



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA (FEF)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

ALVINA DE BASTOS

**Práticas Corporais Integrativas e Saúde: experiências em Centros de
Convivência da Rede de Atenção Psicossocial**

Goiânia

2026



UFG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

☒ [X] Dissertação ☐ [] Tese ☐ [] Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

Alvina de Bastos

3. Título do trabalho

**Práticas Corporais Integrativas e Saúde: experiências em Centros de
Convivência da Rede de Atenção Psicossocial**

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento ☒ [X] SIM ☐ [] NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa.

Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Priscilla De Cesaro Antunes, Professora do Magistério Superior**, em 18/06/2026, às 18:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alvina De Bastos, Usuário Externo**, em 19/06/2026, às 10:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_or_gao_acesso_externo=0, informando o código verificador **6271110** e o código CRC **69CB2521**.

ALVINA DE BASTOS

**Práticas corporais integrativas e saúde: experiências em centros de
convivência da rede de atenção psicossocial**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, da Faculdade de Educação Física (FEF) da Universidade Federal de Goiás (UFG), como requisito para obtenção do título de Mestra em Educação Física.

Área de concentração: Educação Física, Esporte e Saúde.

Linha de pesquisa: Aspectos socioculturais e pedagógicos da Educação Física e do Esporte.

Orientador(a): Dra. Priscilla de Cesaro Antunes.

Goiânia

2026

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Bastos, Alvina de
Práticas Corporais Integrativas e Saúde: experiências em Centros de
Convivência da Rede de Atenção Psicossocial [manuscrito] / Alvina de Bastos. 2026.
156 f.: 2026

Orientadora: Prof(a). Dra. Priscilla De Cesaro Antunes
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,
Faculdade
de Educação Física (FEF), Programa de Pós-Graduação em Educação
Física, Goiânia, 2026.

Anexo.

Apêndice.

Bibliografia.

Inclui: tabelas.

1. Terapias Complementares. 2. Medicina Integrativa. 3. Saúde
Mental. 4. Política Pública.

I. Antunes, Priscilla De Cesaro, orient. II. Título.

CDU 796



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº 80 da sessão de Defesa de Dissertação de Alvina de Bastos, que confere o título de Mestre(a) em **Educação Física**, na área de concentração em **Educação Física, esporte e saúde**.

Ao/s vinte e um de maio de dois mil e vinte e seis, a partir da(s) 09:00, na Sala do GEPELC da FEF/UFG, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada “**Práticas Corporais Integrativas e Saúde: experiências em Centros de Convivência da Rede de Atenção Psicossocial**”. Os trabalhos foram instalados pelo(a) Orientador(a), Professor(a) Doutor(a) Priscilla de Cesaro Antunes (PPGEF/UFG) com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professor(a) Doutor(a) Nathalia dos Santos Silva (FEN/UFG), membro titular interno; Professor(a) Doutor(a) Heitor Martins Pasquim (ISS/UNIFESP), membro titular externo. Durante a arguição os membros da banca não fizeram sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido(a) o(a) candidato(a) **aprovado(a)** pelos seus membros. Proclamados os resultados pelo(a) Professor(a) Doutor(a) **Priscilla de Cesaro Antunes**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, ao(s) **vinte e um de maio de dois mil e vinte e seis**.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Priscilla De Cesaro Antunes, Professora do Magistério Superior**, em 21/05/2026, às 16:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Heitor Martins Pasquim, Usuário Externo**, em 22/05/2026, às 08:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ari Lazzarotti Filho, Coordenador de Pós-Graduação**, em 01/06/2026, às 15:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **NATHÁLIA DOS SANTOS SILVA, Usuário Externo**, em 02/06/2026, às 16:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Ata de Defesa de Dissertação 14 (6167680)

SEI 23070.021780/2026-41 / pg. 1



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao informando o código verificador **61** e o código **354**

Referência: Processo nº 23070.021780/2026-41

SEI nº 6167680

Ata de Defesa de Dissertação 14 (6167680)

SEI 23070.021780/2026-41 / pg. 2

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, que me guia e me protege. A essa força maior que sustenta a vida e conduz meus caminhos.

Aos meus Pais, Maria José e Durval, meus irmãos, Adriano e Daniela, por serem meu alicerce.

Aos meus filhos, Alice e Pietro, por todo amor, apoio e pela forma tão especial e entusiasmada com que expressaram nessa jornada do mestrado.

À minha orientadora, Priscilla de Cesaro Antunes, pelo cuidado, pela confiança, pela paciência e generosidade para que este trabalho se concretizasse.

À minha banca examinadora, Heitor Martins Pasquim e Nathalia dos Santos Silva, pela disponibilidade, leitura atenta e contribuições que enriqueceram muito esta pesquisa.

Às minhas colegas de trabalho que são também amigas, Denise, Joyce, Livia e Patrícia, que estiveram presentes, incentivando, escutando e apoiando, tornando esse percurso mais leve.

Aos profissionais e participantes da pesquisa, que compartilharam suas experiências, saberes e histórias com disponibilidade e sensibilidade, tornando possível a construção deste trabalho.

Agradeço ao Guego (Ari Lazzarotti Filho), meu companheiro e parceiro de vida, por acreditar em mim desde o início, pelo apoio constante e por sempre me incentivar à realização deste mestrado. Você estava certo! Esse percurso trouxe mais sentido ao meu trabalho, possibilitou meu crescimento e amadurecimento, e se revelou um projeto muito significativo. Agradeço também pela paciência e compreensão nos momentos mais desafiadores.

Por fim, agradeço a mim mesma, pela disciplina, dedicação, persistência, e coragem de realizar esta pesquisa, especialmente ao desenvolvê-la em São Paulo, pois mesmo diante das dificuldades, a desenvolvi com alegria e acreditando em sua potência. Agradeço a todos que, de alguma forma, fizeram parte desse caminho.

Letra de música desenvolvida por alunos do Curso de Musicoterapia¹
Paródia: Asa Branca

Quando a dor chega perto
E a vida pesa mais
A gente não caminha só
Aqui ninguém fica pra trás

É um direito de todos
Ser cuidado e pertencer
Corpo e mente andando juntos
Para viver e florescer

No Cuca Fresca você tem
a saúde integral
Para isso é necessário
mais de um profissional

O Cuca Fresca tá na luta
Para o cuidado acontecer
Espaço digno e estruturado e os recursos precisam ter
---/---

O que você precisa é seu direito total
pra transformar o SUS e sua saúde mental
Agora sim tem jeito
é interdisciplinar!
Aqui no Cuca Fresca tem musicoterapia
uhhhh educação física e arte
uhhh aqui convivência faz parte

Aqui no Cuca Fresca, a inclusão é real
Promoção de saúde bem-estar integral

Vai ter o que precisa
aqui é universal
mas o espaço... ainda não é o ideal!

¹ Curso Musicoterapia – Disciplina: Tópicos Especiais em Artes, Educação e Saúde: Promoção de Saúde Mental e Experiências da Musicoterapia – Docentes: Profª Dra. Fabrícia Santos Santana – Convidada: Musicoterapeuta Lívia Pires e Coordenadora do GAT3 PET UFG: Tânia Marques Cardoso.

RESUMO

A presente pesquisa teve como tema central as práticas corporais integrativas, que compõem as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, com foco nos Centros de Convivência de Atenção Psicossocial. O objetivo geral consistiu em analisar experiências com práticas corporais integrativas em Centros de Convivência da Rede de Atenção Psicossocial da cidade de São Paulo. Como objetivos específicos, a pesquisa buscou identificar as práticas corporais integrativas realizadas nos Centros de Convivência; compreender como as práticas corporais integrativas são desenvolvidas pelos profissionais dos Centros de Convivência e analisar os desafios e as potencialidades na implementação de práticas corporais integrativas nos Centros de Convivência. Tratou-se de uma pesquisa de caráter qualitativo e exploratório, que utilizou como estratégias metodológicas o mapeamento, entrevista semiestruturada e observação participante. O campo de pesquisa foi a cidade de São Paulo, escolhida em razão de sua relevância na promoção da saúde mental e por apresentar práticas corporais integrativas em todos os Centros de Convivência. Foram selecionados os Centros de Convivência que ofereciam pelo menos duas atividades com práticas corporais integrativas. Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais que atuavam diretamente com as práticas corporais integrativas. O mapeamento foi realizado por contato telefônico, abrangendo 20 Centros de Convivência, com objetivo de identificar a realização das práticas corporais integrativas, bem como quantos profissionais atuavam na execução dessas atividades. As entrevistas semiestruturadas foram conduzidas individualmente com 13 profissionais, de forma remota, por meio de videoconferências, com o intuito de ouvir o que os profissionais têm a dizer sobre suas experiências com as práticas corporais integrativas, suas motivações, as formas de organização das atividades, as potencialidades, os desafios enfrentados. Já as observações presenciais foram realizadas em 04 Centros de Convivência, com o objetivo de registrar a dinâmica dos grupos conduzidos pelo profissional em ação durante as atividades de práticas corporais integrativas, observando aspectos de organização, metodologia, interação com o grupo e estratégias utilizadas. A análise dos dados ocorreu por meio da técnica de Análise de conteúdo, o que possibilitou identificar duas categorias temáticas, sendo elas: “Impactos da terceirização na organização do

trabalho e na continuidade das práticas corporais integrativas nos CECO” e “A heterogeneidade como princípio estruturante dos CECO”. Na primeira categoria, a terceirização na saúde, com a entrada das Organizações Sociais, embora não atue diretamente na gestão dos CECO, impacta negativamente esses serviços, gerando fragilização pela descontinuidade na formação em PICS, precarização dos vínculos de trabalho, alta rotatividade profissional, ausência de concursos públicos e escassez de recursos financeiros. Na segunda categoria, a heterogeneidade dos grupos, inicialmente vista como desafio, revela-se potência ético-política do cuidado psicossocial, ao articular dimensões corporais, subjetivas e sociais, e fortalecer autonomia, pluralidade, reciprocidade e valorização das diferenças. Os resultados indicam que as práticas corporais integrativas desenvolvidas nos Centros de Convivência constituem-se como dispositivos potentes de cuidado tanto individual quanto coletivos, com relatos de melhora em dores corporais, sono, ansiedade, qualidade de vida, convivência, fortalecimento de vínculos e sentimento de pertencimento. A pesquisa também apontou a necessidade de investimentos em formação e capacitação profissional, assim como em concursos públicos, maior divulgação e fortalecimento da estrutura dos serviços.

Palavras-chave: terapias complementares; medicina integrativa; saúde mental; política pública.

ABSTRACT

This research had as its central theme integrative mind-body practices, which are part of the Traditional, Complementary and Integrative Medicine, focusing on Psychosocial Care Socialization Centers. The general objective was to analyze experiences with integrative mind-body practices in Socialization Centers of the Psychosocial Care Network in the city of São Paulo. As specific objectives, the research sought to identify the integrative mind-body practices carried out in the Socialization Centers; to understand how integrative mind-body practices are developed by the professionals of the Socialization Centers; and to analyze the challenges and potentialities in the implementation of integrative mind-body practices in the Socialization Centers. This was a qualitative and exploratory research study that used mapping, semi-structured interviews, and participant observation as methodological strategies. The research field was the city of São Paulo, chosen due to its relevance in promoting mental health and for having integrative mind-body practices in all Community Centers. Community Centers that offered at least two activities with integrative mind-body practices were selected. The research subjects were the professionals who worked directly with the integrative mind-body practices. Mapping was carried out through telephone contact, covering 20 Community Centers, with the aim of identifying the implementation of integrative mind-body practices, as well as how many professionals were involved in conducting these activities. The semi-structured interviews were conducted individually with 13 professionals, remotely, through videoconferences, with the aim of hearing what the professionals have to say about their experiences with integrative mind-body practices, their motivations, the ways the activities are organized, the potential benefits, and the challenges faced. The in-person observations were carried out in 4 Community Centers, with the objective of recording the dynamics of the groups led by the professionals in action during the integrative mind-body practice activities, observing aspects of organization, methodology, interaction with the group, and strategies used. The data analysis was carried out using the Content Analysis technique, which made it possible to identify two thematic categories, namely: "Impacts of outsourcing on the organization of work and on the continuity of integrative mind-body practices in CECO" and "Heterogeneity as a structuring principle of CECO." In the first category, outsourcing in healthcare, with the entry of Social Organizations, although it does not directly act in the management of CECO, negatively impacts these

services, generating fragility due to discontinuity in PICS training, precarious employment relationships, high professional turnover, absence of public examinations, and scarcity of financial resources. In the second category, the heterogeneity of the groups, initially seen as a challenge, reveals itself as an ethical-political potential of psychosocial care, by articulating bodily, subjective, and social dimensions, and strengthening autonomy, plurality, reciprocity, and appreciation of differences. The results indicate that the integrative mind-body practices developed in the Community Centers constitute powerful mechanisms of care both individually and collectively, with reports of improvement in bodily pain, sleep, anxiety, quality of life, social interaction, strengthening of bonds, and sense of belonging. The research also pointed to the need for investments in training and professional development, as well as in public competitions, greater dissemination, and strengthening of service structures.

Keywords: complementary therapies; integrative medicine; mental health; public policy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Dados de identificação dos profissionais entrevistados na pesquisa	65
Quadro 02: Benefícios das práticas corporais integrativas relatados pelos profissionais entrevistados	82

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	11
2 INTRODUÇÃO.....	13
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
3.1 A loucura e seus caminhos: da Antiguidade à crítica de Franco Basaglia.....	19
3.2 A loucura e seus caminhos no Brasil.....	28
3.2.1 A loucura e seus caminhos no Brasil: da Reforma Sanitária à Reforma Psiquiátrica	30
3.3 A Reforma Psiquiátrica e seus caminhos: da Casa das Palmeiras à criação dos Centros de Convivência.....	39
3.3.1 Casa das Palmeiras	39
3.3.2 Centros de Convivência da Rede de Atenção Psicossocial.....	41
3.4 As práticas integrativas e seus caminhos: dos saberes tradicionais à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	43
3.5 Revisão de Literatura	52
4 OBJETIVOS.....	55
4.1 Objetivo Geral	55
4.2 Objetivos Específicos	55
5 METODOLOGIA.....	56
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	64
7 DESCRIÇÃO DOS DADOS.....	65
7.1 Entrevistas.....	65
7.1.1 Identificação dos profissionais entrevistados	65
7.1.2 Percurso profissional das pessoas que trabalham com as práticas corporais integrativas nos Centros de Convivência	66
7.1.3 Como as práticas corporais integrativas são organizadas e planejadas nos Centros de Convivência	70
7.1.4 Percepções dos profissionais sobre os benefícios das práticas corporais integrativas para os usuários, especialmente em relação à saúde mental	77
7.1.5 Desafios e dificuldades enfrentados pelos profissionais ao desenvolver as práticas corporais integrativas nos CECO	83
7.1.6 Potencialidades das práticas corporais integrativas nos CECO	88

7.1.7 Aspectos que deveriam ser fortalecidos que trariam mais benefícios aos usuários	95
7.1.8 Recomendações para implementação das práticas corporais integrativas nos Centros de Convivência	98
7.2 Observação Participante.....	102
7.2.1 Observação no CECO A	102
7.2.2 Observação no CECO B	103
7.2.3 Observação no CECO C	104
7.2.4 Observação no CECO D	105
8 ANÁLISE DOS DADOS.....	109
8.1 Impactos da terceirização na organização do trabalho e na continuidade das práticas corporais integrativas nos CECO	111
8.2 A heterogeneidade como princípio estruturante dos CECO	120
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
10 REFERÊNCIAS.....	131
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA SMS/SP.....	136
ANEXO B – ENDEREÇOS DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA	138
ANEXO C – QUAL CENTRO DE CONVIVÊNCIA POSSUI PRÁTICAS CORPORAIS INTEGRATIVAS.....	141
APÊNDICE A - REVISÃO DE LITERATURA	143
APÊNDICE B – NOVO MAPEAMENTO DAS PCI NOS CECO	146
APÊNDICE C - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS	148
APÊNDICE D - ROTEIRO DAS OBSERVAÇÕES	150
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	151

1 APRESENTAÇÃO

Sou professora de Educação Física, formada pela Universidade Federal de Goiás, no ano de 1999, e atuo no campo da saúde mental há mais de dezesseis anos, com trajetória profissional marcada pelo trabalho com práticas corporais nesse campo.

Minha experiência profissional, na saúde mental, iniciou-se no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), onde trabalhei durante oito anos, vivenciando os desafios, aprendizados e possibilidades do cuidado no âmbito da atenção psicossocial. Posteriormente, passei a atuar no Centro de Convivência, espaço no qual já desenvolvo meu trabalho há mais de oito anos, fortalecendo práticas voltadas à convivência, à produção de autonomia, à cultura e à inclusão social.

A partir da minha trajetória profissional, observo que as atividades relacionadas aos conteúdos específicos da educação física nestes espaços são focadas em práticas corporais como ginástica, alongamento, caminhada e dança, o que me fez pensar sobre a possibilidade de ampliação da realização de práticas de saúde, como de práticas corporais integrativas, com vistas ao cuidado integral, motivação a qual impulsionou a realização desta pesquisa.

Diante disso, retorno à universidade vinte e cinco anos após minha graduação, movida pelo desejo de aprofundar conhecimentos e qualificar minha prática profissional. O ingresso no mestrado representa não apenas uma continuidade da minha trajetória, mas também o compromisso ético e político com a construção de um cuidado em saúde mental humanizado, sensível e alinhado aos princípios da atenção psicossocial.

Esta dissertação nasce, portanto, do encontro entre minha trajetória acadêmica, minha experiência profissional e as inquietações construídas ao longo dos anos de trabalho nos serviços de saúde mental, especialmente no Centro de Convivência.

Para tanto, foram investigados a organização, o desenvolvimento, as potencialidades e os desafios das práticas corporais integrativas em Centros de Convivência, tendo como base as experiências de outros serviços que apresentam essas práticas, no caso, na cidade de São Paulo. Por conseguinte, essa pesquisa representa um desdobramento orgânico do percurso profissional, e o mestrado vem

para qualificar a atuação na área, além de subsidiar futuras ações que possam fortalecer os Centros de Convivência e a rede de saúde mental de Goiânia.

Atualmente, a cidade de Goiânia conta com apenas um Centro de Convivência, denominado Cuca Fresca. Sua equipe técnica, é formada por dez profissionais, sendo eles: 03 profissionais de educação física; 02 arteterapeutas; 02 terapeutas ocupacionais; 01 psicólogo; 01 musicoterapeuta e 01 assistente social. Além do gestor e de um técnico administrativo.

Importante ressaltar que a existência do Cuca Fresca faz parte de um processo histórico complexo de transformação das políticas e práticas de saúde mental no município de Goiânia, marcado não apenas pela construção dos serviços substitutivos ao modelo manicomial, mas também por intensos movimentos de resistência e lutas em defesa do cuidado em liberdade.

A trajetória do Cuca Fresca expressa essas tensões e disputas presentes no campo da saúde mental. Ao longo de sua história, o serviço passou por um processo de “fechamento” e posterior reabertura, evidenciando a fragilidade histórica desses dispositivos frente às mudanças de gestão, às disputas políticas e à insuficiente valorização desses espaços no interior das políticas públicas. Ao mesmo tempo, sua reabertura demonstra a força da mobilização de trabalhadores, usuários, familiares e defensores da Reforma Psiquiátrica, que reconhecem a potência dos Centros de Convivência como espaços fundamentais para a produção de vida, cultura e cidadania.

2 INTRODUÇÃO

O século XX foi um período marcado por tensões e debates na busca por entender, controlar e tratar a loucura. Críticas aos hospitais psiquiátricos superlotados e com denúncias de maus tratos, refletiam as mudanças sociais, científicas e culturais da época, influenciando as reformas que ocorreram ao longo do século.

No Brasil, por volta da década de 1970, ocorreu a Reforma Sanitária, momento de fortes críticas às desigualdades do sistema de saúde, lutas sociais por transformações na sociedade e por políticas mais democráticas. Em resposta às essas inadequações, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social.

A ideia central do SUS vai além do modelo biomédico de saúde com foco no tratamento de doenças. Segundo Paim (2009), a Reforma Sanitária brasileira extrapola a prevenção, promoção e recuperação da saúde. Implica a democratização da saúde, do Estado e da sociedade, comprometida com o combate às desigualdades sociais, o acesso aos direitos sociais, à dignidade humana, ou seja, o SUS faz parte de uma reforma social mais ampla de um processo civilizatório global para a construção de uma sociedade justa e igualitária.

Já no campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216, 2001) propôs uma transformação no modelo de assistência à saúde mental com a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para reorganizar os serviços com foco na desinstitucionalização e na promoção da inclusão social. Tem como objetivo o tratamento da saúde mental humanizado, respeitando os direitos humanos, valorizando a subjetividade do indivíduo e o trabalho de autonomia voltado à reinserção social.

De acordo com Lemos,

Pode-se reconhecer que o movimento da Reforma Sanitária esteve marcado por dois pontos centrais: um processo de reformulação teórica, que contrapunha ao modelo hospitalocêntrico/curativista/mercantil, e outro de articulação política, que inseria a saúde nas reivindicações do processo de abertura política (Lemos, 2022, p.17).

Entre as diversas estratégias da RAPS para promover um cuidado humanizado e integral à saúde mental das pessoas, estabeleceu-se os Centros de Convivência como espaços, prioritariamente, voltados para a socialização, promoção de saúde, integração e ressocialização no cuidado dos usuários e/ou frequentadores². Portanto, os Centros de Convivência,

São estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade (Brasil, 2011).

Importante ressaltar que existem diferentes formas de nomeá-los, dependendo dos princípios e finalidades, das políticas locais adotadas nos municípios ou dos documentos oficiais, por exemplo: Centro de Convivência e Cooperativa - CECCO na cidade de São Paulo; Centro de Convivência da Saúde Mental em Belo Horizonte; Centro de Convivência e Cultura - CCC na cidade de Goiânia; dentre outros. Para padronizar a escrita textual, utilizaremos Centro de Convivência – CECO, conforme Portaria GM/MS nº 5.738, de 14 de novembro de 2024.

Os Centros de Convivência (CECO) são, portanto, um dos dispositivos da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico que atua no acolhimento e suporte às pessoas com sofrimento mental, cujo foco principal é a reinserção social. São oferecidas diversas atividades de promoção, prevenção e cuidado em saúde mental, através da produção e intervenção na cultura e na cidade, buscando gerar o sentimento de pertencimento à comunidade, de formação de identidades, além de fortalecer vínculos e estimular a socialização.

Esta abordagem humanizada no tratamento em saúde mental reflete os avanços dos tratamentos ao longo do tempo na busca pela valorização do sujeito, onde todos seus aspectos importam e devem ser respeitados e trabalhados num ambiente acolhedor e estimulante.

Os CECO oferecem várias atividades com diferentes profissionais dentro da própria unidade, assim como buscam oferecer atividades externas em espaços públicos ou privados, promovendo uma reinserção na comunidade, possibilitando

² Observou-se que o termo *frequentadores*, é utilizado recorrentemente pelos profissionais dos CECO pesquisados. Será feita uma problematização desses usos terminológicos no capítulo de análise.

trocas e novas experiências para os usuários, assim como, buscam desmistificar os estigmas e estereótipos historicamente criados pela sociedade em geral com este público em especial.

Dentre as várias possibilidades de atividades presentes nos CECO da RAPS, estão as práticas corporais, arteterapia, musicoterapia, teatro, terapia ocupacional, “terra-pia”, poesias etc., merecendo destaque as Práticas Integrativas e Complementares (PICS), dentre elas, as práticas corporais integrativas, objeto central deste estudo.

As PICS tiveram seu reconhecimento no SUS através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Nas últimas décadas, elas têm ganhado espaço no campo da saúde e especialmente na saúde mental, por apresentarem potencialidades para o processo terapêutico. Dentre as várias abordagens presentes nas PICS, as práticas corporais integrativas são propostas de cuidado integral e promoção da saúde que se fundamentam no paradigma da vitalidade-energia, envolvendo movimentos corporais com técnicas de respiração, posturas, relaxamento, atitude mental, entre outros, prezando pela qualidade de presença, promovendo processos individuais e coletivos, questionando e compartilhando a vida e, ressignificando os processos saúde-doença (Antunes, 2019). Nos CECO, as práticas corporais integrativas se apresentam como atividades potenciais para a reabilitação psicossocial e o autocuidado, contribuindo para a inclusão e permanência dos usuários nesses serviços (Brasil, 2005).

A pesquisa de Furtado et al. (2018) identificou e analisou as principais características das oficinas terapêuticas dos profissionais de educação física de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Goiânia. Foi constatado que além dos conteúdos tradicionais do campo da educação física na perspectiva relacionada à aptidão física, as práticas corporais integrativas apareceram em 11% do total de sessões, sendo elas: massagem, “ioga”, meditação e respiração.

Já o trabalho de Sampaio; Oliveira; Bedani (2018) consistiu em uma revisão bibliográfica que aborda como as PICS, dentre elas as danças circulares e biodança, vêm sendo utilizadas nos CAPS. As conclusões indicaram que elas “geram resultados positivos com os usuários, favorecendo a melhora de sua saúde mental, tais como o empoderamento, a corresponsabilização e adesão ao tratamento, a reabilitação psicossocial e a inclusão social” (Sampaio; Oliveira; Bedani, 2018, p.29).

Embora existam indícios da presença de PICS, incluindo práticas corporais integrativas, nos CAPS, observa-se uma significativa escassez de publicações científicas quando o foco se volta especificamente para os CECO da RAPS. Ao realizar um recorte ainda mais específico, centrado nas práticas corporais integrativas dentro desses serviços, essa lacuna torna-se ainda mais evidente, conforme evidenciado na revisão de literatura feita para esta dissertação (Apêndice A).

Identificou-se apenas uma referência que abordava as potencialidades e dificuldades promovidas pelas práticas corporais integrativas nos CECO, porém sob a perspectiva dos usuários e não dos profissionais, a qual foi adotada nesta pesquisa, indicando a carência e necessidade de mais pesquisas para ampliar o conhecimento sobre o tema e fortalecer a rede de cuidados.

No contexto de buscar ampliar as possibilidades de cuidado e promoção da saúde em CECO por meio das PICS e da escassez de literatura acadêmica sobre o tema, o objetivo principal desta pesquisa foi analisar experiências com práticas corporais integrativas em CECO da Rede de Atenção Psicossocial da cidade de São Paulo. A centralidade do processo investigativo envolveu ouvir o que os profissionais têm a dizer sobre suas experiências na condução de grupos de Dança Circular, Tai Chi Pai Lin, Lian Gong, Yoga, Meditação e Xiang Gong, no intuito de analisar como essas práticas são desenvolvidas, bem como identificar suas potencialidades e desafios no contexto desses serviços.

O campo de pesquisa foram os CECO da cidade de São Paulo. Esta escolha se deu, primeiramente, por São Paulo ser um dos municípios de referência na implementação e no fortalecimento da RAPS no país, por ter avançado nos serviços de saúde mental que promovem cuidado humanizado, inclusivo e comunitário. Segundo, por serem abertos à população em geral e não somente aos usuários da saúde mental, atendendo da forma mais ampla possível. Por último e mais importante para esta pesquisa, por eles terem incluídas as práticas corporais integrativas na rotina de todos os CECO pesquisados.

A exposição da pesquisa está registrada nas próximas páginas, sendo que esta dissertação está organizada em 07 (sete) capítulos, além das considerações finais. A Fundamentação Teórica inicia abordando a trajetória dos cuidados na saúde mental, captando a história da loucura, seus caminhos, suas contradições, passando por avanços e retrocessos. Neste primeiro momento foram priorizadas as reflexões de

Michel Foucault em “História da Loucura”, apresentando a história do entendimento da loucura, desde suas raízes e sua evolução devido ao uso da razão e o avanço do pensamento científico, quando a visão dos loucos, doidos, ou dementes, começou a se afastar das explicações sobrenaturais e religiosas assumindo um caráter científico, recebendo o termo de “alienação mental” que teve suas raízes na filosofia para descrever um estado psicológico em que o sujeito perde a capacidade de se conectar com a realidade e com as pessoas ao seu redor, afetando seus pensamentos e relacionamentos, causando problemas pessoais, familiares e sociais.

O autor critica o poder institucional e como ele molda a sociedade de acordo com normas dominantes, usando o confinamento para reforçar a ordem social e reprimir desvios do que é considerado “normal”. No final do século XVIII, a percepção da loucura muda, sendo vista como uma “doença mental” a ser controlada, marcando um rompimento entre razão e loucura. A partir daí, a razão define os tratamentos, excluindo a loucura como parte da condição humana e tratando-a como ameaça. Essa exclusão se manifesta tanto física quanto moralmente, removendo a loucura da visibilidade pública. Essa abordagem se formaliza no século XIX com o desenvolvimento da psiquiatria como ciência, embora suas contradições continuem presentes até hoje.

Este capítulo também trata do tema da Reforma Sanitária brasileira e da Reforma Psiquiátrica enfatizando a valorização de abordagens mais humanizadas no cuidado em saúde e as transformações ocorridas nos modelos de atenção em saúde, especialmente da saúde mental.

Na sequência, são apresentadas as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, e a PNPIC, destacando seus princípios e fundamentos, bem como as práticas corporais integrativas e suas contribuições para o cuidado integral em saúde mental.

O corpo da pesquisa destaca, de forma sistematizada, o Objetivo Geral e os Objetivos Específicos do estudo, delineando os caminhos investigativos adotados. Em seguida, o capítulo de Metodologia apresenta o tipo de pesquisa, o campo empírico e os sujeitos que participaram da investigação, bem como as técnicas de produção e análise dos dados. Em seguida, são abordadas as considerações éticas, em conformidade com as normativas vigentes para pesquisas envolvendo seres humanos.

O capítulo de Resultados inicia com a descrição detalhada dos dados, contemplando as entrevistas semiestruturadas realizadas de forma online e as observações participantes realizadas presencialmente. Em seguida, são desenvolvidas as análises dos dados produzidos, organizados em duas categorias, articulando-os com o referencial teórico que fundamenta a pesquisa. O trabalho se encerra com as Considerações Finais, nas quais se retomam os objetivos da pesquisa, destacando-se uma síntese da análise com os principais achados e apontando reflexões e possibilidades para o fortalecimento das práticas corporais integrativas nos CECO, assim como de futuras pesquisas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A LOUCURA E SEUS CAMINHOS: DA ANTIGUIDADE À CRÍTICA DE FRANCO BASAGLIA

De acordo com Foucault (2010), em seu livro “História da Loucura”, a compreensão da loucura variou ao longo da história, sendo atravessada por diferentes concepções sociais, culturais e religiosas. Na Antiguidade, especialmente na Grécia Antiga, a loucura era frequentemente associada ao sobrenatural e ao divino, podendo ser interpretada como manifestação dos deuses ou como uma forma de transcendência da razão humana. Estados de êxtase e transe eram, em alguns contextos, valorizados socialmente, como ocorria nos oráculos gregos, a exemplo do Oráculo de Delfos, onde sacerdotisas em estado de transe eram consideradas intermediárias entre os deuses e os homens.

Conforme aponta o autor, neste período havia uma associação da loucura à possessão, onde a pessoa perde o controle de si e age de maneira irracional e fora dos padrões considerados normais para a sociedade. A loucura era associada a manifestações divinas e, portanto, vista positivamente como união com os Deuses. Sendo assim, nesse contexto, não era vista como uma doença ou patologia no sentido moderno, mas como uma experiência humana e uma expressão da transcendência.

A loucura estava presente de maneira ativa e significativa ao cotidiano, na cultura e na sociedade, tanto em suas manifestações mais trágicas quanto em suas expressões consideradas dons, saberes ou prenúncios. De acordo com Foucault (2010), o discurso do louco não era silenciado, ele era “considerado” verdade, assim como o dos ditos sãos, indo além, uma “verdade escondida”, uma verdade mais cristalina que a da própria razão. Inclusive, havendo uma convergência entre a loucura e a razão, uma fazendo parte da outra.

Ainda segundo o mesmo autor, durante a Idade Média, com o domínio do cristianismo, ela foi interpretada através da lente religiosa, atribuindo suas causas às possessões demoníacas ou de feitiçarias, ligadas à heresia e à bruxaria, sendo um castigo de Deus. Desta forma, os ditos loucos eram tratados com métodos violentos e

supersticiosos através de práticas de crueldades, torturas, isolamentos, prisões, abandonos e acorrentamentos.

No final da Idade Média, a denúncia da loucura torna-se forma geral da crítica, e a partir do século XIV, no início do Renascimento, algumas “Figuras” e “Paixões” ficaram associadas à loucura. Por exemplo, a figura do Parvo (bobo da corte), profeta, adivinho, peregrinador, alquimista e que a partir desta “licença da loucura” podia, por exemplo, dizer verdades que outros indivíduos não tinham permissão. O Parvo era o único, nas cortes europeias, que tinha o direito de zombar, ironizar e criticar o rei. Nas peças teatrais populares da Europa da Idade Média, os personagens do “louco” e do “bobo” assumem papel central na crítica social da época. Eles tinham permissão para expor as irracionalidades, hipocrisias, contradições e injustiças da sociedade, como problematiza Foucault:

Se a loucura conduz todos a um estado de cegueira onde todos se perdem, o louco, pelo contrário, lembra a cada uma sua verdade; na comédia em que todos enganam aos outros e iludem a si próprios, ele é a comédia em segundo grau, o engano do engano. (Foucault, 2010, p.14)

Foucault (2010) destaca que as paixões: soberba, avareza, luxúria, inveja, gula, ira e preguiça dos “Sete Pecados Capitais”, também ficaram relacionadas à Loucura por serem vistas como uma forma de transgressão das normas sociais e morais, incluindo as impostas pela religião. Isto porque desafiam as normas da racionalidade e da moralidade cristã, ao mesmo tempo em que revelam as tensões entre o desejo humano e a ordem social, mas que fazem parte da complexidade e da verdade humana.

Nesta mesma posição crítica, no ano de 1511, foi publicado o “Elogio da Loucura” de Erasmo de Rotterdam, em que o autor dá a palavra à deusa “Loucura”. Esta exalta suas características de amor-próprio, volúpia, irreflexão, paixões, subserviência etc., enquanto os valores da razão de seriedade, bom-senso, prudência etc., são menosprezados. Este ensaio é uma crítica ao cristianismo, e serviu inclusive de estímulo à Reforma Protestante.

Portanto, a partir das análises de Foucault (2010), a loucura é fascinante, ou seja, as pessoas se apegam com maior intensidade a essas crenças mais transcendentais que contrariam a lógica convencional, havendo uma total inversão de valores,

Por um estranho paradoxo, aquilo que nasce do mais singular delírio já estava oculto, como um segredo, como uma inacessível verdade, nas entranhas da terra (...) o animal que assombra seus pesadelos e suas noites de privação é sua própria natureza, aquela que porá a nu a implacável verdade do Inferno. (Foucault, 2010, p.22)

Em um contexto mais amplo, a loucura e a razão, que aparentemente são forças opostas, coexistem em indivíduos e sociedades, em todos os contextos culturais e históricos, de maneiras complexas, refletindo as ambiguidades e as tensões da experiência humana. Ao mesmo tempo, a atração pela irracionalidade, pela visão de mundo mais visceral, emocional ou transcendental não escapa a nenhum ser humano. Erasmo em seu livro diz que a loucura e as paixões, fazem parte da ordem do mundo, e vai além, dizendo que o discurso dos loucos de alguma forma, mobiliza e organiza o mundo. Neste momento, a loucura ainda tinha algum “prestígio”, porém, há um momento de cisão entre a loucura e a razão.

Historicamente, no final da Idade Média, nas palavras de Foucault (2010), com a lepra se extinguindo e, os hospitais (leprosários) destinados a elas se esvaziando e sendo abandonados, começaram a serem ocupados para tratamento das doenças venéreas, e logo, por todo tipo de doenças e características consideradas desajustadas, como é o caso dos “loucos”, se apropriando da mesma “estrutura de exclusão”.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. (Foucault, 2010, p.06)

De acordo com esse mesmo autor, que fez questão de estudar este período da Idade Clássica em que a loucura deixa de ser percebida como algo que contém uma verdade, uma luz, e passa a ser entendida como algo a ser evitado, escondido, segregado, excluído da sociedade, em sua análise, neste momento, a loucura não era categorizada e se encontrava em seu estado original, anterior à medicalização, é considerado para o autor de “grau zero da loucura”, antes dela ser isolada e confinada “preferencialmente” em instituições de segregação.

Em seu livro, ele narra a “Naus dos loucos”, que era uma prática que começa no fim da Idade Média, onde os loucos eram entregues aos marinheiros, tornando-os

“prisioneiro de sua própria partida”, velado na ideia de ser “purificado pela água”, porém ali iniciava-se seu silenciamento, um caminho sem volta.

Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, dá mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o Passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem. (Foucault, 2010, p.12)

Na primeira parte do livro, ele assinala como acontecimento histórico importante a criação do Hospital Geral em Paris, fundado em 1656, que funcionava como dispositivo de controle social, chamado de “A Grande Internação” ou “Grande Enclausuramento”. Era um novo “lugar social” para os pobres de Paris, “de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis” (Foucault, 2010, p.49). Ou seja, serão confinados os loucos, os desempregados, os libertinos, os desordeiros, todos “considerados” fora da ordem social, acompanhando os mesmos efeitos atribuídos aos leprosos, de silenciamento e segregação. Porém ainda mais cruel, porque a “internação” neste momento, foi uma invenção para o controle social dos “a-sociais”, servindo de medida econômica e precaução social para os problemas da cidade.

