



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

SARAH LAVÍNIA PEREIRA DE MORAIS

CONTRIBUIÇÕES DA BIODANÇA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

CAMPINA GRANDE

2021

SARAH LAVÍNIA PEREIRA DE MORAIS

CONTRIBUIÇÕES DA BIODANÇA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado a/ao Coordenação/Departamento do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Área de concentração: Políticas Públicas, Relações Comunitárias e Cidadania

Orientadora: Prof^a. Dr^a Josevânia da Silva

CAMPINA GRANDE

2021

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M827c Morais, Sarah Lavínia Pereira de.
Contribuições da biodança para promoção da saúde
[manuscrito] / Sarah Lavinia Pereira de Morais. - 2021.
26 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2021.

"Orientação: Profa. Dra. Josevânia da Silva, Coordenação
do Curso de Psicologia - CCBS."

1. Biodança. 2. Promoção da Saúde. 3. Práticas
Integrativas e Complementares. I. Título

21. ed. CDD 302

SARAH LAVÍNIA PEREIRA DE MORAIS

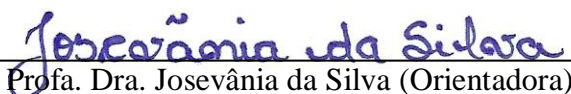
CONTRIBUIÇÕES DA BIODANÇA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), em formato de artigo, apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial para a obtenção do título Bacharel/Licenciado em Psicologia.

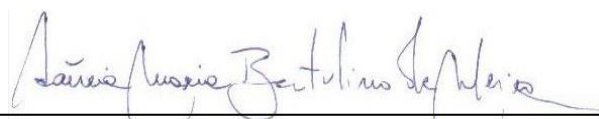
Área de concentração: Políticas Públicas, Relações Comunitárias e Cidadania.

Aprovado em: 02/06/2021

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Josevânia da Silva (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Laércia Maria Bertulino de Medeiros
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Wilmar Roberto Gaião
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Ao meu amor, à minha família, aos meus queridos amigos, e a todos que até aqui foram e são meus mestres e professores.

“Que tudo pesado se torne leve, todo corpo,
dançarino, e todo espírito, pássaro” (Nietzsche).

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE	08
2.1	Aspectos conceituais.....	08
2.2	O movimento de Promoção da Saúde.....	11
3	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	13
4	BIODANÇA COMO PRÁTICA INTEGRATIVA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE	15
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
	REFERÊNCIAS	21

CONTRIBUIÇÕES DA BIODANÇA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Sarah Lavínia Pereira de Morais¹

Josevânia da Silva²

RESUMO

As Práticas Integrativas e Complementares vêm contribuindo para a Promoção da Saúde. É nesse contexto que a Biodança se insere enquanto prática expressiva corporal e integral, contribuindo para esse campo interdisciplinar, pautada numa perspectiva de saúde psicossocial. Este estudo teve por objetivo discorrer sobre as contribuições da Biodança para a promoção da saúde através de revisão narrativa da literatura. Para tanto, inicialmente, foram realizadas considerações sobre as mudanças ocorridas no conceito de saúde e sua relação com o paradigma de promoção de saúde. Depois, discorreu-se sobre as Práticas Integrativas e Complementares no âmbito da Promoção da Saúde. Por último, foram abordados os aspectos históricos e conceituais sobre a Biodança e suas contribuições para a promoção de saúde. A Biodança parte de um questionamento epistemológico que a faz caminhar numa direção que a aproxima do campo Promoção da Saúde. Ela contribui com este campo a partir do momento em que possui dentro de seu escopo teórico e paradigmático um nível de integralidade que faz compreender o indivíduo num contexto psicossocial. Observa-se que existe, ainda, uma quantidade pequena de estudos com o tema da Biodança com relação à promoção da saúde.

Palavras-chave: Biodança. Promoção da saúde. Práticas Integrativas e Complementares.

ABSTRACT

Integrative and Complementary Practices have been contributing to Health Promotion. It is in this context that Biodanza is inserted as an expressive body and integral practice, contributing to this interdisciplinary field, based on a psychosocial health perspective. This study aimed to discuss the contributions of Biodanza to health promotion through a narrative review of the literature. To this end, initially, considerations were made about the changes that occurred in the concept of health and its relationship with the health promotion paradigm. Then, the Integrative and Complementary Practices were discussed in the scope of Health Promotion. Finally, the historical and conceptual aspects about Biodanza and its contributions to health promotion were addressed. Biodanza starts from an epistemological questioning that makes it move in a direction that brings it closer to the field of Health Promotion. It contributes to this field from the moment that it has within its theoretical and paradigmatic scope a level of integrality that makes the individual to be understood in a psychosocial context. It is observed that there are still a small number of studies on the topic of Biodanza in relation to health promotion.

Keywords: Biodanza. Health promotion. Integrative and Complementary Practices.

¹ Aluna de graduação em Psicologia na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

E-mail: sarahlavinia@uol.com.br

² Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

E-mail: josevaniasco@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A promoção da saúde envolve um conjunto de ações e práticas que visam a proteção, manutenção e potencialização da saúde. Nesse sentido, considera-se que a promoção de saúde é anterior à prevenção de enfermidades, apesar de muitas vezes ambas estarem intimamente relacionadas (ALVES, 2008; ALVES & EULÁLIO, 2011).

No início da década de 1970, começando pelo Canadá, foram surgindo novos modelos de se pensar políticas de saúde tendo em vista o campo da promoção da saúde (BUSS, 2003). Buss (2003) explica que esse movimento se deu na medida em que se reagia à ineficácia e aos altos custos da prática hegemônica biomédica-curativa-assistencial nos sistemas de saúde existentes.

No Brasil, sobretudo no final da década de 1970 e início da década de 1980, a expressão promoção da saúde foi amplamente difundida no cenário das lutas sociais pelo direito à saúde (MALTA et al., 2006). Contudo, é só em 2006 que se passa a vigorar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que tem como principal objetivo “promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” (BRASIL, 2015, p. 11).

Refletindo sobre a implementação dessa política, Buss (2003) traz o conceito de promoção da saúde associado aos valores democráticos e de afirmação da cidadania: equidade, autonomia, solidariedade, valor à vida e à saúde. Segundo o autor, trata-se de uma combinação de estratégias para ações em saúde que devem envolver o Estado, a comunidade, os indivíduos, o sistema de saúde e vínculos intersetoriais. Ou seja, a noção de promoção da saúde considera responsabilização múltipla dos diversos atores sociais. Trata-se de uma orientação ética para um modelo de cogestão, como preconizado pelo Ministério da Saúde (2009) na atuação dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Há nesse entendimento a proposta de elaboração, aplicação e avaliação de ações/programas endereçados à educação, proteção e aumento da saúde, que devem considerar o âmbito individual e coletivo (ALVES & EULÁLIO, 2011). Compreende-se que tais ações devem se voltar às especificidades epidemiológicas de cada comunidade, no sentido de ampliar as potencialidades saudáveis das mesmas, conforme o princípio do SUS de territorialidade (ALVES & EULÁLIO, 2011). Dessa forma, através dos movimentos de democratização da saúde, que incluiu a Reforma Sanitária, assim como a Reforma Psiquiátrica, foi-se reconhecendo também, paulatinamente, diferentes e mais ampliadas perspectivas sobre a saúde que não a reduzem unicamente à ausência de doença e levam em conta suas dimensões psicossociais, voltando-se a ideia de integralidade e bem-estar.

