Ana Tereza Costa Galvanese

**Corporeidade nos grupos de práticas integrativas corporais e
meditativas na rede pública de atenção primária à saúde da
região oeste do município de São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutora em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora:

Prof^a Dr^a Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira

Coorientador:

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP).

São Paulo
2017

Ana Tereza Costa Galvanese

**Corporeidade nos grupos de práticas integrativas corporais e
meditativas na rede pública de atenção primária à saúde da
região oeste do município de São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutora em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora:

Prof^a Dr^a Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira

Coorientador:

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP).

São Paulo
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Galvanese, Ana Tereza Costa

Corporeidade nos grupos de práticas integrativas corporais e meditativas na rede pública de atenção primária à saúde da região oeste do município de São Paulo / Ana Tereza Costa Galvanese -- São Paulo, 2017.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira.

Coorientador: Nelson Filice de Barros.

Descritores: 1.Atenção primária à saúde 2.Política de saúde 3.Saúde holística 4.Terapias complementares 5.Promoção da saúde 6.Integralidade em saúde 7.Pesquisa qualitativa

USP/FM/DBD-164/17

*À Julia (in memoriam),
que me ensinou a delicadeza da Vida*

*Ao Gabriel e ao Leandro,
com quem aprendo que a Vida é força*

Agradecimentos

À Profª Drª Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira, minha orientadora, pela paciência e pela presença segura em todos os momentos, mesmo aqueles mais difíceis; e pelo cuidado generoso, repleto de carinho: não há palavras suficientes para expressar o quanto sou grata.

Aos participantes das práticas, trabalhadoras e trabalhadores das unidades de saúde que participaram da pesquisa, pela acolhida e pela generosidade de partilhar conosco seus conhecimentos e experiências.

Ao Prof. Dr. Emilio Telesi Jr e aos demais responsáveis pela coordenação das práticas na Secretaria de Saúde do município de São Paulo, que tornaram este trabalho possível.

Ao Prof. Dr. Nelson Filice de Barros, meu coorientador a partir da qualificação, pelas oportunidades de ampliar as interlocuções com outros pesquisadores da área, pelo apoio em situações incertas e pela confiança depositada no meu trabalho.

Aos Professores Doutores da minha banca de qualificação, Eliane Dias de Castro, Márcia Thereza Couto Falcão, Nelson Filice de Barros, Charles Dalcanale Tesser e Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani, pelos comentários, críticas e sugestões que muito contribuíram à conclusão deste trabalho.

À Profª Drª Heloisa Pires Lima, pela generosidade em debater e indicar caminhos e literatura para abordar os dilemas culturais que se apresentaram no decorrer da pesquisa; ao Prof Dr André Mota, pelos comentários e indicações de literatura; à Profª Drª Cristiane Regina Xavier Fonseca Janes, por sugestões práticas que me ajudaram a concluir a tese; à Profª Drª Terezinha Martins, por leituras sugeridas ainda no mestrado, só incorporadas no doutorado.

Ao Leandro Galvanese Kuhlmann, por transcrições e pela tradução para o inglês do resumo da tese. Ao Gabriel Galvanese Kuhlmann pela revisão final do texto da tese. A Ana Ângela Boschetti, Madalena e Miranda Guedes Allain, por trabalhos de transcrição.

À Lilian Santos de Godoy Prado, Marlene Goreti de Sales e Miriam Regina de Souza pela atenção dedicada e pelo apoio logístico.

À Fernanda, José Francisco, Regina, Sandra, pela integralidade dos cuidados recebidos. À Nilceia e ao Domingos por cuidados de corpo e alma.

Aos queridos amigos que me acompanharam nessa jornada, é impossível nominá-los todos: Leandro, Gabriel e Mariana; Fátima e Horácio; Vera, Heloisa, Ana Ângela, Terezinha; Andréia, Clarissa, Magna e todos os outros queridos que não cabem aqui.

Gracias a la Vida, que me há dado tanto!

Não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes.

Paulo Freire

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors
(Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valeria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Serviço de biblioteca e Documentação; 2011.

SUMÁRIO

Lista de Siglas

Lista de Tabelas

Resumo

Summary

Apresentação

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Práticas corporais e meditativas.....	4
1.2. As práticas corporais e meditativas na PNPIC.....	5
1.3. O problema de pesquisa.....	10
2. OBJETIVOS.....	13
3. APONTAMENTOS PARA O ESTUDO DA CORPOREIDADE NAS PRÁTICAS.....	15
3.1. Relações entre corporeidade e contexto.....	15
3.2. Duas possibilidades para a abordagem da dualidade corpo-mente.....	17
3.3. Uma escolha teórica: a perspectiva delineada por Csordas.....	19
3.3.1. A corporeidade no enfrentamento da dualidade sujeito-objeto.....	21
3.3.2. A corporeidade no enfrentamento da dualidade estrutura-prática.....	22
3.3.3. O conceito de modos somáticos de atenção.....	23
3.3.4. As relações corpo-mundo: corporeidade e agência.....	24
4. MÉTODOS.....	25
4.1. A produção das informações.....	26
4.2. Considerações éticas.....	28

4.3. A perspectiva metodológica adotada na análise.....	28
4.4. Processo de análise das informações do campo.....	30
5. CONTEXTO DO CAMPO.....	33
5.1. Entre o planejamento e o contexto do campo.....	39
5.2. A imersão no contexto do campo.....	40
6. A CORPOREIDADE COMO TEMA SUBJACENTE AO CUIDADO NAS PRÁTICAS ANALISADAS.....	43
6.1. Noções de corpo dos profissionais.....	43
6.2. A corporeidade nos modos de cuidado.....	47
6.3. Desafios observados nos modos de cuidar pela via da corporeidade...	51
6.4. Abordagens da corporeidade e o enfrentamento da dualidade corpo-mente.....	56
7. PRÁTICAS CORPORAIS E MEDITATIVAS: CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS À PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	59
7.1. Práticas integrativas e complementares e a promoção da saúde.....	61
7.2. A inserção ambígua das práticas corporais e meditativas na PNPS.....	62
7.3. Promoção da saúde e o agir do sujeito no mundo.....	63
7.4. Corporeidade, agência e promoção da saúde.....	66
7.5. Ações territoriais e a agência dos sujeitos nas relações corpo-mundo..	71
8. PRÁTICAS CORPORAIS E MEDITATIVAS E A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE.....	79
8.1. Práticas corporais e meditativas: sinergia entre promoção e cuidado terapêutico.....	81
8.2. As práticas em contextos de integração ou de fragmentação dos cuidados.....	84
8.2.1. Integralidade e a perspectiva integrativa no olhar dos profissionais.....	86

8.3. Articulação dos cuidados e a perspectiva integrativa: transições e superposições.....	89
9, O IMPERATIVO DA SAÚDE	
E AS PRÁTICAS CORPORAIS E MEDITATIVAS.....	93
9.1. Corporeidade e o imperativo da saúde.....	93
9.2. O cuidado de si e o autocuidado: ascese como prática da liberdade....	96
9.3. A ascese do corpo como finalidade última em práticas contemporâneas.....	99
9.4. O observado nas práticas e o imperativo da saúde: tendências e desafios.....	102
9. CONCLUSÕES.....	107
10. ANEXOS.....	109
11. REFERÊNCIAS.....	121

Lista de Siglas

APS	Atenção Primária à Saúde
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEU	Centro Educacional Unificado
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
MCA	Medicina Complementar/Alternativa
MT	Medicina Tradicional
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
MTC ²	Medicina Tradicional e Complementar
MTHPIS	Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMSP	Prefeitura do Município de São Paulo
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SMS-SP	Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

Lista de Tabelas

Tabela 1

Práticas corporais e meditativas informadas pelos serviços e observadas.....34

Tabela 2

Práticas corporais e meditativas observadas e contexto da observação.....36

Tabela 3

Práticas corporais e meditativas: profissionais entrevistados na pesquisa.....37

Tabela 4

Práticas corporais e meditativas: usuários entrevistados na pesquisa.....39

Resumo

Galvanese ATC. *Corporeidade nos grupos de práticas integrativas corporais e meditativas na rede pública de atenção primária à saúde da região oeste do município de São Paulo* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

As práticas integrativas e complementares fazem parte dos cuidados em saúde adotados pela população; e sua incorporação ao Sistema Único de Saúde (SUS) é objeto da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Suas modalidades mais numerosas nos serviços de saúde e, também, menos incluídas nessa política são as práticas corporais e meditativas. Os objetivos da pesquisa foram descrever essas práticas: por que, de quem, com quem e como é produzido esse cuidado; e identificar suas contribuições à integralidade do cuidado. O método de pesquisa foi qualitativo e a produção dos dados foi realizada em duas regiões administrativas de uma Coordenadoria Regional de Saúde do município de São Paulo. Dos 32 serviços que funcionavam como porta de entrada para o SUS na região, participaram da pesquisa 16 serviços, sendo 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e quatro outras unidades de saúde. A produção dos dados foi realizada de outubro/2013 a setembro/2014, através de entrevistas semiestruturadas com 29 profissionais e 36 usuários praticantes; e de observação participante de 31 práticas corporais e meditativas em grupo, entre as 67 existentes na região. Os critérios de escolha foram a diversidade das práticas, pressuposta pela diversidade dos nomes; e a observação de mais de uma prática entre as mais frequentes. Foram observadas práticas de Tai Chi, Lian Gong, Qi Gong, Yoga, Capoeira, Danças, Meditação, Relaxamento, Consciência e Percepção Corporal, limitadas a uma sessão por prática. A análise foi inspirada no referencial fenomenológico existencial, na abordagem denominada *Analítica do Sentido*. As práticas foram investigadas em sua dimensão de trabalho em saúde, independentemente das abordagens empregadas. A corporeidade foi identificada como tema subjacente, traço definidor dos recursos dos profissionais e dos modos de cuidado em todas as práticas. Em relação à promoção da saúde, foram identificadas convergências em relação ao conceito positivo e ampliado de saúde, bem como contribuições ao protagonismo dos praticantes e ao seu acesso a bens e recursos culturais do território, através do apoio ao exercício da agência e da produção das práticas não somente nos serviços de saúde, mas também em espaços públicos do entorno. As contribuições à construção da Integralidade foram relativas à união entre promoção e cuidado terapêutico nessas práticas; enquanto os desafios se mostraram ligados à necessidade de informar e aprofundar o diálogo com os demais profissionais de saúde e de produzir conjuntamente o cuidado, de modo a contribuir mais significativamente na elaboração dos projetos terapêuticos singulares. Foram também apontados os diferenciais dessas práticas em relação àquelas desenvolvidas sob a lógica do mercado, quanto às formas de sociabilidade e ao risco de autonomização do cuidado com o corpo. A título de conclusão, é apresentada uma definição que abarca o conjunto das práticas analisadas e a sugestão da organização de uma rede de informações e experiências dessas práticas no SUS.

Descritores: atenção primária à saúde; política de saúde; saúde holística; terapias complementares; promoção da saúde; integralidade em saúde; pesquisa qualitativa.

Summary

Galvanese A. T. C. *Corporeality in integrative and meditation practice groups in the primary public healthcare system of the West region of the city of Sao Paulo* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2017.

The integrative and complementary practices are part of the healthcare practices adopted by the population; its incorporation to the public healthcare system is part of the National Integrative and Complementary Practices Policy. The most numerous modalities in primary healthcare units, and also the less included in this Policy are corporal and meditative practices. The objectives of this research were to describe these practices: why, for whom, to whom and how this healthcare is produced; and also to identify its contributions to the integrality of the healthcare. The qualitative research method was chosen, the data was gathered in two administrative subdivisions of one regional division of the city of Sao Paulo's public healthcare system. From 32 existing primary healthcare units a total of 16 participated in the survey. The data was gathered from October/ 2013 to September/2014, through semi-structured interviews with 29 health professionals and 36 patients; and through participation and observation of 31 out of the 67 corporal and meditation group practices being applied in the region, such as *Tai Chi*, *Lian Gong*, *Yoga*, *Capoeira*, Dances, Meditation, Relaxation Techniques, Consciousness and Body Perception, limited by one session per activity. The analysis was based on an existential-phenomenological approach denominated as *Analítica do Sentido*. The practices were investigated in its healthcare dimension, regardless of the applied approach. The corporeality was identified as an underlying topic, a defining trace of the health professionals' repertory and of the healthcare aspect of all practices. Regarding health promotion, there were identified convergences in relation to: a positive and amplified health concept; to the contribution of a protagonism of the patients and the contribution to their access to cultural and material assets of the territory, through support to agency exercise and through implementation of health practices not only in health centres but also in surrounding public areas. Contributions to development of Integrality were related to the strong bond between health promotion and healthcare in these practices; while the challenges seem to be related to the necessity to inform and improve the dialogue with the other health professionals and for those professionals to produce the healthcare together, in order to contribute more significantly to the elaboration of singular therapeutic projects. There were also pointed out the aspects that distinguish these practices in relation to those developed under market interest logic, regarding sociability forms and the risk of autonomization of body healthcare. As a conclusion, it is presented a definition that embraces the set of analysed practices and a suggestion on how to organize an information and experiences network of these practices in the Public Healthcare System.

Descriptors: holistic health; complementary therapies; public health; health policy; health promotion; integrality in health; qualitative research.

Apresentação

Este estudo é dedicado à investigação das abordagens da corporeidade nas práticas corporais e meditativas oferecidas à população na rede pública de atenção primária da região oeste do município de São Paulo. Recorro às narrativas dos usuários praticantes, dos profissionais que as desempenham e à minha própria, de pesquisadora ao me aproximar desse universo, em busca de compreender os sentidos atribuídos às práticas por seus diferentes atores e, ainda, as relações entre estas e o cuidado integral à saúde.

O tema da pesquisa está posto no contexto da construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, enquanto possibilidade de integração, à rede pública de atenção primária, de abordagens de saúde antes tidas como alternativas, depois como complementares e que atualmente são cada vez mais conhecidas por seu potencial integrativo.

O desejo de realizá-la mostrou-se viável a partir dos aprendizados vivenciados na equipe de pesquisa do projeto *Avaliação dos Centros de Atenção do município de São Paulo* e na pesquisa de mestrado sobre a produção do cuidado através da arte e da cultura nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de São Paulo. Ao convívio com uma equipe de pesquisa interessada e cheia de vitalidade, acrescentei a grata experiência do mestrado, em que encontrei uma orientadora paciente e uma orientação segura e consistente, com inúmeras interlocuções e apoios.

Outra dimensão constitutiva desta pesquisa foi a minha trajetória de formação em Terapia Ocupacional, especialmente ao participar de atividades do Programa Permanente Composições Artísticas e Terapia Ocupacional/ PACTO, um dispositivo artístico e clínico ligado ao Laboratório de Estudo e Pesquisa Arte e Corpo em Terapia Ocupacional

da FMUSP. A questão da corporeidade se apresentou, aí, como um modo de olhar abrangente, capaz de interligar ensino, pesquisa e acompanhamento a grupos da comunidade.

Como pesquisadora, entendo que fazer parte do que se quer saber implica possibilidades, limites e desafios; e considero necessário dizer que vejo esse cenário com os olhos de quem viveu, pessoal e profissionalmente, o “alternativo”, o “complementar” e hoje deseja conhecer melhor os limites e possibilidades do “integrativo”. Minhas primeiras questões com o corpo me conduziram ao Yoga, nos anos de 1970. Em 1984, procurei a antiginástica, com o desafio de recuperar a minha vitalidade, então abalada por uma perda extremamente difícil; e, através do trabalho com meu corpo, reencontrei os sentidos para viver. Essa experiência despertou meu interesse por modos de cuidado que, para além de um senso estrito de saúde, fortalecem a saúde de *ser*, diante dos eventos da vida: ser consigo mesmo, com o outro, com o mundo. Esse interesse me levou a percursos breves de aprendizados em diversas direções: das técnicas de relaxamento e integração fisiopsíquica à eutonia, das modalidades de dança e pesquisa do movimento à dançaterapia, entre outras abordagens; e mais tarde às técnicas de massagem oriental, à meditação e ao Reiki; e ao trabalho com atendimento individual e oficinas. No decorrer desta pesquisa, meu aprendizado pessoal foi ainda intensificado pelo contato com os desafios das condições crônicas e com as possibilidades e limites dessas abordagens diante dessas condições.

A *Introdução* a seguir apresenta o contexto de construção da política no plano nacional, a delimitação do estudo e o problema de pesquisa; e é complementado pelos *Objetivos*. O propósito dos capítulos *Apontamentos para o estudo da corporeidade nas práticas* e *Métodos* é familiarizar o leitor com as escolhas teóricas e metodológicas da pesquisa. O capítulo *Contexto do Campo* apresenta sinteticamente as informações

produzidas, complementadas e analisadas nos capítulos subsequentes: *A corporeidade como tema subjacente ao cuidado nas práticas analisadas*; *Práticas corporais e meditativas: contribuições e desafios à Promoção da Saúde*; *Práticas corporais e meditativas e a construção da Integralidade*; e *O imperativo da saúde e as práticas corporais e meditativas*. Por último, as *Conclusões* apontam as limitações e apresentam as propostas da pesquisa.

Boa leitura!

1. Introdução

As práticas atualmente denominadas integrativas e complementares fazem parte dos cuidados em saúde adotados pela população, fora dos espaços institucionais dos serviços. A homeopatia, a acupuntura e a fitoterapia são previstas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação, em 1988; e a efetiva incorporação dessas práticas no âmbito deste Sistema está em curso, através da construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída através da Portaria MS nº 971, de 03/05/2006.

Essa política, por sua vez, é resultado de uma longa trajetória, para a qual contribuíram movimentos populares no campo da saúde, estudos teóricos e pesquisas empíricas. Uma das bases da sua formulação resulta de um estudo teórico comparativo de sistemas médicos complexos, a saber, a medicina ocidental contemporânea, a homeopatia, a medicina tradicional chinesa e a medicina indiana denominada ayurvédica (Luz.1988, 1995, 2003)¹. Deste estudo resultou um entendimento sobre a coexistência de diferentes racionalidades médicas na sociedade contemporânea, em que a racionalidade ocidental, orientada basicamente pelo paradigma da normalidade/ patologia, está ligada à priorização de abordagens medicamentosas e cirúrgicas, enquanto as medicinas ditas holísticas, referidas ao paradigma da vitalidade/ energia, comportam uma multiplicidade de outras práticas de cuidado e autocuidado².

¹ Estudo desenvolvido no âmbito do Projeto “Racionalidades Médicas e Práticas em Saúde Coletiva”, iniciado em 1991 no Instituto de Medicina Social da UERJ e atualmente sediado na Universidade Federal Fluminense, com ramificações e intercâmbios com várias unidades acadêmicas do país.

² Entende-se por racionalidade médica um sistema médico complexo, simbolicamente e empiricamente estruturado quanto à cosmologia, doutrina médica, morfologia, fisiologia, sistema de diagnóstico e de intervenção terapêutica (Luz 1988).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares veio atender a recomendações da Organização Mundial de Saúde sinalizadas na Declaração de Alma-Ata (WHO 1978), a partir das quais foi formulada uma estratégia para a incorporação da Medicina Tradicional aos sistemas nacionais de saúde, com recomendações, aos Estados-Membros, de desenvolvimento de estudos científicos e políticas públicas para facilitar a integração de medicinas tradicionais aos seus sistemas de saúde (WHO 2002, Brasil 2006, Telesi 2016)). Os conceitos de *medicina tradicional* e *medicina complementar/alternativa* (MT/MCA), adotados inicialmente (WHO 2002) deram lugar à definição de *medicina tradicional e complementar* (MTC)³. Esta, por sua vez, abarca diferentes racionalidades, tradições, concepções e práticas de cuidado ao fundir os dois conceitos anteriores: a medicina tradicional, que é definida como:

la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales (WHO 2014:15).

e a medicina complementar, ou alternativa, referida:

a un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante (WHO 2014:15).

Além de corresponder a recomendações da OMS, a criação da PNPIC vem ao encontro de aspirações manifestadas já na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986,

³ Em WHO (2014) a sigla MTC significa *Medicina Tradicional e Complementar*. A mesma sigla é correntemente empregada nos documentos da PNPIC com o significado de *Medicina Tradicional Chinesa*. Para diferenciar os significados neste texto, empregaremos MTC² quando se tratar da primeira situação (WHO) e MTC quando se tratar da segunda (PNPIC).

quando foi indicada a “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida” (Brasil 2011:5). Desde a criação do SUS, inúmeras experiências relacionadas a este rol de práticas foram desenvolvidas em nível local; e a pertinência da sua incorporação ao SUS foi objeto de deliberações da 10º, 11º e 12º Conferências Nacionais de Saúde; da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001; da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2003, a qual enfatizou a necessidade de acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos; e da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004 (Brasil 2006).

A abrangência da PNPIC está fundamentada nas definições de sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos. Os primeiros são definidos como “as abordagens do campo das PICS que possuem teorias próprias sobre o processo saúde/doença, diagnóstico e terapêutica” (Luz 2003, Brasil 2006:10, Brasil 2013). Já os recursos terapêuticos são definidos como os instrumentos utilizados nos diferentes sistemas médicos complexos. Até o momento, a PNPIC abrange três sistemas médicos complexos e dois recursos terapêuticos, respectivamente: Medicina Tradicional Chinesa; Homeopatia; Medicina Antroposófica; Plantas Medicinais e Fitoterapia; e Termalismo Social. Embora a formulação original da política não mencione os demais recursos terapêuticos adotados no SUS, suas modalidades mais disseminadas na atenção primária são as práticas corporais e meditativas, compostas por recursos terapêuticos da Medicina Tradicional Chinesa e por um elenco diversificado de práticas complementares ainda pouco discutidas e exploradas (Brasil 2009, 2011, Sousa et al 2012).

Desde que essa política foi instituída, alguns avanços têm sido registrados em relação à regulamentação dos sistemas médicos complexos; e às regulamentações

específicas, tais como o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e a Farmácia Viva. Em relação às demais práticas, houve a regulamentação de parte das práticas derivadas da MTC (Brasil 2013); a inclusão, nas tabelas de remuneração dos serviços, da terapia comunitária, dança circular e biodança, yoga, oficina de massagem e automassagem, massoterapia e orientação de tratamento termal ou crenoterápico (Brasil 2016a); e, posteriormente, exclusão, reinclusão em nova tabela e relançamento dessas mesmas práticas, juntamente com a incorporação da arteterapia, ayurveda, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reiki, reflexoterapia e shantala. (Brasil 2017a, 2017b).

A PNPIC tem por finalidade atender às necessidades de consolidação do conjunto de práticas por ela abrangidas, quanto a parâmetros técnicos e administrativos, insumos, processos de acompanhamento, avaliação e formação de recursos humanos (Brasil 2006);

1.1. Práticas corporais e meditativas

Práticas corporais é um termo associado “à descoberta e à consciência do corpo, ao significado do cuidar e estar atento aos desconfortos e às diversas maneiras de perceber e exercitar a sua potência” (Carvalho 2006:34). O termo se refere a práticas que extrapolam a dimensão fisiológica das denominadas atividades físicas, estas, definidas como qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética que eleve o gasto energético (Brasil 2010b:125-6). As práticas corporais constituem “componentes da cultura corporal dos povos, dizem respeito ao homem em movimento, à sua gestualidade, aos seus modos de se expressar corporalmente” (Carvalho 2006:34). Trata-se de um termo em processo de definição conceitual, associado à “crítica à forma de organização da vida

contemporânea e seus desdobramentos no corpo” (Lazzarotti Fº et al 2010:65) ⁴; a uma concepção ampliada de saúde e aos pressupostos conceituais da Saúde Coletiva (Carvalho 2003, Alves e Carvalho 2010, Mendes 2013, Fraga, Carvalho e Gomes 2013); e identificado com desafios da promoção da saúde no SUS (Carvalho 2006, Martinez et al. 2013).

As práticas meditativas fazem parte de diversas tradições culturais, entre as quais as da Índia e do Tibete. O crescente interesse por essas práticas no Ocidente deu origem a abordagens de meditação laica, a pesquisas no âmbito das neurociências e à inserção dessas práticas, especialmente, no campo da Saúde e da Educação. Entre essas diversas práticas há pontos em comum, tais como os procedimentos regulares e definidos, que produzem relaxamento psicofísico e lógico (ausência de expectativa em relação ao processo), o foco de atenção voltado para determinado ponto (denominado “âncora”) e aprendizado voltado à prática autônoma (Cardoso et al 2004).

1.2. As práticas corporais e meditativas na PNPIC

As dificuldades de inclusão das práticas corporais e meditativas na PNPIC podem ser identificadas através de documentos oficiais que tratam dos aspectos gerais dessa política (Brasil 2006,2009,2011,2016b, 2017a, 2017b, 2017c)⁵.

⁴ Em revisão da literatura acadêmica brasileira que abrangeu 260 artigos, além de 17 teses e dissertações, Lazzarotti Fº et al (2010) constataram que o uso do termo se intensificou a partir do ano 2000, especialmente em pesquisas de interface da educação física com as ciências humanas; a preocupação de definição conceitual está ausente na maioria dos trabalhos; e o termo é empregado com diversos significados e sentidos.

⁵ O site da Biblioteca Virtual em Saúde inclui no descritor *PNPIC* outros documentos além dos citados: regulamentações específicas relativas ao Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, à Farmácia Viva, à Crenoterapia e ao Termalismo; e tabelas de remuneração dos serviços, entre outros. Em <http://bvsmis.saude.gov.br>. Acesso em 23/04/2016.

O documento inicial (Brasil 2006) situou a criação da PNPIC na perspectiva do “estabelecimento de políticas para garantir a integralidade na atenção à saúde” (...) “princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS” (Brasil 2006:4-5). Foram também afirmados nesse documento os princípios comuns às práticas abrangidas por essa política:

Tais sistemas e recursos 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 são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (Brasil 2006:10)

O texto fez também referência à existência de experiências na rede pública estadual e municipal; e à ausência de diretrizes para o seu desenvolvimento, avaliado como desigual e descontinuado. O documento afirmou a “necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados” (Brasil 2006:4). A atenção primária foi estabelecida como prioridade na implantação dessa política. Um diagnóstico situacional das práticas já existentes no SUS citado como subsídio para a elaboração da política registrava que as práticas complementares foram predominantes quanto à frequência (62,9%), com destaque para o Reiki e o Lian Gong. Em seguida, vinham a Fitoterapia (50%), a Homeopatia (35,8%) e a Acupuntura (34,9) (Brasil 2006:77-79). Apesar da ênfase na interação com ações e serviços existentes e da constatação da predominância de práticas corporais e meditativas, estas ficaram à margem da regulamentação.

O documento de 2009 (Brasil 2009) consistiu em relatório do 1º Seminário Internacional Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC, realizado em

parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em maio de 2008. O texto é composto de um relatório analítico e um relatório descritivo. No primeiro, a apresentação das Práticas Integrativas e Complementares incorporadas ao SUS reiterou a delimitação das práticas aos sistemas médicos complexos, enquanto o relato sobre experiências brasileiras confirmou a diversidade das abordagens adotadas nas experiências locais:

As práticas integrativas e complementares predominantes nessas experiências foram: homeopatia, acupuntura e fitoterapia, além de práticas corporais de diversas modalidades. Existe uma gama muito grande de PICs presentes, podendo ainda ser citadas: bioenergética, ioga, nutrição saudável, massagem, arte e musicoterapia, práticas educativas diversas, além de muitas outras (Brasil 2009:37).

Já o relatório descritivo tratou das experiências de estados e municípios: entre as práticas que não pertenciam ao elenco oficial estavam: bioginástica, ioga, práticas corporais denominadas “corpo em movimento”, bioenergética, dança e percussão, automassagem, shantala, meditação, dança circular, danças étnicas, reiki, shiatsu, drenagem linfática, massagem sueca tradicional, “quick massage”, pilates, quiropraxia, reiki, RPG, musicoterapia, arteterapia, entre outras.

