

# O USO DE PRÁTICAS CORPORAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE CUIDADO INTERCULTURAL

Janaína Alves da Silveira Hallais (1); Nelson Filice de Barros (4)

(1 – Universidade Estadual de Campinas, E-mail: [jhallais@gmail.com](mailto:jhallais@gmail.com); 4 – Universidade Estadual de Campinas, E-mail: [nelfel@uol.com](mailto:nelfel@uol.com))

## Introdução

As práticas corporais estão inseridas no Sistema Único de Saúde desde 2006 através de políticas e programas como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e o Programa Academia da Saúde. Foram institucionalizadas na atenção primária enquanto recursos terapêuticos voltados para a promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças, sobretudo para o controle e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2006a).

Conforme a PNPS, as ações de práticas corporais estão associadas com a atividade física, sendo compreendidas como “caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis” (BRASIL, 2006a). Em termos gerais, essas atividades podem ser definidas como:

expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica. São possibilidades de organização, escolhas nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, que sejam compreendidas como benéficas à saúde de sujeitos e coletividade (...) como: a capoeira, as danças, o Tai Chi Chuan, o Lien Chi, o Lian Gong, o Tui-ná, a Shantala, o Do-in, o Shiatsu, a Yoga, entre outras. (BRASIL, 2008).

Apesar da PNPIC incluir outras racionalidades médicas e práticas não convencionais ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliar a visão sobre o processo cuidado-saúde-doença, promovendo abordagens que priorizam a escuta acolhedora e que colocam o indivíduo como protagonista no cuidado à saúde (BRASIL, 2006b), não podemos esquecer que as práticas corporais estão implantadas em um campo predominantemente biomédico. É necessário chamar atenção para este contexto porque o campo em que as práticas corporais são inseridas é caracterizado, principalmente, pelo foco na doença e nas lógicas prescritiva e medicalizante, que acabam por desvalorizar (e até mesmo anular) as subjetividades e as experiências individuais, tendendo a reduzir o cuidado a uma prática essencialmente tecnicista e protocolar (CAMARGO JR. 2003).

Ainda que as práticas corporais trabalhem com um conceito ampliado de atenção ao corpo e apresentem um sentido educativo que diz respeito a vivências lúdicas que estimulam o desenvolvimento de consciência corporal e de autonomia (CARVALHO, 2006), também é comum que estas atividades de saúde sejam associadas ao princípio *fitness* (LUZ, 2003; BAUMAN, 2001), que implica, dentre outras coisas, em condutas orientadas pelo discurso do risco, que reitera a construção de padrões de saúde através de um discurso moralizante e normatizador. Tais características permeiam e conduzem as dinâmicas dos grupos de práticas corporais nos serviços de atenção básica, evidenciando-os, assim, enquanto um fenômeno *híbrido* (HALL, 2003) marcado, dentre outras coisas, por movimentos/deslocamentos de significados, posições e contextos que resultam na mistura de práticas, culturas, identidades, ideias e valores (Ibd).

Podemos afirmar que a racionalidade da medicina ocidental contemporânea é organizada pela classificação binária, orientada pela lógica do normal e patológico, e as práticas corporais incorporadas neste contexto reorientam o modelo de cuidado ocidental, criando um novo lugar de produção de saúde, fundamentado na hibridação e constituído pela negociação da pluralidade de significados, valores e sentidos. O objetivo deste trabalho é analisar o *modelo de cuidado intercultural* produzido pelas práticas corporais na rede pública de atenção primária do SUS local de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.

## Metodologia

A pesquisa foi realizada com metodologia qualitativa, utilizando a observação participante e entrevistas semi-estruturadas como técnicas para a coleta de dados em dois grupos de Movimento Vital Expressivo<sup>1</sup> e dois de Lian Gong<sup>2</sup> de dois Centros de Saúde em Campinas/SP. Frequentei estes grupos como pesquisadora-praticante durante os meses de março à agosto de 2015 e entrevistei profissionais de saúde (coordenadores dos serviços e instrutores das práticas investigadas) e praticantes. Também acompanhei os grupos em atividades extras, como passeios e reuniões em datas comemorativas. Os dados empíricos foram interpretados e sistematizados em uma descrição densa e as entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo. Posteriormente, os

---

<sup>1</sup>Prática psico-corporal que integra o *Sistema Rio Aberto*, técnica desenvolvida por Maria Adela Palcos na Argentina em 1966. O Rio Aberto convida “o sujeito a experimentar, a vivenciar novas possibilidades de ser e estar no mundo, através do encontro consigo e com o outro” (MELLO, 2012:11).