É dentro do cenário de uma noção ampliada de saúde que a Biodança tem sido apontada como uma prática importante nos processos de cuidado e promoção de saúde numa perspectiva integral (GÓIS & RIBEIRO, 2008; CASTAÑEDA, 2009; D’ALENCAR et al., 2006; D’ALENCAR et al., 2008). Isto significa que saúde deve ser compreendida não meramente como ausência de doença, mas relacionada ao bem-estar psicológico, social, espiritual, dentre outros aspectos. A dança, assim como o grito e o canto, é considerada uma forma de comunicação, anterior à palavra, inerente ao ser humano (TORO, 2002).

A Biodança, que se traduz como a “dança da vida”, foi teorizada pelo psicólogo chileno Rolando Toro (1924-2010), entre 1968 e 1973, a partir do seu desejo de buscar diferentes modos de viver, que se distanciassem de ideologias totalitárias e alienantes (TORO, 2002). Além disso, o referido autor questionava a cultura contemporânea pautada na cisão entre natureza e cultura, em que se supervaloriza a razão em detrimento dos instintos, e em que o consumo e a apatia nas relações tornaram-se imperativos.

Através da Biodança seria possível não simplesmente dançar, mas realizar movimentos e gestos humanos naturais, capazes de despertar, além de potencialidades afetivas, vias de comunicação e intimidade do sujeito consigo mesmo, com os semelhantes e com a natureza, podendo ser caracterizada como uma dança terapêutica contemporânea (TORO, 2002). Tal prática corporal-vivencial é concebida por seu criador como um “sistema de integração humana, de renovação orgânica, de reeducação afetiva, e de reaprendizagem das funções originais da vida” (TORO, 2002, p. 33).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir da década de 1970, passou a expressar, principalmente através do documento Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2014–2023, incentivos aos seus estados-membros para elaborar e implementar políticas públicas da área das Medicinas Tradicionais nos sistemas nacionais de saúde, assim como o desenvolvimento de estudos científicos que amparem a segurança e eficácia de tais práticas. O documento afirma que tais abordagens de cuidado vêm se mostrando importantes no que diz respeito à prática de uma saúde global (BRASIL, 2018; BRASIL, 2017).

No Brasil, em 2006, foi legitimada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), na medida em que também foi aprovado, pelo Conselho Nacional de Saúde, o documento técnico de diretrizes dessa política de atenção à saúde. Por sua vez, a portaria nº 849, de 27 de março de 2017, publicada pelo Ministério da Saúde, incluiu a Biodança, para além de outras 13 práticas, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). As Práticas Integrativas e Complementares (PIC`s), dentre elas a Biodança, se inserem no âmbito da promoção de saúde.

Tais práticas fazem uso de recursos naturais e não-invasivos para a prevenção de doenças e promoção da saúde, com foco na escuta, no acolhimento, no vínculo terapêutico e na perspectiva de integração do sujeito com seu ambiente e sociedade (BRASIL, 2018). Noções estas que vão ao encontro com proposta da Política Nacional de Humanização (PNH), que trazem o vínculo solidário, o acolhimento e escuta sensível como fundamentais na atenção à saúde e no diálogo entre usuário-equipe-serviços (BRASIL, 2008).

São poucos os estudos que discorrem sobre o papel das PIC`s na promoção de saúde, mesmo sabendo-se que elas estão pautadas numa noção positiva da saúde e nas relações educativas que tem por horizonte o diálogo e a solidariedade, o que colabora para promoção de saúde (TESSER, 2009). Identificam-se também, na literatura, poucos estudos a respeito da própria Biodança como promotora de saúde (GÓIS & RIBEIRO, 2008). Contudo, tem sido evidenciado que a prática da Biodança colabora para que as pessoas desenvolvam um conhecimento sobre o próprio crescimento, bem como permite um redimensionamento para novos estilos de vida baseados na saúde e no bem-estar (CASTAÑEDA, 2009).

Mediante o exposto, este estudo teve por objetivo discorrer sobre as contribuições da Biodança para a promoção da saúde através de revisão narrativa da literatura. Para tanto, inicialmente, foram realizadas considerações sobre as mudanças ocorridas no conceito de saúde e sua relação com o paradigma da promoção da saúde. Depois, discorreu-se sobre as Práticas Integrativas e Complementares no âmbito da Promoção da Saúde. Por fim, foram abordadas noções históricas e conceituais sobre a Biodança e suas contribuições para a promoção de saúde.

2 SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE

2.1 Aspectos conceituais

Ao se analisar o conceito de saúde, considera-se que, como todo conceito que faz referência ao sentido dado a uma ideia, ele é revestido de um olhar sociocultural em dado

momento histórico, tornando-se, assim, tarefa impossível encontrar uma (única) definição de saúde (GAUDÊNCIO, 2011). Em similar linha de raciocínio, Czeresnia (2003) afirma que “a saúde e o adoecer correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra” (p. 42). O que se pode considerar, então, é a existência de diversas “saúdes” ou de diversas experiências dos processos de saúde e do adoecer, e não de uma única saúde ideal a ser alcançada ou integralmente conceituada.

Não obstante, saúde pode ser considerada um problema relativo à filosofia, à ciência, à tecnologia, à política e a práticas, ao passo que também “diz respeito a uma realidade rica, múltipla e complexa, referenciada por meio de conceitos, apreensível empiricamente, analisável metodologicamente, e perceptível segundo seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 15). Assim, segundo Almeida Filho (2011), o conceito de saúde possui diversas facetas em sua conceituação, tais como: a) poder-se-ia compreender saúde como fenômeno, ou seja, atributo da realidade concreta, seja ela orgânica ou social, podendo ser conceituada de maneira negativa como ausência de doença, ou de maneira positiva em termos de funcionalidades/capacidades; b) saúde como metáfora, na medida em que são diversas as construções culturais e os diferentes sentidos e representações do conceito; c) saúde como medida, pois seria possível avaliar indicadores de riscos e estimadores de salubridade; d) saúde como valor, tanto como produto mercadológico quanto como direito social contemporâneo; e) saúde como práxis enquanto ações de atenção e de cuidados voltados para a melhoria da qualidade de vida, elaboradas a partir de campos de saber e realizadas através de instituições ou do mercado, em “redes” sociais.

Para melhor lidar com a problemática da saúde, seria preciso um esforço para que os modelos teóricos superem a referência única na patologia (ALMEIDA FILHO, 2011). É necessário considerar as possibilidades de processos de promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde e que não sejam só individuais e mecanicistas. Saúde não significa meramente a ausência de doenças e, nesse sentido, não caberia unicamente à biomedicina ocupar tão predominante e hegemonicamente este campo (ALMEIDA FILHO, 2011).

Quando se considera a complexidade das experiências do processo de saúde e do adoecer e as formas (portanto reducionistas) de se produzir conhecimento sobre tais processos, compreende-se que o entendimento sobre saúde exige um olhar dialético, que inclua também a dimensão subjetiva das vivências. Para Czeresnia (2003), deve-se criticar as perspectivas que velam os limites das construções científicas, se fazendo necessário redimensioná-las, de modo que dialoguem com diferentes possibilidades de apreensão da realidade, como a filosofia.

Sem abrir mão de ter conhecimento de causa dos saberes científicos, é preciso recolocar a importância do papel da filosofia, da arte e da política [...]. Trata-se da renovação de velhas filosofias que foram esquecidas e marginalizadas pela crença desmedida na razão e no poder de controle e domínio do homem (CZERESNIA, 2003, p. 44).