Em 2011 foi publicado o Relatório de Gestão 2006/ 2010 (Brasil 2011), que apresentou um diagnóstico situacional da institucionalização das PICS, em cinco eixos: Homeopatia; MTC/ Acupuntura; Plantas Medicinais e Fitoterapia; Termalismo/ Crenoterapia; e Medicina Antroposófica. As modalidades de práticas foram agrupadas em 12 “práticas mentais da MTC” e 11 “práticas corporais da MTC”. Algumas, como o Lian Gong, figuraram em ambos os grupos; a Yoga, de origem indiana; e a Biodança, de origem chilena, foram incluídas na Medicina Tradicional Chinesa, assim como as categorias “técnica de relaxamento” e “meditação”, que não foram especificadas, a

despeito das inúmeras abordagens que estas categorias podem conter (Brasil 2011: anexo II:5-6).

Em setembro de 2016, um boletim aos gestores e trabalhadores do SUS foi emitido pelo departamento de Atenção Básica (DAB) com dados de monitoramento das PICS pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), realizado entre abril de 2013 e agosto de 2014 (Brasil 2016b). Esse boletim diferenciou PICS presentes e não presentes na PNPIC. Entre as PICS presentes, as mais disseminadas foram as “práticas corporais da MTC”, com 2.067 das 5.666 equipes envolvidas.

As PICS não presentes foram mais numerosas, com 7300 equipes envolvidas; e entre essas, a categoria “outras” foi a predominante, com 2.190 equipes, seguida pela Terapia Comunitária e pelas seguintes modalidades: Arteterapia, Dança Circular, Shantala, Musicoterapia, Yoga, Biodança, Do-in, Shiatsu, Massoterapia, Reflexologia, Florais, Reiki, Terapia com argila, Naturologia, Sistema Rio Aberto (movimento vital expressivo), Ayurveda e Talassoterapia^{6,7}.

Note-se nesse documento o enfoque dado à inserção das PICS no SUS:

A inserção das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) na Rede de Atenção à Saúde como ferramenta de cuidado tem por objetivo ampliar a abordagem clínica e as opções terapêuticas ofertadas aos usuários, podendo ser utilizadas como primeira opção terapêutica ou de forma complementar ao tratamento segundo projeto terapêutico individual (Brasil 2016b: s/p).

⁶ Anteriormente a esse documento, contudo, parte das práticas “não presentes” já havia sido incluída na Tabela de Procedimentos do SUS através da Portaria SAS nº 404, de 15 de abril de 2016.

⁷ Segundo os dados do PMAQ, as modalidades mais oferecidas pelos NASF's foram: Terapia Comunitária, as práticas corporais da MTC, a Dança Circular e a Yoga.

Nesse documento, o uso da expressão “primeira opção terapêutica”, associado à relativização das relações entre práticas e projeto terapêutico individual, indica a tendência a uma mudança de rumo, em relação à concepção original da política (Brasil 2006), cujos documentos alinhavam a PNPIC às ações e serviços existentes no SUS, com vistas à construção da integralidade na atenção à saúde.

Em 2017 novos procedimentos foram incluídos por meio de portarias: a Arteterapia, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiroprática e Reiki (Brasil 2017a); e a Ayurveda e a Shantala (Brasil 2017b). Contudo, não houve previsão orçamentária específica para essas novas ações, que ficaram limitadas aos recursos já previstos no Piso da Atenção Básica (PAB) de cada município, cabendo aos gestores aplicá-lo de acordo com suas prioridades (Brasil 2017c).

No aspecto administrativo, as inclusões de 2017 foram justificadas por dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). No aspecto técnico, porém, observe-se a falta de divulgação dos critérios de inclusão, bem como o contraste com os parâmetros anteriormente estabelecidos, exemplificado pela desconexão, nos documentos citados, entre a Ayurvédica – um sistema médico complexo – e o Yoga e a Shantala, a rigor, recursos terapêuticos desse mesmo sistema.

Em suma, as referidas inclusões correspondem à sua relevância, averiguada pelo PMAQ; porém deve-se considerar que a PNPIC se constituiu com a finalidade de atender às necessidades de consolidação do conjunto de práticas por ela abrangidas, quanto a insumos, parâmetros administrativos e técnicos (Brasil 2006). Nesse sentido, é importante destacar, nas recentes inclusões, a falta de insumos e a ausência de parâmetros técnicos, essenciais aos processos de acompanhamento, avaliação e formação de recursos humanos.

Do conjunto de documentos abordados, destacamos duas questões. A primeira delas é a diversidade destas abordagens. Apesar das recentes inclusões, a categoria “outras” permanece a mais presente: reúne modalidades que, embora não incluídas no rol da PNPIC, estão postas no SUS: são desempenhadas por trabalhadores da rede e praticadas por usuários do sistema. Observa-se, na construção da PNPIC, certa dificuldade em estabelecer um lugar para a extensa grade de práticas.

A segunda questão se refere à recente tendência de desarticulação em relação ao conjunto de propostas, ações e serviços que compõem o SUS, na contramão da concepção original da PNPIC e dos frutos provavelmente originados, até então, da integração dessas práticas aos cuidados em saúde oferecidos por esse sistema.

1.3. O problema de pesquisa

Os resultados das práticas corporais e meditativas para a saúde dos usuários praticantes são bastante conhecidos, uma vez que a busca por determinar sua eficácia tem motivado pesquisas com diferentes metodologias. Como exemplo, citamos a diversidade de pesquisas vinculadas à rede de atenção primária da região centro-oeste do município de São Paulo, que abordaram as percepções de usuários praticantes de Lian Gong, Tai Chi Pai Lin e Meditação através de métodos qualitativos (Souza et al 2010, Klotz et al 2010, Higuchi et al 2011, Cintra e Pereira 2012), quantitativos (Busato et al 2009, Silva et al 2012; Oi et al 2012; Oi, Tanaka e Kozasa 2013) e abordagens qualitativas e quantitativas (Busato et al 2010, Santos et al 2016), com resultados significativos na redução do uso de medicamentos (antiinflamatórios, antidepressivos, hipolipemiantes, , diuréticos, analgésicos, antihipertensivos, entre outros); na melhora de sintomas (redução e/ou diminuição da intensidade de dores corporais crônicas, melhora de equilíbrio e

mobilidade, diminuição da insônia, da ansiedade); e da qualidade de vida (percepções de calma, tranquilidade, abertura à espiritualidade, equilíbrio e conforto emocional, maior consciência e percepção corporal, maior cuidado e atenção com o corpo, melhora do humor, da auto-estima, da auto-confiança e da capacidade de concentração, aumento do relacionamento social, percepção da qualidade de vida como boa/ muito boa). No conjunto das práticas integrativas e complementares, as práticas corporais e meditativas são as mais numerosas na região oeste (Busato et al 2008) e no município de São Paulo. (Barollo e Cabral 2012).

Uma explicação para o contraste entre a fragilidade institucional das práticas corporais e meditativas e sua expansão em nível nacional é a imprecisão conceitual desse rol de práticas (Sousa et al 2012). É provável que as dificuldades de incorporação das denominadas práticas complementares à PNPIC estejam relacionadas, ao menos em parte, à escassez de parâmetros que possibilitem identificar as relações entre as características dessas práticas e as melhoras de saúde descritas, ou seja, caracterizá-las enquanto práticas de saúde.

Ao se entender que políticas e práticas são instâncias inter-relacionadas, porém com olhares e contribuições diferenciadas para o entendimento das necessidades de saúde (Schraiber 2012), tomamos, como ponto de partida, as dificuldades e desafios mencionados para empreender uma aproximação a esse universo das práticas, no contexto dos serviços de atenção primária da região da região oeste do município de São Paulo.

Através de uma incursão limitada às abordagens realizadas em grupo e orientada por um olhar para a corporeidade, busca-se descrever os modos como acontece esse cuidar: por que, de quem e com quem se cuida; e como é produzido esse cuidado. Em meio à singularidade e à pluralidade das ofertas, nosso intuito é investigar as práticas corporais e meditativas em sua dimensão de trabalho em saúde (Mendes-Gonçalves 1992)

a fim de identificar relações entre suas finalidades e as necessidades e interações dos praticantes, com vistas a contribuir para a consolidação dessas práticas no âmbito do SUS.

2. Objetivos

- Descrever as práticas grupais integrativas corporais e meditativas operadas em serviços de saúde de atenção primária da região oeste do município de São Paulo.
- Analisar de que forma a corporeidade é compreendida e operada nestas práticas.
- Analisar de que forma as compreensões de corporeidade contribuem para a qualificação do trabalho realizado, no sentido da integralidade e da promoção da saúde.

3. Apontamentos para o estudo da corporeidade nas práticas

A corporeidade é um tema que motiva indagações e debates em diversas escolas de pensamento e campos do conhecimento. Por comportar diversos significados, inclusive no campo da saúde, consideramos necessário, antes de analisar as práticas corporais e meditativas que são objeto deste estudo, delimitar nossa abordagem do tema e apresentar perspectivas que orientarão a análise⁸. Como primeira referência, entendemos por corporeidade toda perspectiva de compreensão integrada do corpo que possibilite problematizar as dicotomias entre as dimensões constitutivas do humano.

3.1. Relações entre corporeidade e contexto

A pressuposição de que os modos de compreensão e de uso do corpo são inseparáveis do seu contexto histórico, cultural, social e político nos motiva a apontar algumas raízes da dicotomia corpo-mente em nossa realidade social⁹.

Na sociedade ocidental, a concepção de homem como ser dual composto por corpo e alma tem referências na Grécia Antiga; na Idade Média, essa dualidade se aprofunda através da associação, no Cristianismo, do corpo e da sexualidade ao pecado. Com o Renascimento há uma transição para o primado da racionalidade e a nova

⁸ Em levantamento preliminar nas bases de dados Medline, Scielo e Lilacs com os descritores *corporeidade*, *embodiment*, *corporality* e *corporeality*, 457 títulos foram publicados entre 2002 a 2012. Destes, 442 abordaram pesquisas em ciências cognitivas voltadas ao neurodesenvolvimento ou a patologias específicas; ou estudos de caso com grupos específicos. Os 15 restantes foram focados na questão conceitual do termo, dos quais oito integraram a bibliografia incorporada a esta discussão.

⁹ O uso é aqui entendido no sentido adotado por Marcel Mauss ([1950]2003:407) que observou muitas e diferentes maneiras com que os homens, em cada sociedade, sabem servir-se de seus corpos; e denominou-as *técnicas do corpo*.

configuração dessa dicotomia pode ser representada pela contribuição de Descartes, que propõe a compreensão de mente e corpo como duas realidades distintas, a substância pensante (*res cogitans*) e a substância extensa (*res extensa*)¹⁰. A possibilidade de mensuração dessa última, em termos de extensão espacial e movimento, marcou decisivamente o desenvolvimento da ciência moderna, em uma lógica coerente com o advento da sociedade industrial (Descartes 1973, Corbin et al 2011).

Diferentemente de sociedades tradicionais em que as “matérias-primas que compõem a espessura do corpo são as mesmas que dão consistência ao cosmo, à natureza” o corpo sofre, na sociedade moderna, uma tripla ruptura: “isolamento do sujeito em relação aos outros (uma estrutura social do tipo individualista), em relação ao cosmo (as matérias que compõem o corpo não têm qualquer correspondência em outra parte) e em relação a ele mesmo (ter um corpo, mais do que ser seu corpo) ”. (Le Breton 2011:8).

É neste processo, em que homem e corpo se dissociam, que o saber biomédico ganha credibilidade enquanto representação oficial do corpo. Contudo é importante observar que “as sociedades nunca são o que parecem ser ou pretendem ser; e se expressam em, pelo menos, dois níveis: um, superficial, representa as estruturas oficiais [...] o outro, profundo, permite o acesso às relações mais fundamentais e às práticas reveladoras da dinâmica de um sistema social” (Balandier G. citado por Le Breton 2011:83)¹¹.

Da perspectiva que pretendemos abordar, o tema da corporeidade recebe contribuições críticas no contexto da crise de valores decorrente da II Guerra Mundial, quando questionamentos às concepções dualistas de corpo ganham expressão através de

¹⁰ Descartes também formulou hipóteses menos lembradas sobre a integração dessas duas dimensões: para o filósofo, elas se apresentariam unidas no corpo todo; e a glândula pineal desempenharia funções importantes nessa integração.

¹¹ Em tradução livre.

diversos pensadores, dentre os quais destacamos as contribuições de Canguilhem e Merleau-Ponty.

Canguilhem ([1943]1978) examina dimensões sociais, culturais e históricas do processo saúde-doença, coloca em xeque a validade do modelo cartesiano para a compreensão do corpo e contextualiza a saúde no âmbito da normatividade da vida:

para um ser vivo, o fato de reagir por uma doença a uma lesão, a uma infestação, a uma anarquia funcional, traduz um fato fundamental: que a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e, por isso mesmo, posição inconsciente de valor; em resumo, que a vida é, de fato, uma atividade normativa [...] no pleno sentido da palavra, normativo é o que institui as normas. (Canguilhem [1943]1978:96).

Por sua vez, Merleau-Ponty ([1945]2011) estabelece, pela via da fenomenologia da percepção, o arcabouço teórico para um conceito contemporâneo de corporeidade.

3.2. Duas possibilidades para a abordagem da dualidade corpo-mente

A corporeidade, na perspectiva de Merleau-Ponty, tem por base uma compreensão da unicidade do humano a partir da ideia de que o corpo, para além de uma entidade físico-biológica, é a expressão e a realização da existência, o *locus* da experiência humana singularizada e enraizada neste mundo. Se, na perspectiva cartesiana, as oposições dualistas mente-corpo, ou psique-soma se traduziram no entendimento de que *temos um corpo* - um objeto do ser - a corporeidade, por sua vez, se funda na proposição de que *somos um corpo*, em cuja materialidade se configuram as diversas dimensões desse ser.

A compreensão de corporeidade proposta por Merleau-Ponty implica a superação das oposições eu-outro, ou eu-mundo, já que parte do entendimento de que *somos 'no mundo'*, em permanente relação perceptiva com o outro, que se dá nos modos como o

percebo; e como o outro me percebe. Nesse sentido, corporeidade e alteridade estão mutuamente implicadas, na medida em que dizem respeito à percepção “do outro para mim e de sua possível presença como elemento constitutivo do mundo ao qual pertenço e, acima de tudo, como elemento que me constitui” (Coelho Jr 2003:185).

Na perspectiva fenomenológica de Merleau-Ponty o reconhecimento do outro em sua singularidade e diferença comporta uma dimensão perceptiva que se opera pela via da experiência sensível:

O mundo fenomenológico é não o ser puro, mas o sentido que transparece na intersecção de minhas experiências, e na intersecção de minhas experiências com aquelas do outro, pela engrenagem de umas nas outras; ele é, portanto, inseparável da subjetividade e da intersubjetividade que formam sua unidade pela retomada de minhas experiências passadas em minhas experiências presentes, da experiência do outro na minha (Merleau-Ponty (2011[1945]:18)

Mais tarde, Foucault ([1966]2000) ao construir sua perspectiva genealógica da subjetividade, se debruça sobre os significados impressos no corpo histórica e culturalmente e sobre o quanto este é submetido às forças do poder-saber. Constituem-se então duas vertentes que aprofundam o debate conceitual sobre a corporeidade (Silveira 2007, Ortega 2007). A primeira, que chamaremos de foucaultiana, se funda no conceito de corpo construído socialmente: esta vertente é retomada por Bourdieu (Montagner 2006), através do entendimento do corpo enquanto representação social, presente na sua concepção de corpo socialmente informado. Já a vertente de cunho fenomenológico se apoia na materialidade do corpo enquanto sede da vida e da relação com o mundo, portador de sentidos e significados que comportam e ao mesmo tempo se estendem para além de suas dimensões socioculturais. Entre os expoentes da vertente fenomenológica está Csordas, que promove um diálogo entre as concepções de Merleau-Ponty e a ideia

de *habitus*, tal como apropriada por Bourdieu, na elaboração de uma concepção de corporeidade fundada no corpo como sujeito e base existencial da cultura (Csordas 1993, 2008, 2013).

3.3. Uma escolha teórica: a perspectiva delineada por Csordas

Para Csordas (2013), a corporeidade é um campo metodológico indeterminado e em processo de construção, cujas contribuições passam necessariamente pela obra de Foucault, em especial *O Nascimento da Clínica*, de 1973 e *Vigiar e Punir*, de 1975, pela antropologia dedicada à compreensão do significado social e simbólico do corpo e dos sentidos, pelos campos da antropologia médica e psiquiátrica, pela antropologia social e, ainda, pela sociologia, filosofia, história e crítica literária; do seu ponto de vista, a corporeidade constitui um paradigma para a Antropologia¹². Suas proposições partem da seguinte diferenciação:

[...] o corpo é uma entidade material, biológica, enquanto a corporeidade pode ser entendida como um campo metodológico indeterminado¹³, definido pela experiência perceptiva e pelo modo de presença e engajamento no mundo (Csordas 2008:368).

O enfoque adotado pelo autor se propõe ao reconhecimento da complementaridade entre duas perspectivas usualmente tensionadas¹⁴: a semiótica/

¹²Csordas (2008:101) denomina paradigma “uma perspectiva metodológica consistente que visa encorajar a releitura de dados existentes e propor novas questões para a pesquisa empírica”.

¹³ Csordas (2013) contrapõe a noção de corpo, como entidade orgânica discreta; e corporeidade, enquanto campo metodológico indeterminado, em analogia à distinção proposta por Roland Barthes entre livro, como entidade material; e texto, enquanto campo metodológico indeterminado.

¹⁴ Tensões essas abordadas por Csordas (2008:367-368) principalmente através de distinções entre a antropologia do corpo e a fenomenologia da corporeidade, com base em conceitos elaborados por Mary Douglas, Bryan Turner e Scheper-Hughes & Lock, entre outros autores. Para maior detalhamento, consultar Nazario (2001:10-20).

textual, que compreende o corpo enquanto representação; e a fenomenológica, fundada no conceito de experiência. Em crítica aos limites da primeira, o autor argumenta que “o significado não pode ser reduzido ao signo”; contudo, ao reconhecer a validade de ambas, assinala a necessidade de “construção de um lugar para um exame complementar da corporeidade e do ser-no-mundo juntamente com a textualidade e a representação” (Csordas 2008:370).

Nos limites do enfoque aqui pretendido, abordaremos a seguir os conceitos elaborados por esse autor que inspiram a análise das práticas que são objeto desta pesquisa.

A primeira questão que nos interessa é a articulação entre *percepção* e *prática*, no enfrentamento da dualidade corpo-mente. Csordas produz uma articulação entre a noção de constituição cultural do *self* – à qual subjaz a ideia de prática cultural – e o entendimento de que a percepção, enquanto experiência pré-objetiva e pré-reflexiva do corpo, é um elemento central na constituição do *self* enquanto consciência de si. Para esse autor, a articulação entre percepção e prática possibilita ultrapassar o “conceito antropológico convencional de que o sujeito é constituído no processo de socialização” e considerar a dinâmica de “constante reconstituição do *self*, incluindo as possibilidades não apenas para a mudança criativa em algumas sociedades, mas para a variação intercultural de graus da própria auto-objetificação”¹⁵ (Csordas 2008:103)

Este autor aborda *percepção* e *prática* através da análise crítica das teorias da corporeidade de dois autores, com foco no enfrentamento de dualidades: a de *sujeito-objeto*, em Merleau-Ponty; e a de *estrutura-prática*, em Bourdieu. Para Csordas, a radicalidade dessas teorias contribui ao colapso da dualidade corpo-mente:

¹⁵ Auto-objetificação enquanto consciência de si, constitutiva do *self*.

o colapso das dualidades na corporeidade exige que o corpo enquanto figura metodológica seja ele mesmo não-dualista, isto é, não distinto de – ou em interação com – um princípio antagônico de mente (Csordas 2008:105).

3.3.1. A corporeidade no enfrentamento da dualidade sujeito-objeto

Para Merleau-Ponty ([1945]2011) a percepção começa no corpo - que está no mundo - e é pré-objetiva, no sentido de ser, ela mesma, processo de objetivação, ou seja, constitutiva do objeto em questão, enquanto “os objetos são um produto secundário do pensamento reflexivo”: o conceito de pré-objetivo diz respeito à experiência perceptiva do corpo na constituição do objeto. Para esse autor, a percepção é, também, pré-reflexiva: “no nível da percepção, não existem objetos, nós simplesmente estamos no mundo” (Csordas 2008:106). Ao adotar o conceito de pré-objetivo, este autor esclarece:

não estamos postulando um pré-cultural, mas um pré-abstrato. O conceito oferece à análise cultural o processo humano em aberto de assumir e habitar o mundo cultural no qual nossa existência transcende, mas permanece enraizada nas situações de fato (Csordas 2008:108).

Já a intencionalidade operante, para Merleau-Ponty, é inerente ao corpo como ser-no-mundo, uma vez que:

forma a unidade natural e antepredicativa do mundo e de nossa vida, que aparece em nossos desejos, nossas avaliações, nossa paisagem, mais claramente do que no conhecimento objetivo, e fornece o texto do qual nossos conhecimentos procuram ser a tradução em linguagem exata. A relação ao mundo, tal como infatigavelmente se pronuncia em nós, não é nada que possa ser tornado mais claro por uma análise: a filosofia só pode recolocá-la sob nosso olhar, oferecê-la à nossa constatação (Merleau-Ponty [1945]2011:16).

Para Csordas (2013:293) essa intencionalidade emana da existência corporal: tendemos ao mundo, em uma espécie de “tropismo senciente [...] estreitamente ligado à unidade do nosso corpo”.

3.3.2. A corporeidade no enfrentamento da dualidade estrutura-prática

Na interpretação de Csordas, a teoria elaborada por Bourdieu possibilita uma análise do *modus operandi* da vida social através da estratégia de provocar um colapso das dualidades corpo-mente e signo-significação através do conceito de *habitus*.

O conceito de *habitus*, originalmente formulado por Mauss (1950)¹⁶, é retomado e aprofundado por Bourdieu, em definições elaboradas em diversos momentos da sua obra.

Entre outros modos de explicitá-lo, o autor o define como:

[...] sistema das disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes (Bourdieu 2011a:191).

A referência a ‘disposições’ é mais facilmente compreendida quando colocada por esse autor enquanto dispositivo de análise na “relação entre as *posições sociais* (conceito relacional), as *disposições* (ou os *habitus*) e as *tomadas de posição*, as “escolhas” que os agentes sociais fazem nos domínios mais diferentes da prática” (Bourdieu 2011b:18)¹⁷.

No entendimento de Csordas, a expressão de Bourdieu “princípio gerador e unificador do conjunto das práticas” se refere ao princípio gerador, em relação às

¹⁶ “o corpo é simultaneamente o objeto original sobre o qual o trabalho da cultura se desenvolve e a ferramenta original com a qual aquele trabalho se realiza” (Mauss 1950:372)

¹⁷ Grifos do autor.

estruturas objetivas; e unificador, quando referido ao repertório mais amplo de práticas sociais.

Para Bourdieu, o corpo socialmente informado é o *locus* do *habitus*; e a prática “é o produto da relação dialética entre uma situação e um *habitus* (...) que, integrado a todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de *percepções*, de *apreciações* e de *ações*” (Bourdieu 1983:65, grifos do autor).

3.3.3. O conceito de modos somáticos de atenção

Com o objetivo de apreender conceitualmente a diversidade da experiência corporal e captar o movimento dialético entre consciência perceptiva e prática coletiva, Csordas (2008:373) elabora um constructo - os modos somáticos de atenção – para captar a “atenção culturalmente elaborada *ao* e *com* o corpo na imediatez de um meio intersubjetivo”.

Para Csordas (2008:372), a experiência corporificada (multissensorial e corporal) se dá “no ponto existencialmente ambíguo no qual o ato de constituição e o objeto que é constituído se encontram – o próprio “horizonte” fenomenológico”.

Os modos somáticos de atenção envolvem um engajamento corporal – trata-se de estar atento *com* o corpo; e voltam-se *ao* próprio corpo, nos sentidos subjetivo e intersubjetivo:

A atenção *a* uma sensação corporal pode então tornar-se um modo de estar atento ao mundo subjetivo que ocasiona aquela sensação. [...] uma noção de modo somático de atenção amplia o campo no qual podemos procurar fenômenos de percepção e atenção, e sugere que prestar atenção ao corpo pode nos ensinar algo sobre o mundo e sobre os outros que nos rodeiam. O que nos preocupa é a elaboração cultural do engajamento sensório, e não

uma preocupação com o próprio corpo como fenômeno isolado (Csordas 2008:372-3).

Ainda que o constructo proposto seja limitado pelo autor à apreensão de práticas culturalmente elaboradas, seu fundamento está ancorado no pressuposto de que, também em sentido mais geral, “as maneiras pelas quais damos atenção aos e com os nossos corpos, e mesmo a possibilidade de dar atenção, não são nem arbitrárias nem biologicamente determinadas, mas são culturalmente constituídas” (Csordas 2008:374).

3.3.4. As relações corpo-mundo: corporeidade e agência

A questão da agência é abordada por Csordas (2013) através das relações corpo-mundo. Com base nas concepções de Foucault, Merleau-Ponty e Bourdieu, esse autor propõe captar, de três diferentes ângulos, aspectos complementares nestas relações, que são analisadas pelo autor em termos de locus operativo, vetor e forma de agência.

Na perspectiva inspirada em Foucault, o locus pode ser caracterizado pelas relações de poder; o vetor se projeta do mundo em direção ao corpo; e a forma de agência é o discurso.

Naquela inspirada em Merleau-Ponty, o locus é a existência do sujeito; o vetor parte do sujeito em direção ao mundo; e a forma é a intencionalidade operante.

Na perspectiva delineada a partir de Bourdieu, o locus operativo é o *habitus*; o vetor é duplo (comporta a reciprocidade corpo-mundo e mundo-corpo); e a forma de agência é a prática.

4. Métodos

O método adotado na pesquisa foi qualitativo. O uso de múltiplas fontes de informação na pesquisa qualitativa é uma forma de acrescentar maior complexidade, profundidade e rigor à investigação (Denzin & Lincoln 2006, Flick 2009). Nessa linha, adotamos a triangulação de métodos na produção das informações, por meio da observação das práticas corporais e meditativas e de entrevistas dos seus profissionais e praticantes, a fim de compreender como as práticas corporais e meditativas foram produzidas, vivenciadas e apropriadas pelos diferentes sujeitos envolvidos no cuidado.

A observação possibilita construir um registro horizontal da situação observada produzido por um terceiro narrador. Para Geertz (2008:14),

o etnógrafo "inscreve" o discurso social: ele o anota. Ao fazê-lo, ele o transforma de acontecimento passado, que existe apenas em seu próprio momento de ocorrência, em um relato, que existe em sua inscrição e que pode ser consultado novamente.

A observação participante prevê a integração do observador nos grupos, a fim de reduzir, na medida do possível, a interferência no seu funcionamento; e criar condições para que este possa apreender dimensões que, de outro modo, não estariam ao seu alcance. Dessa proximidade decorre uma relação de implicação do pesquisador com as questões desses grupos (Brandão 1984). Na pesquisa, a observação se destinou a investigar os modos de cuidado característicos das práticas analisadas.

Já as entrevistas constituem possibilidades de apreensão do “coletivo explorado pela reconstrução pessoal. Trata-se da re-produção do fato social na experiência pessoalmente vivida e na reflexão que a relata” (Schraiber 1995:65). Ao partir do pressuposto de que tais reconstruções se operam enquanto sínteses – mesmo que parciais e provisórias – buscamos compreender, com as entrevistas, como os modos de cuidado

através das práticas estudadas foram produzidos, vivenciados e apropriados por esses sujeitos.

