerimos a leitura de textos de Carmem Lúcia Soares, Lino Castellani Filho, Edivaldo Góis Junior e Valter Bracht.

da ordem social da época, propostas de outras formas de movimento, talvez mais criativas e em outros ritmos, não poderiam ter algum potencial transformador?

No caso das práticas corporais integrativas, é pertinente considerar que as formas de expressão corporal de caráter contracultural podem guardar algum germe de ruptura para/com as visões de mundo hegemônicas. Além disso, a incorporação de saberes sobre as práticas, o que estamos chamando de substância, pode ampliar os canais de percepção e compreensão dos sujeitos, com impacto sobre a saúde. Nesse sentido, a composição da experiência corporal se daria a partir de diferentes formas de linguagem (narrativa e corporal). A partir dessa oferta, cada pessoa elaboraria as experiências e as converteria em ações na vida, não necessariamente no momento da aula, e uma boa aula de fato parece ser aquela que se desdobra para além do seu tempo-espço.

Na discussão sobre forma e substância coube aventar que as práticas corporais integrativas parecem resgatar a dimensão da transcendência humana, tendo em vista algumas dinâmicas ritualísticas no interior das aulas e uma série de produção de sentidos relatados pelas usuárias e condutoras dos grupos. Nas danças circulares pudemos observar em todas as aulas a saudação inicial com a “carta dos anjos” e o abraço no círculo final, às vezes com mensagens de caráter espiritualista e orações. No *yoga*, pudemos ver em todas as aulas a realização de orações de inspiração tradicional indiana, algumas simbologias adotadas nos movimentos e elementos filosóficos tradicionais. No *lian gong* tal característica transcendental não se fez explicitamente presente.

As práticas recuperaram a dimensão da transcendência, na medida em que assumem sua relação com questões energéticas e espirituais. Vários/as participantes da pesquisa mencionaram que as experiências promovem o despertar espiritual, a conexão com o Eu superior, e envolvem alguns rituais, falas ou movimentos de cunho espiritual, mas não religioso. Ao mesmo tempo, trabalham com energia e campos de força, possibilitam a circulação e a obtenção de energia. Embora alguns sujeitos da pesquisa tenham relacionado os elementos energia e espiritualidade, estes elementos não são sinônimos.

As falas dos/as participantes da pesquisa que referem as práticas corporais estudadas como possibilidades de evolução e inteligência espiritual, e de conexão com o Eu superior, remetem à dimensão da espiritualidade, na medida em que esta considera a presença de algo que transcende a realidade normalmente percebida no cotidiano da existência e pode ter grande capacidade de transformar a vida (VASCONCELOS, 2015).

Enquanto a religião está relacionada com a organização institucional e doutrinária de determinada forma de vivência religiosa, a espiritualidade se refere a experiência de contato

com algo misterioso que anuncia a possibilidade de existência de algo que vai além de realidades ordinárias da vida humana e que pode ser atrelado ao sentido da vida (VASCONCELOS, 2015). Para Capra; Luisi (2014), a espiritualidade é uma experiência humana mais ampla e mais básica do que a religião e tem duas dimensões que podem ou não estar acompanhadas de alguma doutrina religiosa: uma que vai “para dentro” ou “para cima” e outra que vai “para fora”, abraçando o mundo e os seres humanos. Para Teixeira (2015), a espiritualidade é uma forma de ver o mundo e de experimentar o mistério de afirmação da vida; funda-se numa experiência primordial de sentido, de apoio e proteção e é fonte de inspiração para o novo, para a esperança e para perguntas e respostas sobre o sentido da existência e do destino humano.

A racionalidade instrumental moderna despreza as dimensões imateriais, tidas como imprecisas, valorizando apenas aquilo que concebe como sendo da ordem material, já que a busca de sentido para as ações humanas e os acontecimentos se colocam na razão e na lógica que procura analisar a realidade conhecendo suas partes, desprezando as percepções vindas da emoção e da intuição. Nessa visão, a transcendência é entendida como algo que estaria fora da realidade concreta, do mundo material, uma vez que a construção do pensamento dicotômico separou o mundo material do mundo espiritual. Nas palavras de Silva (1999, p. 09), “o fim da transcendência é a marca da história do desligamento humano da totalidade, do nascimento de um indivíduo que não crê em uma ordem sobre-humana, a quem não resta outra alternativa senão crer na materialidade manifesta do corpo”.

Contudo, Capra; Luisi (2014) alertam que a espiritualidade é sempre encarnada, incorporada e, portanto, profundamente atrelada à vida. Vasconcelos (2015) afirma que o ser humano tem se mostrado ao longo da história como nunca pronto, sempre em construção, marcado por limitações em seu corpo, em sua inteligência, em sua capacidade de afeto, enraizado num determinado tempo, local, contexto social e cultural, submetido a situações de opressão e sofrimento. Mas, mesmo diante de situações profundamente difíceis, seus sonhos e desejos o movem na direção da superação. Essa dimensão de abertura e força do ser humano para romper barreiras e ir além dos limites seria sua transcendência.

Essa abertura e atração pelo infinito em seres tão marcados pela limitação faz da transcendência um conceito não necessariamente religioso, mas um “elã vital, uma vitalidade surpreendentemente dinâmica presente em todo ser humano” (VASCONCELOS, 2015, p. 32), que dá sentido as ações do cotidiano. As formas de elaboração subjetiva dessa dimensão podem ser amplificadas por certas práticas, a exemplo de algumas dinâmicas presentes no *yoga*, *lian gong*, *qi gong* e danças circulares, como técnicas de meditação, contemplação, respiração,

mantras, relaxamento, danças, músicas, movimentações, interações humanas. Ali se mobilizam percepções e reflexões capazes de provocar mudanças pessoais/interiores e de enfrentamento da realidade exterior, as quais se voltam para gerar algum tipo de orientação e motivação diante das confusões da existência, sendo de tal intensidade que às vezes relativizam outros aspectos da vida.

As experiências na esfera da transcendência, tais como aquelas proporcionadas pelas práticas estudadas, são expressões da ideia de conexão. Segundo Capra; Luisi (2014), a percepção central nos momentos espirituais é a sensação de profunda unidade com tudo, de pertencer ao universo como um todo, de vitalidade intensificada. Para Vasconcelos (2015), elas dissolvem as divisões da mente (em sentimentos, anseios e vontades contraditórias) e possibilitam experimentar o si mesmo como uma unidade profunda, algo que traz paz, aproximando-se das intenções das filosofias orientais de eliminação do sofrimento humano. Estas experiências também permitem ter percepções sintéticas das situações existenciais e sociais, geram um sentimento de conexão com a totalidade do cosmo que relativiza questões particulares que antes dominavam a mente, fortalecem vínculos de identificação entre os seres viventes na Terra e a compaixão.

“Apesar de ser uma experiência individual, ela tem importante significado social uma vez que transforma profundamente a percepção da vida, ressignificando-a e gerando novas condutas” (VASCONCELOS, 2015, p. 37). As experiências com as práticas, para algumas usuárias, produziram novos significados a acontecimentos, a partir da percepção de que há uma forma diferente e inovadora de compreender a realidade por um outro ângulo de visão, o que incentiva a criação de uma atitude reflexiva diante dos fatos rotineiros.

Nesse contexto, ao olhar para as práticas de *yoga*, *lian gong* e danças circulares, vimos que a filosofia que orienta as práticas visa à uma experiência de conexão com a totalidade, na perspectiva da não dualidade, em que se busca superar a separação do ser humano em relação ao universo. O divino está diluído na totalidade do cosmos e não é pessoal, diferente da concepção cristã ocidental, em que a divindade (ou Deus) foi convertida em um homem concreto.

Deste ponto de vista, é pertinente analisar que as práticas de *yoga*, *lian gong* e *qi gong* têm sua origem nas matrizes filosóficas e religiosas do hinduísmo, budismo e taoísmo. No entanto, os modos como são realizadas no ocidente, especificamente, na realidade do SUS estudada, incorporam elementos simbólicos, sem, necessariamente, revelarem filiação religiosa específica e precisa. Em algumas situações, conforme observamos nas falas, fez-se questão de retirar os componentes que poderiam ser vistos como religiosos, no intuito de não afastar as

peças das aulas. Já no caso das danças circulares, cuja origem não está em matrizes religiosas, a espiritualidade figura como um elemento de destaque, no sentido de estimular uma experiência de contato com dimensões que estão além das realidades consideradas normais da vida humana, admitindo que existe algo que transcende a materialidade. Como ponto convergente entre as práticas estudadas, portanto, é possível afirmar que todas preservam e valorizam o elemento da transcendência, importante mobilizador de sentimentos e reflexões que sinalizam caminhos de superação dos dilemas da vida cotidiana, pela resolução de contingências.

A ideia de transcendência às vezes aparece relacionada com o tema da energia, tendo em vista seu caráter abstrato, invisível, mas que pode ser sentido pelas pessoas. O reconhecimento de que existe algo além da materialidade, às vezes leva as pessoas a associar esse algo com “uma energia maior”, diante da dificuldade de descrever este mistério. Além disso, também é válido destacar que, embora abstrata e invisível, a energia pode ser algo percebido pelas pessoas interna e externamente.

Embora haja uma pluralidade de modos de referir a energia (MARTINS, 2012), as falas dos/as participantes da pesquisa, em geral, apontam para, pelo menos, duas compreensões sobre esse termo. Uma delas é a energia como certa força que atravessa o corpo humano. Na tradição chinesa, essa força é conhecida como *qi/chi* e circula através de linhas ou canais energéticos chamados meridianos. No que se refere ao yoga, essa energia é chamada de *prana* e também pode referir a *kundalini*, que circulam pelo corpo através das *nadis*, canais energéticos, e perpassam os *chakras*, centros energéticos. Cada prática propõe diferentes meios de trabalho corporal para fazer movimentar a energia no corpo e o trânsito da energia está associado a certos órgãos, emoções e pensamentos. Já nas danças circulares, a energia parece estar relacionada mais a uma sensação de vitalidade, a sentimentos de ânimo, vigor e positividade com relação a vida, não havendo relação tão direta com as estruturas do corpo.

Outra forma de compreender o termo energia a partir das falas dos/as participantes da pesquisa se refere a uma certa força cósmica que integra e interage entre todos os seres e o universo, ligando o ser humano à vida individual e universal. Seria algo mais próximo ao que mantém a unidade básica do universo, uma dimensão imaterial que coloca todos os seres interligados entre si. A energia seria o princípio vital que liga todos os seres entre si e com as forças organizadoras do universo e mantém a vida.

Enquanto o primeiro entendimento parece apontar para uma certa energia “incorporada”, o segundo está para além do corpo humano, mas ambos estabelecem uma relação de comunhão constante e seu foco comum é a relação com a vida. O ar e a respiração

podem ser um exemplo interessante para ilustrar essa força de conexão interna e externa que mantém a vida individual, ao mesmo tempo em que está presente em todo lugar e interliga os seres vivos entre si e com o planeta. Sem se reduzir à respiração, o *prana* indiano e o *qi/chi* chinês, significam o próprio sopro vital, denotando essa compreensão da energia que anima todo universo.

Para o tema da transcendência, coincidiu a constatação de que, nos grupos em que houveram práticas mais ritualísticas, os relatos de mudanças de percepções e rearranjos na vida e no (auto)cuidado em saúde apareceram em maior quantidade. Este dado, se por um lado pode estremecer um pouco a defesa pela articulação entre o saber e o fazer corporal, apoiada nos modos como construímos a racionalidade ocidental, por outro pode instigar a pensar que razão e transcendência não constituem oposições no plano da experiência, mas são ambas constituintes da experiência humana, inclusive com potencial de impacto na esfera da saúde.

Na visão de Capra; Luisi (2014), a espiritualidade não é incompatível à ciência, mas coerente com a visão sistêmica da vida, na medida em que aponta para uma certa ética de viver e tem argumento político. Os autores discutem que a ciência em geral é associada com avanços e progressos materiais e tecnológicos. Contudo, acumulam-se evidências de que, embora o desenvolvimento da ciência e tecnologia tenha trazido benefícios nunca antes experimentados, as maneiras pelas quais eles são obtidos e distribuídos estão ameaçando nosso bem-estar futuro e a própria existência da humanidade. Assim, a espiritualidade constituiria uma espécie de sabedoria coerente com um olhar expandido sobre a humanidade.

Tal potencialidade de transformar a si mesmo e ressignificar o cotidiano a partir de outras formas de subjetivação constitui um dos demarcadores das práticas corporais estudadas, por meio da valorização da inteligência humana relacionada à imaginação e à linguagem simbólica para lidar com as questões da vida individual e coletiva. Trata-se de recolocar a transcendência na cena e abrir caminho para este outro tipo de inteligência, pela qual a pessoa pode ficar tomada pela potência dessa experiência e passar a atuar de maneira transformada, com uma firmeza que antes não conhecia.

Em suma, no grupo onde houve maior conteúdo filosófico, mais dinâmicas ritualísticas, intergeracionalidade e nível de escolaridade mais elevado, as usuárias relataram maiores mudanças de compreensão e ação no cotidiano, impactando na ampliação da concepção de saúde e em melhorias nos modos de lidar com o mal-estar. Já no grupo que privilegiou a forma dos exercícios, não apresentou apelo explícito à transcendência e teve baixos níveis de renda e escolaridade, as concepções e os recursos para lidar com o mal-estar mostraram-se reduzidos.

Em comum, todos os grupos deram conta de promover impactos resolutivos na esfera da saúde individual.

Vimos, portanto, em associação com o perfil das usuárias, que as maneiras como foram organizadas as aulas, em sua forma e substância, apresentaram potencialidades para oferecer resistência ao contexto sanitário cultural considerado gerador das distintas formas de mal-estar, com influência na constituição das subjetividades das usuárias. Nessa perspectiva, não existe um lugar ideal de alcance ou um ponto de chegada para os sujeitos, mas algo que se expressa como uma espécie de gradação. As pessoas se aproximaram mais ou menos do seu ponto de equilíbrio nas esferas orgânica, cognitiva, emocional, energética, espiritual. O êxito terapêutico das práticas, portanto, não consistiu em chegar a um determinado ponto, mas possibilitar que cada um pudesse descobrir e se aproximar do seu equilíbrio, dinâmico e singular; que conseguisse, a cada novo desequilíbrio, buscar novas formas de se reconstruir como sujeito.

Diante do conjunto de movimentos analíticos empreendidos até aqui, vimos quais as contribuições das práticas corporais integrativas para a saúde e como tais práticas contribuem para que as pessoas lidem com o quadro de mal-estar. Os impactos se mostraram significativos em diferentes dimensões humanas. Contudo, vimos que os relatos das usuárias, independente se provenientes de práticas que lançaram mão do trabalho com a forma e/ou a substância, centraram-se na perspectiva da saúde individual. Quando extrapolaram os sujeitos, trataram do plano relacional, no sentido da sociabilidade e da melhoria de relacionamentos pessoais e profissionais, não alcançando explicitamente a dimensão política. Este é o último ponto que vamos tratar neste tópico de análise.

O que ficou evidente com a pesquisa é que a consideração pelos determinantes sociais não foi associada à saúde por parte de condutoras e usuárias. Não foi, ao menos, no primeiro plano. Quando instigados a falar sobre o assunto, surgiram algumas relações, conforme já descrevemos anteriormente. Esse dado exige uma reflexão profunda, tendo em vista o projeto do SUS.

Considerando que a promoção e a educação em saúde constituem conceitos-chave do projeto do SUS, perspectivado pela reforma sanitária brasileira (PAIM, 2009), é possível compreender que toda ação desenvolvida no interior dos serviços deve estar comprometida com tais dimensões, especialmente no âmbito da Atenção Básica. Deste modo, estando alocadas aí as práticas corporais integrativas, elas precisariam dialogar com tais espectros de saberes e práticas, bem como com os princípios e diretrizes do SUS. Significa que as atividades com estas práticas no contexto dos serviços públicos não podem ser as mesmas desenvolvidas,

majoritariamente, nos espaços privados, onde seria suficiente a satisfação de interesses individuais, quiçá, relacionais. O projeto do SUS convoca à ação política.

Tesser (2009) analisou as contribuições das PICS para a promoção da saúde. Ao compreender este conceito a partir de quatro eixos: 1) a compreensão dual da promoção da saúde com ênfase na dimensão individual do estilo de vida *versus* na dimensão coletiva e social; 2) a intersetorialidade *versus* setorialidade; 3) as questões epistemológicas referentes ao conceito de saúde; e 4) a perspectiva comunicativa e educativa da promoção da saúde. Afirmou que tais práticas podem contribuir com a promoção da saúde das pessoas em nível individual e grupal, numa perspectiva relacional microssocial; que elas permanecem no setor saúde; que se relacionam a uma compreensão positiva de saúde; e que tem um potencial pedagógico relevante, sobretudo no *empowerment* dos sujeitos. Este autor desenvolveu seus argumentos na forma de um ensaio teórico e assinalou que as contribuições das PICS para a promoção da saúde são “pouco exploradas”.

O conceito/estratégia de *empowerment* tem sido considerado um eixo central da promoção da saúde, comprometido com a produção de saúde e com a produção de sujeitos reflexivos, autônomos e socialmente solidários. Contudo, é um conceito complexo e que vem sendo apropriado de distintas formas na realidade dos serviços de saúde. Carvalho (2004) analisou múltiplos sentidos do conceito e apresentou duas noções, a psicológica e a comunitária.

O *empowerment* psicológico foi definido pelo autor como “um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas” (CARVALHO, 2004, p. 1090). Essa noção é influenciada por uma perspectiva centrada no indivíduo, ignorando a influência de fatores sociais e estruturais. As estratégias de promoção da saúde associadas a esta noção visam o fortalecimento da auto estima, a capacidade de adaptação ao meio e o desenvolvimento de mecanismos de auto ajuda e solidariedade, buscando a manutenção da harmonia social e de uma relação saudável entre o indivíduo e o seu meio externo.

O autor segue explicando que esta noção de *empowerment* está calcada em um sentimento de poder que cria a ilusão de sua existência efetiva por parte dos indivíduos, quando a maior parte da vida é controlada por políticas e práticas macrossociais. O aumento do sentimento de poder pode não corresponder a uma ampliação do poder real, de modo que esta noção nem sempre incide sobre a distribuição de poder e de recursos na sociedade. A redução do poder à psicologia individual e a confusão da habilidade real de alguém em controlar as

coisas, a despeito do contexto sócio político, pode levar a uma personalização da política e a uma despolitização, favorecendo a manutenção do *status quo*.

Já o *empowerment* comunitário foi designado como “um processo, e um resultado, de ações que afetam a distribuição do poder levando a um acúmulo, ou desacúmulo de poder (*disempowerment*) no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas” (CARVALHO, 2004, p. 1092). A esta noção subjaz uma concepção de poder enquanto recurso, material e imaterial, distribuído de forma desigual na sociedade, que se expressa entre dimensões produtivas, potencialmente criativas e instituintes, e elementos de conservação do *status quo*.

Partindo do entendimento de que a sociedade é constituída de diferentes grupos de interesses que possuem níveis diferenciados de poder e de controle sobre os recursos (especialistas e não-especialistas, homens e mulheres, heterossexuais e homossexuais, pobres e ricos, brancos e negros, etc), as ações de *empowerment* demandariam uma postura ativa de enfrentamento das determinações micro e macrossociais da iniquidade social, implicando, muitas vezes, na redistribuição de poder e resistência daqueles que o perdem.

É importante ressaltar que esta noção não se reduz unicamente a ações políticas coletivas, guinando de um foco exclusivo sobre o indivíduo (como na noção psicológica) para um foco exclusivo para o coletivo, mas circunscreve elementos relacionados a um patamar elevado de *empowerment* psicológico, a participação ativa na ação política e a conquista de recursos materiais ou de poder por parte dos indivíduos e coletivos.

No processo de “*empowerment*” comunitário observa-se a presença de fatores situados em distintas esferas da vida social. Estão presentes microfatores encontráveis no plano individual, a exemplo do desenvolvimento da autoconfiança e da auto-estima; na mesosfera social encontramos estruturas de mediação nas quais os membros de um coletivo compartilham conhecimentos e ampliam a sua consciência crítica; ao nível macro de fatores há estruturas sociais como o estado e a macroeconomia. Este entendimento permite afirmar que o poder convive, a todo o momento e ao mesmo tempo, sob o influxo dos macro e microdeterminantes presentes na vida em sociedade (CARVALHO, 2004, p. 1092).

Ainda na visão do autor, o *empowerment* comunitário considera as instâncias intrapsíquica, intersubjetiva, familiar, comunitária, étnico cultural, num *continuum* entre o nível micro e macrossocial, passando pelos coletivos e grupos sociais. Ou seja, tal noção inclui a experiência subjetiva do *empowerment* psicológico mais a realidade objetiva de condições estruturais, a determinação social e a capacidade de agenciamento humano, a mútua relação entre os condicionantes e determinantes da saúde e a ação dos sujeitos individuais e coletivos.

Assim, o objetivo de suas práticas visa a uma resposta à experiência subjetiva de falta de poder, que, ao mesmo tempo, possa contribuir para mudanças das condições sócio culturais.

Esse entendimento evidencia que, nos processos de politização e estratégias de promoção da saúde, não é apenas a ação política que tem validade. Seu pressuposto seria a ampliação da concepção de saúde, onde os problemas e suas soluções precisariam ser concebidos no seu contexto social, político e econômico. Sua expressão estaria na possibilidade de os indivíduos e coletivos desenvolverem “competências para participar da vida em sociedade, o que inclui habilidades, mas também um pensamento reflexivo que qualifique a ação política” (CARVALHO, 2004, p. 1092).

Nessa ótica, o desenvolvimento da autonomia seria entendido como um processo que envolve a “aquisição de competências tais como o desenvolvimento da auto-estima e da confiança pessoal; a capacidade de analisar criticamente o meio social e político e o desenvolvimento de recursos individuais e coletivos para a ação social e política” (CARVALHO, 2004, p. 1092). As ações em saúde, portanto, estariam direcionadas a apoiar pessoas e coletivos nesse intento, legitimando vozes, promovendo a participação, a consciência crítica e a organização para intervenção sobre a realidade.

A ênfase dos relatos das usuárias da pesquisa na saúde individual, parece sugerir que as práticas corporais integrativas têm exercido maior influência no desenvolvimento do *empowerment* psicológico. No entanto, não podem ser desconsideradas suas expressões em direção ao *empowerment* comunitário, reveladas principalmente nas falas que referiram a participação nos grupos como mote de valorização do SUS, e nas falas de caráter ético, que exprimiram questionamentos aos modos de vida hegemônicos, a partir de outros valores.

Tesser (2009, p. 1738) reconheceu o potencial das PICS em direção ao *empowerment* comunitário, alertando, contudo, que não se deve esperar de seus praticantes discursos e práticas empoderadores semelhantes aos modernos, identificados como politizados, reformadores ou transformadores sociais ou culturais. Pois, tal potencial pode se expressar a partir da experiência vivida e valores que transcendem as formações discursivas ou podem não ter correspondentes exatos a esta linguagem.

A solidariedade, a compaixão, a justiça, a humildade, a flexibilidade, o discernimento e a sobriedade, o desapego, o benefício aos outros seres, o amor – em termos cristãos, a busca da percepção de realidades profundas além das aparências, a valorização do senso crítico, a busca do crescimento e da transformação humana culminando na sua realização, vários desses valores foram e continuam sendo importantes nas práticas e pedagogias dessas racionalidades, que as levam muito

além do conservadorismo social, comumente apontando em sentido contrário, embora sem elaborar propostas de mudança de estrutura social. Tais características as aproximam mais do empowerment comunitário (que do psicológico, se utilizarmos estas categorias), mesmo que este linguajar carregue uma cosmovisão nitidamente moderna, alheia a várias culturas tradicionais e suas racionalidades médicas.

Por outro lado, quando identificamos relatos de usuárias que não associavam a atividade de práticas corporais integrativas com o SUS, visto apenas como o âmbito clínico e hospitalar; relatos em que não se reconheciam como usuárias do SUS, numa perspectiva de SUS para os pobres; relatos de reprodução aparentemente acrítica do imaginário do SUS como um sistema falido e ineficiente, vimos que alguns pontos merecem ser problematizados. Também quando vimos pontualmente a fala “a culpa não é nossa, eles é que tem que se organizar”, no contexto em que discutiam na roda de conversa questões relacionadas à corrupção como justificativa para deficiências dos serviços, parecendo que a pessoa não se vê capaz de intervir sobre os problemas, na espera de que a resolução viesse “deles”, os próprios acusados. Estas falas foram minoria no conjunto de respostas referentes à opinião sobre o SUS, porém, é preciso pensar sobre as lacunas.

Do mesmo modo, quando identificamos poucas usuárias dos grupos nas atividades de greve e nos espaços de participação social, como os conselhos, também nos coube refletir. A própria ampliação da PNPIC num contexto político adverso aguçou a necessidade do debate dos potenciais de empoderamento das PICS, os quais, ao que parece, seriam contrários aos interesses daquele governo em que isso se deu. Ademais, não poderia ficar de fora também a captura, por parte dos governos de esquerda, de um discurso de empoderamento que não necessariamente se converteu em mudanças, porque pautado num ideal de desenvolvimento e progresso que ameaça a vida, em suas diferentes formas de manifestação, conforme abordaremos mais detidamente ao dialogar com o conceito de bem-viver na próxima seção.

Sem desconsiderar toda a complexidade que é o grande tema de mudança de realidade social, tentamos argumentar um pouco a partir de certa retirada das pessoas da cena política, coincidente com as poucas menções à dimensão pública e social nos dados.

Sennett (2014) apresenta contribuições para pensar sobre o descompasso entre os interesses e o envolvimento das pessoas nas esferas pública e privada. Analisando o processo histórico que levou ao “declínio do homem público”, considera que hoje vivemos em uma era da subjetividade radical, onde conhecer-se a si mesmo se tornou antes uma finalidade do que um meio para conhecer o mundo, quase como se a vida psíquica tivesse uma vida interior

própria. Daí que os indivíduos contemporâneos têm se ocupado bastante com as histórias de suas próprias vidas e suas emoções particulares, esvaziando a vida pública.

O autor situa as mudanças para uma vida pessoal desmedida na queda do Antigo Regime, com a formação de uma nova cultura urbana, secular e capitalista. O período anterior era caracterizado por certo equilíbrio entre a vida pública e a vida privada, ou seja, um terreno impessoal em que os sujeitos podiam investir uma espécie de paixão e um terreno pessoal em que podiam investir uma outra espécie. O pano de fundo desta geografia da sociedade era o pertencimento à ordem da Natureza, em que a imagem da natureza humana estava associada a um caráter humano natural, que não era criado pelas experiências de uma vida, mas revelado por elas.

Com a queda deste ideal de transcendência, os seres humanos passaram a crer que eram autores do seu próprio caráter, que cada acontecimento de suas vidas tinha que ter uma significação em termos de definição do que eram eles. Gradativamente o eu passou a definir as relações sociais. Tornou-se um princípio social, a ponto de que o terreno público de significação e de ação impessoais começou a diminuir, esmaecendo a vida pública pela crença de que as significações sociais são geradas pelos sentimentos humanos individuais. A credibilidade política, inclusive, passou a ser associada ao manejo das emoções diante do público.

Como resultado, temos uma confusão entre a vida pública e a vida íntima, em que se tratam em termos de sentimentos pessoais os assuntos públicos. A medida que aumentaram as preocupações com o eu, as práticas que poderiam ser exercidas com pessoas estranhas para fins sociais diminuíram ou perversaram-se com a questão psicológica. O autor esmiúça uma série de eventos sócio históricos para explicar tal processo, dos quais citamos apenas alguns.

Um deles é a exposição involuntária da emoção, quando se passou a acreditar que aquilo que a pessoa é psicologicamente aparece física e involuntariamente. Por exemplo, a criminologia que se dedicava a medir os crânios para afirmar que o tamanho do cérebro era determinante de uma personalidade criminosa. Essa crença apagou a divisão entre sentimento particular e demonstração pública do mesmo. A mistificação da vida material em público também se destacou, com a distribuição em massa de roupas e produtos, gerando uma certa padronização e homogeneização da aparência, com intolerância ao diferente. Ou seja, as coisas assumiram tributos de personalidade. Outro evento foi a valorização da família como um mundo exclusivo, um refúgio idealizado de ordem, autoridade, segurança e amor, com valor moral superior ao público, chegando a tornar-se o parâmetro para a ordem pública.

A exposição da personalidade em público tornava as pessoas temerosas de traírem suas emoções involuntariamente diante dos outros. A tentativa, então, foi apelar para uma defesa

segura que consistia em evitar sentir, não ter sentimentos a exibir, ou seja, um retraimento para invulnerabilidade. O silêncio, portanto, foi se constituindo como o único modo de experimentar a vida pública. A observação era sinal de conhecimento e superioridade, enquanto o trato social tinha *status* inferior.

Atualizando esse contexto, as crescentes tentativas de se retrair de contato com os outros e se proteger pelo silêncio contrasta com o incentivo à visibilidade, facilitada principalmente pela internet. Recusamos que existam barreiras para comunicação, mas caímos numa situação de passividade, especialmente em termos de vida política, e até de reforço aos interesses privados, sem superar dificuldades de contatos presenciais. Outro aspecto é que os agrupamentos assumem função de vigilância, gerando a contradição de que as pessoas tentam ser emocionalmente abertas com as outras, mas se colocam vigilantes ao mesmo tempo.

Isso porque a dimensão dos contatos humanos foi profundamente afetada, constituindo o que Sennett (2014) denominou de “sociedade intimista”. Seus pilares são o narcisismo, como mobilizador das relações sociais, e a abertura de sentimentos um para os outros, que se tornou destrutiva. Assim que, hoje os esforços humanos estão centrados mais em se proteger da vida pública do que em integrar a ordem pública.

O autor reconceituou civilidade como “a atividade que protege as pessoas umas das outras e ainda assim permite que elas tirem proveito da companhia umas das outras” (SENNETT, 2014, p. 380). Também problematizou a perversão do conceito de fraternidade, convertida em simples empatia para um grupo selecionado de pessoas, aliada à rejeição daqueles que não estão dentro do círculo local. Criticou o abandono da crença da solidariedade de classes nos tempos modernos, em favor de novos tipos de imagens coletivas, como os guetos, o bairrismo e a “retribalização”. Em última instância, essas formas estariam sintonizadas com uma premissa básica do capitalismo, a dissociação ou alienação, que representam o não reconhecimento do todo.

Algo que vem produzindo uma incapacidade de imaginarmos relações sociais que suscitem muita paixão, restando uma imagem da vida pública na qual as pessoas se comportam e controlam seu comportamento por meio do retraimento, conciliação e apaziguamento. Nesta época em que as relações íntimas determinam o que será crível, convenções, regras e artifícios surgem para impedir que uma pessoa se revele à outra, instalando obstáculos para a expressão íntima. Esse contexto estabelece correlação com a positividade da teoria de Han (2017), em que há uma certa exigência de aparência, de modos positivos de se exibir; assim como com a teoria de Birman (2014), em que as pessoas têm priorizado viver a dor, numa condição solipsista, do que o sofrimento, que demanda expor as fragilidades ao outro.

Frente à identificação empírica de que o componente político no discurso das usuárias é tímido, cabem algumas provocações inspiradas na obra de Sennett (2014). Uma delas se refere ao fato de que as características identitárias das práticas corporais integrativas poderiam ser associadas a um reforço do subjetivismo. Uma vez que apresentam o olhar para si como um de seus métodos, e o conhecimento de si, como um de seus propósitos, tais práticas poderiam se alinhar facilmente ao desenvolvimento da tirania da intimidade.

Outra se refere a certos preceitos, sobretudo das bases orientais, que colocam o sofrimento como uma condição transversal, que “igual a todos”, independente de classe social, etnia, raça, gênero, etc. Por trás do sofrimento estaria a ignorância, a crença na separação do Todo, no pensamento dual.

Independente de condição social, local e tempo, existe uma continuidade dessa identidade do indivíduo devido as suas tendências e memórias.

Não existe um começo dessas tendências, memórias e desejos, porque eles são constantes.

A base e o suporte para essas tendências, memórias e desejos é a ignorância. Quando a ignorância deixa de existir, as tendências, memórias e desejos deixam de existir.²⁴

(*Yoga sutras* de Patanjali, Livro IV – O Caminho da Libertação, tradução de Tales Nunes)

Como a intenção das práticas é amenizar o sofrimento, seus princípios visam superar a ignorância, por meio do cultivo da unidade com o Absoluto, independente de demarcadores sociais. Alguns preceitos tendem a localizar todo esse propósito na esfera individual, desprezando a ordem coletiva do ponto de vista da “salvação”, uma vez que só pode ser exercida do sujeito sobre ele mesmo e seria possível em qualquer condição social.

No bojo das tradições orientais, ideais de não identificação, impermanência, desapego, estado búdico, etc, que representam seus fundamentos de moderação ou denúncia da atividade mundana, perda de toda individualidade e distinções, relativização do mundo e dos acontecimentos como não sendo reais e insatisfação inicial com o mundo (MOORE, 1978), colocam a “solução” para o sofrimento humano no plano das percepções. Algo que, na escrita de Moore (1978), faz com que a filosofia oriental não assuma um esforço para melhorar as condições do mundo, mas apenas para mudar o estado de espírito do sofredor, inculcando atitudes de desprendimento e indicando a meta da libertação final.

²⁴ Trecho original sem acentuação gráfica: *Jatidesakalavyavahitanam apyanantaryam smrtisamskarayoh ekarupatvat //sutra 9// Tasam anaditvam chasiso nityatvat //sutra 10// Hetuphalasrayalambanaih sangrhitatvad esam abhave tadabhavah //sutra 11//*

Embora não seja pouco amenizar o sofrimento de alguém, essa argumentação ressalta uma certa perspectiva individual, em detrimento do coletivo. Como seria possível fortalecer a vida política, através das práticas, sem abrir mão do enraizamento teórico-prático-cultural que as caracteriza? Se as propostas com práticas corporais integrativas não encaram a política, não podem se colocar plenamente no enfrentamento da lógica de controle-estimulação.

Quando olhamos os dados, além de novamente destacar o aspecto ético, vemos que existe uma aposta significativa na dimensão do encontro, ou seja, do exercício da vida pública, como possibilidade de articulação política entre as usuárias e condutoras. As condutoras manifestaram que os sentimentos de pertencimento podem ser mobilizadores para a organização dos grupos em torno de reivindicações para melhorias nas unidades de saúde e na comunidade. Ou seja, na medida em que as pessoas se conhecem, se reconhecem como comunidade, aumentam as possibilidades de ação política.

Após longas exposições argumentativas, Sennett (2014) se mostra descrente de que a reconstrução da comunidade local seja o ponto de partida para a reconstrução política da sociedade mais ampla. Ele vê um problema na construção de uma comunidade baseada nos próprios termos da experiência intimista, que efetivamente permitiriam às pessoas criar um novo tipo de sociabilidade, baseada em compartilharem sentimentos.

Ele estava se referindo aos processos de urbanização guiados por uma atomização da cidade, a partir de um tipo especial de descentralização, como em Brasília, por exemplo; ao imaginário das multidões, em que as pessoas conseguem adotar medidas de isolamento, mesmo em meio a muita gente; ao caráter de vigilância dos vizinhos na vida comunal local, entre outros. Sua crítica central parece estar dirigida à concepção da vida da comunidade de pequena escala, dos pontos de vista prático e ideológico, aos ideais de autonomia local e de um certo bairrismo.

Seu alerta é de que a crença nas relações humanas diretas em escala intimista nos seduz, mas nos desvia da necessária compreensão das realidades do poder como guia para nosso comportamento político. Além disso, ele recupera os propósitos da cidade, que considera que foram distorcidos com a crença de que as relações humanas se reduzem a demonstrações de personalidade para personalidade. “A cidade é o instrumento da vida impessoal, o molde em que diversidade e complexidade de pessoas, interesses e gostos se tornam disponíveis enquanto experiência social” (SENNETT, 2014, p. 486).

Contudo, os termos da cultura passaram a ser de tal maneira organizados que prevalece uma vivência parcial da cidade, um privilégio dos pequenos grupos, as cadeias do bairrismo, uma rejeição ao diferente, um esquadramento da ocupação geográfica, solidão e individualidade, que resultam em não viver a cidade, em não se dispor a encarar o complexo e

o diferente, em não se apresentar para discordar, na nossa retirada do campo social, com evidente declínio na participação da vida política.

Diante do seu próprio panorama argumentativo, o autor aponta como caminho a instigante renovação de um princípio de comportamento político. Ele urge a todos se reconectar com a comunidade, ação coincidente com o quadro teórico-empírico da pesquisa, mas destaca que a extensão em que as pessoas podem aprender a perseguir seus interesses em sociedade é a extensão em que elas aprendam a agir de modo impessoal. Em outras palavras, que seja admissível e operacional se unir a outras pessoas por interesses comuns, sem a compulsão de conhece-las enquanto pessoas. A cidade seria o fórum privilegiado desse modo de agir, o foco para a vida social ativa, para o conflito e jogos de interesses.

Um dos pontos possíveis a refletir sobre o SUS a partir destas considerações diz respeito a que as ações de cunho político realizadas no interior dos grupos possam extrapolar o seu tempo e espaço, mas também os próprios sujeitos que compõem os grupos, não reduzindo sua satisfação/participação ao benefício próprio. As instâncias de participação social previstas no projeto do SUS são formas de manejar na vida pública ampla os interesses comuns, desde que não cooptadas pelo individualismo e ausência de consciência sanitária de seus conselheiros e representantes nas conferências.

Para caminhar em direção ao empoderamento comunitário, portanto, caberia perguntar se há algo que possa ser feito ao longo das atividades com práticas corporais integrativas para amplificar seu potencial sobre a vida pública. Seria o caso de incluir a tematização de elementos da vida social e política das comunidades como conteúdo das aulas? De discutir o próprio SUS com aqueles participantes, seus princípios e a reconfiguração dos modos de atenção à saúde? De situar seu desenvolvimento em termos de política pública? De apresentar as instâncias de participação social? De aproveitar os momentos de greve e paralisações para referir suas motivações? Se a via da experiência corporal não alcança estas dimensões, seria pertinente lançar mão de outras linguagens, como o discurso?

Ao que parece, por terem forma e substância de caráter contracultural, as práticas corporais integrativas se mostram como possibilidades de trabalho geradoras de sensibilização e reflexão. Ademais, apresentam potencial de promover alto teor de empoderamento psicológico, necessário ao empoderamento comunitário. Desse modo, seria pertinente pensar como podem avançar mais em direção à dimensão comunitária, encarando desafios de ações coletivas, políticas e culturais, crítica social e iniciativas de mudanças em determinantes sociais da saúde.

Os dados da pesquisa indicam que as contribuições das práticas corporais integrativas para a saúde parecem se colocar como alternativas prósperas frente a limites do modelo biomédico. Considerando que as estratégias primordiais de promoção da saúde consistem na combinação de ações voltadas tanto aos aspectos estruturais quanto individuais da saúde (BUSS, 2009), os dados sinalizam a reflexão de que as práticas preservem o potencial terapêutico revelado e procurem se aprofundar nas questões sociais, incrementando os saberes e práticas relacionados ao escopo circunscrito às demandas das comunidades até a política social mais ampla.

A necessidade de tais ações parece se agudizar frente ao cenário político atual, cujo olhar para as políticas sociais tem sido de desvalorização, cortes de financiamento e ameaças às ações amparadas em uma concepção ampliada de saúde. Seria imprescindível ter no horizonte a presença de usuários e condutores comprometidos com a defesa do SUS, que além de desenvolverem essa consciência crítica, pudessem colocá-la em ação no cotidiano, visando a redistribuição do poder e dos recursos sociais.

Vivemos um momento em que a formação da opinião pública tem se dado majoritariamente através das mídias, onde cabe todo e qualquer argumento (das certezas conservadoras retrógradas às “pós-verdades”). Assim, valeria a pena pensar que o SUS, principalmente para os adultos e idosos, que não frequentam a escola, pode também assumir compromisso com a formação humana. As políticas de Educação Permanente (BRASIL, 2007a), Educação Popular (BRASIL, 2013) e o próprio conceito articulador de educação em saúde preveem essa função social para os serviços, inclusive como estratégia para promoção da saúde e participação social.

No que cabe às práticas corporais integrativas, vale ressaltar o seu potencial pedagógico. Os dados da pesquisa mostram esse potencial, na medida em que foram revelando os modos como a forma e a substância das práticas, associados ao suporte humano coletivo, possibilitaram com que as pessoas explorassem as ressignificações e aprendizados advindos das experiências de adoecimento, do mal-estar e da revisão de valores comumente aí envolvidos, algo que Tesser (2009) também havia destacado, inclusive como uma diferença importante das PICS em relação ao modelo biomédico.

Esse potencial pedagógico está relacionado a uma perspectiva de “educação crítica e reflexiva”, opondo-se a uma “educação culpabilizadora” (BESEN et al., 2007), na linha do “método paideia” (CAMPOS, 2012), que visa a formação de sujeitos reflexivos e operativos para atuar nas questões relacionadas à saúde individual e coletiva. As falas das condutoras da pesquisa, em geral, denotaram alinhamento com esta visão, mais entre os profissionais dos

serviços do que entre as voluntárias e residentes. Enquanto que, para as usuárias, predominou o aumento de recursos individuais para lidar com os processos saúde-doença, tanto com resoluções de processos de adoecimento, quanto com mudanças de percepções e ações que auxiliaram na lida com expressões do mal-estar, ao passo em que houve também impactos na esfera coletiva, com mais ênfase no âmbito grupal e microsocial.

4.2.4.1. Categoria central da teoria substantiva

O percurso empírico-teórico desenvolvido a partir da codificação final dos dados permitiu chegar ao elemento-síntese, capaz de reunir o teor das discussões realizadas. Designamos a categoria central referente aos modos como as práticas corporais integrativas potencializam os meios das/os usuárias/os lidarem com seus processos saúde-doença de “co-mo-ver”.

Essa expressão refletiu os resultados da pesquisa em três dimensões:

1) Comover:

No dicionário, a palavra comover apresenta dois sentidos. O primeiro significa “causar ou sofrer emoção viva e subitânea; impressionar(-se)”. O segundo é “mover fortemente, agitar com força; deslocar”. Estes significados são coincidentes com os dados da pesquisa no que se refere à potencialidade das práticas corporais integrativas em comover, sensibilizar, surpreender as pessoas por meio de sua forma e substância. Também expressa o caráter da experiência, como aquilo que nos toca, nos impressiona, de modo que algo de diferente pode irromper no sujeito, gerando um deslocamento de modos de ser e agir no mundo.

2) Como-ver:

Este se refere aos modos como as práticas corporais integrativas podem alterar percepções, (re)construir sentidos e significados sobre a vida, a saúde, os processos de adoecimento e mal-estar, modificando as formas de como vemos diferentes aspectos da existência.

3) Co-mover:

Este se refere à importância da dimensão coletiva. Co-mover no sentido de mover juntos. Co-mover é a expressão do grupo que se encontra para se movimentar juntos,

para praticar corporalmente e mobilizar outras ações. Reflete a importância atribuída ao formato de grupo para realização das práticas corporais integrativas, considerando que as contribuições das práticas para a saúde foram todas produzidas em espaços de compartilhamento de experiências. Também valoriza a esfera pública, a intenção de mudança social, a necessidade de ações coletivas que se preocupem com o desenvolvimento humano, natural e social na sua integralidade.

5. SEGUNDO ANDAR – FORMULAÇÃO DO CONCEITO DE PRÁTICAS CORPORAIS INTEGRATIVAS

Esta seção se dedica a apresentar o trabalho investigativo que culminou na elaboração do conceito de “práticas corporais integrativas”. Inicialmente, pautamos nossos argumentos no plano institucional e acadêmico. Contextualizamos as PICS a partir da PNPIC nas relações com a OMS e com a Reforma Sanitária brasileira. O texto apresenta dados e discute os processos de institucionalização e expansão das PICS no SUS, de modo a situar o contexto geral onde se inserem as práticas corporais integrativas. Logo após, adentramos na especificidade das práticas corporais integrativas, mostrando de que modo essa temática aparece nas políticas públicas de saúde brasileiras e os pontos de convergência e divergência de sua compreensão, quando no âmbito das PICS e da Educação Física, evidenciando a necessidade de um melhor contorno conceitual para este conjunto de práticas.

Em seguida nos concentramos em detalhar a trajetória empírica que deu sustentação à formulação conceitual, descrevendo como fomos produzindo e analisando dados a partir da *Grounded Theory*, até chegar à composição dos enunciados do conceito. Os processos de codificação dos resultados levaram ao estabelecimento da categoria central da teoria, sobre a qual o restante do texto se debruçou em adensar teoricamente. O conceito propriamente dito, produto da pesquisa, é apresentado na sequência, acompanhado da confrontação entre os enunciados conceituais e as representações dos sujeitos da pesquisa, a qual buscou seu reconhecimento junto ao campo empírico.

5.1. INSTITUCIONALIZAÇÃO E EXPANSÃO DAS PICS NO SUS

Embora a existência e o uso de muitas PICS sejam milenares, a intensificação de seus estudos, em diálogo com a ciência e as universidades, e de seus processos de institucionalização, referendados em seu potencial terapêutico, é marca da segunda metade do século 20 e, principalmente, do século 21.

A OMS tem realizado ações na direção de incentivar a implantação de Medicinas Tradicionais e Complementares nos serviços de saúde e a formulação de políticas nacionais em seus Estados-membros desde os anos 1970, quando elaborou o “Programa de Medicina Tradicional”. Atualmente, há políticas com este escopo estabelecidas em, pelo menos, 69 países (OMS, 2013).

Em 1978, a Conferência de Alma-Ata (URSS, 1978) afirmou os cuidados primários como fundamentais para a saúde e preconizou a legitimação de práticas tradicionais, alternativas e complementares como medidas sanitárias e sociais relevantes, ao passo em que a OMS declarou neste evento a insuficiência da medicina tecnológica e especialista para a resolução de problemas de saúde de dois terços da humanidade. Nos anos 1980, a Carta de Ottawa considerou que, além dos aspectos biológicos, os políticos, econômicos, culturais, sociais, de meio ambiente e de conduta podem intervir na saúde (CANADÁ, 1986), ampliando substancialmente o entendimento de saúde.

Em 2002, a OMS estabeleceu um departamento especial para tratar das Medicinas Tradicionais e Complementares, pelo qual foram publicados alguns documentos que evidenciam o interesse na ampliação mundial desta oferta. O documento “*Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*” (OMS, 2002) e as resoluções “*WHA 62.13*” (OMS, 2009) e “*WHA 56.31*” (OMS, 2003) indicam incentivo e pilares fundamentais para tal desenvolvimento: estruturação de uma política; garantia de segurança, qualidade e eficácia; ampliação do acesso; e uso racional. Recentemente, o documento “*WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*” (OMS, 2013) apresenta dados de uso, características, investimento, pesquisas e institucionalização das PICS em diversos países, demarcando visibilidade às potenciais contribuições destas práticas para a saúde humana e indicando metas para sua ampliação na APS.

No Brasil, há registros de PICS no SUS desde a década de 1980, embora sua formalização via política pública tenha se dado apenas em 2006. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, além de demarcar a saúde como resultante de determinantes sociais, propôs “a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida” (BRASIL, 1986, p.10). O anúncio neste relatório está associado ao direito de escolha do/a usuário/a e não define ou dá exemplos de práticas.

O relatório da 9ª Conferência apenas pontua em um trecho que devem ser incorporadas as práticas alternativas em saúde no SUS (BRASIL, 1992). Na 10ª Conferência, nomeia-se inserir homeopatia, fitoterapia e acupuntura (BRASIL, 1998). Na 11ª, reconhece-se o pouco desenvolvimento destas práticas, indicando que elas já deveriam estar presentes nos serviços de saúde (BRASIL, 2000). As diretrizes da 12ª Conferência visam garantir efetivamente a implementação das práticas alternativas, por serem direito do/a usuário/a opções terapêuticas diversificadas, bem como viabilizar pesquisas com recursos do MS e possibilitar aos/às usuários/as e profissionais acesso a informações sobre diferentes modalidades de promoção,

manutenção e recuperação da saúde, desenvolvidas no SUS, como as PICS (BRASIL, 2004). Tais práticas também são reconhecidas na 13ª Conferência, onde um dos encaminhamentos previstos foi o incentivo à pactuação com as secretarias estaduais e municipais para implementação da PNPIC e sua inclusão na Atenção Básica (BRASIL, 2008). A 14ª Conferência menciona criar núcleos municipais de PICS, seguir a implementação da PNPIC e ampliar os recursos (BRASIL, 2012). Na 15ª Conferência, estabeleceu-se como diretriz a prioridade das PICS para fortalecer as políticas de saúde para minorias étnico raciais, comunidades tradicionais, identidade de gênero, LGBT, portadores de doenças raras e pessoas com deficiência (BRASIL, 2016). A 16ª Conferência ocorrerá em agosto de 2019, em Brasília, e seu documento orientador apresenta que nos anos de implementação da ESF houve melhoria de acesso às PICS (BRASIL, 2019).

As menções referidas na 10ª, 11ª, e 12ª Conferências resultaram na criação, em 2003, de um grupo de trabalho responsável pela elaboração de uma política nacional. A presença das PICS em várias Conferências Nacionais de Saúde reforça a demanda social pela sua ampliação. Vemos, portanto, que a institucionalização das PICS no Brasil teve início nos anos 1980, tendo destaque a Portaria Nº 971 de 03 de maio de 2006 que institui a PNPIC.

A PNPIC (BRASIL, 2006a, p.13) define que:

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos [que] envolvem abordagens que buscam estimular 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 nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

A PNPIC foi publicada contemplando cinco modalidades de práticas e foi ampliada recentemente, de modo que hoje abrange 29 modalidades (BRASIL, 2006a; 2017a; 2018a), mas isto não significa que ocorram nas unidades de saúde apenas ações referentes a estas categorias. A PNPIC possibilitou o tratamento de um conjunto de práticas, integrando-as a um marco regulatório único, diferente do que havia antes em termos de regulação das práticas alternativas no Brasil, que eram específicas para cada prática (TONIOL, 2015).

Um importante amparo para a formulação da PNPIC foi a categoria “Racionalidade Médica” (RM), considerada sua sustentação teórica. A política, inclusive, adotou a expressão “sistemas médicos complexos”, associando-a aos estudos do projeto RM. A categoria RM

emergiu no campo da Saúde Coletiva nos anos 1990, a partir da iniciativa de um grupo interinstitucional de pesquisadores, hoje chamado “Racionalidades Médicas”, com objetivo de estudar sistemas médicos complexos e terapêuticas tradicionais e complementares. Este grupo de pesquisa tem apresentado atuação expressiva em diferentes âmbitos que envolvem a temática, conforme pode ser observado no livro de Luz; Barros (2012) e nos artigos de Nascimento; Nogueira; Luz (2012) e Nascimento et al (2013), os quais abordam a produção científica e as ações do grupo.

Segundo esta categoria, para se caracterizar como uma RM, um sistema médico deve apresentar as seguintes dimensões: 1) Morfologia humana, que define a estrutura e a forma de organização do corpo; 2) Dinâmica vital humana, que define o movimento da vitalidade, seu equilíbrio ou desequilíbrio do corpo, suas origens ou causas; 3) Doutrina médica, que define o que é o processo saúde-doença, em suas origens e causas, o que é passível de tratar ou curar; 4) Sistema de diagnose, pelo qual se determina se há, ou não, um processo mórbido, sua natureza, fase e evolução provável, origem ou causa; 5) Sistema terapêutico, pelo qual se determinam as formas de intervenção adequadas a cada processo mórbido (ou doença) identificado na diagnose; 6) Cosmologia, as raízes filosóficas que embasam teórica e simbolicamente as outras cinco dimensões (LUZ, 1995).

Por meio deste referencial, estudos permitiram diferenciar sistemas médicos e outras práticas terapêuticas e possibilitaram reconhecer como sistema médico complexo a medicina tradicional chinesa, a medicina ayurvedica, a medicina homeopática, assim como a medicina ocidental contemporânea. Dado importante, na medida em que contribuiu para o entendimento de que diferentes sistemas médicos complexos coexistem no mundo e que o modelo biomédico não é o único portador de racionalidade, conforme se advoga na sociedade ocidental, a partir dos parâmetros da ciência moderna hegemônica.

A categoria RM merece destaque porque tem contribuído para fomentar o desenvolvimento acadêmico e as discussões; para informar o debate entre profissionais e gestores sobre a legitimação, institucionalização e legalização de diferentes sistemas médicos; para afirmar a legitimidade de diferentes racionalidades e práticas em saúde no debate com as corporações médicas que tendem a desqualificar sistemas diferentes da biomedicina, sob argumentos de charlatanismo e misticismo, e incorporar certas práticas a sua exclusividade, como é o caso da tentativa de apropriação exclusiva da acupuntura pela categoria médica; para defender as práticas integrativas e sua inserção nos serviços públicos de saúde; para fomentar o ensino; para subsidiar a construção de normas e legislações específicas sobre as medicinas e práticas terapêuticas; para realização de eventos enquanto espaços de reunião de pessoas e

articulação de ações; para discussão epistemológica e como ferramenta na prática profissional e política.

O conceito de RM foi fundamental para dar base teórica à PNPIC, embora apareça nela e em alguns documentos estaduais e municipais confundido com práticas terapêuticas. Hoje, podemos afirmar que a PNPIC abrange três racionalidades médicas (Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia e Medicina Antroposófica) e 26 terapêuticas. Luz (2012b) é enfática nesta diferenciação, ao estabelecer como condição necessária e suficiente para definir uma RM a existência das cinco dimensões amparadas em uma cosmologia, mencionadas acima, enquanto que muitas práticas terapêuticas não guardam tal complexidade. Entretanto, ao que parece, o alcance desta categoria tem se estendido na direção da legitimidade e institucionalização destas práticas, mesmo que com menor rigor conceitual.

Após a publicação da PNPIC, pode-se localizar um conjunto de ações voltadas para seu desenvolvimento. O Relatório de Gestão do MS 2006-2010, da Coordenação Nacional de PICS (BRASIL, 2011), pontua uma série de ações e programas: Publicação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; Normatização para Práticas Integrativas e Complementares no SUS-2006– 2011; Regulamentação Estadual/Municipal para Práticas Integrativas e Complementares no SUS; Acompanhamento e Monitoramento das ações das PICS no SUS; Assistência Farmacêutica em Fitoterapia e Homeopatia; Formação e Educação Permanente em Práticas Integrativas e Complementares; Pesquisa & Desenvolvimento em Práticas Integrativas e Complementares; Controle Social; Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; Oficina de trabalho: avanços e desafios para as Práticas Integrativas e Complementares no SUS; Publicações; Convênios; Cooperações nacionais e internacionais; Ações de Divulgação; etc.