Neste sentido, A Grande Internação, teve como finalidade isolar, confinar e eliminar os sujeitos considerados desviantes e nocivos às ordens familiares, estaduais, econômicas, sociais e políticas, enfim, reconhecidos como “mal-estar” para a sociedade, buscando restaurar a ordem social através do controle/contenção desta população indesejada que ia dos “mendigos” e “vagabundos” aos “loucos”. Portanto, este momento em que a loucura foi associada à irracionalidade e desordem social, “em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo” (Foucault, 2010, p.114), foi justificada e, marcou-se o início da institucionalização da loucura e assim também passou a ser entendida como algo que deve ser isolado e controlado.

O autor faz, portanto, uma crítica às práticas de poder, de como as instituições operam para controlar e moldar a sociedade segundo os interesses, normas e valores dominantes. Neste caso, o confinamento servia para reforçar a ordem social, reprimindo, criando e fortalecendo conhecimentos e subjetividades sobre o que era

considerado racional e normal para a sociedade e, sobretudo silenciando os marginalizados. Inclusive, chegando o momento em que há uma separação e definição de quais classes/categorias deveriam ser confinadas/ encarceradas/ isoladas.

Deste modo e a partir de sua metodologia para descrever os discursos silenciados ou ausentes pela razão dominante o termo “arqueologia do silêncio” é frequentemente associado a Michel Foucault, embora não seja uma expressão formalizada por ele, mas que remete à tentativa de identificar e compreender o que não é dito, é excluído, controlado e usado como estratégia de poder (Calomeni, 2010).

Em sua obra, Foucault (2010), propõe uma epistemologia histórica, que se refere ao método de investigação e análise que explora as condições em diferentes períodos para a construção do saber, não havendo verdadeiro ou falso e sim práticas discursivas intrinsecamente ligadas ao poder, e nesse caso, a determinação do que é loucura está relacionada às diferentes formações e concepções históricas.

Para o filósofo francês, a partir dos séculos XVII e XVIII, instigados pelos ideais e valores do Iluminismo de racionalismo, liberdade, igualdade, laicismo etc., ideias que também influenciaram de maneira significativa o surgimento da Revolução Francesa, em consonância com o lema “Igualdade, Liberdade e Fraternidade”, surgiu um questionamento das instituições tradicionais e uma abertura para novas ideias. Deste modo, foi ocorrendo uma transição na qual os hospitais começaram a assumir novas funções com base mais racional, científica, social e política.

No final do século XVIII, conforme discutido por Foucault (2010), há uma mudança na percepção e tratamento da loucura, pois é neste período que ela passa a ser considerada uma “doença mental”, algo que deve ser tratado, que precisa ser controlado, havendo um rompimento entre a loucura e a razão. Nesse momento, a psiquiatria se sobrepõe à doença, considerado o período do “diálogo interrompido”, havendo um monólogo da razão sobre a loucura.

Deste modo, Foucault (2010) ressalta que, a loucura sendo considerada uma patologia, coube à razão ditar as regras e tratamentos, não havendo espaço para o reconhecimento da loucura como parte da condição humana, e sim um mal à sociedade dita sã, um problema a ser eliminado, deixando de ser visível e integrado a sociedade.

Desta forma, os hospitais e manicômios se transformaram nas “instituições médicas por excelência”, ou seja, lugares onde o médico detém toda e qualquer autoridade científica, moral e disciplinar sobre o louco e que através da medicalização da loucura, exerce formas de exclusão para além do confinamento, refletindo a exclusão moral e o controle social. Dessa forma, a loucura, é removida da visibilidade pública e tratada como uma ameaça, em vez de ser compreendida como parte integrante do ser humano.

É nesse contexto de medicalização e marginalização da loucura que se destaca um marco simbólico na história da psiquiatria, em 1794, Philippe Pinel “quebra as correntes” dos internos do Hospital Bicêtre, ao sul de Paris na França, promovendo a separação entre loucos e infratores. Ao rejeitar a visão de que a loucura era um castigo divino, Pinel entende e inaugura uma abordagem mais racional e humanizada, onde os loucos deveriam ser tratados e não punidos.

Philippe Pinel (1745-1826) ficou conhecido como o fundador da psiquiatria moderna e foi o psiquiatra responsável pela determinação do conceito de “alienação mental” que se caracteriza quando, em razão de uma doença psíquica, ocorre a diminuição de processos cognitivos, ou seja, a razão do indivíduo está “alienada” de sua personalidade normal, ocorrendo uma mudança de sua percepção da realidade. Não é uma perda total da razão, ou seja, “quando o espírito se torna cego para os próprios excessos de sua sensibilidade” (Foucault, 2010, p.294).

Portanto, aqui a “loucura” é defendida como uma doença da mente que deve ser cuidada e tratada de forma sistemática, com base em princípios médicos. Pinel introduziu o primeiro modelo de terapêutica nesta área, a noção de “tratamento moral”, que consistia na soma de “princípios e medidas pra reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade”, inclusive chegando a ser comparada às instituições de educação devido à analogia da “reeducação da mente”, utilizando como principal ferramenta o “trabalho terapêutico” e o regime de isolamento.

Ao propor a liberdade dos loucos que, embora liberados das correntes, devem ser submetidos a um tratamento asilar, sob um regime de completo “isolamento”. Este, no entanto, não significa a perda da liberdade, pois, muito pelo contrário, é o tratamento que pode restituir ao homem a liberdade subtraída pela alienação. (...) Se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-lo. (Amarante, 2007, p.29)

Neste modelo, os pacientes deveriam ser tratados por métodos terapêuticos mais compassivos, humanos e de respeito, sempre enfatizando a importância do ambiente e da disciplina, mas de maneira oposta aos tratamentos brutais comuns na época, através principalmente do uso das “terapias ocupacionais”, pois acreditava-se que as atividades produtivas seriam mais eficazes, ajudando ainda mais no tratamento do sofrimento psíquico. Pinel foi, portanto, um dos primeiros médicos psiquiatras a conceder o estatuto de dignidade aos loucos.

Amarante (2007) faz uma crítica ao “gesto de Pinel” de “desacorrentar os loucos”, nos dando a impressão de ter os deixado livres, o autor pondera que estes se viram presos e enclausurados na própria instituição hospitalar,

as cinco principais funções do hospício, iniciando por “garantir a segurança pessoal do louco e de suas famílias” (as demais são: liberá-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais; submetê-los a um regime médico; e impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais). Ou seja, a questão da segurança/ periculosidade já assume papel de destaque em relação às funções terapêuticas. (Amarante, 2007, p.35)

Outro importante psiquiatra na época, também francês, que deu continuidade à terapêutica diferenciada do “tratamento moral” foi Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), discípulo de Philippe Pinel, que passou a considerar o aspecto psicológico como fundamental na determinação da doença.

No entanto, esta mesma ideia que considerava os aspectos psicológicos, ambientais e sociais, permitia através do “tratamento moral” justificar as condutas arbitrárias ou coercitivas como possibilidades de “corrigir” os erros e as perturbações mentais para apaziguá-las, sendo meios de reconduzir o doente às normas admitidas como corretas e em coerência com a realidade.

E nesse sentido Esquirol teve uma postura de autoritarismo, segundo o olhar de hoje, ao pressupor que a conduta terapêutica, para se opor às ideias delirantes, não podia usar apenas a compreensão, a persuasão e os conselhos lógicos, mas deveria introduzir diversas formas de “choque” que perturbassem emocionalmente o paciente para fazê-lo adotar uma ideia oposta à de sua lógica delirante. (Pacheco, 2003, p.155)

Deste modo, na perspectiva foucaultiana, apesar de avanços e retrocessos na psiquiatria, o louco continuava não sendo ouvido em seu sofrimento e o delírio era considerado um desvio moral que deveria ser confrontado, para ser “corrigido”,

reeducado e então pudesse voltar ao convívio social, não levando em conta as complexidades humanas e dos transtornos mentais.

Esta forma permaneceu até o seu desenvolvimento como ciência no século XIX, quando a “psiquiatria científica” se tornou uma especialidade médica com status e integrada ao sistema de saúde. Neste momento, houve a sistematização das classificações e diagnósticos dos distúrbios mentais em padrões de sintomas e curso da doença, favorecendo o entendimento e a comunicação para os tratamentos, tanto no que se referem à medicalização quanto aos procedimentos terapêuticos possíveis.

Logo, a “História da Loucura” analisa a “loucura” a partir de experiências históricas ora positivas como privilégio por se aproximar dos deuses e prever o futuro ou de relacioná-la à genialidade artística e/ou intelectual, a loucura poética, a erótica; ora negativas como relacionar a figura do louco como violento, desajuizado, insensato, inconsequente, até ser considerado um “alienado mental”, revelando uma trajetória complexa de avanços e retrocessos, de práticas desumanas e humanitárias, não lineares, entrelaçadas, articulando os acontecimentos políticos, culturais, sociais, morais e religiosos.

Isto posto, estudar essa história é fundamental para entender suas raízes e seu percurso até o reconhecimento da psiquiatria como um campo específico do saber médico no século XIX, consolidando-se como uma especialidade incorporada às estruturas institucionais da saúde. Esse processo ocorreu em meio às inúmeras contradições, especialmente pela predominância do modelo biomédico, mais tarde contestado pelos movimentos contra hegemônicos no campo da saúde.

Mas foi somente após a Segunda Guerra Mundial que as tentativas de mudança do modelo hospitalocêntrico se iniciaram. Aqui, vale destacar a importância do movimento da Reforma Psiquiátrica italiana, que ganhou força nos anos de 1960 e 1970 com a atuação do psiquiatra Franco Basaglia que influenciou diversos países, incluindo o Brasil, no processo de desinstitucionalização e mudança do modelo asilar para o cuidado em liberdade.

Franco Basaglia nasceu em Veneza (IT), no ano de 1924, cursou medicina em Padova (IT), cidade de grande importância histórica, cultural e científica, e que possui uma das universidades mais antigas do mundo, a Università degli Studi di Padova, fundada no ano de 1222 e que recentemente, comemorou 800 anos. Considerando que as universidades refletem as influências políticas, culturais e religiosas, a

Università di Padova recebeu forte influência de Veneza, se beneficiando da relativa autonomia política, possuindo maior abertura aos pensamentos livres, científicos e com menor influência da Igreja Católica, se comparada à outras universidades como é o caso da Università di Bologna que se desenvolveu sob a influência de Roma. Assim, a cidade de Padova se destacou como um dos berços do humanismo renascentista e da ciência experimental, tendo como professor o astrônomo e físico Galileu Galilei, que lá lecionou entre 1592 e 1610.

Neste período da faculdade, Franco Basaglia, fez parte de grupos antifascista e juntou-se à “Resistência”, movimento também antifascista. Ele chegou a ser preso e ficou detido por 06 meses na prisão em Veneza. Este ocorrido o marcou profundamente e teve importância em sua luta anti-instituição / anti-manicômio quando após estar formado, se deparou com a realidade dos hospitais psiquiátricos.

Basaglia estava interessado nas reflexões mais complexas do ser humano, completamente opostas ao positivismo da época. Durante este período, desenvolveu grande atividade intelectual, não só na psiquiatria, mas entrelaçando também com “a filosofia existencialista e, especialmente, a fenomenologia crítica”, defendendo que a loucura não é apenas uma “experiência vivida”, mas uma categoria social e política. Desse modo, criou a Psiquiatria Democrática Italiana, transformando as práticas de saúde mental em uma base integral e psicossocial (Serapioni, 2019).

Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica italiana, buscou mudança paradigmática de transformação das instituições e do tratamento em saúde mental,

O que deve mudar, para que se possam transformar na prática as instituições e os serviços psiquiátricos (como, de resto, todas as instituições sociais), é a relação entre cidadão e sociedade, na qual se insere a relação entre saúde e doença. Ou seja, a primeira atitude necessária é que se reconheça que a estratégia, a finalidade primeira de toda ação, é o homem, com suas necessidades, sua vida, dentro de uma coletividade que se transforma para obter a satisfação dessas necessidades e a realização dessa vida para todos (...). Isso significa compreender que o valor do homem, são ou doente, ultrapassa o valor da saúde ou da doença. Quando o valor é o homem, a saúde não pode representar a norma, se a condição humana é a de estar constantemente entre saúde e doença. (Basaglia, 1924, p.231)

Em maio de 1978, foi aprovada a Lei nº 180, chamada Lei Basaglia, que marcou o início do fechamento dos hospitais psiquiátricos, sendo referência para a defesa do cuidado em liberdade, ela ainda “regulava as consultas médicas obrigatórias e voluntárias, com o objetivo de superar o hospital psiquiátrico”, considerado um

avanço, mas que ainda permaneciam outras preocupações como a questão da medicalização e de como esses usuários retornariam à sociedade (Serapioni, 2019).

A tarefa de uma programação de saúde que deseje responder às necessidades reais é, portanto, a de identificação e consciência do uso que explicitamente se faz da doença, de modo a que os serviços projetados não sirvam para dilatá-la, e sim para reduzi-la. (Basaglia, 1924, p.233)

A Lei nº 180, mesmo sendo uma lei estrangeira, praticamente se tornou brasileira, pois foi “abraçada” por todos que almejavam uma transformação da realidade manicomial, dessa forma, e sob essa forte influência, ocorreu na saúde mental brasileira o Movimento da Reforma Psiquiátrica, que assim como na Itália e outros países, visava a substituição do modelo hospitalocêntrico de tratamento na saúde mental para uma atenção e cuidado psicossocial, defendendo que a segregação, como única resposta institucional, serve aos interesses político e econômico cumprindo as exigências de ordem pública através da função de controle e discriminação social (Goulart, 2008).

No ano de 1979 Basaglia foi convidado a vir ao Brasil, para participar de conferências e seminários para compartilhar sua experiência de Trieste (IT), momento em que concretizou essa aproximação entre Itália-Brasil, na concepção do cuidado em saúde mental, do cuidado psicossocial.

3.2 A LOUCURA E SEUS CAMINHOS NO BRASIL

A loucura no Brasil foi influenciada pelos acontecimentos da Europa, tendo uma trajetória semelhante desde o século XVI até o século XIX, ou seja, fez parte do convívio social por um tempo e depois passou a ser reconhecida como perturbação social, sendo os loucos retirados da sociedade e levados para as Santas Casas de Misericórdia ou para as prisões públicas, na maioria das vezes por meio do discurso religioso de cura e castigo.

Aos poucos, esses hospitais de caridade e de controle social foram sofrendo transformações, sendo ocupados cada vez mais por médicos e as doenças foram sendo “institucionalizadas” até se tornarem as instituições médicas detentoras do saber e da verdade, as quais conhecemos nos dias de hoje, com a função de tratar os enfermos, até a criação dos hospícios.

O hospital tornou-se, a um só tempo, espaço de exame (como um laboratório de pesquisas que permitiu um novo contato empírico com as doenças e os doentes), espaço de tratamento (enquadramento das doenças e doentes, disciplina do corpo terapêutico e das tecnologias terapêuticas) e espaço de reprodução do saber médico (hospital-escola, residência médica, local privilegiado de ensino e aprendizagem). (Amarante, 2007, p. 26)

No Brasil, o primeiro hospital psiquiátrico inspirado no modelo francês de Philippe Pinel, foi o Hospício de Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, criado por decreto imperial em 1841, ainda sob administração da Santa Casa de Misericórdia. Somente na República que a loucura passou a ser vista pelo discurso científico e encarada como doença mental que deveria ser tratada, em isolamento, nos hospitais psiquiátricos, através de tratamento medicamentoso e terapêutico, principalmente através do trabalho, visto como fundamental, pois não deveria haver o ócio, “o trabalho é terapêutico e deve ser a principal ocupação dos internos” (Batista, 2014, p.396).

Deste modo, o modelo asilar, conferia aos próprios internos a obrigação de garantir a manutenção das instituições e, cada um contribuía conforme suas características e possibilidades, como nas oficinas de costura, bordados, alfaiataria, móveis, jardinagem, servente de obras etc. Competia aos médicos a incumbência de todas as decisões, todo o poder do “saber”, da “verdade da doença”, um “superpoder” presente até os dias atuais.

Segundo Foucault (2010), foi principalmente esse superpoder dos médicos aliado a “estranha instituição que sequestrava e aprisionava aqueles aos quais pretendia libertar” que, no final do século XIX, desencadeou uma crise na psiquiatria com vários movimentos sociais contestando a autoridade do “saber-poder” dos médicos, questionando a eficácia dos tratamentos e suas práticas, a medicalização da loucura, o isolamento e exclusão social, enfim, uma crise paradigmática em diversos países.

No Brasil, a obra “O Alienista” de Machado de Assis, publicada em 1882, se antecedeu e foi de fundamental importância à crise da psiquiatria, pois expôs a linha tênue entre sanidade e loucura, fazendo uma crítica considerável ao poder absoluto da ciência e da razão que, em nome do “saber”, exercem descomedido poder sobre os outros. Na obra, o autor critica de forma bem-humorada a sociedade e as instituições, questiona as definições entre normalidade e anormalidade, estabelece

paralelos entre a definição de loucura e o aparato de controle social, enfim, reflete o que de fato, é ser “normal”.

Assim como na obra de Machado de Assis, no século XX, as críticas apareceram em diversas outras literaturas, como é o caso do conto “Só vim telefonar” de Gabriel García Márquez, de abril de 1978, que mostra a potência da violência institucional dos manicômios, em que a protagonista é levada por engano para um hospital psiquiátrico e é progressivamente silenciada, perdendo sua liberdade, sua identidade e sua voz. O conto evidencia as consequências do isolamento forçado, da medicalização e do apagamento da subjetividade, revelando os horrores da psiquiatria asilar e contribuindo à crítica social e política na época.

Este período marcado por tensões e debates na busca por entender, controlar e tratar a loucura, críticas aos hospitais psiquiátricos superlotados e com denúncias de maus tratos, refletiam as mudanças sociais, científicas e culturais da época, influenciando as reformas que ocorreram ao longo do século XX, que foram possíveis, somente, a partir do fim da Ditadura Militar.

3.2.1 A loucura e seus caminhos no Brasil: da Reforma Sanitária à Reforma Psiquiátrica

A partir da década de 1970, o Brasil vivia o processo de redemocratização, período de diversos movimentos sociais no país e no mundo, reivindicando melhores condições de vida para a população, respeito aos direitos humanos, relações humanizadas, enfim, uma busca por transformações políticas e sociais.

Especialmente na saúde pública do nosso país, era um período em que somente os trabalhadores com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da previdência social. Os demais, quem tinha condições financeiras pagava pelos serviços médicos, ou quem não tinha condições procurava o atendimento em instituições filantrópicas, pois “o direito à saúde não estava vinculado à condição da cidadania, cabia aos indivíduos a responsabilidade de resolver os seus problemas de doença e acidentes, bem como de seus familiares” (Paim, 2009, p.33).

O reconhecimento da saúde como um direito social no nosso país, aconteceu após esse longo processo histórico, político e social, ocorrido no decorrer do século XX, pelos movimentos sociais e por organismos internacionais como a Organização

Mundial da Saúde. Desse momento, sucedeu o movimento da Reforma Sanitária brasileira que denunciava as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e propunha um sistema universal, integral e equânime.

A Reforma Sanitária, reivindicava também as mudanças necessárias para modificar o paradigma de atenção em saúde de uma visão restrita focada apenas na doença, para uma visão ampliada onde o processo saúde-doença das pessoas deveria ser considerado em sua complexidade, sendo de responsabilidade compartilhada entre o Estado, a sociedade e o indivíduo. Requeria ainda, mudança na forma da organização dos serviços que se encontravam separados: a prevenção da cura, a assistência individual da coletiva, a promoção e proteção da reabilitação e recuperação, ou seja,

de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública, de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial. (Paim, 2009, p.31)

Nesse processo de reconhecimento dos direitos sociais, a saúde foi definida como um direito social e a Constituição de 1988 como um marco, pois pela primeira vez foi previsto que a saúde é um direito fundamental social (Art.6º, CF/88) e que não basta estar declarado, é necessário assegurar este direito. Para tanto, foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8.080/1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) que é um sistema público que visa proporcionar acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde para toda a população (Brasil, 1990). Embora “o direito à saúde tenha sido difundido internacionalmente, desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, somente quarenta anos depois o Brasil reconheceu formalmente a saúde como direito social” (Paim, 2009, p.41).

No entanto, mesmo diante desse atraso, a Constituição de 1988 é reconhecida como “Constituição Cidadã”, por seu caráter democrático e participativo e por colocar a cidadania e a dignidade humana como princípio fundamental, devendo prevalecer sobre quaisquer interesses econômicos, políticos ou ideológicos. Nesse sentido, a saúde foi concebida como um direito social inalienável, intrinsecamente ligado à cidadania (Paim, 2009, p.51).

Dessa forma, a Lei do SUS, vai além do SUS, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Art. 2º). Este entendimento reforça o papel do Estado na promoção de políticas públicas que garantam o acesso universal e igualitário à saúde, contribuindo para a redução das desigualdades e a promoção da justiça social. Porém não exclui a responsabilidade das pessoas e da sociedade, sendo todos corresponsáveis pelas condições de vida e de saúde da comunidade e do país como um todo.

Ao alcançar uma dimensão social, esta lei adota um conceito ampliado de saúde, especialmente quando admite que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Explicando melhor: se pretendemos melhorar a saúde da população, temos de atuar especialmente sobre os determinantes vinculados às condições de vida. Do mesmo modo, se queremos elevar os níveis de saúde de toda a população, precisamos interferir na estrutura econômica e política do Brasil. (Paim, 2009, p.53)

Nesta tentativa de concretizar esse novo paradigma de concepção ampliada de saúde, que busca compatibilizar ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, despontou um conjunto de novos modelos de assistência através da criação do SUS definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Art.4º) e seus princípios doutrinários de: “universalidade, equidade e integralidade”.

Como citado no início desta pesquisa, de acordo com Lemos (2022), o movimento da Reforma Sanitária se estruturou em torno de dois eixos principais: por um lado, promoveu uma revisão teórica crítica ao modelo hospitalocêntrico / curativista e na lógica mercantil; por outro, articulou-se politicamente ao inserir a pauta da saúde nas demandas mais amplas do processo de redemocratização do país.

É importante realçar que só depois de indicar a relevância das políticas econômicas e sociais para o direito à saúde a Constituição faz referência à garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. Muitas dessas ações e serviços são responsabilidades intransferíveis do sistema de saúde, mas não é possível desconhecer o impacto das políticas econômicas e sociais sobre as condições de saúde da população. (Paim, 2009, p.44)

Dessa forma, o SUS democrático, foi concebido no âmbito do projeto da Reforma Sanitária brasileira com o propósito de garantir o direito à saúde para todos

os brasileiros, integrando a saúde a uma reforma social mais ampla, apta a influenciar os determinantes da saúde e da doença nas populações. Trata-se de um projeto em construção, que exige uma luta contínua para consolidar uma direção política e cultural capaz de se contrapor a outras concepções e que favoreçam a redução das desigualdades. Seu avanço dependerá da formação de novos sujeitos sociais comprometidos com o fortalecimento do processo de Reforma Sanitária (Paim, 2009).

Segundo Paim (2009), o direito à saúde deve ser entendido como: “o direito ao estado de saúde e o direito às ações e serviços de saúde”, ou seja, para ser garantido, deve assegurar o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde quanto à prevenção, promoção e recuperação da saúde, assim como, cidadania plena, democracia e um modo de vida saudável. Considerando, como destacado por Breilh (2021), que esse direito está intrinsecamente relacionado à determinação social, que passa pela reorientação das políticas públicas, econômica e social.

O SUS trouxe várias inovações à política de saúde brasileira como “o conceito ampliado de saúde e o reconhecimento da sua determinação social, vigilância e promoção da saúde, acolhimento, enfoque da redução de danos, ação sobre o território, entre outros” (Paim, 2009, p.74), mas ao mesmo tempo, representa apenas uma das respostas sociais aos desafios e necessidades de saúde, sendo necessárias paralelamente, políticas econômicas, sociais e ambientais.

Acompanhando todas essas mudanças e influenciadas fortemente pelo movimento de reforma psiquiátrica italiana, com críticas aos hospitais psiquiátricos, defendendo que os sujeitos em sofrimento mental tinham direito à cidadania, liberdade e cuidado em comunidade, enfim, buscava uma mudança paradigmática de transformação das instituições e dos serviços psiquiátricos.

Deste modo, tanto a Lei nº 180, quanto as experiências de Trieste (IT) compartilhadas por Basaglia em conferências e seminários aqui no Brasil no ano de 1979, tornaram-se ponto de referência. Nestas oportunidades, ele também visitou manicômios, como foi o caso do Hospital Colônia de Barbacena em Minas Gerais e que em entrevistas à imprensa denunciou as violências comparando-as aos “campos de concentração nazistas”.

Essa declaração foi amplamente divulgada pela mídia, trazendo visibilidade aos problemas ocorridos dentro dos muros dos manicômios, um momento histórico da força da Lei Basaglia que conectou brasileiros e italianos à luta antimanicomial,

impulsionando ao longo das décadas de 1980 e 1990, ganhando forças, pois se tornou uma luta que agregou não só o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, mas familiares, usuários e sociedade em geral, frente às denúncias de maus-tratos, desumanidade e tortura no tratamento das pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos.

Desse modo, em 1989, foi apresentado na Câmara dos Deputados o projeto de lei de âmbito nacional nº 3657 do Deputado Paulo Delgado do estado de Minas Gerais, profundamente inspirado na Lei nº 180, propondo a extinção dos manicômios e sua substituição por diversos recursos assistenciais.

Somente após 12 anos, no ano de 2001 foi promulgada a Lei nº 10.216 “Lei da Reforma Psiquiátrica” para concretizar as mudanças na política pública de assistência em saúde mental no país, voltada para a desinstitucionalização psiquiátrica e para a criação de serviços substitutivos. Assim, os hospitais psiquiátricos deveriam ser fechados e substituídos por outros tipos de serviços com foco na promoção da inclusão social, onde o tratamento fosse humanizado, as práticas de cuidado potencializassem a reinserção das pessoas na sociedade e elas participassem ativamente de seus tratamentos.

Desta maneira, apoiada na referida Lei nº 10.216, todos esses avanços para dar continuidade ao processo de Reforma Sanitária que se iniciou nos anos 1970 e consequentemente à Reforma Psiquiátrica nos anos 1980, de transformação do modelo de assistência hospitalocêntrica, têm-se um histórico de lutas e disputas. No palco desta batalha, estão as Conferências Nacionais de Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde Mental. Fazendo um resgate desta construção das políticas públicas de saúde mental, foram realizadas cinco (05) Conferências Nacionais de Saúde Mental ao longo de 36 anos.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, foi realizada de 25 a 28 de junho de 1987 no Rio de Janeiro e não em Brasília, como normalmente ocorre com as conferências, fazendo parte de uma estratégia de esvaziamento da participação social. Segundo Paulo Amarante (2024), ela foi convocada como um congresso de saúde mental e “Foi preciso que o movimento virasse a mesa, literalmente, para que a conferência deixasse de ser um congresso de especialistas e passasse a ser um espaço de debates e construção da política nacional de saúde mental”.

Ela aconteceu no contexto da 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico na saúde do país e da construção do SUS. Na saúde mental, ficou clara a ineficiência do modelo hospitalocêntrico e, mesmo que as recomendações aprovadas naquele momento, hoje sejam consideradas incompletas, elas são vistas como marco para a psiquiatria brasileira. Na ocasião, foi construída a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) como marco na história do cuidado em saúde mental no Brasil, enfatizando que ela deveria estar integrada à Política de Desenvolvimento Social Nacional. Ela permitiu que diferentes categorias profissionais, organizações políticas, religiosas e privadas, comunidade científica, assim como outras partes da sociedade, se reunissem, refletindo a aspiração pela melhoria da qualidade da assistência, por meio de um processo democrático e participativo (Brasil, 1988).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, foi realizada em Brasília de 01 a 04 de dezembro de 1992, já dentro de uma fase de implementação do SUS, foi considerada a mais decisiva por ter impulsionado de forma concreta a Reforma Psiquiátrica. Foi marcada por um longo processo de participação e debates precedida por 24 Conferências Estaduais e por sua vez, de 150 Conferências Municipais em todo o país. Portanto, foram vários eventos importantes e com composição paritária dos dois segmentos: usuários e sociedade, governo e prestadores de serviços, além da participação ativa dos usuários e familiares, contribuindo para sua realização (Brasil, 1994).

Mesmo sendo realizada em Brasília, segundo Paulo Amarante (2024), ocorreram alguns problemas como, por exemplo, não ter sido aceito “a participação dos membros eleitos na plenária final da I Conferência para comporem a comissão organizadora” e, mesmo havendo participação ativa dos usuários e familiares e não sendo essa a intenção, houve uma restrição às pessoas com diagnósticos de transtornos mentais, “restringiu o protagonismo de outros atores sociais que, no sentido geral das Leis nº 8.080 e nº 8.142, consideram como usuários todos aqueles que utilizam o SUS, portanto o conjunto da sociedade brasileira”.

Nesta etapa, foi concretizado o esboço de um novo modelo de assistência frente às críticas do modelo hegemônico com diversos avanços tanto na lógica, nos conceitos e na estrutura, quanto nas mudanças entre as relações e interações entre todas as partes envolvidas. A partir das discussões e deliberações propostas, se

estabeleceram as principais diretrizes para a Reforma Psiquiátrica que foi incorporada em 2001.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, foi realizada em Brasília de 11 a 15 de dezembro de 2001, quase dez anos depois. Ela ocorreu no contexto do fortalecimento da Reforma Psiquiátrica com a aprovação da Lei nº 10.216, visando redirecionar o modelo de assistência em saúde mental, reduzindo a hospitalização psiquiátrica e promovendo a inclusão social dos usuários com foco no desenvolvimento dos serviços substitutivos comunitários (Brasil, 2001).

Neste momento favorável, criou-se muitas expectativas com ênfase no respeito aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, combatendo estigmas e práticas excludentes, além do destaque para a importância da participação social, papel fundamental dos usuários, familiares e trabalhadores na construção e fiscalização das políticas públicas em saúde mental.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental em 2010 só ocorreu após uma ampla mobilização em Brasília no ano de 2009, em que participaram cerca de 3.000 usuários e ativistas pela Luta Antimanicomial brasileira. Ela reuniu usuários, trabalhadores e gestores do campo da saúde e de outros setores, tendo como centralidade o eixo da *intersectorialidade*, e que é fundamental para o campo da saúde em geral e da saúde mental em especial. Ao todo, 46 mil pessoas participaram das etapas iniciais e finais, ou seja, foi um evento significativo e consistente no debate das políticas de saúde mental no país.

Desse modo, ela teve como eixo a consolidação da Reforma Psiquiátrica, que já havia sido implementada em grande parte através da substituição dos hospitais psiquiátricos pelos CAPS e outros serviços substitutivos, através de um longo processo de lutas e discussões, com o objetivo de promover a atenção integral, garantir o direito das pessoas e promover a inclusão social. Sendo debatido ainda a necessidade de fortalecer e expandir as ações e qualificações da rede de cuidados em saúde mental.

Consequentemente, foi homologada em 23 de dezembro de 2011 a Portaria nº 3.088, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que inclui os outros dispositivos como residências terapêuticas, serviços de urgência e emergência e os CECO, além da articulação com a rede básica de saúde (Brasil, 2010).

A atenção básica constitui o primeiro nível de atenção no interior do sistema de saúde e engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É, preferencialmente, a “porta de entrada” do sistema de saúde. Equipes multiprofissionais de saúde também atuam nesse nível, realizando ações promocionais e preventivas. (Paim, 2009, p.60)

Outro tema emergente na IV Conferência foi o enfrentamento ao uso abusivo de crack e outras drogas, ampliando os CAPS para atendimento a pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas (CAPS AD).

A V Conferência Nacional de Saúde Mental, foi realizada de 11 a 14 de dezembro de 2023, ou seja, 13 anos após a anterior, sendo iniciada como um processo de resistência a um período de contrarreforma psiquiátrica na PNSM, Álcool e Outras Drogas.

Era um momento de crises nos âmbitos sanitário, político, social e econômico, colocando um conjunto de desafios a todos os coletivos, instituições e pessoas que lutam, intransigentemente, em defesa da democracia, dos direitos humanos e da exigência de superação das profundas desigualdades sociais. (Brasil, 2023, p.03)

Foram discutidos também os desafios que persistem sobretudo em relação ao financiamento insuficiente e à necessidade de mais profissionais capacitados frente à crescente demanda por atendimento em saúde mental, principalmente em razão da pandemia COVID-19, do aumento do uso de drogas e da violência urbana, que impactam diretamente os serviços de saúde mental.

Os CECO aparecem nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental, como citado na IV CNSM

Como serviços da rede substitutiva em Saúde Mental, na perspectiva do trabalho centrado na heterogeneidade, na intersetorialidade e economia solidária, garantindo assim recursos públicos (financeiro, material e humano) para o pleno funcionamento das unidades já existentes e outras a serem implantadas de acordo com índices de saúde e de vulnerabilidade social. (BRASIL, 2010, p.25)

Observa-se uma contradição entre o que é preconizado nos relatórios das Conferências de “Promover a criação de Centros de Convivência e Cooperativa, através do financiamento intersetorial da infraestrutura e dos recursos humanos e materiais necessários ao pleno funcionamento das oficinas” (BRASIL, 2010, p.115) e

a concretização dessas ações, pois, apesar de citados, esses serviços permanecem historicamente inviabilizados, subfinanciados e pouco incorporados como prioridade na estruturação da RAPS.

Há uma crítica e uma contradição que envolve o financiamento da saúde mental no Brasil. Por mais de duas décadas, diversas práticas e experiências foram realizadas, mas o modelo hegemônico perdura até os dias de hoje, principalmente quanto aos recursos gastos com a rede hospitalar psiquiátrica e as Comunidades Terapêuticas que não realizam tratamento e nem dependem de profissionais de saúde. Sendo estas últimas,

As instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime de residência, e que utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares. (Anvisa, 2021, p.03)

A Reforma Psiquiátrica visou reduzir a dependência dos hospitais psiquiátricos e substituí-los, porém, ainda há uma parcela significativa do orçamento destinada a eles e a essas Comunidades Terapêuticas, contradizendo o principal princípio da Reforma, que é a desinstitucionalização. Deste modo, apesar das críticas, eles vêm ganhando espaços no financiamento público, inclusive em governos considerados progressistas, fazendo-se necessário uma avaliação e fiscalização constante das ações de implementação da Reforma Psiquiátrica.

Diante do exposto, é evidente que a Reforma Psiquiátrica não está concluída, ela se constitui numa construção histórica permanente, atravessada por disputas políticas, econômicas e ideológicas. Nesse contexto, os museus e espaços de memória da saúde mental assumem um papel fundamental, seja pela valorização das obras produzidas pelos usuários, valorizando suas expressões, seja pela memória política, denunciando as violações humanas, servindo como alerta histórico, contribuindo para que não haja retrocessos e práticas manicomiais.

Atualmente no país, existem alguns museus, a maioria, com o foco na produção artística dos usuários, na intenção de valorizá-los, os outros surgiram como ação da Luta Antimanicomial, no intuito de provocar reflexão, para que sejam preservadas e lembradas, as atrocidades realizadas nos manicômios, e não sejam condenadas ao esquecimento, para que nunca se repitam. São exemplos: Museo de Imagens do Inconsciente e Museo Bispo do Rosario de Arte Contemporânea, os dois localizados

no Rio de Janeiro; Museo de Arte Osório Cesar, localizado em São Paulo, além do Museo da Loucura, que está localizado no antigo Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, em que o foco é revelar a perversidade do que eram os manicômios no Brasil, que ganhou notoriedade a partir do livro-reportagem *Holocausto Brasileiro*, da jornalista Daniela Arbex, lançado em 2013 (Souza, 2025).

Merece destaque, o Museo de Imagens do Inconsciente, criado por Nise da Silveira em consequência do seu trabalho na Seção de Terapêutica Ocupacional e Recreação do Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II. “Ali ela conseguiu permissão para orientar os adoecidos em direção a atividades expressivas (pintura e modelagem) afastando-os dos serviços de limpeza do hospital, atribuídos a eles até então” (Gullar, 2024, p.17).

Em Goiás, temos o Museo das Bandeiras (MuBan), que era a Casa de Câmara e Cadeia (1766-1949), localizado na Cidade de Goiás, que em 2001 se tornou Patrimônio da Humanidade pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), foi durante o final do século XIX, até os anos de 1950, o lugar dos “loucos” na Cidade de Goiás, exatamente como eram tratados na Idade Média até o final do século XVIII, antes de Philippe Pinel separar o que é loucura, do que é infração. Existe ainda neste lugar, a “enxovia”, que é a parte subterrânea das prisões, úmida e escura, onde a maioria dos “loucos” prisioneiros eram jogados compulsoriamente naquele lugar. Portanto “os museus são espaços de memória da loucura” (Souza, 2025, p.72).

3.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS CAMINHOS: DA CASA DAS PALMEIRAS À CRIAÇÃO DOS CECO

3.3.1 Casa das Palmeiras

Antes de falar especificamente da criação dos CECO da Rede de Atenção Psicossocial, é importante destacar Nise da Silveira (1905-1999), psiquiatra brasileira anterior ao movimento da Reforma Psiquiátrica, que idealizou a criação da Casa das Palmeiras, inaugurada em 23 de dezembro de 1956, que constituiu uma experiência pioneira no campo da saúde mental. Ela antecipou princípios que se tornaram centrais com a Reforma Psiquiátrica, como: cuidado em liberdade, valorização da

subjetividade, produção de arte e cultura como expressão e crítica à institucionalização.

A criação da Casa das Palmeiras, no Rio de Janeiro, é decorrente de três preocupações de Nise: alto índice de reinternação dos pacientes pós alta; tratamento psiquiátrico inadequado e criação de um espaço que funcionasse como “ponte” entre as internações e a vida social, devido às falhas no conjunto do tratamento psiquiátrico.