Saúde enquanto fenômeno polissêmico, multifacetado e multideterminado, e enquanto objeto plural, complexo e mutante, exigiria a formulação de uma teoria geral da saúde que considere as limitações das ciências sociais e das ciências da saúde (ALMEIDA FILHO, 2011). É a partir deste horizonte teórico que se considera a elaboração de um conceito holístico sobre a saúde, que fomente a proteção, promoção, manutenção e recuperação em saúde, e também faça desenvolver práticas transdisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais, em congruência com os níveis de complexidade das hierarquias tanto biodemográfica (organismo-grupo-população) quanto sociocultural (sujeito-família-sociedade-cultura) que abarcam as questões relativas aos processos de saúde-doença-cuidado (ALMEIDA FILHO, 2011). Assim, uma teoria geral da saúde “[...] implica modos

alternativos de compreensão, respeitando a complexidade dos objetos e a pluralidade das distintas aproximações científicas de um problema interdisciplinar” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 148).

A ideia de promover saúde surgiu em paralelo a essa perspectiva ampla e a essa questão epistêmica (a respeito da saúde). Consequentemente, a promoção da saúde envolveria uma multiplicidade de fatores que determinam a saúde: psicológicos, sociais, ambientais, físicos; e estaria relacionado também ao desenvolvimento de “participação coletiva e habilidades individuais” (BUSS, 2003, p. 9). Por isso promoção da saúde pode ser entendida com algumas expressões atuais como “colaboração intersetorial” ou “desenvolvimento sustentável”, tornando-se consistentemente relacionada às condições de vida (BUSS, 2003).

Em outras palavras, haveria um direcionamento para a criação de ambientes favoráveis que faz com que a promoção da saúde tenha “un carácter muy amplio” que “responde al compromiso ético de mejorar el potencial de salud socioecológico de las comunidades.” (ALVES, EULÁLIO, BROBEIL, 2009, p. 3). Não sem motivos, o processo de legitimação conceitual do campo da promoção da saúde veio junto a alguns tipos de lutas sociais, como os movimentos ecológico, feminista, de direito à moradia e à cidade (BUSS, 2003).

As primeiras noções do que seria promoção da saúde surgiram muito mais ligadas à lógica da biomedicina individual, com caráter preventivo. Verifica-se, inicialmente, a associação entre promoção da saúde e educação em saúde – o que envolve mudanças de estilos de vida e de comportamentos de risco a fim de evitar enfermidades (BUSS, 2003; ALVES, 2008; ALVES, EULÁLIO & BROBEIL, 2009; ALVES & EULÁLIO, 2011). Vale salientar que a prevenção indica, ainda, o foco e a referência na própria doença, ou no agente/fator de risco, e seu objetivo é diminuir ou extinguir sua incidência e prevalência nos indivíduos e/ou populações específicas (CZERESNIA, 2003; ALMEIDA FILHO, 2011).

Já a ideia de “promover” saúde aponta para um conceito positivo (BUSS, 2003), que remete ao sentido de “impulsionar” (CZERESNIA, 2003). Afirmar-se que práticas de proteção e promoção da saúde necessitam dessa perspectiva positiva da saúde (ALMEIDA FILHO, 2000, ALMEIDA FILHO, 2011). Embora exista a distinção semântica/teórica entre prevenção e promoção, a promoção da saúde pode ser pensada no âmbito da prevenção primária, caracterizando-se como conjunto de ações que antecedem o surgimento de doenças, ou de qualquer sintoma, e que visam o aumento da saúde (LEAVELL & CLARK, 1965, apud BUSS, 2003; ALVES, 2008; ALVES, EULÁLIO & BROBEIL, 2009; ALVES & EULÁLIO, 2011).

A promoção de saúde estaria dentro do leque da prevenção primária, e esta última junto à prevenção secundária e à terciária (ALMEIDA FILHO, 2011; ALMEIDA FILHO, 2000; BUSS, 2003; ALVES, 2008; ALVES, EULÁLIO, BROBEIL, 2009; ALVES & EULÁLIO, 2011). Contudo, muitos autores apontam a impossibilidade de delimitar fronteiras exatas entre prevenção e promoção, uma vez que suas práticas muitas vezes se confundem e atuam de modos complementares (BUSS, 2003; ALVES, EULÁLIO, BROBEIL, 2009; ALVES & EULÁLIO, 2011; ALMEIDA FILHO, 2011). Ademais, todas as práticas de prevenção de certa maneira contribuem para minimizar os sofrimentos causados por questões de saúde da população (ALMEIDA FILHO, 2000; 2011), e, portanto, contribuem para promover saúde.

Também é possível compreender promoção da saúde como campo de prática social (ALMEIDA FILHO, 2000; ALMEIDA FILHO, 2011). O referido autor afirma que o termo “campo”, criado por Bourdieu, se refere a um espaço social constituído de redes de relações entre diversos atores, grupo de atores, instituições e entre produções simbólicas, sociais e científicas, que se envolvem em relações de força/poder, e são capazes de implicar em produções e reproduções de saberes e práticas e ações/políticas.

Enquanto campo de práticas, a promoção da saúde se localiza dentro do campo de pesquisa/conhecimento da Saúde Coletiva. Esta, como campo interdisciplinar, se constitui também do campo disciplinar da epidemiologia e do campo de ação tecnológica do planejamento e gestão em saúde (ALMEIDA FILHO, 2000; ALMEIDA FILHO, 2011), bem como se associaria às ciências sociais e humanas (NUNES, 2009; ALMEIDA FILHO, 2011). A promoção da saúde, aqui, estaria num grupo conceitual de referência mais ampla (BUSS, 2003). Ela se colocaria como uma práxis que abarca estratégias de 1) prevenção, individual e populacional, de 2) proteção, de 3) promoção propriamente dita, e de 4) precaução em saúde (ALMEIDA FILHO, 2000, ALMEIDA FILHO, 2011).

A proteção à saúde se diferenciaria da prevenção, pois o foco seria na defesa e não nos riscos, seriam ações de aumento da imunidade e da resistência dos indivíduos e da coletividade; a promoção da saúde propriamente dita envolveriam reforços positivos no que concerne às questões e aos valores de saúde e bem-estar globais; e a precaução em saúde se referiria à antecipação de cenários imprevisíveis e construção de estratégias para tais emergências.

2.2 O movimento de Promoção da Saúde

Considerando uma perspectiva histórica, foi no Canadá onde surgiu o movimento da promoção da saúde, passando a ser reconhecida como um campo estratégico para novas políticas de saúde (BUSS, 2003). O Informe Lalonde, documento oriundo deste movimento, estabeleceu quatro focos para a saúde: 1) a biologia humana, composta pela maturação orgânica e herança genética, 2) o sistema de organização dos serviços, que inclui as atividades de cuidado curativa, preventiva e de recuperação, 3) o ambiente, que incluem fatores psicológicos, sociais e físicos, e 4) o estilo de vida, que trazem foco as atividades e atitudes de risco no trabalho, no lazer e nos padrões de consumo (ALMEIDA FILHO, 2011; ALMEIDA FILHO 2000). O documento assinalava o objetivo de superar o foco voltado apenas para a dimensão biológica, devido aos altos custos da prática curativa que dominavam os sistemas de saúde, bem como pelas limitações da abordagem unicamente biomédica diante do novo contexto epidemiológico das doenças crônicas (BUSS, 2003).

Após a publicação do Informe Lalonde, se seguiu o que se considera ser um dos eventos mais importantes para a saúde, por seu alcance em diversos sistemas de saúde do mundo: a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, organizada pela OMS e que ocorreu em Alma-Ata, em 1978 (BUSS, 2003). Nesta conferência estabeleceram-se oito fatores essenciais a serem trabalhados:

Educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil, incluindo planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos. (WHO/Unicef, 1978 apud Buss, 2003, p. 24).