Amado et al (2017) também apresentaram um breve histórico das PICS. Acrescentam que a criação dos NASF, em 2008, previu as PICS em seu escopo, permitindo a incorporação de profissionais específicos. A partir daí as PICS também foram incluídas em outros programas e ações como a Academia da Saúde e abordadas em documentos técnicos como os Cadernos de Atenção Básica. Em 2011, as PICS foram inseridas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Em 2012, diversos padrões de PICS foram inseridos nos sistemas de informação e monitoramento, como e-SUS e Sisab. Em 2013, foram publicados um edital de fomento a pesquisas e um edital de fomento a serviços de PICS, que contemplaram, respectivamente, 28 e 17 projetos em diferentes estados e municípios brasileiros, constituindo o primeiro instrumento de financiamento específico para PICS na Atenção Básica. Em 2014 foram ofertados cursos na plataforma virtual Comunidade de

Práticas. Em 2015, foi lançada a Rede Nacional de Atores Sociais em PICS (RedePICS), formada por diversas instituições e atores sociais que, por meio das instâncias de controle e participação social, vêm compondo os processos de construção, implementação e ampliação da PNPIC. Em 2016, algumas mudanças foram feitas para favorecer o monitoramento, como inclusão e alteração de códigos e procedimentos nos sistemas de cadastro.

Acrescentamos a esta lista a realização do 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Saúde Pública e 3º Congresso Internacional de *Ayurveda* no ano de 2018, evento que reuniu mais de quatro mil pessoas em torno do tema, incluindo convidados internacionais. Na ocasião, deu-se a assinatura da inclusão de mais dez práticas na PNPIC (BRASIL, 2018a), a publicação do Glossário Temático de PICS (BRASIL, 2018b) e o lançamento da Biblioteca Virtual em Saúde de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (BVS/MTCI), uma combinação de esforços das Américas para constituir um repositório de materiais sobre este tema. Sem dúvida, o maior evento já realizado na área, com grande investimento no MS, contudo, desproporcional se comparado ao baixo fomento a pesquisas e desenvolvimento dos serviços.

Tais ações se articulam com a elaboração e implementação de outras políticas direcionadas ao SUS, compondo com o movimento da Reforma Sanitária, principalmente no fortalecimento da Atenção Básica. E, tendo em vista que uma política pública não se efetiva com sua publicação, mas na sua realização cotidiana, uma série de formas de apropriação de seu conteúdo e operacionalização no trabalho em saúde vem sendo realizadas nos municípios brasileiros, caracterizando um desenvolvimento heterogêneo e desigual das PICS no país.

À época da construção da PNPIC, o diagnóstico situacional feito pelo MS em 2004 para subsidiar a elaboração da política, dava conta da existência de, pelo menos, uma prática em 26 estados brasileiros, sendo a Atenção Básica o *locus* privilegiado de inserção. A frequência predominante era a de “práticas complementares”, com destaque para *reiki* e *lian gong*, seguidas de fitoterapia, homeopatia e acupuntura (BRASIL, 2006a). A PNPIC, portanto, se por um lado abriu possibilidades de novas práticas no SUS, também se mostrou na forma de um argumento legitimador de ações que já vinham ocorrendo.

Outro diagnóstico situacional feito pelo MS, em 2008 (BRASIL, 2011), indicou que as PICS estavam inseridas em 72% dos casos na APS, 14% na média complexidade e 4% na alta complexidade. Quanto à institucionalização, a existência de Ato ou Lei regulamentando as PICS foi observada em 1220 municípios/estados, indicando um significativo incremento em relação ao levantamento de 2004, que havia identificado somente 16 municípios. Neste

documento, também é possível seguir constatando a existência de práticas variadas, não necessariamente apenas as que constavam na PNPIC.

Sousa et al (2012) analisaram a oferta e produção de PICS no SUS (2000-2011) nos municípios de Campinas-SP, Florianópolis-SC e Recife-PE. Identificaram que a presença de PICS no SUS tem aumentado, principalmente na APS, e que há mais práticas e profissionais em ação do que se pode registrar nos cadastros (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde-CNES e Sistema de Informações Ambulatoriais-SIA).

Atualizações dos dados nacionais dão conta da expansão das PICS no SUS, em números de estabelecimentos de saúde e atendimentos, embora com algumas controvérsias. Segundo Amado et al (2017), de dezembro de 2008 para dezembro de 2016, o número de serviços públicos de PICS cadastrados no CNES subiu de 1070 para 6081, o que corresponde a um aumento de 569% de serviços e ampliação de 719% no número de municípios que ofertam essas práticas. Contudo, quando considerados os resultados obtidos pelo PMAQ-AB, consta que, no ano de 2012, o total de 3209 equipes inseridas no programa afirmou oferecer PICS nos serviços, contra 2452 registrados no CNES. Chama atenção que o PMAQ-AB entrevistou apenas 50% das equipes de Atenção Básica no país, enquanto o CNES engloba 100% das equipes. Já no segundo ciclo do PMAQ-AB, em 2014, o total de 5666 equipes ofertavam PICS em 1230 municípios, enquanto pelo CNES apenas 3458 serviços em 866 municípios estavam cadastrados.

Os dados mais recentes datam do ano de 2016. Amado et al (2017) e Tesser; Sousa; Nascimento (2018) afirmam que foram contabilizados 2.203.661 atendimentos individuais e 224.258 atividades coletivas, pelas informações disponíveis no Sisab e e-SUS. Ou seja, o uso de PICS foi registrado no total de 8200 estabelecimentos de saúde em 3018 municípios. Tais dados aparecem superestimados se comparados ao CNES, onde constam apenas 4834 serviços de PICS em 1057 municípios (AMADO et al, 2017). E também se comparados ao Inquérito Nacional²⁵, que identificou apenas 432 municípios com oferta de alguma PIC entre 2015 e 2016 perante os 3097 dos relatórios oficiais (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Apesar de apresentarem diferentes proporções, todos os dados indicam o crescimento do uso de PICS nos serviços públicos de saúde, em termos de atendimentos e unidades de saúde distribuídas nos municípios. Convergem na constatação de que grande parte da oferta se dá na Atenção Básica, sobretudo via ESF e NASF. Por este motivo, uma das razões aventada por Tesser; Sousa; Nascimento (2018) para a disparidade de dados seria o fato de que o emprego

²⁵ Inquérito telefônico nacional dirigido aos gestores municipais de saúde que contactou 95% dos municípios do país e obteve respostas de 1617. Coordenado por Islândia Maria Carvalho de Sousa, com apoio do CNPq.

de PICS na ESF ocorre por profissionais individualmente em seus serviços, sem apoio ou ciência dos gestores, sem institucionalização significativa da oferta. E, ainda, destacam que, quando um profissional registra que utilizou PIC em um atendimento, mesmo que ocasional, a oferta já é caracterizada como oferta do município. O mesmo ocorre quando uma mesma equipe oferece mais de uma PIC. Ambas situações acarretam dados superestimados. Assim, na visão desses autores, o crescimento das PICS em dados oficiais parece estar associado mais à possibilidade recente de seu registro e à forma de divulgação do que a um movimento consistente de sua inserção institucional. Do ponto de vista do acesso, as PICS ainda não são universais, em virtude da baixa oferta de práticas, número reduzido de profissionais e pouca capilaridade (LIMA; SILVA; TESSER, 2013), exigindo um planejamento operacional para sua ampliação (NAGAI; QUEIROZ, 2011).

Esses estudos concordam, ainda, na constatação de subnotificação, tendo em vista limites de registro e dos sistemas oficiais de cadastro, situação para a qual Sousa et al (2012) já haviam chamado atenção, bem como Lima; Silva; Tesser (2013), Sousa; Tesser (2017) e Cazarin; Lima; Benevides (2017). Além dos ajustes necessários nos sistemas de informação e por parte do trabalho dos profissionais, estes estudos abordam a imprecisão do escopo do que se compreende como PIC na PNPIC, algo que tem nas práticas corporais uma situação exemplar, conforme abordaremos adiante.

Passados dez anos de publicação da PNPIC, várias ações vêm sendo realizadas na direção de seu desenvolvimento nos serviços de saúde, mas os desafios de sua implementação parecem seguir nos âmbitos da produção do conhecimento, da formação e da intervenção profissional, bem como da organização, gestão e financiamento do SUS. Em 2017, a gestão federal da PNPIC organizou um número temático no *Journal of Management and Primary Health Care*, visando debater temas afeitos às PICS e analisar avanços e perspectivas dos dez anos da PNPIC (CARVALHO; ALMEIDA; SOUSA, 2017).

A capacidade dessa política em atender a necessidade de conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências desenvolvidas no SUS vem sendo reconhecida, em meio a um cenário de disputas que envolve, desde questões corporativas e de reserva de mercado, até aquelas que colocam em dúvida a efetividade e eficácia dessas práticas no processo de cuidado (CARVALHO; ALMEIDA; SOUSA, 2017).

Por um lado, temos o relato do empenho do MS para fortalecer a PNPIC, com ações de cooperação nacional e internacional, eventos, reuniões técnicas; com produção de documentos orientadores e normativos; com estratégias de formação profissional, a partir de cursos; com recursos para apoio e estruturação dos serviços em nível estadual e municipal; com incentivo à

produção de pesquisas na forma de edital; com ampliação da divulgação (AMADO et al, 2017; CARVALHO; ALMEIDA; SOUSA, 2017).

Por outro, constam avaliações de que a inserção e expansão das PICS no SUS têm ocorrido sem direção definida, capitaneada pelas iniciativas municipais (TESSER, 2017) e de que a PNPIC foi uma das poucas políticas nacionais aprovada sem orçamento próprio ou indutor, impondo limites substanciais para seu desenvolvimento (SOUSA; AQUINO; BEZERRA, 2017; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018; SOUSA; TESSER, 2017). Além disso, a ampliação drástica da PNPIC nos anos 2017 e 2018 ocorreu no mesmo cenário, com baixo incentivo financeiro. A passagem de 5 para 29 modalidades de práticas ocorreu em contexto político adverso, sem discussão pública sobre a pertinência e a efetividade da diversidade de PICS incorporadas, gerando acenos favoráveis e contrários (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018), o que intensificou os desafios no âmbito da realização de pesquisas, da consolidação do acesso e da inserção institucional.

Essa ampliação ainda não teve condições de ser avaliada, mas deu margem para uma série de perguntas, tais como: quanto e como será aplicado o recurso disponibilizado para implementação da PNPIC? Quem poderá trabalhar com estas práticas no SUS e como se dará essa regulamentação? De que forma se dará o incentivo à formação profissional voltada para as PICS? Qual será o plano de implementação das PICS para superar sua distribuição desigual e oferta insuficiente face à dimensão do SUS e do Brasil? Quais as estratégias para informar e sensibilizar gestores e profissionais para oferta de PICS? Como garantir os recursos e insumos das PICS? De que forma será melhorada a avaliação das PICS, no que tange ao monitoramento e a elaboração de indicadores avaliativos compatíveis com as PICS? Quais serão as fontes de fomento à pesquisa e estruturação dos serviços? Entre outras.

Os últimos acontecimentos no cenário político brasileiro parecem agudizar as dificuldades para desenvolvimento da PNPIC, sobretudo pelos anúncios e ações do atual governo que apontam para o contingenciamento de recursos para o SUS e para sua clara relação com interesses privados, mais do que com o investimento em políticas sociais, além de processos de terceirização de serviços, bens e gestão pública. A reviravolta no governo também interferiu nos quadros de profissionais que vinham exercendo atividades em torno dos temas relacionados ao SUS e as PICS. O momento é de incertezas, tanto em relação a perspectivas para os serviços públicos, quanto à configuração governamental em torno das PICS, que se mostra contraditória, na medida em que ampliou a PNPIC (ao menos sua lista de práticas) par e passo com que ameaça as políticas sociais em geral e a própria democracia, fundante do projeto do SUS.

Como vimos, o campo das PICS é vasto e sua diversidade de modalidades terapêuticas vêm se expandindo nos municípios brasileiros, mesmo que de modo heterogêneo e ainda insuficiente no país. As práticas corporais fazem parte do acervo das PICS. Segundo os dados do MS de 2016, as práticas corporais, em atividades coletivas, são a PIC mais frequente e a que mais cresce em oferta nos municípios e estados brasileiros, algo que está desenhado desde o diagnóstico situacional feito em 2004 para formulação da PNPIC. Destacam-se as práticas corporais da Tradição Chinesa, as danças circulares, as massagens, *yoga*, *biodança* e *reiki*. Seus atributos as constituem como recursos de potencial contribuição para a saúde. Nos tópicos seguintes, adentramos na discussão específica sobre as práticas corporais, abordando como têm sido concebidas na perspectiva das PICS.

5.2. AS PRÁTICAS CORPORAIS NA PERSPECTIVA DAS PICS: DOCUMENTOS OFICIAIS E REFERÊNCIAS ACADÊMICAS

As práticas corporais inserem-se no amplo conjunto das PICS. Tendo em vista que “práticas corporais” é, ao mesmo tempo, uma expressão recorrente no campo das PICS e um conceito identificador do campo da Educação Física, buscaremos discorrer neste item do capítulo sobre elementos presentes nestes dois campos.

Em que pese estas práticas ocorrerem com certa frequência no SUS e seu processo de institucionalização estar em andamento, os modos como elas vêm sendo concebidas na dinâmica da realidade expressa em documentos oficiais são variados. Abaixo apresentaremos a diversidade de concepções sobre o termo práticas corporais expressas em documentos relacionados ao campo das PICS, bem como os casos de ausência de sua conceituação, como ponto de partida do percurso investigativo para a formulação conceitual, o qual permitiu localizar conceitos já disponíveis e traçar um panorama que, ao final, evidenciou a necessidade de um melhor contorno conceitual para o conjunto de práticas corporais vinculadas às PICS.

No campo da saúde relacionado ao debate das PICS, as práticas corporais geralmente aparecem identificadas com bases orientais. No âmbito das políticas públicas, ao olharmos o texto de publicação da PNPIC (BRASIL, 2018a), uma breve análise de conteúdo permite observar que o termo “práticas corporais” aparece dez vezes, sendo todas as ocorrências vinculadas ao tópico da Medicina Tradicional Chinesa (MTC). As práticas corporais, portanto, são contempladas como modalidades terapêuticas vinculadas à MTC, sendo que o texto da PNPIC menciona que, além da acupuntura, “A MTC inclui ainda práticas corporais (*lian gong, chi gong, tuina, tai-chi-chuan*); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de

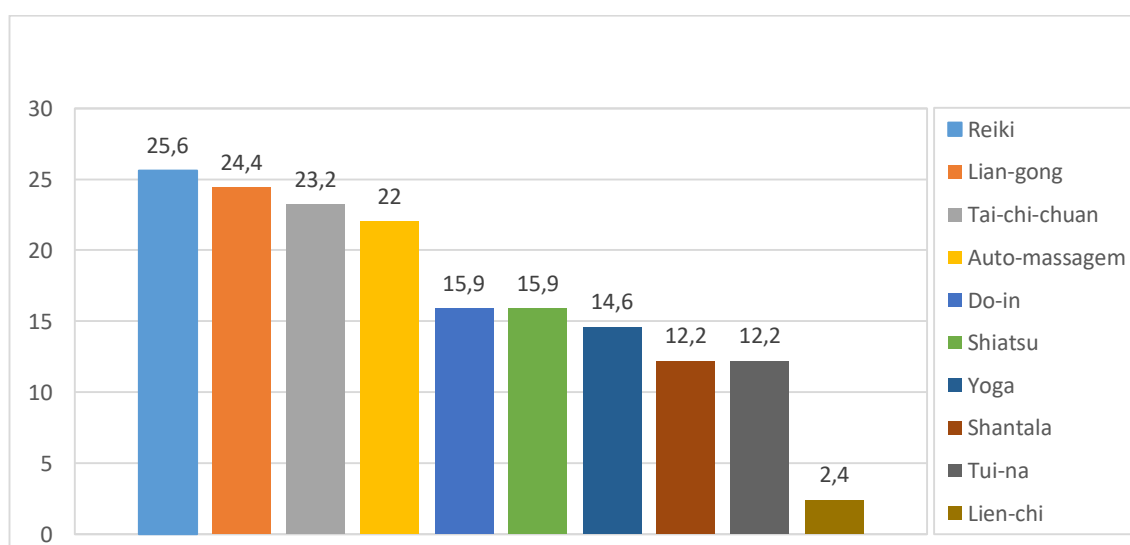
plantas medicinais (Fitoterapia Tradicional Chinesa), relacionadas à prevenção de agravos e de doenças, promoção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2018a, p.18).

Outro elemento de destaque da PNPIC é o uso do termo “práticas complementares” para fazer referência a: *reiki, lian gong, tai chi chuan*, automassagem, *do-in, shiatsu, yoga, shantala, tui-ná e lien-chi*. Este termo aparece nos dados do diagnóstico situacional realizado em 2004 para subsidiar a elaboração da PNPIC, onde o MS anuncia seu interesse em conhecer ações que vinham ocorrendo nas redes públicas de saúde, que envolvessem “as racionalidades já contempladas no SUS, entre as quais se destacam aquelas no âmbito da MTC-Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e da Medicina Antroposófica, além das práticas complementares de saúde” (BRASIL, 2018a, p.16).

Então vimos que o texto da PNPIC, embora use o termo “práticas corporais” para se referir a práticas terapêuticas vinculadas à MTC, ao realizar o diagnóstico nacional, opta por apresentar os dados referentes às práticas corporais a partir do uso do termo “práticas complementares”. Talvez esta opção se justifique pelo fato de que foi identificada nos municípios e estados brasileiros uma diversidade de práticas corporais, que não apenas se relacionam com a MTC, apesar de predominantemente estarem fundadas em bases orientais.

Outro dado relevante da PNPIC é de que as “práticas complementares” foram o tipo de PIC mais presente nos serviços públicos de saúde da realidade brasileira, com 62,9% de oferta, seguidas de fitoterapia, homeopatia, acupuntura e medicina antroposófica. A distribuição por tipo de prática complementar pode ser vista no gráfico:

Gráfico 7: Distribuição das modalidades de práticas complementares nos municípios e estados brasileiros.



Adaptado da fonte: PNPIC (BRASIL, 2018a, p.66).

Segundo Sousa et al (2012, p.2150), “o Brasil difere de outros países na oferta de PICS, pois predominam as práticas corporais, principalmente nos serviços públicos, o que não coincide com os estudos realizados em países da América Latina”. Uma análise desses autores sobre dados do CNES indicou que os registros de PICS iniciaram em 2006 e, entre 2007 e 2011, o número de serviços de PICS cadastrados no Brasil aumentou de 505 para 3.565, com predominância das práticas corporais e acupuntura. Tal oferta se deu em espaços públicos em 87% dos casos, e, destes, as práticas corporais foram ofertadas em 57%. Em dados brutos, o número de serviços públicos de saúde que ofertavam práticas corporais passou de 230 em 2007 para 2.064 em 2011. Nos dados mais recentes do MS (BRASIL, 2016), essas duas seguem sendo as PICS mais frequentes nos serviços brasileiros, sendo que as práticas corporais representam 53% da oferta e a acupuntura, 20%.

Contudo, autores alertam que nem todas as práticas corporais encontradas podem ser consideradas PIC, apesar de terem sido registradas como tal. Sousa et al (2012), Lima; Silva; Tesser (2013), Sousa; Tesser (2017) e Cazarin; Lima; Benevides (2017) indicam para subnotificação nos registros, além de imprecisão no escopo do que se compreende como PIC na PNPIC.

Os dados do diagnóstico de 2004 e do CNES indicam a presença expressiva das práticas corporais relacionadas às PICS no SUS. Contudo, este item de pesquisa não apareceu no diagnóstico situacional feito pelo MS em 2008, o qual se dedicou a avaliar a presença das categorias elencadas na PNPIC à época (Homeopatia, MTC-Acupuntura, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo/Crenoterapia e Medicina Antroposófica), sem abrir espaço para um item a parte sobre as “práticas complementares”, como feito no diagnóstico anterior.

Quando olhamos o diagnóstico situacional de 2008 (BRASIL, 2011), três aspectos chamam atenção no texto: a divisão entre “práticas corporais” e “práticas mentais”, a relação que é feita com a MTC e o uso do termo “práticas corporais integrativas”.

Vemos neste documento que, embora se classifiquem as práticas como “corporais” e “mentais”, as modalidades efetivamente mencionadas foram as mesmas: as práticas mentais citadas no diagnóstico foram *lian gong*, *tai chi chuan*, *yoga*, terapia do sono, técnica de relaxamento, psicologia-terapia chinesa, diferentes tipos de meditação e massagens (*tui-ná*, *shantala*, *shiatsu*, etc); e as práticas corporais foram *tai chi chuan*, *lian gong*, *tui-ná* e *yoga*. Causou estranhamento o texto sugerir uma espécie de fragmentação corpo e mente, diante de práticas que tem como fundamentação a superação das formas de separatividade e a concepção do ser humano como ser integral.

Outra incongruência pode ser localizada na alocação de todas as práticas corporais no subitem referente à MTC, quando algumas não se vinculam a esta racionalidade, a exemplo do *yoga*, cuja referência encontra-se na Medicina Tradicional Indiana ou *Ayurveda*.

Em outro trecho deste relatório, identificamos mais um termo interessante nesta discussão: práticas corporais integrativas. Ao apresentar dados de acompanhamento e monitoramento das PICS no SUS, o texto afirma:

A partir da Política Nacional de Promoção da Saúde, o MS incentivou por meio de editais, projetos que tinham como um dos temas a atividade física e práticas corporais. Em pesquisa realizada pelo MS junto à Rede de Promoção da Saúde identificou-se que de um total de 1000 projetos aprovados, 118 eram relativos a práticas corporais integrativas como *Lian gong*, *Shiatsu*, entre outras (BRASIL, 2011, p.26).

Este trecho parece evidenciar que nem todas as práticas corporais e atividades físicas podem ser consideradas PIC, acrescentando, inclusive, uma adjetivação ao termo práticas corporais, como forma de distinção.

Esta questão foi tensionada por Sousa et al (2012), quando identificaram certa imprecisão nos registros do SIA e CNES sobre o que seja PIC e onde se inserem as práticas corporais. Os autores questionaram o registro de ações do tipo caminhadas, ginástica, artesanato, etc. como PIC. Segundo os mesmos, a PNPIC favoreceu a visibilidade nos sistemas de informação em saúde das práticas que vinham sendo desenvolvidas, mas sem detalhar o que pode ser registrado como PIC; e mencionaram que existem duas portarias (nº. 971 de 2006 e nº. 853 de 2006) pouco esclarecedoras quanto aos termos práticas corporais e outras técnicas.

A segunda portaria citada indica a inclusão do código 068 “Práticas Integrativas e Complementares”, composto de sete códigos de classificação, sendo o 004 chamado de “práticas corporais/atividade física”, o qual consta como único tipo de registro que pode ser feito pelo CBO de qualquer profissional de saúde. Logo abaixo retomaremos a discussão do uso da expressão “práticas corporais/atividade física”, pois esta escolha parece estabelecer relação com outras políticas públicas de saúde brasileiras, cujo conteúdo, diferente do contexto das PICS, foi gestado em associação com os debates do campo da Educação Física.

Nos dados mais recentes divulgados pelo MS, em 2016, as práticas corporais seguem sendo ofertadas em maior número do que outras PICS nos serviços. Contudo, no que se refere a conceituações, a atualização da PNPIC em 2017 e 2018 optou por citar cada prática separadamente, ainda sem esboçar um conceito referente ao conjunto. Provavelmente, a ausência de um contorno melhor delimitado tem dificultado os registros e, por consequência, o

monitoramento, a avaliação e o emprego de recursos direcionados às PICS. Para Sousa; Tesser (2017), não é por acaso que as práticas corporais sejam a oferta que mais tem crescido no SUS, em virtude da diversidade de profissionais que podem atuar com elas (profissionais das unidades de saúde, das equipes de apoio e, ainda, voluntários) e da maior disponibilidade de espaços para realiza-las, pelo uso do território como campo de atuação.

O mesmo relatório de gestão supracitado (BRASIL, 2011) afirma o fortalecimento da institucionalização das PICS com a existência de Ato ou Lei em 1220 municípios/estados brasileiros, segundo dados de 2006. Uma busca na internet²⁶ por regulamentações da esfera estadual permitiu acesso *online* a alguns destes documentos (Minas Gerais, Mato Grosso, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Goiás, Distrito Federal, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul). Ao analisar a presença das práticas corporais no conteúdo destes textos, observou-se uma diversidade de formas de abordagem.

O formato da política de MG assemelha-se a PNPIC. Insere as práticas corporais no item da MTC, mas no diagnóstico situacional realizado, compreende como “outras PIC”: “*Tuiná, Shiatsu, Thai Chi Chuan, Lian gong, Qi Kung, Automassagem, Meditação, Yoga e outras como caminhada, reflexologia podal, ginástica laboral, geoterapia, florais, auriculo-acupuntura, quiropraxia, RPG, atividade física para a 3ª idade*” (MINAS GERAIS, 2009, p.43).

A política do ES incentiva a inclusão de práticas corporais de bases orientais, como *yoga, tai chi chuan, lian gong* e meditação, inclusive no programa Academia da Saúde; e apresenta um Serviço de Orientação ao Exercício dentro de um Programa de Práticas Integrativas de Vitória-ES, onde são oferecidas *yoga e do in* (ESPÍRITO SANTO, 2013).

O RJ, em um texto curto, institui a criação do Programa Terapia Natural, no qual estão previstas a inserção de ginástica terapêutica e terapias da respiração (RIO DE JANEIRO, 2009). Semelhante é o caso do MT, onde foi instituído o Plano Estadual de Medicina Natural e Práticas Complementares no âmbito do SUS, que incluiu também ginástica terapêutica e terapia da respiração, além de massoterapia e quiropraxia (MATO GROSSO, 2015).

Esses casos se assemelham ao das portarias de atualização da PNPIC (BRASIL, 2017; 2018a), nas quais o MS não optou por utilizar o termo práticas corporais no documento, mas nomear as práticas uma a uma (em 2017 foram incluídas 14 novas práticas, sendo que algumas

²⁶ Em outubro de 2018, inserimos no google diferentes combinações de palavras em busca destes documentos, mas tivemos dificuldades de encontrá-los (usamos política estadual de práticas integrativas ou complementares ou alternativas seguida pelo nome dos estados brasileiros e algumas variações). Sobre a política estadual de Santa Catarina, além da consulta via internet, o coordenador da CPIC/SMS deste município nos informou que o texto não foi publicado.

podem ser consideradas práticas corporais, como biodança, danças circulares e meditação; e em 2018 foram incluídas mais 10, sendo a bioenergética um exemplo de prática corporal).

Já o documento de SP, apesar de mencionar o termo, não apresenta exemplos de práticas corporais. Entende as PIC como práticas que se somam às técnicas da medicina ocidental modernas, entre as quais “se incluem as das medicinas tradicionais, tais como acupuntura, homeopatia, fitoterapia, práticas corporais e outros recursos terapêuticos complementares” (SÃO PAULO, 2010).

A política do RN considera como PIC as cinco modalidades da PNPIC de 2006, mais “Vivências Lúdicas Integrativas”, definidas como “Abordagens metodológicas que propiciam diferentes modos de sentir o fluir das emoções de alegria em contextos socioculturais específicos do adoecimento humano, buscando corporalizar o princípio de integralidade da vida” (RIO GRANDE DO NORTE, 2011, p.04) e “Práticas Corporais Transdisciplinares”, definidas como

Abordagens metodológicas que se utilizam da multirreferencialidade de saberes científicos, sobre o corpo, para produzir movimentos, de forma ativa ou passiva, com objetivo de harmonizar processos energéticos na estrutura corporal e transc corporal do ser humano, agregando valores éticos, estéticos e espirituais (RIO GRANDE DO NORTE, 2011, p.04).

A política do RS menciona as práticas corporais e no glossário apresenta um conceito de práticas corporais integrativas:

São práticas que envolvem o exercício físico associado com exercícios respiratórios, concentração mental, atitudes e princípios próprios, baseados em preceitos filosóficos específicos, mas que têm por base a visão integral do ser humano, aqui situando-se as práticas orientais do *Yoga* (Índia), *Tai Chi Chuán*, *Qi gong* (China) (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p.15).

A política estadual de GO é a única que não cita nem define modalidades, nem usa a expressão práticas corporais. O conteúdo do documento apresenta apenas diretrizes gerais sobre o termo PICS (GOIÁS, 2009b).

Destes dados, podemos visualizar que as práticas corporais são contempladas e estimuladas a serem ofertadas na realidade dos serviços de saúde desses estados. Assim como na PNPIC, parece predominar nestes documentos um entendimento de práticas corporais mais vinculado às bases orientais, para além da MTC. Contudo, vimos que vários estados e as atualizações da PNPIC incluíram práticas de origem ocidental, e que algumas políticas apresentaram termos híbridos, que não acionam diretamente a classificação oriente/ocidente,

como ginástica terapêutica, terapias de respiração, meditação, vivências lúdicas integrativas e práticas corporais transdisciplinares.

Chamou atenção também a presença de “outras práticas”, como caminhada, ginástica laboral, exercício e atividade física, associadas a esta nomenclatura, como no caso de Minas Gerais. Esta situação mostra que os documentos têm apresentado diferentes concepções de práticas corporais no contexto das PICS, incluindo, inclusive, práticas que não contemplam alguns balizadores importantes que as caracterizam como integrativas, amparados no modelo da vitalidade-energia.

Foi possível ainda observar que, com exceção de Goiás, todos os demais estados demarcam as práticas corporais em seus documentos, seja apenas usando a expressão “práticas corporais”, seja citando práticas como exemplo, seja definindo cada uma delas.

No campo das definições, destacou-se a política gaúcha como a única a esboçar um conceito conferindo sentido de unidade ao conjunto denominado de “práticas corporais integrativas”, enquanto os demais documentos, tanto no contexto estadual quanto nacional, quando conceituaram algo, o fizeram de cada prática especificamente.

A ausência de uma conceituação do conjunto de práticas corporais relacionadas às PIC também está no âmbito da OMS, que refere estas práticas, mas não as define. Segundo seu mais recente documento, o campo das Medicinas Tradicionais e Complementares

inclui terapias medicamentosas e terapias de cuidados em saúde baseados em procedimentos, tais como fitoterapia, naturopatia, acupuntura e terapias manuais, como quiropraxia, osteopatia e outras técnicas relacionadas, incluído qi gong, tai chi, yoga, medicina termal e outras atividades físicas, mentais e espirituais e terapias mente-corpo (OMS, 2013, p. 31, tradução nossa)²⁷

Recentemente, em 2018, foi lançada a Biblioteca Virtual em Saúde das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (BVS/MTCI). A BVS/MTCI propõe a busca avançada a partir dos seguintes eixos temáticos: Sistemas Tradicionais de Saúde, Sistemas Médicos Complexos, Métodos Terapêuticos e Terapias, e Temas Transversais. Exemplos de práticas corporais integrativas podem ser encontrados no penúltimo eixo, subdividido em quatro itens: 1) Terapias biológicas; 2) Terapias manuais, onde são elencados diferentes tipos de massagens e técnicas de manipulação, além do método Feldenkrais; 3) Terapias energéticas,

²⁷ “include medication therapy and procedure-based health care therapies such as herbal medicines, naturopathy, acupuncture and manual therapies such as chiropractic, osteopathy as well as other related techniques including qigong, tai chi, yoga, thermal medicine, and other physical, mental, spiritual and mind-body therapies” (WHO, 2013, p.31).

onde aparecem *reiki*, toque terapêutico e bioenergética; 4) Terapias mente-corpo, onde são citadas terapias psicocinéticas, meditação, hipnose, biodescodificação, programação neurolinguística, respiração holotrópica, biofeedback, risoterapia, *yoga*, relaxamento, constelações familiares e terapia artística. Esta classificação mostra uma forma de organizar conjuntos de práticas corporais, mas também não apresenta definições conceituais.

Concomitantemente ao lançamento da BVS/MTCI, o MS publicou o Glossário Temático de PICS (BRASIL, 2018b). No que se refere às práticas corporais, o documento apresenta definições de práticas específicas e três verbetes que contemplam a noção de conjunto:

Práticas corpo-mente, fem. pl. Práticas utilizadas para promoção da saúde que promovem, entre outros benefícios, o fortalecimento da atenção e da concentração e agregam técnicas de relaxamento, respiração, contemplação, treino do foco da atenção por meio de sons, palavras, imagens.

Práticas corporais da medicina tradicional chinesa, fem. pl. Atividades que envolvem movimento ou manipulação corporal, atitude mental e respiração com intuito de equilibrar o Qi, segundo os princípios da medicina tradicional chinesa (MTC) (BRASIL, 2018b, p.96).

Práticas expressivas em saúde, fem. pl. Práticas que se utilizam da arte em suas diversas formas – sons de instrumentos, música, canto, expressões do corpo, dança, poesia – como recursos, ferramentas ou instrumentos terapêuticos nos processos de promoção de saúde, prevenção de agravos e tratamentos (BRASIL, 2018b, p. 97).

O modo como essas expressões foram organizadas no Glossário sinaliza uma ideia de que existem as práticas corporais vinculadas à MTC e todas as demais podem ser consideradas sob a denominação “corpo-mente”, com exceção das danças. Talvez esta esteja inspirada na expressão em inglês “*mind-body practices*”, o termo utilizado pela OMS. Não ficou clara em nenhuma publicação a justificativa para tal separação e nem para tal destaque dado ao sistema médico chinês em específico.

É possível supor, no entanto, que a MTC parece ser uma espécie de carro-chefe das discussões e ações em torno das PICS no mundo e no Brasil, com destaque para a acupuntura, talvez pelo seu pioneirismo nas aproximações com os sistemas de saúde ocidentais, expresso, por exemplo, no documento da OMS “*The role of traditional medicine in primary health care in China*” (OMS, 1985), o primeiro após a Declaração de Alma-Ata a apresentar as potencialidades de uma medicina tradicional para os serviços de saúde de outros países. A

China parece seguir exercendo protagonismo, tendo em vista que também o mais recente documento publicado pela OMS (OMS, 2013) teve financiamento e apoio técnico e logístico providos pelo governo chinês, além de estes ocuparem cargos diretivos.

Essa influência se estende ao tema das práticas corporais, inclusive porque é dentro da MTC que se encontra a maior quantidade de práticas corporais diversas vinculadas a uma racionalidade médica. Conforme já apresentamos anteriormente, vimos as práticas corporais da MTC serem maioria no diagnóstico situacional realizado pelo MS em 2004 (BRASIL, 2018a), compondo sete das dez práticas complementares identificadas. Vimos no diagnóstico feito em 2008, que todas as práticas foram subordinadas à MTC, de forma equivocada, na apresentação dos resultados. E agora vimos no glossário um lugar de destaque para as práticas corporais vinculadas a esse sistema médico complexo, à parte das demais modalidades, em que pese ambos verbetes apresentarem características de conteúdo comuns.

Passamos agora a abordar argumentos conceituais do campo da saúde e, sobretudo, da Educação Física, para tentar compreender pontos de convergência e divergência sobre as práticas corporais e que tipo de diferencial pode haver entre aquelas que se vinculam ao contexto das PICS.

No âmbito acadêmico que se refere às relações entre práticas corporais e PICS, os estudos de revisão de literatura feitos nesta pesquisa (ANTUNES et al, 2018; ANTUNES; FRAGA, s/d) evidenciaram que os autores dos textos analisados não manifestaram preocupação em conceituar práticas corporais, embora alguns tenham se dedicado a apresentar especificamente a prática estudada e a mostrar elementos que as relacionam à lógica integrativa.

Para além dos estudos selecionados segundo os critérios estabelecidos para tais revisões, as práticas corporais também foram tema de pesquisas desenvolvidas pelo grupo “Racionalidades em Saúde: sistemas médicos e práticas complementares e integrativas” (LUZ, 2003 e 2008; MATTOS, 2012; SABINO, 2012). Em geral, foram entendidas como práticas de saúde em meio as tensões entre a modelagem corporal e performance e as ideias de equilíbrio ou harmonia.

Luz (2008, p.08) apresenta que tomou como tema de investigação

o conjunto de ‘atividades físicas’ atualmente em voga na sociedade, compreendendo desde as fisicamente mais *hard*, como a musculação e as diferentes modalidades de ginástica aeróbica, até o tai chi chuan, a *yoga* e a dança de salão, procurando esclarecer sentidos, concepções e representações de saúde nelas subentendidos e os valores culturais a que remetem.

Em 2003, a autora estudou o que chamou de atividades corporais, classificadas em três grupos: musculação/ginástica de academia, dança de salão e práticas alternativas. Ao discutir valores sociais e éticos atrelados as relações entre cultura, saberes e práticas sociais em saúde, identificou que os movimentos e os valores difundidos nas várias práticas diferiam entre si, utilizando as categorias “apolo biomecânico” e “dioniso e alegria”. Nas aproximações entre estética, saúde e valores relativos ao corpo, destacaram-se as imagens de *fitness*, presentes no primeiro grupo de atividades corporais, que visam modelar ou aperfeiçoar o corpo, em oposição aos outros dois grupos, no qual predominou a perspectiva de alegria, equilíbrio ou harmonia corpo-espírito (LUZ, 2003).

A única referência encontrada - entre as revisões e os estudos do grupo supracitado - na intenção de conceituar práticas corporais, foi a do francês Bernard Andrieu, a exemplo do texto de Mattos (2012, p.399), o qual afirma: “por práticas corporais coletivas queremos significar formas de atividades físicas nas quais as pessoas se relacionam com base em características biopsicossociais compartilhadas”.

No campo da Saúde, apenas em 2017 foi possível encontrar trabalhos acadêmicos propositivos quanto à definição conceitual do mesmo referente com o qual trabalhamos. A tese de Terra (2017, p.103) afirmou que

as práticas corporais integrativas se caracterizariam por integrar diversos conhecimentos e técnicas corporais que prezam pelo autoconhecimento, sensibilização, propriocepção, atenção, relaxamento, lentidão, suavidade, tendo como propósito o cuidado com as pessoas, com a promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Já a tese de Galvanese (2017), da qual derivou o artigo de Galvanese; Barros; d’Oliveira (2017), apresentou uma definição para o conjunto que chamou de práticas corporais e meditativas:

Os grupos de práticas corporais e meditativas no SUS são práticas de saúde, exercidas por profissionais de diversas formações e inspiradas em várias racionalidades de saúde, tradições culturais e conhecimentos, que abordam a unicidade do ser através da corporeidade, em contraposição a rupturas dos humanos entre si, com a natureza e consigo mesmos. As características comuns a essas práticas são: [1] a integração entre razão, intuição, sensibilidade e sentidos, de modo a possibilitar distanciamentos momentâneos dos problemas cotidianos e estados de auto-observação com potencial de ampliar a compreensão das ligações entre o que acontece no corpo e suas relações com os outros e com o mundo; [2] a sinergia entre o cuidado terapêutico e a promoção da saúde, o que favorece a atenção a pessoas com condições crônicas; [3]

o compromisso com a lógica inclusiva da complementaridade que orienta as PICS e que se expressa no alinhamento dessas práticas aos princípios, políticas e produção do cuidado no SUS (GALVANESE, 2017, p. 107 e 108).

Essas autoras compartilham de nossa inquietação, reiterando a necessidade de formulação conceitual para este conjunto de práticas.

Em 2010 publicamos um estudo (LAZZAROTTI FILHO et al, 2010) cujo objetivo foi identificar os significados/sentidos com os quais o termo “práticas corporais” vinha sendo utilizado na literatura acadêmica brasileira, mediante análise de conteúdo de 260 artigos e 17 teses/dissertações, capturados com o uso da palavra-chave em sistemas de busca e bases de dados. Os resultados mostraram que o termo “práticas corporais” vem sendo operado por vários campos do conhecimento desde os anos 1990, sendo que a Educação Física é o que o utiliza com maior frequência. Nos campos da Educação, da Antropologia, da Sociologia, da Psicologia, da História e da Saúde, seu uso também é relativamente frequente, porém com diferentes significados/sentidos.

Um dos entendimentos presentes no conteúdo das publicações em forma de artigos foi categorizado no tema/eixo “práticas corporais alternativas”, o qual revela:

um tipo de crítica à sociedade moderna, em especial, às ocidentais, principalmente no que tange a exacerbação da racionalidade. Apresenta como saída ou possibilidade as práticas corporais alternativas que são entendidas como as de origem e/ou fundamentação oriental, da tradição dos povos ou de lógica divergente da formal. Essas práticas são exemplificadas como o *taekwondo*, a antiginástica, a biodança, a terapia *reichiana*, o *tai-chi-chuan*, a terapia corporal, a ginástica médica, a eutonia, além dos rituais, das meditações individuais ou coletivas, das terapias e das massagens (LAZZAROTTI FILHO et al, 2010, p.20).

Este estudo também aponta que, na medida em que o termo é relacionado com a saúde, apareceram preocupações com os cuidados com o corpo, sendo as práticas corporais concebidas como complementares aos cuidados convencionais, trazendo elementos da cultura oriental, como meditação e relaxamento. Além deste eixo, vários outros foram elencados no estudo, demonstrando diferentes formas de uso do termo.

No campo da Educação Física, foi identificado o uso do termo práticas corporais pela primeira vez em artigo publicado por Fraga (1995) e depois dos anos 2000 sua frequência na produção acadêmica teve aumento exponencial, conforme a atualização dos dados que apresentamos em Silva; Lazzarotti Filho; Antunes (2014).

Desde o estudo publicado em 2010, os elementos argumentativos em torno do conceito de práticas corporais dão conta do reconhecimento de que as mesmas se expressam no corpo e tem na movimentação corporal um elemento fundamental, de modo que essas duas categorias são compreendidas em sua relação com a cultura e, portanto, não se restringem à dimensão biofisiológica e à causalidade direta com a aptidão física. Tais práticas denotam uma crítica à fragmentação identificada na constituição do ser humano e à forma de organização da vida contemporânea e seus desdobramentos no corpo; e externam uma preocupação com os significados e sentidos atribuídos por parte dos praticantes, indicando uma ampliação conceitual com elementos das ciências humanas e sociais e a necessidade de que o corpo e o movimento sejam interrogados no entrecruzamento de fronteiras disciplinares (LAZZAROTTI FILHO et al, 2010).

Conforme Silva; Lazzarotti Filho; Antunes (2014, p. 525), os enunciados que caracterizam o conceito de práticas corporais podem ser assim sistematizados:

- * Explicitam-se principalmente no corpo e pelo movimento corporal;
- * São constituídas por um conjunto de técnicas disponíveis em determinado tempo histórico e organizadas a partir de um saber, uma lógica específica;
- * Foram/são construídas a partir de interações sociais determinadas que lhe conferem um significado coletivo;
- * São desenvolvidas com determinadas finalidades e significados subjetivos, os quais dialogam com a tradição que as organiza;
- * Pressupõem determinados objetos para sua realização, sejam eles materiais, equipamentos e/ou espaços;
- * São sistematizadas principalmente para o tempo livre ou do não trabalho, ainda que possam ter origem no trabalho e possam ser desenvolvidas como trabalho;
- * Apresentam um componente lúdico;
- * Em geral, implicam num grau de dinamicidade, elevando a movimentação corporal com atributos como agilidade e energia.

Quando se trata das relações entre Educação Física e saúde, emerge o tensionamento entre o conceito de atividade física e o conceito de práticas corporais, expoentes de um conflito historicamente constituído neste campo acadêmico-profissional. Respectivamente, a disputa se coloca entre os saberes de ordem biomédica, que pautam a Educação Física desde seu surgimento, e os saberes provenientes dos diálogos com as ciências humanas e sociais, associados ao campo a partir dos anos 1980, que ensejaram a linhagem crítica do movimento renovador da Educação Física.

Embora Damico; Knuth (2014) considerem que este é um enfrentamento epistemológico ainda inoperante no cotidiano dos serviços de saúde – pois muitos profissionais

e usuários sequer conhecem essa divisão e as maneiras como os usuários vivem e significam suas experiências são singulares, seja o profissional filiado a um termo ou outro –, entendemos que tal tensão não está distante da organização do trabalho em saúde, nem é apenas semântica. Representa um embate de teorias sociais e projetos societários que reverbera nos âmbitos da produção do conhecimento, da formação e da intervenção profissional em Educação Física, e tem nas políticas públicas de saúde um marco explícito da disputa, quando nos documentos se adota a expressão “práticas corporais/atividade física”, conforme já discutimos em Martinez et al (2013).

Nesse sentido, aventamos que alguns documentos oficiais, bem como as mudanças nos sistemas de monitoramento, próprios das PICS, tomaram emprestado o termo “práticas corporais/atividades físicas” de outras políticas, como a Política Nacional de Promoção da Saúde, Diretrizes dos NASF, Academia da Saúde, etc, sem levar em conta ou contextualizar essa disputa. Grosso modo, poderíamos dizer que as práticas corporais na perspectiva das PICS não poderiam ser consideradas “atividades físicas”, pois este último termo remete ao modelo biomédico, tanto do ponto de vista epistemológico, quanto da construção das práticas em saúde, apesar de haver propostas recentes de ampliação dessa noção. Tampouco se deveria expressar nos sistemas e documentos oficiais apenas a expressão “práticas corporais”, tendo em vista que este termo não garante sua filiação aos princípios vitalistas, ou seja, à ótica das PICS.

No contexto das relações entre Educação Física e saúde no SUS, Castellani Filho; Carvalho (2006, p. 217) definiram práticas corporais como:

(...) manifestações da cultura corporal de determinado grupo que carregam os significados que as pessoas lhes atribuem, devem contemplar as vivências lúdicas e de organização cultural e operar segundo a lógica do acolhimento, aqui no sentido de estar atento às pessoas, de trabalhar ouvindo seus desejos e necessidades.

Em texto mais recente, González (2015, p. 137) afirmou que:

As práticas corporais são entendidas como um conjunto de práticas sociais com envolvimento essencialmente motor, realizadas fora das obrigações laborais (profissional ou voluntária), domésticas, higiênicas, religiosas, realizadas com propósitos específicos, não instrumentais. Dessa acepção, destaco três elementos fundamentais comuns a todas as práticas corporais: a) o movimento corporal como elemento essencial; b) uma organização interna (de maior ou menor grau) pautada por uma lógica específica; e c) serem produtos culturais vinculados com o lazer/entretenimento e/ou o cuidado com o corpo e a saúde.

Do ponto de vista do campo da Educação Física, portanto, as práticas corporais constituem o acervo do que vem sendo chamado de cultura corporal ou cultura corporal de movimento (SILVA et al, 2009). Desde esta perspectiva, envolvem práticas como, por exemplo, caminhadas, jogos, brincadeiras, esportes, danças, lutas, atividades circenses, modalidades fitness, práticas de aventura na natureza, ginásticas, etc.

Por sua vez, para serem consideradas na ótica das PICS, as práticas corporais apresentam algumas peculiaridades que as diferenciam destas acima citadas. A trajetória para identificar estas características, que culminou na formulação conceitual destas práticas, será apresentada a seguir, respondendo propriamente a um dos objetivos da tese.

5.3. TRAJETÓRIA PARA FORMULAÇÃO CONCEITUAL

Apresentaremos neste tópico o caminho empírico e teórico fundador da elaboração conceitual. Conceitos podem ser entendidos como unidades de significação que definem o formato e o conteúdo de uma teoria, elaborados por meio de operações mentais que refletem pontos de vista construídos em confronto sistemático com a realidade, dentro de um quadro teórico historicamente posicionado (MINAYO, 2011). Trabalhamos nessa perspectiva, afinada com o que Wacquant (2002) chamou de modo gerativo.

Consideramos que um conceito é sempre uma designação de passagem em cada tempo histórico, concordando com González; Fensterseifer (2014, p.25) de que vivemos em um universo de linguagem “sempre a ser problematizado, sem ilusões de que possamos controlar os sentidos, mas apostando que uma explicitação de sua pluralidade permite-nos uma convivência dialógica compatível com um modo de sociabilidade democrático e republicano”, seja para evidenciar convergências ou divergências. Tratou-se, portanto, de uma operação lógica e epistemológica que define os fenômenos não como coisas dadas, mas como coisas interpretadas, distinta da formulação clássica, amparada na perspectiva cartesiana, cujos fundamentos são lei e causalidade, como no caso dos conceitos da física: massa e força, por exemplo (LUZ, 2012).

Seguimos a proposição de Dalhberg (1978), segundo a qual um conceito é formado por três componentes: o recorte da realidade que se quer conceituar, o conjunto de enunciados que o caracterizam e o nome escolhido para designá-lo.

5.3.1. O recorte da realidade que se quer conceituar.

O que se busca conceituar com este processo de pesquisa é o conjunto de práticas como *lian gong, qi gong, tai chi chuan, lien chi, yoga*, danças circulares, biodança, bioenergética, meditação, etc que acontecem no âmbito do SUS. Tais práticas estão presentes na PNPIC e foram identificadas como o tipo de PIC mais frequente nos serviços públicos de saúde, indicando presença expressiva na realidade de municípios e estados brasileiros.

O que dá sentido de unidade a este conjunto de práticas é o que discutiremos em seguida, com intuito de elencar elementos de convergência que possibilitem a sistematização de enunciados para a formulação conceitual.

5.3.2. O percurso investigativo para elaboração de enunciados.

A formulação do conceito de práticas corporais integrativas contou com suporte empírico e teórico. O trabalho empírico envolveu a análise das experiências com práticas corporais integrativas na Atenção Básica de Florianópolis-SC, apresentada na seção anterior, bem como a sistematização de um conjunto de dados produzidos com foco específico na construção conceitual. Esse percurso nos permitiu elaborar uma lista de enunciados do conceito e chegar à categoria central da teoria em formulação, denominada de “conexão”.

O suporte teórico adveio de referências acadêmicas e não acadêmicas, colocadas em diálogo a fim de adensar teoricamente o entendimento sobre “conexão”. É importante salientar que o convite à teoria foi impulsionado pela categoria gerada a partir dos dados, levando-nos a buscar algumas explicações que nos ajudassem a compreender o que significaria a “conexão”, tendo em vista que esta se mostrou como o elemento-síntese, capaz de agregar o total de sentidos de unidade referentes ao conceito.

Esse mergulho teórico foi bastante interessante, uma vez que pudemos encontrar pontos de convergência em teorias referentes à ancestralidade ocidental, oriental e indígena e compreender como, no processo civilizatório ocidental, fomos nos afastando da perspectiva de conexão e nos constituindo como sociedade fortemente marcada por distintas formas de separatividade.

Optamos por realizar uma digressão histórica, a qual pode dar a impressão inicial de uma escrita muito afastada dos dados empíricos da pesquisa neste tópico. Iniciamos com abordagens sobre conexão do ponto de vista da ordem social mais ampla, depois discutimos essa categoria no campo da saúde e, por fim, na especificidade das práticas corporais. Na

medida em que fomos afinando o empreendimento teórico, fomos nos reaproximando dos dados e cumprindo com a tarefa de elaboração conceitual.

O resultado deste processo empírico e teórico foi a formulação do conceito de práticas corporais integrativas, bem como o delineamento de uma certa cosmovisão de sustentação para seu conteúdo. Indicar tal sustentação não seria imprescindível para a tarefa de elaboração conceitual e, ademais, pode ter deixado o texto ainda mais denso e cansativo. Contudo, consideramos importante aventar este posicionamento, tendo em vista a necessidade de conceber essas práticas não apenas como técnicas inovadoras para os serviços de saúde, mas como possibilidades terapêuticas vinculadas a outro paradigma, comprometido com a ampliação do cuidado em saúde nos serviços do SUS, com novas formas de produção científica, com a construção de uma nova ordem social.

5.3.2.1. Pilar empírico:

Do ponto de vista da empiria, o campo de pesquisa foi a Atenção Básica do município de Florianópolis-SC. Conforme já descrevemos, vários processos de produção e análise de dados foram realizados para esta tese, contudo, alguns deles tiveram como foco específico reunir material empírico para subsidiar a formulação conceitual. Apresentamos abaixo, portanto, a retomada sintética com alguns detalhamentos dos processos de produção de dados com esta intenção central.

Inicialmente realizamos um mapeamento dos grupos de práticas corporais na perspectiva das PICS que vinham ocorrendo. Encontramos 20 grupos, sendo nove de *yoga*, cinco de *lian gong*, quatro de danças circulares e dois de *qi gong*, onde realizamos três momentos de produção de dados.

Visitamos uma vez cada um desses grupos e observamos suas aulas, seguindo um roteiro para registro das atividades. Após o término da aula, conversamos com um condutor de cada grupo, totalizando 15 pessoas. Entre outras questões, perguntamos informalmente se ele conhecia outras práticas além daquela com a qual trabalhava. Todos disseram que sim e então perguntamos o que achava que tais práticas tinham em comum. As respostas foram anotadas em um caderno e, posteriormente, digitadas e analisadas no software NVivo, por frequência, resultando numa “nuvem de palavras”, conforme imagem abaixo.

mais antigas no grupo, seguindo o princípio da amostragem teórica (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009). Durante o roteiro de entrevista, perguntamos: se você fosse convidar alguém que nunca participou de uma atividade como essa, como você tentaria explicar o que acontece durante as aulas? As respostas das 15 pessoas foram gravadas e transcritas.

O movimento analítico deste material foi guiado pela *Grounded Theory* e seus processos de codificação inicial, focalizada e teórica, conforme as orientações de Charmaz (2009).

O momento inicial da codificação envolveu a sistematização dos dados de modo a identificar categorias conceituais. A primeira etapa de tratamento dos dados consistiu na leitura do diário de campo, da transcrição da roda de conversa com condutores e das entrevistas com usuárias, identificando/sublinhando as palavras e frases que expressavam o conteúdo das falas. Em seguida, estes destaques dos textos foram, manualmente, organizados a partir de códigos preliminares, por meio de frequência de respostas e aproximações de significados, totalizando 341 códigos.