Nise imaginou um espaço, não hospitalar nem asilar, “que promovesse este serviço de ligação entre o sujeito e a vida social, reabilitando-o psicossocialmente” (Oliveira, 2020, p.51). Um local que promovesse saúde por meio de diversas atividades, numa instituição de porta aberta, de maneira livre, que servisse como “ponte” entre a internação no hospital psiquiátrico e a vida na sociedade, com o objetivo de evitar e/ou diminuir as internações e de prepará-los para reconectar-se com as interações humanas necessárias na vida social (Gullar, 2024).

Dessa forma, foram implantados diversos tipos de atividades de características lúdicas, culturais, manuais, artísticas e mesmo atividades que envolviam esforço como jardinagem, oferecendo opções que estimulassem capacidades diversas de cada sujeito e acesso aos seus conteúdos internos. Ainda, por meio desses contatos com diversas atividades, possibilitava maior interação com as pessoas, fortalecendo as relações interpessoais e restabelecendo vínculos.

Na Casa das Palmeiras tratou-se de ampliar o método, dada a natureza mesma da nova instituição, destinada à reabilitação de egressos de estabelecimentos psiquiátricos, funcionando assim como uma etapa intermediária entre a rotina hospitalar desindividualizada e a vida na sociedade e na família, com seus inevitáveis e múltiplos problemas (Gullar, 2024. p.61)

Em relação aos profissionais e o modo de se trabalhar, não seguia ao modelo biomédico de tratamento, com classificações e diagnósticos, e sim à valorização das relações interpessoais, sendo considerada como características principais a liberdade e a espontaneidade. O tratamento era chamado de “terapêutica ocupacional”, que tinha como função acessar os conteúdos internos por meio da criatividade, reconhecendo-os para, então, ser possível transformá-los.

Na Casa das Palmeiras a tarefa dos monitores e funcionários era de estar presente nas oficinas, acompanhando os clientes para que fossem pontos de apoio para eles. A convivência permitia a interação cotidiana entre os

monitores e pacientes, aproximando-os por meio das atividades. Isso reforça a importância da afetividade no tratamento, pois a convivência em um grupo, com pessoas dispostas a conhecer e cuidar dos clientes, gera os vínculos que vão se solidificando. Este estreitamento de laços só é possível em um ambiente que seja acolhedor, e a função da Casa das Palmeiras é justamente essa, acolher o cliente com seus processos intrapsíquicos, resgatar o seu potencial criativo e formar vínculos para que ele seja aceito pela comunidade. (Oliveira, 2020, p.52)

Nesse sentido, a experiência da Casa das Palmeiras, em funcionamento até os dias de hoje, já reunia elementos centrais de convivência, reinserção social e de cuidado integral, através de uma metodologia de atividades com função criadora, não com intuito de produzir obras de arte, mas de acessar “as emoções, sensações e pensamentos, por seu intermédio, se reconhecem, se associam, permitindo que se deem forma aos tumultos interiores” (Gullar, 2024. p.61). Ainda com um funcionamento que possibilita o vínculo, o convívio e o relacionamento de confiança entre os terapeutas e os participantes. Nesse sentido, pode-se considerar que a Casa das Palmeiras foi um importante antecedente tanto histórico quanto conceitual dos CECO da RAPS.

3.3.2 CECO da rede de Atenção Psicossocial

Esses princípios foram incorporados e ampliados, décadas depois, no âmbito das políticas públicas de saúde mental, especialmente com os avanços da PNSM, através da Portaria nº 3.088 “cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental”, havendo uma ampliação e diversificação da implantação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS (Brasil, 2011).

Este modelo de assistência à saúde mental, para assegurar o acesso ao tratamento e cuidado integral, busca oferecer, desde a atenção básica até a atenção especializada, uma abordagem interdisciplinar com equipes multiprofissionais, incluindo a participação ativa do próprio usuário em seu tratamento.

Dentre as várias estratégias da RAPS para oferecer um cuidado humanizado, integral e descentralizado às pessoas com transtornos mentais, foram criados dispositivos com o objetivo do tratamento da saúde mental humanizado, respeitando os direitos humanos, valorizando a subjetividade do indivíduo e o trabalho de autonomia para estimular o usuário à reinserção social.

São exemplos de “pontos de atenção” da RAPS: Unidade Básica de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residências Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Hospitais Gerais (HG) e Centro de Convivência (CECO).

Os primeiros CECO foram criados no ano 1989, no município de São Paulo, “como um serviço que tinha como função prioritária na rede de saúde a inclusão dos usuários de saúde mental no tecido social” (Galetti, 2015, p.19). Eles surgiram, portanto, como alternativa de reorientação do modelo assistencial dos serviços de exclusão, com condições subumanas e degradantes dos manicômios, para serviços que prezam pelo tratamento humanizado com respeito aos direitos e interesses das pessoas com transtornos mentais, estando associados ao movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira como serviços substitutivos à internação psiquiátrica, a qual somente deve acontecer se o tratamento na rede de atenção psicossocial se mostrar ineficaz.

Foram definidos pela Portaria nº 396 de 07 de julho de 2005, que “Aprova as diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS” com a finalidade de desenvolver ações intersetoriais pautadas em relações que potencializam a subjetividade, a autoestima, a autonomia e a cidadania (Brasil, 2005).

Dessa maneira, os CECO da RAPS contribuem como espaços estratégicos de cuidado que promovem a socialização e a reinserção social, buscando desenvolver trabalhos de prevenção ao risco social, criando situações desafiadoras que instigam a repensar e reconstruir histórias e vivências, tanto na esfera individual, quanto coletiva, visando produzir e intervir na cultura e na cidade, reforçando a necessidade do compromisso e da adoção de políticas intersetoriais que garantam o exercício pleno da cidadania.

A intersetorialidade permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como educação, trabalho e emprego, habitação, cultura, segurança alimentar e outros. (...) Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde. (Paim, 2009, p.120-121)

Estas ações se dão por meio de trocas, sejam elas culturais, geracionais ou relacionais, gerando sentimentos de pertencimento ao usuário, auxiliando na formação de identidades, além de fortalecer os vínculos, ajudando no enfrentamento das vulnerabilidades e no desenvolvimento de potencialidades do sujeito.

Isto posto, entendemos os CECO como dispositivos públicos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais ou pessoas da comunidade, espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade, facilitando a construção de laços sociais e a inclusão dessas pessoas na sociedade.

O valor estratégico e a predisposição destes CECO para efetivar a inclusão social residem no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da arte, cultura, lazer e não exclusivamente no campo da saúde, sendo dispositivos públicos que oferecem espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura. Assim, a clientela dos CECO é composta, preferencialmente, por pessoas com transtornos mentais, mas não exclusivamente, dando sustentação às diferenças da comunidade, através da construção de espaços de convívio (Brasil, 2005).

Como estratégia fundamental para garantir a integralidade na atenção à saúde e, especialmente por reconhecer a importância e necessidade de diferentes racionalidades e práticas de cuidado, instituiu-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

3.4 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E SEUS CAMINHOS: DOS SABERES TRADICIONAIS À POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), publicada em 2006, é um marco na institucionalização de práticas de saúde diferentes da medicina convencional. Foi desenvolvida no mesmo contexto de avanços, envolvendo motivação política, econômica, social e cultural frente às críticas ao modelo biomédico, para um olhar ampliado à promoção da saúde. Importante destacar que “promover saúde significa fomentar, cultivar, estimular, por intermédio de medidas

gerais e inespecíficas a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das comunidades” (Paim, 2009, p.45).

Para compreender essa política, é necessário analisar o percurso histórico das PICS, desde suas raízes nas tradições populares até seu reconhecimento como parte da atenção à saúde.

Historicamente, as práticas de cuidado estavam ligadas aos saberes tradicionais e à medicina popular, quando métodos naturais eram utilizados ligados às culturas locais. No entanto, no período Pós-Segunda Guerra Mundial, no contexto da ascensão da biomedicina e da indústria farmacêutica, havendo uma explosão de novos medicamentos, ganhou força um modelo de atenção predominantemente medicalizado, restringindo a utilização dessas outras abordagens.

Contraditoriamente, a partir da década de 1960, sobretudo com o crescimento do movimento denominado “contracultura”, de rejeição ao modo de viver estabelecido e na busca por um estilo de vida próximo ao mundo natural, de importação de modelos terapêuticos como das medecinas tradicionais orientais, chinesa e ayurveda e, dos questionamentos sobre a excessiva medicalização, houve um ressurgimento do interesse pelas terapias populares e o debate se intensificou entre os métodos menos invasivos e mais próximos da natureza em contraponto aos métodos mais invasivos e tecnológicos, ou seja, uma disputa das medecinas com práticas ortodoxas x medecinas com práticas populares e alternativas (Luz, 2013).

Esse movimento ganhou força na década de 1970, quando a OMS passou a reconhecer a importância dessas práticas, promovendo programas de incentivos para formulação e implementação dessas políticas tanto nos sistemas de atenção à saúde, como para o desenvolvimento de estudos científicos. Nos anos 1980, surgiu a proposta da medicina complementar, de levar para dentro da medicina convencional algumas práticas não convencionais, permitindo que, de forma estratégica, o conceito de Medicina Complementar começasse a se consolidar. Naquele momento, foi a possibilidade de “existir” dentro de um campo forte e excludente, propondo a integração de abordagens não convencionais à medicina ocidental.

Esse avanço aconteceu no mesmo período de criação do SUS, entre 1986 e 1988, pois na 8ª Conferência Nacional de Saúde, já aparecia o desejo popular da inclusão de algumas práticas como a homeopatia e a acupuntura no SUS. Nos anos 2000, houve uma transição para o conceito de Medicina Integrativa, com foco na

inclusão e ampliação das abordagens terapêuticas, além de apontar para uma mudança profunda nos modos de atenção à saúde. Naquele momento, os governos observaram que essas práticas de cuidado já vinham sendo realizadas em sua maioria na rede privada e algumas, também na rede pública, porém, de forma restrita e descontinuada.

Dessa forma, foi criado um grupo de trabalho para realizar um diagnóstico nacional com o objetivo de mapear a realização das PICS no SUS e subsidiar a criação da política, no intuito de dar respostas às necessidades da população de incorporar essas práticas, que já vinham ocorrendo na prática, no país. A partir daí, novas iniciativas e decisões foram tomadas para incluir as PICS nos sistemas de saúde, inclusive a decisão política de levá-la adiante, mesmo sem investimento, sendo uma das poucas políticas aprovadas sem orçamento próprio, o que tem impactado negativamente, todos esses anos a sua implementação.

O processo de formulação da PNPIC foi influenciado e teve como base o trabalho de Madel Therezinha Luz (1939-2026), filósofa e socióloga brasileira, um dos principais nomes da Saúde Coletiva e principal referência na Sociologia da Saúde, a qual cunhou o conceito de “Racionalidades Médicas”. O conceito de racionalidades médicas propõe que diferentes sistemas de conhecimento na área da saúde, como: biomedicina, homeopatia, medicina tradicional chinesa, entre outros, possuem lógicas próprias de compreensão do corpo, de saúde, de doença, de cosmologia e, portanto, do cuidado.

A proposta da política prioriza a atenção básica para implantação das PICS, devido ao seu papel estratégico na promoção da saúde e na prevenção de doenças, mas podem ser implementadas em todos os âmbitos de atenção à saúde.

À vista disso, após um longo debate, a PNPIC foi instituída em 03 de maio de 2006, através da Portaria nº 971, fazendo parte oficialmente da saúde pública. Consolidando esse campo de conhecimento abrangente e de cuidado integral, como forma de alcançar uma cobertura universal e diversificada de saúde, contemplando a diversidade cultural e de saberes presentes no Brasil. Buscou, portanto, organizar e regulamentar as práticas que já vinham sendo utilizadas no país, mas que careciam de integração oficial ao SUS. Por conseguinte, ampliaram o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade

dos seus produtos, assim como, aumentou sua legitimidade junto à população brasileira (Brasil, 2006).

Segundo a OMS, essas práticas não substituem a medicina convencional, mas procuram dar respostas ao aumento da procura por medicinas alternativas nas sociedades ocidentais, diante da crise tanto sanitária quanto médica. O campo das PICS contempla a busca por outras racionalidades médicas que constituem formas diferentes da medicina convencional de compreender, diagnosticar e tratar doenças, pois cada um desses sistemas possui uma visão própria de saúde, doença e cura.

É racionalidade médica todo sistema médico complexo construído racional e empiricamente em cinco dimensões: uma morfologia humana, uma dinâmica vital, uma doutrina médica, um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico. Posteriormente, tornou-se evidente que uma sexta dimensão, a cosmologia, embasava todas as dimensões das diferentes racionalidades médicas, inclusive a medicina ocidental contemporânea (Luz e Barros, 2012, p.18-19).

Segundo Tesser et al. (2008), os sistemas médicos complexos se diferenciam das práticas biomédicas convencionais, pois além de possuir técnicas próprias sobre o processo saúde-doença, diagnóstico e terapêutica, o foco está no sujeito “desequilibrado” ou “desarmonizado”, com o objetivo do restabelecimento ou ampliação de sua saúde, e não na doença, com o objetivo de combater ou eliminá-las, valorizando os aspectos subjetivos, sociais e espirituais para além do físico.

No caso da biomedicina, a categoria central é a doença, patologia; no caso das medicinas vitalistas, a categoria central dos sistemas é saúde, equilíbrio (como sinônimo de harmonia vital). No primeiro caso, a medicina tende a se caracterizar como *ciência das doenças*, no segundo, a(s) medicina(s) se caracterizam como *arte de curar*, de restabelecimento e expansão da saúde, ou da vitalidade. É neste sentido que se pode afirmar que esses sistemas operam com distintos paradigmas, isto é, com diferentes lógicas de compreensão, interpretação e intervenção face ao processo biológico, e sociocultural conhecido como de saúde/adoecimento (Luz e Barros, 2012, p.33).

Para Luz (2007), essa diversidade de práticas e saberes deve ser respeitada e reconhecida, pois enriquece o campo da saúde ao oferecer alternativas que vão além da cura focada nos fármacos e no bisturi. A PNPIC atende, portanto, à demanda por estas práticas humanizadas e centradas na integralidade do indivíduo nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde, levando-

se em consideração a política inclusiva do SUS, além de garantir o direito de escolha terapêutica do usuário.

Como recursos terapêuticos na PNPIC, foram incluídos, até o momento, o total de 29 modalidades que se baseiam em conhecimentos tradicionais ou outras práticas terapêuticas, como: medicina tradicional chinesa (MTC): acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais; homeopatia; plantas medicinais e fitoterapia; termalismo social/crenoterapia e medicina antroposófica (Brasil, 2006; 2017; 2018).

A PNPIC vem crescendo de forma expressiva e tem alcançado resultados importantes de acordo com o Relatório de Monitoramento Nacional das PIC em saúde de julho de 2020, onde cerca de 77% dos municípios brasileiros, no ano de 2019, realizavam pelo menos uma modalidade de PIC. Porém, importante ressaltar que os resultados alcançados se dão mais pelo esforço dos profissionais e dos gestores empenhados na ampliação e estruturação destas práticas na rede de saúde pública, do que pelo incentivo governamental, tendo em vista, que não possui recursos próprios para sua implantação, gestão e ampliação (Brasil, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde,

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são abordagens terapêuticas que têm como objetivo prevenir agravos à saúde, a promoção e recuperação da saúde, enfatizando a escuta acolhedora, a construção de laços terapêuticos e a conexão entre ser humano, meio ambiente e sociedade. (Brasil, 2015)

Deste modo, a implementação da PNPIC nos serviços de saúde, contribui para outra visão sobre os sujeitos e a saúde e a melhoria e ampliação das diferentes abordagens, aumentando o leque de possibilidades de prevenção, promoção e cuidados dos usuários do SUS, visto que, nesta abordagem, o estímulo é pela utilização dos mecanismos naturais, ou seja, de recursos e métodos não biomédicos, com desenvolvimento de vínculo terapêutico e integração, incluindo o autocuidado. Portanto, elas buscam ampliar o tratamento e cuidado à saúde, considerando o indivíduo em sua totalidade, associando outras ações e serviços existentes neste processo saúde-doença-cura, garantindo a integralidade e o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS, sendo mais um passo no processo de implantação e concretização deste sistema para a população brasileira.

O tratamento proposto é do cuidado contínuo, integral e humanizado, sendo de responsabilidade tanto do profissional quanto do usuário, pois ambos possuem capacidade de ação, ou seja, são agentes e interdependentes. Desta forma, devem ir além do modelo biomédico, reestruturando o modelo de atenção, favorecendo o pluralismo em detrimento da exclusão, levando para dentro do SUS outros saberes e racionalidades de base tradicional ou contemporânea.

Além disso, a inserção das PICS nos serviços de saúde colabora para uma mudança paradigmática nos modos de atenção à saúde ao considerar o cuidado global e o sujeito como centro do cuidado, propor o estímulo à autonomia do usuário, no que se refere à relação saúde-doença, horizontalizar a relação profissional-usuário, em detrimento da relação verticalizada de subordinação sucedida na medicina convencional.

Esta crítica ao modelo biomédico tem promovido o redimensionamento dos modelos de atenção à saúde, abrindo espaços para novas abordagens que valorizam a complexidade da experiência humana no adoecimento, incluindo abordagens humanizadas no atendimento, a escuta acolhedora e o princípio da integralidade, que busca atender as necessidades individuais de forma mais completa e sensível.

Andrade (2010) em seu estudo sobre as práticas integrativas no SUS, diz que

tais visões provêm de racionalidades terapêuticas estranhas à medicina científica, mas reveladoras de potentes cosmologias, princípios filosóficos e eficácias terapêuticas e simbólicas, como encontrados na homeopatia, na acupuntura, no hatha yoga, para citar apenas alguns exemplos. É o próprio movimento da “alteridade dos cuidados” que manifesta a emergência e circulação de saberes terapêuticos provindos de um ethos não ocidental e não hegemônico. (Andrade, 2010, p.505-506)

Portanto, essa diversidade de práticas terapêuticas que têm origens, fundamentos e tradições próprias, difere da medicina convencional. Elas trazem valores filosóficos, simbólicos e formas de cura que se mostram eficazes em seus contextos, ou seja, em vez de um único ponto de vista, esses saberes terapêuticos promovem uma diversidade de abordagens que refletem outras formas de entender e tratar as pessoas, valorizando uma visão de mundo não hegemônica e abrangente.

Essas outras formas se aproximam das ciências humanas, ao ampliar nossas definições de saúde e doença, de corpo e das possibilidades de cuidado, considerando-o:

uma dimensão da cultura corporal, que constitui um campo de atuação e investigação em Educação Física; um fenômeno gerado historicamente e do qual emergem valores questionadores da sociedade como um todo, e sobre o qual são exercidas influências da estrutura social vigente; um momento privilegiado para a vivência de valores que podem contribuir para a mudança de ordem moral e cultura. (Luz, 2013, p.27)

Deste modo, as práticas corporais integrativas são parte deste vasto campo das PICS e, segundo Antunes (2019), não devem ser concebidas apenas como tecnologias inovadoras e sim, como potencial terapêutico capaz de promover transformação paradigmática profunda na forma de compreender o ser humano, a sociedade, o corpo, expandindo as concepções sobre o cuidado e a promoção da saúde.

Essa definição faz parte da primeira parte do conceito de práticas corporais integrativas elaborado por Antunes (2019), em que há a combinação de “ações de (auto)cuidado e responsabilidade social pela saúde”. A segunda parte diz respeito às suas técnicas, características, métodos e resultados. Por fim, a autora apresenta as possibilidades e complexidades que envolvem as práticas corporais integrativas, considerando as variadas dimensões e as possíveis ativações promovidas por elas.

Vale ressaltar que a utilização deste conceito faz parte de uma escolha ético-política, alinhada aos debates acadêmicos mais recentes, no contexto em que é preciso organizar os registros, a gestão e as abordagens teórico metodológica para a atuação no SUS, como discutido por Antunes, Tesser e Fraga (2025). Assim, as práticas corporais integrativas dizem respeito a um conjunto de manifestações culturais que enfocam a dimensão do corpo em movimento, por exemplo Yoga, Tai Chi Chuan, Tai Chi Pai Lin, Lian Gong, danças circulares etc., e foram definidas como:

propostas de cuidado e promoção de saúde que se fundamentam num paradigma integrativo de saúde; envolvem movimentos corporais que agrega técnicas de respiração, relaxamento, atitude mental, mobilidade em sequências rítmicas ou posturas de permanência, oriundos de diferentes tradições culturais; prezam pela introspecção e pela qualidade de presença; estimulam as pessoas a descobrirem os limites e potencialidades do corpo; sendo que os processos são individuais, mas reverberam na coletividade, na medida em que convidam para a construção de uma nova relação consigo, com os outros e com o universo, para o questionamento e o compartilhamento da vida e para a resignificação dos processos saúde-doença. (Antunes et al., 2023, p.07)

Na pesquisa realizada por Antunes (2019), de análise das experiências de usuárias/os com práticas corporais integrativas em unidades básicas de saúde potencializam os modos de lidar com os processos saúde-doença, na cidade de Florianópolis (SC), há uma listagem de benefícios terapêuticos variados em categorias distintas percebidas pelos praticantes. Segundo a autora, “as pessoas valorizaram impactos integrados nas dimensões físicas, emocionais, mentais, espirituais e energéticas, que se expressaram em mudanças de percepções e ações em nível individual e coletivo” (Antunes, 2019, p.380).

Nesse contexto, Luz (2007) assegura que as PICS ganham relevância, pois elas reconhecem a interdependência entre os fatores psíquicos e físicos no processo de recuperação. Em vez de focar exclusivamente nos sintomas físicos, as PICS integram técnicas e práticas que ajudam não só no alívio dos sintomas, mas no restabelecimento do equilíbrio de forma geral, valorizando a experiência subjetiva do usuário, como um componente essencial, ampliando o escopo da atenção em saúde, oferecendo modelos de cuidado mais inclusivos, eficazes e próximos das necessidades reais das pessoas.

Apesar dos avanços da PNPI e da aceitação crescente das PICS pela sociedade, sua implantação no SUS ainda é limitada e enfrenta desafios como: o financiamento limitado; a resistência de setores que defendem um modelo de atenção exclusivamente biomédico; carência de pesquisas; dificuldades no registro de informações; necessidade de formação qualificada de profissionais e incentivos institucionais.

A formação em PIC no Brasil é insuficiente e difusa, com limitações na oferta e na qualidade. Ela está concentrada em instituições de ensino privadas, principalmente em cursos de pós-graduação lato sensu. De modo geral, tende a reproduzir modelos de formação – com impacto na produção de cuidado – adequados à realidade da prática privada, que não atendem às necessidades da APS ou do SUS. Essa situação é reconhecida como um dos maiores desafios para a ampliação das PIC no SUS. (Tesser et al. 2018, p.180)

Para ampliar sua presença, é fundamental, portanto, investir em formação, educação permanente e financiamento, permitindo que essas práticas sejam incorporadas de maneira mais estruturada e eficaz no cuidado à saúde. Contudo, a despeito das dificuldades, ela apresenta um crescimento substancial e sua

consolidação demonstra um avanço significativo na busca por um sistema de saúde mais inclusivo, plural e focado na integralidade do cuidado.

A implantação de PICS é transversal e deve abranger toda a Rede de Atenção à Saúde, conforme a demanda e a organização dos serviços. Diante disso, alguns serviços possuem melhor aceitação devido às suas características de: multidisciplinaridade, transversalidade, longitudinalidade e proximidade com a vida do usuário, encontrando um ambiente ideal para sua implementação. Assim, os CECO são espaços privilegiados para conceder as PICS, pois possuem todas as características na perspectiva do cuidado integral, as quais contribuem de maneira abrangente para a melhoria da vida das pessoas.

Por conseguinte, a análise da PNPIC permite compreender o processo das PICS no Brasil, evidenciando tanto suas potencialidades quanto os desafios enfrentados para sua plena implementação no SUS. Esse estudo contribui para o debate sobre os modelos de atenção mais abrangentes, que consideram não apenas os avanços tecnológicos, mas também as tradições e saberes populares, promovendo um equilíbrio entre ciência, cultura e bem-estar.

As PIC concentram em si o importante e estratégico desafio de romper com o monopólio tecnológico da farmacoterapia no cuidado terapêutico da APS, excessivamente medicalizado e iatrogênico. Nesse sentido, elas podem ser consideradas uma rica fonte de recursos interpretativos e terapêuticos, capaz de diversificar as abordagens de muitos problemas trazidos pelos usuários aos profissionais da APS. (Tesser et al., 2018, p.183)

Na relação com a saúde mental, Tesser (2012) discute as “afinidades eletivas” entre Atenção Primária à Saúde, Atenção Psicossocial e PICS, demonstrando que apesar de suas diferenças e peculiaridades, elas convergem e se complementam em resposta ao modelo hegemônico e medicalizante, favorecendo sua articulação e integração.

Seus significados sócio-históricos, políticos e culturais possuem aspectos comuns e distintos. A sua relevância social, cultural, tecnológica (terapêutica, preventiva, promocional) e institucional apontam para sinergismo com construção de redes sócio-técnicas e práticas compartilhadas. Esses aspectos, em grande parte, não têm sido explorados pela Saúde Coletiva e pelo SUS, o que justifica a investigação de suas relações. (Tesser, 2012, p.338)

No texto, os autores apresentam como principais afinidades entre esses três campos: crítica ao modelo biomédico hegemônico com foco no usuário e nas relações sociais; uso de múltiplas abordagens terapêuticas; promoção da saúde, prevenção e cuidado integral e; caráter desmedicalizante. Ou seja, todos esses três campos, questionam, propõem, consideram e compartilham concepções semelhantes sobre cuidado, organização e relação com os usuários, enfatizando abordagens holísticas, dialógicas e participativas.

Apesar das semelhanças, eles apresentam obstáculos para ampliação e articulação no SUS, sendo necessários: investimentos em educação e formação profissional; apoio institucional e políticas públicas para que essas abordagens se consolidem; articulação entre esses serviços, formando-se redes de cuidado integradas e mudança cultural, ou seja, toda a sociedade precisa compreender e valorizar essas abordagens, superando a visão restrita de que apenas a biomedicina e as tecnologias duras são eficazes para tratar a saúde.

Dessa forma, segundo Tesser (2012), o reconhecimento dessas “afinidades eletivas” pela Saúde Coletiva, bem como pelos profissionais, gestores e usuários do SUS, fortalecem e melhoram o cuidado geral da saúde da população. Essas abordagens, se trabalhadas em conjunto, podem oferecer respostas mais completas ao sofrimento e adoecimento, especialmente na saúde mental. Assim, os CECO emergem como espaços privilegiados para a implementação das PICS e especialmente das práticas corporais integrativas no cuidado, favorecendo a promoção da saúde e a construção de redes de apoio.

Portanto, analisar experiências com práticas corporais integrativas é fundamental para compreender seus desafios, potencialidades e impacto na qualificação do cuidado em saúde mental.

3.5 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura empreendida para esta pesquisa, que teve como objetivo identificar estudos acadêmicos sobre as práticas corporais integrativas e os CECO da RAPS, confirmou essa carência de estudos diretamente relacionados à temática, como demonstrado abaixo.

As palavras-chave utilizadas foram: “práticas integrativas” e “centro de convivência” e “saúde mental”; sem filtro de período/data, ou seja, “a qualquer momento”; e documentos escritos em português. Foram utilizadas diferentes bases de dados acadêmicas, incluindo SciELO, Portal CAPES, PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Lilacs e Google Scholar, considerando a vasta quantidade de materiais acadêmicos disponíveis, a especificidade da temática e a dificuldade nas estratégias de filtrar e identificar os estudos pertinentes. A busca foi feita pela primeira vez em 13 de janeiro de 2025 e pela última vez em 17 de janeiro de 2025.

Deste modo, foram encontradas 265 referências, sendo que 06 delas não estavam disponíveis para leitura e 02 eram duplicadas, as quais foram removidas antes do peneiramento. Considerou-se, portanto, 257 referências como resultado inicial. Essas referências passaram pela leitura de títulos e resumos, resultando na exclusão de 254 referências que não estavam relacionadas ao tema. Foram identificadas 69 dissertações, 44 artigos, 41 teses, 39 publicações entre livros, anais e capítulos de livro, além de 54 trabalhos de conclusão de curso de graduação e 10 de residência.

Dentre as 254 referências que foram excluídas por não se enquadrarem no escopo da pesquisa, 162 abordavam temáticas distintas, como formação profissional, gravidez, envelhecimento, hipertensão, diabetes, população em situação de rua, biblioteconomia, tipologia, estudo arqueológico, processos de alta, HIV/Aids e decisões institucionais como Consuni. Outras 92 tratavam de serviços do SUS diferentes dos CECO da RAPS, como NASF, ESF, CAPS, UBS, PET-SAÚDE, Programa De Volta Para Casa e Centros de Convivência do Idoso.

Após esse processo de seleção, foram encontradas apenas duas referências relacionados à temática das práticas corporais integrativas em CECO da saúde mental. Uma é artigo recente, de 2023, da Revista Brasileira de Educação Física e Esporte de autoria de Laura Iumi Nobre Ota e Yara Maria de Carvalho sob título “Mapa, conceitos e travessia: as práticas integrativas e complementares em saúde no Sistema Único de Saúde” e a outra, uma dissertação da Unicamp de Fernanda Pastori do ano 2019 com título “A Prática de Yoga como dispositivo no cuidado em saúde: cartografando experiências na atenção básica”.

O artigo de Ota e Carvalho (2023) teve como propósito mapear os autores e obras utilizados como referência teórico-conceitual pelos profissionais das PICS no

CECO Parque Ibirapuera de São Paulo. Buscou-se compreender os processos de produção de conhecimento, experiências e práticas que compõem o processo formativo em saúde. Desta que esse processo não é estático, mas possuidor de uma dinâmica em constante construção, de formas variadas e através de diversos caminhos. Esse movimento contínuo se enriquece com múltiplas referências, possibilitando uma abordagem integrada, cheia de ressignificados e interdisciplinar na atuação do campo das PICS no cuidado em saúde.

A dissertação de Pastori (2019), tem por objetivo “acompanhar a experiência dos usuários no encontro com a prática de yoga em serviços de saúde” no município de Campinas – SP, sendo um deles o CECO Rosa dos Ventos. Utilizando a cartografia como referencial metodológico, a pesquisa identificou os impactos da prática de yoga concluindo que ela pode contribuir na ressignificação dos sintomas e das doenças, ajudar a integrar promoção, prevenção e tratamento em saúde, além de contribuir para a deselitização e desmistificação do yoga, tornando-o mais acessível dentro do SUS.

Desta maneira, apesar do grande volume de referências iniciais, a maioria tratava de outros temas que fugiam do escopo proposto ou abordavam serviços distintos dos CECO da RAPS. Por conseguinte, identificou-se apenas uma referência abordava as potencialidades e dificuldades das práticas corporais integrativas nos CECO, ainda assim, sob a perspectiva dos usuários e não dos profissionais, enfoque adotado na presente pesquisa, indicando a carência e necessidade de estudos nessa área, reforçando a necessidade de ampliar o conhecimento sobre o tema e fortalecer a rede de cuidados.

4 OBJETIVO

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar experiências com práticas corporais integrativas em CECO da Rede de Atenção Psicossocial da cidade de São Paulo.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as práticas corporais integrativas realizadas nos CECO;
- b) Compreender como as práticas corporais integrativas são desenvolvidas pelos profissionais dos CECO;
- c) Analisar os desafios e potencialidades da implementação de práticas corporais integrativas em CECO.

5 METODOLOGIA

A metodologia utilizada nesta pesquisa foi de abordagem qualitativa, que visa compreender e explorar a complexidade de fenômenos sociais, culturais e humanos. Tal abordagem permite atravessar o campo das humanidades, exigindo olhares diferentes para realidades complexas, valorizando a subjetividade dos sujeitos envolvidos, que jamais são apreendidas exclusivamente por meio de números e análises quantitativas.

De acordo com Minayo (2001), a pesquisa qualitativa explora as relações, processos e fenômenos, universos que não são quantificados, e sim compreendidos e explicados com base nas áreas de ciências sociais e educação em relação com a saúde. Nesse sentido, envolvem questões complexas das experiências humanas como interpretação, percepção e sentimentos, privilegiando a abordagem dialética, por ser a que melhor corresponde à apreensão da realidade em sua totalidade processual e histórica, já que o conhecimento é uma construção social.

Segundo a autora, a pesquisa qualitativa visa

compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais. (Minayo, 2006, p. 23)

Desta maneira, ao estender a compreensão deste campo além das fronteiras da tecnicidade da pesquisa social, mostra como é possível entender e ensinar a pesquisa como uma construção social e humana.

Sendo assim, a pesquisa qualitativa tem se expandido na área da saúde, e suas metodologias qualitativas são

entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (Minayo, 2006, p. 22-23)

Assim, com o objetivo de analisar como as práticas corporais integrativas são desenvolvidas nos CECO da cidade de São Paulo, utilizou-se a abordagem qualitativa para explorar as percepções, motivações e interações coletivas e individuais. O estudo

foi orientado a partir do ponto de vista dos atores sociais, neste caso, os profissionais que atuavam com práticas corporais integrativas, permitindo e aprofundando na realidade específica investigada.

Dessa forma, buscou-se compreender, em profundidade, as percepções e compreensões dos profissionais dos CECO sobre sua atuação com as práticas corporais integrativas nesses espaços. Para o alcance dos objetivos propostos, utilizaram-se como técnicas de produção de dados as entrevistas semiestruturadas e a observação participante.

Na utilização dessas técnicas, o processo investigativo exigiu empatia, sensibilidade, capacidade interpretativa e reflexiva, bem como habilidade de interação e flexibilidade metodológica, com ajustes que foram realizados de acordo com o desenvolvimento da pesquisa e as demandas do campo. Ressalta-se, ainda, que a pesquisadora não se isentou das informações produzidas, sendo compreendida como parte inerente ao processo de produção de conhecimento, em consonância com os pressupostos da pesquisa qualitativa.

A pesquisa caracterizou-se como de natureza exploratória, uma vez que abordou o tema das práticas corporais integrativas nos CECO da RAPS, fenômeno ainda pouco estudado e documentado no campo científico. Nesse sentido, o referido trabalho analisou como as práticas corporais integrativas são desenvolvidas nos CECO da cidade de São Paulo, contribuindo para a ampliação do conhecimento sobre o tema.

A escolha da cidade de São Paulo, como campo de pesquisa, deu-se por sua reconhecida relevância na promoção de saúde mental pública no país, por concentrar o maior número de CECO da RAPS por município, e principalmente, por apresentar a inclusão de práticas corporais integrativas em todos eles.

Inicialmente, foi realizado um levantamento preliminar a partir de dados públicos disponíveis no *site* da Prefeitura da cidade de São Paulo, com o objetivo de mapear os CECO existentes. Os dados consultados, com data de 21 de maio de 2024, indicavam a existência de 23 CECO, sendo: 07 na Região Norte, 06 na Região Sudeste, 05 na Região Sul, 03 na Região Leste e 02 na Região Oeste (Anexo B).

Nesse mesmo material, foi possível identificar as atividades desenvolvidas nos CECO, tais como: horta e jardinagem; manualidades (crochê, tricô, bordado etc.); oficinas de artes plásticas (desenho, pintura em tecido, tela, cerâmica etc.); terapia

comunitária integrativa; yoga e práticas vinculadas à MTC. A partir desse levantamento, verificou-se que todos os CECO ofereciam algum tipo de prática corporal integrativa (Anexo C).

A partir daí, foram inicialmente selecionados nove (09) CECO para compor a pesquisa, usando como critério a realização de ao menos duas práticas corporais integrativas, sendo yoga e alguma prática da MTC, tais como Tai Chi, Xiang Gong, Lian Gong, I Qi Gong ou outra, tendo em vista que estas constituem o objeto de estudo desta pesquisa.

Porém, ao iniciar os contatos com os CECO para organizar o trabalho de campo, verificou-se que os dados disponíveis no *site* da Prefeitura estavam desatualizados. Identificou-se que a realização das atividades nos CECO é dinâmica, variando conforme a disponibilidade de espaço físico, materiais, organização local e principalmente a disponibilidade de profissional. Por isso, foi necessário realizar uma atualização dos dados, a partir de um novo mapeamento.

Para este novo mapeamento, optou-se pela realização de contatos telefônicos, considerando a rapidez na obtenção das informações, em comparação com e-mails ou formulários, bem como a possibilidade de esclarecimento imediato de detalhes ou dúvidas. O primeiro contato teve início no dia 12 de junho de 2025. Contudo, constatou-se que apenas 05 CECO estavam com os números telefônicos corretos. Os demais, apresentavam a mensagem de número inexistente, situação atribuída a uma recente mudança no sistema telefônico da Prefeitura de São Paulo, e os números não foram atualizados no site.

Após várias tentativas de contato, obteve-se através de um dos CECO, uma lista atualizada com os telefones da maioria dos Centros, viabilizando a realização do novo mapeamento. Não foi possível contato com 03 CECO - dos 23 CECO existentes no município.

O novo mapeamento foi realizado no período de 12 de junho a 04 de julho de 2025, abrangendo, portanto, 20 CECO. O objetivo foi identificar quais práticas corporais integrativas eram realizadas em cada CECO, bem como a quantidade de profissionais responsáveis pela execução dessas práticas (Apêndice B).

Neste novo mapeamento, constatou-se que o critério de seleção inicial, que era de considerar apenas os CECO que “realizavam ao menos duas práticas corporais integrativas, sendo yoga e alguma prática da MTC”, não fazia sentido. Observou-se

que o yoga estava presente em praticamente todos os CECO consultados, diferentemente dos apenas 09 informados inicialmente no site oficial. Além disso, a quantidade de práticas corporais integrativas oferecidas em cada CECO era superior à expectativa inicial.