Em 1986 ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no Canadá, que culminou na Carta de Ottawa, ao que já se discutia promoção da saúde para além da educação em saúde (BUSS, 2003). Nela foi adotado o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde, considerado como amplo e abarcando o bem-estar psicológico, físico, social e espiritual. Além disso, foi estabelecem cinco campos principais para promoção da saúde: 1) políticas públicas saudáveis, o que inclui medidas legislativas, organizacionais e de equidade em distribuições de recursos; 2) ambientes (escolar, laboral, de

lazer) favoráveis à saúde e proteção de recursos naturais; 3) ação comunitária, que inclui poder técnico e político das comunidades para lidarem com questões de saúde; 4) desenvolvimento de habilidades e de hábitos pessoais, envolvendo educação em saúde e consciência política; e 5) reorientação do sistema de saúde, para que se torne um modelo intersetorial, para além do assistencialismo. (BUSS, 2003; ALMEIDA FILHO, 2000; ALMEIDA FILHO 2011)

As conferências ocorridas no âmbito da promoção de saúde tiveram papel fundamental no fortalecimento deste movimento. A cada conferência, os debates sobre os determinantes em saúde eram ampliados e aprofundados, demarcando ainda mais sua importância. Dentre os aspectos relacionados aos determinantes de saúde, destacam-se: a educação (empoderamento, autonomia) em saúde; as políticas públicas e reorientação dos sistemas de saúde, com foco na intersetorialidade e diminuição das iniquidades sociais; a criação de ambientes favoráveis, no sentido do seu desenvolvimento social, natural, cultural, e sustentável; e a ação comunitária, tanto no nível de empoderamento em saúde das comunidades quanto no nível de questões e relações globais que a influenciam (BUSS, 2003). Coloca-se que tais campos devem ser pensados de forma conjunta (BUSS, 2003), o que direciona a uma práxis em saúde integral.

No Brasil, debates e conferências internacionais sobre promoção da saúde colaboraram para a construção do SUS. A conquista da universalização do direito à saúde como direito constitucional, ou seja, a institucionalização do SUS, ocorreu em concomitância e em consonância com o surgimento das ideias acerca da promoção da saúde no mundo (BRASIL, 2015; BUSS, 2008; MALTA et. al, 2016). A exemplo ressalta-se a incorporação da concepção ampliada de saúde (da OMS) ao SUS, através da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

A perspectiva da promoção da saúde também pode ser evidenciada nos princípios éticos do SUS, tais como equidade, participação social, autonomia, intersetorialidade, intrasetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade. Princípios estes que são citados no documento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), e que são cruciais para sua própria implementação (BRASIL, 2015). A PNPS teve, e ainda tem, como parte de suas referências as próprias cartas e declarações das conferências internacionais, assim como as que foram registradas e atualizadas em anos posteriores (MALTA et. al 2016; BRASIL, 2015). Além disso, nota-se que os debates internacionais convergem com essa política no que diz respeito aos seus temas prioritários, a saber: a) Formação e educação permanente; b) Alimentação adequada e saudável; c) Práticas corporais e atividades físicas; d) Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados; e) Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas; f) Promoção da mobilidade segura; g) Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos; e h) Promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Promoção da Saúde se constitui somente enquanto tal quando relacionada às demais políticas conquistadas dentro do SUS, tais como: a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan), a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Pnep-SUS), a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a Política Nacional de Atenção às Urgências, e as Políticas Nacionais de Saúde Integral de Populações Específicas, como as da população negra e da população LGBT (BRASIL, 2015).

Inclui-se ainda, nessa relação, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2015), ao passo que um dos seus objetivos específicos é: “valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares” (BRASIL, 2017; BRASIL 2015). Afirma-se que a PNPIC vem legitimar e promover alguns dos princípios e valores do SUS, como a universalidade de acesso aos serviços, a

integralidade nos níveis de assistência e a autonomia e a “corresponsabilização” em saúde (BRASIL, 2018). Nota-se que promover saúde no Brasil significa justamente promover a efetivação do SUS, sendo a PNPIC uma de suas molas propulsoras.

3 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E PROMOÇÃO DA SAÚDE

As PIC`s passaram a ser exploradas no ocidente de modo tangencial aos movimentos sanitários de promoção da saúde mundial. Em 1978, através da Conferência de Alma-Ata, a OMS começou a recomendar a utilização e legitimação das PIC`s (TESSER & SOUSA, 2012). Tratou-se de um movimento pela busca de modelos não biomédicos para compreender e lidar com as questões de saúde-doença-cuidado (TESSER & SOUSA, 2012).

O documento nomeado de *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023* (OMS, 2013) responde às necessidades identificadas nos trabalhos que foram realizados em alguns países a partir do documento *Estratégia de 2002-2005*, que já discorria sobre as Medicinas Tradicionais Complementares (MTC)³; estas que ainda são subestimadas em contextos de saúde. Trata-se de um documento que tem por objetivo auxiliar e orientar os estados-membro a criarem planos de ação e políticas que implementem MTC em seus sistemas de saúde, construindo bases de conhecimento, garantias de qualidade e segurança das práticas, fomentando e regulamentando formações, capacitações e serviços, e assegurando a possibilidade de escolha e autonomia dos usuários com relação a sua saúde (OMS, 2013).

Em 1986 - ano da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Ottawa) - aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que, dentro do histórico brasileiro, é considerada um marco por introduzir tais práticas de cuidado nos serviços públicos de saúde, visando possibilitar essa ampla escolha terapêutica (BRASIL, 2018). Mas foi entre os anos de 1985 e 2006, ano de implementação da PNPS, que a PNPIC foi instituída no Brasil (BRASIL, 2018), corroborando com o debate democrático e científico de diversas instâncias da saúde. Esse processo partiu de uma demanda da própria população e de experiências que já existiam em diversos estados brasileiros, nos quais existiam diversas práticas da medicina tradicional, como acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo/crenoterapia (BRASIL, 2018); o que denota a autonomia e a territorialidade do movimento.

As PIC`s se equivalem às Medicinas Alternativas e Complementares (MAC), nomenclatura utilizada na literatura internacional quando se referem a países onde, hegemonicamente, se trabalha com a racionalidade da biomedicina (TESSER & SOUSA, 2012). Em demais países, a OMS designa de Medicina Tradicional, por ser a medicina própria daquele local, fazendo parte da sua matriz histórico-cultural (SOUZA et al., 2012). Trata-se de sistemas, práticas e terapias em saúde que divergem da biomedicina ocidental.

As PIC`s se caracterizam pelo uso de ferramentas e cuidados não invasivos, que se balizam no referencial mais amplo sobre saúde (BRASIL, 2018). Muito embora essas práticas sejam também utilizadas na atenção terciária (assistencial) em saúde, seu objetivo maior é de prevenir o surgimento de sintomas/doenças e de promover saúde. Por isso, apontam-se as PIC`s como promissoras para diminuição da medicalização e do uso tecnologias de alta complexidade, reduzindo os gastos deste setor (TESSER & BARROS, 2008).

As formas de cuidado existentes nas PIC`s podem ou não estar em sistemas médicos complexos (racionalidades médicas) (LUZ, 1993). Tesser e Luz (2008) afirmaram que, ao se realizar um comparativo entre as racionalidades da biomedicina e as racionalidades da medicina tradicional chinesa, da ayurveda e da homeopatia, verifica-se que estas possuem sua

³ As MTC contemplam produtos, práticas e profissionais voltados para o cuidado integral em saúde (OMS, 2013).

própria eficácia e coerência dentro de seus sistemas de pensamento, indicando que não há como comumente se pensa apenas uma racionalidade médica (a biomedicina). Além de sistemas médicos complexos, incluem-se, dentro das PIC, terapias e/ou métodos diagnósticos, tais quais: terapias mente-corpo (como a meditação), terapias através de produtos naturais (como a fitoterapia), métodos de manuseio corporal, práticas corporais e terapias energéticas (TESSER & BARROS, 2008; TESSER, 2009). Tais formas de cuidado não possuem uma homogeneidade em sua conceituação, muito embora seja possível apontar algumas características em comum, tais como: a busca por terapêuticas (não-invasivas) que estimulam respostas naturais do próprio organismo; a perspectiva integral/holística sobre as questões de saúde - que contempla o indivíduo e seu entorno; a concepção da saúde como conceito positivo; e o estímulo a autonomia (SOUZA et al., 2012).