Esses códigos foram sistematizados em listas elencadas sob um mesmo título/categoria. Como produto da codificação inicial, foram elencadas 33 categorias. Em ordem decrescente de frequência, foram: Grupo, Comunidade, União, Corpo, Introspecção, Meditação, Consciência plena, Presença, Cuidado, Autoconhecimento, Cotidiano, Mudanças de percepções e atitudes, Aprendizados, Saúde/Doença, Movimento, Exercício, Descrição das práticas, Não é, Energia/Espiritualidade, Ciência, Valores, Profissional, Acesso, Satisfação, Respiração, Aula boa, Precisa melhorar, Informações do centro de saúde, Valorização da esfera pública, Vivência/experiência, Local, Origem, Contraindicações.

Na fase seguinte da codificação realizou-se o estabelecimento de relações entre as categorias, ampliando seu nível de abstração e abrangência. Esta etapa permitiu identificar semelhanças e diferenças que ocorreram nas situações que formaram as categorias iniciais. Os 33 códigos preliminares foram reagrupados a partir da aproximação de seu conteúdo e significado, dando origem a códigos conceituais, os quais foram reorganizados de forma que permitiram a redação de enunciados, tarefa fundamental para elaboração de conceitos, uma vez que indicam as características do fenômeno que se quer conceituar.

O processo reduziu o número de unidades de análise a serem trabalhadas para 19. Como produto da codificação focalizada, portanto, resultaram as seguintes categorias: União, Grupo, Cotidiano, Saúde/doença, Movimento, Não é, Energia/espiritualidade-religiosidade, Ciência, Valores, Profissional, Acesso, Satisfação, Respiração, Avaliação da aula, Centro de saúde, Vivência, Local, Origem, Contraindicações.

O processo de sistematização categorial resultou na enunciação de uma série de características do fenômeno, conforme apresentamos no quadro abaixo, buscando manter correspondência de sentido e linguagem com o que foi expresso pelos participantes da pesquisa. As contribuições das condutoras e usuárias, somadas às observações da pesquisadora, permitiram elaborar 72 enunciados por dentro de cada categoria, afirmando elementos que caracterizam as práticas corporais na perspectiva das PICS, constituindo o suporte empírico para a formulação conceitual.

Quadro 11: Enunciados do conceito de práticas corporais integrativas em elaboração.

N	Categoria	Enunciado
1	UNIÃO	<i>As práticas corporais integrativas:</i>
2		Apontam para a união/contato/ligação do ser humano consigo mesmo, com as outras pessoas, com o universo e com o tempo presente.
3		São práticas de meditação em movimento, ou seja, possuem característica introspectiva/interiorização.
4		Visam um trabalho de si para si, mesmo que feitas em grupo, pois propõem que a pessoa olhe para si, observe, perceba, conecte-se e concentre-se em si mesmo.
5		Apontam para o vínculo das pessoas entre si, sobre a importância de perceber o outro e estar em sintonia.
6		Externam uma preocupação de que as pessoas percebam sua união com o universo, entendido como a natureza, a terra e outros elementos que perdemos contato; o que está a sua volta, o mundo a sua volta e as atividades que o cercam; ou o Eu superior.
7		Indicam a consciência no momento presente, com a mente concentrada no que está fazendo, no agora, na presença, sendo possível esquecer o que está “fora”, ou uso da respiração como âncora; bem como a impermanência.
8		Ofertam uma visão complexa, ampliada, integral sobre a vida, entendida também como consciência plena.
9		Ligam a realização do exercício, o compartilhamento do momento, ver sentimentos, olhar outras pessoas.
10		Apresentam como finalidade principal o autoconhecimento, por meio do conhecimento do corpo na sua concepção ampliada (conhecer, entender, sentir, perceber o corpo e o que acontece consigo, assim como sinais e sintomas) e saber o que precisa, podendo favorecer o autocuidado, autonomia/empoderamento.
		Partem de uma concepção ampliada de corpo, em oposição à ideia de um corpo fragmentado (peça por peça), considerando que somos um todo, expresso em várias dimensões: corpo e mente; físico e emocional; corpo, mente e espírito; corpo, mente e emoções; astral,

		mente, corpo e alma; cinco corpos: físico, emocional, mental, corpo de crença e corpo de prazer ou bem-aventurança; o que sinto, o que penso e aquilo manifestado no meu corpo.	
11		Apresentam formas de compreender a anatomia e fisiologia do corpo a partir das visões ocidental e oriental.	
12		Buscam promover sensação de plenitude, prazer, de valer a pena aquele momento, sendo esta uma forma de expressão/materialização/vivência da ideia de conexão.	
13	GRUPO	São feitas em grupo.	
14		São realizadas em grupos heterogêneos em idade e condições de saúde/doença.	
15		São realizadas em grupos abertos, ou seja, qualquer pessoa pode participar, pode entrar/sair a qualquer tempo.	
16		São inclusivas, pois propõem/adaptam movimentos que todos possam fazer, não precisa ter experiência prévia com a prática para participar e cada um é orientado a fazer dentro de suas condições.	
17		Promovem no grupo interação, integração, união (unir as pessoas, unir problemas e possíveis soluções), vínculo; é viver com, viver o momento junto, trabalhar juntos, estar em sintonia. Ali se constroem amizades, uma família e derivam outros grupos para outras atividades. O grupo é uma oportunidade das pessoas se conhecerem, se enturmarem, espaço de se encontrar, conversar, trocar ideias, sentir-se querido, com carinho e acolhimento. No grupo tem contato físico constante, sentir o outro, tocar o outro.	
18		Nem sempre promovem interação no grupo, pois não propiciam contato com outras pessoas da turma. O trabalho meditativo é tu contigo mesmo. O exercício é individual, mesmo compartilhando o mesmo espaço e os mesmos movimentos.	
19		Estimulam a sensação de pertencimento à comunidade; curar-se no espaço em que nasceu, em que vive e desenvolve suas relações; e permitem conhecer o bairro.	
20		As pessoas querem aumentar o grupo, chamam outras pessoas.	
21		COTIDIANO	Estão ancoradas em uma certa filosofia de vida “aplicável” no cotidiano.
22			Possibilitam aprendizados (se aprende muito, aprendi a me concentrar, a pensar, a trabalhar a impermanência, a fazer em casa, a dançar, a conhecer a cultura musical de cada país), que as pessoas levam para o cotidiano.
23	Contribuem para ressignificar o cotidiano, pois as pessoas levam para a vida o que aprendem/vivenciam nas práticas, por exemplo: transformar a visão das coisas, transformar a realidade interna, lidar melhor com as questões da vida, lidar melhor com as emoções, lidar melhor com a convivência/reflete no convívio, ajudar as pessoas, ter equilíbrio nas atitudes do dia a dia, mudar discurso das dores/problemas para alegria, mudar a postura da queixa.		

24		Quebram a racionalidade do dia a dia (ritmo de produtividade, aceleração e exigência) e a rotina (são oportunidades para sair e ver coisas novas).	
25		Tem eficácia prática na vida das pessoas, pois resolvem problemas sutis e duros do cotidiano.	
26	SAÚDE/DOENÇA	Partem de olhares diferentes para a saúde.	
27		Entendem a saúde como o encontro consigo mesmo e a sensação de plenitude e conexão.	
28		Promovem bem estar, qualidade de vida, melhoria da saúde/doença e cura em várias dimensões do ser (melhoras relacionadas à hipertensão, dores, problemas de coluna, ciático e perna, depressão, dormir melhor; melhora de capacidades e qualidades físicas como coordenação motora, lateralidade, equilíbrio, alongamento, memória e concentração; sensações de calma, paciência, relaxamento, alegria, satisfação, felicidade, sair renovada).	
29		Restabelecem movimentos naturais do corpo.	
30		Reduzem uso de medicamentos e tabagismo.	
31		São promotoras e recuperadoras de saúde.	
32		Estimulam a pessoa a se ver como parte do seu tratamento, do seu remédio.	
33		Estimulam a pessoa a ir mais fundo do que o imediato no tratamento.	
34		MOVIMENTO	São práticas de movimento corporal.
35			Possuem técnicas de movimento variadas.
36	Envolvem movimentos que parecem simples, leves, mas mexem com tudo, mexem muitos músculos.		
37	Envolvem movimentos com diferentes ritmos, com repetição, com permanência ou continuidade, músicas alegres, meditativas e coreografias mais difíceis e movimentos adaptados.		
38	Equilibram esforço e conforto.		
39	Possuem um simbolismo nos movimentos, com sentidos e significados que podem ser explicados.		
40	Combinam movimentos com falas e explicações sobre as técnicas, valores e filosofia da prática.		
41	Associam movimentos com a respiração.		
42	NÃO É	Não são só biológico, físico, exercício físico, movimentos e repetições de movimentos, só alongar e relaxar.	
43		Não seguem lógica de aula de ginástica com peso, do corpo fragmentado peça por peça.	
44		Não exigem perfeccionismo e performance.	

45		Não forçam a participação das pessoas.
46	ENERGIA/ ESPIRITUALIDADE RELIGIOSIDADE	Trabalham com energia e campos de força.
47		Possibilitam a circulação e obtenção de energia.
48		Promovem desenvolvimento pessoal e espiritual, inteligência espiritual, conexão com o Eu superior e integração corpo-mente-espírito. São uma oportunidade de evolução espiritual.
49		Consideram a espiritualidade, mas não tem cunho religioso, embora respeitem e acolham quem fala de Deus e sua religião, mas a pessoa pode participar mesmo sendo ateu e sem acreditar em Deus.
50		Envolvem alguns rituais, falas ou movimentos que abordam questões energéticas e espiritualidade.
51	CIÊNCIA	Acreditam que nem tudo pode ser explicado pela ciência normal.
52		São comprovadas cientificamente.
53	VALORES	Apoiam-se e disseminam valores como: solidariedade, amor em ação, amorosidade, gratidão, paciência, felicidade, equilíbrio, equalização, além de estimularem qualidades positivas.
54	PROFISSIONAL	São novas estratégias para dar conta das demandas das comunidades, uma vez que a prática profissional baseada em protocolos, no modelo biomédico e institucional é insuficiente.
55		Satisfazem os profissionais que trabalham com elas.
56		São conduzidas por profissionais elogiados pelas usuárias por serem legais, ótimos e pelo carinho; mas também criticados porque exercem poder sobre as pessoas vulneráveis.
57	ACESSO	São acessíveis.
58		São gratuitas.
59		São ofertadas na esfera pública que deve ser valorizada.
60	SATISFAÇÃO	Satisfazem os profissionais que trabalham com elas.
61		Satisfazem as usuárias, que consideram que participar é bom, muito bom, bom para a vida, gratificante, maravilhoso, legal e que afirmam que vão porque gostam.
62	RESPIRAÇÃO	Trabalham a respiração.
63		Associam os movimentos com a respiração.
64		Promovem a conexão com o corpo e o tempo presente por meio da respiração.
65	VIVÊNCIA	Acreditam que a vivência (você não entra para olhar, entra para dançar) possibilita a compreensão e permanência da pessoa na prática.
66	ORIGEM	Possuem origens distintas em relação à época, local, criadores/disseminadores e racionalidade.

67	CONTRA INDICAÇÕES	Não são indicadas para determinadas condições de saúde/doença.
68		Possuem técnicas com e sem restrições.
69	LOCAL	São praticadas ao ar livre, em espaços da comunidade ou no interior do centro de saúde.
70	AValiação DAS AULAS	São realizadas por meio de um trabalho coerente, tranquilo, com boa dinâmica.
71		Precisam melhorar em alguns aspectos, como a meditação inicial, professora substituta, piadinhas e atividade com violão.
72	CENTRO DE SAÚDE	Possibilitam saber informações e procedimentos do centro de saúde.

Após este processo de sistematização e análise dos dados, que resultou na formulação dos enunciados, realizamos o retorno ao campo de pesquisa, procedendo à validação dos dados a partir da confrontação com a realidade estudada, na ótica da comparação constante da *Grounded Theory* (CHARMAZ, 2009). Para realizar as visitas específicas para esse processo de validação, foi preciso fazer uma atualização do mapeamento inicial. Das 20 atividades encontradas inicialmente, 16 estavam ocorrendo no momento do retorno. Assim, voltamos a estes 16 grupos para assistir as aulas e o procedimento realizado foi ler e apreciar se cada enunciado era capaz de explicar o que estava sendo observado.

Esse processo permitiu revisar os enunciados, de modo a identificar as características mais proeminentes no conjunto de práticas e considerar o que lhes dá sentido de unidade, apesar da sua diversidade. A partir das observações, buscamos ampliar o potencial de abstração, sintetizando ainda mais a escrita, redigindo de um a quatro enunciados por categoria; e algumas categorias foram excluídas: por serem condições essenciais para sua existência no SUS (acesso, centro de saúde e local); por não terem representação expressiva no conjunto de práticas (avaliação das aulas); por apresentarem negativas, indicando o que as práticas não são (não é).

Sobre este último aspecto, ressaltamos que o primeiro movimento de construção de um conceito é identificar o que o fenômeno não é ou não quer ser. Neste aspecto, destacamos que os dados do campo de pesquisa indicaram que as práticas corporais na perspectiva das PICS não são “trabalho com o corpo fragmentado, peça por peça”, “só biológico”, “só físico”, “só repetição de movimentos”, “só alongar e relaxar”, direcionando as afirmativas enunciativas para ampliação de concepções.

Tivemos o cuidado de, ao elaborar novas redações sintéticas, não nos afastarmos das falas das condutoras e usuárias, conforme orienta a *Grounded Theory*, de que a análise deve privilegiar a perspectiva dos sujeitos da pesquisa, sem que o pesquisador se distancie da própria

linguagem manifesta nos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009). Ao final das visitas, chegamos a 15 elementos argumentativos a respeito das práticas corporais vinculadas ao campo das PICS, conforme o quadro abaixo:

Quadro 12: Enunciados do conceito após primeira confrontação.

N	Categoria	Enunciado
		<i>As práticas corporais integrativas:</i>
1	MOVIMENTO E ORIGEM	São práticas de movimento corporal com técnicas diversas, adaptadas às condições dos participantes, cujos gestos e seu simbolismo estão fundados na tradição que organiza cada prática.
2	GRUPO	São feitas em grupos heterogêneos, com característica de inclusão, integração entre as pessoas e pertencimento à comunidade.
3	UNIÃO/ VIVÊNCIA	Apontam para o contato/ligação das pessoas consigo mesmas, com as outras, com o universo e com o tempo presente, ofertando uma visão complexa e integral sobre a vida.
4		Possuem característica de introspecção e interiorização e podem ser entendidas como práticas de meditação em movimento.
5		Partem de uma concepção ampliada de corpo, expresso em dimensões materiais e imateriais.
6		Apresentam como finalidade principal o autoconhecimento, por meio do conhecimento do corpo e dos processos saúde/doença, podendo favorecer a autonomia e o empoderamento.
7	SAÚDE/DOENÇA	Partem de concepções ampliadas de saúde, estimulam as pessoas a buscarem um olhar mais profundo do que o imediato para seu processo saúde/doença e a se perceberem como parte do seu tratamento.
8		São promotoras e recuperadoras de saúde.
9	COTIDIANO	Possibilitam aprendizados ancorados em uma certa “filosofia” de vida, que as pessoas levam para o cotidiano.
10	VALORES	Apoiam-se e disseminam valores como: solidariedade, amor em ação, amorosidade, gratidão, paciência, felicidade, equilíbrio, equalização, além de estimularem qualidades positivas.
11	SATISFAÇÃO E SAÚDE/DOENÇA	Promovem satisfação para profissionais e usuárias/os, bem estar, qualidade de vida, melhoria da saúde/doença e cura em várias dimensões do ser, com eficácia prática sobre problemas duros e sutis das pessoas no cotidiano.
12	PROFISSIONAIS	São estratégias de cuidado para dar conta das demandas das comunidades, uma vez que a prática profissional baseada em protocolos, no modelo biomédico e institucional se mostra insuficiente.
13	RESPIRAÇÃO	Associam os movimentos com a respiração, o que também promove a conexão com o corpo e o tempo presente.

14	ENERGIA/ ESPIRITUALIDADE- RELIGIOSIDADE	Abordam questões energéticas e espiritualidade, sem cunho religioso.
15	CIÊNCIA	São comprovadas cientificamente, ao mesmo tempo em que tencionam a ciência hegemônica.

O detalhamento dos argumentos empíricos que deram base para a elaboração destes 15 enunciados foi descrito, dando visibilidade às falas das condutoras e usuárias dos grupos que fizeram parte da pesquisa. Em que pese termos realizado alguns processos de produção de dados específicos para a formulação conceitual, o conteúdo das falas foi muito semelhante às falas que foram exaustivamente apresentadas na seção anterior da tese. A fim de evitar que o texto ficasse repetitivo, optamos por apresentar a descrição empírica dos enunciados no Apêndice D. Também é importante destacar que a formulação conceitual levou em conta toda a análise das experiências com práticas corporais integrativas desenvolvida na tese, em virtude da intenção de elaborar um conceito emergente do confronto entre empiria e teoria.

Esta ação descritiva compôs a codificação final dos dados, para que posteriormente pudéssemos expor a categoria central da teoria. O momento final da codificação refinou ainda mais o processo de tratamento dos dados e permitiu identificar a categoria central da teoria, a qual esteve presente frequentemente nos dados e reuniu as categorias e códigos ao redor dela.

Denominamos a categoria central referente as práticas corporais na perspectiva das PICS de conexão. Entendemos que a ideia de conexão foi o elemento-síntese capaz de congrega a multidimensionalidade categorial dos dados, mostrando-se possivelmente como o principal atributo das práticas corporais sob a ótica das PICS.

As práticas corporais na perspectiva das PICS se caracterizam pela conexão:

- do ser humano consigo mesmo, com as outras pessoas, com o universo e com o tempo presente;
- das práticas de saúde com a vida cotidiana, aproveitando a filosofia e os valores que fundam e se disseminam através das práticas, por uma outra ética de viver;
- das dimensões físicas, mentais, emocionais, energéticas e espirituais do corpo, das práticas corporais e dos processos saúde-doença;
- do cuidado com a promoção da saúde nas ações em saúde-doença, numa visão abrangente e complexa, em favor da ampliação de recursos pessoais e coletivos para lidar com os processos saúde-doença;

- dos métodos científicos com as experiências humanas para explicá-las e transformá-las na proximidade do real, incorporando, inclusive, dimensões imateriais frequentemente subjugadas pela racionalidade instrumental moderna.

5.3.2.2. Pilar teórico: sobre a categoria central

a) Sobre a categoria “conexão” na ordem social.

Na intenção de seguir compreendendo a categoria “conexão” e adensar seus cinco pontos de expressão emergentes da empiria, recorreremos a referenciais teóricos. Nesta análise, buscamos compreender diferentes formas de manifestação de ideias que se associam à noção de conexão, a partir de fontes distintas. Trabalhamos com materiais acadêmicos e não acadêmicos.

Nossa escolha foi por realizar uma digressão histórica, por onde foi possível evidenciar, sobretudo na sociedade ocidental, alguns argumentos sobre como passamos de um modo de vida que valorizava a conexão para os modos de vida contemporâneos, fundados na fragmentação e no individualismo, com impactos na ciência, no campo da saúde e na cotidianidade. Contudo, destacamos também que não houve um total apagamento da noção de conexão, tendo em vista formas atuais de resgate e outras produções de saberes e práticas que se alinham a esta perspectiva, tais como as “novas ciências” e as próprias práticas corporais integrativas.

Iniciamos chamando atenção para textos clássicos das tradições que fundamentam as práticas corporais integrativas que foram estudadas. Do ponto de vista da tradição oriental, de onde provém o *yoga*, o *qi gong* e o *lian gong*, vimos que a ideia de conexão é central na filosofia. Sem a pretensão de esgotar tão complexos constructos culturais, destacamos a seguir alguns elementos que expressam a noção de conexão.

Ao estudar escolas filosóficas e religiosas orientais (o hinduísmo, o budismo, o pensamento chinês, o taoísmo e o zen), Capra (2013) afirmou que todas essas vertentes enfatizam a unidade básica do universo. Essa unidade básica revela o que os orientais consideram como a realidade última, indivisível, que se manifesta em todas as coisas e da qual todas as coisas são parte. Os nomes desta inefável dimensão variam para cada tradição: *Brahman* (hinduísmo), *Dharmakaya* (budismo), *Tao* (taoísmo).

O *yoga* é uma prática milenar, cujo surgimento e desenvolvimento se deu na Índia, imbricado com o hinduísmo. Seus conhecimentos tradicionais estão registrados nos *Vedas*,

considerados a fonte espiritual hindu, escritos entre 1500 e 500 a.C. As primeiras aparições explícitas sobre *yoga* nos *Vedas* estão na sua parte final, os *Upanishads*, e no *Mahabarata*, cujo texto mais difundido, inclusive no ocidente, é o *Baghavad Gita*, além dos *Yoga Sutras* de Patanjali (FEUERSTEIN, 2006).

Nesta escritura, o *Brahman* é apresentado como o conceito unificador, a essência de todas as coisas, para além do que é e do que não é. Já *maya*, significa a ilusão de tomar todos os conceitos apenas pela realidade manifesta, sem o reconhecimento do todo, do supremo, do Absoluto. Libertar-se do encantamento de *maya* significa compreender que todos os fenômenos percebidos pelos sentidos constituem parte de uma mesma realidade. Essa consciência da unidade é um passo importante para vencer a ignorância (pensamento dual identificado com a realidade manifesta), considerada a fonte do sofrimento humano.

Yoga é a desidentificação com as sequências de pensamento da mente.

O *Samadhi* (iluminação) é quando se perde a noção de individualidade com a dissolução do universo.

A ignorância é a causa da união [entre o observador e o objeto da observação]

Kaivalyam é quando a ignorância do sujeito não existe mais, essa união entre eu e meu desaparece, é destruída²⁸.

(*Yoga Sutras* de Patanjali – Livro 1, O Caminho da Iluminação, tradução de Tales Nunes)

Após apresentar os oito princípios do *Yoga*, como caminho/processo para superar a dualidade, Patanjali escreve:

Deste processo as percepções da mente são da mesma natureza [*Brahman*] e surge um estado de paz²⁹.

(*Yoga Sutras* de Patanjali – Livro 3, O Caminho dos Poderes, tradução de Tales Nunes)

A maturidade total dos pensamentos não é alcançada devido ao sentimento de individualidade.

No meio desses vários pensamentos é preciso ter um comando sobre a mente [para alcançar essa maturidade].

²⁸ Trecho original sem acentuação gráfica: *Yogaschittavrittinirodah //sutra 2// Bhavapratyaya videhapraktiulayanam //sutra 19// Tasya heturavidya //sutra 24// Tadabhavat samyogabhavo hanam taddrseh kaivalyam //sutra 25//*

²⁹ Trecho original sem acentuação gráfica: *Tatah punah santauditau tulyapratyayau chittasyaekagratarinamah //sutra 12//*

Do controle da mente nasce uma mente meditativa livre das tendências da mente³⁰.

(*Yoga Sutr*s de Patanjali – Livro 4, O Caminho da Libertação, tradução de Tales Nunes)

O controle da mente para a consciência da unidade é considerado o caminho na direção de *moksha*, libertação do sofrimento/paz, tida como a essência do hinduísmo. O hinduísmo apresenta vários caminhos para tal libertação, sendo o *yoga* um deles, pelo qual seria possível trabalhar a superação da visão dual da realidade, a partir da desidentificação com a realidade manifesta, para identificação com o Absoluto, *Brahman*.

Já as práticas da tradição chinesa, como o *lian gong* e o *qi gong*, fundam-se em escolas filosóficas que têm um lado prático (voltadas para a vida em sociedade, com suas relações humanas, valores morais e governo) e um lado místico (que busca transcender o mundo da sociedade e da vida cotidiana para alcançar um plano mais elevado de consciência). Conforme o pensamento chinês, o sábio é aquele que reúne em si mesmo os dois lados da existência humana: sabedoria intuitiva e conhecimento prático, contemplação e ação social. O Confucionismo, o Taoísmo e o Budismo são considerados os três pilares da filosofia chinesa e os escritos clássicos estão registrados nos antigos livros *Tao Te Ching*, *I Ching* o Livro das Mutações e *Analectos* de Confúcio.

Nesta tradição, o *Tao* é o Caminho, é a realidade única e indefinível, o processo cósmico no qual estão envolvidas todas as coisas, que flui e muda continuamente.

Há algo natural e perfeito, existente antes deste Céu e desta Terra.
Imóvel e insondável, permanece só e sem modificação.
Está em toda parte e nunca se esgota.
Pode se considera-lo a Mãe de tudo.
Não conhecendo seu nome, chamo-o Tao.
(Lao Tzu, em *Tao Te Ching*)

O sábio é aquele que sabe reconhecer as mudanças e dirige suas ações de acordo com elas, ou seja, torna-se Uno com o *Tao*. Todas as manifestações do *Tao* são geradas pela interrelação dinâmica entre as duas forças polares *yin-yang*, sendo *yin* (terra, escuro, receptivo, feminino, maternal, repouso, mente intuitiva e complexa, tranquilidade contemplativa) e *yang* (céu, forte, masculino, movimento, intelecto racional e claro, vigorosa ação criativa). A vida é considerada a harmonia entre o *yin* e o *yang*, que se manifesta em cada pessoa e no universo. O

³⁰ Trecho original sem acentuação gráfica: *Nirmanachittanyasmitamatrat //sutra 4// Pravrttibhede prayojakam chittan ekam anekesam //sutra 5//Tatha dhyanajam anasayam //sutra 6//*

equilíbrio é mantido pelo fluxo de *qi/chi* que permeia a cada um e sustenta a vida como um todo. O fluxo de *qi/chi*, como energia/força/sopro vital, embasa as intenções centrais do trabalho com *qi gong* e *lian gong*, em direção à longevidade.

Os objetivos principais das escolas orientais analisadas por Capra (2013) consistem em tornar consciente a unidade básica do universo e a interrelação mútua de todas as coisas, bem como transcender a noção de si mesmo (*self*) individual e identificar-se com a realidade fundamental. Em geral, a busca destas tradições é pelo trabalho da mente, no sentido de um aquietamento e centramento, por meio da meditação. Essa consciência da unicidade é considerada o equilíbrio mental, um estado equilibrado no qual se faz a experiência da unidade básica do universo. O (re)conhecimento desta unicidade e de que somos parte dela é considerado fundamental para a eliminação do sofrimento humano e para a longevidade, tidas como horizonte no interior destas filosofias.

As práticas meditativas buscam ensinar o exercício da observação, o qual consiste em não se identificar com os pensamentos, mas apenas observá-los, percebendo que somos mais do que apenas aquilo que pensamos. A causa do sofrimento seria a identificação com algo fragmentado da existência. Portanto, um dos ensinamentos propostos por estas tradições é aprender a observar, sem se identificar ou reagir diante de pensamentos, emoções e situações. O equilíbrio ou estado “búdico” (de Buda, do iluminado) é este estado de não identificação, que deriva também do reconhecimento da impermanência, outro aspecto central nestas tradições. A impermanência mostra que tudo o que acontece na vida é passageiro, portanto, a vida é movimento e não valeria a pena se identificar ou se apegar a algum pensamento, coisa, fato ou emoção, tendo em vista seu caráter transitório constante.

Diante da transitoriedade, estas tradições afirmam o momento presente como o único tempo em que a vida acontece. Identificar-se com o passado (o tempo que não existe mais) e com o futuro (o tempo que ainda não chegou) não faz sentido, principalmente porque gera flutuações na mente na forma de nostalgia ou projeções. O presente não é um intervalo grande de tempo, mas o tempo exato do dar-se conta e que imediatamente passa. Então, aprender a se colocar plenamente no agora é um ensinamento destas tradições. As práticas estudadas foram consideradas possibilidades de exercitar a presença, de reconhecer o agora tendo a concentração e a respiração como aliados.

Assim, a identificação com a realidade manifesta ou material, ou seja, ver-se separado do todo, é vista como uma forma de ignorância, considerada a fonte do sofrimento humano, pois representa a falta de reconhecimento da unidade e de que somos parte dela. Já a não identificação é a possibilidade de (re)conhecimento da realidade última, absoluta e é a abertura

para a experiência de conexão com o todo, a partir da qual seria possível tornar consciente a unidade básica do universo, sinônimo da inteligência superior que está em toda parte, da plenitude, da origem de tudo, da condição universal suprema.

A perspectiva de unicidade também é encontrada nas bases das danças circulares, as quais representam um “caminho para a totalidade” (WOSIEN, 2000). Embora tenham sido difundidas mais recentemente e tenham raízes ocidentais, é interessante o dado de que Bernhard Wosien, criador das danças circulares, nasceu na Prússia Oriental e de que as coreografias e músicas são originárias de diversos países e épocas, sendo dotadas de uma ampla diversidade cultural. Isso confere certo senso de convergência entre as práticas corporais integrativas aqui estudadas.

Ele apresenta essa prática a partir de suas origens ritualísticas ancestrais, como um encontro com o sagrado, “uma mensagem poética do mundo divino”, tanto que são também conhecidas como *Sacred Dances* ou Danças Sagradas ou Danças Circulares Sagradas. “Tudo o que é em si dividido, tudo o que perdeu seu sentido, aspira ardentemente pela unidade” (p.15). “No jogo rigidamente regulamentado, do qual ele desenvolve forças mágicas, na livre manifestação de sentimentos, pendulando entre êxtase, movimento e calma, entre visão e meditação, o homem que dança, liberto pela vontade, sente o hálito da respiração universal” (p.26).

Nesse sentido, esta experiência com a dança visa que a pessoa volte a se sentir uno consigo mesma e com o mundo que a rodeia, sentindo então a totalidade da vida, por onde os seres humanos vivenciam “a transfiguração de sua existência, uma metamorfose transcendente do seu interior, relativa ao ser e também à elevação ao seu eu divino. A dança (...) é o próprio sagrado” (WOSIEN, 2000, p. 27). Não é apenas a transparência do divino, mas uma vista para o divino, que ocorre em tempo e espaço, é um signo, um acontecimento visível, uma forma cinética para o invisível.

É possível perceber que a ideia de conexão está na base das tradições que organizam as práticas corporais estudadas e, mais do que isso, constituem seu principal objetivo. Cada prática propõe diferentes meios, técnicas e conhecimentos para o trabalho da intencionalidade de tornar consciente a unidade básica do universo. Contudo, convergem na compreensão de que esta consciência não é apenas um ato intelectual, mas uma experiência que envolve a totalidade do ser.

Esses elementos nos permitem pensar que a unidade básica do universo, nestas teorias, está relacionada a dimensão da percepção humana, que se coloca num plano de transcendência da materialidade, que pode ser experienciada corporalmente pelas pessoas. As práticas

corporais na perspectiva das PICS aparecem como oportunidades de (re)conhecer essa conexão, quando as pessoas colocam o corpo em movimento, quando meditam, quando dançam. Possibilidade interessante, na medida em que a noção de conexão contrasta com os modos hegemônicos de viver na sociedade ocidental moderna, marcada como uma sociedade racional. O processo civilizatório ocidental fomentou um progressivo desligamento da totalidade, com consequências profundas que ameaçam a existência individual e coletiva da humanidade e do planeta.

Na história ocidental, também é possível encontrar correspondentes à ideia de unicidade, como o conceito de *physis* na Antiguidade Grega e o conceito de bem viver, inspirado na cosmovisão e no modo de vida de sociedades indígenas. No entanto, o caminho civilizatório foi levando a um apagamento dos sentidos desses conceitos na realidade social, culminando na crescente separatividade dos seres humanos consigo, entre si e com a natureza, sobretudo com o advento da Modernidade.

A *physis*, como essência comum a todos os seres, também representava a ideia de unicidade na Antiguidade Grega, conforme analisou Silva (2004). Conforme a autora, o conceito de *physis* estava vinculado à representação do cosmo, do universo e de todos os seres. Era compreendido pelos antigos gregos como natureza, como aquilo que tem o princípio do movimento em si mesmo, um princípio imanente e que atua para um fim que não é outro senão a própria natureza.

Os seres humanos seriam gerados a partir da natureza e a ideia de natureza humana estaria integrada à ordem natural e dependente dos desígnios divinos. Compreendia-se que, “em tudo que existe, em cada ser, há uma natureza, uma *physis*, uma essência que se mantém e que, ao mesmo tempo, produz uma identidade, uma irmandade entre todos os seres. Em essência, o universo e tudo o que é manifesto seriam um” (SILVA, 2004, p.28). O conceito de *physis* contrasta, naquele período, com o conceito de *techné*, que expressava tudo que é criado pelo ser humano, com fundamento racional e, portanto, externo à natureza. A natureza estaria associada a um princípio e uma causa de movimento interno a todas as coisas, sem mediações.

Contudo, a autora situa na Antiguidade greco-romana, por volta dos séculos 300 a.C. e 200 d.C., um ponto de viragem na compreensão do conceito de *physis*, em que passa a ser concebido vinculado à materialidade. Trata-se dos primórdios acontecimentos que resultaram no que convencionamos chamar de “físico” na atualidade, para se referir à dimensão biológica do ser humano.

No interior das filosofias gregas helenísticas, Epicuro determinou a *physis* em sentido materialista, negando dimensões espirituais, imateriais e sensíveis. Porém, entre os estóicos se

encontram mais evidências para essa viragem, pois propunham a exclusividade da existência de corpos, a partir da ideia de que somente estes poderiam agir e sofrer ação. Até Deus foi considerado um modo de ser da matéria, pois, uma vez sendo o princípio ativo da matéria, não poderia existir fora dela. A matéria vai se tornando central, entendendo-se que não existe realidade fora dela, nem mesmo uma realidade puramente espiritual (SILVA, 2004).

A autora segue explicando que a inversão no entendimento de *physis* ocorre no período de ascensão do Império Romano, cujas alterações políticas terminaram com a *pólis* grega, para dar lugar ao projeto de monarquia universal liderado por Alexandre Magno. As mudanças no contexto ético-político colocaram em xeque as problemáticas filosóficas platônicas e aristotélicas e fizeram surgir o súdito no lugar do cidadão, o saber técnico no lugar das virtudes cívicas, o conteúdo profissional no lugar do conteúdo ético das ações. A perda da liberdade política e dos conteúdos morais fundados na justiça, no belo e no bem viver em comunidade, que davam sustentação a *polis*, converteram as bases políticas e sociais deste novo período para o individualismo e o cosmopolitismo, onde a *physis* comum a todos os seres vivos se reduziu ao físico material e singular de cada indivíduo.

Tal materialismo foi assimilado posteriormente pelo cristianismo e pelas filosofias e ciências modernas. Uma série de acontecimentos históricos foi exacerbando a compreensão reducionista da *physis* e o aprofundamento que culminou nas dualidades modernas ocidentais, como matéria e essência, corpo e mente, natureza e cultura, biológico e social, etc.

A queda do Império Romano inaugurou na história da Europa a Idade Média, onde foram identificadas práticas de isolamento e preocupação por si, não comuns em períodos anteriores (SILVA, 1999). Sobre este período histórico, para pensar nossa realidade local latino-americana, podemos somar as reflexões de Acosta (2016) sobre os processos de colonização, com referência inicial há mais ou menos 500 anos atrás.

O primeiro evento a ser destacado é a própria chegada dos espanhóis, em 1492, ao lugar que veio a se chamar América. A invasão, como estratégia de dominação para exploração da região, impôs um imaginário para legitimar a superioridade europeia (o “civilizado”) e a inferioridade dos indígenas (“o primitivo”), constituindo a colonialidade do poder, do saber e do ser. Esse processo civilizatório europeu, expansionista, influente e destrutivo, engendrava uma visão do ser humano fora da natureza, como se não fizesse parte dela, mas como se ela fosse um objeto a ser explorado pela curiosidade e pela busca de riquezas materiais. O autor ainda menciona a influência judaico-cristã em favor da visão dominadora dos seres humanos sobre a natureza, a partir de passagens bíblicas. Além disso, destaca os processos de colonização iniciados com Cristóvão Colombo, que, em nome do poder imperial e da fé, levou a cabo uma

grave exploração de recursos naturais e seres humanos, que, entre outras consequências, resultou no genocídio de muitas populações indígenas, as quais foram “compensadas” com a incorporação de escravos africanos.

Desde então, com a escravidão sendo uma categoria econômica de grande importância, forjou-se um esquema de exploração e exportação de natureza das colônias para os países imperiais, em função de suas demandas de acumulação. Ações de extrativismo que se seguiram e alimentaram a estruturação do sistema capitalista, bem como continuam se reproduzindo sob a égide dos discursos de progresso tecnológico e civilizatório, associados ao desenvolvimento. Assim, a natureza, que tinha *status* sagrado para os povos originários, fonte da vida, aparece como algo a ser aproveitado de modo indiscriminado e crescente, em favor da acumulação material. Os seres humanos não são concebidos como parte da natureza, mas como seus dominadores.

Deste ponto de vista, Acosta (2016) parece assinalar que os processos de separatividade entre os seres humanos e dos seres humanos com a natureza se expressam fortemente nas formas de exploração europeias sobre os povos originários desde antes do advento da Modernidade, enquanto no argumento de Silva (1999), a Modernidade é indicada como o ápice do desligamento da totalidade, pela inauguração de uma perspectiva de independência.

Um argumento coincidente entre esses autores, é a consolidação da racionalidade instrumental, inaugurada com a emergência da ciência moderna, principalmente com as ideias de Bacon, Newton e Descartes. A ciência emergente nos séculos 17 e 18, de perspectiva newtoniana-cartesiana, não vê mais o mundo como uma unidade, mas como um conjunto de objetos oferecido à exploração humana por intermédio da pesquisa científica, cujas explicações poderiam ser obtidas pela sua fragmentação em partes e através da razão.

O Positivismo, como corrente de pensamento proposta por Comte no século 19, reforçou a visão mecanicista da realidade, valorizando o que considerava ser objetivo, mensurável, observável, em detrimento de aspectos subjetivos ou imateriais constituintes da experiência humana. “Assim, o verdadeiro espírito positivo consiste sobretudo em *ver para prever*, em estudar o que é a fim para daí concluir o que será, segundo o dogma geral da invariabilidade das leis naturais” (COMTE, 1990, p. 19). A expectativa de conhecer e dominar a natureza se mostra alcançável do ponto de vista destes ideais e seu desenvolvimento contribui para a intensificação dos processos de reificação da vida e de distanciamento entre seres humanos e natureza.

Neste período, na esteira do fortalecimento da ciência, surge a ideia de um observador de segunda ordem, que toma o lugar de Deus, colaborando para o fim do ideal de transcendência

humana. Beriain (1996) ajuda a compreender como as sociedades passaram de uma ordem teocêntrica para antropocêntrica. O conceito de contingência significa que algo pode ser outra coisa, que pode mudar o que é observado e os que observam. Portanto, a condição humana é necessariamente contingente. A religião tem oferecido a possibilidade de dar sentido aos significados contingentes que derivam da experiência do ser humano no mundo. Fazendo uso das noções de Deus ou *Karma*, por exemplo, buscam explicar por que as coisas devem acontecer, antecipando o perigo e atribuindo-lhes o significado último. Trata-se de introduzir alguma ordem ao caos, transformar o indeterminado em determinado.

A fórmula “Deus” corresponde ao observador que criou tudo e, portanto, conhece tudo, inclusive a futura contingência. Contudo, as mudanças na ordem social alteraram as estruturas simbólicas, descartando o metaobservador Deus, fazendo surgir um observador de segunda ordem. A observação humana, então, consiste em uma operação que utiliza uma distinção para marcar uma parte e outra. Uma sequência organizada, antecipatória e recorrente de operações tem que se observar como sistema, distinguindo-se de um entorno inacessível. Surge a necessidade de distinguir entre a autorreferência e a referência exterior. A unidade é substituída pela diferença e os novos modos de cobrir a totalidade da vida se apoiam na construção de codificações binárias. Os duplos binários (justo/injusto, verdade/mentira, governo/oposição, etc) levam a priorizar um dos polos, rechaçando seu oposto, para buscar satisfazer sua função de realização, pela lógica da autorreferencialidade.

Contudo, diretamente proporcional ao aumento de opções, está o aumento do número de contingências que se produz na sociedade moderna pela inexistência de uma fórmula de redução da contingência do tipo Deus, levando os seres humanos a buscar outras formas de converter o caos em ordem. A ciência é uma delas, pela sua capacidade de apresentar respostas totalizantes, previsibilidades, projeções, cálculos de riscos e probabilidades, etc. É um meio confiável por onde, muitas vezes, as pessoas têm buscado alguma “segurança” para conduzir suas vidas. Em tal contexto, fica instalada a separação entre o ser humano e a dimensão transcendente, inclusive porque a ciência moderna surge para promover outras explicações, que não as da ordem divina, para os fenômenos do mundo. Para tal, desconsidera propriedades que não sejam imanentes à matéria.

Tais transformações acontecem concomitantemente ao surgimento do capitalismo, a partir da Revolução Industrial no século 18, cujos novos modos de organização social aprofundam as formas de separatividade. A lógica do novo modo de produção exacerba a fragmentação da vida em seus variados aspectos, sobretudo quando os ideais de

desenvolvimento e progresso se tornam as grandes metas das nações, com o liberalismo econômico.

A constituição do pensamento fundado então na visão dicotômica e fragmentada do mundo, foi, ao longo do tempo, consolidando uma visão global contrária a ideia de conexão, inclusive com consequências trágicas para os povos originários americanos, que tiveram seus territórios e povos subsumidos a esta racionalidade. Estes elementos podem ser discutidos a partir do conceito de “bem viver”, uma formulação latino-americana que parte da cosmologia e do modo de vida ameríndio.

As mobilizações populares em longos processos históricos, especialmente dos mundos indígenas equatoriano e boliviano, formam a base do que é conhecido como “*Buen Vivir*” no Equador e “*Vivir Bien*” na Bolívia. Tais termos também podem ser interpretados como as seguintes expressões de língua indígena andina e amazônica: “*sumak kawsay*” (em *kíchwa*), “*suma qamaña*” (em *aymara*) e “*nhandereco*” (em *guarani*). No Brasil, aproximam-se do “*teko porã*” dos *guaranis*, e é possível reconhecer similaridades de seu significado em diversas culturas.

O “bem viver” busca compilar alguns conceitos, lições e experiências existentes, principalmente, nos Andes e na Amazônia, valorizando as civilizações indígenas e sua capacidade de enfrentar a Modernidade colonial e seguir reexistindo, mesmo diante dos constantes ataques aos seus modos de vida e à sua existência. Seus pilares de sustentação, basicamente, são a vida em comunidade e em harmonia com a natureza. O “bem viver”, além de uma soma de práticas de resistência ao colonialismo e suas sequelas, é ainda um modo de vida em algumas comunidades indígenas. No entanto, a influência colonial e capitalista é marcante no mundo indígena, de diversas formas, o que exige não imprimir uma visão romantizada sobre sua realidade. Trata-se mais de considerar o “bem viver” como parte de uma longa busca de alternativas por transformações sociais, desta vez inspiradas em propostas historicamente invisibilizadas, de grupos tradicionalmente marginalizados, excluídos e até dizimados.

O conceito de “bem viver” questiona frontalmente os ideais de desenvolvimento e progresso, grandes metas mundiais, sobretudo desde meados do século 20. De acordo com Acosta (2016), sem negar a busca de longa data dos seres humanos em satisfazer da melhor maneira suas necessidades, o que poderia ser entendido como progresso, o imperativo global do desenvolvimento se institucionalizou em 1949, quando o presidente dos EUA definiu a maior parte do mundo como “áreas subdesenvolvidas”.

Uma série de processos foram consolidando as bases conceituais de outra forma de imperialismo: o desenvolvimento, que veio a se tornar uma exigência global, que implicava a difusão do modelo de sociedade norte-americano, herdeiro de muitos valores europeus. Principalmente após a Segunda Guerra Mundial, o discurso do desenvolvimento consolidou uma estrutura de dominação dicotômica (desenvolvido-subdesenvolvido, rico-pobre, avançado-atrasado, civilizado-selvagem, centro-periferia). E o mundo então se ordenou para perseguir o tal desenvolvimento.

Bautista (2017) define este desenvolvimento a partir de um paradigma, segundo o qual tem sentido uma acumulação ilimitada, fundada sobre a exploração dos seres humanos e da natureza. Seu núcleo conceitual é o progresso linear e particularmente expresso em termos de crescimento econômico. O desenvolvimento vem a ser acumulação constante de riqueza (material), que só pode se estabelecer em termos quantitativos em comparação ao outro. Ou seja, só existe riqueza (acumulação de um) porque existe pobreza (não acumulação de outro), o que produz uma lógica de desenvolvimento desigual por excelência.

A ganância, a competitividade, a eficiência, as relações humanas pautadas em relações mercantis e a coisificação dos seres e da natureza, são valores circunscritos a esta racionalidade. Ainda segundo este autor, o paradigma se expressa em um projeto de vida que faz dos meios de vida de uns, meios de morte para outros. Ou seja, não é um projeto válido para todos, embora se faça em nome de todos.

Nas palavras de Silva (2001, p. 04), “no momento em que toda a humanidade poderia estar usufruindo das promessas da Modernidade e dos decantados avanços da ciência, a maior parte dela não tem, nem mesmo, as condições básicas para uma vida digna”. Relatório publicado em 2017 aponta que “o 1% mais rico da população mundial possui a mesma riqueza que os outros 99%, e apenas oito bilionários possuem o mesmo que a metade mais pobre da população no planeta” (OXFAM, 2017, p. 11).

O Brasil é considerado um país de desigualdade extrema, caracterizado pela concentração de renda, com marcadas diferenças por sexo, raça e região, além de oferta de serviços essenciais. O mesmo relatório informou que “no início de 2017, os seis maiores bilionários do País juntos possuíam riqueza equivalente à da metade mais pobre da população” (OXFAM, 2017, p. 21). Outro estudo mostrou que o Brasil está no grupo de cinco países em que a parcela mais rica da população recebe mais de 15% da renda nacional e que o 1% mais rico concentra cerca de 23% do total da renda do país, bem acima da média internacional (ONU, 2017). Em outro relatório, o Brasil aparece como o 10º país mais desigual do mundo, num ranking de mais de 140 países (PNUD, 2017). Estes dados denunciam que milhões de pessoas

ainda vivem na pobreza e passam fome, embora no Brasil, por exemplo, haja produção de alimentos suficiente (AGUIAR; COSTA, 2017).

Do ponto de vista das nações, o desenvolvimento tem sido justificativa plausível para uma série de intervenções dos países centrais ou desenvolvidos e aceitação, subordinação e submissão de países periféricos. Isto significa que o desenvolvimento está na pauta, tanto de governos conservadores, quanto de governos progressistas, ponto sobre o qual Acosta (2016) chama atenção, refletindo sobre a necessidade de se pensar alternativas de vida de caráter descolonizador em prol da vida com dignidade. “Em nome” do desenvolvimento, é possível identificar ingerências econômicas, ações militares, aplicação de políticas, instrumentos e indicadores para sair do “atraso” e chegar ao “desenvolvimento”, além de profunda devastação ambiental e social. Negam-se, inclusive, nossas raízes históricas e culturais em troca da “modernização”, imitando os países “adiantados”.

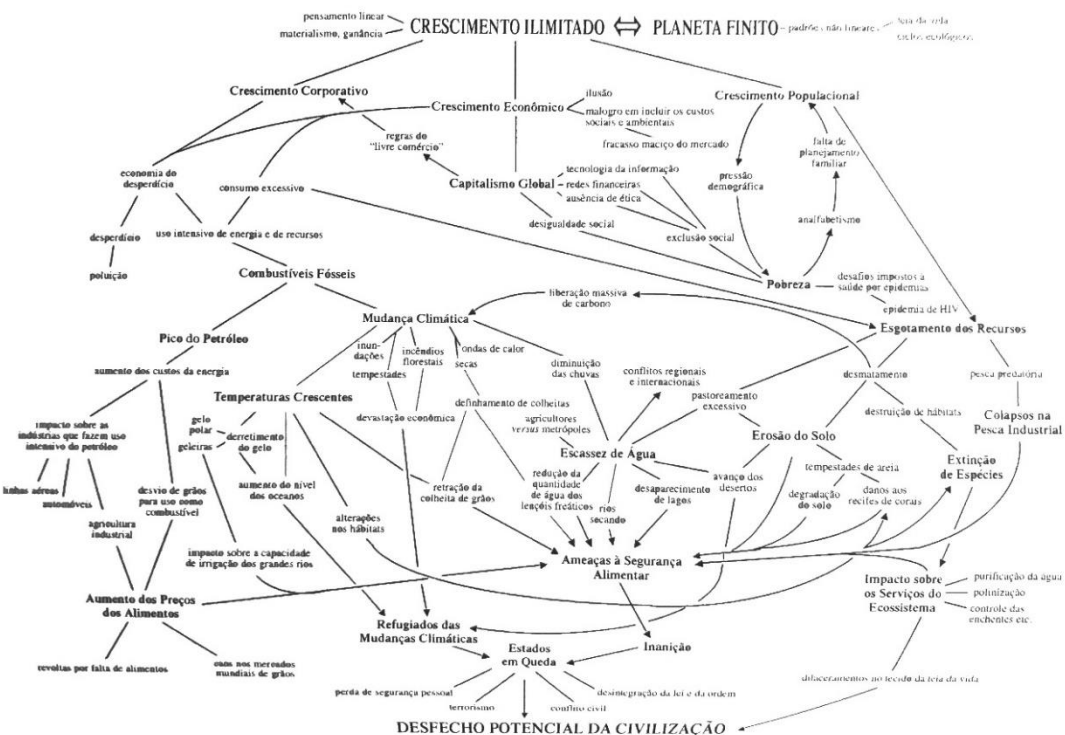
Nessa perspectiva, o desenvolvimento também pode ser entendido como a reedição dos estilos de vida dos países centrais, do ponto de vista da constituição de sociedades baseadas na alta produção e no alto consumo. Em outras palavras, são sociedades do hiperconsumo e do desperdício, onde predomina a visão do “viver melhor”. O viver melhor estabelece referências calculáveis que medem o bem-estar, reduzido a bem estar material. A riqueza se concebe como a base de sustentação desse bem-estar, por isso a tendência é de busca por acumulação contínua, a qual nunca é plenamente satisfeita, alimentando a continuidade da própria lógica, uma vez que sempre há algo a mais para se “ter”, conforme a difusão de certos padrões de vida no imaginário social (BAUTISTA, 2017).

O “bem viver” questiona esse conceito de bem-estar, considerando inviável o estilo de vida dominante. A noção de crescimento econômico ilimitado, baseado em inesgotáveis recursos naturais e em um mercado capaz de absorver tudo o que for produzido, é interpelada pela constatação de que os recursos da natureza são objetivamente finitos. Segundo Capra; Luisi (2014), a ilusão de que o crescimento ilimitado é possível num planeta finito é mantida por visões econômicas que se recusam a incluir os custos sociais e ambientais nas atividades voltadas para o crescimento econômico e corporativo. O “Relatório de Riqueza Inclusiva” (ONU, 2018) aponta que muitos países aumentam sua riqueza às custas de ativos ambientais como água, ar limpo, florestas e biodiversidade.

Contudo, os alertas sobre as mudanças climáticas, as crescentes marginalizações e violências sociais, o aumento do sectarismo, com preconceitos de raça, gênero, credo e pátria, as guerras civis, étnicas e religiosas, a ampliação de comportamentos de profunda ansiedade e frustração, duradouros e corriqueiros no cotidiano, são exemplos da falência desse estilo de

vida. Escassez de água, desmatamento, erosão do solo, dependência excessiva de combustíveis fósseis, geração desmesurada de lixo e poluição, eventos climáticos extremos, consumo exacerbado de combustível, aquecimento global (aumento da temperatura global altera muitos habitats e ameaça extinção de espécies), pressão demográfica e pobreza, aumento de doenças, pastoreamento excessivo, pesca predatória, redução do volume de água dos lençóis freáticos, rios e lagos, retração de florestas, pastagens virando deserto, conflitos entre agricultores e metrópoles, declínio da fertilidade do solo, destruição de habitats de espécies vegetais e animais e extinções (à medida que desaparecem as espécies, desaparecem também as funções que exerciam na natureza, como purificação da água, polinização, controle de enchentes, etc), liberação de altas quantidades de carbono na atmosfera, aumento do número de enchentes, tempestades e incêndios florestais, refugiados climáticos, ondas de calor e seca, definhamento das plantações, retração da colheita de grãos, derretimento de geleiras, aumento do nível do mar, inundações nos campos, desvio da produção de grãos para combustíveis alternativos ao petróleo ao invés de alimentar pessoas, são problemas ambientais que ameaçam nossa segurança alimentar e nossa segurança civil enquanto cidadãos (CAPRA; LUISI, 2014). A imagem abaixo ilustra o entrelaçamento desses problemas, que configuram uma multifacetada crise global, cuja causa seria a obsessão pelo crescimento econômico ilimitado:

Figura 5: “Interconexão dos problemas do mundo”



Fonte: CAPRA; LUISI (2014, p.450).

No limite, a constatação de que este modo de viver leva cada vez mais à desigualdade e à devastação, acena para a ameaça à própria existência humana, tendo em vista que essa racionalidade econômica gera um sistema de produção baseado na destruição sistemática de sua própria base real. O tão propalado desenvolvimento, portanto, não é mais do que a aceleração e a sofisticação dessa exploração da vida.

O “bem viver” aparece como alternativa à tendência autodestrutiva do desenvolvimento, que ameaça a própria existência do planeta e da humanidade. É uma filosofia em construção proveniente da matriz comunitária de povos que vivem em harmonia com a natureza. Seu ponto de partida são as diferentes maneiras de ver a vida e sua relação com a *Pacha Mama*. O “bem viver” está associado ao conhecimento, aos códigos de conduta ética e espiritual em relação ao entorno, aos valores humanos, à visão de futuro, etc das sociedades indígenas. “Aceita como eixo aglutinador a relacionalidade e complementaridade entre todos os seres vivos - humanos e não humanos. Forja-se nos princípios da interculturalidade. Vive nas práticas econômicas e solidárias (...) com lógicas democráticas e de enraizamento comunitário” (ACOSTA, 2016, p. 74).