Desse modo, optou-se por incluir na pesquisa qualquer CECO que oferecesse pelo menos duas práticas corporais integrativas, independentemente de quais fossem considerando ainda a disponibilidade dos profissionais para participar do estudo.

No que se refere aos aspectos éticos, a Carta de Anuência do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo foi obtida em 21 de janeiro de 2025. Em seguida, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFG), pelo período de janeiro a março, sendo aprovado no mês de março. Posteriormente, o estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-SMS-SP), entre os meses de abril a junho, quando finalmente foi aprovado, após 06 meses de espera.

No mês de julho de 2025, a Secretaria Municipal de São Paulo informou, via e-mail, aos Coordenadores Regionais de Saúde acerca da realização da pesquisa e do início da coleta de dados. A partir dessa comunicação, aguardou-se o contato dos profissionais para o agendamento das entrevistas. Contudo, como não houve nenhum retorno espontâneo por parte dos possíveis participantes, no início do mês de agosto foram realizados contatos telefônicos com os CECO para articular diretamente o agendamento das entrevistas.

Mediante esses contatos, os profissionais que atuavam com práticas corporais integrativas nos CECO de São Paulo foram convidados a participar do estudo, sendo apresentados os objetivos e os procedimentos metodológicos da pesquisa. As entrevistas foram então agendadas, considerando a disponibilidade para participação e o atendimento aos seguintes critérios de inclusão:

- profissionais que atuavam diretamente e regularmente com práticas corporais integrativas nos CECO de São Paulo;
- profissionais que concordassem em participar da pesquisa, mediante assinatura do TCLE.

Foram excluídos os profissionais que:

- atuavam com PICS, mas que não atuam diretamente com práticas corporais integrativas nos CECO;

- aqueles que não se disponibilizassem a participar da pesquisa;
- profissionais que estavam afastados de suas funções no período da coleta de dados.

De acordo com estes critérios, fizeram parte do estudo 13 profissionais. As entrevistas foram semiestruturadas, que é uma das principais estratégias de investigação na pesquisa qualitativa, permitindo flexibilidade na condução das questões. Este tipo de entrevista permite, ainda, coletar dados qualitativos diretamente dos participantes, explorando suas experiências e perspectivas. O roteiro da entrevista semiestruturada foi construído a partir dos objetivos da investigação, mantendo-se, no entanto, flexível para que, na medida em que as respostas fossem surgindo, outros temas que emergiam pudessem ser incorporados ao processo investigativo (Minayo, 2006).

As entrevistas foram conduzidas individualmente, de forma remota, por meio de videoconferências, seguindo as orientações sobre ética em pesquisa em ambientes virtuais (CEP, 2020). Esse procedimento teve como intuito capturar informações sobre as experiências dos profissionais com as práticas corporais integrativas, suas motivações, os modos de organização das atividades, as potencialidades, os desafios enfrentados e as estratégias de superação, assim como ao final, foram solicitados recomendações para implementação de práticas corporais integrativas em CECO.

O formato semiestruturado permitiu que os entrevistados compartilhassem livremente suas experiências, mantendo, ao mesmo tempo, o foco nos objetivos da pesquisa. As entrevistas tiveram duração média entre 40 e 60 minutos respeitando a disponibilidade do profissional.

Em síntese, os procedimentos adotados foram:

1. Elaboração do roteiro de entrevistas semiestruturadas com perguntas abertas para explorar as motivações, métodos de organização, desafios e potencialidades percebidos pelos profissionais que realizavam as práticas corporais integrativas (Apêndice C);
2. Contato com os profissionais e agendamento das entrevistas que foram realizadas à distância;
3. Condução das entrevistas, com registro das respostas no aplicativo Google Meet, mediante consentimento, para posterior transcrição.

As entrevistas foram realizadas entre os dias 10 e 25 de setembro de 2025. Foram gravadas por meio da plataforma Google Meet e posteriormente transcritas com o auxílio do aplicativo Tactiq.io. Ao final das entrevistas, foi possível apresentar aos profissionais a intenção de realização de observações presenciais, o que facilitou o agendamento e a organização dessa próxima etapa.

Ainda na fase de produção de dados, como instrumento de pesquisa, utilizou-se a observação participante, não em sua “participação plena”, mas pelo “distanciamento total de participação”, priorizando a observação das atividades de práticas corporais integrativas nos CECO pesquisados.

A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real (Minayo, 2001, p.59-60)

Nesse momento, realizou-se uma viagem à cidade de São Paulo por um período de uma semana, com o objetivo de realizar a observação presencial. A pesquisadora atuou como observadora participante, estratégia que correspondeu “a uma estratégia complementar às entrevistas, sendo que essa observação se dá de forma rápida e superficial” (Minayo, 2001, p.60), servindo como complemento para compreender, de forma geral, as práticas, interações e as nuances desse fenômeno.

As observações foram realizadas em 04 CECO, de acordo com os seguintes critérios de seleção: estar incluído na primeira seleção dos 09 CECO aprovada pelo CEP; aceite do profissional em receber a visita; e compatibilidade de horários entre o profissional e a pesquisadora.

As observações tiveram como objetivo registrar as práticas realizadas pelo profissional em ação durante as atividades de práticas corporais integrativas nos CECO, observando aspectos de organização, metodologia, interação com o grupo e estratégias utilizadas, conforme roteiro previamente estabelecido (Apêndice D).

A dinâmica das práticas observadas foi registrada em diário de campo.

O diário de campo é pessoal e intransferível. Sobre ele o pesquisador se debruça no intuito de construir detalhes que no seu somatório vai congregando os diferentes momentos da pesquisa. Demanda um uso sistemático que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final da investigação. Quanto mais rico for em anotações esse diário, maior será o

auxílio que oferecerá à descrição e à análise do objeto estudado. (Minayo, 2001, p.63-64)

Durante a execução da pesquisa, tanto nas entrevistas à distância, quanto nas observações presenciais, considerou-se riscos mínimos, relacionados à possibilidade de constrangimento, presença de questões sensíveis de condições socioeconômicas, desconforto e/ou cansaço. Para amenizar tais riscos e garantir o bem-estar dos participantes, garantiu-se: o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); o sigilo das informações coletadas, com armazenamento em locais seguros; o anonimato dos dados dos participantes; a liberdade para não responder a determinadas questões, caso se sentissem desconfortáveis; e o planejamento de horários convenientes aos participantes. As entrevistas e observações foram conduzidas de forma ética, respeitosa e empática, seguindo as diretrizes do CEP, além do respeito aos limites emocionais dos participantes.

Posteriormente, a transcrição dos dados produzidos através das entrevistas em áudios gravados com consentimento, e as anotações em diários de campo provenientes das observações, foram submetidos à técnica de Análise de conteúdo, que é frequentemente utilizada em pesquisas qualitativas no campo da saúde para examinar padrões na busca do sentido ou dos sentidos de um tema.

Para Bardin (2011), a Análise de conteúdo é um conjunto de ferramentas de análise concebidas para descrever discursos e apontar indicadores que oferecem dados tangíveis que possibilitam inferências sobre o conhecimento relacionado às condições de produção e/ou recepção. Essas inferências são valiosas para avaliar o desempenho, identificar áreas de melhoria e orientar decisões estratégicas nos contextos de produção ou recepção de produtos, serviços ou informações. Essa abordagem permitiu a categorização dos dados qualitativos, a partir de temáticas recorrentes que foram surgindo nas falas dos entrevistados e no diário de campo.

São três etapas a serem seguidas pela proposta de Bardin (2011) para a aplicação da Análise de conteúdo, sendo elas: pré-análise (fase de organização e preparação do material); exploração do material (codificação) e interpretação dos resultados (compreensão). Assim, a análise seguiu este processo de examinação sistemática, em que as informações foram organizadas em categorias para identificar padrões, temas e significados, de modo a compreender como as práticas corporais

integrativas são desenvolvidas, os desafios e potencialidades nos CECO da cidade de São Paulo.

De forma sintética, as etapas foram:

1. Pré-análise: transcrição das entrevistas e organização do material junto ao diário de campo;
2. Exploração do material: realização de leitura minuciosa do material e codificação dos dados, resultando em descrição geral dos dados e definição de duas categorias de análise;
3. Interpretação dos resultados: apresentação das categorias, buscando análises quanto aos objetivos da pesquisa e relacionando-os junto às referências teóricas que fundamentaram a pesquisa e posicionamento da pesquisadora.

Dessa forma, por meio dessa abordagem metodológica avançou-se em direção à análise de como as práticas corporais integrativas são desenvolvidas nos CECO. A seguir será apresentada uma descrição densa dos dados, seguida pela sistematização da análise em duas categorias: “Impactos da terceirização na organização do trabalho e na continuidade das práticas corporais integrativas nos CECO” e “A heterogeneidade como princípio estruturante dos CECO”, as quais remetem aos objetivos da pesquisa, dando ênfase aos desafios e às potencialidades das práticas corporais integrativas nos CECO.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa passou por todo procedimento burocrático de análise e aprovação, sendo encaminhada, primeiramente, para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Goiás (CEP/UFG), entre os meses de janeiro a março. Após aprovação, foi encaminhada para o Comitê de Ética em Pesquisa com da Secretaria Municipal de São Paulo (CEP/SMS/SP), em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Resolução CNS nº 466/12, que regulamenta pesquisas envolvendo participantes humanos (Brasil, 2012).

Entre os potenciais inconvenientes e as medidas preventivas identificadas, ressaltamos: a possibilidade de desconforto ou constrangimento decorrentes de questões abordadas durante a entrevista semiestruturada e da presença da pesquisadora durante as observações presenciais das atividades. Para minimizar tais situações, foi realizada uma explicação detalhada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os profissionais entrevistados da pesquisa, sendo assegurado a interrupção da participação a qualquer momento, caso sentisse necessidade (Apêndice E).

As respostas foram mantidas em sigilo durante todas as etapas da pesquisa, bem como na divulgação dos resultados, garantindo assim, o anonimato dos participantes. Para preservar a identidade dos CECO, adotamos letras de (A a T), enquanto para os participantes utilizamos números (P.01 a P.13).

Os dados produzidos, transcritos e analisados foram utilizados exclusivamente para a elaboração desta pesquisa e serão armazenados em ambiente seguro e destruídos após um período de cinco anos, conforme as normas éticas de pesquisa. Uma cópia digital em HD externo e as cópias físicas do material ficarão em armário chaveado localizado no LabPhysis sediado na FEFD/UFG. Os resultados do estudo poderão ser utilizados futuramente para fins acadêmicos e científicos relacionados ao tema.

Os benefícios decorrentes desta pesquisa são de interesse público, pois contribuem para avanços que vão além da esfera acadêmica, beneficiando diretamente o Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecendo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

7 DESCRIÇÃO DOS DADOS

7.1 ENTREVISTAS

7.1.1 Identificação dos profissionais entrevistados

A pesquisa contou com a participação de 13 profissionais que atuam em 06 CECO do município de São Paulo. Os profissionais foram identificados de P.01 a P.13 e os CECO pelas letras A, B, C, D, E e F.

O quadro abaixo apresenta uma síntese dos dados de identificação dos profissionais entrevistados, quanto a gênero, raça, idade, profissão, CECO em que trabalham e vínculo com o serviço, além das práticas corporais integrativas em que atuam.

Quadro 01: Dados de identificação dos profissionais entrevistados na pesquisa.

Cód	Gênero	Raça	Faixa Etária	CECO	Formação	Vínculo	Práticas Corporais Integrativas
P.01	Mulher	Branca	40-50	A	Enfermeira	Efetivo	- Lian Gong - Tai Chi Pai Lin - Yoga - Dança Circular
P.02	Mulher	Branca	40-50	A	Técnica Enfermagem	Efetivo	- Lian Gong - Dança Circular
P.03	Mulher	Parda	50-60	E	Psicóloga	Efetivo	- Yoga
P.04	Mulher	Parda	60-70	E	Técnica Enfermagem	Efetivo	- Tai Chi Pai Lin - Dança Circular
P.05	Mulher	Preta	40-50	B	Auxiliar de saúde bucal	Efetivo	- Xiang Gong - Tai Chi Pai Lin
P.06	Mulher	Branca	60-70	C	Fonoaudióloga	Efetivo	- Tai Chi Pai Lin
P.07	Mulher	Amarela	40-50	C	Psicóloga	Efetivo	- Dança Circular
P.08	Mulher	Amarela	40-50	C	Artes Visuais	Efetivo	- Dança Circular
P.09	Mulher	Branca	60-70	E	Terapeuta Ocupacional	Efetivo	- Lian Gong - Tai Chi Pai Lin - Dança Circular
P.10	Homem	Branca	40-50	D	Psicólogo	Efetivo	- Dança Circular
P.11	Mulher	Branca	60-70	E	Psicóloga	Efetivo	- Tai Chi Pai Lin
P.12	Mulher	Preta	60-70	A	Auxiliar de Enfermagem	Efetivo	- Lian Gong - Meditação - Dança Circular
P.13	Mulher	Branca	60-70	F	Fisioterapeuta	Efetivo	- Tai Chi Pai Lin - Yoga - Meditação - Lian Gong

Fonte: Autoria própria

Os dados referentes à identificação dos profissionais indicam que a maioria dos participantes é composta por mulheres, sendo elas doze e apenas um profissional homem, evidenciando a predominância feminina na condução das práticas corporais integrativas e dos serviços e cuidados em saúde de forma geral. No que se refere à autodeclaração racial, a maioria são profissionais brancos, seguidos por profissionais pardos, pretos e amarelos, revelando uma certa diversidade racial.

Em relação à faixa etária, os entrevistados possuem entre 40 e 70 anos, com maior presença de profissionais nas faixas de 40 a 50 anos e 60 a 70 anos, inclusive alguns deles fizeram parte da implantação das PICS no SUS.

Quanto à formação profissional, observa-se uma composição multiprofissional, com presença de psicólogos (04), auxiliares de enfermagem (03), enfermeira (01), técnicas e fisioterapeuta (01), terapeuta ocupacional (01), fonoaudióloga (01), profissional de artes visuais (01) e uma auxiliar de saúde bucal (01), todos possuem vínculo efetivo fazendo parte da Secretaria Municipal de Saúde.

No que se refere às capacitações, todos os profissionais entrevistados relataram possuir formação específica em ao menos uma das práticas corporais integrativas, como: Dança Circular (08), Tai Chi Pai Lin (07), Lian Gong (05), Yoga (03), Meditação (02) e Xiang Gong (01).

Esse conjunto de dados evidencia que as práticas corporais integrativas nos CECO são desenvolvidas por profissionais efetivos, quase na totalidade mulheres, maioria brancas, com diferentes trajetórias, pertencentes a distintas áreas do conhecimento, com capacitação em práticas corporais integrativas específicas e com ampla experiência no serviço público.

7.1.2 Percurso profissional das pessoas que trabalham com as práticas corporais integrativas no CECO

Com o objetivo de compreender o percurso profissional dos sujeitos da pesquisa para atuar com as práticas corporais integrativas nos CECO, iniciamos as entrevistas perguntando o que os levou a trabalhar com essas práticas. Buscamos identificar se esses profissionais já possuíam experiências prévias com alguma prática, ou se a aproximação ocorreu somente a partir da atuação no próprio serviço,

levando-os a procurar por capacitação. Investigamos também se essas capacitações foram realizadas por meio de cursos particulares ou oferecidos pela própria prefeitura.

A maioria dos profissionais entrevistados (P.01, P.02, P.04, P.10 e P.12) relatou que nunca havia ouvido falar das práticas corporais integrativas antes de ingressar no CECO. Ou seja, entraram no serviço sem formação ou experiência prévia em PICS e práticas corporais integrativas e foi somente a partir da entrada no serviço que tomaram conhecimento. Perceberam, através das oficinas que já aconteciam nos CECO, a potência dessas práticas, surgindo a motivação e a necessidade, para então, realizarem as capacitações e, posteriormente iniciarem suas atuações nesta área.

Eu fui para o CECCO sem saber o que era o CECCO e ali já aconteciam algumas PICS. E aí eu me interessei então eu comecei participar das oficinas, né de algumas PICS. E aí à medida que foi saindo as capacitações que a prefeitura ofertava fui fazendo. (P.01)

Então foi minha vinda aqui para o CECCO. Aí eu acabei vindo para cá, conheci as práticas, né? E aí a prefeitura disponibiliza o curso para aqueles que têm interesse. Não tinha experiência antes, fiz o curso para poder tá trabalhando no CECCO. (P.02)

Fui transferida de uma outra unidade eu trabalhava na UBS. Eu escolhi essa vaga no CECCO eu nem conhecia muito bem. Eu fiquei conhecendo e me interessei bastante vi que tinha o meu perfil, gostei muito da proposta. E aí eu resolvi fazer cursos, né. E me apaixonei pelas práticas. Não tinha nenhum conhecimento quando eu cheguei lá só entendia muito bem da parte de enfermagem. (P.04)

Olha foi a primeira oficina que eu comecei aqui no CECCO, eu cheguei no primeiro dia. A gente tinha voltado do almoço, eu comecei a conversar com ela alguns minutos. Aí deu duas da tarde. Ela falou não, pera aí tá começando a dançar. Vem aqui vem dançar vem conhecer. E aí foi minha porta de entrada no CECCO assim, eu já amei já gostei demais. (P.10)

Eu trabalhava no posto de saúde, né? Quando veio a pandemia aí eles perguntaram se eu queria ir pro CECCO pela idade, aí eu aceitei. As práticas já existiam aqui, a gente foi participando junto, depois eu fui encaminhada para fazer as coisas para eu poder ficar com os usuários. (P.12)

Uma parcela dos entrevistados (P.03, P.06, P.07 e P.09) já conhecia as práticas corporais integrativas, por experiências anteriores nas Unidades Básicas de Saúde, seja por já existirem PICS na unidade em que atuavam, seja pelo contato com algum CECO devido ao trabalho em rede e à participação conjunta em eventos. Para eles, o CECO ampliou e aprofundou a bagagem que já possuíam.

Eu tinha interesse, né? Eu conhecia. Fiquei 19 anos e pouco numa UBS, mas eu tinha muito contato com o CECCO porque a gente trabalhava em rede

parceria, então conhecia o trabalho e aí de vez em quando tinha algum evento, alguma coisa a gente fazia algumas das práticas. E não tinha yoga até eu começar a fazer a prática aqui. Então, eu conhecia, gostava, mas não tinha formação de yoga. (P.03)

Me interessei porque incluía exercícios de respiração e eu como fonoaudióloga, cuidados com a voz, a respiração falei acho que pode ser interessante para fono. Quando eu fui fazer o curso, eu descobri que era uma preciosidade, né as práticas corporais e praticar para mim mesma. (P.06)

Eu passei a maior parte da minha carreira dentro da prefeitura trabalhando em UBS. Eu vim para o CECCO vai fazer 4 anos no fim desse ano, só que na UBS que eu trabalhava já tinham várias práticas integrativas. (P.07)

A nossa formação foi toda oferecida pela prefeitura mesmo pela Secretaria Municipal da Saúde. Eu entrei em 91. Nessa época eu tava em UBS. Eu não tava em CECCO. (P.09)

Outro grupo (P.05, P.8 e P.13) também já conhecia as PICS antes de ingressar no CECO, possuíam afinidade, porém, embora gostassem e soubessem dos benefícios dessas práticas, não as realizavam e não possuíam formação. Sendo no CECO que tiveram maior aproximação, realizaram as capacitações e passaram a trabalhar com as práticas.

Eu fui agente Comunitária durante um período bem lá atrás, então eu já conhecia. (P.05)

Antes de chegar aqui no CECCO, eu tô pensando aqui também desde né mais nova assim de adolescente. Eu sempre gostei dessas coisas mais holística, sabe de entender humano como um todo. Eu entendi é que fazia um benefício que trazia um benefício para saúde tanto mental, quanto física. Eu sempre acreditei que era muito importante, né para as pessoas enfim não que eu pratique. (P.08)

Ao longo da minha vida, eu fui me apaixonando um pouco pelas práticas que tinha na verdade tinha do lado do posto de saúde que eu trabalhava, trabalhava em UBS, eu fui convivendo no CECCO. Depois que eu entrei efetivamente no CECCO, eu comecei a pesquisar e fazer hoje, eu tenho formação. (P.13)

Apenas um dos profissionais entrevistados (P.11) possuía conhecimento e experiência prévia com dança, tinha formação no método Laban. Mas somente após ingressar no SUS, teve contato com a dança circular e pôde aprimorar sua atuação e realizar novas capacitações para qualificar-se e atuar nesta área.

Antes de vir para o CECCO tal eu sempre gostei de dança, gostei de movimentos tal, mas geralmente ligado a dança não ginástica. Eu fiz essa formação eu já tinha feito outras coisas, né nas oficinas culturais tal, a gente trabalhava dança, mas de uma forma mais integrada ao corpo, né vendo

várias possibilidades e que você poderia aplicar em qualquer pessoa, né? Então você trabalha de uma forma bem ampla, né? E quando eu fui fazer eu fui fazer por mim eu trabalhava numa empresa, aí eu comecei fazer essa formação. (P.11)

A maior parte dos entrevistados trabalhava anteriormente em UBS. Com a terceirização dessas unidades, preferiram optar por outro serviço da rede e, nesse contexto, passaram a atuar nos CECO, que até o momento, permanecem sob Administração Direta. Ao chegarem, as PICS já estavam implantadas e, a partir disso, puderam realizar as capacitações à medida que foram sendo oferecidas pela Secretaria Municipal de Saúde com diversos parceiros como é o caso da Associação Pai Lin e da Associação Oásis que ofereciam diversos cursos aos profissionais.

Dentre os profissionais entrevistados, um deles fez parte da implantação das PICS nos serviços de saúde na década de 1990.

Eu tenho a formação nas práticas integrativas do Tai Chi Pai Lin. Teve um curso de formação de monitores isso iniciou na década de 90 (1992). E aí o SUS abriu essa possibilidade na Secretaria Municipal de Saúde aqui de São Paulo para formação de monitores da prática do Tai Chi Pai Lin. E aí eu me interessei e fiz o curso eu sou da primeira turma de monitores da rede aqui de São Paulo. Eu tenho mais de 30 anos de formação e nunca mais parei, então desde 1992, eu fiz o curso de formação na rede e a gente tem os grupos aí dentro dos serviços de saúde. (P.06)

No que se refere às capacitações, todos os entrevistados (P.01 a P.13) realizaram alguma das capacitações formais oferecidas pela prefeitura, inclusive o (P.11) que já possuía experiência prévia com dança.

Uma das oficinas era o Tai Chi Pai Lin, e para mim era uma coisa muito nova, porque eu sou mais agitada, mas né assim acalmar a mente aquietar o coração deixar os pensamentos passar não era assim, muito fácil então eu sempre me preparava muito tudo, né? E foi indo até que veio uma possibilidade de fazer o curso. Teve o curso, depois teve um outro uma tivemos algumas supervisões. Depois teve mais uma oportunidade de curso assim, aí eu fui dar uma atualizada. (P.11)

Os cursos foram estruturados com ofertas (anuais, semestrais ou mensais) e contaram com supervisão. As modalidades oferecidas de práticas corporais integrativas foram variadas, como yoga, dança circular, Tai Chi Pai Lin, Qing Gong, Lian Gong, meditação etc.

A grande maioria (P.01, P.02, P.03, P.04, P.05, P.06, P.07, P.09, P.10, P.11, P.12 e P.13) participou das capacitações oferecidas pela Secretaria Municipal de

Saúde juntamente com alguma instituição parceira, enquanto apenas uma profissional (P.08) realizou sua capacitação em dança circular pela Secretaria Municipal do Verde e do Meio Ambiente, por meio da Universidade Aberta do Meio Ambiente e Cultura de Paz (UMAPAZ), relatando que essa foi um pouco mais curta, com menos horas e menos danças que a oferecida pela SMS. Estes cursos foram apontados como fundamentais e decisivos para que as práticas corporais integrativas fossem desenvolvidas nos CECO por estes profissionais.

7.1.3 Como as práticas corporais integrativas são organizadas e planejadas nos CECO

Buscamos compreender como as práticas corporais integrativas são organizadas e planejadas nos CECO. Observou-se que alguns serviços realizam reuniões de equipe semanais, quinzenais ou mensais, nas quais o planejamento das atividades é discutido coletivamente, como relatado por alguns dos entrevistados:

A gente tem reuniões de equipe mês, mas aí a gente achou que era pouca. Então a gente vai começar a fazer duas vezes por mês. (P.03)

A gente faz reunião, né? A gente conversa direitinho para ver o lugar melhor na unidade que vai fazer atividade. (P.12)

Nós temos um planejamento em grupo. Toda segunda-feira temos uma reunião, que chamamos de reunião técnica, o que acontece essa reunião é discutido o trabalho da semana ou alguma alteração que possa haver das nossas planilhas de atendimento. Então é bem-organizado, o nosso o nosso trabalho é uma estrutura já quando eu cheguei já tinha essa estrutura e eu achei interessante porque eu trabalhei em outros locais que não tinha isso, né? Então tudo é decidido em equipe. E então é um trabalho contínuo. (P.13)

Entretanto, em alguns CECO não há planejamento coletivo estruturado; nesses casos, o profissional é responsável por organizar seu próprio planejamento, individualmente ou com sua dupla:

Nos organizamos em dupla, eu e minha colega. A gente se organiza assim reuniões, né? A gente programa os horários das atividades os dias que elas vão ocorrer e geralmente as que a gente pratica de manhã tanto eu como ela tenho capacitação. A gente aplica junto as práticas, se uma não vem ou falta aí não tem problema a gente toca sozinha, mas geralmente a gente faz em dupla a gente se organiza. (P.02)

Eu tenho autonomia, mas às vezes tem algumas trocas com outros colegas a gente troca porque eu tenho uma outra colega que também faz uma oficina

e dentro da oficina ela também faz uma parte de dança circular, né a minha não é específica de dança circular. (P.04)

Cada funcionário, cada monitor se organiza dentro da sua agenda: que espaço vai usar, qual horário é melhor. Cada um planeja de acordo com a sua disponibilidade de horário local e aí os grupos acontecem. (P.06)

Nosso planejamento, conforme a nossas possibilidades de formação e necessidade. E analisando sempre o foco se aquilo é algo benéfico e como a gente pode melhorar ampliar é como a gente melhora, né a qualifica as nossas oficinas e que eles realmente têm um benefício, então sempre a gente tem esse planejamento dentro do que as nossas possibilidades. (P.11)

Em uma das entrevistas, foi destacado que, devido ao fato de a equipe ser pequena e coesa, o planejamento ocorre de maneira cotidiana, geralmente na própria sala da equipe:

Essas conversas são diárias tudo que a gente planeja implementa tudo que acontece. Então é esse grupo da sala que tá sempre junto e tão tudo acaba sendo planejado organizado por nós em conjunto. É uma equipe bem pequena mesmo, é uma equipe que é muito coesa e muito parceira, a gente sempre consegue se apoiar. (P.03)

Essa organização leva em conta os recursos disponíveis, os espaços, o número de funcionários, as necessidades e as possibilidades de capacitação:

Na hora que a gente como que a gente planeja a gente planejar pelos Recursos que a gente tem, pelo número de funcionários, espaços, do funcionário, da capacitação que esse funcionário tem, do curso, quem tem interesse, tem que ter interesse. (P.11)

As atividades acontecem, na maioria dos CECO, uma ou duas vezes por semana, com duração de uma hora a uma hora e meia:

Eu trabalho com três práticas, faço por exemplo duas vezes na semana Lian gong posterior, então eu faço eu tenho um grupo de terça até sexta-feira, eu tenho um grupo só de segunda que eu não faço mais a dança só quando eu cobro as meninas, mas eu faço. (P.01)

Eu tenho a formação só no Tai Chi uma vez por semana. Nossa oficina que acontece de quarta-feira é um grupo de uma hora e meia das 9 às 10:30 da manhã e a gente faz toda semana nossa oficina aqui. (P.06)

Aqui todos os dias têm oficina todos os dias segunda a sexta o horário é das 8 horas às 5 horas todos os dias têm de manhã e de tarde tem todos os dias. (P.13)

Em um dos CECO, identificamos uma organização diferenciada, com revezamento entre atividades de manhã e à tarde. As práticas ocorrem duas vezes por semana e se alternam semanalmente: em uma semana, dança circular pela manhã e yoga à tarde; na semana seguinte, dança circular à tarde e yoga pela manhã. O objetivo é possibilitar que os usuários experimentem ambas as práticas e despertem interesse por novas atividades, evitando que participem sempre da mesma. Essa estratégia surgiu de uma necessidade interna do serviço, a iniciativa foi bem recebida e acabou se consolidando como regra, conforme relatado:

É isso práticas corporais, é isso? Não são duas vezes na semana segunda tarde quinta de manhã. Normalmente a gente reveza então, uma semana tem dança circular uma semana tem yoga e de manhã. Que vai ser uma experiência assim, né que tem a ver com a história do interesse de estar começando. Começou da necessidade. Porque o Tai Chi estava com problema, então vamos fazer uma combinação. E aí a gente vai ver. (P.03)

Muitos CECO possuem fixado na unidade um quadro semanal de atividades, com a programação de segunda a sexta-feira. Alguns também divulgam essa programação em suas redes sociais, quando as possuem:

A gente tem o quadro de atividades de segunda a sexta-feira (P.01)

As atividades são marcadinhas; segunda-feira tem a dança circular, então eles já sabem o que é cada atividade. (P.12)

Nós temos uma organização, nós temos um calendário que eu posso fornecer para você, nós temos a grade de atividades. (P.13)

Na maior parte dos serviços, as práticas corporais integrativas ocorrem no turno da manhã, conforme relatado:

A gente aconselha fazer mais de manhã as práticas, né? São mais bem-vindas, o ar mais puro da manhã. (P.06)

Contudo, alguns CECO também oferecem atividades no período vespertino, embora em menor quantidade, para atender aos usuários que não conseguem participar pela manhã.

Os grupos, em geral, são estruturados a partir dos cursos de capacitação realizados pelos profissionais:

Os grupos eles vão formando conforme assim, a gente vai aprendendo coisas novas e a gente também quer fazer coisas novas. A gente vai querer não mudar um pouco, né? Então aí surgiu a terapia comunitária integrativa. A danças as danças circulares, né? Então a gente vai trazendo essas formações que a gente vai fazendo durante a nossa vida profissional, a gente vai trazendo e vai formando grupos novos. (P.09)

No que se refere às necessidades dos usuários, o aspecto que mais se destacou foi a importância da adaptação. Embora exista um planejamento prévio das atividades, muitas vezes o desenvolvimento da atividade segue outro rumo, exigindo ajustes de acordo com as demandas do grupo:

A gente vai adaptando conforme a necessidade de cada pessoa aqueles que tem mais dificuldade em andar que não pode ficar é a gente coloca sentado. (P.02)

Eu quando vou dar meu grupo, eu vou com três aulas, né? Porque uma é se eu chegar lá e tiver pouca gente outra se eu tiver muito espaço, né? Você tem muita gente o espaço. Já fica difícil de movimento então, eu já tenho que ter outra. Você vai ter que adaptar aquilo. (P.03)

O nosso o nosso público-alvo no CECCO é a saúde mental, então tem vários pacientes com transtornos, e pessoas idosas com Alzheimer e população em geral também. Eu vou adaptando e eu também não exijo muito. (P.04)

E que eu vou adaptar também tudo para que eles possam participar. Então faço com este é diferente mesmo sendo a atividade corporal. Tudo é bem-vindo, pensando na condição do grupo (...) você vai avaliando isso, né? E você não der certo falou, olha não deu certo não gostou vamos pensar numa outra coisa, né? Essa coisa mais flexível acolhedora. Vai adaptando, né? Não dá para ser aquela dança circular tradicional aquela coreografia. É procurar trabalhar sua capacidade de improvisar. (P.09)

É pertinente mencionar que, durante as capacitações de algumas práticas específicas, o formador destaca a importância da precisão dos movimentos, entretanto, no contexto dos CECO, é fundamental respeitar as dificuldades e os limites de cada um, bem como suas potencialidades:

O formador fala da perfeição dos movimentos, mas aqui no CECCO a gente adapta isso porque as pessoas né? Porque os usuários cada um tem o seu nível de dificuldade mesmo. A gente não cobra essa perfeição aqui. (P.05)

De modo geral, os grupos são bastante heterogêneos. Embora os usuários da saúde mental sejam o público principal, em todos os CECO, a participação dos idosos é bastante expressiva:

E no CECCO especificamente essa coisa da convivência é de uma riqueza muito grande aí em qualquer faixa etária, a gente tem aqui grupo, desde os bebês, até os idosos a gente tem grupos em diferentes faixas etárias e a gente vê esses benefícios. (P.06)

Tem bastante idosos. Eu acho que muitos vêm pela questão do movimento, né procurando uma prática física assim, né corporal e principalmente os que não estão dentro da rede de saúde mental propriamente, começam a frequentar como uma atividade física mesmo. (P.07)

Depende muito do grupo, né? Que a gente recebe bastante idosos também aqui e faço algumas danças. É um bairro de muitos idosos, nós temos é um bairro também que tem muito japoneses, então eles aderem muito essas práticas. (P.11)

Participam também pessoas da comunidade em geral e, ocasionalmente, indivíduos com necessidades específicas, como pessoas com Alzheimer, sequelas de AVC, autismo, deficiência física ou que fazem uso de cadeira de rodas. Dessa forma, as adaptações tornam-se inevitáveis para garantir que todos possam se beneficiar da atividade. Como exemplificado por um profissional:

Eu tenho que improvisar por exemplo colocar ela perto de alguém que tem mais estabilidade está mais saudável. Mesmo que não seja um profissional. De uma delas e não é só essa dificuldade. (P.10)

Outra fala ilustra a maneira como essas adaptações são construídas no cotidiano:

Algumas formas diferentes... por exemplo, pedi para o grupo todo ficar no lugar e mover o corpo, indo para a direita e para a esquerda; coreografias que ficam no lugar. Ou então, quando ele tinha um cuidador que podia levar a cadeira, o cuidador levou a cadeira e alguém pegou no braço do cuidador, e isso já era um princípio. Mas essas experiências são muito legais por conta dessa inclusão no CECCO, né? A pessoa está por inteiro, independente da condição dela, e queremos ofertar que ela participe por inteiro do grupo. O grupo todo se adapta e vivencia esse processo para a própria pessoa com esquizofrenia. (P.10)

Praticamente em todas as entrevistas, mencionou-se que o ideal seria que as atividades fossem conduzidas em duplas de profissionais. No entanto, a insuficiência de trabalhadores inviabiliza essa prática, dificultando a condução das atividades e, por vezes, podendo colocar em risco a integridade de usuários que possuem maiores limitações ou necessitam de apoio especializado.