Uma característica presente nas PIC`s é a sua integralidade (TESSER & LUZ, 2008) uma vez que se balizam em concepções mais holísticas sobre saúde, abarcando dimensões física, mental, emocional, social e espiritual dos indivíduos (TESSER & BARROS, 2008; SOUSA et al., 2012); possuem, assim, um caráter interdisciplinar intrínseco. A integralidade envolveria dois fatores: 1) a relação doente-curador baseada no “pacto de cura”, em que a atenção do curador volta-se para a pessoa doente (não apenas para a doença), o que proporciona mais elaboração e ressignificação simbólica e emocional por parte da pessoa em processo de adoecimento (TESSER & LUZ, 2008; TESSER & BARROS, 2008); e 2) a própria referência epistemológica do saber especializado utilizado pelo curador, pois a mesma, que se expressa na interpretação diagnóstica e terapêutica, é mais integral tanto quanto for sua capacidade de globalidade e ao mesmo tempo de precisão, aspectos que aumentam a eficácia dos processos de cuidado (TESSER & LUZ, 2008).

Quando os saberes especializados já possuem a integralidade em seus sistemas simbólicos e interpretativos, isso se traduz em uma relação doente-curador mais qualificada, mais próxima (TESSER & LUZ, 2008). Aqui, o curador considera seu saber e o da pessoa adoecida no processo terapêutico. E com a centralidade no sujeito, as PIC`s têm o objetivo de que ele próprio tome consciência da sua relação consigo - com seu corpo e psiquismo (LUZ, 2005), já que se parte da noção de que cada indivíduo é capaz de produzir e/ou de reconstruir sua saúde, tomando para si a responsabilidade e a potencialidade de cura (TESSER & BARROS, 2008; TESSER, 2009). Isso se torna possível quando intimamente ligado a pactos de cura que se propõem como tipos de relações dialógicas, solidárias e humanitárias, conforme as Políticas de Humanização e de Educação Popular do SUS (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012).

A relação entre as PIC`s e a promoção de saúde pode ser evidenciada a partir de quatro eixos com polos complementares (TESSER, 2009), o autor afirma que para promover saúde 1) no primeiro eixo, deve haver ênfase tanto no individual quanto no social/coletivo; 2) no segundo eixo, também seria necessária a complementaridade, mas o polo da intersetorialidade deveria ser prioritário, em detrimento da setorialidade; 3) no terceiro eixo seria necessário mais ênfase a uma referência epistemológica de conceituação ampliada e positiva da saúde; 4) e no quarto eixo, se exigiria a ênfase numa educação emancipadora, em lugar do polo da educação autoritária e controlista.

As PIC`s, no que dizem respeito ao primeiro eixo, estariam voltadas para uma maior ênfase no indivíduo - como é comum em diversas tradições de cura -, o que inclui um objetivo de realizações e crescimento pessoal. No entanto, é apontado que muitas das práticas também se dão também coletivamente, inclusive fomentando consciência e atuações políticas (TESSER, 2009). Ressalta-se que nesse primeiro eixo as PICs atuam em ambos os polos, de modo complementar (TESSER, 2009).

Ao que se referem ao segundo eixo mencionado, essas práticas estariam mais voltadas para o setor específico da saúde, com algumas exceções em que elas apareceriam em

secretarias de cultura ou esporte (TESSER, 2009). Já em relação ao terceiro eixo haveria uma forte consonância com a promoção da saúde, por terem embutidas em suas práticas concepções positivas sobre a saúde e terapêuticas que visam o aumento ou aprimoramento da mesma (TESSER, 2009). O autor afirma, enfim, sobre o último eixo, da capacidade pedagógica solidária e dialógica contida nas racionalidades médicas tradicionais, que favorecem a um tipo de emancipação tanto psicológica quanto comunitária.

Pode-se dizer que a efetivação da PNPIC e a oferta dessas práticas na rede básica amplia a integralidade em saúde no SUS. Existem experiências brasileiras em que tal oferta, ao manter relações com a prática biomédica, fomenta um melhoramento da mesma (TESSER & LUZ, 2008). Compreende-se, portanto, que as PIC`s apontam para uma ética e referência integral em saúde, estimulando autonomia e participação social, o que nos remete a ideia de promoção da saúde, descrita por Buss (2003), como prática cidadã. Nesse sentido, tendo em vista o seu fortalecimento, em 2011 quatorze novas PIC`s foram inseridas no arsenal da PNPIC, e dentre essas práticas está a Biodança (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

4 A BIODANÇA COMO PRÁTICA INTEGRATIVA NA PROMOÇÃO DE SAÚDE

A Biodança surgiu no Chile a partir da história de vida do poeta, pintor e psicólogo Rolando Toro. Em meados da década de 1950, ele relata que passou a sentir, gradativamente, intuições, reflexões e afetos que depois o levariam a sistematizar a Biodança (TORO, 2002). Somado a isto, experiências e pesquisas feitas na década de 1970 tanto com pessoas sadias como com doentes mentais (TORO, 2002) no Centro de Estudo de Antropologia Médica da Escola de Medicina da Universidade do Chile e no Instituto de Investigações Psiquiátricas do Hospital Psiquiátrico de Santiago, assim como sua responsabilidade pela cátedra de Psicologia da Expressão no Departamento de Estética da Pontifícia Universidade Católica do Chile, o fizeram iniciar a criação do modelo do que veio a chamar de *Psicodanza* (REIS, 2012a; GÓIS & RIBEIRO, 2008; TORO, 2002). Nesse período, Toro tentava compreender o sofrimento humano (GÓIS, 2009) e suas investigações estavam voltadas para a dança e a música em suas relações com as emoções (TORO, 2002).

Em 1975, Toro começou a facilitar grupos de Biodança no Brasil, país onde ela começou se consolidar principalmente através da Associação Latino Americana de Biodança (ALAB) e das Escolas de Formação (GÓIS, 2009). Foi momento também em que Rolando Toro aprofundou os conceitos e modelos vivenciais do sistema, que oficialmente em 1978 passa a se chamar de *Biodanza*, mudança esta que sinaliza o seu sentido não-dicotômico e biocêntrico (diferentemente do termo *Psicodanza*) (GÓIS, 2009; TORO, 2002). Ressalta-se que o brasileiro Cezar Wagner de Lima Góis fundou e organizou, junto a Rolando Toro, a primeira escola de formação em Biodança, a Escola Nordestina de Biodança (ENEB), em Fortaleza (CE) (GÓIS, 2009). Atualmente, existem escolas de Biodança em 38 países do mundo⁴, e essa prática vivencial é possível de ser aplicada em contextos próprios do setor saúde, mas também em escolas e organizações (TORO, 2002; CASTAÑEDA, 2009).

A Biodança definitivamente não se trata de uma simples dança, terapia, ou esporte (REIS, 2012a), assim como também não é uma abordagem psicológica/psicoterapêutica (PINHO, 2009). Contudo, é possível tratá-la como uma prática expressiva corporal (BRASIL, 2017), e nesse sentido, sua entrada nas PIC`s, já se traduz como desenvolvimento de um dos eixos prioritários de atenção da PNPS - o de práticas corporais e atividades físicas. Rolando Toro, partindo de uma percepção ampliada à respeito da vida, definiu e propôs a Biodança como um *sistema* de integração e desenvolvimento humanos (TORO, 2002; GÓIS, 2009).