<sup>2</sup> Ginástica terapêutica desenvolvida em 1974 pelo médico ortopedista Zhuang Yuan Ming, baseada em conceitos da Medicina Tradicional Chinesa, em artes guerreiras milenares e em exercícios terapêuticos chineses. São 54 movimentos que, dentre outras coisas, previnem e tratam dores nas costas, nas articulações, nas pernas e estimulam o fortalecimento da resistência do organismo.

resultados foram discutidos a partir de referenciais teóricos das Ciências Sociais e da Saúde Coletiva.

## **Resultados e Discussão**

A imersão no campo possibilitou uma maior interação com os praticantes e com os profissionais que conduzem as atividades, permitindo, assim, conhecer as dinâmicas dos encontros em cada um dos quatro grupos acompanhados. Foi possível identificar, por exemplo, como os praticantes escolhem e determinam seus lugares nos espaços onde as práticas são realizadas e como cada instrutor conduz o grupo e organiza seu trabalho. Para além do momento da realização das práticas corporais, há outras formas de encontros como: excursões, passeios, almoços e outros tipos de reuniões organizadas pelos instrutores. Estes eventos foram apontados pelos praticantes entrevistados como um dos principais benefícios de participar do grupo.

Os grupos apresentaram um caráter coletivo que proporciona a convivência e o desenvolvimento de laços de amizade entre os praticantes, transformando o momento da atividade de saúde em um momento de encontro e sociabilidade. Sobre isso, Rosa, praticante de Lian Gong, destacou a importância do companheirismo, afirmando que o grupo “é bom porque é uma coisa que a gente pega amizade com pessoas que a gente nunca viu. (...). A gente fica feliz de ter umas colegas boas que ficam com a gente”. Essa narrativa é corroborada por Helena, instrutora de LG e MVE, que enfatiza que: “às vezes, a pessoa não tem uma doença específica é mais solidão, falta de sociabilidade. Então, é um caminho também, uma oportunidade de tá participando da sociedade como um todo. É uma forma de participação social”.

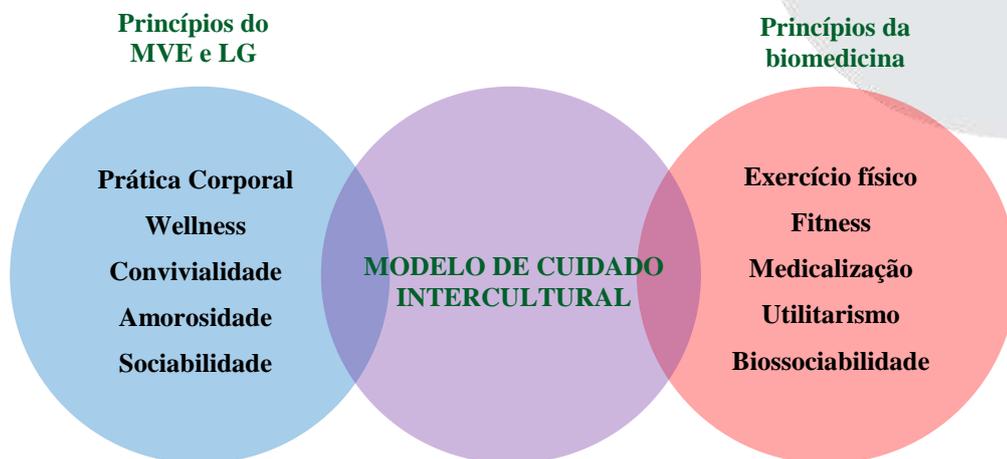
Dos quatro grupos acompanhados, um instrutor realizava avaliações de saúde para o controle da hipertensão, Índice de Massa Corporal, glicemia e peso dos praticantes, além de regularmente abordar temas como: colesterol, depressão, alimentação saudável, dengue, entre outros. A partir destas questões, ele conduzia uma roda de conversa com os praticantes e lançava perguntas para o grupo, estimulando a participação coletiva na construção do conhecimento. Embora, com certa frequência o instrutor reforçasse a importância dos alongamentos e da prática de exercícios físicos, para evitar problemas de saúde e combater o sedentarismo, também destacava a potência do convívio, definindo as práticas do grupo como um momento de “amizade, companheirismo e comunhão”.

A Área Técnica da Saúde Integrativa da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas tem um protocolo de encaminhamentos no qual o Lian Gong e o Movimento Vital Expressivo são

indicados para o tratamento, principalmente, de bursite, hipertensão, diabetes, obesidade, patologias psicoafetivas. No entanto, identificamos que os grupos dessas práticas corporais acolhem, majoritariamente, uma demanda espontânea de praticantes que chegam por meio de convite feito pelos próprios praticantes aos seus amigos, familiares e vizinhos. Essa característica contribui para a constituição de grupos heterogêneos, com variadas idades, desejos, objetivos e condições de saúde, já que a maior parte dos praticantes não está no grupo por causa de diagnósticos de enfermidades. Observa-se, então, que as práticas corporais estão situadas entre duas culturas de cuidado: uma pautada pela racionalidade biomédica, que reforça rótulos e comportamentos associados ao discurso do risco, desvalorizando as subjetividades e colaborando para o controle e padronização dos corpos. E outra, orientada pelo paradigma da vitalidade (LUZ, 2003) e para a convivialidade (ILLICH, 1976), que contribuem para um processo de sociabilidade, produção de saúde e de cuidado (individual e coletivo), com laços de amizade entre praticantes e instrutores.