Muitos anos a gente trabalhava assim em duas, três pessoas no grupo. É a situação ideal assim hoje em dia eu tô fazendo sozinho e isso é muito ruim. Ter que fazer sozinho a gestora da unidade tem formação em dança circular também. Mas como ela tá no cargo de Gestão ali, ela não consegue ter uma frequência uma certeza de que ela vai estar então por vezes sozinho por vezes, ela tá junto. Mas de fato é muito seria muito bom sempre que se fizesse pelo menos em dupla. (P.10)

Em relação à procura pelas práticas corporais integrativas, é variada. Na visão dos profissionais entrevistados, pode ocorrer por interesse próprio, indicação médica, necessidade de socialização, questões de saúde, emagrecimento, porém, o motivo mais recorrente, é o desejo de movimentar o corpo, especialmente entre usuários que se consideram sedentários:

Eu acho que alguns usuários, né? Procuram serviço é por questões diferentes aí a maioria. Ah, eu tô muito sedentário. Tô muito parado. Quero fazer uma prática alguns tem problemas de saúde. E aí tem uma orientação. Vamos fazer uma prática corporal, né? Então tem um encaminhamento às vezes até alguns vem com papelzinho encaminhado do médico, né de algum terapeuta que tá sugerindo as questões de saúde mental também os profissionais na rede têm uma consciência importante disso aqui no CECCO, como é um CECO para favorecer, né? (P.06)

Tai Chi porque queria emagrecer". (P.06)

Eles vêm a partir o que a gente chama de entrevista porque a pessoa quando chega no CECCO ela passa por um acolhimento para ela a gente conversa um pouquinho sobre o que é o CECCO e se ela tem interesse realmente, em participar. (P.09)

Vem a pessoa que frequenta o clube que frequenta o parque que é vizinho que ouviu falar que viu a gente fazendo uma prática e quer saber o que é. Então essas pessoas da população geral, elas vêm né de uma forma mais ampla, elas vêm e a gente vai conversar, ela vai chegar e ser acolhida, a gente vai ver o seu interesse dentro do seu interesse e do que a gente entende que pode ser propício tal para você. (P.11)

Tem bastante gente caminhando também, pessoas que moram aqui perto, pessoa idosa que fica muito sozinha, então vem para participar de oficina de atividades. Então assim aí a pessoa vem por exemplo tem o interesse, vem porque fica conhecendo. (P.13)

No desenvolvimento dos grupos de práticas corporais integrativas, o acolhimento inicial foi bastante destacado pelos entrevistados. Antes de iniciar as atividades, os profissionais conversam com o grupo, verificam como cada usuário está e, caso alguém apresente alguma queixa ou dificuldade, organizam uma roda para dialogar:

Às vezes a gente conversa bastante quando alguém tá com alguma necessidade alguma queixa eu coloco sempre um círculo de cadeiras. A gente chega senta. Né? Todo mundo se cumprimenta. E aí a gente conversa um pouquinho conversinha rápida, mas às vezes surge uma necessidade de prolongar um pouco essa conversa e é isso a gente faz. Depois eu chamo não é aquela coisa de chegou já vamos para roda não, vamos conversar tá? (P.04)

Eu observei um usuário que ela não costuma ter aquele comportamento de hoje. Tava e no final eu sempre chamo para conversar. Tá tudo bem com você? Vamos conversar um pouquinho e a pessoa acaba falando que tá com uma questão. (P.04)

Eu consigo ver uma melhora muito grande nas pessoas com depressão. Mais simpatia com as outras pessoas, conversar, eu acho que essa parte de socialização é muito importante e convivência. E alegria eu vejo isso eu vejo que as pessoas parecem que desabrocham. Criam vínculos tem um carinho muito grande comigo. Quando chegam todo mundo se abraça se beija e conversa, bastante amizade. (P.04)

Às vezes ficam só conversando, isso é a convivência. (P.09)

Da mesma forma, quando um novo usuário chega, são apresentados o funcionamento da atividade, seus objetivos e orientações gerais:

Ele é uma pessoa novato começando. Geralmente eu explico que é a dança. Qual o objetivo e aí a gente vai para roda. (P.04)

Quanto à recepção das práticas pelos usuários, os profissionais entrevistados avaliam que há boa aceitação:

Mesmo dia assim frios nublados, eles gostam de fazer fora. Eles gostam muito. (P.02)

É muito bacana que tudo o que apresentamos, eles aceitam, participam, aderem, gostam. Então, isso também se torna mais fácil para nós, dentro do que conseguimos oferecer. (P.05)

Eles conseguem reconhecer as músicas que eles gostam, né? Isso eles cantam juntos, às vezes sabe assim, então é bem legal. (P.07)

Os usuários não exigem nada, não pedem nada; estão sempre felizes, ficam muito felizes. (P.12)

Em algumas atividades, como a dança circular, o próprio grupo manifesta o desejo de trabalhar temas específicos como, por exemplo, a temática junina no mês de junho. Nesses casos, o profissional constrói a atividade a partir do interesse coletivo e vai ajustando movimentos mais simples ou mais complexos conforme as

necessidades do grupo. Além disso, procura-se intercalar músicas novas e tradicionais, equilibrando novidade e familiaridade:

Esse dosar mesmo... não fazer uma oficina só com coisas novas, não ficar repetindo sempre, nem deixar de trazer novidades. Esse equilíbrio entre o tradicional e o novo é legal para os usuários. (P.10)

De modo geral, a organização e o planejamento das práticas corporais integrativas nos CECO variam muito conforme o tamanho das equipes, os espaços e materiais disponíveis, se há reuniões de planejamento coletivo ou o planejamento acontece de maneira informal e cotidiana. As atividades ocorrem, em sua maioria, uma ou duas vezes por semana, com duração média entre uma hora e uma hora e meia, na maioria no turno da manhã, embora alguns serviços ocorram no período vespertino, ou utilizam revezamento visando estimular a prática em modalidade diferente.

Sobre o desenvolvimento das atividades, as práticas corporais integrativas são realizadas em grupos, na forma de oficinas abertas com pessoas de perfis e necessidades diferentes, o que exige dos profissionais adaptações constantes que vão desde o ajuste no movimento, à reformulação da atividade, apesar do planejamento prévio.

Quanto às necessidades dos usuários, destaca-se a importância da convivência, especialmente o acolhimento inicial, extrapolando a mera realização ou repetição de movimentos.

7.1.4 Percepção dos profissionais sobre os benefícios das práticas corporais integrativas para os usuários, especialmente em relação à saúde mental

Os entrevistados relataram vários tipos de benefícios associados à participação nas práticas corporais integrativas pelos usuários dos CECO, sendo relacionados a: “participação em grupo”, “qualidades e capacidades físicas”, “melhoras emocionais, sentimentos positivos”, “influência sobre doenças e medicamentos” e “mudanças no cotidiano”³.

³ Para a organização, tomamos como referência algumas das categorias utilizadas por Antunes (2019) em sua tese de doutorado.

A respeito da “participação em grupo”, os benefícios foram destacados pela maioria dos entrevistados, abrangendo elementos como ampliação da convivência, acolhimento, fortalecimento de vínculos, formação de amizades e sensação de pertencimento ao grupo, apoio mútuo, inclusão e convivência entre usuários da saúde mental e população em geral, moradores da residência terapêutica, idosos etc. respeitando a diversidade. Apenas os entrevistados (P.01) e (P.11), não mencionaram benefícios desta categoria:

Eles mantêm uma amizade entre eles o tanto que eles vão caminhando junto, eles marcam encontros então assim muito gostoso de você ver mesmo as pessoas que não têm nenhuma questão de saúde mental. Elas gostam muito a gente vê eles trocando receitas marcando encontro e vão almoçar fora então a gente observa assim que a vinda aqui para o CECCO para eles é muito importante. (P.02)

Fizeram muitos ser amizade entre eles. É um grupo muito unido que se gostam muito que se cumprimente que às vezes até se encontram fora dali já criar esses vínculos, né? Eu acho que essa parte de socialização é muito importante e convivência. Então acho que ajuda muito as pessoas se sentirem ter um pouco mais de autonomia. (P.04)

E a questão da socialização, teve muitos apontamentos de pessoas que estavam isoladas e vieram participar do grupo fizeram novas amizades agora uma vai na casa da outra. Toma um cházinho junto se encontram vão fazer alguma programação então o lado da socialização também é um dado interessante porque a princípio a gente pensou vamos fazer o país uma prática integrativa para melhorar saúde, bem-estar pessoal, né? Mas não a gente vê que é mais do que isso. (P.06)

Tem a questão da convivência, né? Que é nosso principal objetivo com os grupos. Então eles se conhecem, eles criam amizades, fazem passei junto, vão almoçar fora. Trazem notícias um dos outros, mostram uma rede. (P.07)

Eles acabam tendo eles criam vínculo de amizades e por exemplo, eles vão nos cinemas tem um grupo de senhoras que vem aqui que eles acabam marcando de ir ao cinema de não teatro de na igreja então eu sinto que é bem completo assim os benefícios que que tem aqui. (P.13)

Sobre as “qualidades e capacidades físicas”, foram citados maior consciência corporal, equilíbrio, coordenação, aumento da flexibilidade, fortalecimento leve, estímulo ao movimento adaptado conforme o limite de cada usuário como alternativa às atividades físicas tradicionais. Observou-se que todos os entrevistados mencionaram algum tipo de benefício relacionado às “qualidades e capacidades físicas”, com exceção do (P.04), que enfatizou sobretudo “melhoras emocionais, sentimentos positivos” e de “participação em grupo”:

Lateralização só de jogar e ele tem conseguido ficar né? Ficar nas posições mais tempo, então isso tudo. A percepção o controle do próprio corpo assim dos movimentos mesmo, né de falar levantar o braço girar torcer fazer movimentos que eram muito difíceis assim tem essa consciência corporal., do equilíbrio até da segurança. (P.03)

A gente percebe é que essa questão do movimento melhora muito mesmo, São movimentos muito simples, mas que para quem não faz nada realmente melhoram muito a parte física mesmo, né de cada um né. (P.05)

O Tai Chi é uma prática corporal milenar chinesa que o benefício é o equilíbrio do corpo tirar suas tensões, né facilitar essa circulação dos canais energéticos favorecem uma boa saúde um equilíbrio geral também da mente. (P.06)

Eu acho que tem o benefício físico mesmo, né? A gente vê que as pessoas idosas começam a melhorar a questão de equilíbrio, né na dança né, a questão da lateralidade, coisa física mesmo que é superimportante. Prevenção de quedas de melhora da força, né aprender equilíbrio, faz movimentos diferentes, mostram uma boa evolução assim dessa parte física. (P.07)

Bacana é o limite do corpo também. quando a pessoa começa a entender que o braço dela não chega até tal ponto porque dói ela leva até onde dá e volta sabe um ganho assim corporal super válida e aceitação de limites também. E de potencialidade, tipo. Nossa não imaginei que eu conseguiria dançar essa música. (P.10)

No Tai Chi para ele também tem isso, você trabalha o dentro ou fora o cheio vazio ou eu o outro, né? Você sempre trabalho os dois lados, fisicamente concretamente você sempre trabalho os dois lados, né? A respiração também encher esvaziar. Então tudo isso a gente faz a prática, mas a gente também vai associando para eles, olha. E você vê os benefícios nas pessoas. (P.11)

A gente vê que a gente já tem também mais flexibilidade para baixar quando cai alguma coisa no chão eu vou pegar sem problema e antes não era assim, olha é uma maravilha essas atividades. (P.12)

Especialmente em relação à saúde mental, elencamos as “melhoras emocionais, sentimentos positivos” em que os entrevistados relataram que as práticas corporais integrativas favorecem o cuidado em saúde mental, como redução da ansiedade e da agitação, melhora do humor e do ânimo, desenvolvimento do autoconhecimento, sensação de bem-estar e aumento da sensação de calma e serenidade, apoio emocional em momentos de sofrimento psíquico e possibilidade de escuta qualificada e acolhedora, constituindo como dispositivo potente de promoção da saúde, inclusão social e cuidado integral. Neste grupo, todos os entrevistados trouxeram algum desses elementos, com exceção do entrevistado (P.07):

Eles relatam bem-estar geral alguns relatam melhora na dor, benefícios em geral, tem esses benefícios não só na parte física, mas acho que na saúde mental mesmo, né? Acho que no bem-estar mental. (P.01)

Relata assim ficar muito feliz, porque as pessoas abraçam, tem esse carinho os usuários aqueles são muito acolhedores, eles têm um carinho imenso uns com os outros, então ele abraça gente hoje todo mundo tirou foto junto com ele. Então eu vejo assim que ele fala que ele fica muito feliz. (P.02)

Melhora na concentração, estar tudo interligado. Melhorando a ansiedade. (P.03)

Eu consigo ver uma melhora muito grande nas pessoas com depressão. (P.04)

Relatam que se sentem muito bem. Uma tranquilidade uma paz na maioria dos casos a devolutiva que é dada para gente é essa é de calma de tranquilidade, diz: aqui eu consigo ficar um pouco mais calmo. Melhora a agitação. (P.05)

E as questões mentais, né? Eu tô muito nervosa. Tô muito ansiosa. Preciso fazer uma prática para relaxar. Então essa também é uma questão que vem em busca do Tai Chi de uma prática integrativa para melhorar as questões mentais. (P.06)

Eles se sentem bem também, diminui o ritmo, diminui a ansiedade. (P.07)

A princípio ele não conseguia ficar na roda devido a ansiedade, agora ele consegue ficar na roda na hora do alongamento, ele consegue fazer alguns movimentos, né dentro dos limites dele, mas ele fica faz os movimentos. E aí ontem ele tava fazendo os passos e cantando. (P.08)

Mudanças assim desde diminuir a ansiedade. (P.09)

Autoconhecimento, melhora a tua saúde, saúde mental em geral, não só aquele que vem com diagnóstico. (P.09)

É incrível em questão de minutos, você vê a energia da pessoa crescer subir ou acalmar também num ritmo de fala. E a música a dança termina e você vai falar com ela ou o ritmo da fala assim é outro assim a pessoa tá em outro estado tá falando. Essa paz assim sabe. (P.10)

Ajuda você a tranquilização também a flexibilidade e a gente fala muito da flexibilidade não só corporal física que ele ajuda, né nas articulações nos tendões tal, mas a mental né? E você sempre vai trabalhar dualidade. (P.11)

Nível de humor, né? Essa questão mesmo da Saúde Mental temos pacientes também com diagnósticos, mas a gente observa também que eles têm o maior controle, né da das situações que eles convivem que a gente sabe que as crises diminuem, né de crises de ansiedade diminui. (P.13)

A respeito da “influência sobre doenças e medicamentos”, foram citados benefícios das práticas corporais integrativas na melhora das dores, da circulação, do sono, das doenças e da diminuição das medicações:

Os usuários eles relatam melhora da dor, eles falam que teve pessoas que tem problema no joelho que conseguiram a melhor locomoção. (P.02)

E várias pessoas também em relação a dores no corpo, né? Que melhoraram muito e mesmo limitações físicas. O paciente volta na consulta dizendo que a pressão melhorou, tá se sentindo melhor uma dor que ele tinha no corpo sumiu (...) diminuição de medicação que eu acho que já comentei com você muitos casos depoimentos que a gente tem. (P.06)

Eu tava com dor, tô saindo bem melhor, tô saindo tranquila. (P.07)

Questões, por exemplo fibromialgia é muito interessante o tanto que a pessoa melhora. A pessoa sorri, isso é muito bom. (P.09)

Eu tenho artrose artrite aquelas coisinhas, nossa olha é maravilhoso. Eles dormem melhor o humor deles é melhor. (P.12)

Os frequentadores melhoram muito, eles vêm eles comentam a nível de Dores, né? Vamos falar de artrose artrites ou mesmo problema de coluna, eles deixam de tomar medicação. Ou diminui a medicação. (P.13)

Foram mencionados também pelos entrevistados “mudanças no cotidiano”, ou seja, as práticas corporais integrativas trazem reflexão e mudanças de hábito, melhorando a qualidade de vida, com a sensação de satisfação e prazer nas atividades, autonomia, adesão e desejo de permanecer por mais tempo nos grupos, sentir-se bem e acolhido, liberdade de escolha, de alguma forma foi citado por todos os entrevistados:

Traz essa prática corporal e muitas pessoas comentam que é como fosse uma Filosofia de vida, porque muda muito hábito da pessoa também não é só fazer a prática. Mas você começa a refletir sobre o seu corpo a sua alimentação o seu sono alguns hábitos que você tem então a pessoa acaba refletindo em outros aspectos e que traz melhorias na qualidade de vida. (P.06)

Quando você faz a prática corporal você começa a pensar, né? E você na sua saúde e aí você também melhora a alimentação você começa a melhorar o seu sono, né? E aí esse conjunto todo ela melhorou todos os exames melhoraram. (P.09)

Conseguir se perceber; diminui a medicação; melhora o humor; a pessoa fica mais acessível; consegue interagir melhor, se integrar melhor; se ver como pessoa; harmonia com o outro; cuidado com o outro; um respeitar o outro. Esse respeito, esse carisma, essa coisa de tirar de dentro, de vir essa coisa boa do ser humano, essa coisa do amor ao próximo. Eles falam muito disso, né, do amor ao próximo, perceber que você não é o único. (P.09)

Os profissionais, ainda, deram exemplos de avaliações positivas por parte dos usuários acerca das atividades desenvolvidas:

Relata assim ficar muito feliz, porque as pessoas abraçam, tem esse carinho os usuários aqueles são muito acolhedores, eles têm um carinho imenso uns com os outros. (P.02)

Ai que delícia de aula foi maravilhoso a dança hoje foi muito boa, eu tô saindo daqui me sentindo muito melhor do que cheguei esse tipo de comentário que elas fazem é maravilhoso. (P.04)

Toda vez que eu venho aqui eu sinto sono, porque é o único momento aqui que ela consegue relaxar. (P.05)

Eu tava com dor, tô saindo bem melhor, tô saindo tranquila. (P.08)

Ah eles falam que assim gosta muito, no entanto que eles vêm com chuva. Eles vêm com chuva frio. E ele fala que gosta muito que sente os benefícios, né? Que Eles mudaram. Desde que iniciou os exercícios, eles falam que hoje são outra pessoa habilidade, flexibilidade humor. Nossa eles fazem muito elogio, viu? A gente fica muito feliz de ouvir isso. (P.12)

Quando eles vão embora, eles agradecem. A gente se forma uma família, maravilhosos que o CECCO oferece. (P.12)

Melhorei muito depois que eu comecei a frequentar aqui, não tô tomando remédio, tô dormindo melhor. (P.13)

Segue quadro síntese de todos os benefícios citados pelos entrevistados de acordo com a organização descrita acima.

Quadro 02: Benefícios das práticas corporais integrativas relatados pelos profissionais entrevistados.

Categorias	Citações
“participação em grupo”	União; comunhão; alegria compartilhada; socialização; convívio social; formação de amizades; encontros fora da atividade (igreja, cinema, teatro); tomar chá juntos; troca de receitas; visitas e almoços; abraços; carinho; acolhimento; tirar fotos juntos; participação em festas; brincar; dançar; grupo unido; vínculos afetivos; simpatia entre usuários; conversas; apoio mútuo; melhora da relação com familiares; preocupação com o outro; inclusão; melhora da interação social; fidelidade ao grupo; sentimento de pertencimento; vínculo com o espaço e com as práticas.
“qualidades e capacidades físicas”	Consciência corporal; equilíbrio; melhora da locomoção; melhora da lateralidade; mais tempo nas posições; controle do próprio corpo; melhora dos movimentos; redução de limitações físicas; reabilitação; flexibilidade; prevenção de quedas; melhora da força; ampliação do repertório de movimentos.
“melhoras emocionais, sentimentos positivos”	Felicidade; sorrir; presença (estar aqui e agora); paciência; melhor humor; serenidade; tranquilidade; redução do ritmo interno; paz; reflexão; aceitação dos limites; autoconhecimento; autocuidado; autopercepção do corpo e dos pensamentos; equilíbrio corpo-mente; aumento de

	energia; sensação de potencialidade; ter um escape; autoestima; redução de depressão; redução de ansiedade; equilíbrio emocional; controle e diminuição de crises.
“influência sobre doenças e medicamentos”	Melhora da dor; melhora do sono; diminuição da medicação; diminuição das tensões; melhora das articulações; melhora da circulação; melhora da respiração; emagrecimento; melhora do intestino; melhora de artrose e artrite; melhora da pressão arterial; melhora de problemas de coluna; melhora da fibromialgia; deixar de usar muleta; melhora dos exames; longevidade.
“mudanças no cotidiano”	Qualidade de vida; bem-estar geral em sentir-se bem; contato com a natureza; benefícios no longo prazo; boa aceitação das práticas; filosofia de vida; mudança de hábitos; melhor alimentação; promoção da saúde; estar em outra sintonia; sensação de segurança; autonomia; desenvolvimento de habilidades diversas.

Fonte: Autoria própria

É possível observar, portanto, que as práticas corporais integrativas possuem uma série de potencialidades que vem reverberando na saúde e na socialização dos usuários, que devem ser valorizadas.

7.1.5 Desafios e dificuldades enfrentados pelos profissionais ao desenvolver as práticas corporais integrativas nos CECO

Os entrevistados relataram uma ampla variedade de desafios e dificuldades que enfrentam para desenvolver as práticas corporais integrativas nos CECO. Esses obstáculos aparecem tanto no âmbito estrutural e institucional quanto nas condições dos grupos, dos profissionais e dos usuários.

O âmbito institucional aparece como o ponto mais crítico, sendo que os principais desafios são marcados pela carência de recursos humanos. Em todos os CECO, a equipe está reduzida e os entrevistados apontam, de forma reiterada, a escassez de profissionais e a dificuldade de manter as oficinas, principalmente o trabalho em dupla. Em vários casos, os profissionais relataram conduzir os grupos sozinhos, o que gera insegurança, sobrecarga e limita a capacidade de adaptação às diferentes necessidades dos usuários:

Uma dificuldade que a gente tem grande é a questão do número de funcionários mesmo porque acaba interferindo. (P.03)

A gente tem que cancelar a oficina aquele dia que não tem outra pessoa, nós estamos falando muito reduzido de funcionários. (P.04)

O RH ele é muito pequenininho. (P.05)

Além disso, foram apontados desafios amplos, como a fragilidade das políticas públicas que sustentam o trabalho e a falta de profissionais concursados devido à mudança de gestão com a entrada das Organizações Sociais (OS). Entre outros problemas decorrentes da terceirização, foram mencionados problemas com as capacitações em PICS, pois os cursos oferecidos se alternam, havendo demora ou dificuldade de acesso devido à alta rotatividade, o que compromete a continuidade das práticas. Acrescenta-se a esta preocupação com as capacitações dos monitores e profissionais, a dos próprios formadores, visto que a maioria está se aposentando.

É um desafio nosso tentar retomar a formação dos monitores presencial, né tanto a parte teórica quanto à prática. Então esse é um desafio e o outro é que os profissionais continuem na rede, né evitar esse movimento de profissionais que vem como eles são contratados. A gente investiu numa formação das práticas integrativas e ele sai da rede leva isso com ele para outro local. Mas aí o SUS perde com isso então esse desafio é que a gente tivesse mais profissionais concursados e que permanecessem na rede para continuar essas práticas, né? Esse acho que é o desafio maior. (P.06)

Dificuldade geral da Prefeitura de São Paulo que é falta de profissionais concursados, porque os CECCOS ainda estão na administração direta e não se tem mais concurso aqui, então o que acontece é que as pessoas todas estão se aposentando e ficam muito poucas pessoas, por causa das terceirizações. porque o que a gente vê dos serviços terceirizados é uma rotatividade de profissionais muito grande, né e trabalhar com inclusão e convivência, aliás, acho assim trabalhar na saúde mental como um todo com rotatividade de profissionais uma coisa muito difícil. (P.07)

O único problema em que a prefeitura é ela tem a formação, a Residência, ela forma o profissional especialista e ela mesmo não contrata. (P.09)

Eu acho que hoje o desafio mesmo, é uma questão de política pública do nosso município, né? Que essa a falta de concursos a reposição de RH, né? Você ampliar espaços. Eu não sei se o CECCO vai passar a ser organização social também, porque é uma judiação vai deixar acabar, né? Acho que acabar não né? (P.09)

A gente não teve mais concurso público e os formadores foram aposentando, então a cidade está bem necessitada de formação na dança circular, às vezes fica dependendo de alguém voluntário também não tem a Prefeitura não tá conseguindo disponibilizar uma verba. Por exemplo que seria muito legal para poder pagar um Formador e para fazer os cursos então, infelizmente é uma prática que está diminuindo cada vez mais pela falta de formadores. (P.10)

Os aspectos estruturais referentes a espaços, equipamentos e materiais, também foram citados, como a necessidade de ampliar os espaços físicos disponíveis e adequados nos CECO que não estão localizados em parques ou clubes, além da dependência de espaços externos como da área aberta em dias de chuva ou frio, que afetam a realização das práticas. Embora as práticas não exijam muitos recursos materiais, a falta de verbas dificulta a manutenção e ampliação das atividades que muitas vezes são supridos por “vaquinhas” entre trabalhadores, para reposição e compra de materiais:

Um Parque seria melhor. (P.03)

Questão de material. A gente não tem recebimento assim, a gente não tem uma forma de receber material, que seja estabelecida. A gente recebe. Sei lá. Conforme a vontade de alguém que eu não sei quem é sabe assim, então isso também atrapalha bastante. (P.07)

A falta de equipamento, Vaquinha para comprar, essa parte do material tudo vem da gente, nada disso, nunca vem da prefeitura, essa falta de recurso é uma dificuldade. (P.10)

Alguns entrevistados destacaram a ausência de profissionais de educação física que são contratados somente pelas OS, e não diretamente pela prefeitura, e o impedimento de que profissionais da assistência social conduzam práticas, pois o conselho desta categoria os impede, mesmo que tenham as capacitações:

Na saúde a gente não tem nem concurso para profissional de educação física para a saúde. Que eu acho uma pena porque eu acho que seria superinteressante ter profissional de educação física, né para saúde, a gente não tem. Nas organizações sociais, eles têm eles contratam um educador físico, mas as unidades da direta não. (P.01)

A gente não tem o educador físico que seria muito bom. Se tivesse aqui no serviço, a gente não tem terapeuta ocupacional seria também muito bacana. (P.05)

Quanto ao planejamento e organização, foram citadas necessidades constantes de adaptação das atividades conforme o perfil do grupo do dia, exigindo algum tipo de improvisação, pois o planejamento “vai para outro caminho” devido à diversidade do público envolvido. Limitações relacionadas aos horários das atividades, com maior dificuldade para realização de grupos de práticas corporais no período da tarde e a oscilação no número de usuários, que nem sempre é suficiente para determinadas atividades:

A gente tem uma dificuldade sempre teve de colocar grupo de geralmente de prática corporal também no período da tarde. (P.01)

Grupos são abertos, né? Então a gente vai ter que lidar se vier 8 pessoas com 8 pessoas e se vier 20 com 20. (P.03)

A tarde por exemplo a tarde é sempre mais difícil, eu não sei ainda no seu CECCO mais à tarde aqui é uma dureza de achar a gente. (P.10)

Além disso, foram citadas algumas dificuldades dos usuários no campo emocional e comportamental como: insegurança, constrangimento, ansiedade, nervosismo, agitação ou confusão mental, dificuldades com questões básicas do cotidiano, algum dia que o usuário não está bem para participar das práticas devido a intercorrência, falta de foco e atenção durante as atividades, percepções de negatividade, oscilações de humor e necessidade de acolher demandas emocionais emergentes durante as atividades:

Para alguns tinham insegurança uma dificuldade às vezes de coisas básicas, parece que é como se não prestasse muita atenção no próprio corpo. (P.03)

Se tiver alguém que naquele dia não tá muito bem. (P.03)

Uma senhora na faixa de 50 anos jovem ainda para mim, enfim, ela veio trazendo as questões de ansiedade, muito nervosa, muito agitada, que ela queria fazer alguma coisa para relaxar. (P.06)

Dificuldade de foco, de prestar atenção nas coisas. (P.07)

Tem dias que né às vezes não tá muito bem. Teve alguma intercorrência, agitado. (P.08)

Jovens com transtornos no começo não paravam e não ficavam nos grupos, entravam e saíam. (P.11)

Tem pessoas que às vezes eu acho que não conseguem ficar porque os pensamentos ainda estão muito ativos por exemplo pessoas com questão de transtorno e que ainda não tá não tem condição de ficar muito no silêncio. (P.11)

E às vezes aquele pensamento muito frequente e tal agitado e às vezes persecutórios, um pensamento que negativo, a gente vê que a pessoa em outras oficinas também não tá bem, a gente percebe a dificuldade, né? E às vezes a gente percebe também como interferem nas práticas. Tá muito confuso, não dá! (P.11)

Essas dificuldades estão relacionadas ao perfil dos usuários dos CECO, como os transtornos mentais graves e a população idosa que necessita de cuidados especiais. Há ainda a presença de condições de saúde específicas, como diabetes,

labirintite e problemas de coluna, além das limitações físicas relacionadas à coordenação, lateralidade e locomoção, além de demandas decorrentes de processos de reabilitação. Também foram mencionadas condições como deficiência física, visual e mental e usuários cadeirantes:

As práticas corporais a gente tem sempre tem muita atenção porque a gente tá lidando com pessoas muitas vezes idosas algumas pessoas com problemas de saúde. Enfim, né? Desde uma labirintite problema de coluna. (P.03)

Grupos na área de reabilitação, aí não tem consciência muito né de movimentos de corpo uma paralisia não consegue movimentar um braço. (P.06)

Então tem pessoas idosas, né? Pessoal, por exemplo, né? Pessoal da residência terapêutica que tem um pouco mais dificuldade. Alguns com algum transtorno mental outros não. (P.08)

Angústia minha também se chega um cadeirante, né? Alguém que tem um pouco mais né um pouco mais de dificuldade de igual já ouviu outras pessoas falando que assim que tinha pessoas com Deficiência visual no grupo. Como que você faz? Então assim eu não tenho essa formação, né? Não tenho repertório para trabalhar. Então assim é uma dificuldade minha. (P.08)

Às vezes tem gente que não é indicado tem que estar atento mesmo para essa segurança ainda mais com idoso, fica difícil chegar uma pessoa com uma necessidade especial, né? Frequentemente tem duas tem três, era bom de ter muito mais focalizadores para garantir essa segurança. (P.10)

Às vezes a gente tem transtorno mental muito grave assim de esquizofrenia que ele é uma viajada, olha para o teto para no meio da roda aí quando alguém faz puxar ele percebe. Ainda né? Então são dificuldades assim. Acho que pelo CECCO receber todo mundo. Em todo o grupo vai ter isso. (P.10)

Pode ter no grupo que você for fazer pode ter pessoas com deficiência mental um transtorno mental com deficiência física, pode ter pessoas muito idosas. Aquela senhorinha que às vezes cai fácil. (P.11)

Tem uma moça que tem visão subnormal, muito resistente a tudo, supernegativa, já sofreu vários preconceitos, uma história bem crítica, daí vi que ela gostava muito de cultura, daí tem uma oficina de literatura, mas ela não enxerga. Então na entrevista pensamos em fazer uma experiência com o Tai Chi, pq ela pode enxergar o contraste, ela conseguia me acompanhar, ver os movimentos. Então é tudo isso! (P.11)

Somam-se a isso questões sociais, como dificuldades socioeconômicas, vulnerabilidades que impactam a adesão e a continuidade das práticas, desafios com usuários vindos das residências terapêuticas, familiares sem vínculo ou sem disponibilidade para apoiá-los, questões religiosas e redução do número de usuários após a pandemia:

Eu acho que a dificuldade maior é a dificuldade socioeconômica dos frequentadores. Ainda tem muita gente, que vem por conta do lanche que a gente entrega. (P.05)

Na pandemia, que foi um momento que as pessoas ficaram muito isoladas. (P.06)

Antes da pandemia a gente tinha um grupo mesmo formado que dançava e era bem frequente depois da pandemia mudou muito. Hoje o grupo tá menor. (P.10)

A questão da religião, mas tocou uma música com tambores, aí ela falou que tava passando mal se deitou aí nossa aí para o grupo já ficou tudo, né, meio complicado. (P.10)

Nós temos contato com família é acho que talvez essa seja uma grande dificuldade, né? Muitos. Muitos pacientes a família não tem um vínculo com a família, a família não tem tempo não tem disponibilidade. (P.12)

Um entrevistado citou barreiras específicas, como acessibilidade e dificuldade no transporte público, dificuldade particular de um dos CECO pesquisados:

Um desafio de acessibilidade por conta da região das rodovias, o transporte só passa nas rodovias ou tem que andar 40 minutos, então é uma dificuldade muito grande. Tem a ver com o transporte público. (P.07)

Outro ponto, também é o desnivelamento, tem dois andares, não tem acessibilidade, tem que subir uma escadaria bem grande assim sabe então acho que isso é uma dificuldade grande específica desse CECO. (P.07)

Por fim, de modo excepcional, um entrevistado relatou não ter identificado nenhuma dificuldade:

Nenhuma porque tem muita colaboração da chefia, dos companheiros de trabalho, então não tenho do que reclamar. (P.12)

Com base nos relatos, observamos que os desafios e dificuldades para o desenvolvimento das práticas corporais integrativas nos CECO são variados. Primeiramente, o âmbito institucional é o mais crítico, especialmente pela insuficiência de profissionais que é acarretada pela falta de concursos públicos e pela entrada das OS, o que compromete a continuidade das práticas. Somado a essas questões, aparecem as limitações estruturais e escassez de materiais, bem como os desafios devido à heterogeneidade dos grupos e diferentes perfis de usuários, exigindo constantes adaptações, mesmo que este seja o público-alvo dos CECO.

7.1.6 Potencialidades das práticas corporais integrativas nos CECO

As práticas corporais integrativas nos CECO demonstram um conjunto de potencialidades, que contribuem para o fortalecimento desse serviço no SUS. Como característica principal, os entrevistados destacaram o caráter “porta aberta”, ou seja, não há necessidade de agendamentos e nem encaminhamentos para a participação. O acesso é aberto, público, gratuito e universal a todas as pessoas, onde encontram um espaço acolhedor e convidativo:

Que ela é aberta para toda a população. Então eu acho que facilita o acesso, né? Qualquer pessoa pode participar. (P.01)

Já veio várias pessoas que já trouxeram um convidado, né? Alguém da família ou um amigo e foi conhecer e eu dou essa abertura para que as pessoas conheçam, vem conhecer e geralmente se apaixona. (P.04)

Tem uns 10 que são fiéis que vem sempre. Mas também sempre tem gente nova sempre tem gente que vem conhecer porque o CECCO é porta aberta que a gente fala você pode vir conhecer todas as oficinas e você vai ficando naquela que você mais se identifica, né? (P.05)

E no CECCO especificamente essa coisa da convivência é de uma riqueza muito grande aí em qualquer faixa etária, a gente tem aqui grupo, desde os bebês, até os idosos a gente tem grupos em diferentes faixas etárias e a gente vê esses benefícios. (P.06)

Eu acho que traz o público para o CECCO que daí descobre o que é o CECCO, né em si e aí começa a participar começa a ver o trabalho que a gente faz como é interessante aí pensa as pessoas pensavam vai ser bom para fulano. Ai, que legal. Não sabia que existia essa política. Enfim esse equipamento pela própria prefeitura que não paga, né? Enfim as pessoas se maravilham e indicam outras pessoas. (P.08)

Espaço aberto a população ao redor via as pessoas praticando, né e começaram a procurar também. Os CECCOS foram construídos assim, né para funcionar em espaços públicos, abertos, para facilitar a inclusão e para facilitar que as pessoas com transtorno, com deficiência, frequentassem. E pela eficiência do trabalho, a gente foi conquistando o respeito, também o reconhecimento e a parceria. (P.09)

Eu tô usufruindo de um espaço que é público, aberto, né de uma atividade que todos possam fazer inclusive eu. Né? Isso é muito bacana também, sabe esse sentimento de estar na sociedade, de ser um cidadão, de não estar apenas nos espaços de transtorno mental segmentados como excluídos. Então essa questão é inserção social, né? Você participar como cidadão. E assim eu tô facilitando a minha vivência. A minha convivência. (P.09)

Vem a pessoa que frequenta o clube que frequenta o parque que é vizinho que ouviu falar que viu a gente fazendo uma prática e quer saber o que é. Então essas pessoas da população geral, elas vêm né de uma forma mais ampla, elas vêm e a gente vai conversar, ela vai chegar e ser acolhida, a gente vai ver o seu interesse. (P.11)

Essa abertura, favorece ainda a inclusão social e a convivência, promovendo respeito às diferenças, reconhecimento e acolhimento. Os grupos demonstram grande capacidade de cuidado uns com os outros e criação de vínculos: quando alguém falta, perguntam, fazem cartões, gravam vídeos, visitam e comemoram quando a pessoa retorna às atividades, constituindo uma rede de apoio, o que é essencial para a saúde mental.

A gente compartilha entre nós, é muito gostoso essa confraternização. (P.02)

Eles ficam muito feliz por ser lembrados e eles passam a frequentar novamente, porque às vezes eles estão passando por algum problema, acaba deixando de vir e essa não permanência nessa ausência deles, eles ficam às vezes meio envergonhados de retornar o sistema e quando a gente liga para contato com eles para perguntar o que tá acontecendo, porque eles não estão vindo, eles passam a frequentar novamente. Então acho que isso é muito importante, esse contato que a unidade mantém com eles. (P.02)

A gente tira as pessoas da solidão do celular, muitas delas moram sozinhas. Então vem para convivência. (P.04)

Eu percebo o quanto essas senhoras, essas pessoas que fazem atividade no CECCO como é diferente. Eu acho que essa potencialidade é muito grande nessas pessoas, autonomia, né? A promoção da saúde a convivência e a socialização muito completo. (P.04)

Quem tinha uma facilidade maior acabava ajudando o outro, e nunca foi cobrado. Partiu do próprio grupo, eu achei bem bacana bem interessante. (P.05)

Aqui no CECCO é uma preciosidade. Porque além da gente ter as nossas oficinas os grupos, né? A gente tem outras oficinas com outras temáticas, né? Que a ideia nossa é trabalhar com a convivência, a diversidade a inclusão. (P.06)

Do trabalho da inclusão do respeito às diversidades, né? Essa questão da convivência, então a gente oferecendo as oficinas em qualquer linguagem a gente vê o quanto isso é potente dentro da área da saúde mental, né? Principalmente aí, mas grupos no geral a gente vê que sempre traz esse benefício de interação, troca de experiências e as práticas integrativas. (P.06)

Eles têm uma preocupação com o outro quando não vem alguém no grupo, perguntam se tem notícias da pessoa, daí resolvem fazer um cartão ou vídeo. Fazem visitas, levam o cartão. Quando volta também tem um cartão também de homenagem bem-vindo você voltou o grupo então é de uma riqueza e de uma preciosidade que só estando no grupo que a gente vivencia então além da prática em si que faz bem para o corpo para mente os benefícios. (P.06)

Tem uma japonesa, ela não entende uma palavra em português, mas ela faz o tempo todo sorrindo, ela vai, ela se comunica com todos no sorriso porque ela não entende o que a gente fala para ela, mas ela já abre o braço ela vem para abraçar, ela sorri isso é muito bom. (P.09)

Tudo é pensado assim você facilitar a participação e facilitar a convivência todos os profissionais do CECCO são facilitadores de convivência, né? Então às vezes e tem muito assim, né? Quando você trabalha com saúde mental você começa de um jeito e termina do outro o próprio grupo vai direcionando. (P.09)

Já fiz uma dança circular com cadeirantes foi muito interessante. Saber lidar nessa habilidade como diferente saber aceitar que a pessoa não vai fazer exatamente o movimento proposto nossas reflexões são muitas e muito ricas, muito legais. (P.10)

Outro ponto potente e facilitador, são as características das práticas, descritas como fáceis, simples, acessíveis e inclusivas, o que facilita a participação de todos, e a entrada de novos usuários a qualquer momento. Destacam também, o respeito ao ritmo de cada um, sem cobrança de desempenho, facilitando a prática e o prazer na atividade. E, ainda possui a liberdade de escolha, aonde o usuário chega, conhece as oficinas e escolhe aquela com a qual se identifica mais sem nenhuma exigência ou imposição, fortalecendo o protagonismo do usuário.