⁴ <https://www.biodanza.org/pt/ibf/escuelas-de-biodanza-srt>

Sua referência primeira parte de uma valorização a saberes tradicionais, já que se inspira no sentido originário e mais primitivo da dança, contido em diversas culturas tradicionais, a exemplo de danças órficas, tântricas, africanas, afro-brasileiras, danças circulares sufistas (que podem ser danças religiosas, orgiásticas, curativas, xamânicas, terapêuticas, artísticas, totêmicas⁵, “pírricas”⁶, etc.) (TORO, 2002). O referido autor resgatou em seus estudos antropológicos esse significado da dança que exprime uma identidade cultural e ao mesmo tempo um modo de ser no mundo, e que geralmente são meios para se alcançar estados, forças, e a própria sacralidade da vida e da natureza (TORO, 2002). A Biodança traria a potencialidade afetiva, visceral e vivencial das danças primitivas, bem como seus aspectos de espontaneidade e liberdade, o que retrataria uma sensação em que o dançarino se torna a própria dança: um estado permissivo em que se é conduzido e invadido pela música (TORO, 2002).

Percebe-se não se tratar de um sentido técnico da dança, ou da arte, como uma representação da realidade, como é o caso da dança clássica do *ballet*, por exemplo (REIS, 2012a; TORO, 2002); busca-se o entendimento da dança como “um movimento profundo que surge do mais íntimo do homem”, “movimento de vida, ritmo biológico, ritmo do coração, da respiração, impulso de vinculação da espécie” (TORO, 2002, p. 13), o que requer o desafio de resgatar a natureza que vem sendo instrumentalizada pela racionalidade ocidental (PINHO, 2009).

A Biodança é também referenciada como uma prática que parte de um campo interdisciplinar, tendo em vista que em sua criação perpassam diversos saberes, o que lhe permite pesquisas que dialogam com a Educação, Educação Física, Psicologia e Enfermagem. O modelo teórico da Biodança, que “apóia-se nos mais recentes achados da Biologia (Lovelock e Margulis), da Física (Prigogine, Capra e Bohm) e da Psicologia (Bateson, Wilber e Grof)” (GÓIS, 2009, p. 17), é atravessado também pela filosofia, sociologia, antropologia, Tradição e artes (GÓIS & RIBEIRO, 2008; PINHO, 2009; GÓIS, 2009). Esse modelo sistematiza conceitos como vivência, identidade, corporeidade, movimento, instinto, carícia, dança, regressão, afetividade. (GÓIS & RIBEIRO, 2008) e fundamentalmente baliza-se pelo *princípio biocêntrico* e pelo *método vivencial* (GÓIS & RIBEIRO, 2008; PINHO, 2009).

O biocentrismo significa que a Biodança traz em si uma perspectiva que se orienta a partir dos princípios da própria vida (GÓIS, 2009). O universo possuiria movimento de auto-organização que gera as melhores condições para a vida (GÓIS & RIBEIRO, 2008).

O princípio biocêntrico coloca seu interesse em um universo compreendido como um sistema vivo. [...] Tudo o que existe, dos neutrinos ao quasar, da pedra ao pensamento mais sutil, faz parte desse sistema vivo prodigioso. Segundo o princípio biocêntrico, o universo existe porque existe vida, e não o contrário. [...] dentro desse universo a vida se expressa segundo uma infinidade de formas (TORO, 2002, p. 51).

Segundo Pinho (2009) o princípio biocêntrico constitui o eixo paradigmático da Biodança. Esta autora, sem confundi-la como um tipo de abordagem psicoterápica, mas a considerando enquanto forma de pensar a complexidade humana, aborda as matrizes psicológicas em Figueiredo (1991), e localiza esse paradigma como próximo às Matrizes Vitalistas e Naturistas e à Matriz Compreensiva. Em síntese, essas matrizes trazem o enfoque (na experiência subjetiva) para a vivência concreta, vivência esta que é anterior à objetificação e à abstração (FIGUEIREDO, 2008).

⁵ Danças que ligam a corporeidade humana a movimentos, imagens, posturas e forças animais (TORO, 2002).

⁶ Danças “guerreiras” (japonesas e chinesas, como Tai-Chi-Chuan) (TORO, 2002).

O sentir-se vivo é fundante na Biodança (GÓIS, 2009) e nesse sentido a *vivência* se torna categoria epistemológica do seu sistema (PINHO, 2009). Ao se inspirar na vivência em Dilthey e na fenomenologia de Merleau-Ponty, a Biodança traz a dimensão pré-reflexiva, espontânea e imediata da vivência como via privilegiada de acesso à consciência e ao conhecimento (TORO, 2002; PINHO, 2009; GÓIS & RIBEIRO). A prioridade aqui é a vivência para depois se partir para os significados, muito embora não sejam excluídas as funções de pensamento, cognição e simbolização na Biodança (TORO, 2002; GÓIS, 2009; PINHO, 2009). Vivência é então definida como uma experiência de intensidade, no aqui e agora, e que envolve a sinestesia, o visceral e o emocional (TORO, 2002).

Através das principais características desse conceito é que foi estruturada a metodologia que induz as vivências nos encontros (TORO, 2002): os elementos utilizados neste “espaço ritualístico” (PINHO, 2009) são a música, o movimento e o encontro grupal (TORO, 2002; GÓIS & RIBEIRO, 2008; REIS, 2012a). Os encontros se dividem em uma parte inicial verbal, em que há conversações livres, falas a respeito da própria Biodança e também uma recapitulação do último encontro (REIS, 2012a). Na vivência, por sua vez, o facilitador estimula “o movimento, a expressão, a interação, a comunicação e o encontro entre os participantes, de maneira progressiva e protetora” (GÓIS, 2009, p. 59) em que os exercícios seguem uma curva de “ativação-regressão-reprogressão-ativação” (GÓIS, 2009, p. 59).

A Biodança age sobre as partes sãs (saudáveis) dos indivíduos (TORO, 2002), não havendo foco exclusivo nos sintomas (GÓIS & RIBEIRO, 2008), característica marcante das PIC's, como já citado. Nesse sentido, a vivência é terreno de expressão de potencialidades genéticas humanas (GÓIS, 2009), as quais Toro (2002) dividiu em cinco: as linhas de vivência da vitalidade, da sexualidade, da criatividade, da afetividade e da transcendência.

Percebe-se tanto no princípio biocêntrico, quanto no método vivencial, que visa estimular potencialidades humanas, um sentido positivo sobre o *fenômeno* da saúde. E aludindo à noção da saúde como *metáfora* (ALMEIDA FILHO, 2011), pode-se pensar a saúde como vida, e assim, criar as melhores condições para vida, ou desenvolvê-la, em todas as suas manifestações (ecológica, social, orgânica, psicológica, espiritual), significaria também o desenvolver da saúde (GÓIS, & RIBEIRO, 2008).

Tendo em vista que a saúde pode ser percebida com base nos efeitos das (diversas) condições de vida (ALMEIDA FILHO, 2011), a Biodança, ao passo que possui o intuito de re-educação para os estilos de vida (GÓIS & RIBEIRO, 2008) e que estimula de modo intenso processos de mudanças (ao se dar numa dimensão instintiva, intuitiva e afetiva) (PINHO, 2009), influiria também numa forma de viver mais ativa, em que os vínculos são fortalecidos e as pessoas passam a se perceberem melhor, gerando bem-estar e qualidade de vida (GÓIS & RIBEIRO, 2008). Alguns estudos corroboram com essas afirmativas ao apontar a Biodança como propulsora de mudanças no estilo de vida (CASTAÑEDA, 2009; SANTOS, et al., 2011) e na qualidade de vida (CASTAÑEDA, 2009; D'ALENCAR et al., 2008; LÓPEZ-RODRÍGUEZ et al., 2012; D'ALENCAR et al., 2006).