4.1. A produção das informações

O campo da pesquisa foi realizado de outubro/2013 a setembro/2014 nas regiões administrativas Lapa/ Pinheiros e Butantã da Coordenadoria Regional de Saúde Oeste do município de São Paulo. Em levantamento prévio a partir de dados fornecidos por essa Coordenadoria, constatamos a existência de 67 práticas grupais corporais e meditativas distribuídas nos 32 serviços que funcionavam como porta de entrada do SUS na região, mesmo sem integrar formalmente a rede de atenção primária. Adotamos esse mesmo critério de funcionamento para a inclusão dos serviços na pesquisa. Esses serviços foram formalmente convidados e 16 deles aceitaram participar da pesquisa: 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sete das quais vinculadas a Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); dois Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO); um Centro de Saúde Escola (CSE); e um Centro de Testagem e Aconselhamento/ Serviço de Assistência Especializada em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (CTA/ SAE DST/Aids). A produção das informações foi realizada através de imersão por até 15 dias em cada serviço, com observação participante de 31 práticas corporais e meditativas em grupo e de dois encontros de supervisão de práticas; e entrevistas semiestruturadas com 29 profissionais e 36 usuários praticantes.

Para a escolha das práticas a serem observadas, buscamos abranger a diversidade das modalidades oferecidas, pressuposta pela diversidade dos nomes; observar mais de uma prática entre aquelas mais frequentes, a fim de identificar diversidades ou homogeneidades; e contemplar a variedade de contextos em que estas práticas eram

realizadas. As observações foram realizadas mediante roteiro (Anexo 1), que teve por finalidade a descrição das práticas, quanto aos ambientes, modos de trabalho de seus profissionais e demais aspectos organizadores do vínculo dos grupos; às práticas em si, em seus aspectos técnicos, materiais e comunicativos; e aos vínculos interpessoais e demais desdobramentos de cada encontro (Paganizzi 1991). A perspectiva da observadora, de terapeuta ocupacional com experiência em abordagens corporais, guiou a priorização desses elementos, entendidos como meios terapêuticos constitutivos dessas práticas. Em função da extensão do material de campo, a observação foi limitada a uma sessão por prática. Cada encontro durou cerca de duas horas e foi registrado imediatamente após o seu término em diários de campo posteriormente transcritos. Os registros foram compostos por notas descritivas e reflexivas, a fim de se produzir uma descrição densa (Geertz 2008) a fim de captar possíveis relações entre as experiências corporais de autoconhecimento e o cuidado em saúde.

Para as entrevistas com os profissionais, os critérios de escolha foram a diversidade de profissões envolvidas; a proporção dessas profissões no desempenho das práticas; e as disponibilidades dos profissionais para as entrevistas. As entrevistas foram semiestruturadas e se destinaram a apreender as dimensões coletivas das práticas, por meio das narrativas e reflexões dos seus protagonistas (Schraiber 1995). O roteiro utilizado (Anexo 2) abordou a formação e o trabalho corporal no cotidiano dos entrevistados; as referências conceituais adotadas nas práticas; as necessidades de saúde e benefícios percebidos; e as articulações com outras ofertas de cuidado. Essas entrevistas foram previamente agendadas; e gravadas e transcritas.

As entrevistas com os usuários foram semiestruturadas e tiveram como critério único a participação nas práticas observadas. O roteiro para as entrevistas com os usuários (Anexo 3) contemplou as motivações, as necessidades de saúde e os desdobramentos

dessas práticas na vida cotidiana dos praticantes; e também suas relações com os demais modos de cuidado oferecidos no SUS. As entrevistas foram realizadas mediante convite ao final de cada prática observada e, embora tenham sido planejadas como entrevistas individuais, parte delas foi realizada em forma de entrevista em grupo (Jiménez 2011) para se adaptar às disponibilidades dos entrevistados.

4.2. Considerações éticas

O projeto foi aprovado nos Comitês de Ética da Faculdade de Medicina da USP (Parecer 377.267 de 29/08/2013) e da Prefeitura do Município de São Paulo (Parecer 470.025, de 27/11/2013). A observação das práticas foi previamente autorizada pelos profissionais por elas responsáveis. As entrevistas foram realizadas mediante assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido, com garantia do anonimato dos entrevistados (Anexos 4 e 5).

4.3. A perspectiva metodológica adotada na análise

A perspectiva adotada na análise das práticas é uma articulação metodológica denominada *Analítica do Sentido* (Critelli 1996) inspirada em vertentes da fenomenologia existencial. As vertentes fenomenológicas existenciais compartilham da crítica da fenomenologia, em sua origem, à busca de certezas e ao estabelecimento de verdades que caracterizaram as ciências positivas; ao mesmo tempo, se distinguem da pretensão de universalidade que caracterizou essa corrente filosófica em sua origem. Para a fenomenologia existencial, a construção da verdade enquanto valor é sempre contextualizada histórica e culturalmente (Lyotard [1954]1986).

A perspectiva adotada se caracteriza por identificar no real seu caráter de fenômeno, e não de objeto. Por consequência, o que se entende por verdade é sempre provisório, mutável e relativo; ao mesmo tempo, esse entendimento não se restringe à relação sujeito cognoscente - objeto cognoscível. Desse modo, a investigação em uma perspectiva fenomenológica pressupõe que se leve em conta as limitações do pesquisador, por fazer parte do que deseja conhecer, bem como a relatividade e o caráter provisório das respostas às indagações de pesquisa (Critelli 1996).

Outra característica desta abordagem é a concepção de inseparabilidade entre o “ser” e o “aparecer” do fenômeno. Para essa autora, “todo interrogar pelo ser (de algo, que é o que constitui qualquer investigação) tem sempre uma prévia interpretação de ser que o orienta” (Critelli 1996:27-8, grifos da autora); e na compreensão fenomenológica a questão do ser não está no âmbito do conceito, mas da própria existência. Diferentemente da compreensão metafísica, em que ser e ente são realidades separadas e o ser se oculta atrás das aparências do ente, para a fenomenologia o ser e a aparência coincidem: o ser é aparente e acessível no próprio ente, apreendido não como coisa em si, mas em seus modos de ser no mundo. Nessa compreensão, o aparecer das coisas varia de acordo com a perspectiva do observador. Seus significados nunca estão na coisa em si, mas na trama de significados que compõe um contexto.

A questão do cuidado se apresenta ao humano pela sua possibilidade de vir a ser: “o ser não lhe é dado como algo definitivo e determinado, mas como um feixe de possibilidades”. Para o humano, ser “é um problema, algo em litígio e a ser resolvido para diante, sempre [...] nunca é algo que lhe é entregue já resolvido, como o caso de ser pedra, ser águia, ser roseira”, cabe a ele cuidar de ser: como facticidade, diante da vida que está posta; como propriedade que ele tem sobre o seu corpo e sua vida; e como seu horizonte diante da “condição ontológica de ser cuidando de ser” (Critelli 1996:47-9).

Em suma, a proposta de Critelli (1996) é a apreensão dos fenômenos através de um olhar interrogativo para sentidos de ser, individual ou coletivamente. A seguir destacamos os aspectos desse modo de olhar que mais diretamente interessam à pesquisa:

- O *sentido* é compreendido como rumo ou direção; e percebido através da atenção para aquilo de que se cuida e os modos de cuidar.
- É pressuposto que aquilo de que se cuida, ou se deixa de cuidar, bem como os modos de cuidado, não são aleatórios e envolvem escolhas individuais ou coletivas que se apresentam no cotidiano.
- Tais escolhas não são mero produto do pensamento; comportam uma ambiguidade no seu aparecer e se ocultar; e estão relacionadas a estados de ânimo que sinalizam os sentidos (enquanto direção para onde tendem) das relações dos homens com o mundo, com os outros e consigo mesmo.
- Tanto aquilo de que se cuida quanto os modos de cuidar se configuram nos espaços, ambientes e modos de se organizar; e nas linguagens, ou modos de se comunicar.

4.4. Processo de análise das informações de campo

A análise foi apoiada por conhecimentos do campo da Saúde Coletiva, da Terapia Ocupacional e das Práticas Corporais e Meditativas, bem como pelos conceitos de *modos somáticos de atenção* e de *agência* de Csordas (2008).

Todo o material de campo foi lido exaustivamente até a impregnação, em sentido vertical, ou seja, cada entrevista ou relato de observação; e em sentido horizontal: todas

as práticas, todas as entrevistas. Posteriormente foram realizados recortes temáticos, transversais. As categorias analíticas foram:

Os sentidos das práticas para os praticantes: perfil; motivações e necessidades; desdobramentos no cotidiano; relações com os demais modos de cuidado oferecidos na unidade de saúde.

O trabalho do profissional com o seu corpo: noções de corpo; o cuidado de si; percursos formativos.

O profissional em seu contexto de trabalho: os sentidos das práticas no trabalho em saúde; relações com os demais modos de cuidado oferecidos na unidade de saúde; interdisciplinaridade: interlocuções e articulações.

O universo das práticas: contextos: nos serviços ou em espaços do território; relações entre características dos ambientes e necessidades dos praticantes; articulações intersetoriais.

Os modos de cuidar nas práticas: referenciais adotados e repertórios observados: composições, modificações e adaptações; processo de cuidado: modos de conduzir os encontros, dimensões intersubjetivas, articulações entre percepção e prática, diálogos com as referências culturais e vivenciais dos praticantes; vínculos: envolvimento dos praticantes com a proposta; temas, interações e desdobramentos das práticas no cotidiano; as práticas e a agência dos praticantes.

Práticas corporais e meditativas no SUS: contribuições e desafios das práticas na Promoção da Saúde; as práticas na construção da Integralidade; relações com a cultura somática hegemônica.

5. Contexto do Campo

A produção das informações do campo foi realizada integralmente pela pesquisadora-autora da pesquisa.

A entrada no campo foi precedida por um levantamento sobre as práticas corporais e meditativas existentes na região da pesquisa, realizado a partir dos registros da Coordenadoria Regional de Saúde Oeste do município de São Paulo; das informações fornecidas pelas Supervisões Técnicas de Saúde das regiões Lapa/ Pinheiros e Butantã; e da consulta ao material de divulgação então disponível no site da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo¹⁸ sobre o Programa Qualidade de Vida com Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde (MTHPIS).

Esse levantamento serviu de base para o convite encaminhado aos gestores das unidades de saúde. Os aceites iniciais foram poucos, o que requisitou a intensificação dos contatos com as unidades de saúde através do reenvio dos convites por até três vezes. Em seguida, realizei visitas às unidades para apresentar a pesquisa e agendar as observações. Nessas visitas, foram comuns os desencontros entre o levantamento inicial, as informações prestadas pelos gestores, pelo balcão de atendimento e pelos técnicos, com práticas que haviam sido suspensas ou canceladas e inúmeras outras que não constavam nas fontes inicialmente consultadas. Assim, o primeiro achado da pesquisa no campo foi a existência de diferentes entendimentos sobre o que são as práticas corporais e meditativas, para os diversos informantes; e o primeiro desafio foi incorporar todos esses entendimentos na delimitação do universo da observação. A solução encontrada foi observar pelo menos uma de cada modalidade; e mais de uma das modalidades mais

¹⁸ <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/OESTE.pdf> Acesso em 22/07/2013.

presentes, como mostra a **Tabela 1**. A decisão de excluir das observações as atividades de caminhada foi também difícil: embora sejam reconhecidas como *atividades físicas*, poderiam ser interessantes para a pesquisa porque é provável que incorporem alguns elementos das práticas corporais e meditativas; ao mesmo tempo tive que avaliar a viabilidade do campo, que se tornou mais extenso do que pareceu inicialmente.

Denominação das Práticas	Informadas pelos serviços	Suspensas	Observadas
Tai Chi Pai Lin	14	-	4
Tai Chi e Dança Circular	1	-	-
Tai Chi com Dança	1	-	1
Lian Gong	9	-	4
Qi Gong	2	-	1
Qi Gong e Roda de Conversa	2	-	1
Dao Yin	1	1	-
Dança Circular	10	-	4
Dançando com Saúde	1	1	-
Dança	1	-	1
Dança Senior	1	-	1
Dança Cigana	1	-	-
Meditação	4	-	3
Meditação e Relaxamento	1	-	1
Tai Chi com Meditação	1	-	1
Relaxamento	1	-	1
Atividades Físicas e Práticas Meditativas	1	-	-
Yoga	3	1	1
Hatha Yoga	1	-	1
Yoga e Meditação	1	-	-
Capoeira	3	2	1
Capoeira e Cultura Afro-Brasileira	1	-	1
Práticas Corporais	1	-	-
Grupo de Práticas Corporais	1	-	1
Grupo Corporal	1	-	1
Percepção Corporal	1	-	1
Corpo e Cotidiano	1	-	1
Aliviando as Tensões	1	-	-
Total	67	5	31

Tabela 1. Práticas corporais e meditativas informadas pelos serviços e observadas.

Entre os grupos observados, alguns foram abertos à participação de qualquer interessado, outros fechados, com ingresso dos participantes através da indicação por um

profissional de saúde. Os grupos abertos foram mais numerosos e variaram bastante na sua composição, por exemplo: técnico e ACS; dois técnicos; dois ACS's e um técnico responsável; um voluntário com ou sem supervisão de técnico. A figura do técnico encarregado de supervisionar, conversar e acompanhar o ACS ou o voluntário me pareceu essencial: na situação que pude observar, ajudou a validar e a refletir sobre o trabalho com os grupos; e a integrar esse trabalho ao cuidado recebido por alguns praticantes na unidade de saúde. A maior parte dos grupos fechados foi coordenada por dois técnicos. Notei uma ambiguidade interessante entre os nomes de divulgação de alguns grupos, por exemplo, 'Aliviando as Tensões', 'Corpo e Cotidiano' e os nomes com que foram contabilizados como produção, nesse caso, Grupo de Cinesioterapia e Grupo de AVD e AVP¹⁹. Por si só, a observação das práticas não forneceu muitas informações sobre esse achado, mas sinalizou a necessidade de explorá-lo melhor nas entrevistas. Além das práticas corporais e meditativas observadas, em uma UBS encontrei também um grupo fechado, em que a corporeidade foi abordada através das relações entre alimentação e imagem corporal. Mesmo ficando fora da pesquisa, essa informação ajudou a identificar os limites do recorte escolhido.

Os contextos das práticas foram variados: dos 31 grupos observados, 19 foram realizados em espaços abertos ao público: oito em salas de práticas e bosques de Centos de Convivência e Cooperativas (CECCO's), cinco em salões paroquiais, dois em biblioteca, dois em escola, um em praça pública e um em Centro Educacional Unificado (CEU). Foram 12 as práticas observadas nas UBS's, sendo oito em espaços internos; uma, parte em sala e parte em pátio; e três em pátios ou estacionamentos das unidades, como mostra a **Tabela 2**.

¹⁹ AVD, Atividades de vida diária; e AVP, atividades de vida prática.

Práticas Observadas	UBS/CSE Internas	UBS/ Igreja	UBS/ Biblioteca	UBS/ Escola	UBS/ CEU	UBS/ Praça	CECCO	Total
Tai Chi Pai Lin	2	1	-	-	-	-	1	4
Dança Circular	1	1	-	-	1	-	1	4
Lian Gong	1	2	1	-	-	-	-	4
Meditação	1	-	1	-	-	-	1	3
Práticas Corporais	-	-	-	1	-	1	-	2
Yoga/ Hatha Yoga	-	-	-	-	-	-	2	2
Capoeira e Cultura Afro-Brasileira	-	-	-	1	-	-	1	2
Relaxamento	1	-	-	-	-	-	-	1
Qi Gong	1	-	-	-	-	-	-	1
Tai Chi com Dança	1	-	-	-	-	-	-	1
Tai Chi e Meditação	1	-	-	-	-	-	-	1
Meditação e Relaxamento	1	-	-	-	-	-	-	1
Qi Gong e Roda de Conversa	-	1	-	-	-	-	-	1
Corpo e Cotidiano	1	-	-	-	-	-	-	1
Percepção Corporal	-	-	-	-	-	-	1	1
Dança Senior	-	-	-	-	-	-	1	1
Dança	1	-	-	-	-	-	-	1
Total	12	5	2	2	1	1	8	31

Tabela 2. Práticas corporais e meditativas observadas e contexto da observação.

Os espaços internos das UBS's foram quase sempre pequenos, acomodaram bem os grupos menores, mas pareceram desconfortáveis para os maiores. Em algumas salas, os profissionais tiveram que arrastar mesas de reunião e cadeiras para realizar as atividades. A situação mais difícil foi a de um grupo realizado no depósito de uma UBS, em um ambiente repleto de pacotes de fraldas descartáveis e mal ventilado. Nos espaços abertos ao público, os grupos quase sempre foram maiores e mais diversos, com um público variado, de praticantes de todas as idades a passantes interessados que tomaram contato com as práticas pela primeira vez. Nos CECCO's, CEU e biblioteca, aconteceram

concomitantemente outras atividades culturais, esportivas e de artesanato, também, de acesso público. Em algumas práticas, como a Capoeira, as parcerias articuladas por profissionais de saúde envolveram a participação de artistas da comunidade.

Além desses grupos, observei também dois encontros de supervisão de práticas, de Tai Chi Pai Lin e Dança Circular.

Os profissionais foram entrevistados nas próprias unidades de saúde, com poucas exceções de local, a pedido dos entrevistados. O tempo de entrevista variou conforme o ritmo e a disposição de falar dos profissionais; e durou de 1h55m a 17 minutos. A diversidade de categoria profissionais dos entrevistados é apresentada na **Tabela 3**.

Profissão	Responsáveis por grupos	Coordenadores da política e da formação	Com formação e sem grupos	Entrevistados
Terapeuta ocupacional	12			6
Psicólogo	6	2		4
Fisioterapeuta	4			3
Agente comunitário de saúde	3			2
Assistente social	2		1	2
Dentista	2			2
Fonoaudiólogo	2		1	2
Médico	1	1		2
Educador Físico	2			1
Voluntário	2			1
Assistente administrativo	1			1
Auxiliar de enfermagem	1			1
Educador de saúde pública	1			1
Nutricionista	1			1
Técnico de enfermagem	1			-
Total	41	3	2	29

Tabela 3. Práticas corporais e meditativas: profissionais entrevistados.

Entre os profissionais entrevistados, a maior parte foi de mulheres; brancas, com exceção de duas entrevistadas que se identificaram por ascendência negra e indígena; com

vínculo de trabalho com a Secretaria de Saúde, quase sempre superior a dez anos. Com poucas exceções, as trajetórias pessoais e profissionais em práticas corporais e meditativas foram diversificadas, com poucos entrevistados que tiveram somente a formação oferecida pela prefeitura. As terapeutas ocupacionais, mais numerosas, se referiram mais comumente a recursos adquiridos tanto na formação profissional como na complementar; e os entrevistados das demais categorias profissionais se referiram mais à formação complementar, extraprofissional.

Além de profissionais diretamente envolvidos com as práticas, foram também entrevistados três integrantes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) responsáveis pela formação dos profissionais e pela coordenação das Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas no município.

As entrevistas com usuários foram realizadas ao final da observação de cada prática; e parte delas foi realizada em forma de conversa em grupo, por necessidade de adaptação às disponibilidades dos participantes. A duração variou de 34m26s a 3m18s. Em algumas situações optei por não realizar as entrevistas, em respeito ao estado de quietude dos praticantes ao final das práticas.

Em todos os grupos, a maior presença foi de mulheres, maiores de 40 anos, de origens étnico-raciais diversas, responsáveis pelas tarefas domésticas e com vínculos precários de trabalho ou sem inserção no mercado profissional. Alguns grupos tiveram maior paridade entre mulheres e homens idosos; em bairros de maior poder aquisitivo houve grupos formados por trabalhadoras em serviços dessas regiões; poucos grupos foram formados por mulheres e homens de diversas faixas etárias e profissões.

A relação entre praticantes entrevistados, modalidades e contextos das práticas é apresentada na **Tabela 4**.

Práticas com usuários entrevistados	Contexto				Entrevistados
	UBS's/ CSE	CECCO's	Igrejas	Escolas	
Tai Chi Pai Lin	6	-	4	-	10
Lian Gong	1	-	5	-	6
Dança Circular	-	4	-	-	4
Tai Chi com Meditação	3	-	-	-	3
Tai Chi com Dança	3	-	-	-	3
Capoeira	-	2	-	-	2
Meditação	2	-	-	-	2
Qi Gong	2	-	-	-	2
Corpo e Cotidiano	1	-	-	-	1
Grupo Corporal	-	-	-	1	1
Relaxamento	1	-	-	-	1
Qi Gong	1	-	-	-	1
Total	20	6	9	1	36

Tabela 4. Práticas corporais e meditativas: usuários entrevistados na pesquisa.

5.1. Entre o planejamento e o contexto do campo

As diferenças entre o planejamento e a realização do campo contribuíram para o enriquecimento da pesquisa; ao mesmo tempo, requisitaram adaptações à realidade encontrada.

A observação participante e as entrevistas em grupo com os praticantes são exemplos: os roteiros foram planejados para a observação direta e para entrevistas individuais, após cada observação; e essa intenção foi comunicada previamente a cada profissional responsável por prática, ao fazer o agendamento da observação.

Ocorre que, na maior parte das vezes, os profissionais me apresentaram aos grupos logo no início e me convidaram a participar das práticas; e após finalizar os encontros, propuseram que os grupos permanecessem em roda para conversar comigo.

A primeira questão que se colocou foi contemplar a fala de todos os praticantes em pouco tempo, pois vários deles tinham horários e compromissos em seguida. O que me ocorreu já na primeira situação foi adaptar da seguinte forma: apresentar cada pergunta e circular o gravador para cada um responder. Alguns praticantes que puderam permanecer mais tempo tiveram entrevistas mais extensas. Essa adaptação acabou por ampliar as informações obtidas, acerca das relações internas aos grupos e das semelhanças e diferenças entre os participantes.

A segunda questão a ser resolvida foi o modo de observação: o planejado foi fazer observação direta porque a observação participante geralmente requer um tempo maior de imersão no contexto observado, acima do que era viável para a pesquisa; ao mesmo tempo, recusar os convites à participação seria, no mínimo, indelicado. A solução foi entrar em cada prática e viver a experiência, deixando os registros para o momento seguinte. Mesmo tendo que agendar uma segunda visita a algumas práticas a fim de complementar os registros, a intensidade das experiências vividas compensou largamente os contratempos e contribuiu para a qualidade dos registros.

5.2. A imersão no contexto do campo

O tempo destinado às observações e entrevistas em cada unidade foi amplo o suficiente para comportar as atividades agendadas; o tempo livre, de circular pelas unidades, conversar informalmente com os profissionais e os praticantes e observar os espaços, materiais de divulgação e o acolhimento dos usuários nas unidades; e o tempo de registro. O fato de circular nesses espaços me proporcionou a oportunidade de observar dois encontros de supervisão, um de Tai Chi Pai Lin e um de Dança Circular, não previstos no planejamento da pesquisa.

O espaçamento entre as observações, de pelo menos um dia, foi suficiente para me dedicar aos registros e também às elaborações sobre o que foi observado a cada encontro; o registro em forma de notas descritivas e notas reflexivas facilitou essas elaborações.

6. A corporeidade como tema subjacente ao cuidado nas práticas analisadas

A seguir, a corporeidade é adotada como categoria de análise das práticas corporais e meditativas, com o intuito de se apreender os sentidos subjacentes à atenção ao que se cuida e aos modos de cuidado. No emprego do termo no singular está pressuposto o reconhecimento de diferentes “corporeidades” cuja singularidade se expressa na pluralidade de configurações, seja em relação às experiências relatadas em depoimentos dos sujeitos de pesquisa e em observações das práticas, seja quanto aos universos de conhecimento que fundamentam cada prática.

6.1. Noções de corpo dos profissionais

Ao relatar como é trabalhar com o corpo, os entrevistados falaram, sobretudo, de suas histórias pessoais de interesse pelo tema. Vários profissionais aludiram às experiências anteriores e externas ao trabalho com as práticas analisadas, especialmente no campo da arte e do esporte. Para parte dos entrevistados, o contato com abordagens corporais e meditativas durante a graduação em saúde foi a experiência que marcou o interesse pelo trabalho com as práticas; foram poucos os que tiveram o primeiro contato através dos cursos de formação de multiplicadores da própria PMSP, contudo esta experiência foi descrita como significativa para as suas vidas.

A diversidade de linhas de trabalho foi descrita pelos profissionais e observada em fragmentos das práticas; e foi composta de abordagens ancoradas em sistemas filosóficos

próprios, tais como Yoga tibetana (Kum Nye), indiana (Hatha Yoga) e práticas de origem chinesa: Qi Gong, Lian Gong, Tai Chi; práticas de Meditação inspiradas em diversas linhas: Taoísta, Zazen, Shamata e Mindfulness; Danças Circulares, que integram tradições de vários povos; a Capoeira, reconhecido patrimônio cultural de raiz afro-brasileira; a Bioenergética, cujas origens estão associadas à contracultura; abordagens desenvolvidas face a limitações de perspectivas da medicina biomédica diante de alguns problemas de saúde, como a Calatonia, a Eutonia e Método Feldenkrais; e abordagens corporais contemporâneas de interface com a arte, como o método Bertazzo²⁰.

As narrativas dos entrevistados indicaram que, independentemente da linha de trabalho adotada por cada um deles, suas noções de corpo²¹ são ancoradas em seus conceitos acerca do humano e da saúde:

Eu acho que é uma coisa nossa, ocidental, essa divisão, essa dicotomia que a gente vê entre o físico, o corpo, e uma alma ou, seja lá o nome que se dê, o emocional, o racional... Quando um usuário procura um serviço de saúde, ele na verdade não vem procurar saúde, ele vem porque ele está doente [...] uma doença não é uma doença do joelho, não é uma doença do ombro, não é uma doença do estômago: é uma doença do indivíduo que está expressando alguma coisa; e isso tem a ver, sim, com onde ele mora, onde ele trabalha, o que ele está sentindo. Mesmo uma dor psíquica, é só por onde isso se expressa que é diferente. [C, fisioterapeuta, Grupo de Práticas Corporais, UBS, unidade de saúde D, 14/02/2014].

²⁰ As linhas de trabalho das práticas analisadas comportam uma multiplicidade de matrizes culturais, sistemas de explicação ou de aplicação; e sua abordagem extrapola os objetivos desta pesquisa. Entre as publicações que abordam individualmente cada uma dessas linhas sugerimos: Bizerril 2011, Livramento 2011 (práticas derivadas da Medicina Chinesa); Wosien 2000, Ramos 2002 (danças circulares); Paiva 2007, Alves 2011 (capoeira); Cabral 2016, Santos et al 2016 (meditação); Alexander 1991 (eutonia); Delmanto 1997) Farah 2008, Câmara 2006 (relaxamento e integração psicofísica); Siegel 2010, Clemente 2011 (yoga); Lima 2010, Costas 2010 (educação somática); Weigand (bioenergética); Bertazzo 1998, 2014 (reeducação do movimento).

²¹ Adotamos o termo *noções de corpo* no sentido empregado por Cintra e Pereira (2012) ao se referir às narrativas de cada entrevistado sobre o que pensa e como entende o que é corpo.

As críticas à concepção de homem como ser dual, ao adoecer percebido como desconectado do contexto da vida e ao corpo compreendido e cuidado em partes, assim como a percepção de que esta fragmentação é arraigada culturalmente e está presente no cotidiano do trabalho em saúde, foram amplamente abordadas por boa parte dos profissionais entrevistados. Observou-se, como ponto em comum às diversas narrativas, uma postura de contraposição à perspectiva dualista característica do saber biomédico²², perspectiva essa que Le Breton (2011:77) associa criticamente à ideia de “corpo-máquina”.