Então eu acho que a maioria também são práticas acessíveis são práticas fáceis. Então acho que facilita de todo mundo, né? (P.01)

Não é competição não tem certo errado, né? Cada um vai do seu ritmo do seu jeito. (P.03)

É uma conversa que a gente sempre tem com uns técnicos do CAPS de que a proposta da gente é que eles tenham toda a liberdade para fazer escolha, né? Então a pensar o projeto terapêutico, quando as vezes ele chega até com encaminhamento assim. É livre para escolher, um lugar onde eu tenho essa escolha (P.03)

Essa parte mais física e de ser de mãos dadas, né? A gente ajuda ele aí fazendo os movimentos e aí ele vai a gente percebe que tem uma evolução de que ele consegue fazer. (P.07)

Também aproveitamos a senhora que adora forró, a gente coloca na Dança Circular o Xote das Meninas, que eu sei que a D. Maria vai gostar. (P.09)

Na saúde mental não queremos a performance a gente quer o benefício de se sentir bem. A gente procura dar o melhor e a gente também a ser uma pessoa melhor. (P.09)

Uma potência central das práticas é o cuidado com a saúde em seu sentido ampliado, ou seja, que vai além do tratamento da doença. A presença das práticas corporais integrativas fortalece o autocuidado, a autonomia, contribui para que as pessoas lidem melhor com os processos de adoecimentos. Há relatos de melhoras como: diminuição do uso das medicações; resultados de exames; algumas sequelas como é o caso de AVC, mesmo que seja lenta, mas ocorre; diminuição de dores, foi citado até mesmo a regulação do intestino e motivação para adotar outros hábitos saudáveis, como melhora do sono e da alimentação:

Nosso maior objetivo é a promoção em saúde. (P.02)

A promoção da Saúde. Porque quando a gente trabalha a promoção da saúde a gente evita que aquela pessoa futuramente esteja numa UTI. Vítima de um infarto de uma coisa desse tipo, né? É quando se trabalha à saúde, a gente trabalha a promoção a gente trabalha a parte física na dança circular especificamente a gente trabalha a parte física e o emocional também. Então eu acho que isso aí traz muito benefício. (P.04)

Reabilitação também. Vítimas de AVC que tem sequelas que começam a trabalhar na dança circular, tá fazendo e a melhora é muito grande percebe claramente a melhora. (P.04)

Procura às vezes não com intenção de um certo benefício, mas consegue outro, como na melhora do intestino. (P.05)

Ele é criado mesmo com uma visão de saúde ampliada que saúde é bem-estar, saúde e autonomia saúde é participação social, saúde é tudo isso. Se a gente pensar que as PICS, é valorizar uma prática que traz uma saúde que não é só isso. De você tratar um problema é uma saúde que é de você se sentir bem de você, enfim poder também está cuidando. Você assumir um autocuidado, né? Nesse sentido tem muito potencial. (P.07)

Sabe tem uma pessoa que que ela veio porque ela tava com colesterol alto todos os exames alterados. E aí ela começou a fazer o Lian Gong, né? Porque quando você faz a prática corporal você começa a pensar, né? É você na sua saúde e aí você também melhora a alimentação você começa a melhorar o seu sono, né? E aí esse conjunto todo ela melhorou todos os exames melhoraram. (P.09)

Tem uma senhora que tem herpes, sabe aí são situações de vida assim é uma senhora que tem fibromialgia. Toda vez que tá a imunidade ou que ela tem alguma questão emocional, ela começa a ter crise. Olha como tá ajudando bastante hoje. Ela tá procurando uma medicina alternativa porque ela falar eu quero me tratar de uma outra forma sem tomar tanta medicação as questões dela foram questões assim emocionais por situações de vida. Ela vem para fazer a prática, ela tá buscando outras alternativas é muito gostoso você ver isso. (P.09)

Não adianta, né? Assim você ter saúde é longevidade sem saúde, né? Então a proposta é que você viva bastante. Mas viva bem né? Viva com qualidade de vida. (P.11)

Outro aspecto relacionado às potencialidades é a diversidade das atividades, pois os CECO possuem várias outras atividades para além das práticas corporais integrativas. Oferecem também passeios culturais em museus, festas sazonais, bailes, comemorações de aniversários e de datas comemorativas que fortalecem vínculos e despertam o sentimento de pertencimento, inclusive tem relatos de usuários que nunca haviam participado de festas ou haviam comemorado aniversário antes de chegarem ao CECO, desse modo, são experiências significativas.

A gente faz uma vez por mês passeio, então a gente vai de transporte público mesmo para exposição visita a museus. A gente faz atividades pontuais. Então faz baile dos aniversariantes, festa junina, né? Então setembro Amarelo a gente faz alguma comemoração, comemora os aniversários. A gente gosta de fazer essas ações pontuais essas comemorações porque tem um significado muito importante para eles além da convivência da inclusão. (P.01)

Às vezes, faz festas, festa junina, baile da Primavera, festa dos aniversariantes do mês e tem relatos de pessoas até jovens que nunca teve um aniversário na vida que nunca foi comemorado. Então assim nossa alegria. (P.02)

Tem um rapaz que ele é nigeriano, e aí a mãe veio visitar aqui no Brasil, e na conversa ele falou: “a minha mãe dança”. E tem uma senhora no grupo que eu sei que ela faz dança africana, eu falei vamos fazer uma tarde de dança africana. Nossa foi maravilhoso. As duas vieram com uma roupa típica, sabe e ele tocando violão e cantando as músicas africanas. (P.09)

O ambiente físico, muitas vezes arborizado e tranquilo, é citado como uma potencialidade, já que a maioria dos CECO está localizada em parques ou clubes, favorecendo a sensação de bem-estar, liberdade e tranquilidade, assim como, facilita a adesão de novos usuários, já que são realizados ao ar livre, atraindo as pessoas que estão passando pelo parque e veem as práticas, seja do Tai Chi, do Xiang Gong, da dança circular, e se aproximam para conhecer e muitas vezes acabam ficando:

O valor e assim como tem muita que é bem arborizado bastante árvores o barulho dos pássaros. Então tudo isso, né? Contribui assim para a gente tá mantendo aquele ambiente tranquilo. (P.02)

Digamos que tem um chamariz. A pessoa vem principalmente público assim geral, né? Que legal tem uma atividade física, né? Aí tem uma dança tal. Chega lá, aí quando chega começa a participar e vê que aquilo faz bem. (P.08)

A gente tem o Clube. É um bairro de muitos idosos, nós temos é um bairro também que tem muito japoneses, então eles aderem muito essas práticas. (P.11)

Paisagem. (P.12)

Outro ponto poderoso é a intersectorialidade, já que os CECO muitas vezes conseguem realizar um trabalho em rede, principalmente com os CAPS, as Residências Terapêuticas e as UBS, articulação que amplia o alcance das ações, qualificando o cuidado em saúde e fortalecendo a RAPS. Muitos grupos misturam diferentes públicos, possibilitando a convivência entre diversos usuários, inclusive pessoas em situação de rua, fortalecendo a noção de cidadania, consciência e noção de pertencimento:

Tem até alguns casos que tem feito alguns grupos do CAPS no nosso espaço. (P.03)

A gente tem um Caps AD que frequenta o nosso espaço também, e os meninos do CAPS, eles gostam muito do Xiang Gong, sempre com essa fala que acalma, né? Aqui é um espaço que é mais calmo, o Caps é mais agitado. E aqui eu consigo ficar um pouco mais calmo. Não tem como você conhecer e não gostar. (P.05)

Tem um grupo também que esse grupo do CAPS, né? Que ele usa o nosso espaço que sempre traz gente nova também então pessoal. Às vezes vem dar uma olhada alguns ficam outros não tem uma base que é fixa, mas também sempre tem gente nova. (P.05)

Morador de uma residência terapêutica, né? E ele tem vindo frequentemente. Uma evolução, não é só estar ali na roda, mas dançando com a gente assim e como o grupo acolhe. E como o grupo tá acolhendo ele porque assim teve uma semana que a gente fez uma dança que a gente trocava de par. E aí o próprio grupo falou assim não quem ficar com ele, tipo na hora que trocar o parque quem ficar com ele ajuda ele né? Para onde que ele tem que ir sabe? Então foi assim foi bem bacana o grupo acolhendo. (P.08)

Teve um baile do Centro de Tradições Nordestinas, foi pelo esporte veio dois ônibus, e tinha alguns dos nossos usuários. Isso é a rede pública. Isso é um cidadão se apropriando dos espaços, né que ele pertence. (P.09)

Ainda na esfera das potencialidades, os entrevistados destacaram as capacitações oferecidas pela prefeitura, a presença dos residentes em PICS, estagiários e a formação continuada, as supervisões, enfim, iniciativas que expandem e qualificam as práticas, trazendo novos saberes, repertórios musicais e contribuindo para manter as oficinas, além de valorizar o trabalho da equipe:

A gente tem também muito estagiários e residentes. Aí e os residentes em PICS tem trazido muitas coisas interessantes outras práticas, que alimentam aqui as nossas oficinas. Fomos convidados para ajudar na formação desses residentes em PICS, então são profissionais já formados. (P.06)

A Residência em PICS é uma potencialidade, a prefeitura nesse sentido tem essa visão também tanto que ela fornece formação para os profissionais, é obrigatória a existência de PICS na atenção básica em todas as unidades da atenção básica, né? (P.07)

As PICS estão no auge, a própria residência mudou essa imagem porque no início os residentes não tinham muita noção, vinham por outras questões, né? E hoje se tem uma noção maior do que é prática complementar integrativa de como isso funciona e do valor disso tudo né, dos benefícios. (P.09)

A gente aqui tem supervisão, na verdade vira um grande grupo de estudos. a gente conversa muito sobre esse espaço de supervisão e momentos, é um espaço de cuidado. (P.10)

Por fim, as práticas corporais integrativas também foram consideradas como o “carro-chefe” do CECO, pois trazem acolhimento e leveza para o serviço, sendo práticas potentes de transformação que aproximam as pessoas, tanto os usuários quanto os próprios profissionais, e que fortalecem um modo de cuidar que compreende o ser humano em sua totalidade. Profissionais relatam que muitos usuários gostariam de participar todos os dias, devido à sensação de felicidade, alegria, pertencimento e confiança:

Fala que por ele viria todos os dias porque ele se sente muito feliz. (P.02)

Eles se emocionam até a gente fica emocionada porque é muito gratificante para gente. A gente aprende muito com eles e a gente cresce, aprendizado tanto da parte deles como da nossa e é muito gostoso. É muito gostoso. (P.02)

Eu acho que o CECCO é um equipamento é fantástico, transformador, né? Eu já gostava muito quando eu tava vindo para cá, a gente tem noção da dimensão de transformação na vida das pessoas que frequenta, né? E eu acho que ele não é muito visto. (P.03)

Quero que vocês se sintam bem. Se divirtam curtam as músicas curtam a dança sejam felizes. É um grupo sim, que eu deixo as pessoas muito à vontade. (P.04)

Conversa né para poder fazer com que a pessoa sai dali se sentindo melhor, porque a gente acaba sendo uma pessoa da confiança deles eles. Confiam na gente. então elas falam assim que aquilo ali é tudo. Que é bom demais. Isso se sentem muito felizes. Eu acho que é acaba sendo carro-chefe mesmo do CECCO são as práticas integrativas. (P.04)

Eu acho que é de uma potencialidade muito grande além do benefício da saúde, a gente está dentro no serviço de saúde é poder trazer esses benefícios as pessoas né terem um equilíbrio melhor em termos de saúde mental saúde física, mas esse trabalho de inclusão e respeito essas diferenças a gente vê muito aqui no CECCO nos outros serviços também. (P.06)

Todo mundo se envolve sabe e se beneficia porque as pessoas curtem isso também, né de ver a melhora do outro de ver o outro evoluir, ver o outro melhorar. (P.09)

A gente conversa na entrevista, mas a gente procura ver a pessoa de uma forma mais integral. Focar na saúde delas, né e não na doença. E na saúde isso e a prática né das PICS, eu acho que te ajuda nesse sentido porque você vai resgatar, né? Procurar resgatar a tranquilização a serenidade daquela pessoa que já tem uma mente muito agitada muitas pessoas com ansiedade mesmo que seja a população geral. (P.11)

Eles são muito abertos, são muito carinhosos. Criam vínculos. (P.13)

7.1.7 Aspectos que deveriam ser fortalecidos que trariam mais benefícios aos usuários

A partir dos relatos dos profissionais entrevistados, foi possível identificar alguns aspectos que podem ser fortalecidos para beneficiar ainda mais os usuários dos CECO. Um dos pontos mais recorrentes refere-se à necessidade de ampliação e qualificação das equipes com a formação continuada e supervisão, especialmente no que diz respeito à presença de profissionais concursados e habilitados para conduzir as práticas corporais integrativas, inclusive citam a falta do profissional de educação física. Os entrevistados destacam que a insuficiência de profissionais limita a realização das práticas e compromete a continuidade dos grupos, sobretudo em situações de afastamento e aposentadorias dos trabalhadores:

Oferecer a formação né para mais técnicos a gente cada uma que tem pelo menos formação em alguma coisa, mas eu acho que isso tem que ser continuado e o ideal seria que a gente conseguisse fazer a formação. Por exemplo eu conseguisse fazer dança circular. Para que na falta de um funcionário eu pudesse manter a prática. A Supervisão também é muito importante que as formações, mas seja muito boa, né? Ela é curta. (P.03)

Ter concurso público, para minimizar o problema de recursos humanos, com tantos concursados se aposentando. (P.08)

Eu acho que hoje o desafio mesmo, é uma questão de política pública do nosso município, né? Que essa a falta de concursos a reposição de RH, né? Você ampliar espaços. (P.09)

Nosso planejamento, conforme a nossas possibilidades de formação e necessidade. E analisando sempre o foco se aquilo é algo benéfico e como a gente pode melhorar ampliar é como a gente melhora, né a qualifica as nossas oficinas e que eles realmente têm um benefício, então sempre a gente tem esse planejamento dentro do que as nossas possibilidades. (P.11)

Outro aspecto apontado, diz respeito à necessidade de maior investimento em recursos financeiros e materiais. Embora, às vezes, acontece a aquisição de equipamentos e materiais por meio de emendas parlamentares, elas não são regulares e dependem do interesse político, impactando diretamente a realização e diversidade das práticas oferecidas:

Através de emenda parlamentar, a gente conseguiu uma verba para material, um TV, acesso ao YouTube. Nossa mudou a nossa vida. (P.03)

Questão de material. A gente não tem recebimento assim, a gente não tem uma forma de receber material, que seja estabelecida. A gente recebe. Sei lá. Conforme a vontade de alguém que eu não sei quem é sabe assim, então isso também atrapalha bastante. (P.07)

Essa parte do material tudo vem da gente, nada disso, nunca vem da prefeitura, essa falta de recurso é uma dificuldade. (P.10)

A divulgação também é apontada como ponto a ser fortalecido. Muitos profissionais relatam que, apesar do potencial dos CECO, grande parte da população e até mesmo dentro da rede do SUS, desconhecem a existência desses serviços. O fortalecimento da divulgação institucional, especialmente por meio das UBS e dos canais oficiais do município, é visto como essencial para ampliar o acesso, aumentar a adesão e fortalecer o reconhecimento social desse dispositivo de saúde:

A prefeitura deveria divulgar mais o nosso trabalho nas redes sabe em UBS, porque ó, eu trabalhei 20 anos em UBS, eu não sabia o que era CECCO. Apesar que a gente divulga assim a gente tem Face tem Instagram, tem nosso folder que a gente deixa impresso, mas eu acho que tinha que ser mais divulgado na rede o nosso serviço, nosso trabalho. (P.02)

Não é divulgado, as pessoas não conhecem, fica muito a desejar essa parte da comunicação. (P.02)

Outro ponto relevante refere-se ao fortalecimento da articulação em rede, especialmente com os CAPS, UBS e RT. Os profissionais ressaltam que a integração entre serviços amplia os encaminhamentos, favorece a continuidade do cuidado no campo da saúde mental, fortalecendo as ações e evitando recaídas:

Agora depois de 20 anos falando de CECCO, aonde a gente vai, fala de CECCO, agora tem um conhecimento maior mesmo assim, ainda falta isso, esse entendimento de que é saúde tá dentro de espaço público aberto, mais a saúde é rede de saúde mental que ele participa de uma rede de saúde mental, né? Ele pode não estar no tratamento em Psiquiatria por exemplo, mas ele tá buscando a saúde para não chegar lá. (P.09)

Por fim, destaca-se a importância do reconhecimento institucional e da valorização das práticas corporais integrativas como dispositivos legítimos de cuidado em saúde. Os entrevistados ressaltam que o fortalecimento dessas práticas depende do apoio da gestão, estabilidade das equipes e compreensão de que as práticas corporais integrativas não se restringem a ações complementares, mas constituem estratégias próprias e centrais de promoção da saúde, fortalecimento da convivência e da inclusão social.

De modo geral, os relatos evidenciam que o fortalecimento desses aspectos relacionados pode ampliar significativamente o alcance e o impacto das práticas

corporais integrativas nos CECO, contribuindo para uma atenção em saúde mental mais integral e humanizada.

7.1.8 Recomendações para a implementação das práticas corporais integrativas nos CECO

No momento final das entrevistas, foi perguntado aos profissionais se teriam alguma recomendação para a implantação de práticas corporais integrativas em um CECO que ainda não oferece essas práticas aos usuários.

Dentre as recomendações, o principal eixo citado pela maioria dos entrevistados apontou a importância e necessidade da formação e capacitação dos profissionais para a implementação qualificada das práticas corporais integrativas nos CECO. Houve consenso de que as formações, a oferta de cursos e capacitações específicas em PICS é fundamental. Como sugestão, destacaram a importância de identificar profissionais da própria rede que já possuam capacitação, para que possam compartilhar seus conhecimentos com as equipes:

Eu acho que um caminho seria esse né? Acho que de tentar lutar para que eles oferecessem as capacitações, mas acho que enquanto não oferece. Por fora e acho que trazendo na unidade, né? Acho que mostrando acho que aplicando novidade trazendo os benefícios para que a prefeitura para que a secretaria de saúde entenda e começa a ofertar, né as capacitações, de repente buscar no território profissionais que já tem capacitação, para que capacitando né os outros profissionais? (P.01)

Identificando nas unidades profissionais que tem alguma capacitação, eu acho que identificar esses profissionais. E aí começar a fazer capacitações assim locais, eu acho que é uma forma de começar. Né capacitar os profissionais para começar a aplicar as PICS? (P.01)

Em primeiro lugar é treinamento vocês tinham que tá receber uma capacitação. (P.02)

É eu iria sugerir que a gente pudesse investir mais nessas formações e no apoio aos profissionais, para melhoria da qualidade dos serviços não pensar só na produção que é uma coisa que a gente vê muito no SUS hoje com essas parceiras. A gente pensar um pouquinho nisso que saúde não é só meta números que a gente tem que produzir, mas é qualidade de trabalho. (P.06)

Questão da formação que é importante. Que faz diferença assim fazer a formação ou não fazer a formação. (P.07)

Precisa de uma formação prévia. Então para implementar a dança circular precisa ter alguém que fez o curso que se interessa em continuar estudando. (P.10)

Se você estiver em condições de buscar essa formação, ou ter alguém que já tenha formação, não sei se vocês podem contratar vocês conhecerem alguém e que entenda né o objetivo do CECCO porque eu acho que isso é essencial. Ou vocês conseguirem fazer a formação ou trazer alguém para fazer assim experimental algumas vezes sabe chama um grupo gente vamos fazer uma oficina aberta hoje do Tai Chi. Trazer essas oficinas, começar abertas para ver como o pessoal pega, como ele se sente e tal e aí buscar a formação. (P.11)

Seria procurar fazer o curso de formação. Um programa que tem uma formação completa que nem esse de yoga que a gente que a gente que eu fiz. Procurar a qualidade do profissional que tá dando os cursos. Eu acho que isso é muito importante, então fazer uma boa formação ver o currículo pesquisar aqui a gente já vê que meio pronto porque a prefeitura já faz esse link, né com os profissionais, é bem-conceituado, então seria isso fazer cursos de Formação com pessoas competentes, né pessoas que têm realmente um envolvimento com as práticas. (P.13)

Outro aspecto, que está relacionado, é o investimento em recursos humanos. Os entrevistados ressaltam a necessidade de concursos públicos, já que o modelo de administração por OS, “terceirização”, precariza o serviço, pois há uma alta rotatividade, já que os profissionais são contratados, não havendo tempo hábil para o cuidado em saúde, visto que exige observação, compreensão, confiança, vínculo, qualidade das ações e acompanhamento dos usuários, não podendo se reduzir às metas quantitativas a serem cumpridas:

Ter concurso público, para minimizar o problema de recursos humanos, com tantos concursados se aposentando. (P.08)

Ter uma boa estrutura física e recursos materiais apropriados também são considerados essenciais para a implementação das práticas. Espaços adequados, organizados e acolhedores, bem como, materiais como caixa de som, são apontados como condições básicas para o desenvolvimento das práticas corporais integrativas nos CECO:

Vocês devem ter aí um espaço para estar realizando essas práticas ter recursos também, né? O espaço físico e ter uma caixa de som. (P.02)

Assim a organização é muito importante é como se diz arrumar um local adequado para fazer as atividades. No caso a caixa de som. (P.12)

A divulgação das práticas aparece como outro elemento fundamental e recomendado. Os entrevistados recomendam a divulgação pela própria gestão nas

Unidades de Saúde do município, assim como o uso de diferentes meios de divulgação como: folders, redes sociais, e comunicação boca a boca:

A divulgação do trabalho seja normalmente e folder redes sociais em redes de atendimento. E tá insistindo porque no início tem uma baixa adesão igual foi aqui, mas você insistir não desistir porque a insistência tem uma hora que não vai divulgando para o outro vai aumentando o número de pessoas então a princípio você vai ver que vai poucas pessoas que aderem a prática porque não conhecem e Mas a partir do momento que elas vão observando os benefícios a mudança no seu corpo na sua mente isso elas vão divulgando. Elas mesmo vão divulgando, vai aumentando o número e de pessoas que vão frequentar o espaço. (P.02)

Eu acho que tudo que dá visibilidade que possa mostrar a importância desse trabalho é super bem-vindo. (P.03)

Os entrevistados ressaltam também a importância do acompanhamento dos usuários, especialmente quando o usuário deixa de participar, deve-se fazer a busca ativa. Esse acompanhamento de perto, é percebido como humanização do cuidado, fortalecendo o vínculo e reconhecendo-o, valorizando-o, contribuindo para sua permanência no serviço:

E aí ele deixa de vir a gente liga para eles, a gente tem esse contato veja que isso é muito importante. Eles ficam muito feliz por ser lembrados e eles passam a frequentar novamente. (P.02)

O CECCO é humanização e acolhimento. (P.04)

Que a gente pudesse avançar e contribuir mais nesse tipo de olhar para saúde, né contratar os profissionais valorizar o trabalho de cada um respeitar o trabalho o tempo de cada um e não pensar só nos números nas metas. Mas em sim propor ações grupos os atendimentos com maior riqueza e maior qualidade. Tem um tempo maior de consulta poder um olhar melhor o seu paciente aquele usuário, ampliar esse olhar para melhorar a qualidade, né e não pensar só na quantidade de atendimentos e tal que esse é o caminho. (P.06)

Outro aspecto central diz respeito à adequação das práticas à lógica e ao funcionamento do CECO. Os entrevistados enfatizam que as práticas corporais integrativas devem respeitar o perfil do público do CECO e a função dentro do serviço como: convivência, acolhimento e promoção de saúde. Destacam-se a flexibilidade, a capacidade de adaptação, a improvisação e a valorização da cultura e da história, evitando modelos rígidos ou técnicos.

Uma coisa interessante e que eu via bastante na supervisão. É que o CECCO é diferente e eu acho que pensar as práticas corporais é preciso pensar como funciona o CECCO tanto quem é o público quanto o funcionamento mesmo. (P.03)

Por último, os entrevistados recomendam ainda a ampliação e diversificação das práticas, incluindo outras PICS e a parceria com outros profissionais, favorecendo trocas de experiências, fortalecimento do autocuidado e construção de redes de apoio, pois essas trocas ampliam a visibilidade das atividades e fortalecem o cuidado em rede:

Uma terapia eu acho que seria muito bacana, né? Auriculoterapia também. Acho que seria muito bacana. (P.05)

É procurar trabalhar sua capacidade de improvisar. Aproveitar o que os grupos trazem. E o que cada um traz da sua cultura? Do conhecimento que adquiriu na sua vida com essa sua cultura de valorizar isso, né valorizar a pessoa valorizar o ser humano. A cultura dele é tudo. (P.09)

A gente já fez uma parceria com um profissional que dá zumba e sempre tá trocando e aí eu vou lá e sempre tirando Ó quem saiu de lá, vem aqui vem pessoas. (P.10)

Por fim, os entrevistados destacam a importância de clareza conceitual e educativa sobre as PICS, especialmente no sentido de diferenciar essas práticas de atividades religiosas ou recreativas. Reforçam a necessidade de informar usuários, equipes e comunidade de que se trata de práticas reconhecidas, fundamentadas teoricamente e voltadas ao cuidado em saúde, contribuindo para sua legitimidade institucional e social. Acho que principalmente no começo falar bastante dessa questão da não mistura com religião, porque isso só aparece frequentemente. Gerar essa informação ó faz parte de PICS, não é uma dancinha é uma ciência, olha aqui é lugar de tratamento não é lugar de pregação. (P.10)

As recomendações dos entrevistados deixam claro a importância de um conjunto de ações articuladas como institucionais, formativas, estruturais e ético-políticas para a implementação das práticas corporais integrativas nos CECO. Uma das mais citadas e fundamentais é a formação e capacitação dos profissionais, associadas à manutenção dos recursos humanos e estabilidade dos vínculos por meio de concursos públicos.

Somam-se a isso a necessidade de espaços físicos adequados, materiais básicos, estratégias de divulgação e acompanhamento próximo dos usuários, fortalecendo o vínculo e a humanização do cuidado, respeitando o perfil do público com flexibilidade e alinhamento com suas necessidades, assim como com os princípios e diretrizes dos CECO e do SUS. Por fim, destaca-se a importância da

ampliação e diversificação das práticas, buscando valorizar as bases conceituais das PICS, a qualidade e a convivência.

7.2 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

As observações presenciais possibilitaram uma aproximação com o modo que são desenvolvidas as práticas corporais integrativas nos CECO, permitindo complementar, esclarecer e aprofundar os dados produzidos pelas entrevistas. Dessa forma, a presença da pesquisadora nos espaços de realização das práticas corporais integrativas, favoreceu a compreensão das dinâmicas cotidianas, das formas de organização dos grupos, dos desafios e das estratégias utilizadas pelos profissionais durante a condução de tais práticas.

Os CECO visitados e seus respectivos profissionais responsáveis foram identificados conforme critério de anonimato: A (P.02 e P.12), B (P.05), C (P.06) e D (P.10).

7.2.1 Observação no CECO A:

Foram observadas duas práticas corporais integrativas: Lian Gong e Xiang Gong, realizadas pelas profissionais identificadas como (P.02 e P.12), realizadas de forma sequencial, sendo, uma às 8:30 e a outra às 9:30. Observou-se que o grupo era formado por 40 participantes que permaneceram para as duas atividades. Como característica, tratava-se de um grupo aberto, com pessoas da comunidade e usuários da saúde mental, predominantemente na faixa etária da meia-idade e idosos, com maioria de mulheres e apenas três homens.

Considerando que o CECO está localizado em um parque público arborizado, e que no dia da observação o clima estava bom, as atividades foram realizadas no espaço aberto e ao ar livre, utilizando como recurso material apenas uma caixa de som.

Observou-se que a rotina dos usuários ao chegarem no CECO, envolvia a ida à recepção para entrega de documentação e o registro da frequência, seguido de encontros e cumprimentos, antes da preparação para a atividade. Como a atividade

foi realizada no espaço aberto, o grupo se organizou-se em roda, o que favoreceu a visualização dos movimentos e a interação entre os participantes. As profissionais realizaram um acolhimento com alegria e empatia e, a partir de uma condução cuidadosa, deram início às práticas corporais integrativas.

Do ponto de vista metodológico, as práticas foram conduzidas de forma estruturada, direcionada através de gravação, iniciando-se com um momento de preparação corporal e atenção à respiração, seguido pela execução dos movimentos propostos e por fim, pelo encerramento da atividade. As profissionais demonstram os movimentos, utilizando explicações claras com demonstrações corporais objetivas e o grupo as acompanhou, respeitando as limitações individuais de cada um.

A interação entre as profissionais e os participantes mostrou-se próxima e acolhedora, com incentivo à participação de todos. Verificou-se atenção aos usuários, com adaptações realizadas sempre que necessário, evidenciando o cuidado e o vínculo entre profissionais e usuários. Ao final, foi distribuído o lanche fornecido pela prefeitura de São Paulo. Em seguida, a grande maioria foi embora, permanecendo no CECO apenas 04 usuários para a atividade subsequente, que seria a oficina de trabalhos manuais (macramê).

7.2.2 Observação no CECO B:

A observação participante ocorreu durante a realização da prática corporal integrativa Xiang Gong, no período matutino, das 9:00 às 10:00. Na ocasião, participaram 14 usuários, sendo 08 homens e 07 mulheres, além da profissional identificada por (P.05).

Diferentemente dos outros CECO, observou-se que esta unidade não está localizada em parque ou clube, enfrentando desafios em relação à adequação dos espaços físicos. Trata-se de um sobrado adaptado, em que o segundo andar é utilizado para a parte administrativa do CECO, sendo utilizado apenas o térreo para a realização das atividades com os usuários. A prática da atividade observada foi realizada numa garagem coberta, contendo algumas cadeiras, uma televisão grande, que no momento da atividade apresentava imagens de paisagens e uma caixa de som potente.

Verificou-se que a unidade de saúde recebe um número significativo de usuários do CAPS Ad, que se encontra localizado nas proximidades, o que contribui para que a maioria dos usuários do grupo fossem homens usuários do SUS e da saúde mental, diferentemente dos outros CECO em que a maioria do público participante são as mulheres. A faixa etária majoritária é adulta, com diferentes níveis de autonomia e participação.

Para o início da prática, os usuários organizaram-se em círculo, a profissional responsável apresentou a pesquisadora ao grupo, e logo a atividade foi iniciada, a partir de uma gravação prévia, na qual os movimentos eram indicados de forma sequencial. Observou-se que os usuários acompanharam a prática reproduzindo os movimentos realizados pela profissional, sem qualquer explicação verbal.

Durante a prática, verificou-se que a condução se baseou na repetição dos movimentos indicados pela gravação, e que a maioria já conhecia a sequência, alguns a executavam até mesmo com os olhos fechados e concentrados. Não foram identificados momentos de acolhimento inicial, tampouco, explicação dos objetivos da prática. Ao final, foi distribuído lanche fornecido pela prefeitura, e, em seguida, os usuários foram embora, permanecendo no CECO apenas alguns usuários do CAPS Ad que iriam participar de uma reunião agendada para aquele momento.

7.2.3 Observação no CECO C:

A prática corporal integrativa observada foi Tai Chi Pai Lin, realizada no período matutino, das 9:30 às 11:00, sob condução da profissional identificada como (P.06). Na ocasião da observação, estavam presentes 23 usuários, num grupo heterogêneo formado por 15 mulheres e 08 homens, predominantemente na faixa etária da meia-idade e idosos, com diversidade racial, sendo: pretos, brancos, pardos e amarelos.

A prática foi realizada em espaço aberto, ao ar livre, no parque onde o CECO está localizado, sem a utilização de nenhum material, nem mesmo de caixa de som. O acolhimento inicial foi conduzido pela profissional numa roda, de forma empática e cuidadosa. Ela iniciou fazendo perguntas para identificar se tinha algum usuário que estava iniciando a prática naquele dia, bem como se algum tinha algum problema de saúde ou que não conseguisse permanecer em pé por aproximadamente quarenta 40 minutos, tempo de realização da prática.

Após esse momento inicial, a profissional realizou a chamada de presença, que ocorreu de maneira lúdica: ao ouvir seu nome, cada participante deveria se apresentar mencionando a fruta de sua preferência, favorecendo a interação e a descontração do grupo. Após a realização da chamada, a pesquisadora foi apresentada ao grupo, sendo convidada a explicar o motivo de sua presença assim como os objetivos da pesquisa.

Na sequência, a profissional apresentou brevemente a origem e os principais benefícios da prática do Tai Chi Pai Lin e orientou que caso algum usuário tivesse necessidade ou sentisse cansado durante a prática, poderia se sentar e que os movimentos poderiam ser adaptados conforme as limitações individuais.

Do ponto de vista metodológico, observou-se que a prática foi conduzida com total domínio e presença por parte da profissional, de maneira gradual, com explicações verbais de consciência corporal e atenção à respiração. Observou-se uma condução serena e sem pressa, dentro dos limites de cada usuário.

A condução da atividade seguiu uma sequência de movimentos já conhecida pela maioria dos usuários, que a executavam de forma autônoma. Observou-se, contudo, que os usuários que não conheciam a sequência tinham um pouco de dificuldades de acompanhamento, especialmente aqueles que estavam mais distantes da profissional, devido ao ambiente aberto, o tom de voz baixo da profissional e em alguns momentos, a profissional realizava os movimentos de costas para os usuários, dificultando a visualização e compreensão dos movimentos. Ainda assim, o fato da maioria dos usuários dominarem a sequência, contribuiu para o acompanhamento dos iniciantes.

Ao final da prática, os usuários foram reunidos mais próximos da profissional, sendo promovido um momento de escuta e acolhimento. Verificou-se uma abordagem sensível, perguntando como estavam se sentindo, se haviam conseguido acompanhar a atividade, se estavam bem, de forma muito acolhedora. Os usuários disseram que estavam se sentindo bem, alguns disseram o que iriam fazer ao saírem dali e em seguida, foram passados alguns informes e a atividade foi encerrada. Foi distribuído água para os que não haviam levado garrafas de água, se despediram e foram embora.

7.2.4 Observação no CECO D:

Foi observada, neste CECO, a prática corporal integrativa dança circular, realizada por um profissional identificado como (P.10), no horário das 15:00 às 16:00. Realizaram a atividade 10 usuários, além do profissional responsável. Tratava-se de um grupo aberto e bastante heterogêneo, sendo a maioria composta por usuários da saúde mental, incluindo idosos, 01 pessoa autista e 01 deficiente físico.

O CECO está localizado em um parque público, mas utiliza um grande galpão coberto, portanto, mesmo que no dia da observação o clima estava bom, a prática foi realizada no interior do galpão, garantindo maior controle e organização, principalmente devido às características e necessidades do grupo.

Como parte da rotina, observou-se que os usuários permaneceram inicialmente sentados em cadeiras e sofás, enquanto o profissional preparava o ambiente e os materiais necessários para a prática. Na dança circular, é fundamental a demarcação do centro da roda que serve como ponto de referência para os participantes. Para esse fim, o profissional utilizou um forro, 03 pedrinhas e 02 caixas de som. Ainda neste primeiro momento, observou-se que um dos usuários utilizou espontaneamente, num piano disponível no espaço e começou a tocar.

A metodologia adotada apresentou uma sequência planejada, organizada e com sentido. O profissional conduziu a atividade com postura atenta e didática, utilizando orientação verbal, demonstração dos movimentos e explicações do sentido de cada dança, no intuito de que a execução se desse para além da simples repetição dos movimentos, que fosse realizada com significado.

A atividade iniciou-se com uma roda, com os participantes de mãos dadas. O profissional perguntou quem ali estava praticando pela primeira vez, e nesta ocasião, como tinha um novo usuário, ele então, explicou rapidamente o que é a dança circular, destacando sua relação com o cuidado da saúde, como é o caso de quando nos alimentamos, realizamos autocuidado. Em seguida, explicou a atividade, e qual seria a primeira música.

O profissional realizou orientações de respiração e concentração, com um tom de voz baixo e tranquilo. Durante a prática, houve muito barulho vindos da manutenção do corte de grama no parque, ainda assim, o profissional manteve-se com a condução calma e tranquila, dando continuidade à prática e fazendo as

orientações necessárias. Neste momento, ele explicou que as 03 pedrinhas no centro simbolizavam: a paz, a compaixão e o amor-próprio.

A primeira dança foi *Brincar de viver*, cuja proposta simbólica foi: “mesmo que a vida seja complicada, dá para brincarmos com ela” (P.10), e de mãos dadas, os usuários caminharam e balançaram, parando para refletir sobre o “caminhar da vida”; “balanço mais não caio” e o “equilíbrio em meio às dificuldades”, estimulando os usuários a refletirem e pensarem a vida por este lado.

A segunda dança foi *Meditação para flores*, em que o simbolismo da dança é o ciclo da natureza, ou seja, o caminho desde a semente, passando pela germinação, até o florescimento, convidando cada usuário a pensar algo que queira realizar. Antes da execução com música, o profissional orientou, realizando os gestos de plantar, cuidar e florescer, convidando-os a refletirem sobre renovação e/ou compaixão por si mesmos. Destacou que a importância é sentir e não “acertar o movimento”. Somente após toda a explicação ele colocou a música e realizaram a dança.

A terceira música foi *Sai preguiça!*, o profissional explicou que não realizariam em roda de mãos dadas, mas que teriam momentos de duplas ou trios, conforme orientações. Em seguida, foi realizada a dança *Escravos de Jó*, apresentou que era uma música infantil, muito utilizada na dança circular. O profissional explicou a movimentação e o uso das pedras durante a dança e que esta seria novamente de mãos dadas. Percebeu-se maior envolvimento do grupo quando a música é conhecida.