Segundo Acosta (2016), nos saberes indígenas não há um conceito análogo ao de desenvolvimento: não existe a concepção de processo linear de vida que estabeleça um estado anterior e outro posterior (como, por exemplo, do subdesenvolvimento ao desenvolvimento). Tampouco existem conceitos de riqueza e pobreza determinados pela acumulação ou carência de bens materiais. Na concepção andina e *kíchwa*,

sumak significa o ideal, o belo, o bom, a realização; e *kawsay* é a vida, em referência a uma vida digna, em harmonia, equilíbrio com o universo e o ser humano (...) em *aymara*, *suma* faz referência à plenitude, ao sublime; e *qamaña*, à vida, ao viver, ao conviver e ao estar (...) A conjugação destes termos – *sumak kawsay* e *suma qamaña* – permite as seguintes expressões: *buen vivir*, *vivir bien*, *saber viver*, *saber conviver*, *viver em equilíbrio e harmonia*, *respeitar a vida*, *vida em plenitude*, *vida plena* (ACOSTA, 2016, p.77-78).

Apesar destas expressões não terem traduções precisas nem poderem ser entendidas sempre com o mesmo significado, seu núcleo de equivalência pode ser circunscrito na dimensão holística de ver a vida e a *Pacha Mama* em relação e complementaridade uns com os outros. O “bem viver” convida a respeitar o outro e a diversidade, em contraposição à simplificação planetária que vivemos em meio aos processos de globalização que homogeneizam os modos de vida, os desejos e os sonhos a partir de uma matriz colonial. Aponta uma ética da suficiência para toda a comunidade e não apenas para o indivíduo. Defende o viver bem aqui e agora, sem

ameaçar a vida das próximas gerações. Requer afirmar a vida do outro como condição de afirmação da própria vida e reconhecer a interdependência.

A noção de interdependência contrasta com a noção de independência, predominante na atualidade. Silva (1999) aponta na Modernidade o surgimento de uma noção de independência, que corresponde a um processo de desligamento entre ser humano e natureza, e que faz surgir pelo corpo um interesse de dominação e sujeição, do mesmo modo que se pretende fazer com toda a natureza. A autora enfatiza o surgimento da noção de indivíduo e sustenta sua tese de que a modernidade é o momento de culminância de um processo de separação entre ser humano e natureza a partir de três argumentos centrais: a destruição das ordens antigas (o fim da perspectiva de transcendência humana e o fim do predomínio aristocrático, marcado pela Revolução Burguesa), o triunfo da racionalidade instrumental e o processo de subjetivação que se forma no interior do individualismo.

Explica Silva (2001) que a expressão “indivíduo” significa “indiviso”, numa clara referência ao todo. No entanto, a figura do indivíduo na Modernidade se tornou representativa do processo de fragmentação da cultura ocidental, incorporando a incitação do liberalismo de que o indivíduo basta a si mesmo e deve se libertar da sociedade que lhe impõe limites. Além disso, a ordem econômico-social reforça essa crença individual na medida em que associa o sucesso e a realização humana à sobrepujança do outro, a partir de parâmetros de competitividade, narcisismo, julgamento pela aparência e superficialidade das relações.

O conceito de bem viver sugere que a sociedade não se organize em torno da acumulação permanente e desigual de bens materiais, centrada na competição entre seres humanos que se apropriam destrutivamente da natureza. Aqui, os seres humanos não podem ser vistos como ameaças uns aos outros, nem a natureza como um conjunto de recursos que servem apenas à exploração. O “viver bem” é uma proposta civilizatória, uma utopia em direção a construção de outra sociedade, sustentada na convivência cidadã em diversidade e em harmonia com a natureza, a partir do conhecimento de diversos povos culturais. Trata-se da passagem do “viver melhor” (que o outro) para o “viver bem” (com e para todos).

A noção de comunidade é central nessa perspectiva, superando a filosofia de vida individualista. Representa construir uma vida em harmonia dos seres humanos consigo mesmos, com as outras pessoas e com a Natureza, em relações de solidariedade e reciprocidade. A vida em harmonia pressupõe que todos os seres existem sempre na relação entre sujeitos, não entre sujeito e objeto. O conceito recupera a sabedoria ancestral de que a partir das harmonias múltiplas (entre o indivíduo com ele mesmo, entre o indivíduo e a sociedade, e entre a sociedade e o planeta com todos os seus seres) seria possível estabelecer conexão e interdependência com

a natureza de que somos parte. Supõe, portanto, uma visão integradora do ser humano imerso na grande comunidade *Pacha Mama*.

Esse panorama teórico trata da necessidade premente de transformação da realidade social em direção à vida digna, à erradicação da fome, da miséria, das injustiças sociais, da crise ética e ecológica. Nos vemos em um ponto da civilização ocidental moderna, em que o bem viver é explicitamente reconhecido como uma utopia. Contudo, na visão de Silva (2001, p.122), “pode ser, justamente, na busca pela solução do problema básico que afeta a tudo e a todos, que esteja a alavanca para a emancipação da sociedade, dos indivíduos e para a reconciliação com a Natureza”.

As referências do conceito de *physis* na Antiguidade grega e do conceito de bem viver inspirado na cosmologia indígena apresentam uma série de convergências com as tradições que embasam as práticas corporais analisadas. É como se pudéssemos identificar sentidos universais nessa ancestralidade, mesmo com as diferenças culturais existentes, a exemplo da ideia de conexão, que parece perpassar todos eles. Uma espécie de globalização às avessas, que foi tomando caminhos de entrecruzamentos e desmanches ao longo da história e dos territórios. Mas que permanece viva ainda na contemporaneidade, como um lastro capaz de conectar um passado remoto a um futuro ainda inexistente, a partir de premissas semelhantes. As práticas corporais integrativas são um exemplo de manifestação destas premissas no tempo presente.

As práticas estudadas remontam saberes e práticas milenares em torno destas premissas. Ao mesmo tempo, construções teóricas do século 20 vêm assinalando também para uma “nova” cosmovisão, que parece estar sintonizada com certos aspectos ancestrais. Referimo-nos à nova física³¹, assim como à nova biologia³². Esta cosmovisão atual compreende que o todo é mais

³¹ A “nova física” vem questionando bases sólidas de sustentação do paradigma cartesiano, na medida em que pôs em cheque a realidade sólida da matéria, aboliu a noção de objetos fundamentais separados, introduziu o conceito de observador, considerou necessário incluir a consciência humana em sua descrição do mundo, viu o universo como uma teia. A chamada “nova física” descreveu que átomos não são mais partículas rígidas e sólidas, como propôs anteriormente Newton, mas regiões de espaço vazio nas quais partículas, como os elétrons, movem-se ao redor do núcleo ligados a ele por meio de forças elétricas. A massa, portanto, não está mais associada com uma substância material básica, mas com feixes de energia, associados a movimentos, atividades, processos. Os estudos do mundo subatômico também evidenciaram o aspecto dual dos componentes dos átomos (elétrons, prótons e nêutrons): podem se comportar como partículas (entidade confinada a volume muito pequeno) ou como ondas (se espalha em grande região do espaço). Isso significa que nenhum objeto atômico tem propriedades intrínsecas, independentes do ambiente, pois o comportamento do átomo depende diretamente da situação experimental ou do aparelho com o qual é forçado a interagir. Deste modo, a física quântica introduz a noção do observador. O observador é necessário para observar as propriedades de um fenômeno atômico, bem como para produzi-las. Assim, os fenômenos observados podem ser compreendidos como conexões entre vários processos de observação, de medição, e o fim dessa corrente de processos sempre reside na consciência do observador humano. Esses aspectos mostram que, embora no mundo macroscópico possamos visualizar o mundo material em partes, o mundo subatômico e, portanto, toda a constituição do universo, precisa ser definida por suas inter-relações.

³² A chamada “nova biologia” vem revisando o conceito de vida, a partir do reconhecimento de que os sistemas vivos podem ser definidos como uma totalidade integrada, cujas propriedades essenciais surgem das relações entre suas partes. Assim, a vida não está localizada em nenhuma parte do organismo, mas a vida emerge da interação,

do que a soma das partes, contrastando com a concepção mecanicista vigente, de explicar o todo pela sua fragmentação em partes.

Nesse sentido, as novas ciências vêm atualizando a noção de conexão, reconfigurando algumas explicações que remetem à unidade e à totalidade, desta vez no seio da racionalidade instrumental ocidental, indicações interessantes que apontam para uma mudança paradigmática (SILVA, 2001). As transformações conceituais possibilitam uma profunda revisão da concepção humana sobre o universo e das relações do indivíduo com o universo, as quais parecem convergir para visões de mundo semelhantes as presentes na filosofia oriental. Essa convergência foi estudada por Capra (2013)³³, ao traçar paralelos entre conceitos da física moderna e ideias básicas existentes nas tradições filosóficas e religiosas orientais (hinduísmo, budismo, pensamento chinês, taoísmo e zen). O autor explorou os modos como os fundamentos da física do século 20 levam-nos a encarar o mundo de modo semelhante a essas tradições.

Segundo Silva (2001, p. 109), as ciências duras se veem frente a um paradoxo no campo epistemológico, por elas sempre evitado: “como deter-se na matéria, se o universo e tudo nele, é muito mais do que a matéria?” Dada a complexidade em que o mundo se apresenta, essas respostas não podem ser encontradas no interior dos conhecimentos produzidos por estas próprias ciências, gerando uma aproximação das “novas ciências” com o misticismo, principalmente vinculado à filosofia oriental, que se caracteriza por manter as noções de totalidade e unidade dos contrários.

É possível notar que, enquanto nas tradições orientais, a ideia de conexão se mostra na relação de transcendência do eu, que pode ser experimentada pela totalidade do ser, nas teorias ocidentais das “novas ciências” tal ideia vai buscar explicar a vida e a realidade a partir de

uma vez que nenhuma das partes é, *per se*, viva. Com bastante evidência na dimensão molecular e estrutural, a morte ocorre quando a organização autopoietica se desintegra, quando as ligações desaparecem. Quando um sistema vivo é dissecado em partes isoladas, suas propriedades (vivas) deixam de existir.

³³ Capra (2013) apresentou em sua obra uma série de paralelos (a unidade de todas as coisas, além do mundo dos opostos, espaço-tempo, o universo dinâmico, vazio e forma, a dança cósmica, simetrias quark, padrões de mudança e interpenetração) – os quais não temos condições de aprofundar aqui –, evidenciando dois temas centrais que sintetizam estas coincidências: a unidade e interrelação de todos os fenômenos e a natureza intrinsecamente dinâmica do universo. Com relação a primeira, o estudo afirma que todas estas tradições têm como ponto comum uma visão orgânica oriental. Nesta visão, “todas as coisas e fatos percebidos pelos sentidos são interconectados, unidos entre si, constituindo tão simplesmente aspectos ou manifestações diversos da mesma realidade última” (CAPRA, 2013, p. 36). Assim, enquanto na visão mecanicista ocidental a tendência consiste na fragmentação, na visão orgânica essa tendência de dividir o mundo e experimentar a nós mesmos como egos isolados é vista como uma ilusão (*maya*), como uma expressão de ignorância. Com relação a segunda coincidência, o estudo apresenta que a visão oriental do mundo é intrinsecamente dinâmica, contendo o tempo e a mudança como características fundamentais. Nesta perspectiva, as forças geradoras do movimento não são exteriores aos objetos, mas uma propriedade intrínseca da matéria. Por exemplo, “a imagem do divino não é de um governante nas alturas dirigindo o mundo, mas de um princípio que tudo controla a partir de dentro” (CAPRA, 2013, p. 37).

elaborações intelectuais que permitam evidenciar as interrelações entre as partes como condições fundamentais para a existência do todo.

Em ambas perspectivas, a ideia de conexão desafia a visão mecanicista, ainda predominante no ocidente. A concepção mecanicista nasceu nos séculos 16 e 17 com a Revolução Científica desenvolvida a partir de Copérnico, Galileu, Newton, Bacon e Descartes. A perspectiva cartesiana “corpo e mente” ou “mente e matéria” amparou uma visão do universo como uma máquina de funcionamento perfeito ou um enorme sistema mecânico, capaz de explicar a física, a química e também as ciências da vida, da natureza humana e da sociedade.

Assim, toda a natureza funcionaria conforme leis mecânicas e o mundo material poderia ser explicado a partir de suas partes, acreditando-se que a compreensão apurada da realidade se daria com a redução das estruturas complexas às menores partes que as constituem. Este entendimento exerce fortes influências até hoje na humanidade, inclusive no campo da saúde, sendo o próprio amparo do modelo biomédico, conforme abordaremos a seguir.

A série de argumentos que afirmam a ideia de conexão apresentada até agora aponta para uma mudança paradigmática, na perspectiva científica, bem como para a construção de uma nova ordem social.

Tesser (2008, p. 99), com base em Thomas Kuhn, explica que “grosso modo, os paradigmas seriam um conjunto de concepções, modelos, valores, padrões perceptíveis e práticas consensualmente aceitos em uma comunidade científica, os quais guiam a prática do cientista”. Uma visão do mundo que se expressa no estabelecimento de conjuntos teórico-metodológicos de tal modo estáveis que prescindem de questionamento, excluindo qualquer “anomalia” (parte, fenômeno ou relações não previstas ou inexplicáveis) em favor dos exemplares, das generalizações simbólicas, dos pressupostos metafísicos e valores subjacentes àquele mapa de referência.

O desenvolvimento do conhecimento também se dá quando as anomalias começam a aparecer muito e a questionar o saber instituído, podendo gerar uma crise, que proporciona certo tempo de ciência revolucionária capaz de engendrar um novo paradigma, que estabelecerá uma nova fase normal da ciência, algo raro de acontecer.

Para Silva (2001), na medida em que se passa a perceber o universo como criativo e em permanente transformação, como apontam as novas ciências, e com uma permanente interdependência do todo, não só as formas de produzir conhecimento deverão ser alteradas, como a própria situação do ser humano e o encaminhamento dos problemas enfrentados. A simplificação e a fragmentação se mostram insuficientes perante o dilema humano, que exige

uma articulação ético-política entre o meio ambiente, as relações sociais e a subjetividade humana como condição para esclarecer e encaminhar as questões prementes na humanidade.

b) Sobre a categoria conexão no campo da saúde:

No campo da saúde, Nascimento; Nogueira (2014) realizaram um percurso histórico a fim de compreender algumas relações entre natureza e terapêutica estabelecidas desde a Grécia Antiga e seus desdobramentos em duas grandes correntes de saúde coexistentes na contemporaneidade.

Elas localizam os primórdios da medicina ocidental no período grego clássico (século V a.C.), quando a concepção de doença se distanciou da esfera sobrenatural e passou a fazer parte do mundo natural e da vida humana. Destaca-se a Escola de Cós, que teve como expoente mais conhecido Hipócrates de Cós (460-390 a.C.). A noção de *physis* é abordada, bem como a de *Higéia*, divindade para evocar saúde e força vital intrínsecas à natureza, presentes em todos os seres. *Higéia* é associada ao conceito *vis medicatrix naturae*, que expressa um poder autorregenerador, onde a possibilidade de cura é imanente. Ou seja, é o poder de cada ser se reconstruir em íntima relação (harmonia) com a natureza/*physis*. A doença era vista como um desequilíbrio do ser com relação à natureza/*physis*. O exercício da virtude (*areté*) seria o trabalho sobre si mesmo para realizar da melhor forma possível a própria natureza. A natureza mesmo demanda seus meios de cura e o doente se cura porque esta demanda faz parte do seu próprio ser.

Já na medicina praticada na Roma antiga, ficou conhecido Galeno (130-201 d.C.), com sua proposição de *theriaka* (medicamentos) e catárticos, como sangrias, eméticos, purgantes e exsudatórios. Acreditava que a terapêutica deveria incluir remédios formados pelo maior número de substâncias, pois o organismo saberia escolher a melhor para si.

As autoras seguem explicando que, com o Cristianismo, a natureza se torna palco do conflito entre o bem e o mal, a separação entre alma e corpo, onde o corpo se torna um adversário para a salvação. A escola de São Tomás de Aquino (1227-1274) diferencia a *Natura Naturans*, Deus, o poder criador; da *Natura Naturata*, as criaturas de Deus. Incorpora-se a alquimia, com a influência árabe na Europa, com fórmulas capazes de realizar transformações instantâneas no corpo. A cura fica representada como algo exterior ao ser humano, que o transforma e purifica.

A postura antropocêntrica do Renascimento culmina na separação entre Deus, ser humano e natureza. A natureza passa a estar a serviço do ser humano, que se vê como seu

dominador. Funda-se a ciência e sua visão mecanicista para desvendar, explorar e controlar o corpo e a natureza. As autoras situam no século 18 o debate entre duas correntes: vitalismo e mecanicismo.

A primeira afirmava que o organismo não pode ser considerado uma soma de peças que se ajustam. Haveria um agente vital, ou alma racional, a responder pela integridade do organismo e de suas funções vitais. Não sendo esta alma uma força material, as leis da mecânica não poderiam explicar os movimentos do organismo. Para os seguidores da corrente mecanicista, diferentemente, o corpo seria uma máquina bem regulada e a *vis medicatrix naturae* consistiria em uma operação mecânica a reger a contração e dilatação dos órgãos (NASCIMENTO; NOGUEIRA, 2014, p. 04).

O desenvolvimento de novos conhecimentos a partir da ciência fez da observação e do experimentalismo as bases sistemáticas para estabelecimento de verdades, tendo a tecnologia como principal instrumento para dominar a natureza. Os avanços em direção ao controle, fixando a doença como categoria central, foram constituindo o modelo biomédico. Os avanços da biomedicina foram reconhecidos. Contudo, seus efeitos iatrogênicos, em níveis biológico e social, a excessiva medicalização e a mercantilização da saúde constituíram o pano de fundo para eclosão dos chamados movimentos de contracultura.

Para Nascimento et al (2013), os movimentos de contracultura nos anos 1960, de tendência antitecnológica, nos EUA e na Europa, questionavam a desconsideração do mundo natural em prol de um mundo construído pela ciência e pela técnica e fortaleciam discursos em favor da preservação e valorização da natureza. No âmbito da saúde, tais movimentos deram espaço a uma proposta de promoção da saúde tendente ao naturismo, entendido como “não apenas a rejeição da medicina especializada e tecnificada, por ser invasiva e iatrogênica, portanto antinatural, mas também a afirmação da força curativa da natureza e da eficácia das terapêuticas dela provenientes” (NASCIMENTO et al, 2013, p.3596).

Estes autores destacam eventos que produziram encaminhamentos importantes a respeito da valorização destas práticas, como a realização, em 1972, da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano, em defesa do “ambiente humano para as atuais e futuras gerações”, em Estocolmo; e, em 1992, a Eco 92, no Brasil, que consagrou o conceito de desenvolvimento sustentável e propôs a Agenda 21. No campo da saúde, podem ser considerados os vários movimentos de institucionalização das Medicinas Tradicionais e Complementares em vários países do mundo, incluindo o Brasil, incentivados pela OMS, conforme apresentamos no início dessa seção.

Observa-se a importação, sobretudo, de antigos sistemas médicos orientais em iniciativas institucionais e práticas sociais, num contexto de hibridização cultural. Temos em cena no SUS, portanto, o predomínio da racionalidade biomédica, característica da medicina convencional, e a coexistência, ainda tímida, de outras racionalidades médicas e práticas terapêuticas, as quais se reúnem em torno de princípios vitalistas.

O trabalho seminal de Luz (1995) sobre a categoria RM permitiu a realização de estudos comparados, os quais geralmente analisaram a racionalidade da medicina ocidental contemporânea em relação a outras racionalidades médicas (LUZ, 2012; TESSER, 2013; TESSER; LUZ, 2018; LUZ; BARROS, 2012). Em geral, tais reflexões apontaram para o contraste entre um paradigma da normalidade-patologia (NASCIMENTO et al, 2013), biomecânico, generalizante, analítico, materialista, ontológico-localista, mecânico-causal e centrado nas doenças (CAMARGO JR, 2003) ou paradigma biomédico, que predomina na medicina convencional *versus* um paradigma da vitalidade-energia ou vitalista.

Esboçamos uma síntese das características comuns a cada um, abrangendo as seis esferas da categoria RM, conteúdo que já foi extensamente explorado nos trabalhos de Luz (2003; 1995), Luz; Barros (2012), Tesser (2013, 2009), Tesser; Luz (2018; 2008; 2002), Sousa et al (2012), Sousa; Vieira (2005), Tesser; Barros (2008). Os argumentos abaixo se baseiam nestes estudos.

As ações em saúde orientadas pelo modelo biomédico tendem a reduzir os “adoecimentos a problemas da ‘máquina humana’ que a tecnologia químico-cirúrgica irá resolver (ou, enquanto tal não ocorre, que demandam submissão ao ‘estilo de vida saudável’)” (TESSER; BARROS, 2008, p. 915). Nesse modelo, predomina uma concepção de corpo fragmentado, onde a concentração das ações em saúde se voltam para a regulação do corpo físico, a partir da anatomia e da fisiologia orgânicas. Em geral, não há consideração pelas dimensões subjetivas e sociais nas ações diagnósticas e terapêuticas.

A saúde é compreendida como ausência de doenças. A doença, por sua vez, é compreendida como um problema localizado em alguma parte do corpo do sujeito, que demanda identificação e interferência local para sua extinção. Os métodos diagnósticos privilegiam as tecnologias duras, a partir de exames clínicos e laboratoriais, com pouca ou nenhuma consideração pela narrativa dos sujeitos sobre sua situação. Os métodos terapêuticos mais prescritos são os medicamentos e cirurgias. A interpretação dos quadros de queixas dos sujeitos geralmente é homogeneizante, com pouca participação do sujeito doente e está amparada em códigos e símbolos pré-definidos, com tentativa de enquadramento de sinais e sintomas nas classificações da área médica.

A preocupação central da ação em saúde a partir desse referencial é a extinção da doença em nível orgânico. De modo geral, o itinerário terapêutico usual do sujeito doente consiste em uma consulta rápida, pedido de exames para diagnóstico, retorno para avaliação dos exames e prescrição de medicamentos. As relações entre profissional e usuário tendem a ser impessoais e verticalizadas, com atitude unilateral por parte do profissional, pouca ou nenhuma negociação do projeto terapêutico com o doente.

Tais características estão amparadas em uma cosmologia que tem na racionalidade instrumental e no nascimento da medicina moderna suas principais referências. Busca-se uma base científica, de caráter analítico, embasada no pensamento mecânico da Física clássica, cujo objeto epistemológico é a doença, sua identificação, classificação e busca de suas causas (etiologia). Nessa lógica, que converte a doença numa entidade concreta, promovendo sua ontologização, o objetivo não é mais o reestabelecimento da saúde dos sujeitos, mas o combate à doença no âmago do organismo físico. Sua filiação à ciência moderna excluiu por completo qualquer dimensão não material, desprezando elementos de ordem subjetiva, social ou espiritual, considerados imprecisos, místicos ou sobrenaturais, conforme princípios da ordem positivista.

Já no modelo da vitalidade-energia, as cosmologias que sustentam as práticas orientadas por RM distintas da biomedicina, em geral, compreendem uma dupla integração: integração ser humano e natureza, na perspectiva de micro e macrouniversos; e visão integradora do sujeito humano constituída de aspectos psicobiológicos, sociais e espirituais.

As ações em saúde partem de uma concepção integral de corpo, considerando as dimensões física, mental, emocional, espiritual e energética, bem como a relação com o meio social e cultural. As compreensões anatômicas e fisiológicas não se restringem ao conjunto material do corpo, como seus ossos, músculos e órgãos, mas relacionam tais estruturas a componentes emocionais, mentais e espirituais, tendo na noção de energia seu aspecto articulador.

Está prevista uma “dinâmica vital”, ou seja, algo que está além do corpo físico, cujo fluxo determina os processos de saúde e de doença. A vida é vista como movimento e como energia/sopro/força, fazendo dessas RM sistemas de análise do dinamismo vital humano, a partir da compreensão da existência de um corpo energético. A energia seria o elemento imaterial fundamental para conectar as dimensões humanas internas, bem como expandir sua conexão com a natureza, num plano relacional com o entorno (ambiente) e com a esfera espiritual.

A saúde é compreendida como o equilíbrio multidimensional do ser, em meio a uma vida de mutação e constante mudança, profundamente integrada à natureza. A doença, por sua vez, é fruto de um desequilíbrio interno e relacional ao mesmo tempo. Interno no que concerne ao microcosmo que constitui o ser humano. Relacional no que concerne às relações entre o ser humano e o meio no qual se insere: natural, social e espiritual (macrocosmo). Assim, as ações visam ao enfoque integral dos problemas de saúde e da vida, a fim de restaurar o equilíbrio e restabelecer e expandir a vitalidade.

A preocupação central das ações em saúde está na arte de curar, colocada em primeiro plano. As propostas terapêuticas são variadas e despojadas tecnologicamente. Em geral, lançam mão de recursos simples, tecnologias leves e leves-duras (menos dependentes de tecnologias duras, menos caros). Buscam intervir sobre a multidimensionalidade do sujeito doente, com objetivo de estimular uma resposta natural do organismo, o potencial de reequilíbrio e cura do próprio sujeito. Além disso, as ações em saúde visam estimular a autonomia do usuário e ampliar seus recursos para lidar com as adversidades, bem como o empoderamento.

Assim, são menos intervencionistas e seu foco não está em impedir certas manifestações sintomáticas, opondo-se à doença, mas em compreender e atuar sobre suas formas e origens, envolvendo o sujeito e seu modo de vida. O foco da atenção nestas RM está no sujeito e não na doença. A tentativa é que as ações de atenção à saúde mantenham proximidade com a vida vivida e a singularidade das pessoas, buscando o reequilíbrio do sujeito na sua multidimensionalidade, numa perspectiva de aprendizado também existencial.

Para tal, em geral, as interpretações diagnósticas e terapêuticas são realizadas em conjunto entre o profissional e o sujeito doente, valorizando a subjetividade de ambos. Os recursos para diagnose e terapêutica são diversos, ampliando o repertório de abrangência das queixas das usuárias para dar conta da complexidade dos problemas que, por vezes, envolvem sintomas vagos e não enquadráveis nas classificações vigentes na área médica.

A relação entre profissional e usuário é estratégica, tende a ser próxima, com confiança crescente e co-responsabilização. Envolve acompanhamento, escuta, acolhimento e construção de vínculo. Há certo compartilhamento de significações e símbolos relacionados ao adoecimento, constituindo uma relação mais horizontalizada.

Na dinâmica terapêutica, o primeiro passo seria tornar a pessoa consciente da natureza e extensão do seu desequilíbrio. Os problemas devem ser considerados no contexto mais amplo no qual eles surgem, o que demanda um exame cuidadoso entre profissional e usuário/a dos múltiplos aspectos da doença. Num primeiro encontro, além das medidas de emergência, indica-se explorar com o sujeito a natureza e o significado da doença e encontrar possibilidades

de mudar certos padrões de vida que levaram a ela. Faz-se importante avaliar a contribuição relativa de fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais para o desenvolvimento da doença.

Estes seriam os cuidados primários em saúde, os quais podem ser realizados por qualquer profissional de saúde, a partir de conhecimentos de diferentes disciplinas, experiência, sabedoria, compaixão e preocupação compartilhada com a pessoa como ser humano. No encontro, a busca é por ser sensível as influências e decidir quais podem ser tratadas e, se necessário, encaminhar para especialistas. Nessa perspectiva, o objetivo da terapêutica consiste em restaurar o equilíbrio da pessoa, com o profissional interferindo o menos possível. A ideia é reconhecer a tendência inata do organismo para curar a si mesmo e ajudar a criar um ambiente propício para cura.

Na visão de Luz (2003), as racionalidades médicas e práticas terapêuticas inovam, no que se refere a paradigma, quando resgatam a preocupação com a arte de curar sujeitos doentes, ao invés de deter-se a investigar, classificar e explicar patologias por métodos diagnósticos cada vez mais sofisticados. O novo paradigma teria como elementos centrais: a) a reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico; b) a re-situação da relação profissional-usuário como elemento fundamental da terapêutica; c) a busca de meios terapêuticos, despojados tecnologicamente, menos caros e com igual ou maior eficácia curativa nas situações comuns de adoecimento da população; d) a construção de práticas em saúde que visem acentuar a autonomia do usuário, e não sua dependência no tocante à relação saúde-enfermidade; e) a categoria central do paradigma é a Saúde e não a Doença.

Tendo em vista este breve panorama, o crescimento pelo interesse e oferta de PICS nos meios público e privado tem sido atribuído a insatisfações das pessoas com o modelo biomédico, bem como ao mérito próprio das PICS (SANTOS; TESSER, 2009; TESSER, 2009), sem esquecer também que representam escolhas culturais derivadas de transformações nas representações de saúde, doença, terapêutica, etc presentes nos processos de transformação da cultura (SOUZA; LUZ, 2009).

Para Tesser (2009, p.1733):

As insatisfações se devem aos limites diagnósticos (o saber científico biomédico é um saber de resolução "grosseira", sua prática não consegue interpretar, ignora e desqualifica uma grande parte dos sintomas "não enquadráveis"), aos limites terapêuticos (as tecnologias de tratamento são restritas, para muitos diagnósticos há severos limites de eficácia terapêutica, restrita ao controle de doenças ou sintomas, por vezes há ausência de terapêutica) e às iatrogenias (os efeitos adversos são por demais relevantes, muito acentuados com o envelhecimento

populacional, com a maior prevalência das doenças crônicas e com o processo de medicalização social, que intensifica o uso de quimioterápicos para cada vez mais experiências da vida; por exemplo, as iatrogenias - incluindo os erros médicos - tornaram-se a terceira causa de morte nos Estados Unidos). Há ainda uma insatisfação difusa e crescente com a abordagem biomédica, caracterizada como mecanicista, materialista, invasiva, intervencionista, restrita aos sintomas e progressivamente mais impessoal, dedicando pouco tempo ao paciente.

Segundo Merhy (1998), uma análise das respostas de usuários/as acerca dos atendimentos no SUS demonstra a perda da dimensão cuidadora nos processos de produção de saúde, e não por falta de competência técnica por parte dos profissionais. O autor questiona que não são raros os apontamentos de avanços científicos em torno dos problemas que afetam a saúde das pessoas e das comunidades, mas a saúde está em crise, não apenas, mas também porque os modelos atuais de ordenamento das práticas clínicas e sanitárias já perderam seu comprometimento com a defesa da vida. Neste sentido, entre outras questões, defende a importância de que o trabalho dos profissionais de saúde leve em conta tecnologias relacionais e a humanização do cuidado.

Para Capra; Luisi (2014) os limites do modelo biomédico se expressam na insatisfação com a assistência (inacessibilidade, falta de simpatia e cuidado, negligência); na desproporcionalidade entre custo e efetividade; no aumento de custos e tecnologias de diagnósticos e procedimentos que não necessariamente está resultando na melhoria da saúde da população. Para eles, vivemos em uma crise na saúde, cujas causas são multifacetadas e extrapolam o campo da saúde para a crise global maior.

O problema conceitual aí subjacente seria a confusão entre as origens da doença e os processos pelas quais ela se manifesta. Em vez de perguntar por que a doença ocorre e tentar remover as condições que levaram a ela, os/as profissionais da saúde/pesquisadores se limitam a compreender os mecanismos pelos quais a doença opera, de modo a poder interferir sobre eles.

No modelo biomédico, a doença é reduzida ao nível do órgão, das células e agora das moléculas, os genes. Corpo, saúde e doença, em geral, são estudados a partir de visões mecanicistas da biologia celular e molecular, ignorando-se as influências de circunstâncias não biológicas sobre os processos biológicos. Os autores questionam o determinismo genético, segundo o qual seja possível, por meio do mapeamento das bases genéticas do DNA, identificar genes causadores de doenças/situações específicas, como o alcoolismo, o câncer ou até a criminalidade, e pautar o tratamento na substituição destes genes defeituosos.

Em virtude de o modelo biomédico organizar toda sua abordagem na categoria “doença”, seu potencial para saúde das pessoas se encontra reduzido, principalmente porque a atenção à saúde tende: a se tecnificar e desumanizar; priorizar tecnologias duras, que obscurecem a importância da relação profissional-usuário; secundarizar a terapêutica em favor da diagnose, reduzindo a ação em saúde em decifrar o enigma de qual doença o doente tem e aplicar a terapêutica padronizada, nem sempre alcançando resolutividade; induzir à medicalização crescente, com diminuição contraprodutiva da autonomia das pessoas em saúde; esquarterar o corpo e os adoecimentos dos sujeitos; submeter-se a preceitos científicos, por vezes, incompatíveis com a vida vivida pelas pessoas; entregar os sujeitos à indústria farmacêutica e ao complexo médico-industrial (TESSER; LUZ, 2002).

Em alguns casos, este modelo acaba produzindo interpretações diagnósticas e intervenções que tem pouca relação com os contextos, os valores, as relações sociais, as dificuldades emocionais e existenciais das pessoas. Embora, idealmente, as ações biomédicas permitiriam solução pontual e eficaz, alheia aos processos psicológicos, sociais, culturais, morais, inconscientes, espirituais e existenciais das pessoas, acontece de serem relativamente frustrantes e pouco efetivas (TESSER, 2013).

Além disso, tendem a uma medicalização excessiva de sintomas, riscos, situações limítrofes, queixas anímicas e conflitos sociais e emocionais, direcionando as pessoas para o consumo de procedimentos especializados para suprir suas necessidades (TESSER, 2013, TESSER; BARROS, 2008; TESSER; LUZ, 2018). Tal tendência também produz um efeito difuso e nocivo que diminui o potencial cultural das pessoas para lidar autonomamente com situações de sofrimento, doença, dor e morte, conforme alertou Illich (1975).

Os limites anunciados são indícios de que a racionalidade biomédica está em crise, algo que pode justificar a ampliação de espaço para outras RM. Para Luz (2003), a “crise da saúde” é multifatorial, mas pode ser considerada fruto do aumento das desigualdades sociais no mundo, levando-se em conta as sociedades do capitalismo avançado. Ao invés de haver usufruto de todos, face à riqueza produzida, a concentração de renda gera um cenário de graves problemas de natureza sanitária. Além disso, a autora destaca também a “crise da medicina” nos planos institucional, ético, da eficácia, bioética, pedagógico, político, econômico e epistemológico. As opções de resolução das questões sanitárias disponíveis no modelo biomédico não têm dado conta de atender satisfatoriamente as demandas complexas de saúde das pessoas e populações inscritas neste cenário.

Por outro lado, não se podem negar os avanços promovidos pela biomedicina, o que faz dela necessária e indispensável. Segundo Nascimento; Nogueira (2014, p. 05), resultados

terapêuticos têm sido alcançados na “prevenção e controle de infecções, através de vacinas e antibióticos; no controle de processos crônico-degenerativos, largamente vinculados a condições e estilos de vida; e também na resposta a situações de urgência e emergência, como traumas ou colapsos de órgãos ou funções orgânicas específicas”. Ao mesmo tempo, também nas PICS há possibilidades de ocorrer reações adversas, toxidades e interações entre medicamentos, embora com menor agressividade e menor potencial iatrogênico (SOUSA et al, 2012).

Deste modo, alguns autores têm se colocado em favor da pluralização das referências de saber e técnica nos serviços de saúde, a fim de ampliar os recursos interpretativos e terapêuticos, favorecendo ações em saúde resolutivas e enriquecendo experiências e sentidos do cuidado (TESSER, 2013; TESSER; BARROS, 2008; TESSER; LUZ, 2008). Chegam a propor que a inserção de PICS na APS se dê via profissionais “híbridos” em atuação na ESF e nas equipes de apoio/NASF, por meio de educação permanente e otimização das *expertises* existentes, a fim de contribuir para a integralidade da atenção, manejo da medicalização abusiva e redução de danos (SOUSA; TESSER, 2017; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Tal cenário parece consolidar, de certo modo, a perspectiva Integrativa, em detrimento das visões eminentemente alternativas (exclusão da biomedicina) e complementares (submissão à biomedicina). Em geral, conforme boa parte das discussões do campo da Saúde Coletiva e da Educação Física, aponta-se como superação às críticas ao modelo biomédico, um modelo ampliado de saúde posto a serviço da integralidade da atenção. Neste sentido, pode-se arriscar afirmar que a corrente da vitalidade-energia se encontra subordinada ao modelo ampliado, mas anuncia uma necessária reflexão epistemológica. Abaixo analisamos como estes elementos podem ser discutidos no âmbito das práticas corporais.

c) Sobre a categoria conexão e as práticas corporais integrativas

O quadro abaixo é uma tentativa esquemática para retomar o que foi exposto sobre os diferentes modelos de atenção à saúde:

Quadro 13: Características dos modelos de atenção Biomédico X Vitalidade-energia.

	Biomédico	Vitalidade-energia
Foco do cuidado	Doença	Sujeito
Concepção de corpo	Material, fragmentado em partes	Integral, considera dimensões física, mental, emocional, energética, espiritual
Concepção de saúde	Ausência de doenças	Equilíbrio multidimensional do ser e seu entorno
Concepção de doença	Problema localizado em alguma parte do corpo	Desequilíbrio da harmonia interna e relacional
Meios para diagnóstico	Exames clínicos e laboratoriais	Técnicas variadas e narrativa das/os usuárias/os
Recursos terapêuticos	Medicamento, cirurgia, intervenções externas ao sujeito	Simple e variados, intervenções que reforçam ou induzem uma resposta natural do organismo
Abordagem terapêutica	Parcial, com ênfase no corpo físico	Holística, com enfoque integral nos problemas de saúde e da vida
Custo	Mais onerosas	Menos onerosas
Relação profissional-usuária/o	Impessoal e verticalizada	Estratégica, horizontalizada e humanizada
Uso de tecnologias	Duras, leves-duras	Leves, leves-duras
Objetivos	Prevenção de doenças e fatores de risco e reabilitação da saúde via tentativa de extinção da doença	Restabelecimento e expansão da vitalidade; empoderamento, autonomia, promoção, proteção e reabilitação da saúde
Afinidade/Reforço social	Medicalização social	Compatível a anseios de preservação e sustentabilidade em seu sentido amplo, nos níveis biológico, social e natural
Cosmologia	Racionalidade instrumental da medicina moderna	Sistemas culturais orientais e movimentos de contracultura
Preocupação central	Doença	Saúde

Fonte: Elaborado pela autora.

No caso das práticas corporais integrativas esta discussão se faz em torno do movimento humano, que é o seu diferencial frente a outras modalidades terapêuticas. É importante destacar que as práticas corporais integrativas podem estar subsumidas a alguma RM (por exemplo, o *qi gong* à MTC, o *yoga* ao *Ayurveda*), ou podem ser práticas independentes, que não contemplam a complexidade das seis dimensões de uma RM, mas guardam as características vitalistas (danças circulares, por exemplo). A centralidade de sua ação se coloca no plano da terapêutica,

algo que merece destaque diante da importância de ampliar estes recursos na direção da principal missão sanitária que é a arte de curar.

Desse modo, se as práticas corporais integrativas assumem o paradigma da vitalidade-energia, o movimento humano não pode ser concebido como uma série de repetições mecânicas de gestos técnicos, que considera apenas a fisiologia do corpo e a cinesiologia do movimento, cujas principais preocupações se colocam nos parâmetros de frequência, intensidade e duração dos exercícios em busca de alcançar regularidades de saúde.

O exercício da negação constitui o primeiro passo para a formulação de um conceito. Nesse contexto, os participantes da pesquisa mencionaram o que não são as práticas corporais integrativas, dizendo que não são só biológico, exercício físico, repetições de movimentos; não seguem a lógica de aula de ginástica com peso, que trabalha com o corpo fragmentado; não exigem perfeccionismo e performance. Tais aspectos demonstram uma resistência ao reducionismo do corpo ao biologicismo e do movimento à performance.

Sob a ótica da vitalidade-energia, conforme relataram os participantes desta pesquisa, as práticas corporais direcionam seu olhar ao sujeito humano visto em sua totalidade complexa e multidimensional. Tanto o corpo quanto os processos saúde-doença são concebidos nas relações imbricadas entre as dimensões física, mental, emocional, espiritual e energética, as quais são acionadas simultaneamente quando colocamos o corpo em movimento. Nesse sentido, as propostas de técnicas, baseadas na interiorização, na expressão corporal e no exercício da presença, são meios para o desenvolvimento de um trabalho sensível e reflexivo. Esse trabalho, que tem como unidade integradora a experiência corporal, constitui o principal recurso terapêutico para induzir uma resposta natural em direção ao reestabelecimento e ampliação da vitalidade. Analisamos anteriormente que estas práticas não visam gastar energia, mas potencializar energia (MELO; SCHNEIDER; ANTUNES, 2006).

Além disso, as práticas corporais integrativas apresentam profunda relação com a cultura. Os participantes da pesquisa ressaltaram princípios filosóficos e um conjunto de valores que sustentam e se disseminam através das práticas. De modo que, para se filiarem à perspectiva vitalista, sua abordagem não pode se restringir ao recorte de gestos técnicos “exóticos”, mas deve enaltecer os componentes cosmológicos e seu enraizamento cultural, do ponto de vista da gestualidade e da ritualística na orientação dos movimentos e organização das aulas. Daí deriva também a valorização do componente transcendental da experiência, que se expressou nos dados nas formas de energia e de espiritualidade, demonstrando uma característica central destas práticas.

As práticas corporais integrativas, ao mobilizar o corpo denso e os corpos sutis, podem produzir epifanias com impactos também sobre os modos como as pessoas lidam com seus processos saúde-doença. Assim, podem envolver o conjunto de órgãos e sentidos humanos, numa fruição que permite retomar possibilidades criativas esquecidas, explorar as emoções, as relações com o outro e com os elementos da natureza, que podem fornecer outros registros pelos quais o sujeito pode se reconstruir, conforme outrora analisamos (SILVA et al, 2009). O movimento humano, previsto nas práticas corporais integrativas, propõe um envolvimento do corpo que aciona dimensões sensíveis - no convite que faz à introspecção, à presença, à expressão e à consciência corporal –, provocando a construção de novos sentidos/significados que podem ter reverberações no cotidiano dos sujeitos, inclusive contribuindo para o desenvolvimento da autonomia, do empoderamento e do autocuidado.

Essas potencialidades das experiências com práticas corporais integrativas e suas relações com a saúde foram relatadas pelos participantes da pesquisa e exploradas com detalhes na seção anterior da tese, bem como seus limites. Para respeitar a riqueza das potencialidades identificadas, o conceito de práticas corporais integrativas formulado nesta pesquisa não pode se concentrar apenas nos aspectos técnicos das práticas a fim de caracterizá-las. Mas contemplou suas intencionalidades e as expressões que tentamos delinear nesta contextualização teórica.

A digressão histórica apresentada anteriormente foi uma tentativa de circunscrever um aninhamento referencial para este conceito. Apesar de que cada RM tenha sua própria cosmologia, o conjunto de práticas corporais integrativas é mais amplo e composto também por várias práticas terapêuticas independentes, as quais geralmente são de origem ocidental. Por isso, consideramos importante compreender pontos de convergência cosmológica entre diferentes culturas, na ancestralidade e em movimentos científicos atuais, tornando possível abrigar o conjunto de práticas a que se refere o conceito a partir de sua categoria central, designada como conexão. Nesse sentido, entendemos que aquele apanhado teórico pode ser concebido como uma espécie de cosmovisão pertinente as práticas corporais integrativas.

Embora não seja uma exigência para a tarefa de elaboração conceitual, a preocupação em esboçar um “ninho” para o conceito adveio do posicionamento de que as práticas corporais integrativas não devem ser concebidas apenas como tecnologias inovadoras nos serviços de saúde, mas como possibilidades terapêuticas comprometidas com uma mudança paradigmática, que envolve as concepções de ser humano, saúde, doença, corpo, educação e sociedade subjacentes ao cuidado e à promoção da saúde.

5.3.2.3. Apresentação dos enunciados: teoria formal

O produto deste movimento empírico e teórico foi a seguinte formulação conceitual:

As práticas corporais integrativas são propostas de cuidado e promoção de saúde que se fundamentam no paradigma da vitalidade-energia. Envolvem movimentos corporais que agregam técnicas de respiração, relaxamento, atitude mental, mobilidade em sequências rítmicas ou posturas de permanência, oriundos de diferentes tradições culturais. Prezam pela introspecção e pela qualidade de presença. Estimulam as pessoas a descobrirem os limites e potencialidades do corpo (nas suas dimensões mais visíveis e mais sutis). Os processos são individuais, mas reverberam na coletividade, na medida em que convidam para a construção de uma nova relação consigo, com os outros e com o universo, para o questionamento e o compartilhamento da vida e para a ressignificação dos processos saúde-doença.

A redação foi inspirada nos movimentos analíticos realizados, sendo que a maior parte remeteu aos dados empíricos dos sujeitos da pesquisa e, do ponto de vista teórico, sobressaiu-se a menção específica ao paradigma da vitalidade-energia, bem como sua vinculação às esferas do cuidado e da promoção da saúde. Pontos coincidentes entre teoria e empiria conferiram certa aura em torno do conceito, que indica para a referida mudança paradigmática, quando menciona diferentes tradições culturais, a existência de um plano sutil, a construção de novas relações, a ressignificação, o questionamento e o compartilhamento da vida.

O conceito formulado agrega enunciados que remetem ao paradigma vitalista. Quando contamos aquela versão da história ocidental, as PICS e as práticas corporais integrativas se apresentaram como uma expressão da retomada do vitalismo no ocidente. Algo descompassado, talvez por isso importante, tendo em vista a crescente fragmentação e o modo de vida individualista amplamente disseminado e incentivado no nosso cotidiano. No entanto, faz-se pertinente destacar que esse resgate não representa uma tentativa fantasiosa de retorno a civilizações anteriores. A visão vitalista contemporânea supera perspectivas animistas anteriores, pois procura integrar um elemento central da modernidade, que é a reflexividade do *self*. Ou seja, não se trata apenas de reativar antigas práticas místicas, mas de valorizar a mística de um sujeito reflexivo capaz de compreender crescentemente o mundo do qual ele é parte integrante e ativa (MARTINS, 2012). Assim, ao abordarmos este tópico para o século XXI, vemos o paradigma da vitalidade-energia como uma espécie de eco da corrente do vitalismo, com as atualizações pertinentes ao curso da história.

A primeira parte do conceito o localiza no campo da saúde, apresentando as práticas corporais integrativas como propostas terapêuticas pertinentes às esferas do cuidado e da promoção da saúde, com potencialidades para contribuir na resolução de problemas pontuais, bem como na ampliação dos recursos para melhoria da saúde das pessoas e das comunidades, combinando ações de (auto)cuidado e responsabilidade social pela saúde. Está explícita sua filiação ao paradigma da vitalidade-energia, conforme viemos desenvolvendo.

A segunda parte do conceito apresenta suas técnicas mais usuais, sendo que não necessariamente todas precisam estar presentes na mesma prática. Em seguida, o conceito demarca os elementos identitários das práticas, a introspecção e a presença, os quais podem representar, ao mesmo tempo, a intenção, o método e o resultado das experiências.

O conceito também apresenta os propósitos centrais das práticas corporais integrativas, que falam do conhecimento de si/do próprio corpo na sua complexidade – considerando a dimensão densa (física) e as dimensões sutis (energéticas, espirituais, emocionais, mentais) – e das possibilidades de mudanças de percepções e ações dos sujeitos, a partir da ativação da sensibilidade e da reflexividade promovida pelas práticas corporais integrativas, a partir de sua gestualidade, ritualística e princípios éticos. É por isso que o conceito fala de resignificação, de questionamento, de compartilhamento da vida, de construção de novas relações consigo, com os outros e com o universo, sendo o universo a expressão escolhida para representar/congregar a natureza e a espiritualidade, em alusão à dimensão da transcendência.

Após apresentar os enunciados do conceito, passaremos à discussão do nome escolhido para denomina-lo, como último passo requerido à tarefa de elaboração conceitual.

5.3.3. O nome escolhido para designar.

Compreendemos que “práticas corporais integrativas” foi a designação pertinente a este conjunto de práticas. Para chegar a esta denominação, tomamos por base a empiria fruto do percurso investigativo anteriormente apresentado e a análise teórica de alguns materiais do campo da Saúde Coletiva e da Educação Física, por serem nossos campos de estudo de origem, a qual passamos a apresentar agora.

Pareceu-nos pertinente a manutenção do termo “práticas corporais” na designação adotada, tendo em vista que esta expressão tem sido recorrente em documentos oficiais, no âmbito dos serviços de saúde e das produções acadêmicas. No entanto, identificamos a necessidade de uma adjetivação, “integrativas”, para conferir especificidade ao conjunto de práticas, capaz de indicar sua filiação ao campo das PICS.

No bojo das discussões do campo da Saúde Coletiva, podemos encontrar o debate acerca das PICS enquanto possibilidades de superação do modelo biomédico, sendo possível localizar propostas de associação ou contraposição de modelos. Os termos para qualificar os modelos médicos que se pretendem diferentes da biomedicina são variados. Além da denominação “Medicina Tradicional e Complementar” adotada pela OMS, os adjetivos “integrativos”, “alternativos” e “complementares” aparecem no debate, sendo que o conceito mais atual é o de medicina integrativa.

A OMS tem utilizado o termo Medicina Tradicional (MT) para se referir às práticas médicas originárias de outros países ou etnias (como a Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Tradicional Indiana ou *Ayurveda*, Medicina Indígena, etc.). Nos países onde as ações do sistema de saúde se baseiam na biomedicina, a Medicina Tradicional é denominada de Medicinas Tradicionais/Alternativas e Complementares (MT/MAC).

Este termo significa um conjunto diversificado de ações terapêuticas que difere da biomedicina ocidental que incluem práticas manuais e espirituais, com ervas, partes animais e minerais, sem uso de medicamentos quimicamente purificados (acupuntura, *reiki*, florais, quiropraxia), atividades corporais (tai chi chuan, *yoga*, liag gong) (SOUSA et al, 2012, p. 2143).

Segundo Toniol (2015), a OMS utiliza a biomedicina como parâmetro de referência e sugere uma relação das MT com países pobres, por conta da escassez de recursos para tratamento biomédico; e das MAC com países desenvolvidos, para se referir a práticas de saúde não hegemônicas. Assim, a oferta de MAC seria o reconhecimento do caráter plural dos sistemas médicos disponíveis no ocidente, enquanto a MT seriam manifestações culturais de regiões com recursos escassos e pouco diversos.

Conforme Otani; Barros (2011, p. 1802), a denominação “medicina complementar” significa “‘complemento’, ou seja ‘que sucede ao elementar’, havendo assim a possibilidade de associação de modelos, fundada em conjunções aditivas (‘e...e’) em detrimento das conjunções alternativas (‘ou...ou’)”. Esta denominação surgiu no final dos anos 1980, nos Estados Unidos e Reino Unido, na tentativa de harmonizar parte dos conflitos que o acelerado crescimento destas práticas trouxe para o campo da saúde.

Já o modelo alternativo da medicina é compreendido como incompatível; é

o polo oposto do modelo biomédico, pois enquanto a biomedicina investe para desenvolver a dimensão diagnóstica e aprofundar a explicação biológica, principalmente com dados quantitativos, a

medicina alternativa volta-se para a dimensão da terapêutica, aprofundando-se nos problemas explicados pelas teorias do estilo de vida e ambiental (OTANI; BARROS, 2011, p. 1802).

No Brasil, segundo Toniol (2015), o termo “alternativas” possui uma carga histórica que o associa a práticas esotéricas, não comprovadas cientificamente e tem baixa aceitação dos profissionais de saúde. Este, inclusive, foi um dos motivos que levou à busca por outras nomenclaturas nos âmbitos da institucionalização.

Além disso, outro ponto comentado por este autor se refere à realidade dos serviços de saúde, onde as PICS tendem a ser vistas como complementares, pois a biomedicina é sempre a referência central. Entretanto, a ideia de complementar é posta em xeque no cotidiano, porque às vezes as ações em saúde são alternativas, ou seja, não compatíveis com as prescrições biomédicas feitas; e às vezes a biomedicina é que vira complementar. Para Tesser (2017), as PICS na Atenção Primária podem ser uma opção de cuidado anterior ao cuidado biomédico, uma alternativa inicial que antecede o uso de recursos biomédicos típicos (remédios), os quais ficariam reservados para um fracasso ou agravamento da situação. Deste modo, a nomenclatura pretende inscrever o modo como as práticas devem se relacionar com o modelo biomédico, mas as ações nos serviços de saúde por vezes subvertem tal subordinação.

A expressão “medicina integrativa” surgiu no final da década de 1990, buscando “descrever um novo modelo de saúde que retrate a integração dos diversos modelos terapêuticos, mais do que simplesmente opere com a lógica complementar, e que ofereça o cuidado integral à saúde” (OTANI; BARROS, 2011, p. 1802). No entanto, a produção acadêmica tem demonstrado uma variedade de designações acerca deste conceito.

Segundo estudo de revisão de Otani; Barros (2011, p. 1808), para a maioria dos autores, “a definição de Medicina Integrativa está relacionada com a integração da medicina convencional com a medicina não convencional, com o objetivo de oferecer melhor cuidado ao paciente, dando a estes a oportunidade de optar pela forma mais adequada para seu tratamento”. Já para outro grupo de autores, o conceito de medicina integrativa representa uma mudança de paradigma, exigindo mudanças no pensamento em relação ao conceito de saúde, às formas de intervenção no processo saúde-doença e ao modelo de atenção a saúde. Neste sentido, questionam as dificuldades para sua implementação, destacando “o tempo das consultas; o número de profissionais e o fluxo de pacientes; a falta de evidências científicas; as disputas organizacionais; a mudança na abordagem pessoal; o maior tempo para se observar os efeitos das técnicas não convencionais; e o pequeno investimento em pesquisas” (OTANI; BARROS,

2011, p. 1809). O segundo entendimento se associa a outros importantes debates, como integralidade do cuidado, humanização das relações, construção de evidências científicas e mudanças na educação em saúde.

Vemos que a PNPIC optou pela nomenclatura de “práticas integrativas e complementares”. Segundo análise de Toniol (2015), tal escolha foi “quase aleatória” no interior da comissão responsável pela elaboração da política. Este caso pode ser “indicativo das decisões contingenciais e nem sempre pautadas por princípios técnicos e de racionalização burocrática do Estado que acompanham os processos de elaboração de políticas públicas” (TONIOL, 2015, p.41).

Contudo, após a publicação de qualquer política pública, entram em cena outros atores sociais para interpretar e operacionalizar seu conteúdo, significando-o e (re)configurando-o. Nas análises apresentadas por este autor, o modelo integrativo foi visto como um modo para certos saberes e práticas entrarem no SUS e fazerem referência não explícita ao holismo, com distintas compreensões: desdobramento da indefinição de integralidade como princípio do SUS; integrar saberes científicos e populares, afastando-se de credices; compreender os sujeitos como ser integral.