O sentido da transformação e da mudança (subjéctiva, interpessoal e orgânica) nas vidas dos que praticam Biodança aparece em algumas pesquisas. Em D'Alencar et al. (2006) essas mudanças são abordadas como um processo denominado de “renovação existencial” a partir da ideia de *autopoiesis*, que diz respeito à capacidade do organismo de produzir a si mesmo. Já Reis (2012b) afirma, a partir do conceito de identidade em Ciampa (1984, 1987) e em Toro (2002) - em que ela seria constantemente modificada/constituída na intersubjetividade -, que essas mudanças seriam como uma espécie de “dança do eu”: a Biodança estimula um movimento estético em que se faz engendrar novos modos de subjetivação. Infere-se em Reis (2013) que o corpo é palco subjéctivo dessas “metamorfoses”.

Castañeda (2009) identificou que os significados que os interlocutores de sua pesquisa atribuem à relação entre a Biodança e a promoção da saúde são: bem-estar interno, gozo, alegria, harmonia, capacidade de desfrutar, de sentir prazer, e de estar vivo para fluir e para comunicar-se. Verifica-se que essa prática propicia uma vida ativa, dinâmica, relaxante, integrada e sensível (SANTOS et al., 2011).

Segundo Castañeda (2009), a Biodança propõe que cada pessoa se torne responsável por seu próprio crescimento, de modo tal que os indivíduos participam ativamente dos seus processos de equilíbrio e de saúde. Para a mesma autora, através desse sistema se desenvolve a área de atitudes pessoais da promoção da saúde. A Biodança permite experimentações e adoções de novas maneiras de reagir frente à vida, de modo a quebrar com padrões de comportamento, e desvelar autonomia no cotidiano (CASTAÑEDA, 2009; SANTOS et al., 2011; D'ALENCAR et al., 2008; D'ALENCAR et al., 2006).

O enfrentamento da inibição e a timidez podem ser abordados como demonstrações desse tipo de quebra (D'ALENCAR et al., 2006), assim como o desenvolvimento de atitudes de menos repressão com relação às emoções (D'ALENCAR et al., 2008). O desenvolver de posturas psíquicas mais ativas e criativas são abordados nesses dois trabalhos com idosos praticantes de Biodança; o tema da liberdade, atrelado ao da autonomia, surge quando os autores afirmam como os participantes se desfizeram de amarras sociais que comumente são impostas a eles: superproteção, restrições sociais, físicas, etc. (D'ALENCAR et al., 2006; D'ALENCAR et al., 2008). Também foi identificada por estes autores uma diminuição de insegurança que se revela quando os idosos passaram a se expressar melhor.

A criação e apropriação do próprio espaço subjetivo são observadas através do protagonismo, no sentido de se assumir uma história possível de ser reescrita e de uma existência a ser reinventada. Fala-se também sobre o desenvolver de uma autoconfiança, bem como de uma prontidão para com a vida, através de uma proposta de viver o aqui e agora (SANTOS et al., 2011), uma outra forma de se falar a respeito de uma reconciliação com o momento presente, que se identifica no estudo de Reis (2012b, 2013).

O tema do autoconhecimento também surge nas pesquisas com Biodança. Reis (2012b) identifica nos participantes um processo de reconhecimento de si, em que se criam diferentes sensibilidades e percepções acerca de si mesmo e dos outros, e em Santos et al. (2011) verificou-se que os sujeitos passam a conhecer e perceber melhor seus medos, seus sentidos, suas emoções. Castañeda (2009) identificou que o trabalho com a linha da sexualidade favoreceu para o reconhecimento do próprio corpo e da própria identidade, o que se deu através do prazer, do afeto, da liberdade, do respeito, do encontro, do contato e das carícias (CASTAÑEDA, 2009). Santos et al. (2011) afirma que os praticantes de Biodança não são levados a atingir um ideal estético pré-estabelecido, algo reafirmado por Reis (2013) quando fala que o corpo na Biodança se desliga do ideal de corpo perfeito. Em D'Alencar et al. (2008) também nota-se uma aceitação do corpo e de suas funções e imagens modificadas pelo envelhecimento.

Observa-se também que a criatividade está entrelaçada a esses processos de transformação. Em Santos et al. (2011) aborda-se que a Biodança abre caminhos para a criatividade e para uma maior flexibilidade diante da vida, através da aceitação da mutabilidade da mesma. Afirma-se também que a interação faz com que essa potência criativa seja constantemente exigida, e assim se desenvolvem novos modos de se relacionar (D'ALENCAR et al., 2008; D'ALENCAR et al., 2006). O movimento, na Biodança, traz possibilidades de novas configurações e sensações do corpo, de modo que este se torna via de expressão da criatividade e de “novos espaços imaginários” (Reis, 2013, p. 1108). Castañeda (2009) identifica que os significados atribuídos pelos interlocutores da sua pesquisa à relação entre a linha de vivência da criatividade e a promoção da saúde seriam a inovação,

transformação, renovação, capacidade para resolver problemas e de gerar sensações de desfrute, gozo e liberdade.

Tais mudanças são recorrentemente trazidas como uma produção realizada nos encontros, ou seja, a partir do contato e da partilha das experiências (CASTAÑEDA, 2009; D'ALENCAR et al., 2006, D'ALENCAR et al., 2008; REIS, 2012b, 2013; SANTOS et al., 2011). Afirma-se que a Biodança dá lugar importante a potencialidade comunicativa (CASTAÑEDA, 2009) e que ela “[...] se caracteriza como uma experiência estética fundamentalmente intersubjetiva, pois ela implica necessariamente o outro e, nela, a expressão criativa da identidade é perpassada pela experiência da alteridade.” (REIS, 2012b, p. 32). Não sem motivos, também dentro da linha da criatividade, Castañeda (2009) traz sentidos em que esta se relaciona à melhora nos manejos emocionais, nas relações interpessoais, na cooperação, no respeito e na tolerância.

Com relação à emocionalidade, um estudo feito com mulheres demonstrou que a prática regular da Biodança em um grupo teve efeitos positivos na inteligência emocional (ABAD, CASTILLO & ORIZIA, 2014). Verificou-se que o grupo teve melhoras nas três dimensões da Inteligência Emocional Percebida (a percepção, a compreensão e a regulação das emoções), mas principalmente na primeira, e explica-se que na experiência da Biodança “se aborda conscientemente o desenvolvimento emocional”. (ABAD et al., 2014, p.19).

Sobre os efeitos nas relações interpessoais, discursos da pesquisa em D'alencar et al. (2008) abordam a percepção dos praticantes acerca da importância da rede de pessoas que participam das suas vidas. O toque, o abraço e o carinho também são citados como atitudes que os idosos passaram a vivenciar mais, ao passo em que ocorreu uma maior abertura para a vida interpessoal, de modo cooperativo e solidário (D'ALENCAR et al., 2006; D'ALENCAR et al., 2008). Reis (2012b) demonstrou, em seu estudo, a criação de vínculos mais carinhosos e amorosos, além de uma diferente sensibilidade acerca dos espaços e limites de si e do outro. Santos et al. (2011) também afirma sobre o desenvolver de uma maior facilidade para trocar carinhos, toques, olhares e abraços com os demais sem preconceitos. Finalmente, somente Reis (2013) trouxe exemplos da criação de uma nova sensibilidade para com a natureza.