É possível afirmar que as práticas corporais desenvolvidas na Atenção Primária em Saúde reorientam a cultura de cuidado do paradigma biomédico, a partir da introdução de elementos de outras racionalidades de cuidado, que criam um *modelo de cuidado intercultural*. Este modelo é formado por um conjunto de hibridizações compostas pelas noções de prática corporal-exercício físico, pelos princípios de *wellness-fitness*, pelas lógicas da convivialidade-utilitarismo, pelos valores da amorosidade-medicalização e pelas perspectivas da sociabilidade-biossociabilidade. Destaca-se que a hibridação, que resulta na noção de interculturalidade, é mais que uma conciliação entre contrários, pois implica em manter presentes as negociações, contradições, desencontros e desencaixes (CANCLINI, 2006).

Esquemáticamente, o *modelo de cuidado intercultural* das práticas corporais pode ser representado de acordo com a figura abaixo:



O *modelo de cuidado intercultural* é a materialização “da ressignificação da saúde, do adoecimento e da cura que representam as atividades de saúde ou práticas terapêuticas para (...) e a contribuição que efetivamente representam para retirá-los [praticantes] do isolamento social que significam, em nossa sociedade, a pobreza, o envelhecimento e a doença” (Luz, 2003:119). Ele é viabilizado pelo tipo de vínculo horizontal, baseado no diálogo, na alteridade, no afeto, na confiança e na reciprocidade, estabelecida entre instrutores e praticantes. Ele é possível pela pluralidade de sentidos, práticas, saberes e experiências que constituem o campo da saúde.

Em outras palavras, o *modelo de cuidado intercultural* é plausível porque a hegemonia da racionalidade da medicina ocidental contemporânea, como qualquer hegemonia, não é suficiente para homogeneizar todas as práticas envolvidas com o cuidado em saúde. O lugar desse modelo de cuidado, associado às práticas corporais dentro da Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde, é de uma inovação e concretização teórico-prática, ou seja, a *práxis* de um cuidado emancipador, que avança para além do controle e padronização alienante dos corpos, com a formação de grupos e sociabilidades coletivas diversas, que contribuem para o empoderamento dos cuidados de si e dos outros.

## **Conclusão**

O *modelo de cuidado intercultural* é um grande desafio para o campo da saúde, pois abrange tanto ações pautadas no disciplinamento, na prevenção e controle de doenças, típicos de uma prática biomédica, como também nas ações voltadas para a agência dos indivíduos, no cuidado coletivo, emancipador, com olhar singular, aberto para a diversidade e que confere aos praticantes a autonomia, o convívio e novas amizades.

Este modelo é uma inovação de tecnologia e nova cultura de cuidado produzido na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde, que constitui práticas com grande potência para a atenção básica, como a convivialidade, a produção de encontros e a emancipação. O desafio está, entre outras coisas, em fundar-se na hibridização sem assimilação de uma parte à outra, para avançar além das certezas artificiais dos protocolos, evidências, prescrições e reificações produzidos pela medicina ocidental contemporânea.

## Referências Bibliográficas

Bauman ZT. Individualidade. In: Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.

BRASIL. Portaria nº 687, de 30 de Março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. (PNPS), 2006a.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 971, de 3 de Maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, 2008.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. Biomedicina, Saber & Ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CARVALHO, Yara Maria de. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. Rev Bras Saúde Família. 2006.

CANCLINI, Néstor García. Estudos sobre cultura: uma alternativa latino-americana aos *cultural studies*. Revista FAMECOS, Porto Alegre, nº 30, Agosto 2006.

ILLICH, Ivan. A convivencialidade. Lisboa: Publicações Europa-América; 1976.

HALL, Stuart. Da diáspora: identidades e mediações culturais. Liv Sovik (org). Belo Horizonte: Editora UFMG; Brasília: Representação da UNESCO no Brasil, 2003.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira. Sociabilizando na prática: a sociabilidade entre usuários de práticas integrativas corporais na atenção primária. [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas; 2016.

LUZ, Madel T. Novos Saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo, SP: Hucitec; 2003.

MELLO, Cláudia Vaz Pupo de. O movimento vital expressivo – Sistema Rio Abierto na atenção primária em saúde: percepções dos usuários [dissertação]. Campinas - SP: Faculdade de Ciências Médicas; 2012.