Outra convergência, observada em diversas problematizações apresentadas por esses profissionais, foi quanto ao modo de entender o corpo e a saúde tal qual se dão a perceber na vida dos sujeitos do cuidado. Nesse sentido, várias narrativas deram maior destaque ao entendimento de que o vivenciado no corpo expressa a realidade dos sujeitos, ou seja, que os gestos, posturas e intenções de movimento são, via de regra, permeados por valores, costumes e crenças e, portanto, enraizados em um dado contexto cultural, social e de sobrevivência material. Entre essas, algumas enfatizaram também o potencial criativo e transformador do trabalho corporal, ao focalizar as relações entre as dinâmicas do corpo e os movimentos do sujeito na vida:

O cotidiano faz com que você assuma ações que você tem que responder; e o corpo fica para responder essas ações. Trabalhar o corpo é como se eu tivesse um tempo para voltar uma atenção àquele que me faz caminhar; [...] uma é essa coisa do corpo estar mais flexível, com mais energia para o caminhar no que for a minha vontade; e a outra coisa é o relaxar o corpo, quando o cotidiano traz tensões: para mim são duas coisas que fazem parte do corpo e que eu vejo como se as duas juntas me trouxessem uma qualidade de vida e aí, é lógico, de saúde (...) porque eu acho que a flexibilidade pode ser corporal mas não é só corporal, quando você tem uma flexibilidade corporal você tem uma

²² Em referência ao saber anátomo-fisiológico em que se apoia a medicina contemporânea (Le Breton 2011:83)

flexibilidade relacional, você tem uma flexibilidade de ideias, você tem uma amplitude de possibilidades. [D, fonoaudióloga, Tai Chi, UBS, unidade de saúde D, 28/02/2014].

As noções de corpo foram articuladas pelos entrevistados em diferentes arranjos, com maior ênfase ora nas dimensões relacionais entre os corpos; ora nas relações entre o corpo, a natureza e o sagrado; ora na percepção do “eu” no corpo. Entendemos que essas articulações são indicativas de compreensões integradas de corpo, em que as problematizações das dicotomias priorizam ora um, ora outro aspecto das diversas dimensões constitutivas do humano. Em contexto mais amplo, as articulações tematizadas nessas narrativas podem ser contrapostas à tripla ruptura que caracteriza o corpo na sociedade ocidental contemporânea: (1) dos homens entre si, como demarcação do individualismo; (2) com a natureza: não mais o cosmos, mas tão somente o meio ambiente; e (3) do homem consigo mesmo, na perspectiva dualista que separa corpo e mente ou alma (Le Breton 2011). Recorremos a esta contraposição para destacar os aspectos propositivos que as narrativas dos profissionais sugerem, no sentido do enfrentamento dessas rupturas.

As conexões entre as noções de corpo dos profissionais e suas escolhas por determinada linha de trabalho foram identificadas em grande parte das narrativas e das práticas observadas:

Você pode entender o seu corpo de tantas formas, de tantas formas... [...] o trabalho com o corpo que eu me identifico é esse corpo relacional, é um corpo que você se relaciona: tem o meu corpo e você pode se comunicar com o outro [...] meu trabalho com o corpo, o que faz sentido para mim, é um corpo que se relaciona no jogo. [F, terapeuta ocupacional, Capoeira e Cultura Afro-Brasileira, UBS, unidade de saúde Z, 04/04/2014].

Na observação da respectiva prática, essa conexão se expressa na configuração das experiências oferecidas aos praticantes:

Todos passam pelo jogo, independentemente da sua destreza; e a interação de cada dupla se estabelece de imediato pelo olhar. Os mais experientes parecem modular seus gestos para combiná-los aos movimentos dos menos experientes; [...] [O jogo] favorece a ampliação dos repertórios dos participantes, no sentido de perceber seu corpo, de explorar a destreza de seus próprios movimentos, de conjugá-los aos do outro, de cadenciá-los com a música; e de se apropriar de referências culturais que provavelmente ampliam o seu universo de interlocução fora do grupo. [Observação, Capoeira, Escola Pública, unidade de saúde Z, 11/04/2014].

Nos relatos dos entrevistados foi possível identificar ainda três influências na composição das suas noções de corpo: a experiência pessoal de corporeidade, adquirida através de alguma prática vivenciada no âmbito cultural, esportivo ou no contexto do trabalho em saúde; a matriz cultural e os fundamentos das práticas corporais e meditativas adotadas; e as relações entre esses fundamentos e os conceitos que orientam sua atuação enquanto profissional de saúde do SUS. Já a análise das relações entre os depoimentos desses profissionais e a observação das suas práticas indicou que, tanto ou mais do que as técnicas adotadas nas práticas, foi a combinação dessas três influências que as caracterizou e que contribui para defini-las, nos contextos observados, como práticas de saúde.

6.2. A corporeidade nos modos de cuidado²³

²³ Entende-se aqui, por cuidado, a “possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz” (Ayres 2004:85)

Nas práticas corporais e meditativas analisadas, os modos de comunicação se caracterizaram pela centralidade da linguagem corporal, perceptível tanto nas formas de se dispor corporalmente nos espaços quanto na sinergia de movimentos entre profissionais e praticantes. Em muitas delas, o silêncio foi intercalado com orientações para a realização de movimentos, comunicados quase sempre com voz nítida, pausada e tranquila; e foram comuns os convites à observação dos ritmos do corpo, à experimentação de amplitudes ao respirar, à identificação de relações entre respirar e sentir e à percepção de conexões entre os estados do corpo e os estados da mente. Algumas práticas se caracterizaram pela atenção à independência de movimentos e economia de energia dos praticantes. Foram comuns os usos diferenciados do tempo: pausas voltadas às experiências perceptivas dos praticantes, o uso do silêncio em momentos de meditação, assim como a sincronização entre som e movimento, ou entre o movimento próprio e o do outro em práticas com música.

Os modos de cuidado nas práticas analisadas se caracterizaram, sobretudo, pela atenção à corporeidade; contudo, a linguagem corporal não se configurou como via exclusiva na comunicação: com poucas exceções, foi comum a incorporação, a essas práticas, de momentos de conversa, informais ou previstos nos encontros. Algumas delas foram compostas por dois momentos: o primeiro destinado à vivência corporal e meditativa; e o segundo, à roda de conversa. O diálogo comumente fez parte desse modo de cuidado:

Perguntei [à profissional] se era impressão minha ou se, de fato, ela iniciou, interrompeu e recomeçou as práticas por duas vezes. A profissional respondeu que sim, interrompeu, porque “tem horas em que conversar é cuidar” [Grupo Corpo e Cotidiano, depoimento de [A] após a prática, UBS, unidade de saúde D, 18/10/2013].

A formação e a experiência em saúde dos profissionais entrevistados tiveram papel determinante no aproveitamento das potencialidades das abordagens, fossem elas originadas dos sistemas médicos complexos da PNPIC²⁴ ou de outras vertentes de conhecimento:

[a profissional] explica que, ao longo do tempo, foi agregando várias técnicas, balizada pela aceitação das práticas no grupo [...] o objetivo do aquecimento foi voltar a atenção para o corpo para, então, relaxar; e que o relaxamento é sempre empregado antes da meditação porque “às vezes a ansiedade está ali, é essa a dificuldade. [A, terapeuta ocupacional, Meditação e Relaxamento, UBS, unidade de saúde D, 18/10/2013]

Assim como no exemplo acima, em que o uso das abordagens responde à necessidade de cuidar da ansiedade, o cuidado às necessidades dos praticantes, bem como a receptividade destes às práticas propostas, foram as razões mencionadas por profissionais para compor abordagens com o uso de diferentes técnicas; contudo a composição foi comum mesmo naquelas que empregaram técnica única, uma vez que sua aplicação frequentemente foi modulada por necessidades de saúde dos praticantes e enriquecida por repertórios dos profissionais. Em algumas situações, essas composições imprimiram características híbridas aos grupos: reconhecidos por profissionais e serviços de saúde enquanto práticas corporais e meditativas; e ao mesmo tempo, com características particulares, relacionadas a atribuições próprias das profissões por eles exercidas. Alguns profissionais desses grupos relataram que a incorporação de abordagens corporais e meditativas ao seu trabalho é anterior às práticas ora produzidas; e que seus grupos anteriormente eram definidos pelo nome de suas especialidades profissionais ou ainda pelas patologias que abrangiam. Alguns fizeram referência a uma

²⁴ Vide capítulo *Introdução*.

transição também no modelo de seus grupos, em direção à união do cuidado terapêutico com a promoção da saúde.

As composições entre técnicas, necessidades de saúde dos praticantes e bagagem dos profissionais se apresentaram especialmente nos modos de cuidar dos grupos. Estes variaram quanto ao formato, com alguns abertos ao fluxo de praticantes e outros com número determinado de integrantes, articulados a acompanhamentos individuais; quanto à proposta, com grupos centrados na prática em si e outros com maior atenção ao processo grupal.

Nestes últimos, a atenção dos profissionais transitou entre o apoio à criação de relações de pertencimento no grupo e o suporte à ampliação de redes de convivência dos praticantes, de forma a transpor os limites do momento grupal, alimentar o cotidiano dessas pessoas em suas outras relações e/ou facilitar o acesso a práticas dessa natureza disponíveis nos espaços da cidade. Estas formas de atenção estão relacionadas a uma compreensão das possibilidades que as práticas grupais oferecem: “trabalhar com grupos potencializa transformações nos fazeres cotidianos e nos modos como as pessoas se inter-relacionam” (Nicolau 2015:267).

A condução em dupla de profissionais pareceu ampliar as possibilidades do trabalho com os grupos; e as composições observadas também foram determinadas por possibilidades e limitações dos espaços físicos. Os grupos se diferenciaram quanto ao apoio à agência dos praticantes em seus contextos de vida.

Características meditativas foram comuns à totalidade das práticas observadas e não se restringiram às práticas denominadas *meditação*; do mesmo modo que nas práticas com esta denominação, foram comuns a atenção à respiração; e as referências a parâmetros de conforto postural, nas meditações passivas e as experiências de movimento nas meditações ativas:

Você trabalha muito com a presença, com o estar presente. Todas as três práticas [meditação, tai chi Pai Lin e dança circular] são meditativas, só que tem a passiva e a ativa: você precisa estar atento naquilo que você está fazendo [N, agente comunitária de saúde, unidade de saúde M, 13/06/2014].

A presença a que a entrevistada se refere também é uma questão visada por abordagens de percepção corporal: é através dela que “se desenvolve a capacidade de ser objeto da própria observação e, simultaneamente, de viver as mudanças que esta observação produz em todo o organismo” (Alexander 1991:10).

Em suma, os diversos modos de cuidado observados convergiram quanto à atenção, nas práticas, ao estado de presença dos praticantes.

6.3. Desafios observados nos modos de cuidar pela via da corporeidade

Além da diversidade já abordada, as práticas analisadas diferiram quanto às relações estabelecidas pelos profissionais, quer com as diferentes matrizes culturais e fundamentos que as compõem, quer com as referências culturais dos praticantes. Composições e tensões entre valores, crenças e saberes distintos foram observadas.

Em muitas práticas, os movimentos propostos foram intercalados com a transmissão dos fundamentos, através de esclarecimentos acerca dos nomes originais ou da simbologia envolvida em determinados movimentos. Algumas delas apresentaram arranjos que conjugaram a prática em si, os fundamentos da abordagem adotada e as relações entre a prática proposta e a saúde:

[a profissional propõe] em roda, alguns minutos de silêncio, a fim de “colocar o corpo dentro da sala” (sic) [...] os praticantes falam sobre suas experiências e desafios de praticar em casa. [...]. Ela

lê um texto curto que fala dos cinco movimentos cíclicos da natureza; e propõe que o grupo comente. Alguns fazem analogias com a vida na roça, regida pelas estações; outros, com a onda de frio daqueles dias, que “deixa a gente encolhida” (sic). Quando todos terminam de falar [ela] estabelece ligação entre os argumentos trazidos pelos participantes e o contínuo movimento de expansão e contração, “o yin e o yang”(sic); e relaciona vida, saúde e movimento. [Observação Lian Gong, fisioterapeuta, Igreja, unidade de saúde V, 09/05/2014].

Em parte das práticas, o posicionamento dos profissionais à frente e de costas para os praticantes provocou na observadora impressões ambíguas, ainda que limitadas pelo pouco tempo de observação: em alguns grupos houve nítida sinergia de movimento no grupo, com cadências ritmadas e semelhantes a uma dança, o que sugere um processo anterior de incorporação desses movimentos pelos praticantes; em outros, esse posicionamento era complementado por comunicações verbais e gestuais:

[a terapeuta] instrui e realiza o movimento algumas vezes; e em seguida observa as praticantes: permanece voltada para o sol, à frente e ligeiramente à esquerda do grupo, o que possibilita que ela tenha uma visão lateral do todo [...] ao observar que um desses movimentos é acompanhado com dificuldade por uma das praticantes, a profissional volta-se de frente para ela em ‘espelho’ e realizam juntas a sequência [Observação, Tai Chi Pai Lin, fonoaudióloga, UBS, unidade de saúde L, 02/06/2014].

Em outros grupos ainda, foi visível a falta de conexão dos movimentos entre profissional e praticantes, cabendo aos últimos imitar os gestos de acordo com o que conseguiram ou não observar. Essa disposição corporal no espaço tem fundamento no contexto cultural de origem da prática: trata-se de um alinhamento em direção ao leste para que o praticante se conecte com a energia do sol nascente²⁵; contudo como nem sempre as disposições corporais observadas se alinharam nessa direção, nessas situações ficaram dúvidas quanto à apropriação desse fundamento por praticantes.

²⁵ Conforme esclarecimento obtido em um encontro de supervisão dessa modalidade.

Enquanto alguns profissionais entrevistados consideraram a reprodução das formas de transmissão e das sequências de movimento originais como uma espécie de protocolo que garantiria a igualdade da oferta da prática na atenção primária, outros problematizaram as relações entre a tradição, a criatividade e o trabalho terapêutico nas práticas:

[Trata-se de] integrar sua prática com aquilo que você já tem de formação: a gente nunca vai ser um chinês: eu vou integrando [os conhecimentos] dentro de mim [mas] num dado momento, você cria: práticas muito rígidas impedem você de ser criativo, se você mudar alguma coisa você está cometendo uma “heresia”; e aí vira um dogma, se você fizer isso está ferindo o dogma [N, agente comunitária de saúde, Meditação, Danças Circulares e Tai Chi, unidade de saúde M, 13/06/2014]

A disposição de abrir diálogo com algumas referências culturais dos praticantes motivou profissionais a criar composições heterodoxas:

Agora eu tenho capacidade de brincar com o que a gente tinha no começo [as queixas de praticantes de que o Tai Chi era maçante]; o Tai Chi não era ruim porque era de movimentos leves, compassados, elas acabaram entendendo que o devagar não é ruim, pelo contrário, ele dá resistência muscular [...] eu ainda chamo de Tai Chi [porque os fundamentos estão incorporados à prática]; mas eu brinco que a ‘molinha’ no joelho é uma pulsação do tai chi, todas fazem; antes não tinha dobra no joelho: lesão de impacto no joelho, lesão de impacto no quadril, lesão de tudo; [ao mesmo tempo] eu quero um grupo variado, não de idosos ou de jovens [e] elas sabem dançar uma música que as netas delas, ou as filhas delas, escutam agora [P, dentista, Tai Chi com Dança, UBS, unidade de saúde Q, 25/02/2014].

Ao se olhar para a mesma prática, da perspectiva dos praticantes, é possível notar, entre suas motivações, algumas relacionadas à manutenção do equilíbrio de suas condições de saúde; ao mesmo tempo, outras bem próximas do ideário de um corpo

esculpido e permanentemente jovem e que é o mesmo que alimenta um mercado de bens e serviços:

[por que motivos praticam] [EN] pela saúde e por orientação médica: os meus médicos pedem porque eu sou diabética, preciso caminhar, fazer exercício; e também pra gente ficar mais molinha; [EP] pela saúde também e para também ficar mais forte, mais durinha um pouco, endurecer um pouco o bumbum; [ER] eu gostaria mesmo é que tivesse mais vezes da ginástica [sic] são só dois dias e a gente queria que tivesse mais: segunda, terça, quarta... [EN, EP e ER, praticantes, Tai Chi com Dança, unidade de saúde Q, 18/02/2014]

O que queremos ressaltar nestes dois últimos depoimentos é o duplo desafio dos profissionais, no sentido de produzir interlocução com as referências de corpo dos praticantes e, ao mesmo tempo, trabalhar na delimitação do escopo das práticas.

Outras configurações desse desafio foram observadas em relação a valores e crenças, tanto os dos próprios profissionais quanto os dos sujeitos do cuidado. Uma situação pontual exemplifica a dificuldade em delimitar as práticas à sua dimensão laica:

[no início] elas se reúnem em círculo, de mãos dadas e rezam o “Pai Nosso”. Aquelas que não participam da oração permanecem próximas, porém do lado de fora do círculo. Em seguida, todas batem palmas, desfazem o círculo e se posicionam voltadas para a frente. [Depois da prática] perguntei por que a oração no contexto da UBS: [a profissional] explicou que é proposta das praticantes, que chegaram ao seguinte consenso: quem quer, reza junto; e quem não quer, permanece ao redor da roda. [Observação, Tai Chi, atividade interna, unidade Q, 18/02/2014].

Por empregarem abordagens que buscam se distanciar da dicotomia corpo-mente, algumas práticas corporais e meditativas podem favorecer a emergência do tema do

sagrado²⁶; e o respeito à diversidade no acolhimento dessa questão requer, além da sua delimitação à esfera da laicidade, o cuidado no tratamento equânime às diferentes referências culturais de seus praticantes.

No âmbito da supervisão, essas questões apareceram em forma de apoio aos profissionais para o exercício de mediações entre as expectativas dos praticantes e as referências culturais da prática em questão:

A última pergunta é sobre a palavra ‘sagrado’ no nome das danças circulares: [a supervisora] esclarece que, a seu ver, há um problema de tradução do alemão para o inglês, já que Wosien [o fundador dessa proposta], a utilizava no sentido de ‘cura’ [Encontro de Supervisão, Danças Circulares, Centro de Convivência, unidade de saúde F, 26/03/2014].

Embora o termo “sagrado” não faça parte da nomenclatura adotada pelo município para as Danças Circulares, o esclarecimento observado responde a uma questão culturalmente associada a essa prática.

De outro ângulo, em algumas práticas a disponibilização de repertórios diversos se configurou como via de acesso a referências com potencial de diálogo com as raízes culturais dos praticantes:

[sobre as danças de roda regionais] eu aproveito para inserir um pouco de ciranda de roda, de jongo, de congo, que é um pouco do que eu tenho de formação; bastante cirandas da Lia [de Itamaracá] que eu também conheço. [...] e aí eu fui trazendo e agregando [...] um pouco desse enredo que eu acho muito rico, porque é o brasileiro né? A dança circular ela é composta pelo diverso do mundo todo, que é excelente; mas eu acho que sempre falta a gente trazer mais do que é nosso mesmo, né? [AF, educadora física, NASF, unidade de saúde M, 01/07/2014]

²⁶ Face às ambiguidades que envolvem os termos *sagrado* e *espiritualidade*, opta-se pelo termo *sagrado*, enquanto fenômeno que se configura socialmente como um *centro organizador* em sociedades, sejam estas religiosas ou seculares. In: Scubla, L. Lire Lèvi-Strauss. Paris, Éditions Odile Jacob, 1998.

Os diálogos com os repertórios corporais dos praticantes, observados pontualmente, facilitaram a ressignificação e transformação de marcas culturais que os incomodavam:

Essa senhorinha falou que quando era criança, tinha muita vontade de aprender a dançar e o pai dela não deixava porque isso era “coisa de vagabunda” [...] foi aprender a dançar escondido do pai [que] foi buscá-la na aula aos trancos, xingando, uma coisa horrorosa [...] ela ficou com aquele trauma [...] começou a fazer as danças circulares, tinha uma dificuldade enorme de ouvir, não conseguia relaxar pra dançar [...] a roda pôde acolher [...] hoje tudo quanto é workshop de formação ela está lá [...] tem muito mais histórias dessas atrás de uma simples dificuldade mecânica [AB, terapeuta ocupacional, Danças Circulares, Centro de Convivência, unidade de saúde F, 15/04/2014].

Ainda que as práticas corporais e meditativas observadas sejam diversas e com fundamentos ligados a diferentes campos de conhecimento e tradições de cuidado, a abordagem pela via da corporeidade foi comum a todas elas. Também o foram as mudanças objetivas no estado de saúde descritas por praticantes, independentemente da prática corporal e meditativa adotada²⁷. Essas mudanças certamente contaram com contribuições específicas de cada linha de trabalho; contudo a diversidade cultural que identificamos nesse universo de práticas indica que os ganhos descritos extrapolaram as possibilidades de cada uma dessas linhas; e essa percepção nos incita a investigar os aspectos comuns entre as diversas práticas.

6.4. Abordagens da corporeidade e o enfrentamento da dualidade corpo-mente

²⁷ Conforme descrito no capítulo 5 *Contexto da Pesquisa*.

As aproximações que efetuamos com o universo das práticas corporais e meditativas possibilitaram reconhecer o tema da corporeidade nas concepções de corpo, saúde e vida dos profissionais e nos diversos modos de cuidado por eles empregados em seu trabalho. Ao mesmo tempo, suscitaram questões e desafios inerentes a essas práticas, bem como à sua inserção na Atenção Primária; estas questões, contudo, serão abordados nos capítulos subsequentes, em relação à Promoção de Saúde e à Integralidade.

Por ora, nos interessa pontuar alguns aspectos desse universo de práticas que podem contribuir ao debate crítico sobre o problema da dualidade corpo-mente no campo das ciências da vida e da saúde, uma vez que:

[...] a grande interrogação é a dualidade que separa corpo e mente, psíquico e somático, e que não corresponde à experiência concreta da saúde e do adoecer. Do ponto de vista das práticas de saúde, essa dualidade se reflete na persistência de um modelo técnico que dissocia assistência e realidades sociais, culturais e afetivas. Predomina a perspectiva que favorece as intervenções tecnológicas avançadas, mas pobres do ponto de vista afetivo (Czeresnia 2012:66).

Para Czeresnia (2012), há que se produzir conhecimento científico e modos de se operar as práticas de saúde conectados com a sensibilidade corporal, que permitam transitar entre razão e intuição, sem, contudo, ignorar a importância dos conhecimentos já consolidados para a solução de problemas de saúde.

Nessa mesma direção, nos compete frisar, do observado no contexto da pesquisa, alguns pontos que, a nosso ver, contribuem para a produção de um cuidado não-dicotômico, que incorpora aos seus fundamentos a corporeidade dos sujeitos nele envolvidos:

- Noções de corpo fundadas em conceitos do humano e da saúde: ligações entre o que acontece no corpo e as relações do sujeito com o outro e o mundo. Posturas críticas em relação às rupturas que caracterizam o corpo na sociedade ocidental contemporânea.
- Modos de entender e lidar com o corpo e a saúde tal como se dão a perceber na vida dos sujeitos do cuidado. Conexões entre as noções de corpo dos profissionais, suas escolhas e as características observadas nas práticas.
- Sintonias entre a corporeidade dos profissionais e a dos praticantes: mediadas pela sensibilidade e pelo valor atribuído pelos primeiros aos sofrimentos e necessidades de saúde dos últimos.
- Produção das práticas: integração entre a experiência de corporeidade do profissional, o conhecimento dos fundamentos da prática adotada e os conceitos que o orientam em sua atuação de profissional de saúde do SUS.
- Práticas sensíveis, centradas na linguagem corporal; e propositivas, quanto à reversão das rupturas que caracterizam o dualismo corpo-mente.
- Convergências entre as práticas denominadas corporais e as denominadas meditativas.

7. Práticas corporais e meditativas: contribuições e

desafios à Promoção da Saúde

A promoção da saúde constitui um campo de saberes e práticas voltados à melhoria da saúde da população, anterior e independentemente de patologias ou agravos e que tem como premissa a ampliação do controle das pessoas sobre sua própria saúde (Fleury-Teixeira et al 2008). Desde a definição inicial do termo, na década de 1960, como o primeiro dos cinco níveis de prevenção do modelo da história natural da doença, até sua configuração atual como enfoque político e técnico do processo saúde-doença-cuidado (Buss 2009), a ampliação do alcance de ações então associadas àquele nível e as modificações em seus fundamentos e métodos são parte de um movimento maior, de renovação de conceitos e práticas de saúde (Ayres 2009). Sua construção no âmbito do SUS se configura na Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS).

A PNPS, assim como a PNPIC, tem como referência movimentos internacionais. Entre os precursores da PNPS destacam-se o Relatório Lalonde (Lalonde 1974); e os movimentos que deram corpo à I Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde de Alma-Ata (WHO 1978). A partir daí o aprofundamento de experiências locais por meio de conferências internacionais resultaram em documentos norteadores, entre os quais a Carta de Ottawa (WHO 1986) em que a saúde é conceituada como “um recurso para a vida, e não como objetivo de viver” e a promoção de saúde, definida como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo”. Em 1998 sete princípios norteadores da promoção da saúde são sistematizados: o empoderamento; a participação

social; o holismo; a intersectorialidade; a equidade; a sustentabilidade; e as ações multiestratégicas (WHO 1998).

Nos planos internacional e nacional, o processo de aprofundamento temático e estratégico prossegue, como sugere o tema *Saúde em Todas as Políticas*, da 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada na Finlândia em 2013 (Malta et al 2016). A PNPS foi formalizada em 2006, com a meta de se constituir em política integrada, transversal e intersectorial; e, desde então, é continuamente atualizada. A versão de 2014 (Brasil 2014) traz, entre outras atualizações, a criação de um dispositivo de comunicação social para promover suas diretrizes denominado “Da Saúde se Cuida Todos os Dias”, com a finalidade de:

[...] desenvolver estratégias de comunicação e mobilização social, articulando ações intersectoriais e específicas, nos seguintes eixos: a) incentivo à alimentação saudável; b) incentivo à redução do consumo de álcool; c) incentivo à atividade física; d) controle do tabagismo; e) incentivo à segurança no trânsito; f) incentivo à cultura da paz; g) incentivo ao ambiente saudável; h) incentivo ao parto normal (Malta et al 2016).

A construção do campo da promoção da saúde é movimentada por tensões entre conceitos associados a duas perspectivas: uma, de cunho comportamental, derivada das formulações canadenses iniciais, com foco no controle de fatores de risco e intervenções em estilos de vida; e outra, com formulações associadas a uma vertente socioambiental que resgata o pensamento da medicina social do século XIX, é inspirada na conferência de Alma-Ata e tem como perspectivas a transformação das condições de vida que geram agravos à saúde, a participação popular nessa transformação e, mais recentemente, a redução da vulnerabilidade (Carvalho 2004, Ayres 2009, Haeser 2012).

Em decorrência dessas tensões, as discussões conceituais nesse campo se apresentam quase sempre polarizadas entre tendências disciplinares e regulatórias; ou

participativas e emancipatórias (Castiel 2004, Ferreira Neto e Lund 2011). Estas questões “tendem à inconclusão, pois suas atividades transitam sobre terrenos teóricos de difícil compatibilização: paternalismo vs participativo; individual vs coletivo”; e devido ao fato de que cada perspectiva é sustentada por um determinado entendimento de sociedade e de condição humana. “A ‘boa sociedade’ pode ser concebida de diferentes formas, conforme distintas vias filosóficas e sociopolíticas. O ser humano, da mesma forma, pode ser definido a partir de variadas óticas”. (Castiel 2004:617).

O processo de consolidação da PNPS se dá em meio a esse debate e é atravessado por dificuldades, tais como a estrutura burocrática do Estado, a predominância de uma cultura setorial e competitiva na Saúde e o “predomínio da racionalidade biomédica nas arenas da saúde” (Buss e Carvalho 2009:2313).