Deste modo, além de ser o conceito mais atual, a expressão “integrativas” está alinhada com uma mudança paradigmática, conforme viemos desenvolvendo. Ou seja, ela é capaz de congrega os elementos que contemplam os enunciados expostos acima sobre o conceito de práticas corporais, mas também a categoria central denominada de conexão, fruto do percurso investigativo e enunciativo realizado nesta pesquisa para identificar o que dá sentido de unidade a este conjunto de práticas sob a ótica das PICS. Em nosso entendimento, a categoria conexão converge com a noção de integrativo, semanticamente porque conectar pode ser sinônimo de integrar, mas também epistemologicamente, na correlação que estabelece com o paradigma da vitalidade-energia.

Nos conceitos propostos por Terra (2017) e Galvanese (2017), apresentados acima, identificamos similaridades de significados e sentidos com o que trabalhamos. Vimos que a noção de conexão também pareceu se fazer presente, principalmente no segundo, como uma característica enunciativa frequente, conforme indicam as expressões: em [1] integração; em [2] sinergia; em [3] lógica inclusiva e alinhamento, além da unicidade do ser.

Retomando a análise documental realizada anteriormente, identificamos que a expressão “práticas corporais integrativas” foi utilizada na Política Estadual de PICS do Rio Grande do Sul e no relatório de gestão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o que reforça que este termo está, de alguma maneira, corrente no âmbito do fenômeno que estamos

estudando, além de remeter à denominação do termo mais amplo ao qual se filia no cenário brasileiro, que são as PICS. Terra (2017) e Nunes Junior; Batista (2011) também sugerem o uso desta denominação.

Já no Glossário Temático das PICS, aparecem os termos “práticas corporais da MTC”, “práticas corpo-mente” e “práticas expressivas”. Quanto ao primeiro, entendemos que os argumentos apresentados até agora sinalizam pontos de convergência entre as práticas que permitem a reunião da sua diversidade sob um mesmo denominador comum, não justificando, portanto, um verbete específico para as práticas corporais da MTC. Quanto ao segundo, reiteramos a crítica que fizemos ao uso dos termos práticas corporais e práticas mentais em documento do MS (BRASIL, 2011), segundo a qual: 1) se a concepção de corpo constituinte destas práticas visa a conexão das suas variadas dimensões, falar em corpo e mente se torna uma redundância, uma vez que a dimensão mental faz parte do corpo, assim como a física, a emocional e a espiritual; 2) desde Descartes a expressão corpo e mente indica a fragmentação do ser humano, portanto, se as PICS buscam superar as formas de separatividade, em favor de um visão complexa sobre a vida, não faz sentido usar este termo, mas pautar uma concepção de corpo e ser humano integral.

Também está disponível na literatura o termo “práticas corporais e meditativas”, como na tese de Galvanese (2017). Neste caso, embora tenhamos compreendido que o acréscimo “meditativas” corresponda a ideia de conexão no sentido que viemos apresentando, vimos que o termo “integrativas” confere associação direta ao campo das PICS, pelo uso do mesmo termo deste conceito maior (PICS), enquanto “meditativas” conduz para a noção de meditação, podendo remeter a esta prática em específico, como substantivo, e não à meditação como um estado (de introspecção e sensibilização) que qualifica as práticas, conforme parece ampliar o termo quando usado como adjetivo.

Outro ponto de destaque sobre o nome escolhido, refere-se ao paralelo entre práticas corporais integrativas e práticas corporais alternativas. As práticas corporais alternativas adentraram o campo da Educação Física quando do movimento renovador da área nos anos 1980 e vieram desde então sendo pensadas para campos de intervenção escolares ou fora da escola, mas não o SUS. No campo da saúde, Madel Luz (2003) já denominou este conjunto de medicinas alternativas, mas estudos mais recentes indicam o modelo integrativo como o mais atual nestas discussões (OTANI; BARROS, 2011), tanto que a própria autora também deixou o anterior pelo atual.

Abaixo vamos apresentar a relação lógica entre conceitos, onde o conceito de práticas corporais integrativas está subordinado ao de PICS, onde o adjetivo “integrativas” confere às

práticas corporais uma noção de integração com outras formas de tratamento, mas apenas do ponto de vista das técnicas terapêuticas, uma vez que defendemos outro paradigma de atenção a saúde.

Por fim, acreditamos ser pertinente mencionar que, quando do trabalho de campo da pesquisa, não foi possível identificar entre condutoras dos grupos e usuárias qualquer forma de denominação deste conjunto de práticas e isto também não foi objeto de processos de coleta de dados. O que aconteceu em geral, foi que cada uma/um denominava a prática com que estava envolvido, sem mencionar uma ideia de conjunto. Aliás, em alguns casos percebemos que as usuárias não sabiam o nome da prática que faziam, principalmente as de origem chinesa (*lian gong* e *qi gong*), e às vezes chamavam de ginástica ou apenas de grupo (Diário de campo). A única vez que houve menção ao conjunto de práticas foi em um email recebido da CPIC/SMS, que agradecia pelo mapeamento das “atividades corporais” que a pesquisadora havia disponibilizado para a gestão. Deste modo, vimos que no contato direto com o campo de pesquisa, não foi possível depreender sugestões de nomes para serem analisadas.

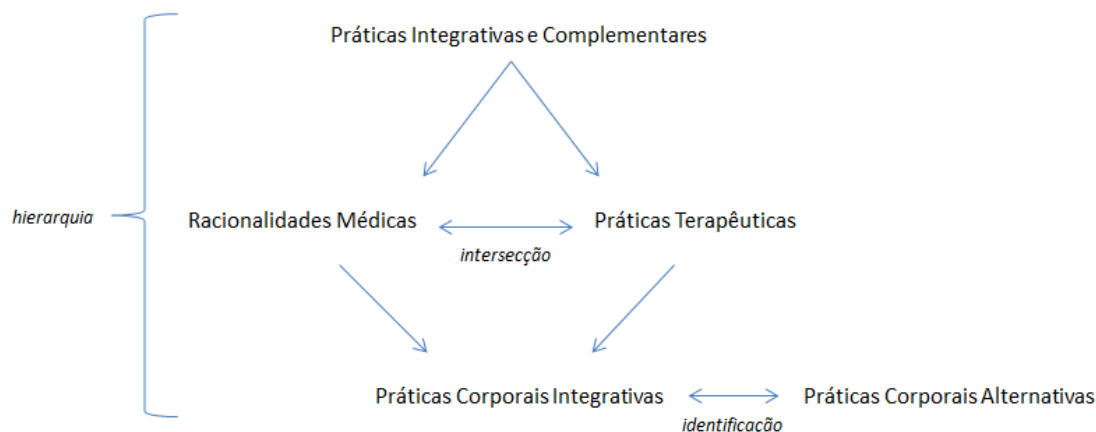
5.3.4. Práticas corporais integrativas e a rede de relações conceituais

Na medida em que são formulados, os conceitos estabelecem relações entre si. Segundo Dalhberg (1978, p.104), a relação hierárquica entre conceitos ocorre quando “dois conceitos diferentes possuem características idênticas e um deles possui uma característica a mais do que o outro (...) Se falamos de *macieira* temos como conceito mais amplo ou superior o conceito de árvore frutífera e mais genérico ainda o conceito de árvore”. Nesse sentido, assim como esse exemplo demonstra uma relação hierárquica entre os conceitos árvore – árvore frutífera – macieira, podemos considerar a hierarquia Práticas Integrativas e Complementares – Racionalidades Médicas/Práticas Terapêuticas – Práticas Corporais Integrativas.

Além das relações de hierarquia, estabelecem-se entre os conceitos também relações lógicas, “quando a comparação entre as características dos conceitos mostra que dois conceitos diferentes possuem uma ou duas características em comum” (DALHBERG, 1978, p.104). Dos diferentes tipos de relações lógicas que podem se dar entre conceitos, segundo este autor, entre os conceitos de Racionalidades Médicas e Práticas Terapêuticas, ocorre uma relação lógica de intersecção, pois os dois conceitos coincidem algum elemento. E, ainda, os conceitos práticas corporais integrativas e práticas corporais alternativas estabelecem relações lógicas de identificação, que ocorrem quando as características de ambos são as mesmas.

Deste modo, um esquema ilustrativo dessas relações entre os conceitos pode ser assim definido:

Figura 6: Rede de relações conceituais.



Fonte: Elaborado pela autora.

Iniciando pelo conceito mais amplo, temos que as Práticas Integrativas e Complementares se referem a um conjunto heterogêneo de saberes e práticas em saúde que se diferenciam do modelo biomédico.

Pelos argumentos já expostos, vimos que os conceitos de Racionalidades Médicas e Práticas Terapêuticas se subordinam ao conceito de Práticas Integrativas e Complementares e vimos a relação de intersecção entre os dois, uma vez que ambos têm como finalidade teórica e prática atuar sobre a saúde dos seres humanos a partir do paradigma da vitalidade-energia, mas são distintos em complexidade.

As práticas corporais integrativas se inserem dentro deste conjunto amplo de práticas de saúde, tendo o movimento corporal como elemento diferenciador essencial dos demais recursos, sob uma ótica que guarda relação com os conceitos mais amplos. Podem estar associadas a alguma RM ou não.

O conceito de práticas corporais integrativas estabelece relação lógica de identidade com o conceito de práticas corporais alternativas, sobre o qual podemos encontrar no campo da Educação Física algumas bases para auxiliar na compreensão³⁴. Este tem sido o nome

³⁴ Uma busca pela palavra-chave “práticas corporais alternativas” no google acadêmico feita em agosto de 2016 resultou em 298 resultados. Excluindo-se outros tipos de publicação, foram encontrados 56 artigos, 54 dissertações, 15 teses, 07 livros e 04 capítulos de livro. Uma visão geral destas produções, feita pela leitura dos títulos e resumos, mostra algumas características. Grande parte da produção acadêmica está voltada para o espaço da escola, sendo que alguns textos apresentam as práticas corporais alternativas como um conteúdo da Educação

predominante desde que adentraram o campo da Educação Física no final da década de 1980, num contraponto aos princípios e efeitos das formas de educação do corpo até então hegemônicas. Estes aportes têm privilegiado práticas de origem ocidental, como a antiginástica, a eutonia, a bioenergética, o rolfing, o método Feldenkrais e a reeducação postural global, e realizam uma crítica incisiva ao culto ao corpo e ao adestramento corporal, em favor da intenção terapêutica (MATTHIESEN, 2014).

Para Matthiesen (2014, p.530), as práticas corporais alternativas preocupam-se

com a experimentação de suas preliminares, manipulações e posições específicas, capazes de contribuir para que o indivíduo vivencie seu próprio corpo por meio da experiência. São *corporais*, haja vista que tem como núcleo central a interferência sobre o corpo do indivíduo; distinguem-se, contudo, de outros trabalhos de abordagem corporal por serem *alternativas*, ou seja, correspondem a atividades não convencionais, as quais, pela via corporal, contrapõem-se a formações musculares protuberantes e bem-torneadas, próprias daqueles que se submetem a uma sobrecarga muscular, proporcionando uma concepção de corpo que o valoriza como um todo, concebendo-o como algo harmônico, simétrico e energeticamente equilibrado.

A autora ainda afirma que elas promovem uma educação do corpo que se contrapõe às formas mais tradicionais que preconizam o desenvolvimento de sua forma e volume e valores como a competição, a performance e a comparação de desempenhos. Seus objetivos, de modo geral, estão comprometidos em:

conduzir o indivíduo ao contato consigo mesmo, seu corpo e a natureza propondo movimentos suaves e precisos que ajudariam no processo de tomada de consciência corporal, equilíbrio do tônus muscular e fluidez de energia, por meio de uma prática harmoniosa, criativa, crítica, pedagógica, artística e terapêutica (IMPOLCETTO et al, 2013, p.270).

Tendo em vista esta relação de identidade entre os conceitos, podemos observar que os enunciados entre eles se aproximam, mas o demarcador diferencial principal está no campo de intervenção ao qual se aplicam. As práticas corporais alternativas vêm sendo prioritariamente

Física escolar, discutindo-o nesta perspectiva; mas também, muitas vezes, os textos apenas citam este conteúdo, de modo que a centralidade da publicação não é dedicada ao seu estudo na especificidade. Os trabalhos foram todos publicados após os anos 2000, com exceção de quatro artigos na década de 1990. As produções provêm de diversas instituições de ensino superior do país, com destaque para a UNESP-Rio Claro, demarcando um polo de discussões, com recorrência de alguns estudiosos do tema como autores ou orientadores dos trabalhos. As revistas que mais publicaram artigos sobre o tema foram a Revista Motriz e a Revista Mackenzie, ambas do campo da Educação Física. Há mais abordagens de práticas de origem ocidental, como antiginástica, eutonia, bioenergética, massagem, etc, e alguns textos apresentam elementos em torno da conceituação e caracterização destas práticas. Recentemente, Gomes; Almeida; Galak (2019) publicaram uma revisão de literatura sobre as práticas corporais alterantivas no campo da Educação Física.

apresentadas para o campo da escola ou da saúde/lazer, enquanto as práticas corporais integrativas se vinculam ao campo da saúde pública, nomeadamente o SUS. Deste modo, a inserção das práticas em cada campo de intervenção demanda as contextualizações necessárias de acordo com suas respectivas funções sociais.

5.3.5. (Re)conhecimento das/os experientes à formulação conceitual

A metodologia *Grounded Theory* indica a necessidade de realização de um processo de validação de dados como estratégia de rigor para a formulação da teoria que emerge dos dados. Nesse sentido, o conceito de práticas corporais integrativas foi submetido à apreciação de um grupo para esta tarefa. Conforme descrito anteriormente, esse processo contou com a participação de sete pessoas, sendo três usuárias e duas profissionais do SUS, um representante do Ministério da Saúde e um professor universitário renomado na área.

As participantes do campo de pesquisa foram consultadas presencialmente, e as respostas de quatro delas foram obtidas e gravadas no ato da visita, enquanto uma optou por enviar via áudio de *whatsapp*.

O retorno do representante do Ministério da Saúde foi feito por email e se limitou a reconhecer a relevância da tese e afirmar que os conceitos vigentes neste momento para as ações do Ministério são os presentes no Glossário Temático de PICS (a saber: práticas corporemente, práticas corporais da MTC e práticas expressivas em saúde), sem retornar análises sobre a elaboração conceitual proveniente da pesquisa. Quanto ao retorno do professor universitário, embora as tratativas tenham se dado entre dezembro de 2018 e abril de 2019, com afirmação de aceite por duas vezes, o participante não enviou suas respostas para que pudessem compor a pesquisa.

Desse modo, para proceder à apreciação do conceito, trabalhamos propriamente com os retornos das participantes do campo investigado. Consideramos esse processo como mais uma ação da pesquisa para produzir resultados e qualificar a formulação conceitual, realizando uma confrontação entre os enunciados produzidos e as representações das usuárias e condutoras dos grupos. Algo diferente de um entendimento de validação em que um seleto grupo vai atestar a verdade sobre a teoria elaborada.

Pedimos às experientes da pesquisa que avaliassem se aquilo que estava escrito (formulação conceitual) era capaz de representar o que faziam (as experiências com práticas corporais integrativas). Ao mesmo tempo em que elas informavam suas percepções, também eram apresentadas ao conceito, podendo conhecer uma maneira de descrevê-las na forma

escrita. Daí a reinterpretação da pesquisadora sobre a dureza da validação prevista na metodologia: essa etapa de análise dos dados foi reconfigurada a partir da ação de (re)conhecimento do conceito por parte das usuárias e condutoras.

Sobre as percepções relatadas, foi unânime entre elas a afirmação de que as práticas que realizam ou com as quais trabalham estão representadas pela definição elaborada.

As usuárias emitiram suas opiniões sobre o conceito da seguinte forma:

“reflete tudo que a gente vê aqui dentro, os resultados, o convívio, as diferenças que a gente sente, a vontade de vir cada vez né (...) tá correto, não faltou nada, é exatamente isso (...) tá certo, porque a gente vem pensando só aquilo que sente né, mas depois percebe que tem toda essa parte social também né, que faz bem, que faz a pessoa voltar, ver pessoas e conversar, e isso ajuda, é muito bom, tá correto, tá muito bom, reflete realmente o que a gente faz, isso tudo, e eu sinto nos outros também, as pessoas saem felizes, eles gostam né, corresponde realmente ao que a pessoa busca né” (U- Liz)

“a gente tá aqui, o corpo, a mente, tá bem resumido, tá bem legal (...) tá perfeito” (U-Yago)

“eu comecei a exercitar minha memória, locomoção, movimento, tipo daí tu interage com as pessoas, pessoas que tu nunca viu, tu começa a ter contato, tu faz por exemplo, um aniversário, é uma interação, então é isso mesmo né (...) é um conjunto né, eu acho que tem todos esses elementos (...) teu desenvolvimento, tem tudo né” (U-Daniela)

Alguns realizaram ponderações sobre o conteúdo do conceito, comentando sobre os termos universo, compartilhamento da vida, respiração e paradigma:

“eu só fiquei em dúvida, quando você fala do universo, o que você chama de universo, é o universo real ou você fala uma coisa mais esotérica?” (U-Yago)

A pesquisadora esclareceu que, a partir do que apareceu nos dados da pesquisa, universo se refere a outras relações com a natureza e com a espiritualidade, então a palavra universo representa essas duas dimensões. O usuário seguiu:

“é que como eu sou meio ateu, aí fiquei pensando assim que ficou um pouco assim... espiritual... mas assim, bate com a realidade das pessoas, tá batendo, o universo, a minha seria mais a natureza, mais no campo da natureza... tira deus fora porque ele não tá aqui... mas aí cabe o universo” (U-Yago)

A pesquisadora perguntou se ele acha que deveria substituir por outra palavra. Respondeu:

“eu acho que universo cabe melhor, porque isso que você falou, ele engloba também espiritualidade e outras experiências, e uma outra palavra ficaria reduzida, eu acho que tá bem adequado” (U-Yago)

Outro comentário e avaliação do conceito:

“hm, compartilhamento da vida... é porque assim: são palavras-chaves que você pode colocar num guarda-chuva bem grande né... é que eu tô um pouco com a cabeça assim de jornalismo né, que você tem que ser um pouquinho mais objetivo e a informação tem que estar mais objetiva, mas isso não é um texto jornalístico... a vida pra mim é uma coisa muito ampla, daí o que que você quis dizer né? Às vezes não diz nada né, é tanto, tão grande que...pra alguma pessoa... pra jornalista tem que esmiuçar (...) eu fico imaginando que na empiria absoluta apareceram essas palavras, vida apareceu, então eu acho que assim: pra cada um tem um significado a vida, mas é isso mesmo, a gente tá compartilhando a vida, agora o que que é a minha vida que eu compartilho aqui? Então cada um vai ter um significado do que é esse universo, do que é essa vida... são termos e conceitos, totais quase né... acho que não é nem gigantesco, é total mesmo, totais... a vida é total, o universo é total, né, sem ela a gente não tá aqui, tudo tá dentro desse conceito, mas assim, tá perfeito (...) eu me sinto totalmente, me sinto totalmente representado... sim sim sim (...) e eu acho que todo mundo

que tá aqui eu sinto que poderia, estaria representado, mas vou falar de mim né (...) em termos de texto ele consegue colocar tudo, ele me lembra um pouco, um texto... vou exagerar agora tá... mas um texto bíblico ele precisa dessa coisa mais ampla e assim, você entende o que bate com você, acho que esse teu texto é legal por isso, porque ele tem essa amplitude e cada um vai ‘nossa, é isso mesmo’... eu tô me vendo nele” (U-Yago)

Uma usuária comentou que não fazem muito respiração no *lian gong*:

“não muito, a respiração ela só... entre uma etapa e outra a gente para 1 minuto assim para refletir, aquela na hora do descanso, aí ela diz assim cuida da respiração, vai acalmando o coração, os movimentos do corpo assim, do corpo, sente os pés né... é um tempinho que a gente fica refletindo sobre isso tudo, é bom... uma coisa que a gente durante o dia nem pensa... que tu tem que parar e respirar, tu esquece que respira né e tudo, então é uma coisa que te faz realmente pensar e sentir né (...) é um período bem curto, mas que ensina né” (U-Liz)

Quanto à pergunta sobre palavras que não ficaram claras ou compreensíveis no texto do conceito, uma usuária e uma profissional referiram o termo paradigma. A usuária apenas citou. Já a profissional disse:

“não sei se paradigma é uma palavra que as pessoas conhecem, eu acho que é excelente, é uma palavra que concentra muita coisa e acho que ela deve permanecer ali” (CP-Yara Quiron)

As profissionais avaliaram que o conceito apresenta boa representatividade das práticas corporais integrativas. Uma delas emitiu uma opinião geral:

“gostei muito, muito, muito mesmo! Nossa, já me dá vontade de sair usando [risos] mas vou aguardar você publicar... muito bom! Muito bom! Gostei muito de você ter usado palavras como vitalidade, atitude mental, presença, fala de reverberar na coletividade, da nova relação consigo... achei interessante usar nova relação consigo e não autoconhecimento que é uma palavra que foi muito banalizada né, então

nova relação consigo, com os outros e com o universo, achei ótimo... e questionamento da vida mesmo, porque aprofunda mesmo né, porque deixa de ser uma prática só como atividade física e vem a ser muito mais uma atitude bem mais integral e completa né... então respondendo a tua primeira pergunta eu acho que sim, que essas práticas sim estão representadas sim nessa definição por essas razões que eu já comentei.”
(CP-Yara Quiron)

Outra apresentou ponderações de cada trecho do conceito e, por vezes, associou diretamente às práticas com que trabalha. Segue abaixo a transcrição dos trechos:

“achei excelente assim... trouxe as dimensões, na verdade, as dimensões de corpo, e o que que aquilo realiza, na questão da espiritualidade também, e movimento, mas eu achei perfeito isso aqui: paradigma da vitalidade-energia, muito legal! Na verdade a gente tá trabalhando qualidade de vida, mas nesta questão de estar vivo, estar presente, estar presente em cada momento, então, tipo, nos momentos de introspecção ou nos momentos também de extroversão também, tu estar presente naquilo e não deixar... no controle da sua vida, né... então isso achei bem legal... essa qualidade de presença, não sei, pelo menos eu vejo essa fala assim né... a dança circular ela não trabalha apenas a introspecção assim, mas ela trabalha essa parte assim mais de liberação né, acho que isso também tá nas outras partes assim... do *lian gong* eu não teria nada a colocar assim” (CP-Dandara Liberdade)

“contempla exatamente porque a gente trabalha essa questão energética tanto é que a gente tem tudo na dança e no *lian gong* é basicamente energia, porque é um trabalho energético né, então tá ótimo” (CP-Dandara Liberdade)

“representa as duas práticas [*lian gong* e danças circulares]... tanto pela questão claro né que mobilidade e sequências rítmicas e postura de permanência os dois fazem, principalmente postura de permanência quando tem na parte mais meditativa e tal, mas tipo acho que contempla os dois... técnicas de respiração a gente utiliza muito mais no *lian gong* do que na dança circular, mas quando a gente finaliza a gente sempre

tem também colocado isso junto num momento mais num momento assim de introspecção, então acho que contempla... relaxamento acho que isso pela prática em si né, então... a atitude mental, ela é bastante interessante essa forma de colocar, atitude mental, na verdade tem toda a questão cognitiva tudo, mas não apenas pela questão cognitiva tal, mas de como colocar, de como se postar, de agir frente aquilo, principalmente na dança isso, porque quando porque a gente tá em roda, a gente tá de mãos dadas, a gente tem o outro, a gente tem sempre tem cuidado com o outro, o outro tem cuidado com a gente, a gente tem essas atitudes mesmo né... no *lian gong* tem a questão mais individual, mas mesmo assim né, esse empoderamento do seu corpo né, acho que talvez a atitude mental cabe muito bem nessa parte... oriundas de diferentes tradições culturais é fato, a dança acho que a que tem mais, que tem de tudo quanto é lugar” (CP-Dandara Liberdade)

“adorei essa qualidade de presença” (CP-Dandara Liberdade)

“na dança principalmente essa relação com os demais, eu acho que isso é muito fato quando a gente trabalha questões, a gente começa, a diferença das práticas corporais integrativas é que, principalmente, a gente muda um pouquinho o que a sociedade e tudo que tá colocado, impõe mais ou menos para as pessoas como modo de vida, então essa mudança que é o principal, acho que é o que mais distingue das outras práticas sabe, porque a gente tá fazendo outra relação, uma relação que não tem competitividade entre as pessoas, uma relação que tem a cooperação, a gente tem um olhar pra terra, por exemplo, né, dançando gaia hoje, a gente não aprofundou, mas elas já tavam dançando a mais tempo, mas a gente dança a terra né, tem essa outra relação, como cuidar, contato com a natureza, então o *lian gong* também tem essa parte por a gente fazer em espaços abertos, pra gente sentir isso, essa questão energética, pra gente sair um pouquinho do movimento que a sociedade impõe né, e a gente ressignificar, achei ótimo” (CP-Dandara Liberdade)

“nessa parte aqui [nova relação] tu tá quebrando um pouquinho o processo que tá instalado (...) quando tu traz essa ‘nova’ pressupõe uma mudança, vai, claro que aqui tem a ressignificação né (...) ‘nova’ reforça essa parte da ressignificação (...) e na outra parte aqui, novas relações

né, formas de se relacionar diferentes, quebrando com o que tem imposto” (CP-Dandara Liberdade).

Com relação a sugestões de mudanças, uma profissional questionou o uso da palavra “limites”:

“quando você fala estimulam as pessoas a conhecerem os limites e potencialidades do corpo... esse limite me incomoda um pouco porque parece que fica uma coisa engessada, diferente de quando a gente fala em potencialidades né, que uma potencialidade que existe hoje, amanhã ela já pode ter sido atingida, então eu parto para outra potencialidade... e me parece que quando fala em descobrir limites, engessa... me parece que bom, esse é um limite meu e é assim... e a visão que eu tenho é que cada dia, será que seria dificuldades a palavra? Ou fragilidade? Ou limitação mesmo? É que limitação como limite também fica parecendo algo estático né (...) porque quando eu descubro algo, parece que esse algo é, e se eu falo que um limite é, parece que é algo que não pode ser mudado, já potencialidade prevê uma mudança para melhor” (CP-Yara Quiron)

Em geral, as falas demonstraram que, tanto usuárias quanto profissionais avaliaram que o conceito deu conta de representar o conjunto de práticas corporais integrativas envolvidas na pesquisa. Ambas categorias de respondentes reconheceram no conceito a amplitude das práticas corporais integrativas em termos de intencionalidades e características, valorando a capacidade do conceito em ir além do componente técnico e em atribuir sentido de unidade à diversidade de práticas em tela, pontuando também o que as distingue de outras práticas corporais. Alguns comentários deram relevo à escolha dos termos e se propuseram a repensá-los, mas ao final, a maioria das reflexões afirmou que a redação conseguiu imprimir a abrangência de significância necessária para expressar os elementos identitários das práticas corporais integrativas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema de pesquisa ao qual nos dedicamos nesta tese foi assim delineado: De que forma as experiências de usuárias/os com práticas corporais integrativas em unidades básicas de saúde potencializam os modos de lidar com os processos saúde-doença? Que conceito de práticas corporais integrativas se desdobra da composição entre os significados prospectados nestas experiências e a literatura correspondente? Um problema de pesquisa com duas perguntas foi uma estratégia excêntrica para dar conta do que foi produzido na tese, acompanhando os investimentos em torno da originalidade feitos ao longo de todo trabalho, que resultaram numa tese com dois andares. Considerando que a tese final defendida é a resposta ao problema de pesquisa, não pudemos concluir essa escrita apontando para um único ponto. Esboçamos nestas considerações finais, portanto, os desfechos primário e secundário da investigação.

A tese teve como objetivo primário investigar de que forma as experiências de usuárias/os com práticas corporais integrativas em unidades básicas de saúde potencializam os modos como lidam com os processos saúde-doença. E como objetivo secundário formular uma conceituação de “práticas corporais integrativas” que emergisse da composição entre teoria e empiria. A *Grounded Theory*, guiada pelo referencial epistemológico co-construtivista, foi a metodologia empregada na busca de tais objetivos. De acordo com esta metodologia, o produto da pesquisa é a elaboração de uma teoria substantiva ou de uma teoria formal. No caso desta investigação, produzimos ambos tipos de teorias fundamentadas nos dados, as quais foram organizadas em dois andares, correspondentes ao objetivo primário e secundário.

A análise de experiências com práticas corporais integrativas e suas relações com a saúde compuseram o primeiro andar da tese, constituindo uma teoria substantiva pertinente à realidade investigada. Com relação às contribuições das práticas para a saúde, identificamos que usuárias/os e condutoras/es dos grupos convergiram em apontar benefícios variados. As pessoas valorizaram impactos integrados nas dimensões físicas, emocionais, mentais, espirituais e energéticas, que se expressaram em mudanças de percepções e ações em nível individual e coletivo.

As/os usuárias/os deixaram entrever em seus relatos suas principais necessidades em saúde, circunscritas a dores, doenças e saúde mental, sobre as quais as práticas corporais integrativas se mostraram resolutivas. Os modos como contribuíram para o trato com este quadro de mal-estar podem ser sintetizados em sua forma e substância, de caráter contracultural.

Este é o desfecho primário da tese. O contraste entre os saberes e práticas desenvolvidos nas aulas e o conjunto de valores que sustenta os modos de vida hegemônicos se mostrou o centro das contribuições das práticas corporais integrativas para potencializar os modos como os sujeitos lidam com os processos saúde-doença, cuja possibilidade de realização/expressão se deu pela via da experiência com o movimento corporal. Em outras palavras, as potencialidades sensíveis e reflexivas das práticas corporais integrativas que possibilitaram aos sujeitos ressignificar suas relações com os processos saúde-doença derivaram das experiências com sua forma e substância, de feição contracultural. Nesse sentido, o primeiro desfecho da tese pode ser condensado na seguinte fórmula:

$$\text{Forma} + \text{substância} = \text{transforma}$$

Os males relatados pelas/os usuárias/os se inscreveram em um contexto sanitário e cultural e, portanto, as contribuições das práticas também aí se inseriram. Tais interpretações reforçam a importância de que as propostas com práticas corporais integrativas coloquem em ação seus princípios cosmológicos ao longo das aulas. Os dados mostraram que, quanto mais a abordagem da cosmovisão se fez presente nas atividades, mais as pessoas relataram que as experiências fortaleceram seus modos de lidar com as expressões do mal-estar, propiciando contato com a realidade sutil e poderosa das forças do humano e do cosmos, induzindo experiências pessoais de aprendizado e realização. A substância, portanto, mostrou-se como aquilo que preenche a forma, mas transborda, aquilo que transfigura a forma, que trans-forma e que abre caminhos para sair da fôrma, para a transform-ação. O corpo em movimento foi a unidade integradora deste trabalho sensível e reflexivo, na perspectiva de um saber incorporado e nascido da percepção direta promovida pelas práticas. Algo que se mostrou substancial para a saúde individual e relacional, mas com limites para o alcance da formação política.

Os resultados da pesquisa mostraram que as práticas corporais integrativas, realizadas em grupo, são atividades capazes de potencializar os recursos das pessoas para lidarem com seus processos saúde-doença, mais em nível micro do que macrossocial. As experiências promoveram, desde impactos pontuais, resolvendo problemas corporais localizados, até mudanças de percepção, possibilitando a constituição de outros olhares, compreensões e ações sobre questões relacionadas ao adoecimento, mal-estar e autocuidado. Ficou evidente que tais práticas atuam na promoção da saúde, favorecem a integralidade da atenção e incentivam o empoderamento, principalmente pelo seu potencial pedagógico, amplificado pela ação do corpo em movimento. Estas potencialidades denotam sua resolutividade para demandas frequentes de

usuárias/os da Atenção Básica, muitas vezes caracterizadas por sintomas difusos, poliqueixosos e crônicos.

Retomando a noção de “experiência-limite”, que foi a guia deste andar da investigação, temos que as formas de percepção ou sensibilidade dos sujeitos constituem o aspecto inicial de qualquer experiência, mas não são seus únicos componentes, pois há que se considerar ainda as estruturas fundamentais, gerais e dominantes de pensamento, ação e sentimento historicamente construídas (O’LEARY, 2012; GUTTING, 2002). Nessa perspectiva, os sentidos e significados que as/os usuárias/os e condutoras/es dos grupos da pesquisa atribuíram às relações entre a saúde e o *lian gong*, *qi gong*, *yoga* e danças circulares podem ser pensadas pela dupla configuração da “experiência-limite”: a experiência seria algo capaz de mudar a maneira como pensamos e agimos e, ao mesmo tempo, seria a estrutura histórica dominante a ser desafiada.

Desse ponto de vista, as práticas corporais integrativas se mostraram expressivas para a transformação de formas de subjetividade dos sujeitos (algumas compreensões e ações no mundo), com potencial para tensionar as estruturas históricas dominantes de poder, pensamento e sentimento da sociedade ocidental contemporânea. As experiências com estas práticas seriam, portanto, pontos de ruptura na ordem vigente, que se mostram tímidos se localizados na esfera individual de cada participante da pesquisa, mas que se colocam mais potentes na medida em que fortalecem as políticas públicas de PICS e do SUS, a constituição de outro paradigma no âmbito da intervenção, da formação em saúde e da produção do conhecimento científico, e o incentivo a outras formas de sensibilidade, a partir da ética e valores contra hegemônicos. A capacidade das práticas corporais integrativas de comover e co-mover as pessoas para transformar os modos como veem diferentes aspectos da vida se sobressaiu na ressignificação das relações com os processos saúde-doença.

No segundo andar da tese nos propusemos a elaborar uma formulação conceitual para o termo práticas corporais integrativas, tendo desenvolvido, portanto, uma teoria formal a partir dos dados. Vimos que o conceito de práticas corporais integrativas gestado na tese pode ser transferido para diferentes contextos, tais como: âmbito acadêmico, serviços de saúde, documentos de políticas públicas.

O trabalho para elaboração conceitual previu uma forte inter-relação entre teoria e empiria. Envolveu a análise de documentos oficiais da saúde pública brasileira e de referenciais teóricos dos campos da Educação Física e da Saúde Coletiva. O percurso de levantamento do material empírico contou com trabalho de campo considerando as falas de usuárias/os e condutoras/es de grupos de práticas corporais integrativas oferecidos na Atenção Básica de Florianópolis-SC. O conteúdo elaborado a partir deste entrecruzamento também foi colocado

em diálogo com a literatura e com a análise das experiências. Os processos de codificação e validação dos dados permitiram chegar a uma proposta conceitual.

Em síntese, tomando como base os três componentes de um conceito, conforme orientação de Dahlberg (1978), os resultados desta tese propõem como desfecho secundário:

a) O recorte da realidade que se quer conceituar:

Conjunto de práticas como *lian gong*, *qi gong*, *tai chi chuan*, *lien chi*, *yoga*, danças circulares, biodança, bioenergética, meditação, etc. que acontecem no âmbito do SUS e estão previstas na PNPIC.

b) Nome:

Práticas corporais integrativas.

c) Enunciados:

As práticas corporais integrativas são propostas de cuidado e promoção de saúde que se fundamentam no paradigma da vitalidade-energia e envolvem movimentos corporais que agregam técnicas de respiração, relaxamento, atitude mental, mobilidade em sequências rítmicas ou posturas de permanência, oriundos de diferentes tradições culturais, que prezam pela introspecção e pela qualidade de presença e estimulam as pessoas a descobrirem os limites e potencialidades do corpo (nas suas dimensões mais visíveis e mais sutis), em processos que são individuais, mas que reverberam na coletividade, na medida em que convidam para a construção de uma nova relação consigo, com os outros e com o universo, para o questionamento e o compartilhamento da vida e para a ressignificação dos processos saúde-doença.

Estariam incluídas nessa noção as práticas associadas a outras RM (como o *yoga* com *Ayurveda* e o *tai chi chuan* com a MTC, etc.), respeitando o predomínio da fundamentação destas práticas nas bases orientais. Também as práticas relacionadas aos movimentos de contracultura decorrentes no ocidente após os anos 1960 (como a antiginástica, a bioenergética, etc.). Ou, ainda, podem ser construções mais atuais que guardem tais características (a exemplo das danças circulares, biodança, etc.). Ou trabalhos que lancem mão de elementos relacionados à respiração, à meditação e ao relaxamento, por exemplo, nesta perspectiva.

Na relação das práticas com as RM, é importante destacar que as práticas de berço ocidental não se vinculam, necessariamente, à racionalidade biomédica. Neste sentido, pode-se citar um conjunto de práticas corporais integrativas que tem suas origens e circulação no

ocidente, mas podem fazer um contraponto ao modelo biomédico, associando-se a um modelo ampliado de saúde, na direção dos princípios e diretrizes do SUS. O paradigma da vitalidade-energia seria o delimitador principal na configuração de tais práticas. Para além disso, o pilar teórico construído na formulação conceitual da tese representa um aninhamento para o conceito, uma cosmovisão que pode abrigar a diversidade de práticas em torno de seu elemento-síntese, a conexão.

Essa formulação conceitual representa uma proposta frente aos problemas relacionados ao registro e monitoramento das PICS no Brasil, face à falta de delimitações mais precisas sobre o que pode ser considerado PIC nos serviços de saúde. Como vimos, este problema foi levantado por autores, e também está na agenda do MS, o que pode ser visto com as tentativas de melhoramento dos sistemas de cadastro e com a publicação dos Glossários Temáticos, a exemplo do de PICS (BRASIL, 2018b). Além disso, busca acrescentar elementos de discussão sobre algumas lacunas percebidas na produção do conhecimento acadêmico, principalmente para diferenciar os conceitos de práticas corporais, atividade física e práticas corporais integrativas, algo que não parece muito repousado no campo da Saúde Coletiva.

O conceito derivado desta tese está lançado, sem qualquer pretensão de controle do seu alcance, e aberto a novos diálogos. Por mais que as experiências humanas escapem aos enunciados, a designação é o preço que se paga para reconhecermos as coisas do mundo, cuja existência é definida pela linguagem. Nenhum conjunto de palavras é capaz de dizer tudo, mas aquilo que é possível dizer pode lhe propiciar um lugar de existência, sempre a ser revisado e problematizado.

O esforço deste trabalho de investigação, ao se deparar com diferentes práticas corporais integrativas nos serviços de saúde de Florianópolis-SC, foi buscar convergências entre elas. O movimento de formulação conceitual consistiu no encontro de sentidos de unidade para a diversidade das práticas, capazes de reunir uma série de enunciados comuns a um mesmo nome para representar um recorte específico da realidade. Do mesmo modo, a análise das experiências tentou identificar e problematizar pontos de encontro entre as práticas, que pudessem explicar como, em geral, elas podem contribuir para que as pessoas tenham mais recursos para lidar com seus processos saúde-doença. O propósito foi de constituir uma tese de conjunto, evitando que fosse tese de uma prática só.

Se, por um lado, essa opção investigativa tornou possível a escrita de um conceito representativo do conjunto e um panorama de contribuições das práticas para a saúde, por outro deixou de fora uma infinidade de outras análises derivadas das diferenças e das peculiaridades que caracterizam cada prática. Cada prática corporal integrativa é um universo, dotado de suas

próprias técnicas, intencionalidades, formas de organização das aulas, princípios teóricos, etc. Dentro de uma mesma prática, também podem ser distintas as maneiras de operacionalizar estas categorias, tal qual vimos no campo de pesquisa. Nesse sentido, ficou demarcado um limite deste estudo em não dar conta de exprimir as divergências, talvez assumindo um tom por demais generalista, com riscos de sobreposições indevidas. Dedicar mais atenção às sutilezas das distinções e se debruçar sobre a riqueza de cada prática constitui uma possibilidade de pesquisa futura, por onde poderia se dar maior aprofundamento.

Outra ressalva que destacamos se refere ao desafio de tentar comunicar aspectos de característica oriental dentro de uma estrutura de narrativa ocidental. Este foi um limitante com o qual nos deparamos ao longo de todo trabalho, mas, ao mesmo tempo, foi o próprio exercício que realizamos, conjuntamente com as/os informantes da pesquisa. Se, por um lado, podemos supor perdas de sentidos mais ligados ao enraizamento cultural das práticas, por outro podemos aventar sua significação na realidade social ocidental. Reconhecemos, assim, que estudamos as práticas a partir do que chega no ocidente, num contexto de hibridização cultural, com base nos modos como as experiências foram organizadas, vividas e narradas na realidade local do SUS que foi o cenário da pesquisa.

Seguimos as orientações de Luz (2012) quando aponta que, no estudo das RM e PICS, devem ser consideradas aquelas que ainda são praticadas nos seus contextos culturais de origem, cujos traços terapêuticos mais comuns invadiram a cultura ocidental nas últimas décadas do século 20. Não acreditamos que seria possível acessar um entendimento tal e qual se manifesta em seus redutos de origem, nem seria esse o interesse neste caso, tendo em vista que buscamos estudar, justamente, sua translação, as profanações, as reconfigurações envoltas nos processos de inserção destes saberes e práticas nos serviços públicos de saúde.

Associada a esta questão, pontuamos o uso de referenciais não acadêmicos. Muitos conhecimentos oriundos das Medicinas Tradicionais e outras práticas integrativas são preservados e difundidos pela Tradição Oral, prescindindo de outros registros. Faz-se importante assumir que no diálogo com escrituras antigas orientais só pudemos oferecer nesta tese uma leitura a partir de nossos constructos ocidentais, com todos os limites e necessidades de tradução aí imersos. Algo perpassado também pelos saberes encarnados da pesquisadora.

Neste intento, estivemos cientes de que os saberes tradicionais também avançam no fluxo da história com rupturas, transfigurações, com processos de ocidentalização do oriente se desenvolvendo a passos largos, refletindo na colonização de saberes na esteira da globalização, como alertaram Contatore; Tesser; Barros (2018) e Souza; Luz (2009). E de que não guardam

em si próprios soluções totais para os problemas do mundo, tendo em vista que os países orientais, tal qual aqui, enfrentam questões sanitárias e sociais graves.

Outro limite presente na realização da pesquisa se deu no planejamento da produção de dados, quando não encontramos momentos de escuta, conversas, etc. no interior das aulas dos grupos de práticas corporais integrativas visitados. Esse cenário demandou a organização de espaços de fala orientados a partir de instrumentos de coleta de dados como entrevistas e rodas de conversa, exclusivamente para fins da pesquisa, reposicionando o lugar das narrativas e sua espontaneidade para o estudo das experiências humanas.

Já durante os processos de validação de dados, não poder contar com o retorno dos *experts* externos quanto a formulação conceitual frustrou, de certo modo, as expectativas e diminuiu o leque de avaliação. E, ainda, deparamo-nos com a rotatividade dos grupos ao retornar para essa etapa, quando vimos que alguns dos que haviam sido mapeados inicialmente não estavam mais se reunindo, enquanto novos surgiram. Esse fato indicou a provisoriedade dos exercícios de mapeamento e também a dificuldade de fixação de atividades na rotina dos serviços de saúde, tanto na dinâmica de trabalho de profissionais, quanto no vínculo de voluntárias/os e residentes, com prováveis impactos sobre as comunidades envolvidas e problemas/desafios para as ações de registro nos cadastros nacionais.

Embora os resultados desta tese tenham apontado uma série de potencialidades das práticas corporais integrativas para a saúde das pessoas, gostaríamos de ressaltar que estas práticas não constituem uma panaceia, uma resolução para todos os casos, nem uma opção que agrada a todos a quem são apresentadas. Acreditamos que os resultados da pesquisa, referentes ao seu êxito terapêutico, dão subsídios para afirmar essas modalidades como um recurso resolutivo a ser ofertado nos serviços de saúde, na lógica integrativa, porém, cuja incorporação nos projetos terapêuticos das/os usuárias/os deve se dar a partir de análise e acompanhamento singular.

Destacamos grau satisfatório de validade interna da pesquisa, à luz das vertentes epistemológica e metodológica adotadas, expresso no planejamento e execução cuidadosos do estudo, na escolha adequada do campo, grupos e sujeitos da pesquisa e na qualidade das estratégias de produção e análise de dados, bem como no diálogo coerente entre a empiria e as teorias sociais que guiaram o estudo em direção à geração de conhecimento contextualizado.

Já quanto à validade externa, apontamos limites para a generalização, afinal, não sabemos se outras práticas, outros grupos, outras experiências em unidades de saúde podem ser explicadas de modo semelhante. As/os investigadas/os foram selecionadas/os de forma intencional e não dizem respeito ao conjunto da população, nem ao conjunto de usuárias/os do

SUS, nem mesmo ao conjunto de usuárias/os da APS. Assim, tanto as potencialidades das práticas corporais integrativas apresentadas quanto o conceito formulado devem ser compreendidos em relação ao cenário da investigação. Algo que sinaliza para a necessidade de novas pesquisas, principalmente de caráter empírico.

Por último, é válido lembrar que o trabalho de campo da tese permitiu a construção de um banco de dados, que pode vir a subsidiar investigações posteriores, até porque não nos valem de todos os dados produzidos no transcorrer da investigação que resultou neste relatório de pesquisa. O volume de dados reunidos é enorme para uma pesquisadora, mas um grão de areia no campo. Há muito a saber e a investigar. Há muito ainda por fazer, disseram Luz; Tesser (2008), na construção da presença das PICS no SUS. Assim, é necessário pensar, organizar, estruturar a articulação entre a produção de conhecimento, as políticas públicas e os serviços de saúde, a fim de que as práticas corporais integrativas possam ser acessadas pelas populações de diferentes lugares do país com qualidade.

Pretendemos veicular os resultados da tese em periódicos científicos, o que demandará substanciais recortes, e talvez alguns acréscimos. Desse modo, vemos que esta tese expressa a totalidade do relatório de pesquisa, enquanto as produções posteriores deverão abrigar tópicos selecionados, com a devida delimitação e aprofundamento, para divulgação acadêmica. Além disso, cópia deste trabalho será entregue à Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC, onde se pretende organizar um retorno dos resultados como forma de agradecimento e colaboração para a realidade dos serviços de saúde.

Temos plano também de dialogar com a Prefeitura de Goiânia-GO, a fim de integrar o desenvolvimento da política municipal de PICS. A execução desta tese permitiu, além de responder aos objetivos de investigação, ter contato com as *expertises* da gestão de Florianópolis-SC na implementação da PNPIC no município e da gestão do Rio Grande do Sul, em nível estadual. Estas experiências constituíram um certo *background* encorajador para realizar proposições de pesquisa e intervenção sobre as PICS junto à secretaria e às unidades de saúde goianienses. Em tempos tão austeros para as políticas sociais, trata-se de constituir estratégias para fazer frente às tendências destrutivas que se anunciam para a saúde pública.

Outrossim, talvez os desdobramentos mais imediatos promovidos pela trajetória de realização da tese se darão no retorno à Universidade Federal de Goiás. Os aportes adquiridos, assim como as dúvidas candentes, passarão a integrar as atividades que desenvolvemos como docente nas dimensões do ensino, pesquisa e extensão. Esse movimento tensionador pode contribuir para avanços nos âmbitos da produção do conhecimento, da formação e da

intervenção profissional de professores de Educação Física no que diz respeito à saúde e às PICS.

Esses traçados compõem com nossa compreensão sobre o papel da ciência, cujo enfoque está em construir argumentos que ajudem a explicar a realidade, com critérios de qualidade e rigor, com vistas à transformação social. Nesse sentido, o doutoramento consolidou um passo importante para a sustentação de um projeto de carreira, que tem na tese, ora apresentada, o aceno de uma direção para nosso trabalho: “co-mo-ver para a conexão”, ao mesmo tempo em que guarda as sementes do extemporâneo... Que outros andares são possíveis?

7. REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. *O Bem Viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos*. Tradução Tadeu Breda. São Paulo: Elefante, 2016.

AFONSO, M. L. M. *Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

AFONSO, M. L. M.; COUTINHO, A. R. A. Metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde. In: AFONSO, M. L. M. *Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde*. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p. 59-83.

AGAMBEN, G. *Infância e história*. Destruição da experiência e origem da história. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

_____. O que é o contemporâneo? In: _____. *O que é o contemporâneo? E outros ensaios*. Chapecó: Argos, 2009, p.55-73.

AGUIAR, D. R. D.; COSTA, G. N. The impacts of the food-feed-fuel competition on brazilian food supply. *Revista de Economia e Agronegócio*, v. 15, n. 02, p. 163-182, 2017.

ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002.

ALVES, F. S.; CARVALHO, Y. M. Práticas corporais e grande saúde: um encontro possível. *Movimento*. Porto Alegre, v. 16, n. 04, p. 229-244, out/dez 2010.

AMADO, D. M. et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. *Journal of Management and Primary Health Care*, v. 8, n. 2, p. 290-308, 2017.

ANTUNES, P. C. *Corpo, saúde e práticas corporais na meia-idade: análises a partir da produção acadêmica em Educação Física*. Brasília-DF: Ideal, 2011.

ANTUNES, P. C. et al. Revisão sistemática sobre práticas corporais na perspectiva das práticas integrativas e complementares em saúde. *Motrivivência*, v. 30, n. 55, p.227-247, 2018.

ANTUNES, P. C.; FRAGA, A. B. Estudo de revisão sobre contribuições das práticas corporais integrativas para a promoção da saúde. In: *Livro de premiados do XX CONBRACE*. s/d. (no prelo)

ANTUNES, P. C.; SILVA, A. M.; BAPTISTA, T. J. R. A matematização da vida: uma análise das produções científicas do campo da Educação Física acerca de pessoas na meia-idade. *Pensar a Prática*, v. 16, p. 849-868, 2013.

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 43-62, 2007.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004a.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade* v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004b.

BARATA, R. B. Condições de saúde da população brasileira. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 167-214.

_____. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

_____. Desigualdades sociais e saúde. In: CAMPOS, G. W. et al (orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 457-486.

BARROS, F. P. C. A saúde como direito: o difícil caminho de sua apropriação pelos cidadãos. In: SANTOS, R. (Org.). *CONASS: para entender a gestão do SUS. Direito à saúde*. 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_11B.pdf>. Acesso em: 04/06/2019.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca AF, Corbo AD, organizadores. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BAUTISTA, R. *Del mito del desarrollo al horizonte del vivir bien: por qué fracassa el socialismo em el largo siglo XX? La Paz-Bolivia: yo soy sí Tú eres ediciones*, 2017.

BENJAMIN, W. *Obras escolhidas*. Magia e Técnica, Arte e Política. 7ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BERIAIN, J. Prólogo: el doble sentido de las consecuencias perversas de la modernidad. In: _____. *Las consecuencias perversas de la modernidad: modernidad, contingencia y riesgo*. Barcelona: Anthropos, 1996, p. 07-29.

BESSEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação e saúde. *Saúde & Sociedade*, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007.

BIRMAN, J. *O sujeito na contemporaneidade*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

BONDÍA, J. L. A experiência e suas linguagens. In: _____. *Tremores: escritos sobre experiência*. Tradução Cristina Antunes. Belo Horizonte: Autêntica, 2014, p.35-56.

_____. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, n. 19, p. 20-28, jan/abr 2002.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, *Lei Orgânica da Saúde*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*, Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*, 2ª ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. *Portaria n.849 de 27 de março de 2017*. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, 2017a.

_____. *Portaria n.702 de 21 de março de 2018*. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC, 2018a.

_____. *Glossário Temático: práticas integrativas e complementares em saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria executiva, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

_____. *Ampliação da PNPIC* [internet] 2017. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_pics_maio2017.pdf> Acessado em 27/05/2019.

_____. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. *Política Nacional de Humanização*. Brasília-DF. Ministério da Saúde, 2003.

_____. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: MS; 2007a.

_____. *Cadernos de Atenção Básica*. Diretrizes dos NASF. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. *8ª Conferência Nacional de Saúde* - relatório final. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1986.

_____. *9ª Conferência Nacional de Saúde* – relatório final. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1992.

_____. *10ª Conferência Nacional de Saúde* - relatório final. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1998.

_____. *11ª Conferência Nacional de Saúde* - relatório final. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2000.

_____. *12ª Conferência Nacional de Saúde* - relatório final. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. *13ª Conferência Nacional de Saúde* - relatório final. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. *14ª Conferência Nacional de Saúde* - relatório final. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. *15ª Conferência Nacional de Saúde* – Diretrizes Aprovadas nos Grupos de Trabalho ou na Plenária Final. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2016.

_____. *16ª Conferência Nacional de Saúde* – Documento orientador de apoio aos debates. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2019.

_____. *Portaria n. 971, de 03 de maio de 2006*. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

_____. *Portaria n. 853, de 17 de novembro de 2006*.

_____. *Portaria 2761 de 19 de novembro de 2013*.

_____. Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Notícias*. Florianópolis atinge 100% de cobertura na Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família. 31/03/2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1998> Acesso em: 28/11/2016.

_____. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Relatório de gestão 2006/2010*. Práticas Integrativas e Complementares, Brasília-DF, 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Portaria 510 de 07 de abril de 2016*.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CEZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 19-42.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMARGO JR, K. R. *Biomedicina, ciência & saber: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: _____. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ªed. São Paulo: Hucitec, 2012, p.41-80.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Trad. Maria Barrocas. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2017.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, v. IV, n.2, p. 287-307, jul.-out. 1997.

_____. Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 1, n. 1, jan-abr 2009.

CAPRA, F. *O Tao da Física: uma análise dos paralelos entre a Física Moderna e o Misticismo Oriental*. Tradução José Fernandes Dias. 2ª ed. São Paulo: Cultrix, 2013.

CAPRA, F.; LUISI, P. L. *A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas*. São Paulo: Cultrix, 2014.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 141-166.

CARVALHO, F. F. B.; ALMEIDA, E. R.; SOUSA, A. N. A. 10 anos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares-PNPIC. *Journal of Management and Primary Health Care*, v. 8, n. 2, p. 136-140, 2017.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p. 1088-1095, jul/ago 2004.

CARVALHO, Y. M. *O "mito" da atividade física e saúde*. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

_____. Atividade física e saúde: onde está e quem é o "sujeito" da relação. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 22, n. 2, p. 9-21, jan 2001.

CASTELLANI FILHO, L.; CARVALHO, Y.M. Resignificando o esporte e o lazer nas relações com a saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006, p. 208-222.

CASTIEL, L. D. Quem vive mais, morre menos? Estilos de risco e promoção de saúde. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. *Saúde em Debate na Educação Física*, volume 1. Blumenau: Edibes, 2003, p. 79-98.