Ao longo da prática, verificou-se a constante preocupação do profissional em adaptar a prática às diferentes condições físicas e emocionais dos usuários como: redução de passos, ficando ao lado do usuário iniciante ou com dificuldade de lateralidade para dar-lhes apoio, bem como, atenção aos usuários que estavam mais inquietos e ansiosos. Considerando a presença de usuários com necessidades especiais, uma trabalhadora do CECO auxiliou na condução da atividade.

Durante a prática, percebeu-se que os usuários foram se envolvendo, e ficando mais alegres e participativos. Evidenciou-se, também, a importância da postura calma do profissional na execução da prática, transmitindo segurança e confiança aos usuários. Em alguns casos, familiares acompanharam os usuários e participaram da atividade, podendo também se beneficiarem da prática e fortalecendo o vínculo familiar.

A atividade foi finalizada com os usuários de mãos dadas, com a roda unida e fechada, com foco na respiração, fala positiva e troca de olhares. Cada participante foi convidado a expressar uma palavra que representasse aquele momento, surgindo palavras como: gratidão, paz, alegria e infância, evidenciando que a interação e condução respeitosa e de confiança, exatamente como deve ser uma prática corporal integrativa num CECO da RAPS, traz vários benefícios para os usuários.

8 ANÁLISE DOS DADOS

Antes de adentrar propriamente na exposição das categorias de análise, cabe problematizar uma questão que se destacou no campo empírico desta dissertação, que diz respeito à terminologia utilizada para se referir às pessoas que participam das atividades nos CECO: *usuários* ou *frequentadores*? Observou-se que a maioria dos profissionais entrevistados utiliza o termo *frequentadores* ao se referir aos participantes das atividades dos CECO. Essa opção foi explicitada por um dos profissionais,

É, a gente gosta desse nome frequentadores, para voltar para socialização para voltar ou a não precisar passar por Serviços de Saúde Mental ou para escolher se quer ou não passar, mas já no sentido de prevenção e promoção em saúde, por exemplo. E aí eu acho que já não faz sentido chamar de usuário necessariamente. Porque meio que para desmistificar isso sabe, para tirar um pouco sentido, acho que chamar de usuário em saúde, até porque alguém que tá trabalhando a saúde sem ter a doença também é usar de saúde. (P.10)

Ressalta-se a relevância histórica e política do termo *usuário*, que foi incorporado ao campo da Saúde Coletiva no contexto da luta da Reforma Sanitária brasileira, momento em que a saúde passou a ser “direito do cidadão e dever do estado”, onde o termo *usuário* refere-se a “aquele que, por direito de uso”, usa e participa, sendo um sujeito ativo e não “paciente” do SUS.

O termo ‘usuário’ foi introduzido pela legislação do SUS, no sentido de destacar o protagonismo do que anteriormente era apenas um ‘paciente’. A expressão acabou sendo adotada com sentido bastante singular no campo da saúde mental e atenção psicossocial, na medida em que significava um deslocamento no sentido do lugar social das pessoas em sofrimento psíquico. Atualmente o termo vem sendo criticado pelo fato de ainda manter uma relação do sujeito com o sistema de saúde. (Amarante, 2007, p.82-83)

Portanto, vale salientar, especialmente no campo da saúde mental, que o termo *usuário* pode reduzir a pessoa à sua relação com o serviço, como ao “usuário do CAPS” ou “usuário de drogas”, carregando marcas históricas de preconceito e estigmatização.

Segundo Goffman (1988), em seu livro *Estigma* existem três tipos de estigma: deformidades físicas, culpas de caráter individual e os defeitos tribais de raça, nação ou religião. Podendo ser: visível, quando a pessoa é “desacreditada” ou invisível

quando ela é “desacreditável”, isto é, quando ela pode vir a ser descoberta, como é o caso dos transtornos mentais. Eles que se encaixam nas “culpas de caráter”, tendendo a ser interpretados socialmente como:

percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo que essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. (Goffman, 1988, p.14)

Dessa forma, o autor ressalta que “acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações” (Goffman, 1988, p.15) e construímos teorias para explicar sua inferioridade, sendo extremamente cruel e depreciativo ou muitas vezes naturalizadas.

Esse entendimento caminha na contramão dos princípios da Reforma Psiquiátrica, cuja centralidade é a valorização da pessoa e de suas experiências de vida, e não da doença ou do adoecimento, portanto, não pretendemos relacionar a pessoa ao seu sofrimento mental, nem tampouco aditivá-las como por exemplo: “fulano de tal esquizofrênico”, “fulano de tal vítima de violência”, “fulano violento”.

Desse modo, as reflexões terminológicas fazem parte do movimento permanente de construção da Reforma Psiquiátrica, uma vez que a linguagem não é neutra, podendo tanto reforçar quanto tensionar os processos de estigmatização.

A adequação da linguagem na área de saúde mental não se deve meramente ao politicamente correto, pois esta expressão remete a palavras que são utilizadas em contextos sociais apenas para mascarar o preconceito, e não para combatê-lo (...) a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem discutindo e modificando várias nomenclaturas; por exemplo, o termo “alcoólatra” foi substituído por “dependência de álcool”. (Paula, 2021, p.01)

De acordo com Rotelli et al. (2001) o ponto de partida é considerar a saúde mental e a atenção psicossocial como processo e, não como modelo fechado. Sendo processo, está em movimento, se transformando constantemente, e um processo social, portanto, “processo social que é complexo”. Somado a isso, a característica “porta aberta” dos CECO, com foco na convivência, reinserção social, cultura e fortalecimento de laços sociais.

Diante de tais reflexões, é pertinente questionar: qual termo melhor expressa a proposta dos CECO: *usuários, frequentadores, convivas ou, ainda, conviventes*? Na

Portaria nº 5.738 (2024) consta o termo “conviventes”, para estabelecer o protagonismo das pessoas conviventes como um de seus princípios, reforçando a centralidade dos sujeitos nos processos de cuidado e convivência:

“IV – o protagonismo das pessoas conviventes” (Brasil, 2024)

Visto que, esses espaços “têm por objeto oferecer à população em geral espaços de sociabilidade” (Brasil, 2024), no intuito da ampliação da autonomia, da reinserção na sociedade e de pertencimento e não de dependência com o serviço de saúde. Se a Reforma Psiquiátrica propõe a descentralização e o foco na saúde e não na doença, a linguagem utilizada também deve acompanhar esse movimento. Assim, considerou-se para esta dissertação o termo usuário/frequentadores.

Feita esta demarcação, o texto a seguir apresenta as categorias de análise emergentes dos dados empíricos da pesquisa: “Impactos da terceirização na organização do trabalho e na continuidade das práticas corporais integrativas nos CECO” e “Heterogeneidade como princípio estruturante dos CECO”.

8.1 IMPACTOS DA TERCEIRIZAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E NA CONTINUIDADE DAS PRÁTICAS CORPORAIS INTEGRATIVAS NOS CECO

A análise dos dados evidencia que a terceirização dos serviços de saúde, especialmente por meio das Organizações Sociais (OS), aparece nos relatos dos entrevistados como um elemento estrutural importante na configuração atual da RAPS do município de São Paulo. Nesse contexto, a terceirização é compreendida como “todo processo de contratação de trabalhadores por empresa interposta. Ou seja, é a relação onde o trabalho é realizado para uma empresa, mas contratado de maneira imediata por outra” (Marcelino, 2007, p.57).

Observa-se que esse processo está inserido em um movimento mais amplo de reestruturação do capital, que implica o deslocamento da responsabilidade do Estado referente aos direitos sociais, configurando-se como um desmonte da “atividade social estatal”, sendo considerada uma “contrarreforma”, visto que representa um “profundo retrocesso social”. Segundo Pochmann (2007),

O avanço da terceirização no Brasil se deu já na década de 1990, depois do Plano Real e encontra-se intimamente associada com o ambiente de semi-estagnação da economia, de baixos investimentos, incorporação de novas tecnologias e pela abertura comercial e financeira dos mercados nacionais. Nesse sentido, a terceirização se consolida como estratégia de minimização de custos e define ajustes no padrão de emprego formal (Pochmann, 2007, p.28).

Do ponto de vista das relações de trabalho, verifica-se que a terceirização apresenta como principais características: alta rotatividade, baixos salários, jornada extensa de trabalho, desproteção legal e social, expressando um processo de precarização, ou seja, o trabalhador é mais explorado e tem maiores exigências e controles de produtividade (Lisboa, 2004, p.162). Nesse sentido, pode ser compreendida como sinônimo de subcontratação, pois acentua a precarização dos empregos.

A Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998, que regulamenta as OS, define essas entidades como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos. Contudo, observa-se que a própria legislação prevê a incorporação dos excedentes financeiros, evidenciando contradições que aproximam sua atuação da lógica do mercado. Portanto, embora elas sejam apresentadas como entidades de interesse público, verifica-se que, na prática, operam com os princípios da iniciativa privada, priorizando a produtividade e a redução de custos.

Formalmente as OSs são empresas de interesse público e social, na essência são empresas capitalistas, que administram de acordo com os princípios da iniciativa privada e, conseqüentemente, exploram o trabalhador, na medida em que impõe à lógica da rotatividade e não à do atendimento às necessidades de saúde dos usuários (Vieira, 2013, p.116 e 117).

A terceirização se constituiu na principal forma de flexibilização de contratação desde os anos 1990, no Brasil, e atualmente ela é o recurso estratégico mais utilizado de redução de custos com trabalhadores, e tem se expandido rapidamente por todas as áreas, inclusive na área da saúde, bem como, da saúde mental (Marcelino, 2007).

Quando o Sistema Único de Saúde deixa de colocar servidores concursados dentro dos hospitais universitários, por exemplo, e o faz através da contratação de trabalhadores via fundações, o que está em jogo é uma economia com os custos da força de trabalho através de um processo de subcontratação (Marcelino, 2007, p.58).

Essa lógica contribui para a constituição de duas categorias de profissionais no setor público: os terceirizados, submetidos ao trabalho precarizado e relações trabalhistas flexíveis e os concursados com maior estabilidade e direitos garantidos (Vieira, 2013). Tal divisão atravessa diretamente a organização do trabalho, impactando o desenvolvimento das atividades e consequentemente a qualidade do cuidado realizado.

Na pesquisa, observou-se que a maior parte dos profissionais atuava em UBS e, com a terceirização dessas unidades, optaram por inserir-se em outros serviços da rede, passando a trabalhar nos CECO, que permanecem sob Administração Direta. No entanto, evidencia-se que esses equipamentos não estão imunes aos efeitos da terceirização, sofrendo impactos diretos decorrentes do processo de desmonte do serviço público, através da redução de investimentos e precarização das condições de trabalho.

Esse processo evidencia uma reconfiguração da força de trabalho na gestão do SUS, e aponta para a redução de profissionais concursados e pela ampliação de contratos temporários e instáveis, com menor segurança, vínculos instáveis, salários e direitos diferentes em relação aos servidores concursados, além de maior vulnerabilidade.

Esses achados dialogam com a pesquisa de Vieira (2013), ao evidenciar que a terceirização introduz uma lógica gerencial baseada na flexibilidade, produtividade e redução de custos, resultando em maior controle sobre o trabalhador, intensificação do trabalho e fragilização dos vínculos institucionais.

A análise do material permitiu identificar três aspectos principais que atravessam essa categoria, sendo eles: alta rotatividade e falta de profissionais; fragilização das políticas de formação; e impactos na continuidade do cuidado, especialmente das práticas corporais integrativas.

Dentre eles, destaca-se a alta rotatividade e a carência de profissionais, elementos que contribuem diretamente para a fragilização das equipes e impactam a organização do trabalho nos CECO. Essa realidade é relatada pelos profissionais como: “insuficiência de trabalhadores”, “carência de recursos humanos”, “equipe reduzida”, “escassez de profissionais”.

Observa-se que a escassez de profissionais, associada à política de terceirização e à precarização dos contratos de trabalho, favorece a alta rotatividade,

difícultando a permanência dos trabalhadores e comprometendo a estabilidade das equipes. Tal instabilidade atinge diretamente a organização das práticas, especialmente no que se refere ao planejamento coletivo, que variam muito conforme o tamanho das equipes.

A alta rotatividade configura-se, portanto, como um obstáculo significativo, sobretudo no campo da saúde mental, que exige tempo para a construção de vínculos afetivos, confiança e relações de afinidades – elementos fundamentais para o acompanhamento dos projetos terapêuticos de longo prazo com os usuários/frequentes. Nesse sentido, a descontinuidade das equipes compromete diretamente o cuidado integral.

Essa realidade é explicitada por Braga (2022), no contexto do capitalismo neoliberal, em que as políticas públicas passam a operar na lógica da valorização da riqueza e, portanto, da racionalização de custos, favorecendo modelos de gestão que priorizam contratos flexíveis e redução de despesas com pessoal. No campo da saúde, essa característica está presente na crescente participação das OS, o que tem dificultado diretamente a capacidade do Estado de sustentar políticas públicas universais, visto que a lógica se torna apenas financeira e não de garantia do direito universal à saúde.

A financeirização como padrão sistêmico de riqueza no capitalismo contemporâneo aumenta a desigualdade social e constrange a realização de políticas públicas autônomas e mais abrangentes, universais. Essa condição dificulta a conformação de um sistema público de saúde capaz de assegurar o direito à vida de toda a população, especialmente no caso dos países periféricos inseridos de forma altamente subordinada nesse sistema, como o Brasil (Braga, 2022, p.11)

Observa-se que, associada à política de terceirização, a ausência de concursos públicos também se apresenta como um desafio recorrente nas entrevistas com os profissionais dos CECO, especialmente em um contexto marcado pela aposentadoria de vários profissionais, inclusive que participaram da implantação do SUS, na década de 1990. Desse modo, a não reposição de profissionais também fragiliza as equipes, compromete a continuidade das práticas e a consolidação de projetos de cuidado dos usuários/frequentes.

Verifica-se que a combinação entre terceirização, ausência de concursos públicos e aposentadoria de profissionais resulta em equipes reduzidas e instáveis.

Conforme aponta Vieira (2013), essa dinâmica está associada à lógica de gestão das OS, que privilegia a flexibilidade da força de trabalho. No contexto dos CECO, isso se traduz em descontinuidade das equipes, sobrecarga dos profissionais e dificuldade de planejamento das ações, impactando diretamente a realização e regularidade das práticas corporais integrativas.

Outro ponto observado, refere-se à fragilização das políticas de formação e qualificação profissional. Observa-se que a política neoliberal, ao redefinir o papel do Estado para uma atuação mínima, marcada pela redução de investimentos públicos, privatizações e terceirização dos serviços, enfraquece os princípios do SUS, especialmente a universalidade e a integralidade, ao introduzir a lógica de mercado na gestão do cuidado. Nesse contexto, evidencia-se a fragilização das políticas públicas que sustentam o trabalho nos serviços, incluindo aquelas voltadas à formação e qualificação profissional em PICS.

Verifica-se, nos relatos dos entrevistados, que as mudanças de gestão, associadas à terceirização, repercutem na descontinuidade e na fragilidade das políticas de formação, tanto para monitores quanto para profissionais. Observa-se que os cursos oferecidos pela prefeitura são irregulares e se alternam, além de apresentarem demora e dificuldades de acesso, especialmente em um cenário marcado pela alta rotatividade de profissionais. Essa instabilidade impacta os processos formativos, uma vez que profissionais capacitados podem deixar a rede após receberem a formação, o que representa perda de investimento institucional e fragiliza a sustentação das práticas ao longo do tempo.

Além disso, identifica-se que essa fragilidade também atinge a formação dos próprios formadores, cuja redução tem sido acentuada pela aposentadoria desses profissionais, somado à ausência de concursos públicos para reposição adequada, o que compromete a expansão e sustentabilidade das práticas.

Dessa forma, observa-se que a formação em PICS deixa de se configurar como uma política estruturada e contínua, passando a depender de iniciativas pontuais, como disponibilidade individual do profissional, ou até ações voluntárias. Tal cenário compromete não apenas a qualificação dos trabalhadores, mas também a institucionalização das práticas corporais integrativas nos serviços.

Por outro lado, identificam-se avanços, especialmente com a criação do Programa de Residência Multiprofissional em PICS, no ano de 2016, pela Secretaria

Municipal de Saúde de São Paulo. Essa iniciativa com foco na atenção básica e nas práticas integrativas do SUS, é reconhecida como estratégia na formação e na qualificação dos serviços, contribuindo para a qualificação da atenção e para a inserção de novos saberes nos CECO. A presença de residentes e estagiários em PICS, é valorizada pelos profissionais, na medida em que traz novos saberes e contribuem para fortalecer e manter o trabalho em PICS no SUS.

A análise dos dados evidencia a necessidade de problematizar os processos formativos no âmbito das práticas corporais integrativas. Embora os profissionais reconheçam a importância das formações/capacitações oferecidas pela prefeitura que aparecem como fundamentais para a qualificação do trabalho nos CECO, observa-se que essas ações assumem o formato de cursos de curta duração, centrados nas técnicas de cada prática.

Nessa direção, tais formações/capacitações aproximam-se do modelo de formação continuada, ou seja, estão voltadas à atualização de conhecimentos e desenvolvimentos de habilidades, geralmente desvinculadas do cotidiano e das necessidades do trabalho. Assim, configuram-se mais como capacitação técnica do que como processos de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Cabe destacar que, segundo Lemos (2022), a EPS se configura como uma estratégia político-pedagógica que parte do cotidiano do trabalho como espaço privilegiado de aprendizagem, tendo como princípio a problematização das práticas e a construção coletiva do conhecimento. Diferentemente da formação continuada, a EPS não se restringe à transmissão de conteúdos, mas propõe a reflexão crítica, envolvendo os atores sociais na produção de mudanças na organização do trabalho e nos modos de cuidados na saúde.

Os dados da pesquisa sugerem que os processos formativos em PICS nos CECO se encontram mais próximos de uma capacitação técnica e não de EPS. A ausência de políticas contínuas de formações, a alternância dos cursos e a fragilidade institucional decorrente da terceirização, comprometem a possibilidade de construção de aprendizagem reflexiva vindas do trabalho e a incorporação crítica das práticas corporais integrativas no cotidiano dos serviços. Nesse sentido, as formações tendem a se tornar fragmentadas e dependentes do interesse individual do profissional, perdendo seu potencial de transformação coletiva.

Evidencia-se que, embora as capacitações oferecidas pela prefeitura tenham sido fundamentais para a implantação das práticas corporais integrativas nos CECO, no entanto, a falta de uma política de EPS parece limitar sua implementação sustentada dentro dos serviços. Dessa forma, constata-se a necessidade de fortalecer a EPS, como estratégia estruturante para a qualificação das práticas corporais integrativas nos CECO, de modo que supere o foco apenas no aprendizado técnico e amplie a reflexão sobre o cuidado e a transformação dos processos de trabalho, em consonância com os princípios do SUS.

Além disso, verifica-se que as consequências advindas da terceirização incidem diretamente na organização e na continuidade do cuidado, especialmente no que se refere às práticas corporais integrativas nos CECO. Como já foi mencionado, a alta rotatividade e falta de profissionais impactam as equipes e dificultam a condução das atividades de forma coletiva. A realização das práticas por mais de um profissional é considerada como ideal, mas devido à insuficiência de trabalhadores, esta possibilidade torna-se inviabilizada.

Tal condição compromete a qualidade da condução das práticas, restringindo a capacidade de adaptação às diferentes necessidades dos usuários/frequentedores e a atenção à heterogeneidade dos grupos. Além disso, pode gerar insegurança tanto para os usuários quanto para os profissionais, podendo inclusive colocar em risco a integridade de participantes com maiores limitações, ao mesmo tempo em que intensifica a sobrecarga dos trabalhadores.

Nesse sentido, a ausência de condução da atividade em equipe compromete a qualidade do cuidado realizado, pois restringe a possibilidade de acompanhamento mais próximo e de manejos adequados às necessidades individuais dos usuários/frequentedores. Observa-se, portanto, que este impacto ultrapassa a dimensão organizacional e afeta diretamente o cuidado em saúde e saúde mental.

Verifica-se ainda que ao depender de apenas um profissional, as práticas corporais integrativas tornam-se mais fragilizadas e vulneráveis, afetando a continuidade das oficinas, uma vez que em sua ausência ou afastamento, podem levar à interrupção das atividades. Essa dependência do profissional fragiliza e compromete a consolidação das práticas corporais integrativas no serviço, pois deixa de ser sustentada pelo serviço coletivamente, havendo uma desinstitucionalização das práticas.

Nesse contexto, evidencia-se que a necessidade de concursos públicos e de maior estabilidade das equipes é apontada como condição fundamental para garantir a continuidade e o fortalecimento das práticas corporais integrativas nos CECO.

Outro ponto constatado na pesquisa, refere-se ao subfinanciamento dos serviços, que afeta a infraestrutura física e a disponibilidade de materiais, limitando inclusive a realização de algumas práticas. Mesmo que as práticas corporais integrativas demandem poucos recursos materiais, este fato dificulta a manutenção e ampliação das atividades. Esses achados dialogam com Braga (2022), ao evidenciar que a lógica capitalista de valorização apenas financeira, incide sobre a capacidade do Estado de sustentar políticas universais, o que causa o aprofundamento das desigualdades.

Os serviços de saúde devem ser assegurados pelo Estado, de forma ampla e qualificada, diante da capacidade restrita que o setor privado possui de viabilizá-los ao conjunto da população, especialmente em um país como o Brasil, altamente desigual (Braga, 2022, p.11).

Suscintamente, constatamos que a política de terceirização, associada à ausência de concursos públicos e a falta de investimento, vão além da precarização dos serviços, inserindo-se em um projeto estrutural mais amplo, marcado pelo capitalismo e pelo subfinanciamento do sistema público de saúde. Trata-se, portanto, de reconfiguração do papel do Estado, que impacta a organização do trabalho e fragiliza a realização do cuidado pautado na integralidade, na convivência e na promoção de saúde.

Nesse contexto, a alta rotatividade dos profissionais, a descontinuidade dos projetos terapêuticos e o rompimento de vínculos afetivos, como relatado pelos profissionais, impactam diretamente a qualidade do cuidado em saúde mental, bem como a sustentação e a consolidação das práticas corporais integrativas nos CECO. Importante questionar também se o “sucesso” da entrada das PICS em redes terceirizadas pode, paradoxalmente, ser o sintoma do sucateamento e da neoliberalização da saúde? Será que as PICS estão crescendo porque foram realmente incorporadas como política pública, ou porque se encaixam bem nos modelos terceirizados, mais flexíveis e menos custosos?

Contraditoriamente, é nesse cenário de fragilização que se evidencia a potência dos CECO, enquanto espaços públicos de convivência sociocultural, territorializados,

que produzem cuidado a partir da cultura, da convivência e do encontro, valorizando os saberes locais como a música, a dança, as práticas corporais integrativas e outras expressões da cultura popular. Desse modo, os CECO se afirmam como espaços de produção de vínculos, pertencimento e novas possibilidades de vida.

Trata-se de um modelo de cuidado que não se orienta pela lógica da produtividade, mas sim pela construção de experiências coletivas, pelo reconhecimento das singularidades e pela valorização da vida. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de fortalecimento de políticas públicas que assegurem um ambiente seguro, potencializador de novas perspectivas e que seja de natureza pública, visto que, sendo OS, elas não possuem perspectiva de aproximação entre a saúde, a cultura, o meio ambiente, o trabalho, muito menos a economia solidária.

Os CECO buscam acima de tudo desenvolver a potência humana em cada um dos usuários/frequentedores, e essa potência são as paixões, o gosto, a criatividade, as subjetividades que podem transformar vidas, na busca por um futuro diferente, em que sejam garantidas a continuidade de suas ações, evidenciando que, sem investimento e estabilidade das equipes, há uma fragilidade permanente entre o potencial transformador desse serviço e os limites impostos pela precarização da política de terceirização.

8.2 A HETEROGENEIDADE COMO PRINCÍPIO ESTRUTURANTE DOS CECO

A análise dos dados evidenciou a diversidade como elemento central na organização e no funcionamento dos CECO. Tal categoria emergiu a partir dos relatos dos profissionais e da observação das práticas, apontando que a heterogeneidade não se configura apenas como uma característica dos CECO, mas como um princípio estruturante e orientador de suas ações, principalmente pela sua característica “porta aberta”, na qual não há necessidade de agendamentos, encaminhamentos ou diagnósticos para participação nas atividades. A Portaria nº 5.738, no Art. 109, inciso V, apresenta como um dos objetivos do CECO, “oferecer espaços e atividades pautadas na diversidade humana, com propósito de constituir ambientes plurais e heterogêneos” (Brasil, 2024).

Observa-se que, nesse contexto, os CECO acolhem pessoas com diferentes perfis e demandas e, majoritariamente, as práticas são desenvolvidas em grupos heterogêneos, que vão desde os idosos, que são a maioria dos usuários/frequentedores, até jovens em sofrimento psíquico, incluindo transtornos mentais, pessoas com deficiência e com diversas patologias e população em geral. Evidencia-se, portanto, que “colocar juntos os diferentes” (Galetti, 2025, p.20), assume uma importância estratégica não apenas organizacional, mas ético-política, coerente com o cuidado psicossocial.

Verifica-se que essa lógica de acesso universal ou “princípio da universalidade”, foi repetidamente destacada pelos profissionais como fundamental para uma maior naturalização das diversidades, contribuindo para “a construção de um novo imaginário social em relação à loucura e aos sujeitos em sofrimento, que não seja de rejeição ou tolerância, mas de reciprocidade e solidariedade” (Amarante, 2007, p.73).

Tal perspectiva dialoga com a crítica de Michel Foucault (2010) às instituições totais e ao silenciamento histórico da loucura. Nesse sentido, os CECO configuram-se como serviços substitutivos ao modelo asilar, aproximando-se da proposta idealizada por Nise da Silveira na Casa das Palmeiras, que buscava promover saúde por meio de atividades diversas e livres, num espaço de portas abertas com o intuito de fortalecer e preparar o usuário/frequentedor fazendo uma “ponte” entre as internações e o retorno para a sociedade, evitando recaídas (Oliveira, 2020).

Evidencia-se que a heterogeneidade, nos CECO, não se limita à diversidade dos usuários/frequentedores, mas constitui um princípio ético e político que orienta o trabalho do serviço. Trata-se do reconhecimento de que a diversidade é entendida como condição da vida social, do “ser”, “estar” e “reconhecer” o outro. Ela se expressa nas características sociodemográficas, nas condições de saúde, nos níveis de autonomia, nas motivações para participação e nas formas de relação com o corpo e relação com as práticas corporais integrativas. Nesse sentido, os CECO afirmam as diferenças como elemento estruturante da experiência humana.

Essa perspectiva reafirma e posiciona os CECO como um dispositivo inovador no âmbito da RAPS, na medida em que, diferentemente de outros serviços da rede, o CECO não se estrutura a partir de categorias diagnósticas, ou grupos homogêneos, como por exemplo: grupo de idosos ou grupo de sofrimento psíquico, mas é um

espaço de encontro, aberto a todos e às diferenças. Sendo justamente nessa vivência com o outro diferente, nesse encontro diverso que reside sua potência de respeito e reconhecimento da singularidade da vida humana.

Tal configuração reorienta o foco do cuidado da doença para a vida, situando os CECO para além do campo assistencial e da resposta imediata aos problemas, às doenças e às vulnerabilidades. Trata-se de um novo paradigma em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica que orienta a atenção pela promoção de saúde. Essa especificidade insere os CECO em um campo inovador, pautado pela aproximação ampliada ao sujeito com vistas a compreender as origens do sofrimento e suas determinações mais abrangentes.

O conceito ampliado de saúde e o reconhecimento da sua determinação social, vigilância e promoção da saúde, acolhimento, enfoque da redução de danos, ação sobre o território, entre outros. (Paim, 2009, p.74)

Nesse sentido, observa-se uma ampliação do olhar para além do corpo de um sujeito que adoece e se leva para a forma como ele: mora, trabalha ou não trabalha, se relaciona, come, e se tem acesso à comida ou não. Esse campo ampliado é que vai apresentar não apenas as diferenças, mas sobretudo as desigualdades, evidenciando o quanto alguns acessam e outros não acessam a bens, direitos, recursos e possibilidades que nos coloquem ou nos deveriam colocar numa condição de igualdade de acesso, fundamentais para a produção de saúde.

Dessa forma, os dados da pesquisa reafirmam os CECO como dispositivo intersetorial, articulado a diferentes políticas públicas e relacionado a diferentes serviços, sejam da própria RAPS ou da sociedade em geral. observa-se que o fato da maioria deles funcionarem em parques e clubes se configura como um aspecto central em que se materializa a intersetorialidade, pois reforça o caráter de desinstitucionalização, estabelecendo relações próximas com esses equipamentos de esporte, lazer e cultura. Tal configuração favorece experiências para além dos muros das unidades de saúde, fundamental no cuidado em liberdade, ampliando a circulação, a visibilidade social e o alcance dos usuários/frequentedores do CECO, que participam das atividades como dança, zumba e eventos.

Verifica-se que a localização desses dispositivos em parque e clubes favorece a heterogeneidade, trazendo benefícios como: contato com a natureza, maior

sensação de bem-estar e sociabilidade. Conforme aponta Amarante (2007), “os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes” (Amarante, 2007, p.86).

Além disso, observa-se que essa ampliação dos espaços de convivência contribui para que a população conheça os CECO e, conseqüentemente, o próprio SUS, contribuindo para sua valorização. Tal aspecto revela-se como um desafio, tanto para a comunidade, quanto para os próprios profissionais, conforme relatado nos dados, que antes de atuarem ali, não conheciam os CECO e sua função social.

Outro aspecto relevante refere-se à articulação com outros dispositivos da RAPS, evidenciada pela relação entre um dos CECO e uma Residência Terapêutica, bem como entre outro CECO e um CAPS Ad, favorecendo enfrentar os problemas complexos de forma integrada, reforçando que o cuidado em saúde mental deve ser organizado “em ‘rede’, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos” (Amarante, 2007, p.86)

Evidencia-se que os CECO se destacam pela heterogeneidade, como espaços férteis de construção de vínculos afetivos e criação de rede de apoio, construídos a partir da participação nas atividades, contribuindo para o fortalecimento da autonomia e da participação ativa na comunidade. Ao extrapolarem os limites institucionais, esses dispositivos estimulam a participação na vida em sociedade e ampliam as possibilidades de convivência.

Ao potencializar as relações entre os sujeitos, torna-se possível conhecer as necessidades, limitações e expectativas dos usuários/frequentes. Contudo, observa-se que essa mesma heterogeneidade impõe desafios importantes à organização do trabalho e à condução das práticas corporais integrativas, especialmente no que se refere à adequação das atividades às diferentes necessidades dos usuários/frequentes e às singularidades, dificuldades, condições físicas, emocionais e sociais do público atendido.

Nesse contexto, verifica-se que, para atender aos diversos interesses, os CECO oferecem além das oficinas pré-estabelecidas, uma variedade de atividades como: passeios culturais em museus, festas sazonais, bailes, comemorações etc. Essa diversidade exige dos profissionais uma constante capacidade de adaptação,

escuta e flexibilização das atividades, ao mesmo tempo em que favorece a convivência entre sujeitos com diferentes histórias de vida, relações baseadas em trocas de experiências e reconhecimento das diferenças.

Constata-se, ainda, a presença de quadros relacionados a restrições de mobilidade, dificuldades cognitivas, sofrimento psíquico e outras condições que demandam adaptações constantes nas práticas corporais integrativas, como alterações nos movimentos propostos e reorganização dos grupos, alternando, por exemplo, participantes que necessitam de maior apoio com aqueles que apresentam maior autonomia e estabilidade. Nesse contexto, os CECO demonstram importante potencial inclusivo ao favorecerem a convivência entre diferentes sujeitos e singularidades, contribuindo para processos de reintegração social, fortalecimento de vínculos e ampliação da participação social de pessoas em situação de vulnerabilidade e sofrimento mental.

Se procurarmos sentir e nos relacionar com os sujeitos em sofrimento, se nos dirigir às pessoas e não às suas doenças, podemos vislumbrar espaços terapêuticos em que é possível escutar e acolher angústias e experiências vividas; espaços de cuidado e acolhimento. (Amarante, 2007, p.72)

A heterogeneidade observada no campo empírico, aproxima-se, portanto, a saúde mental da vida cotidiana, sendo fundamental para a desmistificação do estigma historicamente atribuído às elas. “Agora é a vez da loucura encontrar o seu lugar no mundo e não mais no isolamento, que pode gerar ainda mais loucura, pois o homem, esteja ele em que condições esteja, é e sempre será um ser social” (Pereira, 2015, p.13). Nos termos da política pública:

Art. 107. O CECO é um ponto de atenção de saúde mental complementar e potencializador das ações de cuidados em saúde, sendo um espaço de convívio entre diferentes pessoas e grupos da comunidade, com intervenção nas dimensões individual e coletiva.

§ 1º O CECO terá caráter estratégico para a convivência, o desenvolvimento do potencial criativo e produtivo, o fortalecimento de laços sociais e o acesso a direitos das pessoas em situação de vulnerabilidade social, em sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. (Brasil, 2024)

Nesse contexto, observa-se que a heterogeneidade contribui para a despatologização e desmedicalização dos corpos, ao priorizar a valorização das suas histórias, seus saberes e que sejam reconhecidos em sua integralidade, muito além

dos rótulos ou diagnósticos. Nos CECO, evidencia-se que o usuário/frequenterador não é definido nem apresentado com seus adjetivos ou diagnósticos, mas é reconhecido por sua presença, como sujeito, ele simplesmente é e está.

Verifica-se, contudo, que a heterogeneidade dos usuários/frequenteradores pode gerar insegurança nos trabalhadores diante das demandas, especialmente as que não possuem formação específica, como o trabalho com pessoas com deficiência visual ou mobilidade reduzida. Tal cenário reforça a necessidade de uma formação mais ampliada e sensível à complexidade do cotidiano de cuidados.

Apesar desses desafios, evidencia-se que a heterogeneidade se constitui como uma potência constitutiva dos CECO, a partir do momento em que favorece a construção de espaços inclusivos, baseados na convivência, na troca de experiências e no reconhecimento das singularidades. Trata-se, portanto, de um modelo de cuidado que se orienta pela convivência e pela valorização da diferença, no qual o conviver pressupõe viver com o outro diferente, sendo a diversidade, condição de existência e reconhecimento no mundo. Os relatos destacam a valorização das trajetórias individuais e dos saberes culturais dos usuários/frequenteradores.

Observa-se que essa convivência heterogênea constitui a própria base dos princípios dos CECO, na medida em que possibilita trocas de experiências, produção de vínculos e redes de apoio entre os próprios usuários/frequenteradores e os profissionais. Tais relações, pautadas na afetividade e no reconhecimento da diferença, contribuem para a ampliação da inserção social.

Entretanto, quando articulada à insuficiência de profissionais, à falta de formação adequada e às limitações estruturais, a heterogeneidade deixa de ser “potência” e se transforma em sobrecarga, tensionando os processos de trabalho e fragilizando o próprio cuidado. Evidencia-se, portanto, que a heterogeneidade sendo parte constitutiva dos CECO, será desafio ou potência a depender das condições institucionais que as sustentem.

Desse modo, a heterogeneidade, configura-se simultaneamente como potência e desafio, tanto para a organização do trabalho, quanto para o desenvolvimento das práticas corporais integrativas, pois ela está condicionada pelas formas de organização, pelos investimentos públicos, pela formação qualificada e pela sustentação das políticas públicas. Sua afirmação como princípio estruturante implica, portanto, não apenas reconhecer a diversidade como valor, mas garantir as condições

necessárias para que ela se traduza em práticas qualificadas e alinhadas aos princípios do SUS, capazes de produzir cuidado inclusivo e integral.

Por fim, ressalta-se que as práticas corporais integrativas somente se sustentam de forma qualificada quando há condições institucionais que garantam sua continuidade, investimento e reconhecimento, reafirmando sua potência como estratégia de cuidado em liberdade e como um modelo de atenção comprometido com a integralidade, a convivência e a valorização da vida, contrapondo-se historicamente às práticas de exclusão e silenciamento da loucura discutidas ao longo da fundamentação teórica.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando o objetivo geral deste estudo de “Analisar experiências com práticas corporais integrativas em CECO da Rede de Atenção Psicossocial da cidade de São Paulo”, e com base no referencial teórico utilizado, as análises desenvolvidas ao longo da pesquisa permitiram compreender que as práticas corporais integrativas nos CECO, estão alinhadas com os princípios da Reforma Psiquiátrica e do cuidado psicossocial, se constituem como dispositivos potentes de cuidado, ampliando os modos de lidar com os processos saúde-doença, valorizando o sujeito em sua integralidade, autonomia e reinserção social.

Nesse contexto, os CECO se consolidam como dispositivos estratégicos de cuidado em liberdade e, sua característica “porta aberta”, em que não há necessidade de encaminhamentos, favorece o acesso universal, livre, heterogêneo, de inclusão social entre a comunidade geral e a saúde mental. Tal configuração contribui para a desinstitucionalização da loucura e para a desconstrução dos estigmas e preconceitos historicamente atribuídos às pessoas em sofrimento mental, como foi discutido ao longo da fundamentação teórica pelos autores Michel Foucault e Franco Basaglia, que problematizaram os processos históricos de exclusão, institucionalização e silenciamento das pessoas em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, os achados da pesquisa apontam para uma direção oposta ao modelo manicomial, uma vez que as práticas corporais integrativas desenvolvidas nos CECO se constituem como espaços de convivência, expressão, escuta, acolhimento e fortalecimento de vínculos sociais. Os relatos dos profissionais e as observações participantes demonstraram que seus efeitos não se restringem ao âmbito individual com melhorias corporais e emocionais, embora estejam presentes, no entanto, é na dimensão coletiva que essas práticas ganham maior destaque e são significativas, já que os grupos aparecem como espaços privilegiados de socialização, pertencimento, autoconhecimento, autonomia, acolhimento e construção de vínculos. Nesse sentido, reforçam o cuidado psicossocial, aproximando-o dos valores humanos e não biomédicos.