7.1. Práticas integrativas e complementares e a promoção da saúde

A integração das PICS com a promoção da saúde é preconizada pela PNPS (Brasil 2014) e está incorporada aos objetivos e temas prioritários dessa política; contudo, as possibilidades de interlocução entre esses dois campos ainda são pouco exploradas. Uma análise do potencial de contribuição das PICS ao campo da promoção da saúde foi realizada por Tesser (2009) com base em quatro eixos temáticos bipolares representativos dos marcos teóricos, propostas e práticas e tensões internas a este campo, conforme a ênfase: (1) no social e coletivo ou no individual; (2) na intersetorialidade ou nas ações específicas do campo da saúde; (3) na concepção ampliada e positiva de saúde ou na saúde como ausência de doença; e (4) na educação emancipadora ou autoritária/controlista. A convergência identificada pelo autor entre PICS e promoção da saúde foi nítida em relação ao conceito positivo e ampliado de saúde e à educação emancipadora,

com maior ênfase, nas PICS, à dimensão pedagógica da experiência, na transmissão dos conhecimentos. As principais diferenças identificadas foram a ênfase no cuidado individual como meio de transformação pessoal; as práticas que conjugam promoção e terapêutica e não têm correlatos na medicina convencional; e as ações setoriais com impacto no empowerment comunitário, em virtude dos valores de solidariedade incorporados à pedagogia dessas práticas (Tesser 2009).

Em linhas gerais, esses achados são corroborados pela presente análise; contudo, identificamos especificidades, tanto na inserção das práticas corporais e meditativas na PNPS quanto nos desafios e contribuições dessas práticas à construção do campo da promoção da saúde.

7.2. A inserção ambígua das práticas corporais e meditativas na PNPS

A ambiguidade na inserção das práticas corporais e meditativas na PNPS se manifesta em duas características: nessa política não há qualquer menção à meditação; e o termo *atividades físicas/práticas corporais* denomina um tema prioritário nessa política; sua positividade, porém, é relativizada pela associação de práticas diferentes de modo genérico e indiferenciado.

A relações entre meditação e saúde são objeto de pesquisas com diferentes metodologias. Depois do desvendamento de alguns de seus mecanismos neurofisiológicos, as pesquisas mais recentes têm se concentrado na validação de seus

efeitos fisiológicos frente a várias condições de saúde^{28,29}. Contudo, a produção de conhecimentos nessa área e a presença dessas práticas na atenção primária ainda não se refletiram na sua inclusão formal na PNPS.

Já o uso do termo *atividades físicas/práticas corporais* na PNPS tem o efeito de encobrir as diferenças epistemológicas, de concepção e de prática da promoção de saúde, que distinguem as práticas corporais das atividades físicas. Estas últimas se referem a práticas com resultados positivos para a saúde e que são reconhecidos científica e socialmente; por outro lado, a expressão *atividades físicas* é historicamente associada a um paradigma biologizante, que vêm sendo objeto de debate dentro do próprio campo da educação física, à medida em que ocorre nesse campo uma aproximação com os pressupostos de uma clínica ampliada (Freitas et al. 2013).

Por sua vez, *práticas corporais* se refere a um conceito em construção, que comporta a perspectiva do cuidado ampliado, por abordar integralmente as diversas dimensões do corpo, sejam lúdicas, de autoconhecimento culturais ou sociais; e por possibilitar posturas críticas aos modos de vida contemporâneos (Carvalho 2016). Há proximidades entre esta perspectiva e as concepções que compõem as práticas corporais e meditativas das PICS, com o acréscimo, nestas últimas, de algumas características decorrentes dos diferentes modos de compreender a unicidade corpo-mente, como veremos a seguir.

7.3. Promoção da saúde e o agir do sujeito no mundo

²⁸ No período de 2012 a março de 2017, 129 artigos sobre meditação foram publicados em revistas indexadas no PubMed, sendo 32 com os descritores *Systematic Reviews/ Reviews/ Meta-analyses* e 197, com o descritor *Randomized Controlled Trials*. In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> Acesso 2/3/17.

²⁹ As pesquisas sobre meditação têm se concentrado na aceitação dessas práticas pela medicina hegemônica, com movimentos ainda incipientes no sentido de compreender seus aspectos simbólicos e particulares (Shapiro et al 2003, Moraes 2016).

A autonomia constitui uma categoria central para o conceito e as ações de promoção de saúde, uma vez que a ampliação das possibilidades de escolhas das pessoas é condição essencial ao seu empoderamento e participação social (Fleury-Teixeira 2008, Haeser et al 2012). Em essência,

A ideia de autonomia (*auto* = próprio, *nomos* = norma, regra, lei) conduz o pensamento imediatamente à ideia de liberdade e de capacidade de exercício ativo de si, da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações e às possibilidades e capacidades para construir sua trajetória na vida (Fleury-Teixeira et al. 2008:2118).

No contexto da atenção primária, o tema da autonomia pode ser contraposto à heteronomia do cuidado que caracteriza o crescente processo de medicalização social³⁰. Nesse processo, a objetivação e institucionalização da dor, do adoecimento e dos sintomas têm, como contraparte, a perda de valor dos referenciais subjetivos e culturais com os quais os usuários poderiam dar significado ao adoecimento vivido, frente à autoridade do entendimento médico reconhecido socialmente. Desta perda resulta um declínio na capacidade de enfrentamento autônomo das pessoas diante de eventos de saúde cotidianos que, por sua vez, “passam a ser vertiginosamente medicalizados, carentes de interpretação e prescrição médica ou de especialista similar” (Tesser 2006a:73).

A autonomia está associada a aspirações humanas fundamentais, como o respeito às referências subjetivas e culturais dos sujeitos (Tesser 2006a) e as “necessidades de livre expressão de seu ser, ou de manifestação ativa de si” (Fleury-Teixeira et al. 2008:2118). Em suma, a sua importância como norte das ações de promoção da saúde está posta.

³⁰ Entende-se por medicalização social a “expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos” (Tesser 2006a:62).

Por outro lado, o exercer ativo e livre dos sujeitos na construção de suas trajetórias de vida se dá nas suas relações com o outro e com o mundo. Desse modo, nos interessa abordar o protagonismo dos sujeitos da perspectiva de sua *agência* frente aos seus eventos de saúde, ou seja, das intervenções que estes exercem no âmbito das relações corporeidade-mundo.

Para explorar as possibilidades que esse termo oferece para a análise da corporeidade nas práticas investigadas, recorremos a Arendt ([1958] 2003), para quem a questão da agência está posta no âmbito da ação humana³¹, na pluralidade que lhe é inerente e que tem o duplo aspecto de igualdade e de diferença:

No homem, a alteridade, que ele tem em comum com tudo o que existe, e a distinção, que ele partilha com tudo o que vive, tornam-se singularidade, e a pluralidade humana é a paradoxal pluralidade de seres singulares (Arendt [1958] 2003:189).

Essa pluralidade de seres singulares se manifesta na esfera pública, através da convivência com o outro. Em meio à teia das relações e histórias humanas, interligadas por diversos temas, a ação e o discurso desempenham uma mediação entre diferentes interesses, “de sorte que a maior parte das palavras e atos, além de revelar o agente que fala e age, refere-se a alguma realidade mundana e objetiva” (Arendt [1958]2003:195, grifo da autora). O agente, por sua vez, não é nem o criador nem o produtor das histórias humanas, mas seu sujeito, na dupla acepção deste termo.

³¹ Para Arendt o labor, o trabalho e ação são as atividades fundamentais que constituem a *vita activa*. O labor refere-se às atividades vitais de sobrevivência biológica, sendo sua condição humana a própria vida; o trabalho corresponde à produção artificial, material de coisas e sua condição humana é a mundanidade; e a ação, “única atividade que se exerce diretamente entre os homens sem a mediação das coisas ou da matéria, corresponde à condição humana da pluralidade, ao fato de que homens, e não o Homem, vivem na Terra e habitam o mundo [...] Todos os aspectos da condição humana têm alguma relação com a política; mas esta pluralidade é especificamente a condição – não apenas a *conditio sine qua non*, mas a *conditio per quam* – de toda a vida política”. (Arendt [1958] 2003:15).

Na ação e no discurso, os homens mostram quem são, revelam ativamente suas identidades pessoais e singulares, e assim apresentam-se ao mundo humano, enquanto suas identidades físicas são reveladas, sem qualquer atividade própria, na conformação singular do corpo e no som singular da voz. Essa revelação de “quem”, em contraposição a “o que” alguém é – os dons, qualidades, talentos e defeitos que alguém pode exhibir ou ocultar – está implícita em tudo o que se diz ou faz (Arendt [1958] 2003:192).

Essas reflexões instruem o nosso olhar para a agência nas práticas corporais e meditativas, a partir do entendimento de que os grupos constituem contextos de convivência plural entre sujeitos singulares, cujos corpos, discursos e ações têm referências em realidades objetivas, nas quais estes constroem as suas subjetividades e modos de ser no mundo e que extrapolam as práticas em si.

7.4. Corporeidade, agência e promoção da saúde

Para identificar relações entre as abordagens da corporeidade nas práticas analisadas e os modos de exercer agência dos praticantes, empregamos os critérios de *locus* operativos, vetores e formas de agência sugeridos por Csordas (2013)³² na análise de depoimentos e práticas. No relato a seguir acompanhamos a conceituação de corpo de uma profissional:

O corpo, quando você fala ‘corpo’, as pessoas entendem ‘osso’ - não é isso: corpo físico, sim; mas o corpo também é mental, ele também é emocional, ele também é espiritual. Então, essas práticas, para mim, são um meio de encarnação, você entendeu? E o que é encarnação? É você estar vivendo essas coisas no corpo. Eu não penso o meu pé, eu sinto: “como é que meu pé está agora? ”. Tem também essa questão da percepção corporal de estar num espaço: “aonde eu estou, para que lado eu vou” [...] é uma integração de todos esses aspectos, não só o emocional ou o do movimento mecânico: é se conscientizar desse estar vivo. [N, agente comunitária de saúde, Danças Circulares e Meditação, unidade de saúde M].

³² Ver capítulo 2 *Apontamentos para o estudo da corporeidade nas práticas*.

Seu depoimento possibilita destacar elementos de uma concepção de corpo vivo, ou seja, um corpo que é o lugar onde acontece o viver humano, em que a percepção se destaca enquanto via de integração das experiências do sujeito no corpo. Há também uma menção à vivência corporal integrada, aqui denominada encarnação. Pode-se estabelecer algumas aproximações entre essa perspectiva e a concepção de corpo como sujeito encarnado (Merleau Ponty [1945]2011): enquanto o exemplo do pé e o "aonde eu estou" remetem à intencionalidade operante, o "se conscientizar desse estar vivo" remete a um corpo que se movimenta e age no mundo.

Um desdobramento dessa mesma perspectiva é observado em um momento da prática desse profissional:

Antes de iniciar a dança, [N] pede que todas soltem as mãos e fechem os olhos; percebam a temperatura e os sons do ambiente; percebam, sem se apegar, os seus pensamentos, deixando-os passar; e "tragam seu corpo para o momento presente" (sic) através do contato dos pés com o chão; da distribuição do peso do corpo sobre o apoio dos pés, das pernas, dos quadris, fazendo pequenos ajustes, se necessário; e "imaginem uma linha sutil e luminosa que percorre o centro do corpo em direção ao céu, alinhando toda a coluna". O abrir dos olhos é gradativo para "deixar a luz do exterior entrar com suavidade" [Danças Circulares, unidade de saúde M, 06/05/2014].

O *locus* operativo, neste momento da condução da prática, é a existência corporificada dos sujeitos praticantes; e a integridade das suas presenças naquele contexto, por meio das percepções de ser e estar ali, configura o ponto de partida do vetor corpo-mundo. Já o movimento de exercer agência é um desdobramento, sugerido pelo relato de outro momento relativo a esse mesmo grupo:

Sobre [o tema] 'com quem dançar', [N] conta que o grupo de danças circulares, que é composto principalmente de idosos, se apresentou em um evento da comunidade; e como as crianças da

feita juntaram-se ao redor, o grupo convidou-as para dançar no centro da roda. Ela avalia que dançar em grupo “empodera” os participantes, é algo que “dá a eles outros modos de se relacionar na comunidade”. [Relato de N, encontro de Supervisão em Danças Circulares, 26/03/2014]

É possível observar aqui que, entre o se apropriar das percepções e o agir no mundo, há uma “intencionalidade de ato”³³ do profissional de saúde, que se expressa no valor por ele atribuído à ampliação dos vínculos sociais dos sujeitos a partir da prática. No âmbito da sua atuação, esta perspectiva - que não está dada a priori por técnicas ou abordagens corporais e meditativas - depende também das percepções desse profissional acerca dos sofrimentos e necessidades de saúde dos praticantes, bem como do alcance por ele atribuído ao trabalho em saúde.

O trabalho com o movimento que parte do sujeito em direção ao mundo, tendo o corpo como *locus* operativo, foi um traço comum às práticas observadas, ainda que com propostas bem diversas em relação às necessidades ou situações de sofrimento vivenciadas por praticantes.

Estes, por sua vez, quase sempre trouxeram consigo as marcas dos sofrimentos em seus corpos. Há aqueles cujas dores decorrem de *habitus* instalados no corpo em resposta a limites impostos por determinados contextos e posições sociais, como no relato abaixo:

[porque pratica] motivo de problema de coluna, por causa de muita dor que eu sentia, estou com escoliose [efeitos da prática percebidos] uma pouca melhora, porque o trabalho que eu faço não é pra ter melhora de uma hora pra outra, que eu trabalho muito [...] trabalho em casa de família, limpo, passo, faço tudo que tem na casa, que só eu trabalho [o que mudou] o jeito de dormir e o jeito de trabalhar porque eu, igual eu falei no grupo, eu sempre me matei, o que vai prejudicando cada vez mais [...] agora vou aprendendo a me educar, no trabalho, no movimento

³³ Merleau-Ponty [1945]2011:16

[Entrevista, EA, Grupo Corpo e Cotidiano, atividade interna, unidade D, 18/10/2013].

No grupo a que essa entrevistada se referiu, as questões relacionadas às vivências das praticantes em seus contextos de trabalho foram abordadas através da composição entre experiências de movimento, momentos voltados à percepção de si e oportunidades de compartilhamento das experiências, como as descritas abaixo:

Uma praticante diz: “fui me reconhecendo, percebi quando dava a dor, se um pé fica com o peso que nem o outro pé [...] a colocar o balde mais alto para não doer o joelho”; a outra observa: “até pra passar pano na casa, a gente tem que ter postura” e a terceira emenda: “as meninas do laboratório falam: nossa! Você tem um jeito todo chique e importante de passar o pano”; [e] demonstra seu ‘jeito’ inclinando-se à frente com o apoio de um joelho flexionado e alinhado com o pé. [Grupo Corpo e Cotidiano, atividade interna, unidade D, 18/10/2013].

O diálogo entre essas praticantes possibilita observar uma configuração de forças em que o vetor mundo-corpo está implicado nos sofrimentos que as levaram à prática corporal e meditativa na unidade de saúde. Já da observação dessa prática depreende-se que os recursos oferecidos contribuíram à apropriação, pelas participantes, de seus próprios potenciais para agir na reversão desse vetor, o que se deu através de uma abordagem corporal do *habitus*, que comportou experiências de movimento, auto-observação e diálogo; e foi complementada pelo momento final de conversa em grupo, como espaço de síntese, de compartilhamento do vivenciado na prática e de suporte à tomada de posição das praticantes diante de condições nocivas à saúde. Observa-se então, na abordagem desses sofrimentos, uma via de mão dupla entre corpo e mundo.

Ao se olhar para o mesmo contexto através do relato do profissional, há indicativos de que o seu trabalho é continuamente alimentado por uma corporeidade que

favorece a sua percepção do *habitus*; e por uma dimensão de valor, que se manifesta na atenção às relações entre corpo e vida cotidiana:

Eu acho que tudo envolve corpo: o dormir, o caminhar, as atividades que você faz diariamente [...] está em constante relação: o que eu faço e como está o meu corpo [...] não precisa parar pra se perceber [...] eu tento voltar a atenção para mim, pra ver como é que eu estou [...] às vezes, coisas tão pequenas como o ato de escovar os dentes, que você põe uma tensão desnecessária... isso você só vai conseguir modificar se você tiver uma percepção do teu corpo, do que você está fazendo [A, terapeuta ocupacional, Grupo Corpo e Cotidiano, atividade interna, unidade D, 25/10/2013]

Em termos de *locus* operativos, vetores e formas de agência, as características das dinâmicas corpo-mundo observadas no conjunto das práticas se situaram entre os polos apresentados acima: partindo do corpo em direção ao mundo; e no ir e vir entre corpo e mundo.

No conjunto das práticas, as dinâmicas foram favorecidas pelo próprio processo grupal, que pressupõe o apoio à criação de relações de pertencimento no grupo; e por características inerentes às práticas que envolvem a corporeidade, como o favorecimento da solidariedade e da amizade entre os praticantes (Luz 2007):

[...] embora nasçam na saúde, as práticas corporais apresentam um caráter coletivo que estimula a interação e incentiva a convivência entre os praticantes, transformando o momento da atividade de saúde em um momento de encontro e sociabilidade (Hallais 2016:23).

Características diferenciadas se apresentaram nas práticas em que o lidar dos profissionais com o corpo e a saúde se deu pela acolhida das realidades objetivas dos praticantes e pelo suporte aos seus movimentos de vida, contemplando-os na pluralidade de suas singularidades. Nessas ocasiões observamos modos de apoio ao protagonismo

dos praticantes: ainda que estes, eventualmente, sejam passíveis de assujeitamento diante de suas realidades, são eles os sujeitos que detêm, de fato, poder de exercer agência em direção ao que eles considerem ser uma vida mais plena.

Destacamos o *habitus* como recurso para evidenciar uma diferença importante entre estas práticas e aquelas de perfil prescritivo que ainda se fazem presentes no campo da promoção da saúde (Czeresnia 2009). Enquanto estas últimas sofrem influência da perspectiva clássica do behaviorismo, de previsão e controle do comportamento (Watson ([1913]2008), a ideia de *habitus* comporta a complexidade das relações entre corpo, subjetividade, cultura e sociedade, envolvidas nas escolhas que os sujeitos fazem nas suas vidas cotidianas. A duplicidade inerente à própria condição de sujeito não é estanque; e o conceito de *habitus* possibilita compreendê-lo em suas possibilidades de transitar entre as múltiplas determinações e a invenção. Nas práticas analisadas, essas possibilidades foram ampliadas pelo trabalho com a alteridade, através da promoção de interlocuções e trocas de experiência entre os integrantes dos grupos.

7.5. Ações territoriais e a agência dos sujeitos nas relações corpo-mundo

Na construção da promoção da saúde, a intersetorialidade constitui um meio para “produzir melhor saúde, efetivar políticas públicas e enfrentar a exclusão social” (Mendes e Akerman 2014:95). A amplitude dessa proposta comporta múltiplos desafios, que se estendem da criação de novos modelos organizacionais através da articulação, planejamento e gestão de políticas sociais, programas e projetos destinados a atender comunidades e grupos com necessidades específicas; à superação de fragmentações entre diferentes saberes e práticas para a produção de ações conjuntas que possam oferecer

condições de melhor saúde aos sujeitos e coletividades (Warschauer e Carvalho, 2014, Ferigato et al 2016).

Nesta pesquisa, a abordagem da intersetorialidade está delimitada ao observado nas práticas, quanto ao apoio à agência dos praticantes em seus próprios territórios, por meio da produção de interfaces da saúde com a cultura e da promoção de acesso aos espaços sociais e aos bens e serviços culturais no território. Ações com esse perfil foram observadas nos CECCO's, que pertencem à rede intersetorial do município; nos equipamentos sociais do entorno das UBS's; e em práticas desenvolvidas dentro dessas unidades, por meio do apoio ao acesso dos praticantes aos equipamentos sociais e culturais do entorno. A seguir, discutimos suas principais características.

A intencionalidade do apoio dos profissionais à ampliação das trocas sociais dos praticantes, através do acesso a contextos de convívio com a diferença, indica que esse cuidado é orientado por uma concepção ampliada de saúde, que valoriza a autonomia dos sujeitos quanto aos seus modos de viver (Campos et al. 2004):

A experiência aqui [na UBS] é uma amostra do que ela pode fazer lá fora [...] porque o leque corporal é imenso [...] eu gosto muito de dar os endereços dos recursos da comunidade [...] a UBS, ela serve um espaço de passagem para começar a adotar algum hábito que demora para ser adotado. Porque quem que nunca praticou, não é de repente que vai adotar, por mais que a saúde toda, que o médico fale: “vai fazer atividade física... vai praticar algum esporte”: a pessoa tem que pesquisar qual é a sua. [Q, terapeuta ocupacional, Relaxamento, atividade interna, unidade V, 05/04/2014]

Essa mesma intencionalidade de apoio à agência dos praticantes, por meio da ampliação das redes de convivência e do acesso a bens culturais, se observa nos recursos de comunicação empregados em saguões e salas de espera de algumas UBS's e no CSE:

Na entrada da UBS, ao lado do telefone público, há um painel onde estão anunciadas todas as atividades grupais da UBS abertas à população, com uma grade de atividades/hora/local e textos com pequenas apresentações das atividades. Em outro cavalete no saguão de entrada, impressos e cartazes de cartolina divulgam campanhas de vacinação, prevenção do câncer de mama, prevenção de dengue e as atividades de outros equipamentos culturais do entorno da UBS [anotações de campo, UBS S, 02/06/2014].

Nas práticas realizadas nos equipamentos públicos do território, os próprios contextos de realização dos grupos favoreceram o acesso a bens culturais. Ainda assim, o acompanhamento intencional da apropriação desses bens pelos praticantes se deu por meio da incorporação, às práticas, de momentos de conversa:

A praticante relata que está vindo também à Yoga e à Meditação; e que depois que começou a vir para as práticas, fez também o seu cadastro na biblioteca, passou a emprestar livros com frequência e tem gostado de ler. [Roda de conversa no Lian Gong, biblioteca municipal, unidade S, 02/06/2014]

Em práticas abertas à participação comunitária e com emprego de linguagens lúdicas, o apoio dos profissionais à criação e fortalecimento dos laços de convivência entre os praticantes foi favorecido pela música, pelo jogo ou pela dança; e o trabalho com a corporeidade se caracterizou por vivências de sinergia e harmonização intencional dos movimentos:

as danças circulares trabalham muito com memória, ritmo, coordenação motora [...] nosso serviço visa muito a inclusão e a convivência [...] a gente percebe pela própria técnica que existe isso, das pessoas cuidarem do outro [...] se as pessoas erram, o outro ajuda, se a pessoa tem dificuldade de locomoção, eles tomam mais cuidado, existe uma integração muito grande [...] tem dias em que o grupo está com mais pessoas com dificuldades; e as pessoas que têm mais facilidade entendem [...] existe muito essa troca, essa compreensão [...] eu acho que a dança circular traz muita generosidade entre as pessoas. [AC, educadora de saúde pública, Danças Circulares, centro de convivência, unidade F, 21/05/2014]

Essas mesmas qualidades do trabalho com a corporeidade foram observadas, também, em práticas que se caracterizaram pela atenção às relações entre saúde, cultura e cidadania. Seus diferenciais foram o trabalho dos profissionais na articulação de parcerias com grupos artísticos e culturais em seus territórios; e de apoio à apropriação, ou reapropriação, das referências identitárias e culturais dos praticantes:

o grupo começou sendo oferecido para pessoas com deficiência e familiares [...] sempre esteve presente a ideia da participação da comunidade nesse espaço, para não ser um grupo segregativo[mas] de troca entre pessoas com e sem deficiência [...] a capoeira é uma prática corporal que, em geral, é muito bem vista pelos jovens, então é esse reconhecimento da comunidade, vendo o grupo quando a gente vai jogar no parque. [...] A partir do momento em que eles apresentam uma outra forma de expressão que é muito reconhecida [...], a gente acha que isso vai dar um outro reconhecimento para eles também [F, terapeuta ocupacional, capoeira, escola pública, unidade Z, 04/04/2014].

Sem exceção, os praticantes entrevistados se mostraram satisfeitos com as práticas oferecidas nesses diferentes contextos. Em que pese o possível viés de suas respostas nos contextos com pouca privacidade para as entrevistas, seus relatos sugerem que as práticas cumpriram em suas vidas uma função de ponte - ora entre o conhecido e o por conhecer; ora entre o conhecer e o se apropriar; e por vezes entre o se apropriar e o se afirmar nos espaços sociais.

Por outro lado, na maior parte das vezes a articulação de parcerias para a realização das práticas ficou restrita à cessão de espaços físicos, quase sem interlocução com práticas da mesma natureza produzidas em outros equipamentos sociais e culturais dos mesmos territórios.

Essa dificuldade sugere a carência de um requisito essencial à produção de ações em um território: o trabalho efetivo de comunicação entre seus agentes sociais, para a

produção de costuras intersetoriais que possam sustentar essas ações (Warschauer e Carvalho 2014).

Outro requisito importante para a consecução dessas ações é a produção de deslocamentos em relação a modos arraigados de trabalho em saúde:

[...] do saber do técnico, para a ideia de saberes plurais diante de problemas e de questões sociais; [...] das ações da pessoa, (considerada corpo/ mente doente ou desviante) para o coletivo, para a cultura da qual a pessoa não pode ser separada; [...] do setting para os espaços de vida cotidiana; [...] do conceito de atividade como processo unicamente individual para inseri-lo na história e na cultura. (Barros et al 2002:100).

Em relação a esses dois requisitos, deslocamentos observados em algumas práticas e apontados acima, tais como a realização das atividades em espaços do entorno e o apoio à ampliação do acesso a recursos do território por meio de práticas de interface com a cultura, produziram movimentos inovadores em relação a modos exclusivamente setoriais de cuidado à saúde.

Por outro lado, as narrativas dos profissionais apontaram dificuldades para a articulação de parcerias, como a falta de tempo no horário de trabalho e as restrições à liberdade de circulação para dialogar e planejar ações conjuntas. Esses entraves foram menos referidos por trabalhadores ligados aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF's)³⁴, embora estes tenham se reportado às sobrecargas que enfrentaram devido à superposição de tarefas. Ocorre também que, no universo da pesquisa, os profissionais

³⁴ Com a criação nos NASFs, em 2008, equipes de profissionais de diferentes áreas passaram dar suporte à inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, com foco no apoio matricial às equipes. Suas atribuições foram ancoradas em pressupostos de diversas políticas nacionais, entre as quais a PNPS; e organizadas em nove áreas estratégicas. As práticas corporais constam do documento de diretrizes do NASF em duas áreas estratégicas: a de Práticas Integrativas e Complementares; e de Práticas Corporais/ Atividade Física (Brasil 2010b).

vinculados aos NASF's envolvidos com as práticas analisadas foram poucos, em comparação aos demais trabalhadores que as exerceram.

Em suma, as contribuições das práticas corporais e meditativas à construção da intersectorialidade foram caracterizadas por deslocamentos em relação a modos setoriais de trabalho em saúde; e conjugaram as abordagens da corporeidade ao fortalecimento de laços de convivência e à ampliação do acesso dos praticantes a bens culturais dos seus territórios.

Por outro lado, a superação de modos exclusivamente setorializados de compreender as necessidades de saúde dos praticantes, assim como o reconhecimento das articulações de ações no território como trabalho em saúde, foram os desafios identificados para o pleno aproveitamento da potencialidade dessas práticas na produção de uma melhor saúde e ao enfrentamento da exclusão social almejados, nessa construção.

A seguir, destacamos os pontos que nos pareceram mais relevantes nas relações das práticas corporais e meditativas com a promoção da saúde:

- O corpo como lugar onde acontece o viver humano:
 - Corpos, discursos e ações: estão referidos às realidades em que os sujeitos constroem suas subjetividades e modos de ser no mundo;
 - Os *habitus* decorrem de relações complexas entre corpo, subjetividade, cultura e sociedade; e estão envolvidos nas escolhas que os sujeitos fazem nas suas vidas cotidianas;
 - Contextos de convivência plural entre sujeitos singulares favorecem suas trocas sociais e, por consequência, a ampliação de seus leques de escolha.