CAZARIN, G.; LIMA, S. F. F.; BENEVIDES, I. A. Avaliabilidade da Política de Práticas Integrativas e Complementares do município de Recife-PE. *Journal of Management and Primary Health Care*, v. 8, n. 2, p. 203-215, 2017.

CHARMAZ, K. *A Construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

COMTE, A. *Discurso sobre o espírito positivo*. Tradução de Maria Ermantina Galvão Pereira. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

CONTATORE, O. A.; TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicina chinesa/acupuntura: apontamentos históricos sobre a colonização de um saber. *História, ciência, saúde Manguinhos*, v.25, n. 3, p.841-858, 2018.

CONTATORE, O. A. et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.20, p.3263-3273, 2015.

CORBIN, A. Dores, sofrimentos e misérias do corpo. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.; VIGARELLO, G. *História do Corpo: da Revolução à Grande Guerra*. Tradução de João Batista Kreuch e Jaime Clasen, 4ª ed. Perópolis-RJ: Vozes, 2012, p. 267-346.

COSTI, J. M. *Impacto de um curso de introdução à acupuntura em aspectos da prática clínica de médicos da atenção básica em Florianópolis*. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC.

CUNHA, F. *Yoga Dance: Manual do professor*. São Paulo, 2013

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 43-58.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

DALHBERG, I. Teoria do conceito. *Revista Ciências da Informação*, Rio de Janeiro-RJ, v. 07, n. 02, p. 101-107, 1978.

DAMICO, J. G.; KNUTH, A. G. O (des)encontro entre as práticas corporais e a atividade física: hibridizações e borramentos no campo da saúde. *Movimento*, v.20, n.1, p. 329-350, jan/amr, 2014.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v.14, n.54, p. 1-5, abr-jun 1986.

DIAS, T. D. *Percepção dos profissionais de Educação Física sobre a utilização das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica em Florianópolis/SC*. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. UDESC/SMS. 2018.

EAKIN, J. Educating critical qualitative health researchers in the land of the randomized controlled trial. *Qualitative Inquiry*, v.22, n.2, p.107-118, 2016.

EHRENBERG, A.; BOTBOL, M. Depressão, doença da autonomia? Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol. *Ágora*. Rio de Janeiro. v.7, n.1, p. 143-153, jul/jan 2004.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo/GRA/Núcleo de Normalização/Coordenação de Práticas Integrativas e Complementares. Diretrizes- *Política de Práticas Integrativas e Complementares do Estado do Espírito Santo: homeopatia, fitoterapia/plantas medicinais e medicina tradicional chinesa/acupuntura*. Vitória, 2013.

FACEY, M.; GLADSTONE, B.; GASTALDO, D. Part 1 Qualitative Health Research: An Introduction. In: Centre for Critical Qualitative Health Research. *Learning and Teaching Qualitative Research in Ontario: A Resource Guide*. Toronto: e Campus Ontario. 2018. Disponível em <qualitativeresearchontario.openetext.utoronto.ca> Acessado em 11/06/2019.

FALLER, J. W.; MARCON, S.S. Práticas socioculturais e de cuidado à saúde de idosos em diferentes etnias. *Esc. Anna Nery*, v. 17, n. 3, p. 512-519, jul-set 2013.

FAQUETI, A. *Medicinas Alternativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Perspectiva de usuários em Florianópolis/SC*. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC.

FERNANDES, E.; RODRIGUES, F. B.; ROCHA, V. *A edificação da imagem do yoga no Brasil*. s/d. Disponível em <https://www.academia.edu/1163353/A_EDIFICA%C3%87%C3%83O_DA_IMAGEM_DO_YOGA_NO_BRASIL> Acessado em 11/06/2019.

FEUERSTEIN, G. *A Tradição do Yoga*. História, Literatura, Filosofia e Prática. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Pensamento, 2006.

FLEURY, S.; OUVRENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 23-64.

FLORIANÓPOLIS-SC. Secretaria Municipal de Saúde. *Portaria n. 047*, de 12 de novembro de 2010.

_____. *Banco de Boas Práticas em Saúde de Florianópolis*. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=banco+de+boas+praticas+em+saude+de+florianopolis>> Acesso em 28/11/2016.

FONSECA, M. et al. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.44 n.1, p.159-65, 2010.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 26ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

FOX, J.; HUGHES, K.; TAMPION, J. *I Ching Iluminado*. Tradução Nair Lacerda. São Paulo: Cultrix, 1993.

FRAGA, A. B. *Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa*. Campinas: Autores Associados, 2006.

_____. Concepções de gênero nas práticas corporais de adolescentes. *Movimento*, Porto Alegre, v. 2, n. 3, 1995.

FRANCO, S. M.; COSTA, F. Z. N.; LEÃO, A. L. M. S. Depressão: mal do século ou demanda do século? *Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade*. Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 325-373, abr 2016.

FROSI, R. V. *Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise de experiências desenvolvidas em Florianópolis*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC.

_____. *Saúde mental no SUS de Florianópolis*. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC.

GALVANESE, A. T. *Corporeidade nos grupos de práticas integrativas corporais e meditativas na rede pública de atenção primária à saúde na região oeste do município de São Paulo*. 2017. Tese de Doutorado em Ciências (Universidade de São Paulo) – USP, São Paulo-SP.

GALVANESE, A. T.; BARROS, N. F.; d'OLIVEIRA. Contribuições e desafios das práticas corporais e meditativas à promoção da saúde na rede pública de atenção primária do município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.33, n.12, p. 1-15, 2017.

GASPAR, M. E. P. *Em nome do meu filho: percepções dos pais sobre a participação e capacidade do adolescente com cancro para tomar decisões em fim de vida*. 2014. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Universidade de Lisboa-Portugal.

GÓES, M. G. O. *Ressignificando o adoecimento: modelo de cuidado espiritual*. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS-Brasil.

GOIÁS. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Educação Física e Dança. *Projeto Político Pedagógico do curso de Bacharelado em Educação Física*. Goiânia, 2009a.

_____. *Lei n. 16.703*, de 23 de setembro de 2009b. Institui a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares na rede pública estadual de saúde.

GOMES, L.; ALMEIDA, F. Q.; GALAK, E. As práticas corporais alternativas e a educação física: uma revisão sistemática. *Motrivivência*, Florianópolis, v. 31, n. 57, p. 01-20, jan/mar 2019.

GONZÁLEZ, F. J. Práticas corporais e o sistema único de saúde: desafios para a intervenção profissional. In: GOMES, I. M.; FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M de. (orgs.) – *Práticas corporais no campo da saúde: uma política em formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015, p. 135-162.

_____. Sociabilidades e práticas corporais: leitura de uma relação. In: STIGGER, M. P. et al. (Orgs.). *O esporte na cidade: estudos etnográficos sobre sociabilidades esportivas em espaços urbanos*. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 13-30.

GOSWAMI, A. *O médico quântico: orientação de um físico para a saúde e a cura*. Tradução Euclides Luiz Calloni e Cleusa Margô Wosgrau. São Paulo: Cultrix, 2006.

GRUPO DE TRABALHO PEDAGÓGICO UFPE/UFSM. *Visão didática da Educação Física: análises críticas e exemplos práticos de aulas*. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1991.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, v. 33, n. 1, p. 151-161, 2007.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR, K. R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, 2006.

GUMBRECHT, H. U. Presença na linguagem ou presença adquirida contra a linguagem? In: _____. *Nosso amplo presente*. Tradução de Ana Isabel Soares. São Paulo: UNESP, 2015, p. 19-32.

GUTTING, G. A filosofia da experiência de Foucault. *Boundary 2*, v.29, n.2, p.69-85, 2002.

GUZZO, M. Imagens do corpo em risco. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. *Saúde em Debate na Educação Física*, volume 2. Blumenau: Nova Letra, 2006, p. 121-138.

HADOT, P. La presencia es la única diosa que adoro. In: _____. *No te olvidas de vivir*. Goethe y la tradición de los ejercicios espirituales. Tradução de María Cuicurelle Miquel. Madrid: Siruela, 2010, p. 17-50.

HAN, B. *Sociedade do cansaço*. Tradução de Enio Paulo Giachini. 2a ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2017.

IBGE. *Cidades*. Informações sobre os municípios brasileiros. Santa Catarina-Florianópolis. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=420540&search=santa-catarina|florianopolis|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em 04/06/2019.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Tradução de Kosinski de Cavalcanti. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

IMPOLCETTO, F.M. As práticas corporais alternativas como conteúdo da Educação Física escolar. *Pensar a Prática*, Goiânia, v.16, n.1, p.267-281, jan/mar, 2013.

KALYAMA, A. *Yoga: repensando a tradição*. São Paulo: IBRASA, 2003.

KOERICH, M H. A. L. *O cuidado das pessoas com dor lombar crônica e o modelo de cuidado na atenção básica à saúde*. 2016. Doutorado (Tese em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

KUNZ, E. Ministério da Saúde adverte: viver é prejudicial à saúde. In: BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. *Saúde em Debate na Educação Física*, volume 3. Ilhéus: Editus, 2007, p. 173-186.

_____. *Educação Física: ensino e mudanças*. Ijuí: Unijuí, 1994.

LAZZAROTTI FILHO, A. et al. O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e suas repercussões no campo da Educação Física. *Movimento*, Porto Alegre, v.16, n.1, p.11-29, 2010.

LEE, M. L. *Lian gong em 18 terapias*. Forjando um corpo saudável. Ginástica chinesa do Dr. Zhuang Yuen Ming. 4ª ed. São Paulo: Pensamento/Cultrix, 1997.

LEFEVRE, F.; LEVEFRE, A. M. C. Saúde como Negação da Negação: uma Perspectiva Dialética. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 15-28, 2007.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. *Interface*, v. 18, n. 49, p. 261-272, 2014.

LIPTON, B. H. *A biologia da crença: o poder da consciência sobre a matéria e os milagres*. Tradução de Yma Vick. São Paulo-SP: Butterfly, 2007.

LUZ, M. T. *Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, M.; BARROS, N. F. (Orgs). *Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012a, p. 15-24.

_____. Estudo comparativo de racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: LUZ, M.; BARROS, N. F. (Orgs). *Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012b, p. 25-71.

_____. As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. *Revista Brasileira de Medicina da Família*. Ano IX, p.08-19, 2008.

_____. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Cadernos de Sociologia*, v.7, p.109-128, 1995.

_____. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

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

LUZ, M. T.; WENCESLAU, L. D. A medicina antroposófica como racionalidade médica. In: 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. 185-216.

MACHADO, L. V.; FERREIRA, R. R. A indústria farmacêutica e psicanálise diante da “epidemia de depressão”: respostas possíveis. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 19, n. 1, p. 135-144, jan/mar 2014.

MARQUES, E. A. Racionalidades médicas > a medicina ayurvédica. In: LUZ, M.T.; BARROS, N.F. (orgs). *Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012, p.153-184.

MARTINEZ, J. F. N. et al. Práticas corporais e SUS: tensões teóricas e práticas. In: FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M.; GOMES, I. M. *Práticas corporais no campo da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013, p.139-154.

MARTINS, P. H. As outras medicinas e o paradigma energético. In: LUZ, M.T.; BARROS, N.F. (orgs). *Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012, p.309-342.

MATHIESSEN, S. Q. Práticas corporais alternativas. In: GONZÁLEZ, J. F.; FENSTENSEIFER, P.E. *Dicionário crítico da Educação Física*. Ijuí: Unijuí, 2014, p. 528-531.

MATTOS, R. S. Fibromialgia e práticas corporais de saúde: um estudo etnográfico. In: 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. 397-424.

MATURANA, H. R. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Tradução de José Fernando Campos Forte. 1ª reimpressão. Belo Horizonte-MG: Ed. UFMG, 1999.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. Campinas, SP: Psy II, 1995.

MELO, C. K.; SCHNEIDER, M. D.; ANTUNES, P.C. O corpo respiração na busca do equilíbrio da vida: elementos para uma (re)significação das práticas corporais. In: SILVA, A. M.; DAMIANI, I. R. *Práticas Corporais: construindo outros saberes em Educação Física*. Florianópolis: Naembla Ciência e Arte, 2006, p. 21-40.

MENDES, Maria Isabel Brandão de Souza. *Mens Sana in Corpore Sano: saberes e práticas educativas sobre corpo e saúde*. Porto Alegre: Sulina, 2007.

MERHY, E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS et al. (orgs.) - *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público*. São Paulo: Xamã, 1998, p.103-120.

MINAS GERAIS. Coordenadoria de Práticas Integrativas e Complementares/Gerência de Redes Temáticas/Superintendência de Atenção à Saúde/Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares/MG*, Belo Horizonte, 2009.

MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M.. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva* v.5, n.1, pp.7-18, 2000.

MIRA, C. M. Exercício físico e saúde: da crítica prudente. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. *Saúde em Debate na Educação Física*, volume 1. Blumenau: Edibes, 2003, p. 169-191.

MOORE, C. A. Filosofias de vida em comparação. In: _____. (org). *Filosofia: oriente e ocidente*. Tradução de Agenor Soares dos Santos. São Paulo-SP: Cultrix, 1978, p.271-346.

MORÉ, A. O. O. *Educação permanente em acupuntura: análise de um processo educativo e suas repercussões na prática de médicos da atenção primária à saúde*. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC.

MOULIN, A. M. O corpo diante da medicina. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.; VIGARELLO, G. *História do Corpo: as mutações do olhar. O século XX*. Tradução de Ephraim Ferreira Alves, 4ª ed. Perópolis-RJ: Vozes, 2011.

MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A reinvenção da roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível. *Revista Temas em Educação*, João Pessoa, v.23, n.1, p. 98-106, jan-jun 2014.

NAGAI, S. C.; QUEIROZ, M. S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.16, v.3, p.1793-1800, 2011.

NASCIMENTO, M.C.; NOGUEIRA, M. I. Concepções de natureza, paradigmas em saúde e racionalidades médicas. *Fórum Sociológico*, 24, série II, p. 1-15, 2014.

NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I.; LUZ, M. T. Produção científica em racionalidades médicas e práticas em saúde. *Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares*, v. 01, n. 01, p. 13-21, 2012.

NASCIMENTO, M. C et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 18, v. 02, p. 3595-3604, 2013.

NORTHROP, F. S. C. As ênfases complementares da filosofia intuitiva oriental e da filosofia científica ocidental. In: MOORE, C. A. (org). *Filosofia: oriente e ocidente*. Tradução de Agenor Soares dos Santos. São Paulo-SP: Cultrix, 1978, p. 189-256.

NUNES JÚNIOR, P. C.; BATISTA, J. C. Alternativas ou integrativas? Novas discussões para as práticas corporais na Educação Física. *Anais do XVII CONBRACE*. Porto Alegre-RS, 2011.

NUNES, T. Os três corpos do ser humano. *Formação em Yoga: módulo Yoga Sutra*. Vida de Yoga, 2016, p. 57-60.

_____. O yoga numa perspectiva de saúde integral. *Formação em Yoga: módulo Bhagavad Gita*. Vida de Yoga, 2017, p. 30-41.

_____. Yoga Sutra de Patañjali. *Formação em Yoga: módulo Yoga Sutra*, p. 159-224, 2016.

O'LEARY, T. Foucault, experiência, literatura. Tradução de João Rodolfo Ohara. *Antíteses*. v. 5, n. 10, p. 875-896, jul./dez., 2012.

OLIVEIRA, L. P. B. A. *A pessoa idosa controlando sua atuação de saúde/doença com o uso de medicamentos*. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC-Brasil.

OLIVEIRA, L. P. B. A.; SANTOS, S. M. A. Conciliando diversas formas de tratamento à saúde: um estudo com idosos na atenção primária. *Texto Contexto Enfermagem*, v.25, n.3, 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2013.

_____. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Genebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.

_____. *Resolución WHA62.13, de 22 de mayo de 2009*. Medicina Tradicional.

_____. *Resolución WHA56.31, de 28 de mayo de 2003*. Medicina Tradicional.

_____. *The hole of traditional medicine in primary health care in China*. In: AKERELE, O.; STTOT, G.; WEIBO, L. U. (editors). Based on an inter-regional seminar sponsored by the WHO in association with the Minister of Public Health of the People's Republic of China, 1985.

_____. *Mental health action plan 2013 – 2020*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2013.

_____. *Constituição da OMS*, 1946.

ONU. SOUZA, P. H. G.; MEDEIROS, M. *The Concentration of Income at the Top in Brazil, 2006-2014*. Working Paper, n. 163. Brasília: Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo (IPC-IG), 2017.

_____. *Depressão afeta mais de 300 milhões de pessoas e é doença que mais incapacita pacientes, diz OMS*. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/depressao-afeta-mais-de-300-milhoes-de-pessoas-e-e-doenca-que-mais-incapacita-pacientes-diz-oms/>> Acessado em 10/6/2019.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 16, v. 3, p. 1801-18011, 2011.

OXFAM. *A distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras*. São Paulo: OXFAM Brasil, 2017.

PALMA, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão de literatura. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo-SP, v. 14, n.1, p. 97-106, 2000.

_____. Educação física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros "modos de olhar". *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Campinas-SP, v. 22, n.2, p. 23-39, 2001.

PALMA, A.; BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. Análise sobre os limites da inferência causal no contexto investigativo sobre “exercício físico e saúde”. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. *Saúde em Debate na Educação Física*, volume 1. Blumenau: Edibes, 2003, p. 33-52.

PALMA, A. et al. Dimensões epidemiológicas associativas entre indicadores sócio-econômicos de vida e prática de exercícios físicos. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Campinas-SP, v. 27, n.3, p. 119-136, 2006.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: fundamentos para compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____. *O que é o SUS?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

_____. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e Independência. In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002.

PEREIRA, L. F. *Do yoga para a atenção psicossocial na Atenção Primária à Saúde: um estudo hermenêutico sobre o Yoga Sūtra de Patañjali*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina. 2018.

PINTO, M. R.; SANTOS, L. L. S. A Grounded Theory como abordagem metodológica: relatos de uma experiência de campo. *Organizações & Sociedade*, Salvador-BA, v.19, n.62, p.417-436, jul/set, 2012.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil. *Conceitos*. 2013. Disponível em: <http://www.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idhm.html>. Acesso em 28/11/2016.

_____. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. Florianópolis, SC. 2013. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/florianopolis_sc#idh. Acesso em 28/11/2016.

POSADA-ZAPATA, I. C. et al. ¿Qué hacer cuando estoy enferma? La búsqueda de alternativas para el bienestar en mujeres desplazadas, Medellín, *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, v.34, n.2, ago 2016.

RIO DE JANEIRO. Governo do estado do Rio de Janeiro. *Lei 5471, de 10 de junho de 2009*. Estabelece no âmbito do Estado do Rio de Janeiro a criação do Programa de Terapia Natural. Rio de Janeiro, 2009.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. Gabinete do Secretário. Portaria n. 274/GS, de 27 de junho de 2011. Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) no Sistema Único de Saúde do RN.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares*. Porto Alegre, 2013.

RODRIGUES, P. Prática de atividade física no lazer e condições socioeconômicas no município do Rio de Janeiro. *Revista Saúde Física e Mental*, v. 5, n. 2, p. 2018.

RODRIGUES, P. F. et al. Condições socioeconômicas e prática de atividades físicas em adultos e idosos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v. 22, p. 217-232, 2017a.

_____. Prática de atividade física no lazer e condições socioeconômicas no município do Rio de Janeiro. *Revista Saúde Física & Mental*, v. 5, p. 18-30, 2017b.

ROHDEN, H. *Tao Te Ching: o livro que revela Deus*, de Lao Tsé. 4ª ed. São Paulo: Martin Claret, 2009.

_____. *Bhagavad Gita*, de Krishna. São Paulo: Martin Claret, 2007.

SÁ, M. C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saude, Educação*, v.13, supl.1, p.651-64, 2009.

SABINO, C. O nascimento do bodybuilding. In: 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.357-398.

SANT’ANNA, D. B. É possível realizar uma história do corpo? In: SOARES, C. (org). *Corpo e História*. 2ª ed. Campinas-SP: Autores Associados, 2004, p. 03-24.

SANTOS, M. C. *Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis: implantação, cogestão e educação permanente*. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC.

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 3011-3024, 2012.

SANTOS, J. L. G. et al. Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, p. 1-8, 2018.

SANTOS, M. I. M. P. *Enfermagem à procura de si: integrando modalidades terapêuticas não convencionais no processo de cuidados*. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de Lisboa, Lisboa-Portugal.

SÃO PAULO. *Projeto de lei n. 770*, de 2010. Institui, no âmbito do Estado de São Paulo, a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde e dá outras providências.

SARASWATI, S. S. *Asana, pranayama, mudra, bandha*. Bihar School of Yoga, 2016.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v.31, n. 5, p. 538-42, 1997.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. A. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar/abr 2004.

SENNETT, R. *O declínio do homem público: as tiranias da intimidade*. Tradução de Lygia Watanabe. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2014.

SFEZ, L. *A saúde perfeita: críticas de uma utopia*. Tradução de Fernanda Oliveira. Lisboa: Éditions du Seuil, 1995.

SILVA, A. M. *Corpo, ciência e mercado: reflexões acerca da gestação de um novo arquétipo da felicidade*. Campinas: Autores Associados, Florianópolis: UFSC, 2001.

_____. A natureza da *physis* humana: indicadores para o estudo da corporeidade. SOARES, C. L. (org.) *Corpo e História*. Campinas: Autores Associados, 2004, p. 25-41.

_____. Elementos para compreender a modernidade do corpo numa sociedade racional. *Cadernos Cedes*, ano XIX, nº 48, p. 07-29, ago 1999.

SILVA, A. M.; DAMIANI, I. R. As práticas corporais em foco: a análise da experiência em questão. In: _____. (Org). *Práticas corporais: experiências em Educação Física para outra formação humana*. Florianópolis: Naembla Ciência e Arte, 2005, p.187-207.

SILVA, A. M.; LAZZAROTTI FILHO, A.; ANTUNES, P. C. Práticas corporais. In: GONZÁLEZ, J. F.; FENSTENSEIFER, P.E. *Dicionário crítico da Educação Física*. Ijuí: Unijuí, 2014, p.522-528.

SILVA, A. M. et al. Corpo e experiência: para pensar as práticas corporais. In: FALCÃO, J. L. C.; SARAIVA, M. C. *Práticas corporais no contexto contemporâneo: (in)tensas experiências*. Florianópolis: Copiart, 2009, p. 10-27.

SILVA, B. P.; BERSCH, A. A. S. A contribuição do profissional de Educação Física na recuperação terapêutica de dependentes químicos. *Revista Didática Sistêmica*, edição especial, Rio Grande, 2015.

SILVA, E. D. C. *Acupuntura no SUS de Florianópolis-SC e medicalização social: um estudo sobre a experiência dos usuários*. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC.

SILVA, G. W. S. et al. Teoria fundamentada nos dados em teses e dissertações da enfermagem brasileira. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 27, n. 4, 2018.

SIMONI, C.; BENEVIDES, I.; BARROS, N. F. As práticas integrativas e complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília: Ministério da Saúde, ano IX, edição especial, p.70-76, 2008.

SOARES, C. L. *Educação física: raízes europeias e Brasil*. 2. ed. revista. Campinas: Autores Associados, 2001.

SOARES, C. L. et al. *Metodologia do ensino da Educação Física*. São Paulo: Cortez, 1992.

SOARES, G. B.; CAPONI, S. Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.15, n.37, p.437-46, abr/jun. 2011.

SOUSA, I. M. C. et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.28, v.11, p. 2143-2154, 2012.

SOUSA, I. M. C.; AQUINO, C. M. F.; BEZERRA, A. F. B. Custo-efetividade em Práticas Integrativas e Complementares: diferentes paradigmas. *Journal of Management and Primary Health Care*, v. 8, n. 2, p. 343-350, 2017.

SOUSA, I. M.; HORTALE, V. A.; BODSTEIN, R. C. A. Medicina Tradicional Complementar e Integrativa: desafios para construir um modelo de avaliação do cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 10, p. 3403-3412, 2018.

SOUSA, I. M. C.; TESSER, C. D. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 1, p. 1-15, 2017.

SOUSA, I. M.; VIEIRA, A. L. S. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, suplemento, p. 255-266, 2005.

SOUSA, M. F. Reflexões de passagem sobre a corporalidade no mundo oriental. In: SAITO, C. N. et al. *Japonicidades: estudos sobre sociedade e cultura japonesa no Brasil Central*. Curitiba-PR: CRV, 2012, p. 89-108.

SOUZA, E. A. A.; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *História, ciência, saúde Manguinhos*, v. 16, n. 2, p. 393-405, abr-jun 2009.

SPADACIO, C. et al. Medicinas alternativas e complementares: uma metassíntese. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 26, v. 01, p.07-13, 2010.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. *Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TEIXEIRA, F. Os caminhos da espiritualidade: um olhar com base nas tradições místicas. In: VASCONCELOS, E. M. (org). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. 3ª ed. São Paulo-SP: Hucitec, 2015, p.370-395.

TERRA, J. D. *O corpo em experiência nas práticas corporais: o método self-healing de Meir Schneider na atenção à saúde*. 2017. Tese de doutorado em Ciências (Universidade de São Paulo) – USP, São Paulo-SP.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 25, v.08, p. 1732-1742, 2009.

_____. Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão. In: 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.251-284.

_____. Produção de saber, racionalidades médicas e cuidado: ideias iniciais. In: NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I. (Orgs) *Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares*. 1ª ed. V. 1. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 80-105.

_____. Contribuições das Epistemologias de Kuhn e Fleck para a reforma do ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 1, p. 98-104, 2008.

_____. Práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas no SUS e na atenção primária à saúde: possibilidades estratégicas de expansão. *Journal of Management and Primary Health Care*, v. 8, n. 2, p. 216-232, 2017.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 914-920, 2008.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.1, p. 195-206, Rio de Janeiro, jan/fev, 2008.

_____. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7, n.2, p.363-372, 2002.

_____. Uma categorização analítica para estudo e comparação de práticas clínicas em distintas racionalidades médicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 01, p. 01-23, 2018.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p.174-188, set 2018.

THIAGO, S. C. *Medicinas e terapias complementares na visão de profissionais de unidades básicas de saúde de Florianópolis/SC*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC.

TONIOL, R. *Do espírito na saúde: oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil*. 2015. 302 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 215-246.

URSS. *Conferência internacional sobre cuidados primários em saúde*. Alma-Ata. 1978.

VASCONCELOS, E. M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: _____. (org). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. 3ª ed. São Paulo-SP: Hucitec, 2015, p. 13-160.

WACQUANT, L. O legado sociológico de Pierre Bourdieu: duas dimensões e uma nota pessoal. *Revista Sociologia Política*. Curitiba, 19, p.95-110, nov 2002.

WOSIEN, B. *Dança: um caminho para a totalidade*. Edição Maria-Gabriele Wosien. Tradução Maria Eleonor Rodenbach, Raphael de Haro Junior. São Paulo: TRIOM, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS

Eu, Priscilla de Cesaro Antunes, doutoranda no curso de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o(a) convido a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada “Práticas corporais integrativas e promoção da saúde: um estudo das experiências de usuários da Atenção Básica no município de Florianópolis-SC”. A pesquisa será por mim desenvolvida, sob a responsabilidade do Professor Dr. Alex Branco Fraga. Sua participação se constituirá em fornecer entrevistas aos pesquisadores e permitir que eles acompanhem o seu dia a dia de trabalho junto a unidade de saúde.

Esta pesquisa tem por objetivo investigar como as experiências dos usuários com práticas corporais integrativas em unidades básicas de saúde contribuem para que eles possam compreender e agir sobre seu corpo e seus processos saúde-doença.

Para o desenvolvimento dessa investigação serão realizadas observações sistemáticas somente nas atividades referentes ao trabalho que você desenvolve na unidade pública de saúde. Além desses momentos, serão desenvolvidas entrevistas com você e que estarão de acordo com a sua disponibilidade e necessidade desse estudo. Destacamos que entrevistaremos outros profissionais e usuários que também estão envolvidos com atividades de práticas corporais integrativas em outras unidades de saúde.

Todos estes procedimentos metodológicos não irão alterar a sua rotina de trabalho e as informações obtidas pelas observações e entrevistas a serem realizadas serão confidenciais, conhecidas apenas pelos pesquisadores envolvidos e utilizadas somente para objetivos acadêmicos. Enfatizamos que o seu nome será mantido em absoluto sigilo. No entanto, se for de seu interesse, podemos divulgar sua participação na pesquisa.

É importante que você tenha conhecimento de que a pesquisa não trará benefícios diretos para você, porém esperamos que o estudo ofereça ganhos indiretos, relativos ao avanço do conhecimento sobre o tema pesquisado. Conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas em seres humanos no Brasil, os riscos em participar de um estudo são inevitáveis. No caso desta pesquisa, os riscos e incômodos que podem fazer parte da sua participação se referem a possíveis constrangimentos durante as observações e entrevistas.

Antes de concordar em participar da pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão esclarecer todas as suas dúvidas antes de iniciar a pesquisa. Mesmo que já tenha dado a sua autorização, a qualquer momento você tem o direito de desistir de participar desse estudo. Desta forma, caso alguma entrevista já tenha sido realizada, você terá o direito de solicitar a retirada das informações até então obtidas através da sua entrevista.

Vale ressaltar que a sua participação nessa pesquisa é gratuita e não acarretará nenhum ônus para você. Caso os seus direitos sejam violados em algum momento, ou você sinta que isto está acontecendo, favor remeter-se:

- ao Professor Alex Branco Fraga, responsável pela pesquisa – email: brancofraga@gmail.com; fone: (51) 3308.5821;
- ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS – telefone: (51) 3308.3738;
- à Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da UFRGS – telefone: (51) 3308.5817.

Ciente e de acordo com o que foi exposto anteriormente, eu _____, estou de acordo em participar dessa pesquisa, assinando esse termo de consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Data: ____/____/____

Assinatura:

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS/AS

Eu, Priscilla de Cesaro Antunes, doutoranda no curso de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o(a) convido a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada “Práticas corporais integrativas e promoção da saúde: um estudo das experiências de usuários da Atenção Básica no município de Florianópolis-SC”. A pesquisa será por mim desenvolvida, sob a responsabilidade do Professor Dr. Alex Branco Fraga. Sua participação se constituirá em fornecer entrevistas aos pesquisadores e permitir que eles acompanhem a sua participação no grupo de práticas corporais integrativas junto a unidade de saúde.

Esta pesquisa tem por objetivo investigar como as experiências dos usuários com práticas corporais integrativas em unidades básicas de saúde contribuem para que eles possam compreender e agir sobre seu corpo e seus processos saúde-doença.

Para o desenvolvimento dessa investigação serão realizadas observações sistemáticas somente nas atividades referentes a sua participação no grupo de práticas corporais integrativas na unidade pública de saúde. Além desses momentos, serão desenvolvidas entrevistas com você e que estarão de acordo com a sua disponibilidade e necessidade desse estudo. Destacamos que entrevistaremos outros usuários e profissionais que também estão envolvidos com atividades de práticas corporais integrativas em outras unidades de saúde.

Todos estes procedimentos metodológicos não irão alterar a sua rotina de participação no grupo e as informações obtidas pelas observações e entrevistas a serem realizadas serão confidenciais, conhecidas apenas pelos pesquisadores envolvidos e utilizadas somente para objetivos acadêmicos. Enfatizamos que o seu nome será mantido em absoluto sigilo. No entanto, se for de seu interesse, podemos divulgar sua participação na pesquisa.

É importante que você tenha conhecimento de que a pesquisa não trará benefícios diretos para você, porém esperamos que o estudo ofereça ganhos indiretos, relativos ao avanço do conhecimento sobre o tema pesquisado. Conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas em seres humanos no Brasil, os riscos em participar de um estudo são inevitáveis. No caso desta pesquisa, os riscos e incômodos que podem fazer parte da sua participação se referem a possíveis constrangimentos durante as observações e entrevistas.

Antes de concordar em participar da pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão esclarecer todas as suas dúvidas antes de iniciar a pesquisa. Mesmo que já tenha dado a sua autorização, a qualquer momento você tem o direito de desistir de participar desse estudo. Desta forma, caso alguma entrevista já tenha sido realizada, você terá o direito de solicitar a retirada das informações até então obtidas através da sua entrevista.

Vale ressaltar que a sua participação nessa pesquisa é gratuita e não acarretará nenhum ônus para você. Caso os seus direitos sejam violados em algum momento, ou você sinta que isto está acontecendo, favor remeter-se:

- ao Professor Alex Branco Fraga, responsável pela pesquisa – email: brancofraga@gmail.com; telefone: (51) 3308.5821;
- ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS – telefone: (51) 3308.3738;
- à Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da UFRGS – telefone: (51) 3308.5817.

Ciente e de acordo com o que foi exposto anteriormente, eu _____, estou de acordo em participar dessa pesquisa, assinando esse termo de consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas. Data: ___/___/___ Assinatura: _____

APÊNDICE C – REVISÕES DE LITERATURA

1. Revisões de literatura: práticas corporais integrativas e saúde

Tendo em vista que o tema central da tese se refere às práticas corporais integrativas e a suas relações com a saúde, realizamos duas revisões de literatura com este foco e encontramos uma revisão publicada por outros autores (CONTATORE et al, 2012). Abaixo apresentamos estas revisões e, ao final, um comentário geral sobre seus achados.

1.1. ESTUDO DE REVISÃO SOBRE CONTRIBUIÇÕES DAS PRÁTICAS CORPORAIS INTEGRATIVAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE³⁵

Para revisar as menções na literatura às práticas corporais integrativas (PCI) em sua relação com a promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS), optamos pelo *scoping review* (ARKSEY; O'MALLEY, 2005). Trata-se de uma estratégia de revisão de literatura adequada ao estudo de temas emergentes e/ou cuja identificação não se encontra consolidada na forma de descritores, como é o caso das PCI. Esta metodologia permite incorporar mais fontes à revisão do que a tradicional busca em bases de dados, pois não se restringe aos resultados decorrentes do uso de palavras-chave, mas outros recursos, como a leitura das referências dos textos prospectados, possibilitam a ampliação da materialidade empírica.

O caminho de pesquisa a ser trilhado neste tipo de metodologia requer a definição de uma pergunta inicial e, conforme Arksey; O'Malley (2005), a realização de cinco etapas até a estruturação de uma síntese dos achados. Para dar conta de tal premissa, este texto está organizado em cinco tópicos: 1) elaboração da pergunta de partida, 2) identificação de estudos relevantes, 3) seleção dos estudos, 4) organização dos dados e 5) escrita do relatório: sínteses.

1) *Formulação da pergunta de partida:*

No contexto de necessária mudança dos modos de atenção em saúde, preconizada pela Reforma Sanitária brasileira, e em meio a disputas sociais, econômicas, políticas e teóricas em torno do SUS, surgiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)

³⁵ Esta revisão foi apresentada no GTT Atividade Física e Saúde no XX Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e foi contemplada com o Prêmio de Literatura Científica do CBCE. Em virtude disso, foi encaminhada para publicação na forma de capítulo de livro (ANTUNES; P.C.; FRAGA, A.B. Estudo de revisão sobre contribuições das práticas corporais integrativas para a promoção da saúde-no prelo).

(BRASIL, 2006a). Tal documento regulamenta ações vinculadas a sistemas médicos complexos (LUZ, 2012) e recursos terapêuticos diferentes da biomedicina ocidental, nomeadamente a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, a Homeopatia, as Plantas Medicinais e Fitoterapia, o Termalismo Social/Crenoterapia e a Medicina Antroposófica.

Em 2014 a Organização Mundial da Saúde lançou o “WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023” (OMS, 2014), estimulando a ampliação mundial desta oferta. E em 2017, o Ministério da Saúde incluiu na PNPIC mais 14 práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2017).

As PCI compõem este vasto campo das Práticas Integrativas e Complementares e, em linhas gerais, podem ser entendidas como propostas de movimentação, toques/manipulações e posições específicas corporais que têm como características centrais o autoconhecimento, a introspecção e a sensibilização. Tais práticas podem estar associadas aos movimentos ocidentais de contracultura, como antiginástica, bioenergética, eutonia, etc.; a racionalidades médicas de bases orientais, como yoga, tai chi chuan, etc.; ou podem ser outras, como práticas de respiração e relaxamento, desde que guardem tais características (ANTUNES, 2017).

Tendo em vista as publicações da OMS e do Ministério da Saúde brasileiro, que parecem apostar no potencial terapêutico das práticas integrativas e complementares como recursos de cuidado em saúde distintos do modelo biomédico, perguntamos: quais contribuições das PCI para a promoção da saúde são mencionadas na produção científica que tematiza a Atenção Básica?

2) Identificação dos estudos relevantes:

Como ponto de partida, combinamos os termos “práticas integrativas” e “práticas corporais” e “promoção da saúde” na busca do Google Acadêmico em outubro de 2016. Pela leitura de título e resumo dos 369 resultados, identificamos os estudos pertinentes à pergunta, tendo como critérios de inclusão: a) textos que abordavam alguma(s) PCI; b) que indicavam contribuições das PCI para a saúde; c) em formatos reconhecidos academicamente.

Foram identificadas 35 publicações, das quais 23 foram estudos com realização de intervenções ou análise de experiências e 12 sem intervenção. Entre os primeiros, 15 estudos foram realizados com usuários na Atenção Básica, um na Saúde Mental, um na Alta Complexidade, dois com profissionais e quatro fora do SUS.

3) Seleção dos estudos:

Selecionamos os 15 textos que abordaram as PCI a partir de intervenções ou análises de experiências com usuários no SUS, no âmbito da Atenção Básica: três artigos, dois capítulos de livro, dois trabalhos de conclusão de residência, seis dissertações e duas teses.

Seguindo as orientações da metodologia *scoping review*, procedemos à leitura destes textos na íntegra, buscando nas suas referências, notas de rodapé, indicações de autoria ou no corpo dos textos, outros trabalhos que atendessem aos interesses desta revisão de literatura.

Neste processo, nenhuma nova referência foi localizada e, portanto, a seleção final de textos que compuseram a revisão foi 15. Podemos afirmar então que, do ponto de vista do processo, esta revisão se caracterizou como um *scoping review* e, do ponto de vista do produto, equivaleu a uma revisão sistemática, por não ter adicionado publicações acadêmicas para além dos resultados provenientes da busca por palavras-chave na base de dados.

4) Organização dos dados:

Apresentamos as publicações selecionadas no quadro abaixo:

Tipo ³⁶	Título	Autoria	Ano	Fonte
A1	Avaliação da saúde física em usuários praticantes de lian gong em 18 terapias em uma ESF do DF	Leão et al	2013	Rev. APS
A2	Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde	Moretti et al	2009	Saúde e Sociedade
A3	Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS	Telesi Júnior	2016	Estudos Avançados
C1	Unidade mente-corpo: A Análise Bioenergética como um caminho para o cuidado integral à saúde	Barreto et al	2011	Livro
C2	Uma contribuição da análise bioenergética para o cuidado com hipertensos	Cunha; Lima; Barreto	2014	Livro
R1	Práticas integrativas e complementares na AB: na direção da autonomia do usuário	Pereira	2016	UFSC Residência Saúde da Família
R2	Usuários de práticas corporais: qualidade de vida e motivos de procura pelas PICS	Cabral	2015	FIOCRUZ-PE Res. Saúde Coletiva
D1	Tai Chi Chuan na APS: avaliação de equilíbrio funcional e do medo de queda em idosos em uma US	Fagundes	2011	UFRGS – PPG Epidemiologia
D2	Influência da atividade física na autoestima de idosas participantes do programa de atividade física desenvolvido no Centro de Convivência do Idoso	Morais	2009	UCB - PPG Gerontologia
D3	Análise das Práticas Integrativas em saúde na Atenção Básica no Distrito Federal	Sampaio	2013	UNB - PPG Ciências da Saúde

³⁶ A nomenclatura no quadro corresponde a: A (Artigo); C (Capítulo de livro); R (Trabalho de conclusão de residência); D (Dissertação de mestrado); T (Tese de doutorado).

D4	As práticas corporais no serviço público de saúde: aproximação entre educação física e saúde coletiva	Marcondes	2007	USP - PPG Educação Física
D5	Práticas contemplativas: uma proposta de educação para o autocuidado de usuários com dores crônicas	Silva	2014	UFRGS - PPG Ensino na Saúde
D6	A efetividade do Qigong associado à cinesioterapia no alívio da dor lombar crônica em adultos	Silva	2016	UFTM - PPG Educação Física
T1	Do espírito na saúde: oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil	Toniol	2015	UFRGS - PPG Antropologia Social
T2	A auto formação maternal: cenários de uma educação vivencial humanescente	Nelson	2013	UFRN - PPG Educação

O quadro permite identificar predominância de trabalhos de pós-graduação no estudo da temática, desenvolvidos em instituições de diferentes estados do Brasil, numa diversidade de Programas. A produção acadêmica é recente, sendo os textos publicados após 2007.

Foram objeto de estudo algumas PCI de bases orientais (lian gong, qi gong, tai chi chuan, meditação, yoga e reiki); algumas de bases ocidentais (cadeias musculares/método GDS, práticas corporais transdisciplinares/vivências lúdicas integrativas e bioenergética); e outras que podem transitar entre diferentes referências (massagem e práticas contemplativas).

A1 avaliou aspectos físicos de praticantes de Lian Gong em 18 terapias em uma UBS no Distrito Federal. O texto dialogou com políticas públicas de saúde e apresentou o conceito de saúde formulado pela OMS, associando-o à qualidade de vida. O Lian Gong foi apresentado como uma prática que considera os indivíduos como ser holístico, sobretudo porque busca o equilíbrio do corpo humano por meio de técnicas que valorizam a influência da mente e das emoções no processo saúde-doença. A partir de avaliação sociodemográfica, questionário SF-36 antes e após seis meses de prática e grupo focal, os dados de 11 usuárias indicaram melhoras sobre dor e aspectos físicos, nas avaliações quantitativa e qualitativa.

A2 teve como objetivo refletir sobre políticas de promoção da saúde relacionadas às práticas corporais/atividades físicas, além de relatar um trabalho nessa área no município de São Paulo. O artigo dialogou com documentos relacionados às DANT's, PNPS, PNPIC e programas de atividade física e abordou diferentes conceitos de promoção da saúde. Fez uma discussão sobre práticas corporais/atividades físicas e as PCI (Lian Gong, Tai Chi Pai Lin, Meditação, Lien Ch'i, Xian Gong, Tai Ji Qi Gong, danças circulares, shantala, relaxamento) apareceram apenas no relato de experiência. Os autores afirmaram que um programa de práticas corporais/atividades físicas para a promoção da saúde deve se fundamentar em um processo educativo que vá além da transmissão de conhecimentos, aumento do nível de atividade física

e/ou aquisição de aptidão física. Deve problematizar e criar espaços de diálogo visando o enfrentamento coletivo das dificuldades, desenvolver a capacidade de negociação e fortalecer a identidade, solidariedade, empoderamento e entendimento da vida.

A3 apresentou uma reflexão sobre as práticas integrativas e complementares no SUS e relatou experiências na rede pública de saúde de São Paulo, com atividades de lian gong, tai chi chuan, meditação, entre outras. O autor associou a promoção da saúde com a necessidade de ampliar a integralidade da assistência de forma humanizada e acolhedora. Boa parte do texto se dedicou a discutir formas de explicar e intervir com relação à saúde a partir das racionalidades oriental e ocidental, apostando na comunicação entre ambas para renovar ações no SUS. Apresentou as práticas integrativas e complementares como possibilidades de diálogo interdisciplinar e intersetorial para afirmar uma identidade de cuidado oposta à forma desumanizada hegemônica.

C1 e C2 foram capítulos publicados em livros diferentes, cujo conteúdo abordou um projeto de bioenergética, através da metodologia de Grupos de Movimento, desenvolvido com pessoas com hipertensão arterial em uma UBS de Juazeiro-BA. O primeiro apresentou um relato desta experiência e o segundo um estudo de caso de 18 meses com uma participante do projeto. Ambos mencionaram uma compreensão holística do corpo e dos processos saúde-doença e os fundamentos da bioenergética nesta direção de interação homem-corpo-emoção-razão. O foco da promoção de saúde foi compreendido na vitalidade e autonomia dos sujeitos e os textos valorizaram as emoções no trato com a saúde, bem como os fatores socioeconômicos e ambientais, inclusive apontando relações destes com a pressão arterial.

O estudo de caso evidenciou estas inter-relações por meio do relato de acontecimentos da história de vida da participante, sugerindo que a fisiologia precisa ser analisada em relação aos eventos da vida, a partir de um olhar mais amplo para a experiência de sofrimento. Em C2, o resultado percebido foi um alargamento dos fatores etiológicos e das possibilidades terapêuticas e as práticas de bioenergética favoreceram o cuidado, beneficiando a participante com melhora na qualidade de vida, ao amenizar sintomas. Em C1 destacou-se a importância de uma cultura de respeito, liberdade expressiva, não julgamento e acolhimento das emoções e experiências. Os participantes relataram melhoras no controle dos níveis de pressão arterial, cefaleias/enxaquecas, dores musculoesqueléticas, miofaciais e neuropáticas, anorexia, diabetes, insônia, memória, nervosismo, raiva, ansiedade e tristeza, além de ampliação da consciência corporal. As autoras concluíram que o trabalho promoveu saúde, ampliando o escopo do cuidado da pressão arterial para o cuidado integral das pessoas, e que elas se apropriaram de seus corpos e dores, com maior aceitação e expressão de emoções e afetos.

R1 associou a promoção de saúde com a noção de autonomia. Discutiu este conceito a partir de diferentes referências e buscou investigar concepções de autonomia em saúde, significados de práticas integrativas e complementares e contribuições destas para a autonomia do usuário. Por meio de uma metodologia construtivista, entrevistou 12 usuários e 06 profissionais em atividades de yoga e acupuntura de uma UBS de Florianópolis-SC. Com relação as contribuições para saúde, os usuários de yoga relataram: menor agitação; melhora na qualidade do sono e evacuação; disposição física e bem-estar geral; atenção para autocuidados como hidratação e alimentação e sensação de pertencimento social. Verificou-se que as práticas estudadas induzem à autonomia, visto que: ampliam o leque de terapêuticas ofertadas, oferecendo possibilidades de escolha; aumentam o grau de co-responsabilização do indivíduo pela sua saúde; qualificam a relação profissional-usuário; transmitem conhecimentos sobre fatores que incidem no modo de vida e no autocuidado; incentivam a prática pessoal e independente; desencadeiam mudanças de hábitos; melhoram a condição físico-psíquica, aperfeiçoando a capacidade reflexiva. As entrevistas também mostraram que as práticas ajudaram a transformar o ambiente social da UBS.

R2 traçou um perfil dos usuários de práticas corporais, analisando sua qualidade de vida, os aspectos sociodemográficos e de saúde e os motivos que os levaram a procurar um serviço de prática integrativa e complementar. Os dados de 117 participantes de atividades de yoga, lian gong, automassagem, flexibilidade, saúde da coluna e tai chi chuan de uma UBS de Recife-PE foram coletados por meio dos prontuários e do questionário WHOQOL-Bref, e analisados estatisticamente. O texto associou a promoção da saúde a uma visão integrativa de saúde, a qual considera desde a alimentação até a dimensão emocional do sujeito, bem como as dimensões comunitárias e de relações políticas de cidadania. No texto foram mencionadas diversas contribuições das práticas para a saúde, embora não sejam dados da própria pesquisa: renovação do processo de cuidado conduzindo a uma harmonização da relação terapêutica, onde o sujeito é o elemento central do paradigma médico; uso de meios terapêuticos mais naturais, simples e baratos; afinidade com os princípios do SUS; aproximação das causas do problema de saúde e consideração dos determinantes sociais; vínculo; autonomia dos sujeitos, possibilidade da escolha terapêutica e desmedicalização.

D1 investigou as relações entre o tai chi chuan e o equilíbrio funcional e medo de queda de idosos que frequentam uma UBS de Porto Alegre-RS. Embora tenha mencionado políticas públicas do SUS pautadas no conceito ampliado de saúde, o texto focalizou as relações desta prática com as quedas e o equilíbrio, por um viés quantitativo. A dissertação foi apresentada no formato de dois artigos. Um avaliou a relação da prática de tai chi chuan no equilíbrio estático

e dinâmico de idosos e concluiu que houve melhora de cerca de dois pontos na escala de equilíbrio funcional de Berg, sendo que 100% dos praticantes ou melhoraram ou mantiveram os escores anteriores. O segundo artigo descreveu as condições necessárias para a prática do tai chi chuan e o programa de treinamento de forma detalhada.

D2 teve como propósito verificar a influência da atividade física na autoestima de participantes de um programa desenvolvido em um Centro de Convivência do Idoso de Brasília-DF. O texto mencionou o conceito de saúde da OMS, discutiu o envelhecimento ativo e a importância da atividade física para promoção da saúde, numa relação de causalidade direta. O yoga foi abordado junto à ginástica localizada, alongamento, caminhadas e forró. Foram coletados dados de identificação das idosas e a autoestima foi avaliada pela escala de Rosenberg e entrevista semiestruturada interpretada por análise de conteúdo. As categorias de análise indicaram: 1) Autoconceito: melhora de relacionamentos, bem estar com sentimentos de ânimo e alegria, percepção de ajudar e dar atenção a outros, autovalorização, controle do nervosismo, descoberta de si, amor consigo, autoconfiança e autocrítica; 2) Autoimagem: representação e figuração do corpo, críticas positivas e negativas do corpo e da aparência física, independência e vaidade. Concluiu-se que houve mudança na saúde e nos relacionamentos das idosas e relação positiva com a autoestima.

D3 analisou as práticas de homeopatia, MTC/acupuntura e MTC/automassagem em unidades do DF, com a finalidade de conhecer e compreender as intersecções destas práticas com as estratégias da Atenção Básica, através de 29 entrevistas. Foram mencionados potenciais das práticas na construção de um modelo de atenção à saúde fundamentado na promoção da saúde e humanização, incentivando maior participação e autonomia dos sujeitos no cuidado a saúde. A saúde foi entendida como um estado de equilíbrio biopsicossocial e foi abordada a integralidade, a necessidade dos sujeitos serem o centro da atenção e o paradigma vitalista. A categoria de análise sobre o papel das práticas integrativas evidenciou benefícios: aumento da qualidade de vida; da satisfação na relação profissional-usuário e na terapêutica; do empoderamento individual e coletivo; auto-observação e autoconhecimento; visão de integralidade na diagnose, com compreensão de unicidade nas queixas, e na terapêutica, baseadas no paradigma vitalista; uso racional de medicamentos; tecnologias simples e baratas.

D4 versou sobre a prática profissional do educador físico no âmbito da assistência à saúde, mediante implementação de uma intervenção de práticas corporais, permeada por ótica díspar de corpo (visão sociocultural) e saúde (saúde coletiva, integralidade, acolhimento e cuidado). Em um centro de saúde de São Paulo-SP foi realizada uma pesquisa-ação com práticas de consciência e sensibilização corporal, por meio do método das cadeias musculares

e articulares e as técnicas GDS (Godelieve Denys-Struyf, sua criadora), envolvendo danças e (auto)massagens. Buscou-se conhecer os sentidos atribuídos pelos usuários à intervenção e os reflexos da mesma para o serviço de saúde. O referencial metodológico anunciado foi a Pesquisa Social em Saúde e os dados foram coletados por observações, diário de campo e entrevistas, com análise temática de conteúdo. Sobre as contribuições para a saúde, destacou-se a efetividade da proposta, adesão dos usuários e melhorias nos desconfortos e dores corporais, mobilidade física, (auto)cuidado, estados emocionais, acolhimento, convivência, reconhecimento de sintomas e do corpo.

D5 investigou os benefícios da realização de práticas contemplativas em oito usuários com dor crônica em um centro de reabilitação de Porto Alegre-RS que participaram de 13 intervenções de 90 minutos. Foram aplicados o questionário biossociodemográfico, a Escala Visual Analógica de intensidade de dor, a Escala de Consciência e Plena Atenção e entrevista semi-estruturada. O texto apresentou as práticas contemplativas como possibilidades de lidar com a dor, distintas do modelo biomédico, conforme preconizam as políticas do SUS. Os resultados indicaram contribuições, principalmente no gerenciamento da dor crônica, onde os usuários foram capazes de estabelecer uma relação de aceitação e aprenderam estratégias para lidar com a dor, e na melhora da atenção plena no cotidiano, sendo estas práticas consideradas como ferramentas pedagógicas para promover o autocuidado com vistas à educação do Ser.

D6 avaliou a efetividade do Qi-gong em adultos com dor lombar crônica em um centro de reabilitação de Uberaba-MG, na forma de dois artigos. O primeiro realizou um ensaio clínico randomizado para avaliar a associação cinesioterapia e qi-gong na redução da dor, incapacidade, depressão e na atividade muscular. Dados obtidos pelo Índice de Owesstry, PHQ-9 e eletromiografia de superfície foram analisados estatisticamente. Terminaram a intervenção 26 pacientes, sendo 12 do grupo cinesioterapia qi-gong (GCQ) e 14 do grupo que praticou apenas cinesioterapia (GC), com duas sessões semanais de 60 minutos e prática no domicílio, também com uso de crioterapia. Constatou-se no GCQ e GC redução da dor, incapacidade e depressão, e só no GCQ aumento da atividade muscular, RMS, nos músculos glúteo máximo direito e multífido esquerdo. O segundo artigo explorou por grupo focal as opiniões de 14 usuários sobre efeitos do Qigong e da cinesioterapia. Alguns resultados mostraram que a cinesioterapia foi um tratamento efetivo que fortalece os músculos e deve ser usado também na forma preventiva; e que sua associação com o Qigong aliviou a dor, despertou a noção de autocuidado, prevenção e melhorou relações consigo, sociais e afetivas.