Além disso, os resultados dialogam diretamente com os princípios da Reforma Sanitária e da concepção ampliada de saúde defendida por autores como Jairnilson Paim, ao compreenderem a saúde para além da ausência de doença, considerando

os determinantes sociais, subjetivos e coletivos do cuidado. As práticas corporais integrativas observadas nos CECO demonstraram potencial para promover cuidado integral, integração social e produção de vida, reforçando o papel desses serviços como dispositivos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial.

Diante de tais aspectos, evidencia-se que as práticas corporais integrativas favorecem a adesão e permanência dos usuários/frequentedores nos CECO, por se constituírem como práticas de sentido, acessíveis, inclusivas e de fácil realização. Ao mesmo tempo, também se observou que algumas formas de atuação podem avançar mais na direção do acolhimento dos usuários, das metodologias de aulas para além da realização/repetição de movimentos e da pauta de lutas sociais.

Neste contexto, conforme discutido na categoria “A heterogeneidade como princípio estruturante dos CECO”, a heterogeneidade dos grupos foi apontada, inicialmente, como um desafio, mas revelou-se como potência não apenas organizacional, mas ético-política, coerente com o cuidado psicossocial, ou seja, tais práticas articulam dimensões corporais, subjetivas e sociais, sendo estratégias de fortalecimento da autonomia, respeito à pluralidade humana, de reciprocidade e solidariedade, afirmando as diferenças como elemento estruturante da experiência humana.

Tal realidade reforça a perspectiva ética e política defendida pelos Centros de Convivência e pela Reforma Psiquiátrica, ao reconhecer a diferença como potência e não como desvio. Dessa maneira, os resultados da pesquisa demonstram que os CECO, por meio das práticas corporais integrativas, contribuem para a construção de formas de cuidado em liberdade, contrapondo-se historicamente às práticas de exclusão e silenciamento da loucura discutidas ao longo da fundamentação teórica.

A pesquisa também evidenciou a relevância do caráter intersetorial dos CECO. O fato de muitos desses serviços funcionarem em parques e clubes, favorece a circulação social, amplia o acesso da população e aproxima os usuários/frequentedores da comunidade, contribuindo para a visibilidade e valorização do SUS. Além disso, a articulação com outros serviços da RAPS, reforça a importância do cuidado em rede no campo da saúde mental.

Os CECO foram reafirmados como espaços de sociabilidade, acolhimento, produção de subjetividades, convívio comunitário, nos quais o cuidado se dá nas relações cotidianas, nas trocas de experiências, nos grupos heterogêneos, nos

vínculos entre pessoas com diferentes histórias de vida e condições físicas e psíquicas. Nesse contexto, as práticas corporais integrativas aparecem como componentes centrais da produção do cuidado nos CECO, estando presente em todos os serviços investigados e sendo procuradas pelos usuários/frequentedores por diferentes motivações, sendo o desejo de se movimentar o principal deles.

Por outro lado, a pesquisa evidenciou desafios importantes que atravessam o cotidiano dos CECO. Destaca-se a categoria “Impactos da terceirização na organização do trabalho e na continuidade das práticas corporais integrativas nos CECO”, que revela contradições já apontadas no referencial teórico acerca das disputas presentes nas políticas públicas de saúde.

Tais impactos são percebidos na fragilização do serviço, expresso na descontinuidade na formação dos profissionais em PICS, assim como nas capacitações em práticas corporais integrativas, na precarização dos contratos de trabalho, na maior rotatividade de profissionais, na ausência de concurso público e na escassez de recursos financeiros, influenciando diretamente a continuidade e consolidação das práticas desenvolvidas,

Somam-se a esses desafios a pouca divulgação dos CECO e a necessidade de maior reconhecimento das práticas corporais integrativas como dispositivos de cuidado em saúde, que apesar das suas potencialidades, ainda são vistas como complementares, dificultando seu fortalecimento no SUS. Os dados indicam que essas fragilidades não são pontuais, mas se articulam a processos estruturais complexos, como o subfinanciamento do sistema público de saúde, tensionando a consolidação de um modelo de cuidado integral e humanizado.

Em síntese, a pesquisa analisou o desenvolvimento das práticas corporais integrativas nos CECO da cidade de São Paulo, evidenciando tanto suas potencialidades quanto os desafios que atravessam sua implementação. Ao mesmo tempo em que problematiza os efeitos da terceirização, reafirma a importância da defesa dos modelos de gestão e cuidado humanizado. Nesse sentido, reconhece as práticas corporais integrativas como estratégias de produção de vínculos e de reinvenção cotidiana do cuidado em liberdade, mesmo em contextos estruturais divergentes.

Cabe destacar que a história da Reforma Psiquiátrica brasileira nunca foi construída em momentos favoráveis, desse modo, a pesquisa está sendo produzida

em momento sensível, devido à entrada das Organizações Sociais, justamente quando ela se torna mais necessária.

No que se refere às limitações enfrentadas para a realização desta pesquisa, destacam-se os entraves institucionais aos trâmites éticos e administrativos, especialmente a necessidade de aprovação em 02 (dois) Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), sendo o da UFG e o da SMS-SP. Não desconsiderando a importância dos CEPs, pelo contrário, por reconhecer sua relevância e por serem coordenados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que é uma estrutura pública federal, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, que integra o Ministério da Saúde, porém esta exigência resultou na espera por 06 meses até a autorização final, impactando diretamente o cronograma previsto para a coleta de dados.

Além disso, houve demora por parte da SMS-SP no envio dos e-mails para os CECO, após o projeto aprovado pelo CEP-SMS-SP, de modo que a pesquisadora passou a reenviar o e-mail para os CECO elegíveis para a participação, no intuito de acelerar os agendamentos das entrevistas. Por fim, outra limitação importante refere-se ao não aceite de alguns profissionais a participar do estudo, reduzindo o número potencial de participantes.

Ainda assim, a pesquisa conseguiu produzir dados consistentes e relevantes, contribuindo para a compreensão das práticas corporais integrativas nos CECO e oferecendo subsídios para o fortalecimento dessas práticas no SUS. Como possibilidade de pesquisas futuras, destaca-se a necessidade de estudos voltados à elaboração, implementação e avaliação de práticas corporais integrativas no CECO Cuca Fresca, considerando que este ainda não dispõe de tais práticas.

Por fim, para além da importância acadêmica, esta pesquisa também proporcionou uma ressignificação da trajetória profissional da pesquisadora, ao possibilitar um novo olhar sobre o cotidiano do trabalho, reconhecendo nas práticas corporais integrativas, não apenas atividades realizadas, mas dispositivos de cuidado, convivência e produção de vida, fortalecendo a convicção dos CECO como espaços de convivência e transformação social.

Assim, a realização deste estudo ultrapassa a produção do conhecimento científico, mas reverbera como realização profissional e compromisso renovado com a defesa do cuidado em liberdade, da integralidade e do SUS, reafirmando a escolha

de atuar na saúde mental como um projeto de vida coerente com os princípios pessoais, assim como os que fundamentam esta pesquisa.

10 REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4th ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. 120 p.
- AMARANTE, Paulo. **Quinta Conferência de Saúde Mental, um grande passo à frente com um passo atrás!? – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Informe ENSP**. FIOCRUZ. Publicado em: 02/02/2024. <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/54898>
- ANDRADE, João Tadeu de Costa; LIDUINA, Farias Almeida. **Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica**. Saúde e Sociedade, Volume 19, nº3, 2010.
- ANTUNES, Priscilla de Cesaro. **Práticas corporais integrativas: experiências de contracultura na Atenção Básica e emergência de um conceito para o campo da saúde**, 2019. Tese (Doutorado em Ciência do Movimento Humano) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.
- ANTUNES, P. de C.; MARTINEZ, J. F. N.; FRAGA, A. B. **Práticas corporais integrativas: reflexões conceituais e metodológicas no campo da Educação Física e saúde**. Movimento, [S. l.], v. 29, p. e29017, 2023.
- ANTUNES, P. de C.; TESSER, C.D.; FRAGA, A.B. **Práticas corporais nos documentos oficiais sobre práticas integrativas e complementares em saúde: uma análise crítica**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.29, p. e250036, 2025.
- ANVISA. Perguntas e Respostas – Comunidades Terapêuticas, 13 de outubro de 2021.
- ARANTES, Débora Jerónima; TOASSA, Gisele. **Movimento da reforma psiquiátrica em Goiânia, GO: trajetória histórica e implantação dos primeiros serviços substitutivos**. Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande, v. 9, n. 2, p. 47-660, ago. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70; São Paulo, 2011.
- BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde menta e reforma psiquiátrica / Franco Basaglia; organização Paulo Amarante; tradução Joana Angélica d'Ávila Melo**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária. Loucura XXI); 1924.
- BATISTA, Micheline Dayse Gomes. **Breve História da Loucura, Movimentos de Contestação e Reforma Psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil**. POLÍTICA & TRABALHO Revista de Ciências Sociais, n. 40, abril de 2014, pp. 391-404
- BRAGA, José Carlos de Souza; OLIVEIRA, Giuliano Contento de. **Dinâmica do capitalismo financeirizado e o sistema de saúde no Brasil: reflexões sob as sombras da pandemia de COVID-19**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, supl. 2, e00325020, 2022.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18.ed. Brasília, DF: Senado, 1988. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a
- BRASIL, **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Brasília: Diário Oficial da União. BRASIL, 2001.
- BRASIL, **Lei nº 9.637**, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências, 1998b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: <

<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 03/12/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 396**, de 3 de abril de 2005. Dispõe sobre a classificação de risco dos resíduos dos serviços de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n.º 64, p. 55-56, 5 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 971**, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n.º 84, p. 20-21, 4 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n.º 246, p. 230-232, 26 dez. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 5.738**, de 14 de novembro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o CECO – CECO da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: Edição: 236, Seção 1, Página:116. Brasília, DF, publicado em: 09/12/2024.

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** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8.** Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersectorial**. Brasília, DF, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde**. Brasília, DF, 2020.

BRASIL. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. **Relatório Nacional Consolidado** (versão para consulta pública). **5ª Conferência Nacional de Saúde Mental Domingos Sávio (CNSM)** “A política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços de atenção psicossocial no SUS”, 2023.

BREILH, Jamie. **La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la “experticia”, a propósito del sesgo epistemológico de Minayo**. Cadernos de Saúde Pública, Volume 37, nº 12, 2021

CALOMENI, Tereza Cristina B. **A “secreta fundação” da psiquiatria: considerações sobre a análise foucaultiana da história da loucura**. Rev. Psicol. 22 (1). Abril (2010).

CASTRO, Marla Borges. **Implantação do CECO e cultura da rede de atenção psicossocial de Goiânia: olhares dos usuários, trabalhadores e gestor**, 2014. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

CEP, Comitê de Ética em Pesquisa. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/ Fiocruz). **Orientações sobre ética em pesquisa em ambientes virtuais**. Versão 1.0 / Comitê de Ética em Pesquisa. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/ Fiocruz). Rio de Janeiro : ENSP/Fiocruz, 2020

CFP. **Resultado do Prêmio de Inclusão Social**. <https://site.cfp.org.br/cfp-divulga-resultado-final-do-premio-inclusao-social/>. 2016.

CONTATORE, Octávio Augusto et al. **Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3263-3273, 2015.

FOUCAULT, Michel, 1926-1984. **História da Loucura: na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 9 ed., 2010.

FURTADO, Roberto Pereira; AZEVEDO, Marina da Costa; NEVES, Ricardo Lira de Rezende; VIEIRA, Patrícia Santiago. **O trabalho do professor de educação física nos Caps de Goiânia: identificando as oficinas terapêuticas**. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. 2018; 40 (4): 353-360.

GALETTI, Maria Cecília. **Qual o lugar dos Centros de Convivência na Rede Substitutiva**. Centros de Convivência e Cooperativa / Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. CRP – SP, 2015.

GALVANESE, Ana Tereza Costa; BARROS, Nelson Filice de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Contribuições e desafios das práticas corporais e meditativas à promoção da saúde na rede de atenção psicossocial**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 4143-4152, 2017.

GARCÍA MÁRQUEZ, Gabriel, 1928. **Doze contos peregrinos** / tradução de Eric Nepomuceno. 4ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1993.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada** / tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4ª ed. Ed. Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro – RJ. 1988

GOIÂNIA – GABINETE DO PREFEITO **Lei nº 7.775**, de 08 de abril de 1998. Diário Oficial Do Município. Goiânia, 1998.

GOULART, Maria Stella Brandao. **La Legge 180 e la riforma psichiatrica brasiliana: l'anniversario della lotta**. Fogli d'informazione nº5-6; terza serie – 01-06/2008.

GUILARDI, C.; FERREIRA, R.; ZANINI, D.S. **Reforma Psiquiátrica em Goiânia: fragmentos de uma história**. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)- Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2005.

GULLAR, Ferreira. **Nise da Silveira: uma psiquiatra rebelde**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2024.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. **Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia**. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 16, 7, p. 3051-3060, 2011.

LEMONS, Cristiane Lopes Simão. **Educação Permanente em Saúde no Brasil contribuição para a compreensão e crítica**. Hucitec Editora, São Paulo, 2022.

LISBOA, T.K. **Um olhar por baixo do tapete: mulheres terceirizadas**. In: Revista Mulher e trabalho: Publicação Especial Do Convênio Da Pesquisa De Emprego E Desemprego na Região Metropolitana de Porto Alegre (PED-RMPA). v.4, 2004.

LUZ, Madel T. **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva: Estudos Sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais**. 4 ed. – São Paulo: Hucitec, 2013.

- LUZ, Madel T. e BARROS, Nelson F. (Org.). **Racionalidades e práticas integrativas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.
- MACHADO DE ASSIS, Joaquim Maria, 1839-1908. **O Alienista**. Porto Alegre, L&PM, 2023.
- MARCELINO, P. **Afinal, o que é terceirização? Em busca de ferramentas de análise e de ação política**. In: Revista Pegada. v.8, n.2, dez/2007.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.
- MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- NASCIMENTO, Lorrany Rodrigues do. **Reforma psiquiátrica brasileira**. 2018. 122 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2018.
- OLIVEIRA, Marina de Carvalho. **Pela Emoção. Pela Imaginação: Nise da Silveira e A Poética do Cuidado**. São João Del Rei, 2020.
- OTA, Laura Iumi Nobre; DE CARVALHO, Yara Maria. **Mapa, conceitos e travessia: as práticas integrativas e complementares em saúde no Sistema Único de Saúde**. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, v. 37, p. e37182910-e37182910, 2023.
- PAULA, Camila Chagas; PAULA, Tassiane Cristine Santos de; GALDURÓZ, José Carlos Fernandes. **A linguagem e o estigma: os termos utilizados na área de álcool e outras drogas**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, n. 1, p. e2020921, 2021.
- PAULA, Éder Mendes de. **Da (in)visibilidade à categorização: o louco infrator em Goiás 1930-2010**. 2016. 233 f. Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.
- PACHECO, Maria Vera Pompêo de Camargo. **Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea***. Rev. Latinoamericana de Psicopatogodia Fundamental. Ano VI, nº. 2, 152-157. Jun/2003.
- PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Jairnilson Silva Paim e Naomar de Almeida-Filho (org.). 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 720p.
- PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- PASTORI, Fernanda. **A prática de yoga como dispositivo no cuidado em saúde: cartografando experiências na atenção básica**= The yoga practise as a device in health care: mapping experiences in basic attention. 2019. Tese de Doutorado. [sn].
- POCHMANN, Márcio. **A superterceirização dos contratos de trabalho**. Sindeepres – 15 anos - Sindicato em Presidente Prudente, SP - Brasil, Vol. 1, p. 1-3, 2007.
- PEREIRA, Luzia de Oliveira. **Centros de Convivência e Cooperativa** / Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. CRP – SP, 2015.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SAMPAIO, Cristiane Gomes dos Santos; OLIVEIRA, Welington da Silva; BEDANI, Ailton. **Os Centros de atenção psicossocial e as práticas integrativas e complementares: novas formas de cuidar**. Empatia: revista de saúde integral. / UNI-São Paulo – Centro Universitário de São Paulo. v. 1, n. 1 (dez., 2018) - São Paulo, SP: UNI-São Paulo, 2018.
- SERAPIONI, M. **Franco Basaglia: biografia de um revolucionário**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 26, n. 4, p. 1169–1187, out. 2019.
- SOUZA, Rildo Bento. **As marcas da loucura no cárcere: uma leitura do arquivo do Museu das Bandeiras (Cidade de Goiás, Brasil)**. Cadernos de Sociomuseologia vol.69, nº. 25, 2025.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therizinha. **Racionalidades médicas e integralidade**. Ciência & Saúde Coletiva, Volume 13, nº1, páginas 195-206, 2008.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de. **Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas**. Saúde e Sociedade, v. 21, p. 336-350, 2012.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de, NASCIMENTO, Marilene Cabral do. **Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira**. Revista Saúde Debate. Rio de Janeiro. V.42, Nº. 1, p. 174-188, setembro 2018.

VIEIRA, Patrícia Santiago. **O trabalho em saúde nos hospitais de gestão terceirizada: o caso do Estado de Goiás**. 2013.

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA SMS/SP

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA
PESQUISA E ENSINO

CIDADE DE
SÃO PAULO
SAUDE

CNPJ 46.392.148/0001-10

•sZSUSã

Carta de Anuência Institucional

Declaramos conhecer o Projeto de Pesquisa Institucional intitulado: "PRÁTICAS CORPORAIS INTEGRATIVAS E SAÚDE: EXPERIÊNCIAS EM CENTROS DE CONVIVÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL", da pesquisadora Alvina de Bastos, da Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás.

Declaramos ter ciência de que o objetivo geral da proposta é o de: "Analisar possibilidades de trabalho com práticas corporais integrativas em Centros de Convivência da Saúde Mental. "

Declaramos ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente Projeto de Pesquisa. Assim, manifestamos- nos favoravelmente a sua execução, desde que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CNPJ 46.395.000/0001-39, da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo.

São Paulo, 21 de janeiro de 2025.

2025.

Mattos M

Assessor II

RP 1785.0611

Mendes

Thiago M tos

Pesquisa e Ensino CAB/SMS

ANEXO B - ENDEREÇOS DOS CECOS

Região Leste:

CENTROS DE CONVIVÊNCIA ERMELINO MATARAZZO

Alameda Rodrigo de Brum, 70 – Vila Paranaguá

Telefone: 11-2546-5806

CENTROS DE CONVIVÊNCIA PARQUE ECOLÓGICO CHICO MENDES

R. Cembira, 1201 – Vila Curuçá

Telefone: 11-2035-3130

CENTROS DE CONVIVÊNCIA PARQUE RAUL SEIXAS

R. Murmúrios Da Tarde, 211 – Parque Raul Seixas – Itaquera

Telefone: 11-2521-3699

Região Norte:

CENTROS DE CONVIVÊNCIA FREGUESIA DO Ó

R. Antônio Genelle, 30 – Jd. Monte Alegre

Telefone: 11-3991-1018; 11-3975-2893

CENTROS DE CONVIVÊNCIA JAÇANÃ/TREMEMBÉ

Av. Paulo Lincoln Do Valle Pontin, 241 – Jaçanã

Telefones: 11-2242-8791; 11-2243-5356

CENTROS DE CONVIVÊNCIA JARAGUÁ

Av. Amador Aguiar, 701 – Parque Pinheirinho D'Água – Jaraguá

Telefone: 11-3945-0981

CENTROS DE CONVIVÊNCIA PERUS

R. FIORELLI PECCICACO, 500 - PERUS

Telefones: 11-3915-6100; 11-3917-6001

CENTROS DE CONVIVÊNCIA PIRITUBA

R. Padre Guido D Toro, 100 - Jardim da Felicidade

Telefone: 11-3991-3263

CENTROS DE CONVIVÊNCIA SÃO DOMINGOS

R. Pedro Sernagiotti, 125 – Pq. São Domingos

Telefones: 11-3835-3353; 11-3642-0026

CENTROS DE CONVIVÊNCIA VILA MARIA/VILA GUILHERME TROTE

R. São Quirino, 905 – Vl. Guilherme
Telefones: 11-2905-2135; 11-2905-0165

Região Oeste:

CENTROS DE CONVIVÊNCIA EDUARDO LEITE BACURI
Av. Sumaré, 67 – Perdizes
Telefones: 11-3862-9933; 11-3673-7570
CENTROS DE CONVIVÊNCIA PARQUE PREVIDÊNCIA
R. Pedro Peccinini, 88 – Jd Previdência
Telefones: 11-3721-5521; 11-3722-6235

Região Sudeste:

CENTROS DE CONVIVÊNCIA IPIRANGA
Av. Almirante Delamare, 3033 - Cidade Nova Heliópolis
Telefone: 11-2060-0376
CENTROS DE CONVIVÊNCIA MOOCA
R. Taquari, 549 - Mooca
Telefone: 11-2692-6323
CENTROS DE CONVIVÊNCIA PADRE MANOEL DA NÓBREGA
R. Irmão Nicolau da Fonseca, 33 - Arthur Alvim
Telefone: 11-2748-9166
CENTROS DE CONVIVÊNCIA PARQUE IBIRAPUERA
Av. IV Centenário, Portão 5, s/n – Portão 5 – Ibirapuera
Telefone: 11-5549-7840
CENTROS DE CONVIVÊNCIA VILA GUARANI
R. Lussanvira, 178 – Vl. Guarani
Telefone: 11-5011-3106
CENTROS DE CONVIVÊNCIA VILA PRUDENTE
Av. Francisco Falconi, 83 - Jd Avelino
Telefone: 11-2211-8131

Região Sul:

CENTROS DE CONVIVÊNCIA CAMPO LIMPO
Av. Carlos Lacerda, 678 - Campo Limpo
Telefones: 11-5842-9116; 11-5843-4843

CENTROS DE CONVIVÊNCIA GUARAPIRANGA

Av. Guarapiranga, 575 – Pq. Alves De Lima

Telefone: 11-5515-1696

CENTROS DE CONVIVÊNCIA INTERLAGOS

Av. Atlântica, 4988 – Interlagos

Telefone: 11-5666-7166

CENTROS DE CONVIVÊNCIA SANTO AMARO

R. Padre José Maria, 555 - Santo Amaro

Telefones: 11-5521-5538; 11-5523-4572

CENTROS DE CONVIVÊNCIA SANTO DIAS

Travessa Jasmim Da Beirada, 71 - Capão Redondo

Telefones: 11-5821-8950; 11-5821-2220

ANEXO C - QUAL CENTROS DE CONVIVÊNCIA POSSUI PRÁTICAS CORPORAIS INTEGRATIVAS

a) Medicina Tradicional Chinesa (Tai Chi, Xiang Gong, Lian Gong, I Qi Gong, Dao Yin)

- Campo Limpo
- Eduardo Leite Bacuri
- Ermelino Matarazzo
- Guarapiranga
- Ipiranga – Heliópolis
- Ibirapuera
- Interlagos
- Jaçanã – Tremembé
- Jaraguá
- Mooca
- Pe. Manoel da Nóbrega
- Perus
- Pirituba
- Previdência
- Pq. Ecológico Chico Mendes
- Pq. Raul Seixas
- Santo Amaro
- Santo Dias
- São Domingos
- Vila Guarani
- Vila Maria
- Vila Guilherme – Trote
- Vila Prudente

b) “Ioga”

- Eduardo Leite Bacuri
- Ermelino Matarazzo
- Ibirapuera

- Interlagos
- Jaraguá
- Previdência
- Santo Amaro
- Vila Maria
- Vila Guilherme – Trote

APÊNDICE A – REVISÃO DE LITERATURA

- Data: 13/01/2025
- Palavras-chave: “práticas integrativas” e “CECO” e “saúde mental”
- Resultados encontrados:
 - SciELO: nenhum resultado
 - Portal CAPES: nenhum resultado
 - Pub Med: nenhum resultado
 - BVS: 01 resultado
 - Lilacs: 01 resultado
 - Google Acadêmico: 263 encontrados

Referências Encontradas: 263	
Referências identificadas: 265 Google Acadêmico: 263 BVS: 01 Lilacs: 01	Referências removidas antes do peneiramento: Textos não abertos: 06 Duplicadas: 02
Referências Utilizadas: 257	
Artigos: 44 Dissertações: 69 Teses: 41 Livros/ Anais/ Capítulo de Livro: 39 TCC Graduação: 54 TCC Residência: 10	
Referências Excluídas: 254	
Excluídas por se tratar de outros temas como: formação profissional, gravidez, envelhecimento, hipertensos, diabetes, população em situação de rua, biblioteconomia, tipologia, estudo arqueológico, processos de alta, HIV/AIDS, decisão Consuni e outros: Excluídas: 162	
Excluídas por se tratar de outros serviços do SUS que não são os Centros de Convivência da saúde mental como: NASF, ESF, CAPS, UBS, PET-SAÚDE, DE VOLTA PARA CASA, CECO do Idoso e outros: Excluídas: 92	

Referências Válidas: 02
1) Mapa, conceitos e travessia: as práticas integrativas e complementares em saúde no Sistema Único de Saúde (OTA, Laura lumi Nobre; DE CARVALHO, Yara Maria, 2023)
2) A Prática de Yoga como dispositivo no cuidado em saúde: cartografando experiências na atenção básica (PASTORI, Fernanda, 2019)

Descrição das referências válidas:

1) Título	Mapa, conceitos e travessia: as práticas integrativas e complementares em saúde no Sistema Único de Saúde
Tipo	Artigo
Revista	Revista Brasileira de Educação Física e Esporte
Autoria	Laura lumi Nobre Ota, Yara Maria de Carvalho
Ano	2023
Resumo	As práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) são uma realidade no cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) e nesses últimos anos têm se expandido. Esta pesquisa qualitativa, a partir de entrevistas individuais, resultou em um mapa que mostra autores e obras usados como referencial por profissionais de saúde responsáveis pelas PICS no CECO e Cooperativa (CECCO) Parque Ibirapuera, para orientar as práticas. São conexões, conceitos, sentidos e significados atribuídos às PICS e às relações com a saúde. Em diálogo com Antônio Cândido e ao encontro de Guimarães Rosa discutimos a formação em saúde problematizando o pensar sobre a prática. Os encontros e desencontros acontecem nos diferentes caminhos e instigam minha travessia, sem começo e sem fim.
Link	https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/02/879517/1695-81

2) Título	A Prática de Yoga como dispositivo no cuidado em saúde: cartografando experiências na atenção básica
Tipo	Dissertação
Instituição	UNICAMP
Autoria	Fernanda Pastori
Ano	2019

Resumo	Dentro do contexto das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no SUS, podemos destacar a prática de yoga como um dispositivo no cuidado em saúde. O presente estudo tem por objetivo acompanhar os processos de produção do cuidado em saúde e subjetivação, a partir do encontro com o dispositivo da prática de yoga em dois serviços de saúde da rede do município de Campinas-SP, e as implicações dessa produção em quem a pratica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo pesquisa intervenção, que utilizará como instrumentos metodológicos, a observação participante, entrevistas e diários de campo. Como critério de participação na pesquisa, os sujeitos serão as pessoas que frequentam os grupos de yoga, há pelo menos seis meses, nos dois serviços pesquisados. O referencial teórico metodológico utilizado será a cartografia. A partir da análise dos dados, identificamos os impactos da prática de yoga na produção do cuidado em saúde e na subjetividade de quem a pratica, entendendo-a como um dispositivo, que produz encontros e corpos potentes, sujeitos autônomos, emancipação e cuidado de si, a partir de, pelo menos cinco modos de ativação: Ativação do corpo; ativação da percepção de si e das relações consigo; ativação de novas formas de se relacionar com o sintoma e a doença; produção de cuidado das relações interpessoais externas ao grupo e adjetivação de experiências e gratidão. Conclui-se ainda que a yoga em grupo, ao tornar-se algo pulsante no cotidiano do SUS, pode contribuir para superar as cisões entre práticas de promoção, prevenção e tratamento em saúde; bem como a dicotomia entre espaço de tratamento e experiências da vida cotidiana, colaborando para a desmistificação e deselitização do yoga, que em muitos aspectos pode ser também capturada por forças e ações de disciplinarização de corpos individuais e coletivos.
Link	file:///C:/Users/alvin/Downloads/pastori_fernanda_m%20(1).pdf

APÊNDICE B – NOVO MAPEAMENTO DAS PCI NOS CECO

CECCO	Quantidade	Práticas
A	03 profissionais 02 auxiliares	• Chi kung • Dança Circular • Qi Gong • Lian Gong anterior e posterior • Meditação • Tai Chi Pai Lin • Yoga (alongamento e capoterapia)
B	03 a 04 profissionais	• Chi kung • Dança Circular • Yoga
C	03 profissionais	• Dança Circular • Tai Chi Pai Lin
D	02 profissionais	• Dança Circular • Meditação • Tai Chi Pai Lin • Yoga
E	03 profissionais 02 voluntários	• Dança Circular • Do In • Lian Gong • Tai Chi Chuan • Tai Chi Pai Lin
F	01 profissionais	• Yoga • Lian Gong
G	x	O CECCO não possui práticas corporais, eles fazem parceria com o parque no qual estão localizados
H	03 profissionais	• Chi kung • Dança Circular • Lian Gong • Meditação • Reiki • Yoga
I	01 profissional	• Dança Circular • Meditação
J	02 profissionais	• Xing • Dança Circular • Lian Gong 18 Terapias • Tai Chi Pai Lin
K	08 profissionais (02 cada prática)	• Dança Circular • Tai Chi Pai Lin • Yan Kung • Yoga
L	Não respondeu	• Chi kung • Dança Circular • Lian Kung • Meditação • Tai Chi Pai Lin

		• Yoga
M	03 profissionais	• Chi kung • Dança Circular • Lian Kung • Tai Chi
N	01 profissional	• Dança Circular • Meditação • Yoga
O	02 profissionais	• Tai Chi • Yoga
P	03 profissionais	• Tai Chi • Yoga
Q	02 profissionais	• Lian Kung • Meditação
R	01 profissional 03 voluntários	• Afro mix • Lian Kung • Yoga
S	03 profissionais	• Lian Kung • Tai Chi Pai Lin • Yoga
T	05 profissionais	• Chi Kung • Dança Circular • Lian Kung • Meditação • Tai Chi Pai Lin • Yoga

APÊNDICE C – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

1. Identificação • Nome: • Sexo: • Raça/etnia: • Idade: • CECO:
2. Compreender o perfil e o percurso profissional para trabalhar com as práticas corporais integrativas no CECO. • Qual é sua formação profissional e tipo de vínculo empregatício? • O que o levou a trabalhar com práticas corporais integrativas? • Como você se capacitou para trabalhar com as práticas corporais integrativas?
3. Mapear quais práticas corporais integrativas são oferecidas e como são organizadas e planejadas no CECO. • Quais práticas corporais integrativas você oferece atualmente no CECO? • Como essas práticas são organizadas e planejadas? • Como você identifica as necessidades dos participantes para adaptar ou escolher as práticas?
4. Compreender a percepção dos profissionais sobre os benefícios das práticas corporais integrativas para os participantes, especialmente em relação à saúde mental. • Quais são os principais benefícios das práticas corporais integrativas para os participantes? Especialmente na saúde mental?
5. Identificar os principais obstáculos e dificuldades enfrentados pelos profissionais ao desenvolver as práticas corporais integrativas no CECO. • Quais são os maiores desafios que você enfrenta para desenvolver as práticas corporais integrativas no CECO?
6. Explorar as percepções dos profissionais sobre as potencialidades para o desenvolvimento das práticas corporais integrativas nos Centros de Convivência • Quais são as potencialidades das práticas corporais integrativas para o CECO? Quais aspectos você acredita que deveriam ser fortalecidos e que trariam mais benefícios aos usuários?
7. Obter recomendações diretas dos profissionais sobre como implementar e aprimorar o trabalho com práticas corporais integrativas, com foco no CECO Cuca Fresca.

- Quais recomendações você daria para a implementação das práticas corporais integrativas em Centros de Convivência que ainda não as possuem?

APÊNDICE D - ROTEIRO DA OBSERVAÇÕES

1. Identificação: • CECO: • Data/ Horário de início e fim: • Prática corporal integrativa: • Profissional responsável: • Número de participantes: • Descrição breve do grupo:
2. Descrição da preparação da atividade: • O espaço é organizado e preparado para a atividade? • É utilizado algum material? • Como o profissional acolhe os participantes?
3. Descrição da dinâmica de trabalho dos profissionais: • Qual o conteúdo das falas do profissional para os usuários? • Há estímulo para uma participação ativa dos participantes? • Há ações em que os profissionais adaptam ou ajustam as práticas corporais integrativas às condições dos usuários?
4. Interações e colaborações dos profissionais dos Centros de Convivência: • Há momentos de escuta ativa? • Há estímulos para a interação entre os participantes? • Há alguma atividade desenvolvida junto a outro profissional? • Há algum tipo de trocas de ideias, apoio ou feedbacks entre eles?
5. Desafios e estratégias dos profissionais: • Quais dificuldades são perceptíveis durante a execução das práticas? • Quais tipos de soluções ou estratégias utilizam para superar os desafios ou imprevistos?
6. Impressões gerais • Pontos fortes na condução do profissional • Desafios observados • Outras observações relevantes

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DANÇA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada **"Práticas corporais integrativas e saúde: experiências em Centros de Convivência da rede de atenção psicossocial"**. Meu nome é Alvina de Bastos, sou a pesquisadora responsável, sob a orientação da Prof^a. Dr^a Priscilla de Cesaro Antunes na área de atuação da Educação Física e Saúde Mental. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra ficará comigo. Esclareço que em caso de recusa na participação, em qualquer etapa da pesquisa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pelo (a) pesquisador (a) responsável, via e-mail alvina@discente.ufg.br e, através do(s) seguinte(s) contato(s) telefônico(s): (62) 98115-5352. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62) 3521-1215, que é a instância responsável por dirimir as dúvidas relacionadas ao caráter ético da pesquisa. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CEP-UFG) é independente, com função pública, de caráter consultivo, educativo e deliberativo, criado para proteger o bem-estar dos/das participantes da pesquisa, em sua integridade e dignidade, visando contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos vigentes.

A presente pesquisa tem como objetivo geral "Analisar possibilidades de trabalho com práticas corporais integrativas em Centros de Convivência da Saúde Mental". Para o desenvolvimento dessa investigação será realizada uma entrevista com você e o grupo no qual você trabalha poderá ser visitado para uma observação presencial, de acordo com a sua disponibilidade e necessidade desse estudo.

Você participará de uma entrevista semiestruturada online com perguntas abertas a respeito do trabalho desenvolvido no CECO com práticas corporais

integrativas. E para isso deverá reservar um período de 40 a 60 minutos, incluindo a leitura deste termo. Caso seu grupo de prática corporal integrativa seja selecionado para visita, será realizada uma observação presencial apenas da atividade referente a este grupo, no dia e horário previamente acordado. Em caso de danos, você tem o direito de pleitear indenização, conforme previsto em Lei.

Se você não quiser que seu nome seja divulgado, está garantido o sigilo que assegure a privacidade e o anonimato. As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos durante a aplicação da entrevista e observação, que envolvem a possibilidade de constrangimento, presença de questões sensíveis de condições socioeconômicas, desconforto e/ou cansaço. Ademais, pesquisas realizadas em ambientes virtuais podem gerar riscos quanto a quebra de sigilo ou segurança de dados. Todavia, a pesquisadora se compromete com a não divulgação desses dados, mantendo total sigilo e respeito com a confidencialidade das informações e privacidade dos participantes em todos os momentos e circunstâncias, minimizado por meio de codificação por número nos instrumentos de coleta e ao término da coleta de dados será realizado um download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local. Além disso, os dados colhidos serão unicamente utilizados para pesquisa pelos responsáveis pelo estudo.

Por fim, elencam-se como benefícios deste estudo a ampliação do escopo e do conhecimento acerca da temática. Os resultados procedentes da pesquisa contribuirão para o aumento de estudos sobre práticas corporais integrativas e Centros de Convivência da saúde mental, possibilitando a ampliação dessas práticas em outros Centros de Convivência, como é o caso do CECO Cuca Fresca, em Goiânia-GO.

Durante todo o período da pesquisa e na divulgação dos resultados, sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de alguma forma, identificar-lhe, será mantido em sigilo. Todo material ficará sob minha guarda por um período mínimo de cinco anos.

Pode haver também a necessidade de utilizarmos sua opinião em publicações, faça uma rubrica entre os parênteses da opção que valida sua decisão:

☐ Permito a divulgação da minha opinião nos resultados publicados da pesquisa.

☐ Não permito a divulgação da minha opinião nos resultados publicados da pesquisa.

Pode haver também a necessidade de utilizarmos sua imagem em publicações, faça uma rubrica entre os parênteses da opção que valida sua decisão:

☐ Permito a divulgação da minha imagem nos resultados publicados da pesquisa.

☐ Não Permito a divulgação da minha imagem nos resultados publicados da pesquisa.

Pode haver necessidade de dados coletados em pesquisas futuras, desde que seja feita nova avaliação pelo CEP/UFG. Assim, solicito a sua autorização, validando a sua decisão com uma rubrica entre os parênteses abaixo:

☐ Permito utilizar esses dados para pesquisas futuras.

☐ Não permito utilizar esses dados para pesquisas futuras.

Declaro que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não.

Eu,,
abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado **"Práticas corporais integrativas e saúde: experiências em Centros de Convivência da rede de atenção psicossocial"**. Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) responsável **Alvina de Bastos** sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Goiânia, de de

Assinatura por extenso do (a) participante

Assinatura por extenso do (a) pesquisador (a) responsável