- Grupos de práticas corporais e meditativas no apoio ao protagonismo dos praticantes:
 - Práticas de “presença”³⁵ contribuem à integração das experiências dos praticantes no corpo, o que potencialmente repercute em seus modos de exercer agência, em direção ao que cada um deles entende ser sua melhor saúde;
 - A abordagem dos *habitus* por meio de práticas de presença favorece a ampliação das possibilidades de escolha e, por consequência, de agência desses praticantes frente às suas questões;
 - Os grupos de práticas favorecem a ampliação das redes de convivência desses praticantes; e podem favorecer também a agência dos praticantes em seus próprios territórios, quando o trabalho dos profissionais combina a ampliação dessas redes ao acesso a bens e serviços culturais desses territórios.
- Ações no território são movimentos inovadores em relação a modos exclusivamente setoriais de cuidado à saúde:
 - No âmbito dos profissionais, dependem dos seus recursos de formação e experiência, bem como das condições de trabalho necessárias à realização dessas ações.
 - Em um âmbito mais amplo que inclui planejamento e gestão, esse aproveitamento depende da superação de modos exclusivamente setorializados de compreender as necessidades de saúde dos praticantes, assim como do reconhecimento das articulações de ações no território como trabalho em saúde.

³⁵ Uma definição de *presença* é apresentada no final do item 6.2: *A corporeidade nos modos de cuidado*.

8. Práticas corporais e meditativas e a construção da Integralidade

Na construção do SUS, a integralidade é o princípio orientador da articulação da atenção à saúde, em seus diversos planos e dimensões, para melhor responder às necessidades de saúde dos indivíduos, das famílias e das coletividades. Embora sua importância estratégica seja maior na atenção primária à saúde, por ser esta a instância que responde prioritariamente pelas ações de saúde nos sentidos transversal e longitudinal, a amplitude temática da integralidade abrange os debates conceituais, os programas e ações de saúde, as tecnologias de cuidado e de gestão e a formulação de políticas de todos os níveis de complexidade (Kalichman e Ayres 2016).

Os esforços produzidos para a superação da fragmentação na atenção e da gestão em saúde resultam em referências conceituais que são progressivamente incorporadas ao trabalho em saúde, como os conceitos de clínica ampliada e de interdisciplinaridade, retomados na proposta da Humanização; a integração de saberes nas ações voltadas à redução da Vulnerabilidade; e uma compreensão do Cuidado com potencial de qualificar a assistência para responder a aspirações por saúde de usuários e populações, e que tem por base:

Um posicionamento ético que propicie o diálogo com acolhimento e criação de vínculo e responsabilização, o reconhecimento das formas como o usuário constrói e expressa sua necessidade de saúde e a articulação de saberes para a construção de um projeto terapêutico (Kalichman e Ayres 2016:e00183415).

Uma dimensão estratégica desses esforços é a articulação de linhas e redes de cuidado, com o objetivo de prestar atenção integral à saúde da população (Kalichman e

Ayres 2016). Nessa direção, a proposta da Rede de Atenção à Saúde (RAS) atribui à rede de atenção primária a responsabilidade pela gestão do cuidado e pela regulação do acesso dos usuários aos demais níveis de atenção do SUS, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e em articulação com cinco redes temáticas prioritárias: Cegonha, de Urgência e Emergência, de Atenção Psicossocial, de Cuidados à Pessoa com Deficiências; de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Brasil 2015). Além das redes relacionadas à estrutura e funcionamento dos equipamentos de saúde, há também as propostas e experiências de redes de conversação, fundamentadas na qualidade da comunicação entre os agentes do cuidado, em diversos níveis, desde as formas de diálogo que facilitam o fluxo e o acolhimento dos usuários em serviços, até as redes virtuais que promovem as interações e o intercâmbio de experiências e conhecimentos em nível mais amplo, como a Rede HumanizaSUS (Teixeira 2003, 2017).

A compreensão da integralidade como processo que interliga movimentos reconstrutivos no campo da saúde deu origem a um modelo conceitual para o estudo dos arranjos tecnológicos do trabalho que almejam essa reconstrução, organizado em quatro eixos inter-relacionados (Ayres 2009, Kalichman e Ayres 2016):

- a) eixo das necessidades: envolve a sensibilidade na escuta e o acolhimento das necessidades, sejam aquelas relacionadas à prevenção, ao tratamento e recuperação de distúrbios orgânicos ou quaisquer outras.
- b) eixo das finalidades: relacionado à sinergia entre ações de promoção da saúde; prevenção de agravos; recuperação da saúde; e reinserção social.
- c) eixo das articulações: referente à integração de saberes interdisciplinares; e ao desenvolvimento das ações e estratégias de atenção à saúde nas equipes multiprofissionais e nas ações intersetoriais.

d) eixo das interações: diz respeito à qualidade das interações dialógicas e intersubjetivas nas práticas de cuidado, nas equipes e na comunidade; e é condição para a realização dos eixos anteriores (Ayres et al. 2012).

A seguir, abordaremos aspectos das práticas corporais e meditativas que a nosso ver se relacionam mais diretamente aos esforços e desafios implicados nesses movimentos reconstrutivos em direção à Integralidade.

8.1. Práticas corporais e meditativas: sinergia entre promoção e cuidado terapêutico

A conjugação entre a promoção e o cuidado terapêutico é uma qualidade comum às práticas integrativas e complementares; e está relacionada ao cerne dessas abordagens, que é o estímulo ao potencial de saúde dos indivíduos (Tesser 2009). Nas práticas corporais e meditativas analisadas, essa qualidade apresentou configurações singulares, como veremos a seguir.

As relações estabelecidas pelos praticantes entre suas queixas iniciais e os motivos para permanecer nos grupos de práticas fornecem os primeiros indicativos.

Em suas narrativas, as queixas mais comuns foram as dores articulares, os casos de insucesso em tratamentos anteriores; as limitações de mobilidade; as dificuldades de equilíbrio; os problemas de memória; os sentimentos de tristeza e solidão; a insônia, a ansiedade e a depressão; e o ingresso nas práticas por indicação dos profissionais de saúde devido ao diabetes e à hipertensão arterial.

As melhoras obtidas foram os motivos que os levaram a persistir nas práticas. Os mais idosos referiram a melhora total ou parcial de dores articulares, os ganhos de mobilidade, de equilíbrio e de memória. Os ganhos mencionados em diferentes faixas

etárias foram a diminuição dos sintomas relacionados à depressão e ansiedade e a melhora na qualidade do sono. As aquisições relacionadas à sociabilidade, como a ampliação de redes de convivência e da circulação social, foram citadas pela maior parte dos entrevistados, especialmente os idosos e os praticantes com comprometimentos psíquicos e cognitivos. O equilíbrio nos parâmetros de controle do diabetes e da hipertensão arterial foi apontado por aqueles que ingressaram nas práticas por indicação, com a finalidade de controle dessas condições; entre esses, alguns relataram também a diminuição da necessidade de uso de fármacos.

Enquanto as queixas dos praticantes indicam suas necessidades de cuidado terapêutico, os ganhos de saúde referidos por esses praticantes contribuem para caracterizá-las como práticas de promoção da saúde.

Veremos a seguir alguns aspectos dos modos de cuidar que foram comuns a diferentes práticas observadas e que, a nosso ver, estão envolvidos na qualidade desse acolhimento.

Alguns relatos mostraram que a experiência de praticar em grupo ofereceu a praticantes oportunidades de percepções que resultaram em referências de conforto e bem-estar; e também que seus movimentos de se apropriar dessas referências e de incorporá-las ao cotidiano foram apoiados pelos profissionais. Os recursos adquiridos pelos praticantes nesse processo resultaram em maior autonomia desses praticantes para lidar com as dificuldades e a variabilidade decorrentes de condições crônicas:

[...] eu percebo uma melhora muito grande, sabe? Melhora a coluna. Quando entram as férias, [a profissional recomenda]: "faz em casa, não fica sem fazer"; e às vezes, a gente, pra fazer sozinha, não faz. E aí eu começo sentir qualquer coisa, e... "não, agora eu vou fazer"; e eu melhora, sabe? Melhora bastante.... nossa! Fico boa, passo bem, não sinto dores, sabe? [EDL, Tai Chi Pai Lin, centro de convivência, unidade F, 24/03/2014].

As sensações de integridade corpo-mente foram também descritas por praticantes. Alguns se referiram a essa qualidade como uma experiência de distanciamento, ou de renovação do olhar para questões relacionadas aos seus contextos de vida:

A gente fica com a mente diferente. Porque não fica pensando só naqueles problemas que a gente já passou, naqueles que está passando, então você consegue se desligar de alguns problemas e se voltar um pouco para si, porque às vezes nós nos esquecemos, deixamos de movimentar nosso corpo, de usar nossa mente. [EAC, Lian Gong, igreja, unidade V, 22/05/2014].

O distanciamento momentâneo dos problemas cotidianos, a vivência de um estado de presença³⁶ e a experimentação da quietude foram algumas características de práticas cujos praticantes relataram mudanças em seus modos de lidar consigo, com os outros e com os problemas que identificaram em seus cotidianos:

[...] sou uma pessoa muito agitada, muito, muito. Agora eu consigo, com a meditação, parar, eu consigo recuar. Porque quem é muito agitado e quer resolver de qualquer jeito não resolve da melhor maneira, né? Você tem que esperar o outro querer e decidir também [...] por ser uma pessoa muito agitada, às vezes, a gente “atropela” [...] acho que eu consigo, agora, enxergar e analisar. [O ato de meditar] faz a gente se enxergar como ser humano. [EBM, Meditação, atividade interna, unidade R, 21/05/2014].

A construção e apropriação de referências de saúde, assim como as mudanças nos modos de se relacionar consigo mesmo, com os outros e com os eventos da vida, acima exemplificados, foram aquisições relacionadas, pelos praticantes, ao que vivenciaram nas práticas. A nosso ver, a qualidade dessas vivências está ligada aos modos de trabalho com

³⁶ Estado de atenção em que se experimenta ser objeto da própria observação e, ao mesmo tempo, vivenciar as percepções e mudanças que essa observação provoca em seu ser.

a corporeidade anteriormente descritos³⁷, especialmente ao estilo dialógico da comunicação, com convites e ofertas de apoio aos praticantes para a experimentação das propostas.

As qualidades mencionadas caracterizaram as práticas observadas, com poucas exceções. Foram raros os grupos com pouco ou nenhum indicativo de atenção dos profissionais a necessidades de cuidado trazidas por praticantes, ou com estilo de comunicação mais vertical e prescritivo.

Exceções à parte, observamos, até aqui, alinhamentos de algumas qualidades das práticas corporais e meditativas com a reconstrução das ações de saúde, na perspectiva da integralidade (Ayres 2009), em três eixos: necessidades, finalidades e interações.

8.2. As práticas em contextos de articulação ou de fragmentação dos cuidados

A sinergia entre promoção e cuidado terapêutico, observada no interior das práticas corporais e meditativas estudadas, é uma qualidade particularmente interessante em face do predomínio das condições crônicas na saúde da população, dado que as ofertas de atenção disponíveis nos serviços de saúde nem sempre respondem às necessidades de saúde que caracterizam essas condições. Por outro lado, essa característica não é, por si só, suficiente para responder de modo mais amplo a essas necessidades.

Os exemplos a seguir se referem aos dois polos entre os quais se situaram as práticas analisadas, em relação à articulação ou à fragmentação dos cuidados nas unidades de saúde.

³⁷ Ver item 6.2. *A corporeidade nos modos de cuidado.*

Parte dos praticantes foram beneficiados pela articulação dos cuidados, como se observa no relato abaixo:

[...] no começo eu ainda sentia dores, né? Eu andava com bengala, tenho artrose nos dois joelhos [...] aí eu comecei a praticar [...] e eu aplico [recebe aplicações de medicamento] uma vez por semana [...] A [médica da UBS] indica para a gente fazer o Qi Gong, ela indica muitos pacientes dela; é que eu, como passo pela psicóloga [da UBS], então ela que me indicou, mas a doutora apoia [...] resolveu bastante pra mim; depois de uns três meses eu deixei a bengala. [EL, Qi Gong, atividade interna, unidade T, 28/05/2014]

Houve também, praticantes que experimentaram os efeitos de um trabalho fragmentado, como indica o relato a seguir:

Eu não dormia, passava a noite acordada. Hoje eu durmo a noite quase toda mesmo [...] quando sai daquele médico [que a “desenganou”], eu já sai com tanta raiva que já não ia mais nem pros médicos. Fiquei num stress... [...] mas aí eu ia a semana todinha [...] só fazendo Tai Chi: fazia lá na Casa da Cultura, aqui, ali no posto [...] ia todo dia, todo dia. Hoje estou boa, faço tudo, sou uma dona de casa. E eu não fazia nada disso não, passava noites e noites acordada, nem dormia de noite nem nada... [EL, Tai Chi Pai Lin, atividade interna, unidade P, 14/04/2014]

As situações exemplificadas acima indicam que a dimensão integrativa constatada no interior das práticas não se configurou, necessariamente, nas relações com as demais ações desenvolvidas nas unidades de saúde. As relações entre queixas e melhoras referidas pelos praticantes permitem supor que seus ganhos foram obtidos através das práticas e, também, do acompanhamento longitudinal que provavelmente receberam às suas necessidades de saúde. Ao mesmo tempo, alguns depoimentos desses praticantes indicaram a falta de articulação nas ações de cuidado; e até mesmo, em casos extremos como o exemplificado, uma ausência de escuta e de conexão com as questões trazidas por usuários. Como se não bastasse o sofrimento adicional causado a estes, é provável que

falhas como essa acarretem sobrecarga para os demais profissionais de saúde, a quem certamente cabe o trabalho de rearticular redes de cuidado rompidas.

Desse modo, a sinergia entre promoção e cuidado terapêutico no interior das práticas corporais e meditativas é uma qualidade que contribui à reconstrução das ações de saúde, quanto às suas finalidades (Ayres 2009) mas que tem suas potencialidades relativizadas em contextos em que predomina a fragmentação dos cuidados.

8.2.1 Integralidade e a perspectiva integrativa no olhar dos profissionais

As dificuldades de articulação dos cuidados acima mencionadas são concernentes a todos os atores envolvidos nessas relações; e suas ações provavelmente se fundamentam no modo como entendem o alcance dessas suas ações.

Na pesquisa, esse alcance foi explorado através da indagação, aos profissionais que ministram práticas corporais e meditativas, do que é o “integrativo” que faz parte do nome das práticas. As narrativas trataram, na maior parte das vezes, de concepções do humano, do corpo e da saúde³⁸. Alguns depoimentos incluíram também temas relacionados à articulação dos cuidados:

[a incorporação das práticas ao seu trabalho] tornou visível a necessidade de uma integralidade na visão e na ação [...] a integralidade acontece em vários níveis: primeiro na integração com os outros profissionais; segundo na integração corpo e emocional, doença e saúde: uma série de questões que nós tratamos de forma dividida e que, na verdade, estão ali lado a lado; e, também, na abordagem integral da pessoa, do ser humano que está participando: na integralidade do grupo e de cada um do grupo [...] eu acho que acaba ajudando a gente a ver um todo; e cada um no todo [C, fisioterapeuta, unidade de saúde D, 14/02/2014].

³⁸ Ver capítulo 6. *A corporeidade como tema subjacente ao cuidado nas práticas analisadas.*

Nesses depoimentos, a articulação dos cuidados aparece mais como um norte para o trabalho em saúde do que como uma realidade presente no cotidiano desses profissionais:

[...] pensar no integrativo remete, para mim, ao conceito do SUS, das ações integradas. Então no meu ponto de vista esse integrativo das práticas integrativas é um pouco redundante [...] é você ter a proposta de que essas práticas, que têm toda uma metodologia, um conceito mais amplo de indivíduo no seu espaço social incorporado na prática mesmo, que isso fique integrado ao cuidado que a unidade pode proporcionar àquele usuário [...] trabalhar com esse indivíduo que é cuidado pelo médico ou que é cuidado pela enfermagem e que também participa da prática integrativa; [o integrativo] me remete a uma questão que não é só nesse contexto [...] ainda não existe uma dinâmica no cotidiano de uma UBS para se integrar tudo que é feito [...] é um processo, a gente tenta, tem esse objetivo, mas integrar essa prática [...] acho que ainda está longe, mas eu vejo um movimento [D, fonoaudióloga, unidade de saúde D, 14/02/2014].

Na narrativa acima, a descrição de um cenário pouco favorável à articulação dos cuidados é acompanhada da percepção de que existem, também, movimentos nessa direção.

Tomados em conjunto, os entendimentos sobre o que é o “integrativo” nas práticas corporais e meditativas sugerem algumas aproximações entre os conceitos dos profissionais acerca do alcance de suas práticas e os temas da integralidade: na maior parte das vezes, através de concepções do humano, do corpo e da saúde; e menos frequentemente, em associação aos desafios de articulação dos cuidados que vivenciam no cotidiano de trabalho.

Essas narrativas possibilitam também sinalizar aproximações conceituais entre a perspectiva integrativa que orienta parte dos profissionais entrevistados e a concepção de medicina integrativa, ou medicina integrada, como é denominada no Reino Unido. No

campo das PICS, o uso deste conceito decorreu inicialmente da necessidade de reafirmar a lógica inclusiva do conceito de complementaridade, progressivamente perdida à medida que a designação *complementar* passou a ser adotada para nomear grupos de técnicas e racionalidades médicas que não são necessariamente alinhados com a lógica da complementaridade (Barros 2008:231).

O crescimento da procura e da oferta dessa medicina se deu por meio de movimentos de insatisfação com a organização dos sistemas de saúde e com a fragmentação dos cuidados; e, também, pelo crescente interesse por tratamentos mais suaves e com menos efeitos adversos. As definições de medicina integrativa se alinham a duas diferentes perspectivas: a primeira, de identificação com as medicinas complementar e alternativa, com base em suas semelhanças; e a segunda, de integração das qualidades das medicinas convencional, alternativa e complementar. Esta perspectiva crítica implica a necessidade de uma mudança de paradigma – abrangendo, entre outros aspectos, as formas de pensar a saúde, as intervenções relativas ao processo saúde-doença e o modelo de atenção - como condição para a viabilidade da medicina integrativa. (Otani e Barros 2011). São muitas as relações entre esta segunda concepção de medicina integrativa e os temas da integralidade. As dificuldades que se apresentam são, também, de diversas ordens:

Muitas são as barreiras elencadas, como 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 observarem os efeitos das técnicas não convencionais; e o pequeno investimento em pesquisas (Otani e Barros 2011:1809)

Em suma, a positividade da perspectiva integrativa apontada nas narrativas dos profissionais está nos seus alinhamentos, ainda sutis, às questões que movem a construção

da medicina integrativa. As informações obtidas através dos seus depoimentos são limitadas, ainda assim, suficientes para supor que a articulação dos cuidados ainda não está incorporada à perspectiva de parte desses profissionais. Nesse sentido, as instâncias de educação continuada e de supervisão podem contribuir à produção de alinhamentos, tanto no plano conceitual, de atualização da perspectiva inclusiva da complementaridade, quanto no sentido prático, de produção do cuidado integral através do diálogo e de ações sinérgicas com as práticas de cuidado que compõem o universo da atenção primária.

8.3. Articulação dos cuidados e a perspectiva integrativa: transições e superposições

Características observadas em parte das práticas analisadas trouxeram aspectos relacionados à perspectiva de articulação dos cuidados, tais como a elaboração e condução de práticas por duplas de profissionais³⁹; o apoio ao acesso dos praticantes a bens culturais, em práticas dentro das UBS's; e algumas ações territoriais⁴⁰, ainda que frequentemente restritas à cessão de espaços em alguns equipamentos públicos.

De outro ângulo, alguns movimentos de articulação observados nessas práticas não foram, necessariamente, desencadeados pelas PICS, em si: nos referimos a características híbridas observadas em parte das práticas.

O caminho empregado para selecionar os grupos que participariam da pesquisa - a procura por grupos de práticas corporais e meditativas, nos balcões de recepção dos serviços e, também, junto aos gestores dessas unidades e às coordenações regionais - revelou a identificação dos grupos com essas práticas, tanto no entendimento dos profissionais dos serviços quanto na imagem divulgada para o público em geral.

³⁹ Ver Capítulo 5 *Contexto de Campo*.

⁴⁰ Ver Capítulo 7 *Práticas corporais e meditativas: contribuições e desafios à Promoção da Saúde*.

Já o trabalho de observação trouxe novos elementos que indicaram composições entre abordagens relacionadas às PICS e recursos terapêuticos comuns a algumas profissões envolvidas com essas práticas.

As entrevistas desses profissionais, por sua vez, trouxeram informações sobre o histórico de alguns desses grupos, o que revelou transições nos nomes e nos modos de trabalho. Parte dos grupos era anteriormente definido por nome de profissões, tais como grupos de fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia; outros, por nome de patologias: de hipertensão e diabetes, de depressão, de ansiedade; e outros, ainda, por nomes ligados a técnicas de reabilitação: grupos de cinesioterapia, de AVD e AVP⁴¹.

Nomes anteriormente relacionados a especialidades, patologias e técnicas deram lugar a denominações mais identificadas com as PICS. Alguns profissionais atribuíram essas mudanças a transições nos modos de trabalho com os grupos, especialmente à conjugação entre o cuidado terapêutico relacionado às necessidades de saúde dos praticantes e a promoção da saúde. Entre esses, alguns apontaram a identificação entre os nomes adotados e as práticas identificadas com a promoção da saúde desenvolvidas outros equipamentos sociais como benéfica para a expansão das redes de sociabilidade dos praticantes, em direção a esses outros equipamentos.

Na ocasião da pesquisa, parte desses profissionais conjugava o trabalho com esses grupos com o atendimento clínico individual, mantido com o nome das suas profissões. Alguns relataram uma espécie de caminho, em que o grupo funcionava também como espaço de transição entre o atendimento individual e a alta.

As narrativas dos entrevistados indicaram, ainda, algumas superposições de abordagens identificadas como PICS a alguns conceitos e perspectivas já consolidadas

⁴¹ AVD: Atividades da vida diária; e AVP: atividades da vida prática.

em seus próprios campos profissionais, a exemplo das ações territoriais, que fazem parte dos pressupostos da reabilitação psicossocial.

Em suma, os movimentos de transição indicados por esse conjunto de informações revelam uma tendência à complementaridade de saberes e ações nas práticas analisadas. A nosso ver, as superposições fazem parte desse momento de transição; ao mesmo tempo, indicam a necessidade de aprofundamento do diálogo entre os diferentes saberes e fazeres envolvidos, de modo a aproveitar a riqueza dos conhecimentos aí reunidos para a produção de um cuidado interprofissional e integrado às outras formas de atenção nesses serviços.

As informações obtidas não foram suficientes para esclarecer em que medida o movimento de distanciamento progressivo de práticas mais convencionais foi incorporado às interlocuções com os demais agentes do cuidado. No entanto, a pouca indicação aos usuários para as práticas, por parte de médicos, faz supor falhas nessas interlocuções, ou até mesmo desconhecimento das propostas dessas práticas por parte de outros profissionais que não estão vinculados a elas, o que provavelmente compromete a sua inclusão na elaboração de projetos terapêuticos singulares. É possível, também, que parte dos profissionais deixe de indicá-las para os usuários, em função do pouco valor atribuído a essas práticas no contexto do trabalho em saúde, dado o monopólio da perspectiva biomédica.

Destacamos a seguir os aspectos que a nosso ver sintetizam os desafios e as potenciais contribuições das práticas analisadas à construção da integralidade:

- Alinhamentos com os movimentos reconstitutivos no campo da saúde:
 - Em relação à interdisciplinaridade e intersetorialidade: o trabalho em dupla; construção de experiências através de ações territoriais;

- A sinergia entre promoção da saúde e cuidado terapêutico, especialmente na atenção às pessoas com condições crônicas.
- Desafios: aproximar as práticas da lógica inclusiva da complementaridade:
 - Informar e aprofundar o diálogo com os demais profissionais de saúde;
 - Produzir conjuntamente o cuidado: contribuir à elaboração dos projetos terapêuticos singulares.

9. O imperativo da saúde e as práticas corporais e meditativas

As práticas corporais e meditativas abordadas estão postas no contexto sociocultural contemporâneo, em que as questões relacionadas à corporeidade recebem atenção e investimentos, quer das políticas públicas, quer do mercado. Nossa incursão nesse terreno será limitada à discussão de possibilidades e limites observados nas práticas analisadas. Antes, porém, apresentamos referências que podem nos ajudar nessa discussão.

9.1. Corporeidade e o imperativo da saúde

Em análise sobre o surgimento da saúde e do bem-estar físico da população como um dos temas essenciais do poder político na Europa do século XVIII, Foucault cunhou a expressão “imperativo da saúde: dever de cada um e objetivo geral”. O contexto que deu origem a essa expressão combinava o fortalecimento de uma perspectiva utilitária da pobreza, a crescente importância da medicina e “uma nova economia “analítica” da assistência com a emergência de uma “polícia” geral da saúde” (Foucault 1986:197).

A partir da análise de Foucault, as percepções da influência desse imperativo moral nas construções socioculturais são objeto da análise de diversos autores, especialmente em relação à medicina e aos cuidados em saúde. Sentidos contemporâneos dessa expressão estão culturalmente incorporados e associados a normas sociais que se manifestam inclusive nas políticas públicas (Lupton 1995, Balach 2007).

Por outro lado, o lugar de destaque ocupado pelo corpo na contemporaneidade está posto. Veja-se, como exemplo, a oferta, na grande mídia, de imagens, modelos e

receitas para um corpo ideal – um corpo belo, vigoroso e jovem, a ser adquirido pelo esforço individual, ou melhor, um bem que demanda contínuos investimentos. Na esteira das imagens do corpo veiculadas na mídia gira a roda da produção e consumo de bens e serviços, com a oferta de uma infinidade de produtos que vão além da sua apreensão imediata:

[...] o oferecimento de mapas de saúde corporal da mídia não é de puras mercadorias-serviços que se pega nas prateleiras, se usa e se joga fora, na medida em que tais ofertas se colocam como contratos comunicativos em que se põe em funcionamento esse dispositivo superegóico da obrigação do prazer. Tais mapas são performativos^[42], ao colocar o enunciatário dentro do circuito pulsional do consumo, vetorizando-o como corpo autotrabalhável, autotransformável, como limite a ser ultrapassado na direção da Saúde perfeita (Prado 2007:24).

O fenômeno do culto ao corpo, característico da cultura somática⁴³ contemporânea, pode ser analisado de diferentes ângulos. Um deles, certamente, é o da sua relação com a medicina. Nos anos 70 do século passado, o livro *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina* (Illich 1975) faz uma crítica à medicalização da vida operada pela empresa médica:

Uma estrutura social e política destruidora apresenta como álibi o poder de encher suas vítimas com terapias que elas foram ensinadas a desejar. O consumidor de cuidados da medicina torna-se impotente para curar-se ou curar seus semelhantes (Illich 1975:6).

⁴² O mapas performativos estão relacionados à modalização do saber e do fazer na comunicação de massas, em que o enunciador aparece como o sujeito sabedor, que dá visibilidade a receitas de construção individual através do consumo por meio de orientações técnicas lúdicas; e o leitor é posto na condição de não sabedor. Esse processo tem como contraparte a invisibilidade da media a valores sociais e coletivos. Verbete: *Performatividade dos media*. Prado JCA. In: Marcondes Fº 2014.

⁴³ O termo *cultura somática* “refere-se a um mundo em que as identidades se definem por referência à forma corporal, à aparência e no qual a saúde e a longevidade tornaram-se fins em si mesmos”. Relaciona-se à “produção de uma nova forma de conformismo social [que] estaria ancorada na produção do corpo ideal, índice de valor moral do sujeito”. (Bizerril 2011:82). Por não considerá-la monolítica, Bizerril a emprega no plural. Concordamos com ambas as formas, a depender do contexto; aqui, a empregamos no singular para realçar sua hegemonia.