T1 estudou as políticas de saúde e analisou o processo de invenção das práticas integrativas e complementares e seus vínculos com espiritualidade e saúde, realizando uma

etnografia em unidades de atenção básica e alta complexidade do Rio Grande do Sul. No que se refere aos vínculos entre estas práticas, a espiritualidade e a saúde, o texto analisou documentos oficiais e o trato com o tema na clínica, e demonstrou como a espiritualidade tem mobilizado agentes e instituições, sugerindo que esta oferta no SUS tem se constituído como uma modalidade oficial de atenção à dimensão espiritual da saúde no Brasil. O texto não se dedicou a apresentar explicitamente conceitos de promoção da saúde, mas fez menção à integralidade e a espiritualidade apareceu como constituinte do ser humano, compondo uma quarta dimensão da saúde, junto a física, mental e social. Foram observadas no trabalho de campo, mais enfaticamente, acupuntura e reiki, mas também práticas de meditação e silêncio, respiração, mentalizações, orações, reprogramações, interiorizações, automassagem e tuiná. O texto mencionou essas ações na atenção básica como estratégias de cuidado comprometidas com as demandas dos sujeitos e que atraem para outras rotinas de tratamento, deixando-os mais independentes de consultas médicas. Embora a espiritualidade não conste na PNPIC, seu exercício na clínica foi observado a partir de apropriações distintas entre profissionais e entre usuários, mas associado à perspectiva holística do corpo, a não medicalização do tratamento e à saúde preventiva e atenção à pessoa, em detrimento da medicina focada na doença.

T2 teve como objetivo descrever e interpretar como o desenvolvimento de vivências integrativas de educação em saúde contribui para o processo de autoformação maternal. O texto mencionou as políticas do SUS e a dimensão das emoções foi destacada em sua relevância para a saúde, bem como o cuidado integral do binômio mãe e filho na gestação e na infância do bebê. Os referenciais teóricos assentaram-se na teoria vivencial humanescente, na teoria da complexidade, nas abordagens transdisciplinares, na teoria autopoiética e nos princípios do SUS. Realizou-se uma pesquisa ação existencial com práticas corporais transdisciplinares e vivências lúdicas integrativas com gestantes em uma UBS do município de Nísia Floresta-RN, e o acompanhamento seguiu até os bebês completarem um ano. Por meio de rodas de conversa, atividades com toques no corpo, massagens, relaxamentos, alongamentos, aromas, músicas, contato com a natureza, massa de modelar, fotografias, além de shantala e banhos de ofurô com os bebês, considerou-se que o trabalho contribuiu para a autoformação maternal porque permitiu um olhar sensível sobre as emoções e sentimentos, resultando na corporalização da sensibilidade, ludicidade, criatividade e reflexividade.

5) Sínteses dos achados:

Em síntese, por meio de diferentes metodologias e apropriações de conceitos e do conteúdo de políticas públicas, as publicações analisadas mostraram que o conjunto de contribuições das PCI para a promoção da saúde foi diversificado.

Algumas envolveram efeitos físicos e psíquicos. Melhoras de: condicionamento físico, principalmente alongamento e flexibilidade, e coordenação motora; controle dos níveis de pressão arterial; equilíbrio funcional; funcionamento de articulações, órgãos internos e atividade muscular; mobilidade física; qualidade do sono e evacuação; vitalidade fisiológica. Redução de: agitação, depressão, desconfortos corporais, dores e sintomas de doenças.

Foram apontadas melhoras nos relacionamentos consigo e interpessoais, do ponto de vista emocional, com sentimentos de ânimo, alegria, solidariedade, autoconfiança, autovalorização, independência, vaidade, amorosidade e autoestima, maior disposição e bem-estar; além de melhor trato com o nervosismo, ansiedade, raiva, tristeza e adversidades do adoecimento. A sensação de pertencimento social e trocas afetivas foram motivadoras para adesão/permanência nas atividades e em formas de tratamento não medicalizantes.

A ampliação da consciência corporal e sua influência nos modos dos usuários se relacionarem com os processos saúde-doença foi destacada. O maior conhecimento do corpo e dos sintomas, vistos em suas dimensões física, emocional, mental e até espiritual, possibilitou outras formas de lidar com os problemas e a incorporação de aprendizados no cotidiano. Foi possível um olhar mais sensível, lúdico, criativo e reflexivo para si e os outros. Ainda, foram mencionados o uso racional de medicamentos e menor dependência de consultas médicas.

As publicações analisadas foram unânimes em afirmar contribuições das PCI para a promoção da saúde, as quais se manifestaram no corpo, em aspectos físicos e/ou subjetivos, favorecendo o trato dos sujeitos com seus processos saúde-doença. Evidenciaram que tais afirmações se dão no plano individual e relacional das pessoas, não alcançando explicitamente o escopo da intervenção política, mesmo nos estudos que se apoiaram na PNPS (BRASIL, 2006b), cujo conteúdo advoga as determinações sociais da saúde.

Não obstante, embora as publicações localizem as contribuições das PCI no plano da saúde individual, vimos que, em sua maioria, superam a concepção comportamentalista de promoção da saúde, quando suas propostas estão comprometidas com o fortalecimento de uma capacidade mais autônoma dos indivíduos. Foi relevante nos dados o destaque às relações construídas dos sujeitos com seus corpos e a experiência de adoecimento, tanto por meio de alívios físicos e emocionais, quanto na ampliação do (auto)conhecimento, como possibilidades de produzir condições para que as pessoas pudessem compreender e atuar sobre aspectos relacionados aos seus processos saúde-doença.

Tesser (2009) já havia destacado o potencial pedagógico destas práticas, tanto no que chama de *empowerment* “psicológico” quanto no “comunitário”, algo que nos pareceu um ponto de convergência importante em boa parte dos textos analisados. Levando em conta que o empoderamento comunitário supõe alto teor de empoderamento psicológico, foi possível perceber nos materiais analisados a afirmação das PCI como um elemento de promoção da saúde, na medida em que o componente da subjetividade humana é central na experiência com este tipo de proposta. Contudo, observamos que as PCI podem avançar mais em direção à dimensão comunitária, encarando desafios de ações coletivas, políticas e culturais, crítica social e iniciativas de mudanças em determinantes sociais da saúde.

O conteúdo das publicações analisadas indica que as contribuições das PCI para a saúde parecem se colocar como alternativas prósperas frente a limites do modelo biomédico. Considerando que as estratégias primordiais de promoção da saúde consistem na combinação de ações voltadas tanto aos aspectos estruturais quanto individuais da saúde (BUSS, 2009), os dados sinalizam a reflexão de que as PCI preservem o potencial terapêutico revelado e procurem se aprofundar nas questões sociais, a fim de colaborar para que indivíduos e coletividades participem na construção de uma vida e uma sociedade mais saudável. Ademais, faz-se necessário que perspectivas reducionistas de corpo, saúde-doença e método científico, também presentes no material analisado, sejam superadas, por necessária coerência teórico-metodológica diante da ampliação demandada pelas práticas integrativas e complementares.

Referências:

- ANTUNES, P. *Práticas corporais integrativas e promoção da saúde: um estudo de experiências de usuários na Atenção Básica de Florianópolis-SC*. 2017. Projeto de tese (Doutorado em Ciências do Movimento Humano) – ESEFID, UFRGS, Porto Alegre.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework, *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, v.8, n.1, p.19-32, 2005.
- BARRETO, A. et al. Unidade mente-corpo: análise bioenergética como um caminho para o cuidado integral à saúde. In: BARRETO, A. (org). *Integralidade e saúde: epistemologia, políticas e práticas de cuidado*. Recife-PE: UFPE, 2011, p.129-150.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*, Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. *Política Nacional de Promoção da Saúde*, Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006b.
- _____. *Portaria n.849, de 17 de março de 2017*.

- BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CEZERESNIA, D.; FREITAS, C. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p.19-42.
- CABRAL, M. *Usuários de práticas corporais: qualidade de vida e motivos de procura pelas práticas integrativas e complementares*. 2015. Trabalho de conclusão (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – CPqAM, FIOCRUZ, Recife.
- CUNHA, M.; LIMA, C.; BARRETO, A. Uma contribuição da análise bioenergética para o cuidado com hipertensos. In: BARRETO, A. (org.) *Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação*. Recife: UFPE, 2014, p.275-294.
- FAGUNDES, R. *Tai chi chuan na Atenção Primária à saúde: avaliação de equilíbrio funcional e do medo de queda em idosos de uma unidade de saúde*. 2011. Dissertação (Mestrado Profissional em Epidemiologia) - FM, UFRGS, Porto Alegre.
- LEÃO, D. et al. Avaliação da saúde física em usuários praticantes de lian gong em 18 terapias em uma ESF do Distrito Federal-DF. *Rev. APS*, v.16, n.4, p.357-364, 2013.
- LUZ, M. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, M.; BARROS, N. (orgs). *Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012, p.15-24.
- MARCONDES, R. *As práticas corporais no serviço público de saúde: uma aproximação entre a educação física e a saúde coletiva*. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – EEFPE, USP, São Paulo.
- MORAIS, E. *Influência da atividade física na autoestima de idosas participantes do programa de atividade física orientada desenvolvido no Centro de Convivência do Idoso Nina Maria Cruz-DF*. 2009. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – UCB, Brasília.
- MORETTI, A. et al. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, v.18, n.2, p.346-354, 2009.
- NELSON, I. *A autoformação maternal: cenários de uma educação vivencial humanescente*. 2013. Tese (Doutorado em Educação) – CCSA, UFRN, Natal.
- OMS. *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*. Genebra: OMS, 2014.
- PEREIRA, L. *Práticas integrativas e complementares na atenção básica à saúde: na direção da autonomia do usuário*. 2016. Trabalho de conclusão (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) – UFSC, Florianópolis.
- SAMPAIO, T. *Análise das práticas integrativas em saúde na Atenção Básica no Distrito Federal*. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – UNB, Brasília.

SILVA, J. *Práticas contemplativas: uma proposta de educação para o autocuidado de usuários com dores crônicas*. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional de Ensino na Saúde) – FM, UFRGS, Porto Alegre.

SILVA, S. *A efetividade do Qigong associado à cinesioterapia no alívio da dor lombar crônica em adultos*. 2016. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – UFTM, Uberaba.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estudos Avançados*, v.30, n.86, p.99-112, 2016.

TESSER, C. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad. Saúde Pública*, n.25, v.8, p.1732-1742, 2009.

TONIOL, R. *Do espírito na saúde: oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil*. 2015. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – IFCH, UFRGS, Porto Alegre.

1.2. REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE PRÁTICAS CORPORAIS NA PERSPECTIVA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE³⁷

INTRODUÇÃO

Em 2006, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), a qual circunscreve que o campo das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) “contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que envolvem abordagens que procuram estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras” (BRASIL, 2006a, p.01). Portaria recentemente publicada (BRASIL, 2017a) aumentou os procedimentos relacionados à oferta de PIC no SUS, reconhecendo seu potencial terapêutico como ferramenta de cuidado que possibilita ampliar a abordagem clínica e as opções disponibilizadas aos usuários no trato com seus processos saúde-doença.

O texto da PNPIC adota a expressão “sistemas médicos complexos” em referência à categoria Racionalidades Médicas (RM), sobre a qual estudos de Luz e Barros (2012),

³⁷ Esta revisão foi publicada no formato de artigo (ANTUNES, P.C. et al. Revisão sistemática sobre práticas corporais na perspectiva das práticas integrativas e complementares em saúde. *Motrivivência*. Florianópolis-SC, v. 30, n. 55, p. 227-247, 2018.

Nascimento, Nogueira e Luz (2012) e Nascimento *et al.* (2013) destacam relevante contribuição em diferentes frentes e superação de equívocos vinculados às PIC. De acordo com Luz (1995), uma RM deve apresentar seis características: morfologia humana; dinâmica vital humana; doutrina médica; sistema de diagnose; sistema terapêutico e cosmologia. Por meio deste referencial, estudos permitiram diferenciar sistemas médicos e outras práticas terapêuticas e reconhecer as medicinas tradicional chinesa, ayurvedica e homeopática, assim como a medicina ocidental contemporânea. Dado importante, pois contribuiu para o entendimento de que diferentes sistemas médicos complexos coexistem no mundo e, portanto, o modelo biomédico não é o único portador de racionalidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem incentivado ações relacionadas às PIC desde a década de 1970. Em 2002 estabeleceu um departamento especial para tratar deste tema, pelo qual foram publicados documentos que evidenciam o interesse na ampliação mundial desta oferta (OMS, 2002; 2003; 2009). Recentemente, o *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023* (OMS, 2014) indicou metas para a expansão na Atenção Primária e apresentou dados de uso, características, investimento, pesquisas e institucionalização destas práticas em diversos países.

No Brasil, a inserção das PIC nos serviços de saúde se coaduna com o movimento da Reforma Sanitária e uma série de questionamentos feitos ao modelo biomédico, sobretudo no que diz respeito a sua baixa integralidade, expressa nos limites diagnósticos e terapêuticos e nas iatrogenias, além das relações entre profissional e usuário cada vez mais impessoais (TESSER, 2009). Embora reconheçam as dificuldades de se precisar o termo integralidade, Tesser e Luz (2008) argumentam que esta constitui um grave problema para a biomedicina, enquanto outras RM apresentam elementos que favorecem a atenção integral, sobretudo porque se fundamentam no paradigma vitalista.

O vitalismo e o holismo constituem pilares fundamentais das RM que orientam as práticas em saúde a considerar que o objeto da intervenção é o sujeito humano visto em sua totalidade complexa e pluridimensional, incluindo-se as dimensões orgânica, emocional, mental e espiritual e as relações que integram ser humano e natureza, numa perspectiva de micro e macrouniversos; a recuperação da saúde é o restabelecimento da vitalidade e do equilíbrio; a relação profissional-usuário é estratégica e deve ser profunda, envolvendo confiança crescente (LUZ; WENCESLAU, 2012). Assim, Luz (2003) argumenta em favor de um novo paradigma de saúde, fundado no par vitalidade-energia, em oposição ao paradigma biomecânico (normalidade-patologia), que recoloca o sujeito como centro da atenção, como forma de superar o ideal da doença localizada e do corpo fragmentado.

Os recursos terapêuticos que compõem o campo das PIC são diversificados. Dentre eles encontram-se as práticas corporais, que têm na movimentação corporal em sua relação com a cultura um elemento fundamental, já que não se restringem à dimensão biofisiológica e ao pragmatismo posto na relação de causalidade direta com a saúde (LAZZAROTTI FILHO *et al.*, 2010, SILVA; LAZZAROTTI FILHO; ANTUNES, 2015). As práticas corporais sob a ótica integrativa são aquelas que não visam gastar/queimar e sim potencializar energia, convidam as pessoas a centrar atenção nos sentimentos despertados e nas reações do corpo, com características de introspecção e atenção no tempo presente a partir do movimento (MELO; SCHNEIDER; ANTUNES, 2006).

São propostas de experimentações, toques/manipulações e posições específicas corporais, cujos objetivos estão compreendidos na condução do indivíduo ao contato consigo mesmo, seu corpo e a natureza e, para tanto, propõem movimentos suaves e precisos, equilíbrio do tônus muscular e fluidez de energia, através de uma prática harmoniosa, criativa, crítica, pedagógica, artística e terapêutica, contrariando, assim, o adestramento esportivo e ginástico forçado do corpo e a exagerada hipertrofia muscular (IMPOLCETTO *et al.*, 2013). Tais práticas podem estar associadas a racionalidades médicas de bases orientais, como *yoga*, *tai chi chuan*, *qi gong*, etc; ou contemplar exemplos provenientes dos movimentos ocidentais de contracultura, como antiginástica, eutonia, bioenergética, etc; ou outras formulações como dançaterapia, práticas de respiração e relaxamento, etc, que guardem tais características.

Segundo o diagnóstico situacional feito pelo Ministério da Saúde para formulação da PNPIC, a PIC identificada com maior frequência nos municípios e estados brasileiros foi a das práticas corporais, com 62,9% das ocorrências, sob a denominação de “práticas complementares”. A Atenção Básica foi o locus privilegiado de inserção, e as práticas mencionadas foram: *lian gong*, *reiki*, *tai chi chuan*, automassagem, *do in*, *shiatsu*, *yoga*, *shantala*, *tui ná* e *lien chi* (BRASIL, 2006a).

Fatores como a publicação da PNPIC, a ampliação do uso das PIC e seus processos de institucionalização no SUS, motivaram o aumento de pesquisas sobre este tema por diferentes campos de conhecimento, conforme constataram as análises feitas por Spadacio *et al.* (2010) e por Nascimento, Nogueira e Luz (2012), o que tem justificado a realização de estudos de revisão. Contudo, dados sobre práticas corporais têm sido pouco revisados. Contatore *et al.* (2015) revisaram a literatura internacional sobre PIC com alguns termos, entre eles: "Prática(s) Corporal(s)" e "Atenção Primária à Saúde"; "Practica(s) Corporal(es)" y "Atencion Primaria de Salud"; "Body Practices" and "Primary Health Care". Seus resultados reiteraram a pouca produção acadêmica a esse respeito e a necessidade de se buscar outras formas de acessar a

literatura científica para o estudo deste tema, que não o uso exclusivo da própria palavra-chave “práticas corporais”.

As recomendações da OMS, a implementação da PNPIC e a presença significativa das práticas corporais nas unidades públicas de saúde brasileiras, parecem indicar que estas práticas apresentam potencialidades para a saúde, algo que demanda a realização de investigações que contribuam para os processos de sistematização de evidências, legitimação e inserção qualitativa das PIC nos serviços de saúde, bem como para o debate acadêmico acerca das pesquisas neste campo. Assim, nesta revisão indagamos: o que diz a literatura científica especializada em PIC sobre o potencial terapêutico das práticas corporais?

Neste artigo analisamos o conteúdo de artigos sobre práticas corporais na perspectiva das PIC, visando compreender o potencial terapêutico destas práticas mencionado na produção acadêmica. Por entendermos que as PIC constituem uma frente de saberes e práticas comprometidas com o enfrentamento de limites da racionalidade da biomedicina ocidental, procuramos estratégias metodológicas para nos aproximar da literatura científica que busca associar práticas corporais a uma perspectiva não biomédica, procedimento que está detalhado no tópico seguinte. Adiante, apresentamos um panorama geral da produção acadêmica analisada, de modo a dar a ver quais práticas corporais têm sido abordadas nas pesquisas; quais são seus autores, datas e revistas de publicação; quais temas, objetivos, metodologias e resultados aparecem nas investigações. Por último, passamos à discussão dos elementos que se destacam sobre o potencial terapêutico destas práticas corporais.

METODOLOGIA

Para mapear os artigos da revisão, adotamos um conjunto amplo de termos que, conceitualmente, contrastam com o modelo biomédico. A intenção de buscar analisar práticas terapêuticas comprometidas com o conceito ampliado de saúde nos levou a estabelecer palavras-chave mais voltadas para os princípios das PIC e mais afastadas da racionalidade biomédica, tendo em vista que algumas práticas corporais vêm sendo estudadas majoritariamente por este último referencial. O trabalho de Cunha (2016), por exemplo, revisou a literatura utilizando o termo “yoga” e identificou que a dimensão biofisiológica ainda é privilegiada e hegemônica nos estudos sobre yoga no Brasil.

Realizamos uma revisão sistemática por meio de busca de 13 palavras-chave no Portal de Periódicos da CAPES, entre os meses de maio e julho de 2015, com filtro da língua portuguesa: "práticas corporais integrativas"; "práticas corporais alternativas"; "terapias

complementares" (sinônimos: medicina alternativa, medicina complementar, terapias alternativas, magnetismo vegetal, massoterapia, práticas de saúde integrativas e complementares, medicina complementar e integrativa, práticas integrativas e complementares, práticas de saúde complementares e integrativas, medicina integrativa e complementar, práticas complementares e integrativas); "terapias mente-corpo" (sinônimo: terapias integrais); "terapias espirituais" (sinônimo: cura espiritual); "medicina tradicional" (sinônimos: etnomedicina, medicina popular, medicina indígena, medicina primitiva, remédios populares, remédios caseiros); "holistic*" (que envolve o descritor "saúde holística", o qual tem como sinônimos: medicina holística, terapias holísticas, saúde integral); "medicina integrativa"; "práticas integrativas"; "práticas alternativas"; "práticas introspectivas"; "práticas suaves" e "práticas introjetivas". Neste conjunto, algumas palavras-chave e seus respectivos sinônimos foram selecionadas em conformidade com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), enquanto outras foram incluídas porque compõem as discussões nos campos da Educação Física e da Saúde Coletiva, mesmo que ainda não cadastradas como um descritor.

A escolha das palavras-chave levou em consideração a diversidade de terminologias que circunscreve os debates sobre PIC no campo da Saúde Coletiva (complementar, alternativo, integrativo, holístico e tradicional), as quais apresentamos abaixo. Além disso, buscamos pelos termos "introspectivas", "suaves" e "introjetivas", pois são expressões que circulam no campo da Educação Física, assim como práticas alternativas, ao dizer respeito à intencionalidade de tais práticas, conforme podemos observar nas referências de Mathiesen (2015) e Impolcetto et al (2013) e em documentos como o Referencial Curricular do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2009) e a Base Nacional Comum Curricular (BRASIL, 2017b, p.175), formulada a partir de acúmulos de discussão na área, a qual afirma: "Essas práticas podem ser denominadas de diferentes formas, como: alternativas, introjetivas, introspectivas, suaves. Alguns exemplos são a biodança, a bioenergética, a eutonia, a antiginástica, o Método Feldenkrais, a ioga, o tai chi chuan, a ginástica chinesa, entre outros".

No campo da saúde, Otani e Barros (2011) apontam que a denominação "medicina complementar" surgiu nos anos 1980, nos Estados Unidos e Reino Unido, na tentativa de harmonizar parte dos conflitos que o acelerado crescimento destas práticas trouxe para esse campo, e significa "complemento", "que sucede ao elementar". Já o modelo alternativo da medicina é compreendido como o polo oposto do modelo biomédico, pois enquanto a biomedicina investe para desenvolver a dimensão diagnóstica, aprofundando a explicação biológica com dados quantitativos, a medicina alternativa vira-se para a dimensão da terapêutica, procurando nas teorias do estilo de vida e ambiental as respostas para determinados

problemas. A expressão “medicina integrativa” surgiu no final da década de 1990 e, segundo estudo de revisão desses autores, em alguns artigos sua definição representa a integração da medicina convencional com a não convencional; em outros, tal conceito representa uma mudança de paradigma, exigindo transformações em relação ao conceito de saúde, às formas de intervenção no processo saúde-doença e ao modelo de atenção à saúde.

Além dessas expressões, existem referências às “práticas holísticas”. Para Teixeira (1996), o paradigma holístico emerge da crise da ciência e do modelo cartesiano-newtoniano. Embasa-se na Física do século XX, constituindo uma nova cosmovisão, a qual, quando relacionada com o campo da saúde, vai propor a união de Física e mística, de saberes oficiais e populares, a partir de um conceito de saúde enquanto equilíbrio dinâmico do ser humano nas suas relações individuais e com o universo. Tal abordagem prevê a superação da fragmentação corpo-mente e admite também a dimensão da espiritualidade.

A OMS tem utilizado o termo Medicina Tradicional para se referir às práticas médicas originárias de outros países ou etnias (como a medicina tradicional chinesa, indígena, ayurveda, etc.) e nos países onde as ações do sistema de saúde se baseiam na biomedicina, elas são classificadas como Medicinas Tradicionais/Alternativas e Complementares. Esse termo traz em seu significado um conjunto diversificado de ações terapêuticas que incluem práticas manuais e espirituais com elementos da natureza e atividades corporais, sem uso de medicamentos quimicamente purificados (SOUSA *et al.*, 2012).

Vemos, portanto, que o conjunto de palavras-chave escolhido para nortear a revisão denota perspectivas que, em tese, diferenciam-se do modelo biomédico. Tendo em vista que nosso interesse de pesquisa também está em identificar quais práticas corporais vêm sendo associadas a estes outros modos de olhar para o corpo e os processos saúde-doença, optamos por circunscrever o escopo, sem definir, a priori, o nome das práticas corporais que deveriam ser investigadas. Tal definição, inclusive, seria de difícil operacionalização, uma vez que, embora o diagnóstico situacional anterior à publicação da PNPIC tenha nomeado algumas práticas, os documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a; 2006b; 2006c) são pouco esclarecedores quanto ao que vem sendo considerado como PIC no âmbito do SUS, crítica que também foi realizada por Sousa et al (2012), ao observarem os registros dos procedimentos realizados nas unidades públicas de saúde brasileiras. Além disso, é pertinente considerar que a lista de práticas corporais sob a ótica integrativa pode ser muitíssimo vasta e que certas práticas podem estar sendo estudadas no âmbito acadêmico, mesmo que não tenham sido ainda previstas no diagnóstico situacional ou nos documentos oficiais. Não cabe neste artigo nos debruçarmos sobre esta discussão, mas, para cumprir com o objetivo desta revisão, adiantamos

que, para enfrentá-la, assumimos um conceito de práticas corporais sob a ótica integrativa, conforme apresentado na introdução, e este foi o parâmetro adotado para seleção dos artigos que vieram a constituir o corpo empírico.

Os textos encontrados a partir da busca no Portal de Periódicos da CAPES foram sistematizados em planilhas Excel contendo: título; autoria; nome, área e qualis da revista; ano de publicação; tema, objetivo, metodologia e principais resultados da pesquisa; PIC abordada; resumo e palavras-chave; e link para o texto. Assim, foi possível traçar um panorama geral da produção acadêmica e identificar quais artigos se referiram, especificamente, a práticas corporais, os quais analisamos por meio da técnica de análise de conteúdo, em três etapas, segundo referencial de Minayo (2011).

Na etapa de pré-análise, selecionamos o material empírico, tendo como critério de inclusão o estudo de alguma prática corporal. Vimos que a busca pelas palavras-chave no banco de dados ensejou resultados sobre PIC variadas. A fim de contemplar o objeto desta revisão, selecionamos então os artigos que abordaram propostas de movimentações, toques/manipulações ou posições específicas corporais com características de introspecção, autoconhecimento e sensibilização, conforme o conceito esboçado na introdução.

Na etapa de exploração do material, realizamos uma operação classificatória, buscando identificar, nos referenciais teóricos e resultados dos artigos, elementos referentes ao potencial terapêutico das práticas corporais sob a ótica integrativa. Como o corpus empírico resultou pequeno, a frequência dos resultados foi representada pelo próprio nome dos autores dos artigos analisados. Deste processo, emergiram três categorias de análise: duas que sistematizaram o potencial terapêutico das práticas corporais, evidenciando efeitos físicos e subjetivos para a saúde humana, além de relações com as dimensões de espiritualidade e energia; e uma voltada ao método de aplicação e estudo das PIC, considerando que chamou atenção as distintas formas com que as pesquisas foram realizadas para afirmar o potencial terapêutico das práticas estudadas.

Na etapa de tratamento dos dados, procedemos à escrita do relatório de pesquisa, cujos resultados foram organizados em dois momentos, os quais seguem nos tópicos abaixo. O primeiro apresenta um panorama geral da produção acadêmica analisada, descrevendo características gerais dos artigos. O segundo trata dos elementos relacionados nos artigos sobre o potencial terapêutico das práticas corporais na perspectiva das PIC, respondendo mais precisamente ao objetivo desta revisão, por meio da exposição das categorias de análise.

PANORAMA GERAL DA PRODUÇÃO ACADÊMICA ANALISADA

O número de artigos encontrado ao final da busca no Portal de Periódicos da CAPES totalizou 228 e a distribuição de resultados por palavra-chave aparece na tabela 1:

Tabela 1: Número de artigos recuperados por palavra-chave.

	PALAVRA-CHAVE	NÚMERO DE ARTIGOS
1.	Holistic*	132
2.	Terapias complementares	44
3.	Medicina tradicional	25
4.	Práticas integrativas	09
5.	Práticas alternativas	09
6.	Medicina integrativa	07
7.	Terapias mente-corpo	01
8.	Terapias espirituais	01
9.	Práticas corporais integrativas	00
10.	Práticas corporais alternativas	00
11.	Práticas introspectivas	00
12.	Práticas suaves	00
13.	Práticas introjetivas	00
	Total	228

Fonte: dados compilados pelos autores.

Neste total, identificamos um conjunto de textos que não se referia especificamente a uma PIC, nos quais as temáticas mais frequentes estavam relacionadas a revisões de literatura; ensino/formação profissional; conhecimentos/representações/percepções de usuários, profissionais, gestores, alunos, professores; usos das práticas para determinados fins.

Já nos artigos que se referiram a uma PIC específica, identificamos 57 ocorrências:

Tabela 2: Número de artigos sobre cada PIC.

	PRÁTICA	NÚMERO DE ARTIGOS
	Acupuntura	12
	Fitoterapia e plantas medicinais	11
	Musicoterapia	06
	Homeopatia	05
	Auriculoterapia	03
	Aromaterapia	03
	Florais	03
	<i>Reiki</i> ou toque terapêutico	02
	Iridologia	02
	<i>Yoga</i>	01
	Cromoterapia	01
	Hidroterapia	01
	Geoterapia	01
	<i>Mindfulness</i>	01
	Massagem	01
	Terapia com animais	01
	RIME	01
	Técnicas corporais	01
	Calatonia	01
	Total:	57

Fonte: dados compilados pelos autores.

Na tabela acima é possível observar uma ampla diversidade de atividades terapêuticas e, dentre elas, poucas que pudemos considerar como práticas corporais, de acordo com o conceito assumido nesta revisão. Identificamos oito artigos que abordaram alguma prática corporal, os quais foram analisados. Classificamos estes textos em dois grupos: no primeiro incluímos quatro artigos, referentes à *yoga*, técnicas corporais (respiração, relaxamento e massagens), RIME (relaxamento, imagens mentais e espiritualidade) e *mindfulness*, cujas práticas requerem dos sujeitos a iniciativa de ação sobre seu próprio corpo. O segundo grupo, também com quatro artigos, englobou as práticas que dependem primariamente de uma relação com o outro, o profissional, como no caso da massagem, calatonia, *reiki* e toque terapêutico.

O quadro abaixo apresenta os artigos analisados:

Quadro 1: Dados de identificação dos artigos analisados.

	TÍTULO	AUTORIA	ANO	REVISTA	OBJETIVO DO ARTIGO
1	Yoga e promoção da saúde	Barros et al	2014	Ciência & Saúde Coletiva	Analisar os sintomas e o estado de bem-estar autodeclarados pelos participantes do programa “Yoga e Promoção da Saúde”.
2	Técnicas corporais em Grupo de Gestantes: a experiência dos participantes	Hoga; Reberte	2006	Revista Brasileira de Enfermagem	Avaliar o emprego de técnicas corporais (respiração, relaxamento e massagens) em um grupo de gestantes.
3	Análise da natureza da dor espiritual apresentada por pacientes terminais e o processo de sua re-significação através da intervenção RIME	Elias; Giglio; Pimenta	2008	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Estudar a natureza da Dor Espiritual e sua re-significação durante a aplicação da Intervenção RIME (Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade).
4	A percepção de comportamentos relacionados à atenção plena e a versão brasileira do Freiburg Mindfulness Inventory	Hirayama et al	2014	Ciência & Saúde Coletiva	Apresentar <i>mindfulness</i> e o processo de adaptação cultural do <i>Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)</i> realizado para a língua portuguesa no Brasil.
5	Aplicação da massagem para lombalgia ocupacional em funcionários de Enfermagem	Borges et al	2012	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Verificar a eficácia do uso da massagem para diminuir a lombalgia ocupacional e sua influência no desempenho das atividades laborais e de vida em uma equipe de enfermagem.
6	Paciente cirúrgico ambulatorial: calatonia e ansiedade	Nosow; Peniche	2007	Acta Paulista de Enfermagem	Averiguar a eficácia do relaxamento promovido pela técnica de calatonia nos níveis de ansiedade de pacientes no período pré-operatório.
7	Reiki: religião ou prática terapêutica?	Teixeira	2009		Analisar a imposição de mãos através da técnica terapêutica

				Horizonte	conhecida como reiki, problematizando sua compreensão e prática entre o viés terapêutico e o religioso na perspectiva de seus praticantes.
8	Ensinando o toque terapêutico: relato de uma experiência	Silva; Belasco Júnior	1996	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Relatar a experiência de um curso sobre toque terapêutico desenvolvido em 12 aulas com 30 estudantes e profissionais de saúde.

Fonte: dados compilados pelos autores.

Nos artigos do primeiro grupo, três objetivaram avaliar propostas de intervenção com as práticas estudadas. Foram pesquisas realizadas com sujeitos: gestantes em sessões de técnicas corporais (HOGA; HEBERTE, 2006); pessoas em estado terminal de câncer que vivenciaram o RIME (ELIAS; GIGLIO; PIMENTA, 2008); e estudantes, professores e funcionários universitários que frequentaram aulas de yoga (BARROS *et al.*, 2014). As coletas de dados utilizaram aplicação de instrumentos antes e após a realização do programa de intervenção e as análises envolveram técnicas quantitativas e qualitativas. Um artigo apresentou o processo de adaptação cultural do instrumento *Freiburg Mindfulness Inventory* para a língua portuguesa (HIRAYAMA *et al.*, 2014).

Sobre os quatro artigos do segundo grupo, dois deles se dedicaram a avaliar os efeitos das práticas de massagem: um com equipe de enfermagem com lombalgia (BORGES *et al.*, 2012); e outro através da técnica de calatonia em pacientes em situação pré-operatória (NOSOW; PENICHE, 2007). Ambos apresentaram análise estatística dos dados coletados por questionário/escala, sendo que o último também realizou mensuração de frequência de pulso, pressão arterial, frequência respiratória e temperatura corporal. Com relação aos artigos sobre toque terapêutico ou *reiki*, um deles relatou a experiência de um curso de formação para estudantes e profissionais da área da saúde (SILVA; BELASCO JÚNIOR, 1996); e o outro foi um ensaio discutindo relações entre *reiki*, terapêutica e religiosidade (TEIXEIRA, 2009).

Quanto às metodologias adotadas nos estudos de intervenção, dois artigos apresentaram abordagem científica quantitativa e análise estatística dos dados, dois apostaram na abordagem qualitativa e um trouxe a abordagem mista; um consistiu em validação de questionário; um em relato de experiência; e um em ensaio teórico. Identificamos diversas formas de coleta de dados, sendo frequente o uso de instrumentos preexistentes e já sistematizados, como a Escala Visual Analógica, a escala de estado da ansiedade que faz parte do Inventário de Ansiedade Traço-Estado, a escala numérica da dor, a escala de avaliação do risco na movimentação e transferência, o questionário traduzido de avaliação funcional de *Oswestry* e o *Measure*

Yourself Medical Outcome Profile; um estudo realizou mensuração de parâmetros vitais; dois utilizaram instrumentos criados pela própria pesquisa, como fichas de inscrição e avaliação do curso e gravação das intervenções, entrevistas e diário da gestante.

Os resultados dos estudos coincidiram em apontar efeitos positivos sobre aspectos físicos e subjetivos dos sujeitos que vivenciaram as práticas. Como elementos relacionados ao potencial terapêutico das práticas corporais, foi recorrente o olhar ampliado sobre o corpo e os processos saúde-doença e contribuições associadas a noções de cuidado e promoção da saúde, aspectos que serão discutidos no tópico seguinte.

Ao observar a formação acadêmica do primeiro autor de cada artigo e o departamento no qual está vinculado, identificamos diferentes graduações: Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Ciências Sociais e Letras. O Departamento de Enfermagem foi referenciado em três artigos; os outros foram o de Saúde Coletiva e o de Ciências Médicas. Dois artigos tiveram acadêmicos de Enfermagem como primeiros autores. Os demais autores dos artigos apresentaram formações distintas, compondo equipes multidisciplinares de autoria.

Cinco artigos foram publicados em periódicos da Enfermagem: três na Revista Latino-americana de Enfermagem, um na Revista Brasileira de Enfermagem e um na Acta Paulista de Enfermagem; dois artigos na Ciência & Saúde Coletiva, e um na Horizontes. Destacamos que esses periódicos, em suas áreas de origem (autodeclaradas), possuem qualis nos extratos superiores, sendo duas revistas A1, duas A2 e uma B1, podendo sinalizar que o tema das PIC tem relevância e desperta interesse na comunidade acadêmica.

Além disso, observamos que foram os profissionais da área de Enfermagem os que mais conduziram as intervenções nos estudos analisados. Três artigos trouxeram enfermeiros na condução das práticas corporais; um apresentou uma equipe multiprofissional composta por enfermeiro, médico, psicólogos e terapeuta alternativa voluntária; um mencionou membros de grupo de estudo em *yoga*; e um não informou.

Os artigos recuperados foram, em sua maioria, com o uso da palavra-chave “terapias complementares”: quatro textos (RIME, técnicas corporais, calatonia e massagem), o que parece indicar o uso destas práticas dentro da lógica de complemento à medicina convencional. O outro termo mais citado foi “holistic*”, com dois textos (*reiki* e toque terapêutico); seguido de “medicina integrativa” com um texto sobre *yoga*, e “terapia corpo-mente” com um sobre *mindfulness*.

**SOBRE O POTENCIAL TERAPÊUTICO DAS PRÁTICAS CORPORAIS
RELACIONADAS ÀS PIC**

Abaixo apresentamos as três categorias de análise, revelando elementos sobre o potencial terapêutico das práticas corporais mencionados nos artigos, os quais estiveram intimamente relacionados às concepções de corpo e dos processos saúde-doença e ao método de aplicação e estudo das PIC expressos no material analisado.

1) Efeitos físicos e subjetivos das práticas corporais

A maioria dos artigos enfatizou a necessidade de uma abordagem holística do ser humano, compreendendo o processo saúde-doença como resultante da interação entre corpo, mente e meio ambiente. Quando analisadas as relações entre as práticas corporais e os processos saúde-doença, observamos que todos os textos exibiram uma expectativa de ação física e emocional sobre o corpo dos sujeitos.

O relaxamento, alívio de dores, desconfortos e tensões e o aumento do bem-estar foram os efeitos mais recorrentes, seguidos da diminuição da ansiedade e do estresse e melhora do sono, além de impactos sobre sintomas de doenças. Outro aspecto bastante enfatizado foi o fato de as práticas corporais possibilitarem processos de autorreflexão e autocuidado, capazes de serem incorporados ao cotidiano das pessoas, com maior compreensão e/ou ações em suas vidas sobre aspectos objetivos, subjetivos e/ou relacionais.

Estes dados permitiram entrever o potencial das práticas corporais de contribuir para que as pessoas ressignifiquem sua relação com os processos saúde-doença por meio de mudanças na sua percepção subjetiva, conforme os destaques dos artigos analisados apresentados abaixo, algo considerado benéfico para a vida, principalmente porque atua na direção da redução do sofrimento. Nesse sentido, os artigos que se propuseram a analisar os efeitos da terapêutica proposta, salientaram não apenas os efeitos imediatos sobre a dimensão biológica dos sujeitos, mas também seus efeitos psicológicos, objetivando que se sintam melhor e mais capazes de lidar com as adversidades relacionadas ao processo saúde-doença, evidenciando um modo ampliado de conceber o corpo.

Com relação ao *mindfulness*, sinônimo de “atenção plena”, Hirayama *et al.* (2014) indicaram a realização deste por meio da prática sistemática de meditação, a qual pode contribuir para novos entendimentos de conceitos de si, do outro, do mundo, da sociedade e da natureza da experiência para os sujeitos; ou para revisar e transformar a perspectiva em que são vivenciados estes conteúdos e os significados produzidos em relação a uma crença ou sentimento.

No caso das intervenções com RIME, Elias, Giglio e Pimenta (2008) destacaram o contato com a realidade subjetiva interna e as mudanças de atitudes e ideias frente ao

sofrimento, a aceitação da doença e da morte e a ressignificação da dor espiritual expressa principalmente no medo da morte e do pós-morte, além do resgate de histórias positivas de vida e da finalização de tarefas inacabadas de ordem intrapsíquica ou da esfera das relações interpessoais, provocando a redução do sofrimento e maior qualidade de morte dos pacientes em estado terminal de câncer.

Sobre o toque terapêutico, Silva e Belasco Júnior (1996) assinalaram o auxílio no desenvolvimento de uma reflexão interior, aumento da atenção, respeito, autoconhecimento e visão holística da saúde-doença. Ressaltaram que essa prática não tem a pretensão de resolver os problemas emocionais de cada sujeito, mas de ajudá-los a se acalmar e a sentir a sensação de totalidade, paz e quietude necessárias à compreensão e ação sobre suas questões pessoais.

Sobre as técnicas corporais desenvolvidas com gestantes, Hoga e Reberte (2006) destacaram a importância da formação de grupos de promoção e educação em saúde relacionados à humanização do cuidado, como formas de atender às demandas das mulheres e suas famílias, na direção da integralidade. As autoras sinalizaram que o emprego das técnicas corporais promoveu a diminuição das sensações dolorosas, cansaço e estresse provocados pelas mudanças físicas e psicológicas da gravidez e enfatizou a sensibilidade e conhecimento do corpo, favorecendo o autocuidado em razão da consciência corporal mais aprofundada e da constatação da efetividade das práticas para alívio dos desconfortos. Os resultados do estudo também mostraram uma valorização do ensino-aprendizado sobre questões relativas ao corpo e à gravidez, formas de uso e aplicabilidade das técnicas (embora com dificuldades de realização no cotidiano), envolvimento e participação dos parceiros no processo gravídico.

O estudo de Barros *et al.* (2014) mencionou contribuições físicas, filosóficas e sociais da prática de *yoga* e seus resultados apontaram que tais benefícios interferem de forma heterogênea na saúde humana. O texto destacou relações possíveis entre a filosofia desta prática e a promoção de saúde, uma vez que contribui para os processos de autoconhecimento e autorreflexão sobre o cotidiano, estilo de vida e relações sociais, além do desenvolvimento de uma cultura da paz. Para estes autores, a promoção da saúde envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde, no que diz respeito à criação de vínculos solidários, fomento da autonomia e protagonismo no processo de produção do bem-estar. A prática de *yoga* pode colaborar nesta direção, desde que respeitados seus fundamentos culturais, os quais demonstram que o *yoga* não é reduzido apenas à prática de posturas físicas, mas um caminho permeado por saberes teórico-filosóficos que importam tanto quanto a exercitação corporal para o autoconhecimento, autocuidado e paz interior.

Embora os estudos sobre calatonia e massagem tenham adotado uma lógica mais instrumental de aplicação e método científico, Nosow e Peliche (2007) reconheceram que o uso das mãos e o toque, conhecimento abandonado frente aos equipamentos sofisticados e fármacos potentes, vem sendo recuperado em busca da criação de vínculos de empatia e de auxílio à estabilização do equilíbrio físico-emocional; e Borges *et al.* (2012) mencionaram preocupação com a melhoria das condições laborais e de vida dos sujeitos e o potencial da massagem de promover atenção e carinho, além dos efeitos físicos mais imediatos.

Tais elementos destacados no conjunto da produção acadêmica analisada parecem ressaltar as contribuições das práticas corporais para a promoção da saúde em sua relação com a educação em saúde, conforme também já havia afirmado Tesser (2009) sobre o potencial pedagógico relevante das PIC. Seu potencial terapêutico estaria, portanto, vinculado especialmente a fatores sobre os quais o modelo biomédico apresenta poucos resultados, sobretudo na possibilidade que revelam de contribuir para que as pessoas estabeleçam novas relações com seu corpo e processos saúde-doença e possam agir em favor da vida.

Os estudos enfatizaram aspectos da subjetividade humana como importantes para a saúde, considerando-os em suas relações com a dimensão física dos sujeitos nas possibilidades terapêuticas que apresentam. Tal apontamento parece evidenciar uma compreensão sobre o corpo dirigida à abordagem holística, no que tange à reconexão da dualidade corpo-mente; e o entendimento de que os processos saúde-doença, tanto do ponto de vista de seu surgimento quanto de seu enfrentamento, são resultantes de uma relação intimamente imbricada entre emoções, pensamentos e funcionamento orgânico.

Também se pode destacar que o potencial terapêutico observado nos artigos analisados coloca-se com mais ênfase no plano da saúde individual e, quando o extrapola, coloca-se no plano relacional, com pouca menção ao componente da ação política e a discussões sobre os determinantes sociais da saúde. Nesse sentido, embora a perspectiva integrativa considere a relação dos sujeitos com o meio, este último elemento não aparece com tanta evidência nos dados dos estudos, os quais concentram o potencial terapêutico das práticas corporais nas dimensões físicas, mentais e emocionais dos sujeitos.

2) Dimensões imateriais relacionadas com espiritualidade e energia

Para além desta discussão, alguns artigos trouxeram outras formas de ampliação da concepção de corpo e do processo saúde-doença, também vinculadas a uma abordagem holística, mas que são menos usuais nos debates da saúde ampliada: espiritualidade e energia.

O artigo analisado sobre RIME tratou do tema da espiritualidade como uma “relação transcendental da alma com a divindade e à mudança que daí resulta” (ELIAS; GIGLIO; PIMENTA, 2008, p. 02), conferindo sentido e razão à vida e, portanto, profundamente relacionada à saúde.

Neste contexto, os autores compreenderam que as intervenções com sujeitos em estado terminal deveriam considerar a dimensão espiritual no sentido de aliviar o sofrimento e promover mais serenidade, dignidade e qualidade de morte a eles, agindo sobre a dor espiritual manifestada em seus vários aspectos, desde o medo da morte e do pós-morte até a exacerbação dos sintomas clínicos e as dificuldades de aceitação do diagnóstico. A intervenção usou técnicas de relaxamento e visualização e o estudo concluiu que os resultados foram positivos, tanto com os doentes quanto com seus acompanhantes.

Já os textos sobre *reiki* (TEIXEIRA, 2009 e SILVA; BELASCO JÚNIOR, 1996) apresentaram uma concepção de corpo baseada nos *chakras* e uma ação terapêutica fundamentada no aumento da sua energia vital e numa ação mental que pode promover o equilíbrio energético. Esses conceitos, ainda que pouco aceitos no Ocidente, compõem um sistema terapêutico milenar no Oriente, partindo de outro paradigma: a vida sendo um princípio inerente à dinâmica do universo e a energia vital sendo um campo de forças que permeia o espaço, tornando-se mais concentrada sobre e ao redor dos organismos vivos.

Esses artigos consideraram uma dimensão mais abstrata do corpo, que não é sua subjetividade, aspecto recorrente quando falamos em concepção ampliada de saúde-doença, mas talvez o que poderíamos chamar de uma extensão imaterial do corpo se expressando na forma de energia.

Martins (2012) contribui para reflexões sobre estes dados, ao apresentar a emergência do “paradigma energético”. Neste, a energia pode ser concebida como “uma simbólica necessária à figuração de um novo sistema de curas e cuidados que funcione a partir de um princípio relacional e total, que é aquele da sociedade e da vida em geral”, capaz de conectar corpo e alma, o ser humano com outros seres humanos e com o meio ambiente (MARTINS, 2012, p.327). Algumas modalidades terapêuticas entendem a energia como um movimento biomagnético (*reichianos* e bioenergéticos), outras como um circuito elétrico integrado (acupunturistas), outras como um fenômeno extraplanetário, energia de cura cósmica (*reikianos*), indicando uma polissemia de compreensões e usos e diferentes vertentes teóricas.

Diante deste panorama de ampliação da concepção de corpo para o imaterial, tais artigos analisados assinalaram a abertura de um novo campo sobre o qual as práticas corporais podem atuar, sobretudo porque seus resultados afirmaram impactos benéficos para a saúde humana.

Embora a ciência e as práticas em saúde hegemônicas resistam a tais apontamentos, o campo médico, segundo Martins (2012), está se reorganizando institucionalmente para permitir a consolidação do paradigma energético, um novo campo de saber, transnacional, aberto para as diferenças culturais e fundamental para a descolonização dos saberes. O potencial terapêutico e os cuidados em saúde são interpretados não mais a partir de uma metáfora mecânica do corpo humano, mas por uma experiência de “sentir total” do próprio corpo, do corpo do outro, em relações de trocas.

3) Reflexões sobre os métodos para estudo do potencial terapêutico das PIC

No conjunto da produção analisada também encontramos dois artigos (NOSOW; PENICHE, 2007 e BORGES *et al.*, 2012) que não compartilharam de perspectivas ampliadas de corpo e saúde-doença, conforme viemos tratando acima.

Os textos que abordaram calatonia e massagem apresentaram estas técnicas como práticas complementares ou não farmacológicas no trato da lombalgia e da ansiedade, respectivamente, mantendo na atividade científica uma relação de causalidade direta de viés quantitativo. Embora os dados dos estudos tenham afirmado o positivo potencial terapêutico dessas práticas, o trato com o método científico reforçou o desafio a ser enfrentado pelo campo das PIC, uma vez que, mesmo os artigos estando associados a palavras-chave conceitualmente contrapostas ao modelo biomédico, tal perspectiva ainda se fez presente.

Luz (2003) já havia discutido uma série de tensões que as RM e PIC estabelecem com a medicina hegemônica e chama atenção para a subsunção indevida destes conhecimentos e práticas ao modelo biomédico, assim como Nagai; Queiroz (2011, p.01) entendem este processo como uma “visão simplificadora que converte as racionalidades alternativas em meras técnicas que seguem os mesmos princípios mecanicistas da medicina alopática e o mesmo entendimento reificado de doença”.

Quando observamos no conjunto de artigos analisados uma tendência a quantificar os resultados que expressavam a subjetividade dos participantes, a desconsiderar os determinantes sociais envolvidos ou cercear as possibilidades de manifestação das opiniões dos sujeitos, refletimos sobre a necessidade de ampliação dos métodos científicos, de modo a acompanhar a ampliação das concepções de corpo, saúde e doença preconizadas pelas PIC.

Antunes, Silva e Baptista (2013) afirmam que os instrumentos de pesquisa se mostram incapazes de apreender a complexidade do real, mas este é um desafio a ser encarado por todos os envolvidos com a atividade científica, assim como a necessidade de ampliar as pesquisas com PIC em abordagens terapêuticas, indicação também observada em vários dos artigos

analisados. Tesser (2012) questiona que tipo de ciência e pesquisa fazer para conhecer, compreender, valorizar e validar as PIC e outras RM; questão que tem ensejado discussões epistemológicas associadas a estes temas, como constataram Spadacio et al. (2010), além de proposições, como as de Tesser e Luz (2002) e Nascimento et al. (2013).

Tesser e Luz (2008) ressaltam a necessidade de clareza política e epistemológica quanto aos perigos da simples submissão à validação científica para a legitimação destas práticas no SUS, sob os cânones da biomedicina, o que pode sacrificar relevante parte do seu potencial de integralidade. Em alguns artigos analisados encontramos indicativos interessantes de abordagem científica das PIC, quando os modos de coleta e análise de dados levaram em conta a voz dos sujeitos e tentaram captar os sentidos e significados elaborados por eles a partir das vivências com as práticas corporais, relacionando o potencial terapêutico das experiências com a dimensão do cotidiano da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com intuito de analisar o conteúdo das produções científicas sobre práticas corporais relacionadas às perspectivas integrativas e complementares em saúde, mirando seu potencial terapêutico, encontramos 228 artigos por meio de busca por 13 palavras-chave no Portal de Periódicos da CAPES. Deste conjunto, 57 artigos mencionaram o estudo de, ao menos, uma PIC específica, sendo que apenas oito enfocaram alguma prática corporal, o que indica uma produção escassa sobre essa temática.

A maior parte dos estudos dedicou-se a avaliar propostas de intervenção com práticas de *yoga*, técnicas corporais, RIME, massagem e calatonia, realizando estudos com sujeitos com uso de técnicas de coleta e análise de dados variadas. As pesquisas apontaram resultados considerados benéficos ou positivos, alguns mais significativos que outros, indicando que as práticas corporais contribuem para a saúde dos sujeitos, não gerando os mesmos efeitos para todos. Outros trabalhos se constituíram como validação de questionário sobre *mindfulness*; ensaio teórico sobre *reiki* e relato de experiência sobre curso de toque terapêutico.

Do ponto de vista da autoria e das revistas nas quais foram publicados os artigos, bem como dos profissionais que desenvolveram as intervenções relatadas nos estudos, predominou o campo da Enfermagem. Embora compreendamos que tais práticas não são exclusivas de nenhum campo acadêmico, até porque geralmente sua oferta de formação está fora do ambiente universitário, chamou-nos atenção o fato de os profissionais que têm por centralidade a atuação com o corpo em movimento, por exemplo, Educação Física e Fisioterapia, não serem os que

realizaram as intervenções com práticas corporais. A diversidade de campos de conhecimento interessados pelas práticas corporais pode representar uma potencialidade de trabalho interdisciplinar e, talvez, uma valorização do corpo em movimento na terapêutica, algo que mereceria a realização de mais pesquisas.

Foi recorrente nos estudos analisados a presença de argumentos relacionados à ampliação das concepções de corpo para além do viés biologicista e do processo saúde-doença na direção da superação de limites do modelo biomédico, com destaque para a consideração da subjetividade humana como elemento fundamental relacionado à saúde. Em alguns casos, esta ampliação expressou-se na associação de tais práticas com a integralidade, o cuidado, a humanização, a educação em saúde, a sensibilidade e consciência corporal, o respeito ao enraizamento cultural das práticas e as relações intra e interpessoais. Em outros, a ampliação referiu-se a dimensões menos comuns no debate acadêmico das questões da saúde humana, como a espiritualidade e a existência de um corpo sutil ou energético conforme consideram as bases orientais. Identificamos também dois artigos que se mantiveram numa perspectiva mais conservadora de trato com a saúde e o método de pesquisa.

Estas constatações, em conjunto com os resultados positivos dos estudos, permitiram-nos refletir que as práticas corporais possuem uma série de potencialidades para a saúde, expressas com maior evidência no corpo, com sensações de relaxamento, alívio de dores, desconfortos e tensões, aumento do bem-estar, diminuição da ansiedade e do estresse e melhora do sono, além de impactos sobre sintomas de doenças. Destacou-se, a partir dos artigos analisados, a contribuição destas práticas para o processo de ressignificação das formas de conceber e lidar com a saúde e a doença, em que a terapêutica também se preocupa com que as pessoas compreendam o corpo em sua inteireza, sintam-se melhor no cotidiano e, por meio de mudanças de percepção, possam encarar adversidades relacionadas ao processo saúde-doença com mais consciência, maior aceitação e menos sofrimento.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, P. C.; SILVA, A. M.; BAPTISTA, T. J. R. A matematização da vida: uma análise das produções científicas do campo da Educação Física acerca de pessoas na meia-idade. *Pensar a Prática*, Goiânia, v. 16, p. 849-868, 2013.
- BARROS, N. F. de. et al. Yoga e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, p. 1305-14, 2014.
- BORGES, T. P. et al. Aplicação da massagem para lombalgia ocupacional em funcionários de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, n.3, v. 20, maio-jun, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*, 2006a.