Três formas de iatrogênese são conceituadas nessa obra: a clínica, ligada aos medicamentos e às tecnologias médicas; a social, relacionada à perda de autonomia do cidadão no domínio do seu modo de vida; e a estrutural, referida à expropriação, pela medicina, das formas culturais de lidar com doença, a dor e a morte (Illich 1975).

Na década seguinte, esse mesmo autor faz uma autocrítica para dar conta do que ele passa a considerar uma dimensão de maior importância na iatrogênese cultural: a busca por um corpo saudável, uma iatrogenia do corpo mesmo (Nogueira 2003). Sua crítica se desloca então da empresa médica para as medicinas alternativas, as concepções ambientalistas, as correntes de autoajuda, ao autocuidado e as práticas corporais. Para ele,

Esse fenômeno contemporâneo só pode ser compreendido pela história das mudanças operadas na matriz ("gestalt") de percepção do corpo. A auto-percepção do corpo volveu-se iatrogênica, em sua mais recente metamorfose e situa-se agora por relação à emergência de um estilo de vida high-tech e midiático (Nogueira 2003:188).

A autocrítica de Illich se dirige ao que ele considerou uma falha metodológica na elaboração do seu conceito de iatrogênese: sua elaboração anterior teria deixado de se apoiar na história do corpo e de suas práticas. Em busca de captar a gênese da iatrogenia do corpo, o autor examina então a ideia do corpo enquanto força de trabalho e suas raízes no mercantilismo; a conquista dos direitos de cidadania, quando o corpo passa a ser portador de um direito individualizado à felicidade e a saúde torna-se um direito social, em sintonia com a demanda econômica por trabalhadores produtivos; os anos 60 do século passado, em que a profissão médica determina o que é o corpo e os modos de senti-lo; e o processo de divisão do poder médico com outros agentes até os anos 80, quando, de acordo com Nogueira (2003), Illich entende que:

não é mais o *establishment* da saúde que produz a imagem do corpo. A concepção predominante surge agora de uma somatocracia que exalta e promove a industrialização automatizada da produção do corpo (Nogueira 2003:187).

Se, em sua primeira crítica, Illich começara a identificar um novo profissionalismo mais sensível às falhas éticas do que o anterior, mais aberto à coordenação interprofissional da atenção à saúde e à adoção de práticas de autocuidado e de cuidado compartilhado, na segunda crítica estas últimas práticas são consideradas como elemento da iatrogênese do corpo – para o autor, teria havido, sim, uma desmedicalização da saúde, porém em um processo iatrogênico de autonomização do cuidado com o corpo.

9.1.1. O cuidado de si e o autocuidado: ascese como prática de liberdade

Um percurso essencial para a compreensão de outras dimensões das práticas contemporâneas de autocuidado é aquele empreendido por Foucault. Ao tematizar o cuidado de si na Antiguidade, o autor privilegia os encadeamentos entre os “jogos de verdade”, entendidos como regras de procedimentos e processos de legitimação pelos quais se dá, em dado contexto histórico e social, a construção da verdade enquanto valor (Foucault 1984a:26); e as formas de subjetivação, ou seja, os modos pelos quais as práticas de si encontram-se implicadas na constituição do sujeito, referente naquele contexto à configuração do homem livre enquanto sujeito⁴⁴ moral⁴⁵.

A problematização empreendida por Foucault toma como referência inicial os registros de apreciações morais relacionadas aos prazeres e à conduta sexual na Grécia

⁴⁴ Vale lembrar que, dentro da estratificação social daquela sociedade, os sujeitos a quem Foucault se refere são aqueles com status de cidadão.

⁴⁵ Moral significa, aqui, “de que maneira, e com que margens de variação ou de transgressão, os indivíduos ou os grupos se conduzem em referência a um sistema prescritivo que é explícita ou implicitamente dado em sua cultura, e do qual eles têm uma consciência mais ou menos clara” (Foucault 1984b:26).

Antiga, enquanto reveladores de um código de ética corrente naquela sociedade; e a análise da inflexão nesse código em direção a uma austeridade maior dos costumes nos dois primeiros séculos da era cristã, acompanhada da perda gradual de autonomia das práticas de si, progressivamente incorporadas ao exercício do poder: inicialmente o religioso, com a ascensão do cristianismo, e depois através da educação, da medicina e da psiquiatria (Foucault 1984a,b).

Ao analisar a relevância do cuidado de si na sociedade helênica, em um contexto de mudança dos costumes, esse autor observa que:

[...] essa majoração da austeridade sexual na reflexão moral não toma a forma de um estreitamento do código que define os atos proibidos, mas a de uma intensificação da relação consigo pela qual o sujeito se constitui enquanto sujeito de seus atos (Foucault 1984a:47)

Foucault vê, na própria forma de mudança, a intensificação de um fenômeno maior, já antigo e difundido na cultura grega, regido pelo princípio de valorização das relações de si para consigo; um processo aceito como caminho de acesso à verdade e de constituição de si enquanto sujeito moral. Para o filósofo, essa mudança adquire, naquele contexto, “as dimensões e as formas de uma verdadeira ‘cultura de si’ (Foucault 1984a:50).

O cuidado de si naquela sociedade é relacionado por Foucault a uma perspectiva estética e ética, da liberdade enquanto valor, à qual o autor se refere como “artes da existência”:

Deve-se entender, com isso, práticas refletidas e voluntárias através das quais os homens não somente se fixam regras de conduta, como também procuram se transformar, modificar-se

em seu ser singular e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e responda a certos critérios de estilo (Foucault 1984b:15).

As práticas do cuidado de si analisadas por Foucault estão articuladas a um autoconhecimento que implica relações com o outro: são leituras, exercícios físicos, memorização de princípios, dietética, satisfação das necessidades, meditações, mas também anotações e conversas com um confidente ou diretor de alma (Grabois 2011).

Há, na Antiguidade, uma interligação do pensamento e da prática médica com o cuidado de si, que se configura na noção de *pathos*, cujo significado se aplica tanto à paixão como à doença física, às perturbações do corpo e da alma (Foucault 1984a:59-63).

No auge da sociedade helenística, antes, portanto, de ser apropriado pelo poder religioso, educacional, médico e psiquiátrico, o princípio do cuidado de si constitui-se, então, como prática social: influencia os modos de viver e de estabelecer deveres com a família e a *polis*:

Dando lugar a ações interindividuais, a trocas e comunicações e até mesmo a instituições, ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber (Foucault 1984a:50)

A análise de Foucault não se voltou aos comportamentos, nem às ideias, muito menos àquela sociedade e suas ideologias, mas às “*problematizações* através das quais o ser se dá como podendo e devendo ser pensado, e as *práticas* a partir das quais essas problematizações se formam” (Foucault 1984b:15 grifos do autor). Nesse sentido, a ascese praticada na Antiguidade grega constitui uma prática de liberdade, um contraponto ao assujeitamento que molda as subjetividades nas práticas disciplinares, tão rigorosamente analisadas por esse autor em suas obras anteriores.

9.1.2. A ascese do corpo como finalidade última em práticas contemporâneas

A genealogia da ascese de Foucault e as elaborações de outros autores são referências para a análise empreendida por Ortega (2008) sobre práticas de ascese atuais. Para esse autor, a ascese caracteriza-se por ser um operador de formação e transformação cultural; um fenômeno universal que somente pode ser compreendido ao ser relacionado às formas motivos, comportamentos e contextos em que as condutas ascéticas se manifestam. Entre a gama de relações possíveis entre o asceta e o seu contexto cultural, estão o desafio, a integração, a transcendência, a tensão ou a transformação.

Ao problematizar as ascèses contemporâneas à luz das práticas de si da Antiguidade grega, este autor observa que nestas, a ascese corporal está vinculada a uma ascese espiritual; constitui uma prática de liberdade e um desafio aos modos de existência corriqueiros; e possui uma dimensão social, política e moral, de cuidado de si e cuidado dos outros, em harmonia com as necessidades da *pólis*. A vontade, neste contexto, está a serviço da liberdade.

Por sua vez, as ascèses contemporâneas – que Ortega denomina *práticas bioascéticas* – são centradas no corpo, que se torna a finalidade última das práticas. O corpo deixa de ser um meio para alcançar outros valores e passa a ser, ele mesmo, um valor absoluto. Consequentemente, passa a demandar contínua autovigilância e autoperitagem, já que a partir daí “possui a auto-reflexividade que correspondia outrora à alma” (Ortega 2008:20).

As práticas bioascéticas conduzem a uma somatização da subjetividade, em que os modos de construção e descrição de si são deslocados para a exterioridade. Na formação dessas identidades - as *bioidentidades*, como Ortega as denomina - a visibilidade torna-se valor e a aparência do corpo torna-se central, enquanto é apagada a

distinção entre a interioridade e o corpo. Neste movimento de externalização, “a introspecção é substituída pela fruição de sensações prazerosas [e] os sentimentos são substituídos pelas sensações, tomadas como critério de avaliação subjetiva” (Ortega 2008:43).

As relações sociais valorizadas – ou formas de *biossociabilidade* – se apoiam no narcisismo e resultam em uma forma de socialização apolítica, voltada à integração dos sujeitos ao mercado de consumo: não há lugar para o outro e o bem comum. O exercício da vontade não está a serviço da liberdade e sim da adaptação ao modelo; e a ascese, despolitizada, se torna sujeição. A biossociabilidade configura-se em critérios de mérito e reconhecimento baseados na adesão a ações voltadas à forma física e ao prolongamento da juventude. O vocabulário médico-fisicalista se populariza e serve de critério de avaliação individual. “Ao mesmo tempo, todas as atividades sociais, lúdicas, religiosas esportivas, sexuais, são ressignificadas como práticas de saúde” (Ortega 2008:31).

A crítica da cultura somática hegemônica elaborada por Ortega (2008) não o impede de reconhecer a existência de ganhos reais, resistências e potencialidades relacionadas à cultura somática contemporânea. Para o autor, o surgimento de grupos de idosos, de autoajuda e de pessoas com deficiência, ainda que reunidos com base em critérios biomédicos, podem constituir formas de resistência à imposição da ideologia da saúde perfeita e tornam-se modos de resgate das práticas de solidariedade. Indivíduos que sofrem pelo isolamento recuperam seu conforto emocional ao se inserir, através de grupos de atividades corporais, em redes de pertencimento social. Singularidades físicas anteriormente interpretadas como desvios da norma são ressignificadas e configuram novas normatividades, que comportam a emergência de formas novas e criativas de ser-no-mundo e de ser-com-o-outro:

É importante não sucumbirmos à idealização retrospectiva, e esquecermos que a sociedade íntima⁴⁶ resultou em incivilidade, comportamentos egoístas e desprezo pelo outro. O externalismo das bioasceses, ao deslocar a cultura da intimidade, deixa a porta aberta para descrições alternativas do psiquismo e ressalta a importância da corporeidade na formação da subjetividade (Ortega 2008:50).

Entre outras manifestações desta tendência lembradas por Ortega estão as relações entre corpo e ambiente, presentes nas posições ecológicas e holistas e também na psicanálise winnicottiana.

Porém, a problematização empreendida por Ortega se estende para além das características das ascèses contemporâneas e capta um paradoxo entre o crescente controle e atenção sobre o corpo e a também crescente incerteza sobre ele. Para o autor, o que está em questão, nos diversos modelos corporais presentes na contemporaneidade – das imagens do corpo perfeito e esculpido digitalmente até aquelas produzidas pelas tecnologias de visualização médica – é justamente uma rejeição corporal da corporeidade.

Precisamente devido à sobrevalorização e ao enorme investimento simbólico que vem sofrendo, o corpo tornou-se objeto de desconfiança, receio, angústia, insegurança e mal-estar para muitos: aceitamos apenas o corpo em transformação, em mutação constante. Uma suspeita do corpo que se transfigura em “pavor da carne”, desconfiança da materialidade corporal e desejo de sua superação (Ortega 2008:13).

O enfrentamento desse impasse implica, necessariamente, uma mudança de percepção: “é preciso recusar esse modelo de corpo como sendo “nosso” corpo. Devemos aprender a discernir naquilo que percebemos como ficção o núcleo duro do Real, a

⁴⁶ Referência a uma concepção intimista que se fortalece nas culturas urbanas através do apagamento das distinções entre o público e o privado, da passagem de assuntos pessoais para o domínio público e da adoção de critérios psicológicos para a compreensão dos problemas públicos. Suas consequências são o esvaziamento dos sentidos do espaço público e a perda das relações de civilidade. In: Sennett (1988).

subjetividade corporal” (Ortega 2005:241). Para esse autor, as percepções do corpo em sua materialidade, das interações entre corpo e ambiente e da capacidade de agencia dos indivíduos são algumas vertentes a serem exploradas nessa direção.

9.2. O observado nas práticas e o imperativo da saúde: tendências e desafios

As elaborações dos autores abordados apontam aspectos que estão postos no cenário econômico, social, cultural e político em que as práticas analisadas estão inseridas.

As tendências à iatrogênese do corpo apontadas por Illich são acentuadas pelo ideário do imperativo da saúde; e encontram sua versão mais sofisticada no mercado de produtos para adquirir a “saúde perfeita”. A variedade de opções já não está ligada somente às práticas bioascéticas, mas atinge também práticas corporais e meditativas, divulgadas na mídia como investimentos individuais a serem realizados. Nesse contexto, o que interessa às relações de mercado é a garantia de fidelização de seus consumidores; e essa limitação provavelmente se reflete nas relações sociais que daí resultam, diferenciando-as muito pouco das formas de biossociabilidade apontadas por Ortega: fundamentos filosóficos de algumas racionalidades adotadas nessas práticas comportam o lugar para o outro e para o bem comum; ao mesmo tempo, esse lugar tende a ser virtual, porque as socialidades que se estabelecem nesses circuitos são materialmente limitadas aos indivíduos pagantes.

No âmbito do mercado, tanto quanto no da atenção pública, o traço imperativo no ideário da saúde tende a ser reforçado pela pretensão de verdade atribuída à ciência. Assim, à medida em que o espectro de práticas não convencionais de saúde passa a ser

validado por critérios científicos, observa-se a assimilação dessas práticas tanto no público como no privado.

A nosso ver, não se trata mais de discutir as práticas em si: os benefícios à saúde proporcionados por atividades físicas, práticas corporais e meditativas já são de domínio público; e a aceitação social dessas práticas indica que elas respondem, de algum modo, a desgastes na saúde decorrentes dos modos de vida contemporâneos. Não se trata, também, de questionar os conhecimentos que estão em jogo, muito menos os profissionais que neles se aprofundam e a seriedade e compromisso com que realizam os seus trabalhos. O que pretendemos abordar são particularidades e desafios identificados nas práticas que são objeto deste estudo.

A primeira questão se refere às redes e formas de sociabilidade propiciadas por estas práticas. Na atuação dos profissionais destacamos os valores de solidariedade, que se manifestaram na intencionalidade de muitos destes, ao promover o convívio com a diferença e o acesso a bens culturais, especialmente aqueles relacionados à concepção de *cultura viva*⁴⁷, em contraponto a valores e produtos culturais veiculados na grande mídia. A realização de parte das práticas em diferentes espaços públicos contribuiu também ao acesso a bens culturais variados. Em algumas ocasiões, a escolha das práticas a serem oferecidas valorizou referências culturais dos praticantes; em outras, a transmissão de fundamentos de algumas práticas contribuiu para a ampliação dessas referências. Por outro lado, a ampliação dos círculos de convivência foi um ganho valorizado por boa parte dos praticantes entrevistados; por outro, as relações sociais decorrentes dessas experiências não foram restritas às práticas em si: a produção de “pontes” com outras

⁴⁷ A ideia de Cultura Viva se fundamenta na valorização de ações culturais já existentes na comunidade; e orientou até recentemente as políticas públicas de cultura no país, por meio da expansão de Pontos de Cultura articulados a essas ações em todo o território nacional.
Em: <http://www.cultura.gov.br/culturaviva/ponto-de-cultura/> Acesso em 22/01/2016.

possibilidades culturais e esportivas foi, portanto, um diferencial nos modos de trabalho com essas práticas.

A segunda questão está relacionada a diferenças entre as bioidentidades identificadas por Ortega (2008) em contraste com a pluralidade e as singularidades que caracterizaram a atenção à corporeidade nas práticas. Tensionamentos entre a oferta de práticas e as expectativas desencadeadas pelo modelo cultural das bioidentidades foram pontualmente observados; e seu enfrentamento, através da produção de alternativas que preservaram os fundamentos das práticas, foi um modo de produzir diálogo entre esses fundamentos e essas referências culturais trazidas pelos praticantes.

A terceira questão diz respeito à dimensão de ascese nas práticas analisadas: várias delas se caracterizaram pelas oportunidades de autoconhecimento; contudo, nas situações em que os sofrimentos trazidos pelos praticantes decorreram de relações de sujeição, o apoio ao aprofundamento dessa percepção foi quase sempre tímido, com pouco ou nenhum aproveitamento do potencial transformador da ascese. Os processos de transformação vivenciados por praticantes comportaram, em várias situações observadas, o apoio à sua agência; este apoio poderia ser potencializado, caso comportasse também a articulação com espaços de participação social, a começar pelos Conselhos Gestores das unidades de saúde.

A quarta e última questão a ser abordada é o processo iatrogênico de autonomização do cuidado com o corpo. Esse processo é coerente com a lógica competitiva do mercado, em que a variedade das técnicas é tratada como alimento para o ciclo de produção de novidades e obsolescências que movimentam esse mercado.

As práticas analisadas, contudo, se diferenciam dessa lógica, principalmente porque não se reduzem a técnicas: são práticas de saúde, sustentadas por fundamentos de diferentes racionalidades médicas, elaboradas pela amplitude de experiências de

corporeidade dos seus profissionais e orientadas por princípios e conceitos que os orientam em suas profissões e enquanto trabalhadores do SUS. Seus profissionais revelaram partilhar de posturas críticas em relação às rupturas que caracterizam o corpo na sociedade ocidental contemporânea; e da atenção às ligações entre o que acontece no corpo e as relações do sujeito com o outro e o mundo. Estas características se configuraram também nos modos de cuidado; e nos diversos alinhamentos das práticas às políticas de saúde do SUS.

10. Conclusões

O percurso realizado possibilitou uma aproximação ao universo das práticas corporais e meditativas, através da descrição dos diversos aspectos relacionados aos modos de cuidado produzidos nessas práticas, ainda pouco conhecidos e explorados; e a identificação de contribuições e desafios a serem enfrentados para o pleno aproveitamento dessas práticas na produção de um cuidado integral. O recorte adotado na pesquisa abrangeu a diversidade de práticas, ambientes e profissionais envolvidos com as práticas corporais e meditativas; ao mesmo tempo, a opção pela observação de uma única sessão de cada grupo limitou a análise a uma perspectiva horizontal e panorâmica dessas práticas.

A pesquisa contribuiu com o entendimento das dificuldades da PNPIC em absorver essas práticas na definição de parâmetros técnicos, formação de recursos humanos, acompanhamento e avaliação dessas práticas; e de parâmetros administrativos relacionados ao financiamento.

A fim de contribuir para maior efetividade na incorporação das práticas corporais e meditativas pela PNPIC, apresentamos a seguir duas sugestões: uma definição unificada para essa categoria de práticas, com base nos dados da pesquisa; e a produção, no âmbito da PNPIC, de uma rede de conversações sobre *práticas corporais e meditativas* em plataforma digital, aberta às contribuições dos trabalhadores do SUS e acessível aos seus usuários.

A definição sugerida é a seguinte: *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 Práticas Integrativas e Complementares e que se expressa no alinhamento dessas práticas aos princípios, políticas e produção do cuidado no Sistema Único de Saúde.

Essa definição pode servir a outros trabalhos de pesquisa nessa área e ser, possivelmente aprimorada; pode facilitar as interlocuções com os demais profissionais de saúde e, por consequência, contribuir à produção de um cuidado integrado; e, no âmbito da política, pode servir como referência técnica básica e parâmetro para facilitar os trâmites administrativos.

Já a sugestão de articulação de uma rede de conversações apoiada em plataforma digital, aqui apenas mencionada como proposta a ser desenvolvida, cria a possibilidade de enriquecer os parâmetros técnicos para essas práticas, por meio de contribuições dos profissionais do SUS que as produzem; e de intercâmbio de experiências e conhecimentos entre esses profissionais. Ao mesmo tempo, possibilita a ampliação do acesso dos usuários a conhecimentos de saúde potencialmente úteis. Em sentido mais geral, esta proposta visa a contribuir à construção de uma política de Estado, suficientemente robusta para se manter, frente às vicissitudes das políticas de governo.

Anexos

Anexo 1 / Roteiro de observação das práticas corporais e meditativas

[Identificação da prática, serviço e região de saúde]

Nome da prática:

Unidade/ região:

[ENQUADRE]

Contexto

Local de realização:

- No próprio serviço? Se em outro espaço: qual?
- Prática em outros espaços: explorar informações sobre a articulação.
- Data/ horário/ duração.
- Condições ambientais do espaço; insumos (som, colchonetes, etc)

Coordenação da prática

- Profissão do(s) coordenador(es) / formação na prática e em outras práticas corporais e meditativas
- Número de coordenadores presentes ao encontro

[ATIVIDADES]

Repertórios

- Afiliação/ referência a linha(s) de trabalho? Qual? (ou quais)
- Relação entre o nome e a oferta da prática

Desenvolvimento da prática

- Início (espaço para diálogos?)
- Proposta (como é comunicada e esclarecida, conhecimento prévio dos praticantes acerca da proposta, atenção às suas dúvidas, relação entre proposição e realização)
- Andamento da prática: (dinâmica grupal; a percepção no decorrer da prática: relação com o espaço, tempo e ritmo, respiração, atenção e auto-observação, alinhamentos, proteção articular, apoios, distribuição de peso e tônus, dinâmicas de movimento, conforto, outras observações)

- Abordagem das dificuldades eventualmente surgidas no processo
- Diálogos com as referências culturais e vivenciais dos participantes
- Finalização da prática (espaço para diálogos?)

[VÍNCULOS]

Interações/ temas que foram objeto de interação

- Envolvimento dos praticantes com a proposta
- Vínculos entre praticantes e destes com o(s) coordenadores(s)
- Menção a relações entre as práticas e o cotidiano? Por parte de praticantes, coordenador ou ambos? Descrever
- Menção aos cuidados oferecidos pela UBS/ PSF? Por parte de praticantes, coordenador ou ambos? No grupo? Individualmente? Descrever
- Outros temas mencionados.

[Notas reflexivas]

- Registro livre

Anexo 2 / Roteiro de entrevista com profissionais

[Formação / práticas que exerce]

1. Nome, local de trabalho, profissão.
2. Você ministra alguma prática corporal ou meditativa? Qual (ou quais)? (Se fez formação e não exerce: por quais motivos?)
3. Você teve alguma formação em práticas integrativas? Se sim, como foi?
(Perguntar sobre o percurso: foi durante a formação profissional? Através da prefeitura? Cursos por conta própria?)

[Contexto de realização das práticas]

4. Onde você ministra essas práticas?

[Perfil dos participantes; necessidades de saúde identificadas]

5. Qual o perfil dos participantes?
6. Por que motivos eles vêm para as práticas? (ou: por quais motivos indica a seus pacientes?) Quais as principais queixas?

[Articulações entre as práticas e os demais modos de cuidado a esses participantes]

7. Através de quem eles chegam? Há demanda espontânea? Há participantes indicados por profissionais?
8. Quais os que mais (e os que menos) indicam? Há algum intercâmbio com eles sobre o acompanhamento desses participantes indicados?
9. (Se o profissional não for vinculado à atenção primária: existe algum intercâmbio com os serviços de saúde? Como e através de quem ele acontece?)
10. (Se o profissional somente indica: existe algum intercâmbio com o profissional que ministra as práticas? Como ele acontece?)

[Benefícios almejados / efetivados]

11. Que benefícios você busca com as práticas?
12. Quais benefícios você observa nos participantes?

[Referenciais adotados, composição das práticas, modificações, adaptações]

13. Em que referências você se inspira para coordenar as práticas?
14. Como você compõe essas práticas?
15. As práticas são pré-definidas? Você emprega modificações ou adaptações? Se sim, em que circunstâncias e por quais motivos?

[Dimensão integrativa das práticas]

16. Para você, o que é o “integrativo” nas práticas integrativas e complementares?

[Sentidos das práticas para o profissional e necessidades identificadas para a garantia da qualidade do seu trabalho]

17. Para você, como é trabalhar com o corpo?
18. Que necessidades você identifica para garantir a qualidade desse trabalho? Essas necessidades são supridas? (Se sim, como? Se não, como poderiam ser supridas?)

[Dimensões corporais, psíquicas e sociais nas práticas desenvolvidas; e nos demais cuidados de saúde, na atenção primária]

19. Fale um pouco das relações entre corpo, mente e vida social nessas práticas que você realiza.
20. Como você avalia esses mesmos aspectos, nos cuidados que os participantes recebem no serviço de saúde?

[Complemento: depoimento aberto]

21. Há algo mais que você gostaria de falar a respeito desse tema?

Anexo 3 / Roteiro de entrevista com usuários

[Contexto de realização da prática]

1. [nome e local da prática]

[Perfil do praticante]

1. [Idade, sexo, ocupação]
2. Participa ou participou anteriormente de outras práticas? Quais? Onde?
3. Há quanto tempo participa destas práticas?

[Sentidos da prática para o praticante; necessidades referidas e desdobramentos no cotidiano]

4. Por que realiza as práticas? Que motivos a(o) levam a participar?
5. Como é para você trabalhar com o corpo?
6. Que efeitos dessas práticas você percebe na sua vida? (Exemplos)

[Relações com os demais modos de cuidado oferecidos pela unidade de saúde]

7. Como chegou a elas (como tomou conhecimento; quem ou que serviço a sugeriu ou encaminhou).
8. Frequenta a UBS? Recebe acompanhamento de algum profissional de saúde? Recebe visita de agente comunitário de saúde?
9. Se sim, conversa com o profissional que o acompanha sobre essa atividade? (Explorar).

[Complemento: depoimento aberto]

10. O que mais gostaria de falar a respeito dessa prática?

**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PROFISSIONAIS
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**

Nome:

DADOS SOBRE A PESQUISA

Título:

A Corporeidade nas práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: estudo exploratório em serviços da região oeste do município de São Paulo

Pesquisador: Ana Tereza Costa Galvanese

Cargo/função: Terapeuta Ocupacional

Inscrição no Conselho Regional: Nº 3/ 8745 (CREFITO)

Unidade do HCFMUSP: Departamento de Medicina Preventiva - FMUSP

Duração da pesquisa: 3 (três) anos.

EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO SUJEITO DA PESQUISA

1. Justificativa e objetivos da pesquisa

As práticas corporais integrativas fazem parte da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. A pesquisa visa a contribuir para o fortalecimento desta política através da formação profissional e da educação continuada. Os objetivos desta pesquisa são: (a) descrever as características das práticas corporais integrativas oferecidas à população nos serviços da rede pública de atenção primária da região oeste do município de São Paulo; e (b) identificar as relações entre os modos de se compreender o corpo, observados nas práticas, e os cuidados à saúde integral da população atendida.

2. Descrição dos procedimentos que serão realizados

(a) As práticas corporais integrativas serão observadas pelo pesquisador. A observação será combinada previamente com o profissional responsável. Serão observadas de uma a quatro sessões de cada prática. As observações serão anotadas pela pesquisadora em cadernos de campo, durante ou após a sessão de práticas.

(b) Os profissionais serão convidados a conceder entrevista, na qual falarão sobre suas práticas. As entrevistas serão previamente agendadas e terão a duração de aproximadamente 1 (uma) hora por sessão, sendo necessárias de 1 (uma) a 3 (três) sessões. As entrevistas serão gravadas e transcritas.

4. Descrição dos riscos e desconfortos esperados em participar da pesquisa No caso de o entrevistado sentir qualquer desconforto em responder às perguntas da entrevista, é assegurado o seu direito de não respondê-las, sem qualquer prejuízo profissional.