_____. *Portaria n. 971 de 03 de maio de 2006b*.

_____. *Portaria n. 853 de 17 de novembro de 2006c*.

_____. *Portaria n.849 de 27 de março de 2017a*.

_____. *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasil, 1986.

_____. Ministério da Educação. *Base Nacional Comum Curricular: educação é a base*, 2017b.

CONTATORE, O. A. et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.20, p.3263-3273, 2015.

CUNHA, A. C. *Produção científica em yoga fundamentada na prática: uma revisão*. 2016. Monografia de conclusão de curso (Bacharelado em Educação Física) - FEFD, UFG, Goiânia.

ELIAS, A.; GIGLIO, J.; PIMENTA, C. Análise da natureza da dor espiritual apresentada por pacientes terminais e o processo de sua re-significação através da intervenção relaxamento, imagens mentais e espiritualidade. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.16, n.6, 2008.

HIRAYAMA, M. S. et al. A percepção de comportamentos relacionados à atenção plena e a versão brasileira do Freiburg Mindfulness Inventory. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 9, p. 3899-3914, 2014.

HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Técnicas corporais em Grupo de Gestantes: a experiência dos participantes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n.3, mai-jun, p. 308-13, 2006.

IMPOLCETTO, F. M. et al. As práticas corporais alternativas como conteúdo da Educação Física escolar. *Pensar a Prática*, Goiânia, v.16, n.1, p.267-281, jan/mar, 2013.

LAZZAROTTI FILHO, A. et al. O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e suas repercussões no campo da Educação Física. *Movimento*, Porto Alegre, v.16, n.1, p.11-29, 2010.

LUZ, M. T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Cadernos de Sociologia*, v.7, p.109-128, 1995.

_____. *Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec, 2003.

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

MARTINS, P. H. As outras medicinas e o paradigma energético. In: LUZ, M.T.; BARROS, N.F. (orgs). *Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012, p.309-342.

- MELO, C. K.; SCHNEIDER, M. D.; ANTUNES, P. C. O corpo respiração na busca do equilíbrio da vida: elementos para uma (re)significação das práticas corporais. In: SILVA, A. M.; DAMIANI, I. R. *Práticas Corporais: construindo outros saberes em Educação Física*. Florianópolis: Naemflu Ciência e Arte, 2006, p. 21-40.
- MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- NAGAI, S. C.; QUEIROZ, M. S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.16, v.3, p.1793-1800, 2011.
- NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I.; LUZ, M. T. Produção científica em racionalidades médicas e práticas em saúde. *Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares*, v. 01, n. 01, p. 13-21, 2012.
- NASCIMENTO, M. C. et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 18, v. 02, p. 3595-3604, 2013.
- NOSOW, V.; PENICHE, A. C. G. Paciente cirúrgico ambulatorial: calatonia e ansiedade. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 2, p. 161-7, 2007.
- OMS. *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*. Genebra: OMS, 2014.
- _____. *Resolución WHA62.13, de 22 de mayo de 2009*. Medicina Tradicional.
- _____. *Resolución WHA56.31, de 28 de mayo de 2003*. Medicina Tradicional.
- _____. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Genebra: OMS, 2002.
- OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 16, v. 3, p. 1801-18011, 2011.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Educação. Departamento Pedagógico. (Org.). *Referencias Curriculares do Estado do Rio Grande do Sul: Linguagens, Códigos e Tecnologia*. 1 ed. Porto Alegre: SE/DP, 2009.
- SILVA, A. M.; LAZZAROTTI FILHO, A.; ANTUNES, P. C. Práticas corporais. In: GONZÁLEZ, J. F.; FENSTENSEIFER, P. E. *Dicionário crítico da Educação Física*. Ijuí: Unijuí, 2015, p.522-528.
- SILVA, M. J. P. da; BELASCO JÚNIOR, O. Ensinando o toque terapêutico: relato de uma experiência. *Revista latino-americana de enfermagem*, Ribeirão Preto, v.4, nº especial, p.91-100, abril 1996.
- SOUSA, I. M. C. et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.28, v.11, p. 2143-2154, 2012.

SPADACIO, C. et al. Medicinas alternativas e complementares: uma metassíntese. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 26, v. 01, p.07-13, 2010.

TEIXEIRA, E. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, n.2, p. 286-90, ago. 1996.

TEIXEIRA, F. N. B. Reiki: religião ou prática terapêutica? *Horizonte*, Belo Horizonte, v. 7, n. 15, p.142-156, dez. 2009.

TESSER, C. D. Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão. In: LUZ, M.T.; BARROS, N.F. (orgs). *Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012, p.251-284.

_____. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 25, v.08, p. 1732-1742, 2009.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.1, p.195-206, 2008.

_____. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7, n.2, p.363-372, 2002.

1.3. REVISÃO DE LITERATURA REALIZADA POR OUTROS AUTORES

Durante as leituras para este projeto de tese, localizamos uma revisão da literatura internacional no âmbito das PIC, realizada por outros autores, que incluiu as práticas corporais. Contatore et al (2012) pesquisaram por “Práticas Corporais”, “Homeopatia”, “Acupuntura”, “Fitoterapia” e “Atenção Primária à Saúde” nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, com objetivo de discutir o uso, o cuidado e as políticas das PIC na esfera internacional e nacional, por meio da literatura indexada.

Os autores sistematizaram os resultados em três categorias transversais e não por palavra-chave, o que dificultou destacar dados especificamente sobre práticas corporais. Foram encontrados nove artigos sobre práticas corporais, sendo um classificado no bloco 1: produção de evidências quantitativas sobre as PIC (avaliações do uso das PIC para o tratamento de patologias específicas, com perspectiva biomédica); três artigos no bloco 2: a produção de sentidos sobre o uso de PIC (avaliações do seu uso para o tratamento de patologias específicas, porém focadas nos sentidos atribuídos pelos usuários e profissionais); e cinco artigos no bloco 3: dimensão sociopolítica e institucional das PIC (análise da viabilidade política, econômica e social das PIC nos serviços de saúde).

Ao longo do texto pudemos identificar uma menção a um artigo, escrito por Bassi et al, sobre práticas corporais, que diz respeito ao potencial destas práticas em conferir autonomia para os pacientes gerirem parte do cuidado das suas condições, ao encontro do desenvolvimento do autocuidado, em que os autores concluíram ter havido um ganho, entre os sujeitos participantes do estudo, na autoestima e confiança em si mesmo, no autocontrole e na visão crítica do próprio corpo.

Esta revisão também afirmou a pouca produção acadêmica a respeito do tema, além da necessidade de busca por outras formas de acessar a literatura científica para o estudo das práticas corporais. Estes resultados, inclusive, foram motivadores para a realização das duas revisões de literatura realizadas para esta tese, apresentadas acima (itens 1.1. e 1.2), e considerados para as escolhas metodológicas que fizemos para estudar a produção científica.

1.4. BREVE COMENTÁRIO SOBRE AS REVISÕES: UM ELOGIO ÀS PRÁTICAS CORPORAIS INTEGRATIVAS

Os dados das três revisões de literatura mostram que as práticas corporais integrativas vêm sendo pouco contempladas na produção acadêmica e que as publicações são recentes. O interesse pelo estudo desta temática provém de diversos campos de conhecimento e as publicações derivam de diferentes instituições e se ocupam da realidade de unidades de saúde de muitos municípios brasileiros.

Os textos analisados abordaram uma diversidade de práticas corporais integrativas: lian gong/qi gong, tai chi chuan, meditação, yoga, reiki, bioenergética, cadeias musculares/método GDS, práticas corporais transdisciplinares/ vivências lúdicas integrativas, (auto)massagem, calatonia, práticas contemplativas, práticas de respiração e relaxamento, visualização e espiritualidade.

Como ponto de interesse sobre as revisões, buscamos olhar para as contribuições destas práticas para a promoção da saúde e foi possível identificar um expressivo conjunto de argumentos que as consideraram benéficas. Todos os estudos apresentaram efeitos positivos e evidenciaram contribuições das práticas corporais integrativas para a saúde das pessoas, alguns em seus referenciais teóricos, mas principalmente em seus resultados, principalmente quando se constituíram como estudos de intervenção ou análise de intervenções.

Tais efeitos se manifestaram no corpo, em aspectos físicos e/ou emocionais, favorecendo o trato com os processos saúde-doença dos sujeitos; evidenciando que as principais contribuições das práticas corporais integrativas para a promoção da saúde se dão no plano

individual e relacional das pessoas, não alcançando explicitamente o escopo da intervenção política, mesmo nos estudos que se apoiaram na PNPS, cujo conteúdo advoga sobre as determinações sociais da saúde. Foram relevantes as relações construídas dos sujeitos com seus corpos e processos saúde-doença, tanto por meio de alívios físicos e emocionais, quanto na ampliação do (auto)conhecimento como possibilidade de melhor lidar com as questões relativas a sua saúde, na linha do autocuidado.

Destacou-se na produção acadêmica que os mesmos conceitos foram apropriados de distintas maneiras nos estudos, a exemplo de saúde, integralidade, empoderamento, autonomia, cuidado, entre outros componentes do conteúdo das políticas públicas. A produção acadêmica analisada mostrou uma linha de ação na produção do conhecimento em práticas corporais integrativas que envolve diferentes modos de trabalhá-las com os sujeitos, seja no âmbito do SUS ou fora dele, mas maiores diferenças nas formas de estudar as experiências, do ponto de vista dos métodos científicos.

Nem sempre ficou evidente certa afinidade das práticas corporais integrativas com o conceito ampliado de saúde, mas os dados mostraram que a maioria dos estudos conjugou teórica e metodologicamente olhares sobre o corpo e os processos saúde-doença em suas diferentes dimensões (física, emocional, mental, espiritual), superando abordagens biomédicas. Esta constatação parece indicar expressivo potencial terapêutico das práticas corporais integrativas, o qual merece ser mais explorado, e incentivar a realização de outras pesquisas que permitam tensionar os resultados já publicados, bem como fortalecer os processos de legitimação e institucionalização destas práticas e de desenvolvimento de métodos científicos que não as subsumam aos postulados da ciência biomédica, por necessária coerência ética e epistemológica.

APÊNDICE D – PARTE DA EMPIRIA DOS ENUNCIADOS

Empiria que deu suporte aos 15 enunciados do conceito de práticas corporais integrativas, conforme percurso investigativo adotado na pesquisa:

Enunciado 1:

São práticas de movimento corporal com técnicas diversas, adaptadas às condições dos participantes, cujos gestos e seu simbolismo estão fundados na tradição que organiza cada prática.

O argumento de que todas são práticas de movimento corporal foi inequívoco. “Movimentos” foi a grande palavra central na nuvem de palavras, indicando que este foi o elemento mais evidente na ótica das/os condutoras/es dos grupos e observações da pesquisadora no primeiro momento da coleta de dados, e que foi reiterado ao longo dos processos de comparação constante.

Na roda de conversa, o *lian gong* foi descrito como uma prática de movimentos contínuos e leves, feitos em pé, mediante três sequências de 18 exercícios energéticos, aliados a exercícios de percussão e outras técnicas da MTC, com intenção principal de restabelecer os movimentos naturais do corpo, priorizando as articulações (CR-Liliana e CP-Dandara Liberdade). O *yoga* foi descrito como uma atividade que envolve ásanas/posturas físicas (realizadas com permanência ou em fluxo), pranayamas/exercícios respiratórios, purificação, relaxamento e meditação, onde predominam os ásanas como um caminho para o alcance da meditação, também entendida como sensação de plenitude, de prazer, de valer a pena o momento presente (CP-Yacamin) ou consciência plena, de si, do corpo, da mente e das emoções (CV-Yone) ou, ainda, como forma de equilíbrio na quietude, que possibilita a pessoa observar a si mesma e o que está a sua volta, podendo se conhecer mais (CV-Yemanjá). As danças circulares foram descritas como uma dança que é feita em roda, ao redor de um centro, combinando coreografias e músicas expansivas e alegres com introspectivas e calmas, oriundas de vários países, cujo foco principal não é a performance na execução dos passos, mas a interação coletiva (CV-Dara e CP-Dakota, U-Dalila).

As tradições que organizam cada uma das práticas são distintas. As duas primeiras têm origem oriental milenar, sendo o *lian gong* proveniente da China e vinculado à Medicina Tradicional Chinesa e o *yoga* originário da Índia, relacionado à Ayurveda ou Medicina Tradicional Indiana. Já as danças circulares têm origem ocidental, sendo o polonês Bernhard Wosien reconhecido como seu criador, que apresentou as danças no encontro de Findhorn-

Escócia em meados dos anos 1980, de onde se disseminaram para outros países através dos participantes que lá estavam.

As diferentes origens se mostram no simbolismo de algumas formas de posicionar o corpo e organizar o espaço e na parte gestual dos movimentos, como se pôde ver em situações que aconteceram em todas as aulas de cada prática, sem exceção, por exemplo: no *yoga*, a saudação namastê, unindo as palmas das mãos em reverência na altura do coração; no *lian gong* o início das sequências dos exercícios em posição parada estática, quase como uma posição de sentido; nas danças circulares, a mesma música inicial e o círculo final onde todos ficam bem próximos e beijam o colega ao lado. Embora todas as aulas envolvam um momento de saudação, cada prática orientou uma maneira de começar ou finalizar a atividade, a qual diz respeito à sua tradição de origem. Do mesmo modo, foi possível observar exemplos de movimentos que, apesar de serem semelhantes do ponto de vista biomecânico, tiveram formas de realização distintas entre as três práticas, considerando as orientações dadas e o contexto da prática.

O significado dos movimentos das danças circulares foi assunto de um diálogo entre duas condutoras na roda de conversa:

“- As músicas, as coreografias, muitas têm um lado simbólico, que normalmente se explica porque que faz o braço assim, porque que faz assim, como vai para o centro, nesse sentido; a gente tenta dar um significado para os movimentos de algumas danças que tem e aos pouquinhos vai trabalhando isso no grupo

- A maioria das pessoas diz em depoimento que quando elas entendem o significado daquilo que elas estão dançando, elas depois até lembram da coreografia

- Tem mais sentido né, tem que fazer sentido para ela” (roda cond).

Nas aulas de *yoga*, foi possível observar vários momentos em que o significado simbólico de alguns movimentos foi explicado nas orientações para sua execução, como, por exemplo, alguns mudras (gestos que se faz com as mãos) ou ásanas como a postura da deusa, do guerreiro, da montanha, etc (Diário de campo). No *lian gong*, cada movimento tem um nome, o qual é anunciado na música que conduz toda a atividade e, geralmente, o nome do movimento indica sua maneira de execução, como uma forma de tradução do gesto por meio da linguagem,

que orienta sua técnica e traz algum simbolismo, por exemplo: “remando para cruzar o mar”, “colher flor de lótus”, “oferecer flores”, “os três sábios meditam”, etc (Diário de campo).

Foi possível observar que as práticas analisadas possuem um conjunto de técnicas que orientam a movimentação corporal, que diferem entre si, mas foi comum nas falas de participantes e condutoras/es dos grupos a ação de adaptar os movimentos para as condições das pessoas. No caso do *yoga*, as/os condutores destacaram que escolhem ásanas adaptados para contemplar as diferenças entre as pessoas do grupo:

“cada um ali tem um problema então eu sempre escolho aqueles que não têm restrição nenhuma (...) tem várias idades né várias situações ali de pessoas, são todos ásanas adaptados (...) que a pessoa consiga fazer” (CV-Yone).

E que também, ao ensinar uma postura, já passam as alternativas de adaptação para que cada um possa escolher, enfatizando que se espera que

“todo mundo tenha ou comece a desenvolver esse senso de auto percepção, de auto conhecimento, de cuidado consigo próprio (...) e que eles tentem equilibrar o esforço e o conforto” (CP-Yacamin).

Uma usuária destacou que

“o grupo é aberto, não é nada forçado” (U-Yolanda).

Com relação às danças, as profissionais afirmaram que é premissa das rodas que a pessoa não precisa saber dançar para participar, que qualquer um pode dançar, sendo importante

“desconstruir a ideia de que tem que ser bailarina (...) não que a gente estimule o erro, mas a gente dá liberdade para errar (...) se tu focar no acerto, muita gente já nem vai voltar (...) nossa roda é aberta” (CP-Dakota).

As observações nos grupos de dança registraram que muitas usuárias erram os passos durante a coreografia, mas a roda parece harmonizar e integrar as pessoas de modo que a dança segue até o final da música com todas em ação (Diário de campo).

Já o *lian gong* foi apresentado como uma atividade que faz uso de um repertório de movimentos simples e acessíveis para todos (CR-Liliana), mas que, apesar da simplicidade, movimenta satisfatoriamente o corpo, como disseram alguns usuários:

“parece um exercício fácil, mas mexe com muitos músculos” (U-Lisandro);

”no início não tinha graça, era esquisito, mas percebi que devia me concentrar melhor e alongar direito” (U-Lilian);

“parece leve, simples, mas não é (...) faço dentro das minhas condições (...) procuro fazer bem direitinho” (U-Lineu).

Semelhante foi o relato de uma usuária sobre as danças:

“o exercício é mais lento, mas mexe com tudo” (U-Damiana).

Desse modo, foi possível compreender que existe uma diversidade de movimentos que corresponde a cada prática analisada, os quais são orientados e contextualizados nas aulas sob a perspectiva da tradição de origem específica de cada prática. Além disso, para todos os grupos, a participação de todos é um princípio fundamental para as aulas e os movimentos são ajustados para possibilitar que as pessoas usufruam da prática conforme seus limites e possibilidades corporais.

Enunciado 2:

São feitas em grupos heterogêneos, com característica de inclusão, integração entre as pessoas e pertencimento à comunidade.

Evidenciamos que os grupos são o formato privilegiado para realização das práticas. No período das observações, de duas a 53 pessoas foram vistas reunidas nas atividades. A heterogeneidade foi uma característica marcante dos grupos, em maior ou menor nível, sendo sempre presentes diferenças de condições de saúde/doença (pessoas sem e com diagnósticos variados avaliados nos centros de saúde).

Os grupos de danças circulares mostraram maior similaridade, com predominância de mulheres de meia idade e idosas. No *yoga* e *lian gong* as diferenças de gênero e idade entre

praticantes foram maiores. Destacou-se a presença de crianças em alguns grupos, marcados então pela intergeracionalidade. A questão do perfil diversificado dos grupos não pareceu ser uma dificuldade para sua condução, nem justificou sua organização de modo diferente do que vinha ocorrendo. Um profissional afirmou:

“a minha ideia não era fechar numa condição né... na cardiopatia, no hipertenso, no diabético, né... mas acho que sempre fez mais sentido esses grupos abertos” (CP-Yacamin).

A dimensão do grupo assumiu significado expressivo nas falas de usuárias/os e condutores, como um elemento importante que caracteriza as práticas corporais na perspectiva das PICs. Uma abordagem expressa pelos condutores tratou da ideia de pertencimento à comunidade proporcionada pelo encontro entre as pessoas:

“tem a dimensão da comunidade, sentimento de pertencimento à comunidade” (CP-Dakota);

“curar-se no espaço em que nasceu, em que vive, em que desenvolve suas relações” (CP-Yacamin);

“é oportunidade de se conhecerem e daqui derivam outros grupos, o centro de saúde tenta oferecer várias oportunidades para as pessoas se conhecerem e conhecerem o bairro” (CR-Yarin).

Já com relação a interação entre as pessoas nos grupos, quando olhamos para as respostas das/os condutores, vimos divergências. Por um lado, algumas/ns afirmaram que as práticas promovem:

“a conexão entre as pessoas (...) perceber a mim mesma e ao outro, e o eu no outro” (CV-Daiana);

“estar em grupo, interagir, tocar (...) sentir a outra pessoa, aceitar como ela é também exige aceitação própria” (CP-Dandara Liberdade);

“unir muitas pessoas, unir os problemas com todos e possíveis soluções, trabalhar juntos, integração” (CR-Yarin);

“integração, união, ter convívio, viver com...” (CV-Yohana);

“diferença na relação pessoa-pessoa, profissional-pessoa [no sentido de maior horizontalidade]” (CP-Yacamin).

Por outro lado, algumas/ns condutores tensionaram estas afirmações:

“quando a gente trabalha em grupo, a gente automaticamente está promovendo interação? Nem sempre né... porque quando se vai fazer um trabalho meditativo, é muito mais tu contigo mesmo” (CV-Dara);

Sobre o *lian gong*, uma condutora afirmou:

“é uma prática mais introspectiva, não tem esse contato assim com os outros ali da turma” (CR-Liliana).

Uma condutora estabeleceu diferença entre os tipos de prática:

“são realizadas em grupos, mas o trabalho é de si para si; embora estejamos compartilhando o mesmo espaço e realizando os mesmos movimentos, o exercício é individual; a dança circular difere totalmente, já que é um exercício cooperativo (...) estar em sintonia, maior interação um com o outro, contato físico constante, vínculo do grupo” (CV-Dara).

Contudo, foi interessante observar as falas das/os usuárias/os para elucidar a significância do grupo. Lembrando que perguntamos a eles como explicariam a atividade para alguém que não conhece, se fossem convidar para participar, e foi expressiva a quantidade de respostas ressaltando a dimensão coletiva. Aí, vimos que a palavra “amizade” foi recorrente nas falas, inclusive como motivadora da permanência nas atividades, além de outros aspectos que relevaram a importância de estar em grupo:

“a gente se enturma” (U-Darlene);

“as professoras têm carinho, o grupo sente falta quando alguém não vai, tem carinho e acolhimento (...) é um espaço para conversar, trocar ideias, se encontrar, fazer amizades” (U-Livia);

“as amigas, as professoras, constrói uma família” (U-Dalva).

As respostas que enfatizaram a importância do grupo foram provenientes de diferentes práticas, indicando que a dimensão coletiva se mostra significativa para as/os praticantes, mesmo que a atividade tenha caráter mais introspectivo. Além disso, a noção de inclusão também se destacou, tanto do ponto de vista do acolhimento por parte do grupo (colegas e condutores), quanto das adaptações dos movimentos apresentada na categoria anterior, permitindo e fazendo questão da participação de todos nas atividades, apesar da heterogeneidade do perfil das/os participantes.

Enunciados 3, 4, 7 e 10:

Apontam para o contato/ligação das pessoas consigo mesmas, com as outras, com o universo e com o tempo presente, ofertando uma visão complexa e integral sobre a vida.

Possuem característica de introspecção e interiorização e podem ser entendidas como práticas de meditação em movimento.

Partem de uma concepção ampliada de corpo, expresso em dimensões materiais e imateriais.

Apresentam como finalidade principal o autoconhecimento, por meio do conhecimento do corpo e dos processos saúde/doença, podendo favorecer a autonomia e o empoderamento.

A categoria união foi a que reuniu mais enunciados nos processos de codificação, mostrando-se como uma característica altamente pertinente às práticas corporais na perspectiva das PICs. Os argumentos presentes nas falas de condutoras/es e usuárias/os indicaram essa ideia de união/contato/ligação, principalmente em três aspectos: na concepção de corpo, que apontou para a unicidade do ser; na dimensão da introspecção, que indicou o olhar da pessoa para si mesma; na presença da pessoa no mundo a partir das relações que estabelece com as outras pessoas e com o universo.

As/os condutoras/es dos grupos mencionaram que as práticas corporais na perspectiva das PICs partem de outro olhar para o corpo, que busca conjugar suas dimensões física,

emocional, mental e espiritual, reconhecendo sua complexidade. Aqui vemos falas provenientes de três práticas diferentes:

“o que essas práticas têm em comum? Outra concepção de corpo” (CP-Dandara Liberdade);

“é preciso desconstruir essa lógica de aula de ginástica com peso, de trabalho com o corpo fragmentado, peça por peça, isso não faz sentido para mim, nós somos mais do que isso” (CP-Lilith);

“a gente trabalha com o modelo dos cinco coxas, dos cinco corpos: procurar compreender o corpo físico, o nosso corpo energético, o corpo emocional, o corpo de crença né... o corpo daquela coisa mais enraizada, além da família, além do padrão familiar né... e o corpo de prazer, o corpo de bem-aventurança, enfim, que seria essa experimentação dessa sensação de plenitude assim né, de conexão” (CP-Yacamin).

Embora a tradição que organiza cada prática apresente uma visão de corpo distinta, é ponto comum entre elas a abordagem do corpo para além da dimensão física ou biológica, característica predominante no modelo biomédico hegemônico. As falas das/os usuárias/os das diferentes práticas também apontaram para este reconhecimento:

“trabalha corpo e mente” (U-Dalila DC);

“bom para tudo, para o astral, mente, corpo e alma” (U-Dalva);

“bom para parte física e emocional, pois somos um todo” (U-Yasmin).

Associado a este aspecto, está uma das principais finalidades das práticas corporais na perspectiva das PICs, mencionada com frequência nas falas das/os condutores, que é o desenvolvimento da

“consciência corporal” (CP-Yara Quiron, CV-Yandara, CV-Yone);

“entender um pouco mais o corpo e o que acontece consigo” (CP-Dandara Liberdade);

“sentir e conhecer o corpo” (CP-Yara Quiron).

Conhecer o corpo na sua complexidade, segundo algumas/ns condutoras/es dos grupos, promove o “autoconhecimento”, tido como elemento central nestas práticas, segundo as condutoras CR-Liliana, Ale, CV-Yemanjá.

Os modos privilegiados de conhecer o corpo correspondem aos modos de conhecer a si mesmo, possíveis por meio da introspecção, aspecto marcante no conjunto das práticas corporais na perspectiva das PICs. As/os condutores destacaram que as práticas têm em comum uma proposta de interiorização, de se conhecer:

“olhar para si” (CP-Dandara Liberdade);

“trabalhar a conexão da pessoa consigo mesma” (CV-Daiana);

“concentração” (CV-Dara);

“o foco é cada um, o foco é para dentro” (CP-Yacamin).

Algo que as usuárias/os também reconheceram, com as mesmas palavras:

“olhar para si, saber o que precisa” (U-Yvone YO);

“olhar para dentro de si” (U-Yasmin).

Na roda de conversa com as/os condutoras/es dos grupos, foi consenso de que todas são práticas de meditação em movimento.

Contudo, ao mesmo tempo em que as práticas foram tratadas como formas privilegiadas das pessoas se conectarem com elas mesmas, também foi destacado seu potencial de promoverem a ligação das pessoas com o que as rodeia:

“cada um entra em si e olha as outras pessoas” (CP-Yacamin);

“bem amplo porque você vai começando a perceber o mundo à volta (...) a pessoa percebe que não é só aquele mundinho dela” (CV-Yemanjá);

“nos conectamos com a terra e outros elementos que perdemos contato” (CP-Dandara Liberdade);

“contato com o universo, mesmo que a pessoa seja materialista” (CP-Yan).

Na categoria que virá a seguir, também está expressa a ideia de união com a espiritualidade ou Eu superior, que se relaciona com esta dimensão das pessoas se compreenderem como parte de um todo maior, chamado aqui de universo.

E a dimensão das pessoas se conectarem com as outras pessoas e como isso favorece o convívio já foi expressa na categoria anterior, que tratou da importância do grupo, da dimensão coletiva, da inclusão.

Outra dimensão expressa nas falas sobre união, disse respeito ao momento presente, à percepção das pessoas sobre o agora. Algumas/ns condutoras/es de grupos afirmaram que as práticas corporais vinculadas às PICs

“mexem o corpo físico, mas também a mente que se concentra no que está se fazendo no momento, no agora, na presença” (CV-Daiana);

promovem “consciência do momento presente” (CV-Yone).

Algumas usuárias também relataram essa dimensão:

“eu gosto de tomar o cafezinho da tarde, com pãozinho, uma torradinha, uma coisa assim... eu vim tomar meu cafezinho da tarde, sabe aquele dia assim que você não tem nada em casa, tem um pão seco com café e só... aí eu tá, vou sentar, bem tranquila, calma, beleza, vou sentar, tomar meu cafezinho, aí eu sentei e [pausa] ai como é que eu posso dizer, me senti presente! Tô aqui, agora é meu café, vou tomar esse café com esse pãozinho, passei a manteiguinha naquele pão... gente, sabe aquela sensação do melhor café da tua vida... um café e um pão seco, puro,

com manteiga... sabe assim aquela coisa assim eu comi, gente do céu, eu nunca parei pra sentir isso, nunca!” (U-Yandra);

“eu acho que todos nós temos dificuldade de trabalhar essa impermanência, porque a gente quer que as coisas fiquem sempre iguais né, que a gente não tenha perdas, e ali no grupo eu aprendi a trabalhar isso, que a gente tem perdas, que o agora é importante, então vamos viver o agora bem vivido, bem feito, fazer as coisas certas, depois e amanhã a gente não sabe o que vai acontecer” (U-Yasmin).

Algumas falas apontaram para uma espécie de síntese da ideia de união, expressando que as práticas corporais na perspectiva das PICs favorecem a ligação das pessoas com elas mesmas, com as outras pessoas, com o universo e com o momento presente. Essa noção foi traduzida pela expressão “consciência plena”, recorrente nas falas, e também nas afirmações:

“consciência do corpo, da relação do corpo com os demais, a relação do corpo com o mundo e com as atividades que nos cercam” (CP-Dandara Liberdade);

“integração do que eu sinto, do que eu penso, com aquilo manifestado no meu corpo ou integração corpo-mente-espírito (...) ressignificação de cada dimensão: eu comigo mesmo, com as minhas emoções, com as coisas que eu acredito (...) não é exercício físico para eu ganhar massa muscular, pra ficar mais flexível, é isso também né, mas eu vou compartilhar o momento, vou desenvolver algumas coisas, vou ver meus sentimentos, vou olhar outras pessoas, são visões mais complexas né” (CP-Yacamin).

Outro ponto que convém destacar é que o “lugar” compreendido como possível para a manifestação desta ideia de união ou ligação foi o da vivência. Ou seja, o plano da experiência corporal foi mencionado como a possibilidade da pessoa ter contato com a dimensão da união e, portanto, de melhor compreensão da prática, numa posição privilegiada à teoria. Do ponto de vista das/os condutoras/es dos grupos:

“eu quando eu recebo a pessoa, a pessoa chega no meu grupo para dançar (...) eu não saio para explicar para ninguém o que que é (...) eu

“digo normalmente: você não vem aqui olhar, você vem dançar” (CV-Dara);

“é a vivência mesmo que vai fazer a pessoa permanecer ou não... não adianta eu tentar vender um peixe muito sofisticado (...) antes da gente iniciar, numa reunião de equipe, nós conversamos sobre a dança circular e fizemos uma roda para o grupo dos trabalhadores... eu achei que isso foi um ponto fundamental para nossa roda ter sucesso e se manter, porque é difícil de manter grupo (...) é a vivência em si que traz esse, essa questão da pessoa permanecer... a nossa roda é aberta” (CP-Dakota);

“as pessoas percebem que tá fazendo bem pra si e querem aumentar esse coletivo” (CV-Yemanjá);

“elas fazem muitos trabalhos de puxar outras pessoas, se é bom para mim eu quero chamar os outros” (CP-Dakota).

A respeito disso, também foi interessante ver entre as/os condutores que uma das motivações para trabalharem com essas práticas no serviço foi a experiência pessoal que tiveram e, ao observar os impactos da prática sobre suas próprias vidas, tiveram a iniciativa profissional de desenvolver grupos.

“a *yoga* me fez tão bem na minha vida física e emocional, que eu achava que eu tinha que passar isso para mais gente” (CV-Yandara)

“por eu achar que era bom para mim” (CP-Dakota)

“eu mergulhei no *yoga*, eu mergulhei principalmente espiritualmente” (CP-Yan)

“eu experimento em mim (...) assim, partindo da minha vivência mesmo, como significou para mim, então a gente tem um olhar assim (...) de que aquilo funciona para a gente, então de querer também difundir, compartilhar o quanto que eu me descobri, que foi bom para

mim, com as pessoas que eu atendo e toda a comunidade” (CP-Yacamin)

A dimensão da vivência foi ressaltada também por usuárias/os, o que pode ser visto em várias passagens do diário de campo, quando a pesquisadora foi convidada para fazer as aulas para “entender direito” o que é a prática. Muitas/os usuárias/os, e também condutores, afirmaram que eu só poderia compreender aquela prática se fizesse as aulas, para sentir realmente, no corpo, o que elas proporcionam.

De modo semelhante, quando as/os usuárias/os foram responder como convidariam outras pessoas para participar das aulas, várias/os responderam a partir da própria vivência pessoal:

“eu ia explicar o que tá me proporcionando, o que fez bem para mim”
(U-Lilian);

“sempre dou meu exemplo, eu falo de como eu era e como eu sou hoje...
a diferença” (U-Yandra).

Pudemos perceber nesta série de dados que as práticas corporais vinculadas às PICs abordam uma concepção multidimensional de corpo e movimento, concebidos nas conexões entre objetividade e subjetividade. O desenvolvimento da consciência corporal, possível a partir da qualidade de introspecção, favorece os processos de autoconhecimento, considerados sua intenção central. A ideia de união/ligação é bastante expressiva neste conjunto de práticas, uma vez que promovem a conexão das pessoas consigo mesmas, com os outros, com o universo e com o tempo presente, sendo a vivência o momento privilegiado de experimentar esta ligação.

Enunciados 5 e 6:

Possibilitam aprendizados ancorados em uma certa “filosofia” de vida, que as pessoas levam para o cotidiano.

Apoiam-se e disseminam valores como: solidariedade, amor em ação, amorosidade, gratidão, paciência, felicidade, equilíbrio, equalização, além de estimularem qualidades positivas.

Outro aspecto mencionado por condutoras/es de grupos e usuárias/os foi de que as aulas de práticas corporais na perspectiva das PICs são permeadas por falas que levam as/os

participantes a reflexões e se estendem para suas ações no dia a dia. Nas palavras dos/as condutores/as dos grupos:

“a gente vai colocando falas ali no meio das práticas também para pessoa ficar atenta” (CV-Yone);

“a ideia é um grupo aberto para as pessoas fazerem exercício físico e lá a gente ia colocando né algumas das características assim né de como a gente trabalha a *yogaterapia*” (CP-Yacamin);

“a gente vai falando no decorrer das atividades do grupo, nem todo encontro fala tudo, mas vai construindo e depois as pessoas vão se percebendo (...) toda a relação não é só ali na roda, isso elas levam para a vida (CP-Dakota).

Afirmaram que por meio das práticas,

“você vai percebendo sinais e sintomas... então você mesmo vai percebendo né, então ao invés de ir correndo para o médico e não saber quando chegou aquela dor ou aquele sinal, você mesmo vai identificando” (CV-Yemanjá);

“lidar melhor com as questões da vida, e isso também melhora a saúde, né” (CV-Daiana);

“talvez esse viver essa experiência possibilite o ressignificar do cotidiano... então ela vai transformar aquilo, vai transformar a realidade interna, de como ver aquilo (...) acho que é uma possibilidade do ressignificar... que acaba acontecendo naquele ambiente, mas que perpassa né... daí no cotidiano... o que elas vão fazer daí com aquilo... com aquela interação... com aquela prática né... de si e com o outro... Eu percebo isso, porque daí perpassa os muros da onde a gente faz e elas acabam levando para o cotidiano, nas relações, nas outras coisas da vida delas, acaba influenciando” (CP-Dakota);

“muda bastante a postura da queixa (...) o discurso vai modificando, as pessoas não chegam mais com dores, elas chegam felizes porque elas vão dançar” (CV-Dara).

As/os usuárias/os mencionaram algumas percepções neste sentido:

“nossa, eu era totalmente agitada, não, eu sempre trabalhei... eu sou técnica de enfermagem, já faz 25 anos que eu trabalho na área, sempre trabalhei em dois empregos... mas sabe o que é fazer tudo assim no piloto automático?! Tanto que teve um dia, logo acho que umas três... é três... três ou quatro vezes que eu tava fazendo meditação e aí depois eu tava percebendo toda transformação, como eu tava diferente” (U-Yandra)

“eu aprendi a trabalhar essa coisa da impermanência né, que hoje a gente tá aqui conversando né eu tô resfriada, enfim, tô me sentindo mal, amanhã já é outro dia, amanhã eu tô na praia, feliz. Hoje a minha vida tá assim assim como a tua, são a casa, meus filhos, meu cachorro, amanhã pode não estar mais e isso eu tinha dificuldade (...) isso reflete no convívio” (U-Yasmin)

“tem tantas coisas que tu pode evitar, às vezes discussões coisas assim, se tu manter o equilíbrio, às vezes não retrucar, respirar fundo... quer dizer tem coisas que tu leva pro dia a dia até para ajudar uma pessoa... Porque às vezes, eu até porque trabalho em salão, eu vou fazer até Psicologia por isso. Vou me aposentar agora se deus quiser, mas é uma meta minha fazer, porque você trabalha mais como psicóloga do que com... e tu procura ajudar as pessoas” (U-Yvone);

“se aprende muito (U-Darlene)”;

“o lema da dança: a dança significa nossa vida, a gente pode até errar, mas não deve parar” (U-Dalila).

Em geral, esta característica é mais marcada nos grupos de *yoga* e danças circulares, e as falas são provenientes de ensinamentos de base, ou da filosofia que sustenta estas práticas. As/os condutores afirmaram que as práticas estão ancoradas em uma filosofia:

“envolvem uma filosofia de vida (...) o *Yoga* em si, independente do estilo né, você vai ter assim nas escrituras” (CV-Yone);

“a gente traz a filosofia (...) Findhorn é a mãe da dança circular porque essa é um centro espiritual, uma ecovila, a gente trabalha essas questões de solidariedade, de amor em ação, de conexão consigo e com a natureza, essa é a base filosófica da dança, a gente, mesmo não usando essas palavras, a gente trabalha esses elementos com o grupo” (CP-Dakota).

Interessante perceber que, em geral, tal filosofia está relacionada com valores, como na afirmação da condutora imediatamente acima e outras:

“se fosse para resumir em uma palavra eu digo que é amorosidade (...) gratidão, paciência” (CV-Yemanjá);

“amor” (CP-Dakota, CV-Dara e CP-Yacamin);

“reformularam a política de promoção da saúde e conseguiram colocar felicidade (...) eu fiquei feliz de ouvir, Ah, então eu não estou tão fora da casinha, porque até quem tá fazendo as políticas já pensou nisso” (CP-Dakota);

“a gente vai colocando falas (...) aquela questão do não julgar, não tem essa coisa de competição, trazer esse aquietamento na mente durante toda a prática” (CV-Yone);

“tem um simbolismo, colocar um centro, identificar que todos estamos na mesma posição, mesma distância do centro, todos são importantes” (CP-Dakota).

O acesso às bases filosóficas das práticas parece ampliar seu potencial de alcance as/aos praticantes, de modo a favorecer a ressignificação de algumas situações do cotidiano, no sentido de uma certa ética que dá sustentação às práticas e se dissemina por meio delas.

Enunciados 8, 9, 11 e 12:

Partem de concepções ampliadas de saúde, estimulam as pessoas a buscarem um olhar mais profundo do que o imediato para seu processo saúde/doença e a se perceberem como parte do seu tratamento.

São promotoras e recuperadoras de saúde.

Promovem satisfação para profissionais e usuários, bem estar, qualidade de vida, melhoria da saúde/doença e cura em várias dimensões do ser, com eficácia prática sobre problemas duros e sutis das pessoas no cotidiano.

São estratégias de cuidado para dar conta das demandas das comunidades, uma vez que a prática profissional baseada em protocolos, no modelo biomédico e institucional se mostra insuficiente.

Na mesma direção de uma concepção ampliada do corpo, as práticas corporais vinculadas às PICs também preconizaram uma concepção ampliada dos processos saúde-doença nas falas das/os condutoras/es e usuárias/os dos grupos.

Algumas/ns condutores destacaram que estas práticas:

“trabalham com outra visão de corpo e saúde, além do só biológico, só físico” (CP-Lilith);

“outro ritmo e outros olhares para a saúde” (CP-Dandara Liberdade);

“uma visão ampliada sobre a vida, visão complexa sobre a vida, visão integral sobre a coisa (CP-Yacamin)”.

Um deles definiu a concepção de saúde pertinente à prática:

“para *yogaterapia*, o encontro consigo mesmo e com essa sensação, com essa conexão, com esse todo, é o estado de saúde então né... a ideia é que a gente consiga trabalhar essas cinco dimensões [corpo físico, corpo espiritual, corpo emocional, corpo de crença, corpo de bem-aventurança], para que a gente consiga se sentir pleno... e aí sim experimentar essas sensações de prazer, se é a meditação, se é o Nirvana

né... enfim... mas essa sensação de prazer, de valer a pena aquele momento” (CP-Yacamin).

Outras/os condutoras/es dos grupos abordaram essa questão pelos benefícios que as práticas proporcionam, os quais se expressam nas diferentes esferas do corpo e dos processos saúde-doença, sendo ressaltadas nas respostas as dimensões físicas, emocionais, mentais, espirituais e culturais, conforme vemos nas falas:

“o *yoga* ele trabalha a questão do corpo assim, também a força, flexibilidade, a gente trabalha também essa coisa de movimentar as articulações (...) esses *ásanas*... é um caminho também para essa consciência né, que tem com a meditação” (CV-Yone);

“melhora de hipertensão, memória e outras doenças” (CV-Daiana);

“tolerância com o outro, de acertar, consciência corporal que vai sendo também ampliada, trabalha também questões do físico né, que é uma atividade que não deixa de ser aeróbica... questões de equilíbrio e lateralidade, a gente percebe que as pessoas evoluem (...) coordenação motora, memória” (CP-Dakota);

“ter consciência dos sentimentos, transformação do sentimento da pessoa, vai despertando sentimentos (...) são músicas que lembram, trazem a questão da memória afetiva, então a gente mexe com a memória afetiva das pessoas no momento que você traz músicas que ela ouviu de repente lá na infância (...) vamos dançar, conhecer um pouquinho da cultura de cada lugar... pelo menos a cultura musical de cada lugar” (CV-Dara);

“trabalham tanto a liberação das articulações, dos músculos, das partes moles, que a intenção é restabelecer os movimentos naturais, que geralmente com envelhecimento a gente vai apresentando uma maior rigidez” (CP-Dandara Liberdade);

“você vai tendo mais paciência (...) eu também como nutricionista às vezes tento falar sobre a questão do *mindful eating*, atenção plena, para

as pessoas verem as percepções na hora de comer (...) às vezes a pessoa não está só se alimentando de alimentos ruins, mas de ódio, não perdão, não desapego (...) a pessoa ir mais fundo que o imediato [no tratamento]” (CV-Yemanjá);

“cura, bem-estar” (CV-Yohana).

As falas das/os usuárias/os também remetem a percepções de contribuições das práticas em várias esferas:

“bem estar” (U-Dalva);

“bom para o emocional, para fazer amizades, para a coordenação” (U-Damiana);

“melhora problemas na perna; se aprende muito, bom para vida, mais alegre e mais paciente, ajuda na convivência” (U-Darlene);

“melhora dores, fico tranquila, relaxada, saio renovada da aula, qualidade de vida” (U-Yandra);

“melhora problema de coluna” (U-Yvone);

“ajuda com problema no ciático” (U-Lisandro);

“bom para saúde, faz bem” (U-Lineu);

“faz bem, pra manter, ter o equilíbrio” (U-Yvone);

“alongamento, diminuiu dores, mais calma, dormindo melhor, aprendi a me concentrar, relaxa” (U-Lilian);

“melhora depressão” (U-Dalila).

É importante lembrar que a pergunta feita as/aos usuárias/os neste caso não foi sobre as contribuições das práticas corporais das PICs para sua saúde, então, foi interessante notar que

alguns critérios mencionados por elas/eles para convidar outras pessoas para participar das aulas versaram sobre os benefícios que percebem em si, os quais se relacionam a diferentes dimensões da vida e, novamente, com a categoria da vivência abordada anteriormente. Um dos condutores também afirmou que estas práticas

“têm um efeito prático na vida das pessoas (...) a gente acredita nessa dimensão mais sutil das pessoas, mas acho que no nível físico, mais duro mesmo, elas também ajudam (...) as pessoas voltam, trazem outras, dizem que melhoraram, param com medicamentos, param de fumar” (CP-Yacamin).

Pelo espectro de contribuições mencionadas, portanto, foi possível observar que as práticas corporais vinculadas às PICs têm benefícios para a promoção e a reabilitação da saúde individual. Este tema será discutido com detalhes no próximo capítulo da tese, que tem por objetivo analisar as contribuições das práticas para os processos saúde/doença.

Outro ponto destacado pelas/os condutores foi o autocuidado, relacionado com a

“ideia de empoderamento e autonomia (...) me parece que nesses grupos a pessoa se vê ou ela é estimulada a se ver como parte do seu remédio, do seu tratamento (...) o desenvolvimento dessa autonomia para o autocuidado é outra característica que permeia esses grupos” (CP-Yacamin);

“a consciência do autocuidado, acho que desperta essa consciência de que eu preciso fazer por mim, porque eu que preciso me conhecer, responsabilizar-se por si, essa questão da autonomia também traz a questão da responsabilidade” (CV-Dara);

“enquanto a pessoa não tiver essa consciência (...) ela vai lá e tô com dorzinha, então vai me dar um medicamento e vai melhorar... não... isso é uma coisa imediata só né... tem que ir mais fundo” (CV-Yemanjá).

A amplitude de alcance mencionada pareceu ser uma aposta dos condutores, percebida pelas/os usuárias/os, para superar alguns limites do modelo biomédico para o cuidado com a saúde. Para um condutor:

“sempre gostei e sempre acreditei na proposta no trabalho de grupo (...) são espaços de um cuidado bem diferente do cuidado dentro do sistema de saúde (...) bem diferente da forma habitual com que se vê o cuidado né, como uma orientação, com uma prescrição, assim” (CP-Yacamin).

Para outra condutora, estes grupos são:

“uma possibilidade de cuidado... então, eu sentia muita carência na minha prática, ficando atenta às demandas da população eu via que a minha prática, se ficasse só concentrada no modelo biomédico e em algumas questões institucionais, como quando se trabalha muito conduzido às vezes em caixinhas né (...) eu sentia que eu precisava de outras possibilidades... é claro que só uma prática só não vai dar conta e nem é esse o objetivo de dar conta da pessoa integralmente e tudo... e sim tem que ter essa gama de possibilidades... Né... e eu sentia e sinto ainda que precisamos de mais essa, essa necessidade existencial né... então a minha profissão, eu sou enfermeira, a gente fala tanto de cuidado e eu me sentia não conseguindo ter estratégias... mas então como eu vou cuidar então? E hoje me sinto, quando eu vejo a roda funcionando, eu me sinto desempenhando essa atividade de cuidado... e tá promovendo isso... então é uma coisa que muito me satisfaz... não que as outras coisas do meu fazer não sejam importantes também... porque às vezes uma situação não vai dar conta... em outra... mas em muitos casos, no acolhimento tu via: eu não tô conseguindo... não é isso que a população está me pedindo... tá ali gritando! que precisa de outras estratégias né... então o profissional que é atento ele vai perceber” (CP-Dakota).

Deste ponto de vista, as práticas corporais na perspectiva das PICs parecem se constituir como espaços de (auto)cuidado diferente do biomédico e estão fundadas numa visão complexa e multidimensional do ser humano e dos processos saúde-doença, a qual parece atender de modo mais satisfatório as demandas das/os usuárias/os, que se expressam nas múltiplas dimensões humanas.

Enunciado 13:

Associam os movimentos com a respiração, o que também promove a conexão com o corpo e o tempo presente.

A respiração foi mencionada por várias/os condutores como elemento comum das práticas corporais vinculadas às PICs. A maioria apenas citou essa característica como algo que todas as práticas abordam e uma condutora afirmou que

“a respiração é tudo, ela nos conecta com o corpo e o tempo presente”
(CV-Yemanjá).

Embora não tenha havido maior detalhamento nas falas, a respiração tomou força para se manter como uma categoria, uma vez que foi um elemento constantemente presente durante as aulas (Diário de campo), além de ser citado com frequência, de maneira autoexplicativa, nas falas das/os condutores.

Enunciado 14:

Abordam questões energéticas e espiritualidade, sem cunho religioso.

Questões sobre energia foram mencionadas, especialmente pelas/os condutores, como ponto comum das práticas corporais na perspectiva das PICs. Algumas compreensões estiveram relacionadas a certo fluxo vital que atravessa o corpo humano, enquanto outras remeteram à espiritualidade.

“energia: todas atuam para circulação e obtenção de energia e em associação com a respiração” (CP-Quirino);

“trabalham com energia” (CP-Dandara Liberdade e CP-Lilith);

“trabalham campos de força e energia, conectar-se com o Eu superior”
(CV-Daiana);

“questão energética e da espiritualidade, que depende das crenças de cada um” (CP-Dandara Liberdade).

Na descrição das práticas, algumas/ns condutores mencionaram esse aspecto. No caso do *lian gong*,

“seu criador utilizou tanto o conhecimento dos meridianos, canais energéticos, quanto associou a isso alguns conhecimentos que ele tinha de manobras de tui-ná e também outras coisas que ele utilizava como ortopedista (...) a gente faz a pressão para estimular também a questão dos órgãos e outras questões mais energéticas mesmo” (CP-Dandara Liberdade).

Sobre o *yoga*, considerou-se a existência de um

“corpo energético (...) e a integração corpo-mente-espírito” (CP-Yacamin).

No caso das danças circulares, uma condutora mencionou que

“a gente entra um pouquinho na questão da espiritualidade, mas não tem algo religioso” (CP-Dandara Liberdade).

Durante a roda de conversa, uma condutora perguntou como as colegas lidam com o preconceito religioso, que ocorre com muitas destas práticas. Mencionou que sua mãe uma vez disse que o ornamento do centro da roda de dança circular era “coisa de macumba”. As condutoras estabeleceram um diálogo:

“- A gente explica mesmo que isso não tem nenhum cunho religioso... E que aquilo [o centro] tem um significante justamente da união” (CV-Dara);

- A gente colocou um centro até para nos ajudar a nos mantermos em roda, para mostrar que todas as pessoas [são iguais]... como referência... a gente não trabalha muito esses aspectos... a gente às vezes até traz um simbólico do centro... a gente até tem um ritual, tirar uma energiazinha [referindo-se às cartas dos anjos]... a gente nem fala em... depois elas mesmo que falam, falaram de energia, energia (sorrisos, concordância dos demais) e elas adoram; a gente não quis trazer como um elemento

e sim como uma energia positiva, ah, tira ali bondade, força, coragem, entusiasmo... Isso é uma qualidade, algo para se trabalhar na semana... aí a gente já vai trazendo esse, esse simbólico; nunca pelo menos chegou até mim essa questão; tem pessoas que são mais religiosas, às vezes elas trazem... a gente tenta lidar da forma mais natural assim... no final a gente se abraça, passa um beijinho... às vezes dá uma abertura pra que se alguém quer falar alguma coisa... algumas falam, trazem a questão da religiosidade, de Deus, agradecem... a gente respeita, acolhe, mas a gente não traz isso... porque tu pode ter ateu que queira participar e não tem problema... não precisa nem crer em Deus pra tá ali... mas se elas trazem a gente acolhe... e eu vejo com harmonia assim... nunca tive problema” (CP-Dakota).

Durante as observações realizadas ao longo do trabalho de campo, duas condutoras relataram que tiveram problemas no uso do espaço, quando realizavam suas aulas em salões de igrejas da comunidade. Uma delas disse que o pastor não autorizou as aulas de *lian gong* no interior da igreja, disponibilizando apenas o pátio, por conta do tipo de prática. A outra afirmou que nos primeiros dias do grupo de *yoga*, o pessoal da igreja ficou acompanhando as aulas, um pouco desconfiado, e isso a intimidou; após um tempo, as aulas foram transferidas para a biblioteca da comunidade. Esta condutora disse que atualmente adaptou sua prática, retirando qualquer elemento que possa dar margem para uma interpretação religiosa, como, por exemplo, os mantras. Numa situação em outro centro de saúde, foi possível observar uma proposta semelhante, onde a condutora orientava ao final da aula de *yoga* que cada um fizesse sua oração, diferente de outros grupos visitados em que as/os condutores proferiram uma oração final oriunda da tradição do *yoga* (Diário de campo).

Durante a roda de conversa, uma condutora concebeu que

“essas práticas todas que nós fazemos são uma grande oportunidade de transformar sentimentos e de evolução espiritual” (CV-Dara).

E outra estendeu esse entendimento para profissionais da saúde, referindo

“a inteligência espiritual que a gente quer que todas as pessoas da saúde tenham, porque senão a gente vai ficar só em cima de protocolo” (CV-Yemanjá).

A compreensão da energia e da espiritualidade como uma certa força vital que atravessa o corpo humano e como uma força cósmica que sustenta o universo e a vida, animam o conjunto de práticas corporais na perspectiva das PICs, mas estabelecem um conflito com relação a religião. Embora várias destas práticas possam ser compreendidas com relação à religião no contexto cultural em que se enraízam, quando suas propostas se localizam no âmbito do SUS, parece que as diferenças que podem ocasionar não participação são amenizadas por parte das/os condutores. Mesmo assim, parece que, em geral, as dimensões imateriais de energia e espiritualidade não deixam de ser mencionadas, inclusive por dentro dos princípios filosóficos das práticas que compõem o contexto das aulas.

Enunciado 15:

São comprovadas cientificamente, ao mesmo tempo em que tencionam a ciência hegemônica.

A questão da ciência foi mencionada especificamente por duas condutoras. Uma disse que o que as práticas corporais das PICs têm em comum é que elas

“compreendem que nem tudo pode ser explicado pela ciência normal”
(CP- Ynaiê).

Esta fala chamou atenção para os limites da racionalidade científica moderna, amparada na perspectiva newtoniana-cartesiana, sobretudo para a explicação dos fenômenos relacionados às PICs, os quais demandam outro olhar epistemológico.

Outro contexto em que a questão da ciência apareceu foi na descrição da prática feita por uma condutora na roda de conversa, quando afirmou que a meditação do tipo *mindfulness*

“é uma prática comprovada cientificamente (...) ela atinge essa parte frontal do cérebro onde a gente toma decisões, raciocínio lógico, onde a gente escolhe... então diferente do sistema límbico que é onde tem a parte da emoção” (CV-Yemanjá).

Neste caso, houve uma valorização da ciência como meio de valoração da prática *mindfulness*, sublinhando uma discussão recorrente no âmbito das PICs, que se refere à necessidade de sistematização de evidências para legitimação destas práticas em contextos

institucionais como o SUS, especialmente para enfrentar as resistências colocadas pela medicina hegemônica.