5. Benefícios para os participantes

Não há benefícios diretos para os participantes. A participação na pesquisa não terá qualquer influência sobre suas situações profissionais.

ESCLARECIMENTOS DO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS AO SUJEITO DA PESQUISA

6. O sujeito da pesquisa tem a garantia de acesso, a qualquer momento, às informações sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.
7. Direito de solicitar informações sobre os resultados parciais da pesquisa.
8. Direito de recusar a responder a qualquer pergunta da entrevista; de se retirar do estudo a qualquer momento; e de deixar de participar do estudo, sem que estas decisões resultem em qualquer prejuízo, inclusive profissional.
9. Não há despesas nem compensação financeira para os participantes do estudo.
10. Garantia de sigilo do nome e das demais informações dos participantes.
11. Todas as informações obtidas são confidenciais e de acesso exclusivo do pesquisador e sua equipe. O pesquisador se compromete a utilizar os dados unicamente para os fins desta pesquisa.

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS:

Ana Tereza Costa Galvanese. Depto. Medicina Preventiva. Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar. São Paulo – Tel: (11) 3061-7083 – E-mail: anagalvanese@usp.br

DADOS DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS E DENÚNCIAS ÉTICAS:

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 1º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004– E-mail: cep.fmusp@hcnnet.usp.br Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36, 1º andar - Telefone: 3397-2464 - E-mail: smscep@gmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo voluntariamente em participar do estudo *A corporeidade nas práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: estudo exploratório em serviços da região oeste do município de São Paulo*, ciente de que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perdas relativas ao vínculo profissional com esta Unidade.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

Assinatura do pesquisador

Data ____/____/____

Anexo 5

Folha 1

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS DO SUS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DE PESQUISA

Nome:.....

DADOS SOBRE A PESQUISA

Título:

A Corporeidade nas práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: estudo exploratório em serviços da região oeste do município de São Paulo

Pesquisador: Ana Tereza Costa Galvanese

Cargo/função: Terapeuta Ocupacional

Inscrição no Conselho Regional: Nº 3/ 8745 (CREFITO)

Unidade do HCFMUSP: Departamento de Medicina Preventiva - FMUSP

Duração da pesquisa: 3 (três) anos.

EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO SUJEITO DA PESQUISA

1. Justificativa e objetivos da pesquisa

As práticas corporais integrativas fazem parte da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. A pesquisa visa a contribuir para o fortalecimento desta política através da formação profissional. Os objetivos desta pesquisa são: (a) descrever as características das práticas corporais integrativas oferecidas à população nos serviços da rede pública de atenção primária da região oeste do município de São Paulo; e (b) identificar as relações entre os modos de se compreender o corpo, observados nas práticas, e os cuidados à saúde integral da população atendida.

2. Descrição dos procedimentos que serão realizados

Usuários do SUS que participam das práticas são convidados a preencher um questionário com 10 (dez) questões, com duração de aproximadamente 15 (quinze) minutos, no mesmo local e logo após a realização das práticas. As respostas destinam-se a esclarecer os efeitos destas práticas na saúde e bem estar dos praticantes.

4. Descrição dos riscos e desconfortos esperados em participar da pesquisa

No caso de o entrevistado sentir qualquer desconforto em responder às perguntas do questionário, é assegurado o seu direito de não respondê-las, sem qualquer prejuízo do seu atendimento pela Unidade.

5. Benefícios para os participantes

Não há benefícios diretos para os participantes. A participação na pesquisa não terá qualquer influência sobre o seu atendimento pela Unidade.

ESCLARECIMENTOS DO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS AO SUJEITO DA PESQUISA

6. O entrevistado tem a garantia de acesso, a qualquer momento, às informações sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.

Folha 2

**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS DO SUS**

7. Direito de solicitar informações sobre os resultados parciais da pesquisa.
8. Direito se recusar a responder a qualquer pergunta da entrevista; de se retirar do estudo a qualquer momento; e de deixar de participar do estudo, sem que estas decisões resultem em qualquer prejuízo no atendimento pela Unidade.
9. Não há despesas nem compensação financeira para os participantes do estudo.
10. Garantia de sigilo do nome e das demais informações dos participantes.
11. Todas as informações obtidas são confidenciais e de acesso exclusivo do pesquisador e sua equipe. O pesquisador se compromete a utilizar os dados unicamente para os fins desta pesquisa.

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS:

Ana Tereza Costa Galvanese. Departamento de Medicina Preventiva. Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º. Andar. Cerqueira César – São Paulo – Tel: (11) 3061-7083 – E-mail: anagalvanese@usp.br

DADOS DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS E DENÚNCIAS ÉTICAS:

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 1º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004– E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36, 1º andar - Telefone: 3397-2464 - E-mail: smscep@gmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo voluntariamente em participar do estudo ***A corporeidade nas práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: estudo exploratório em serviços da região oeste do município de São Paulo***, ciente de que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perdas relacionadas ao atendimento por esta Unidade.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

Assinatura do pesquisador

Data ____/____/____

Referências

Alexander G. *Eutonia: um caminho para a percepção corporal*. São Paulo: Martins Fontes; 1991.

Almeida Fº N. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 97-115.

Alves FS, Carvalho YM. Práticas corporais e grande saúde: um encontro possível. *Movimento*. Porto Alegre. Out/dez2010; 16(4): 229-244.

Alves FS. *O corpo em movimento na capoeira* [tese]. São Paulo. Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo; 2011.

Andrade JT, Costa LFA. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saúde Soc*. 2010; 19(3):497-508.

Arendt H. *A condição humana*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; [1958] 2003. p. 188-259.

Arendt H. O que é a filosofia da *Existenz*? In: Arendt H. *A dignidade da política: ensaios e conferências*. Organizador: Antonio Abranches. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. p.15-37.

Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc*. 2009; 18 Supl (2):11-23.

Ayres JRCM. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade. In: Martins, MA; Carrilho, FJ; Alves, VAF; Castilho, Cerri, GG; Chao Lung Wen, CL. (Org.). *Clínica Médica*. 1ª ed. Barueri: Manole, 2009; v. 1. p. 437-455.

Barollo C, Cabral M. Um dos maiores programas de práticas integrativas e complementares da América Latina: São Paulo. In: III Simpósio Internacional de Medicinas Tradicionais e Práticas Contemplativas. Florianópolis: *Rev Bras Med Fam Comunidade*. jun 2012; 7(Sup11):6-7.

Balach M. Reseña de D.Lupton "The Imperative of Healt". *Athenea Digital*. Catalunha. 2007;12:384-386. Disponível em:

<http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/442>

Acesso em 18/11/2014

Barros DD, Ghirardi MIG, Lopes RE. Terapia Ocupacional Social. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. set/dez 2002; 13(3):95-103.

Barros NF. *A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2008. 311p.

Benjamin C. *A essência das coisas: Husserl em busca da verdade absoluta*. Folha de São Paulo. Caderno Ilustríssima. 2013 dez/15:6.

Bertazzo I. Cidadão Corpo: identidade e autonomia do movimento. São Paulo: Summus; 1998. 2ª ed.

Bertazzo I. Gesto Orientado: reeducação do movimento. São Paulo: SESC; 2014.

Bizerril J. Estéticas da existência em fluxo: corporeidade taoista e o mundo contemporâneo. *Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião*. Porto Alegre. fev 2011; 12(13):77-101.

Bourdieu P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva; 2011 [a]. p.183-202.

Bourdieu P. Esboço de uma teoria da prática. In: Ortiz R. (Org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. Rio de Janeiro: Ática, 1983. p.46-81. Disponível em:
<http://pt.slideshare.net/andreiamariana/ortiz-renato-org-pierre-bourdieu-sociologia>
 Acesso em: 06/10/2014.

Bourdieu P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2012:8-9, 64-73.
 Disponível em:
<https://docs.google.com/file/d/0BxgqoVhThgkqMnh5UUtoOHZrTFE/edit> Acesso em
 06/10/2014.

Bourdieu P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus; 2011 [b]. p.7-33.

Brandão CR. Participar – pesquisar. In: Brandão CR (org.). *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense; 1984. p. 7-14.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm
 Acesso em 18/11/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria 849, de 28/03/2017*.
 Ministério da Saúde; 2017 [b]. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnpic.php> Acesso em 20/06/2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Rede HumanizaSUS. Notícias. *Trabalhadores do SUS cartografam “pontos de produção de saúde mental na cidade de São Paulo*. Notícias online; 2017. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/96034-trabalhadores-do-sus-cartografam-pontos-de-producao-de-saude-mental-na-cidade-de-sao-paulo> Acesso: 06/04/2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Boletim PNPIC/ DAB Comunica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_pics.pdf Acesso em 31/03/2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010[b]. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf Acesso em 18/11/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/pnpic.php> Acesso em: 16/08/2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 96 p. 2ª edição. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/pnpic.php> Acesso em: 18/09/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria amplia oferta de PICS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [c]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnpic.php> Acesso em 31/03/2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017*. Brasília. Ministério da Saúde; 2017 [a]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pnpics> Acesso em: 31/03/2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria nº 404, de 15 de abril de 2016*. Brasília. Ministério da Saúde; 2016. Em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0404_15_04_2016.html Acesso em 02/02/2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Relatório de Gestão 2006/ 2010*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 44 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/pnpic.php> . Acesso em: 16/08/2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 196 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/pnpic.php> . Acesso em: 16/08/2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 2ª ed. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html Acesso em 09/11/2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf Acesso em 18/11/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010[a]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em 18/11/2014.

Busato S, Kuniyoshi ES, Oi LL, Leite NM, Araújo LEC, Santos TM, Tanaka ECM, Eufrazio S, Kozasa EH, Leite JR, Souza R, Santos AS, Silva AL. A relação das práticas corporais e meditativas com a promoção da saúde e a caracterização do perfil dos usuários da Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste: dados preliminares. *Caderno Técnico – DANT. Capacitação em Avaliação de Efetividade das Ações de Promoção da Saúde em Doenças e Agravos Não Transmissíveis*. PMSP/SMS/COVISA; 2009.

Busato S, Tanaka ECM, Santos AS, Higuchi TE, Leite JR, Kozasa EH. Traditional and Integrative Medical Practices in Public Health Services in the Downtown-West Region of the City of São Paulo, Brazil, and their relation to Health Promotion. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2008;14(9):1071:1074.

Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(6):2305-2316.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 15-38.

Cabral MSF. *A Relação das Necessidades de Saúde com o Processo de Trabalho Segundo a Percepção dos Instrutores de Práticas Meditativas* [dissertação]. São Paulo. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2016.

Câmara FP. Treinamento autógeno simplificado: um método de terapia integral. *Psychiatry Online* 2006; 11(7):1-6.

Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9 (3):745-749.

Canguilhem G. Existem ciências do normal e do patológico? In: Canguilhem G. *O normal e o patológico* [1943]. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1978. p. 87-189.

Cardoso R, Souza E, Camano L, Leite JR. Meditation in health: an operational definition. *Brain Research Protocols*. 2004; 14(1):58-60.

Carvalho FFB, Nogueira JAD. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21(6):1829-1838.

Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9 (3):669-678.

Carvalho YM. Educação física e saúde coletiva: uma introdução. In: Luz, MT. *Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2003.

Carvalho YM. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. *Rev Bras Saúde da Família*. Brasília. 2006; VII:33-45.

Castiel LD. Promoção da saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria ‘comunidade’. *Rev Saúde Pública* 2004;38(5):615-22.

Cintra MER, Pereira PPG. Percepções de corpo identificadas entre pacientes e profissionais de medicina tradicional chinesa do Centro de Saúde Escola Butantã. *Saúde Soc*. São Paulo. 2012; 21(1):193-205.

Clemente M. *Yoga e vigor: corporeidade pluridimensional e as novas práticas em saúde* [tese]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro; 2011.

Coelho Jr NE. Da intersubjetividade à intercorporeidade: contribuições da filosofia fenomenológica ao estudo psicológico da alteridade. *Psicol. USP* 2003; 14(1):185-209.

Corbin A, Vigarello G, Courtine JJ. *História do Corpo: da Renascença às Luzes*. Volume 1. 3ª edição. Petrópolis: Vozes, 2011.

Costas AMR. *As contribuições das abordagens somáticas na construção de saberes sensíveis na dança: um estudo sobre o Projeto Por que Lygia Clark?* [tese]. Campinas. Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas; 2010.

Critelli DM. *Analítica do Sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: EDUC/Brasiliense; 1996.

Csordas TJ. *Corpo/Significado/Cura*. Porto Alegre: Editora UFRGS; 2008.

Csordas TJ. Fenomenologia cultural corporeidade: agência, diferença sexual e doença. *Educação. Porto Alegre*. Dez2013; 36(3):292-305.

Csordas TJ. Somatic Modes of Attention. *Cultural Anthropology*. May1993; 8(2):135-156.

Czeresnia D. *Categoria vida: reflexões para uma nova biologia*. São Paulo: Editora Unesp/ Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 39-53.

Dartigues A. *O que é fenomenologia?* São Paulo: Centauro; 2005.

Delmanto S. *Toques sutis: uma experiência de vida com o trabalho de Pethö Sandor*. São Paulo: Summus; 1997.

Denzin NK & Lincoln YS (orgs). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Descartes R. *Discurso do método, Meditações, Objeções e Respostas, As paixões da alma, Cartas*. [Coleção Os Pensadores]. Tradução de Bento Prado Júnior e J. Guinsburg. São Paulo: Abril Cultural, 1973.

Donnangelo MCF. *Medicina e Sociedade (o médico e seu mercado de trabalho)*. São Paulo: Pioneira; 1975.

Farah RM. *Integração Psicofísica: o trabalho corporal e a psicologia de C. G. Jung*. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2008. 2ª ed.

Ferigato SL, Carvalho SR, Teixeira RR. Cartografia dos Centros de Convivência: a produção de encontros e redes. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. jan/abr 2016; 27(1):12-20.

Ferreira Neto JL, Kind L. Promoção da saúde: práticas grupais na estratégia saúde da família. São Paulo:Hucitec/ Belo Horizonte: Fapemig; 2011.

Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, Álvares J, Aguiar RAT, Oliveira VA. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(Sup 2):2115-2122.

Flick U. *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Foucault M. *História da Sexualidade 3. O Cuidado de Si*. Rio de Janeiro: Graal; [1984a] 2005. Disponível em:

<http://copyright.me/Acervo/livros/FOUCAULT,%20Michel.%20Histo%CC%81ria%20da%20Sexualidade%203,%20O%20cuidado%20de%20si.PDF>

Acesso em 17/06/2014.

Foucault M. *História da sexualidade 2: O Uso dos Prazeres*. Rio de Janeiro: Graal; [1984b]1998. Disponível em:

<http://minhateca.com.br/tetykelly/Livros/Michel+Foucault+-+O+Uso+Dos+Prazeres,3849416.doc>. Acesso em: 18/08/2014.

Foucault M. A política da saúde no século XVIII. In: Foucault M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1986. p.193-207.

Foucault, M. (1966). *As Palavras e as Coisas: Uma Arqueologia das Ciências Humanas*. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes; [1966] 2000. Disponível em: <https://projetophronesis.files.wordpress.com/2009/08/foucault-michel-as-palavras-e-as-coisas-digitalizado.pdf> . Acesso em: 18/08/2014.

Fraga AB, Carvalho YM, Gomes IM. *As práticas corporais no campo da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013.

Freitas FF, Carvalho YM, Mendes VM. Educação física e saúde: aproximações com a “clínica ampliada”. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte, Florianópolis*. 2013; 35(3):639-656.

Galletti MC. *Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia: Ed. Da UCG; 2004.

Geertz, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC; [1973] 2008.

Gonçaves RR, Garcia FAF, Dantas JB, Ewald AP. Merleau-Ponty, Sartre e Heidegger: três concepções de fenomenologia, três grandes filósofos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia UERJ*. 2008; 8(2):402-435.

Grabois P. Sobre a articulação entre cuidado de si e cuidado dos outros no último Foucault: um recuo histórico à Antiguidade. *Ensaio Filosóficos*. abr 2011; 3:105-120.

Haeser LM, Büchele F, Brzozowski. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2012; 22(2): 605-620.

Hallais JAS. Sociabilizando na prática: as formas de sociabilidade nos grupos de práticas corporais na atenção primária em Campinas/ SP [dissertação]. Campinas. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas/ UNICAMP. 2016.

Hanna, Thomas (1986). What is Somatics? Somatics: Magazine-Journal of the Bodily Arts and Sciences. New York. 1986; 5(4):4-8.

Heidegger M. *Ser e Tempo*. Petrópolis/ Bragança: Vozes/ USF; [1927] 2005. Disponível em: http://www.olimon.org/uan/heidegger-ser_e_tempo_i.pdf (Parte I)
<http://copyright.me/Acervo/livros/HEIDEGGER,%20Martin.%20Ser%20e%20Tempo%20%28Parte%20II%29.pdf> (Parte II). Acesso em 12/02/2015.

Higuchi TE, Kozasa EH, Santos TM, Oi LL, Garcia MC, Silva AL. Avaliação qualitativa das práticas meditativas oferecidas no sistema público de saúde na Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste (CRSCO) em São Paulo. *Saúde Coletiva*. 2011; 8(54):230-3.

Illich I. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. Disponível em: <http://escoladeredes.net/group/bibliotecaivanillich> . Acesso em 28/08/2014.

Jiménez I V. La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista CAES*. 2012;31(1):119-139.

Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad Saúde Pública* Ago.2016;32(8):e00183415.

Klotz JM, Kozasa EH, Higuchi TE, Oi LL, Leite NM, Silva AL. Benefícios do Tai Chi Pai Lin para usuários dos serviços públicos de saúde. *ConScientiae Saúde*. 2010; 9(1):119-124.

Kuhn, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. 9ª ed. São Paulo: Perspectiva; [1962] 2006.

Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Government of Canada, 1974. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> Acesso em 12/02/2015.

Lazzarotti Fº, Silva AM, Antunes PC, Silva APS, Leite JA. O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da Educação Física. *Movimento*. Porto Alegre. Jan/mar2010; 16(1): 11-29.

Le Breton D. *Antropologia del cuerpo y modernidad*. Buenos Ayres: Nueva Visión, 2002.

Liberman F. *Delicadas coreografias: instantâneos de uma terapia ocupacional*. São Paulo: Summus; 2008.

Lima JAO. Educação somática: limites e abrangências. *Pro-Posições*. Campinas. Mai/Ago2010; 2 [62] (21): 51-68.

Livramento GC. *Efeitos do Qigong na pressão arterial e na qualidade de vida em pacientes com hipertensão arterial essencial*. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador; 2011.

Lupton D. Bodies, Pleasures and Practices of the Self. In: Lupton D. D. *The imperative of health. Public health and the regulated body*. London: Sage Publications Ltd; 1995. https://www.researchgate.net/publication/235948865_The_Imperative_of_Health_Public_Health_and_the_Regulated_Body Acesso em 07/04/2016

Luz, MT. *Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. Rio de Janeiro: Campus; 1988.

Luz, MT. *Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec; 2007.

Luz MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Cadernos de Sociologia*. Porto Alegre. 1995; 7:68-90.

Lyotard JF. *A Fenomenologia*. Lisboa: Edições 70; [1954]1986.

Malta DC, Morais Neto OL, Silva MMA, Rocha D, Castro AM, Reis AAC, Akerman M. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21(6):1683-1694.

Marcondes Filho C (org) *Dicionário da Comunicação*. São Paulo: Paulus; 2014.

Martinez JFN, Carneiro JA, Campos MH, Antunes PC, Neves RLR, Baptista TJR. Práticas corporais e SUS: tensões teóricas e práticas. In: Fraga AB, Carvalho YM, Gomes IM. *As práticas corporais no campo da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*. set/out 2004; 20(5):1411-1416.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 2001. p.39-64.

Mauss M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify; [1950] 2003.

Mendes R, Akerman M. Intersetorialidade: reflexões práticas. In: Fernandez JAC, Mendes R. *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: Hucitec/ Cepedoc; 2014. 2ª ed.

Mendes VM. *As práticas corporais e a clínica ampliada: a educação física na atenção básica*. [dissertação]. São Paulo. Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo; 2013.

Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 1992. (Cadernos CEFOR Série Textos, 1).

Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes; [1945] 2011.

Montagner MA. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. *Ciência & Saúde Coletiva*. abr/jun2006; 11(2):515-526.

Moraes MRC. Medicinas alternativas e complementares: controvérsia científica e legitimação social. *Revista Nures*. Maio-Ago2016; 33:1-11.

Nazario CL. *Interpretação do corpo a partir de seis vídeos integrantes da videoteca do Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo* [dissertação]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2001.

Neves N. *Klauss Vianna: estudos para uma dramaturgia corporal*. São Paulo: Cortez; 2008.

Nicolau SM. Grupos na atenção básica: enraizar-se em uma comunidade. In: *Grupos e terapia ocupacional: formação, pesquisa e ações*. São Paulo: Summus Editorial; 2015.

Nogueira RP. A segunda crítica social da saúde de Ivan Illich. *Interface Comunic Saude Educ*. fev2003; 7(12):185-90.

Oi LL, Tanaka ECM, Araújo LE, Kozasa EH. Efeitos do Tai Chi Pai Lin no uso de medicamentos na Prefeitura de São Paulo. In: III Simpósio Internacional de Medicinas Tradicionais e Práticas Contemplativas. Florianópolis: *Rev Bras Med Fam Comunidade*. jun2012; 7(Supl1):44.

Oi LL, Tanaka ECM, Kozasa EH. Benefícios do Tai Chi Pai Lin à Saúde Física/ Mental. *Revista Hermes*. Instituto Sedes Sapientiae. 2013; 18:25-31.

Ortega F. Corpo e Tecnologias de Visualização Médica: entre a Fragmentação na Cultura do Espetáculo e a Fenomenologia do Corpo Vivido. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2005; 15(1):237-257.

Ortega F. Corporeidade e biotecnologias: uma crítica fenomenológica da construção do corpo pelo construtivismo e pela tecnobiomedicina. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):381-388.

Ortega F. *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond; 2008.

Otani MAP, Barros NF. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):1801-1811.

Paganizzi L. Los medios en T.O. In: Paganizzi L (organizadora). *Terapia ocupacional: del hecho ao dicho*. Buenos Ayres: Psicoterapias Integradas Editores; 1991. p. 57-64.

Paiva IL. *A capoeira e os mestres* [tese]. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017.

Prado JLA. As narrativas do corpo saudável na era da Grande Saúde. *Contemporanea*. dez2007; 5(1/2).

Ramos RCL (org). *Danças Circulares Sagradas: uma proposta de educação e cura*. São Paulo: TRIOM-Centro de Estudos Marina e Martin Harvey, 2002.

São Paulo. Prefeitura do município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde Série *Histórica 2004-2014*. 2015[a]. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fsms.sp.bvs.br%2Flildbi%2Fdocsonline%2Fget.php%3>

Fid%3D5359&ei=AnLaVPi7BIrbsATy7oHAAw&usg=AFQjCNG1tjKgD_AECjT9a537KBaVbfi0Aw&bvm=bv.85464276,bs.1,d.aWw

Acesso em 09/02/2015.

São Paulo. Prefeitura do município de São Paulo. Secretaria da Saúde. Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde – CEFOR. *Caderno temático da medicina tradicional chinesa*. São Paulo: SMS. [s/d].

São Paulo. Prefeitura do município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. *Medicinas Tradicionais – Atenção Básica*. 2015[b]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/medicinas_tradicionais/index.php?p=20377 Acesso em 09/02/2015.

Santos BV. Modernidade, identidade e a cultura de fronteira. *Tempo Social Rev. Sociol. USP*. 1993; 5(1/2):31-52. Disponível em: http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Modernidade%20Identidade%20Fronteira_TempoSocial1994.pdf Acesso em 04/11/2014.

Santos TM, Kozasa EH, Carmagnani IS, Tanaka LH, Lacerda SS, Martins LAN. Positive Effects of a Stress Reduction Program Based on Mindfulness Meditation in Brazilian Nursing Professionals: Qualitative and Quantitative Evaluation. *Explore*. mar/apr 2016; 12(2): 90-99.

Sartre JP. O corpo. In: *O ser e o nada: ensaio de ontologia fenomenológica*. 15ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007. p.385-450. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/105626466/Sartre-O-Ser-e-o-Nada#scribd> Acesso em 18/08/2012.

Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(10):2635-2644.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saude Pública*. 1995; 29(1):63-74.

Sennett R. *O declínio do Homem Público: as tiranias da intimidade*. São Paulo: Companhia das Letras; 1988.

Shapiro SL, Walsh R, Britton WB. Na Analysis of Recent Meditation Research and Suggestions for Future Directions. *Journal for Meditation and Meditation Research*. 2003; (3):69-90.

Siegel P. *Yoga e saúde: o desafio da introdução de uma prática não-convencional no SUS* [tese]. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas: 2010.

Silva BAO, Santos TM, Busato S, Kozasa EH. A qualidade de vida dos usuários da Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste que praticam meditação. In: III Simpósio Internacional de Medicinas Tradicionais e Práticas Contemplativas. Florianópolis: *Rev Bras Med Fam Comunidade*. jun2012; 7(Sup11):23.

Silva SR. “Eu não vivo sem celular”: sociabilidade, consumo, corporalidade e novas práticas nas culturas urbanas. *Intertexto*. Porto Alegre: UFRGS. jul/dez 2007; 2(17):1-17.

Silveira FA. Corpos enredados-germinados: a questão do corpo em Foucault e Merleau-Ponty. *Memorandum*. Belo Horizonte. nov2007;13:73-87.

Souza EFAA, Luz MT. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro. jan/mar 2011; 18(1):155-174.

Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, Santos FAS, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(11): 2143-2154.

Souza JORL, Costa LS, Lobo TEBB, Eufrásio S, Leite NM, Silva AL, Kozasa EH. Lian Gong: prática corporal chinesa e sua relação com a qualidade de vida em idosos. *Saúde Coletiva*. set2010; 7(43):213-5.

Teixeira R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. (orgs). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003. p 89-111.

Telesi E Jr, Carvalho YM, Scarcelli IR, Salles SAC, Boaretto RC, Schweitzer MC. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Congresso Internacional de Humanidades e Humanização em Saúde FMUSP/HC. *Blucher Medical Proceedings*. Mar2014; 2(1):10.

Telesi E Jr. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estudos Avançados*. Jan/Apr. 2016;30(86):99-112.

Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(5):914-20.

Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(1):195-206.

Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface Comunic. Saúde Educ*. jan/jun2006[a]; 10(19):61-76.

Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Comunic. Saúde Educ*. jul/dez 2006[b]; 10(20):347-62.

Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(8):1732-1742.

Tesser CD. Prevenção quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde. *O Mundo da Saúde São Paulo*. 2012; 36(3):416-426.

Warschauer M, Carvalho YM. O conceito de “intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do programa *Lazer e Saúde* da Prefeitura de Santo André/SP. *Saúde Soc. São Paulo*. 2014; 23(1):191-203.

Weigand O. *Grounding na análise bioenergética: uma proposta de atualização* [dissertação]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo; 2005.

Watson JB. Clássico traduzido: a psicologia como o behaviorista a vê. *Temas em Psicologia*. 2008; 16(2):289-301.

WHO. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005*. Ginebra; 2002.
Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/op000023.pdf>
Acesso em 08/09/2014.

WHO. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014–2023*. Ginebra; 2013.
Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf
Acesso em 06/02/2015.

WHO. *Health promotion evaluation: recommendations to policymakers*. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.
Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108116/1/E60706.pdf?ua=1>
Acesso em 20/11/2014.

WHO. *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR; 6-12 September 1978. Declaration of Alma-Ata*. Disponível em:
www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf . Acesso em 20/11/2014.

WHO. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa; 21 November 1986. Disponível em:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
Acesso em 20/11/2014.

Wosien B. *Dança: um caminho para a totalidade*. São Paulo: TRIOM-Centro de Estudos Marina e Martin Harvey, 2000.