De um ponto de vista metodológico, é possível também apontar a experiência do corpo na Biodança como possível contribuinte para com os objetivos da Psicologia Social, já que ela estimula o protagonismo e a transformação coletiva através da criação de novos modos de objetivação e subjetivação (REIS, 2013). Também se indica, nessa direção, a possibilidade da contribuição da categoria *vivência* para o aporte teórico-metodológico da Psicologia Comunitária (PINHO et al., 2009); estes autores afirmam que o recurso vivencial-interativo-grupal da Biodança, se bem utilizado, auxilia o desenvolvimento e fortalecimento da atividade comunitária.

Remeter à compreensão da saúde como *valor* (ALMEIDA FILHO, 2011) se faz coerente a esta altura, pois além do valor à vida, intrínseco ao princípio biocêntrico, observam-se aqui princípios éticos que vão ao encontro da afirmação da cidadania (BUSS, 2003). Um exemplo disso é o estímulo à autonomia, aspecto discorrido anteriormente, que converge com características que Luz (2008) atribui às PIC's de incentivo ao (re)conhecimento do próprio psiquismo e organismo. Ademais, a qualidade das relações na vivência da Biodança, que extrapola para a vida cotidiana de quem a pratica, baseia-se em vínculos de solidariedade e sensibilidade, com estímulo à participação social; caracterizam-se como tipos de relações que indicam qualidade e proximidade, o que Tesser & Barros (2008) (no contexto de processos de cuidado) atribuem a uma forte correlação com o nível de integralidade do próprio saber especializado envolvido, algo que se faz coerente quando trata-se do sistema Biodança.

A integralidade presente na Biodança também é verificável quando se abordam os níveis de assistência em que ela atua, pois além de permitir a promoção da saúde

propriamente dita e a proteção em saúde (ações anteriores à prevenção de enfermidades), ela também se demonstra promissora para prevenção de riscos e para reabilitação de sintomatologias já estabelecidas, agindo de modo complementar, como coloca Toro (2002).

Afirma-se que um dos objetivos desse método é a renovação orgânica (TORO, 2002), e que ele, ao seguir regras específicas, estimula a resistência ao estresse (CASTAÑEDA, 2009; GÓIS & RIBEIRO, 2008), reduz sintomas da ansiedade (GÓIS & RIBEIRO, 2008), e diminui ou extingue tensões motoras crônicas, sendo de grande ajuda para melhoramento de humor e fortalecimento do sistema imunológico (CASTAÑEDA, 2009). Aqui podemos começar a nos remeter à ideia de *medida* (em saúde) (ALMEIDA FILHO, 2011).

No que diz respeito à linha da vitalidade, Castañeda (2009) identificou em seu estudo sentidos atribuídos ao desenvolvimento do ímpeto vital e da energia do indivíduo para lidar com a realidade e se haver com ela através do movimento, da atividade-repouso, de tal modo que o organismo equilibra seus órgãos internos, em processos de autorregulação. Neste sentido, em D'Alencar et al. (2006) e em D'Alencar et al. (2008) observou-se melhora no condicionamento do corpo, bem como melhora na capacidade para se movimentar, descrita como vigor físico. Houve, no geral, redução de queixas e aumento da vontade de viver, da alegria de viver e do sentimento de ainda ser “forte”. Há também o exemplo em que um integrante deixou de sentir dores que anteriormente o levavam ao fisioterapeuta, e outro em que se descreve uma maior vitalidade e energia (D'ALENCAR et al., 2008).

A respeito da dor, destacam-se alguns estudos que têm demonstrado que a Biodança produz melhoras significativas em quadros de Fibromialgia (FM), apontando, principalmente, efeitos positivos sobre a redução da dor. Carbonell-Baeza et al. (2010) avaliaram que três meses de intervenção com Biodança com mulheres com FM, reduziu consideravelmente os níveis de dor e do impacto da doença; López-Rodríguez et al. (2012) em um programa de Biodança Aquática feito com mulheres, igualmente pôde constatar melhoras significativas com relação à esses mesmos dois fatores; López-Rodríguez et al. (2013), em estudo realizado com Biodança Aquática, com pacientes homens e mulheres com FM, avaliou, novamente, melhoras significativas dos sintomas de dor e do impacto da doença; e em outro estudo verificou-se que um programa de 3 meses, com 1 sessão de Biodança por semana, com um grupo de mulheres com FM, reduziu consideravelmente os graus de dores agudas bem como de dores cumulativas desse grupo (SEGURA-JÍMENEZ et al., 2017).

Afirma-se que, conseqüentemente à melhora de aspectos físicos, se desenvolve uma maior autonomia dos pacientes, ajudando na prevenção de problemas musculares advindos do sedentarismo, e permitindo menor dependência farmacológica e de serviços de saúde (LÓPEZ-RODRÍGUEZ et al., 2012), efeitos estes que as PIC's geralmente têm trazido aos usuários. Além disso, outros fatores nessas pesquisas foram avaliados: identificaram-se efeitos positivos na qualidade de sono e no estado de ansiedade (LÓPEZ-RODRÍGUEZ et al., 2013), além de melhorias com relação à depressão (LÓPEZ-RODRÍGUEZ et al., 2012).

Outro trabalho mediu os efeitos da Biodança tanto na imunidade quanto na sensação de relaxamento em um grupo de 13 pessoas, comparando as medidas antes e depois das sessões (STÜCK et al., 2009). Verificou-se que a Biodança colabora positivamente para a imunidade dos praticantes, bem como para o aumento dos níveis da Imunoglobulina A, o que reduz os riscos de infecções; com relação à sensação de relaxamento foi avaliado que a prática produziu efeitos positivos na redução de estresse (STÜCK et al., 2009).

Aludindo à Tesser (2009) quanto aos eixos em promoção da saúde, observa-se que a Biodança favorece 1) o polo intersetorial da prática em saúde, com o rompimento das fronteiras do setor da saúde; 2) tanto o pólo individual, ao estimular o desenvolvimento de habilidades e hábitos pessoais, como também o pólo coletivo, já que a prática se dá em grupos, estimulando a criação de ambientes favoráveis para a saúde, principalmente no âmbito das relações humanas; 3) o polo de uma educação libertadora em saúde, já que

estimula a autonomia em saúde; e 4) o polo de uma conceituação ampliada e positiva sobre a saúde, ao passo que propõe uma sensibilidade em prol da vida e para tudo que conspira em seu favor, para além dos interesses antropocêntricos, de domínio, de consumo, competição e individualismo, o que implica também em posicionamento ético-político diante dela (da vida) (PINHO, 2009; PINHO et al., 2009) e nos remete à compreensão da saúde como *práxis social* (ALMEIDA FILHO, 2011). Assim, embora não possa ser definido como um sistema médico complexo, conforme conceituado por Luz (1993), a Biodança tanto é terapêutica, quanto possui um constructo teórico e simbólico dotados de complexidade (VECCHIA, 2004), que possivelmente contribui para processos de cuidado mais qualificados e efetivos, conforme Tesser & Barros (2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Biodança parte de um questionamento epistemológico que a faz caminhar numa direção que a aproxima do campo Promoção da Saúde. Ela contribui com este campo a partir do momento em que possui dentro de seu escopo teórico e paradigmático um nível de integralidade que faz compreender o indivíduo num contexto psicossocial, desde as dimensões de organismo e genética humana, até as que tangem aspectos afetivos, emocionais, socioculturais, ecológicos e espirituais.

A prática da Biodança permite compreender a vida, ou a saúde, de forma ampla e positiva, para além do foco exclusivo na doença, caracterizando-se também como uma prática que estimula o próprio organismo a se autorregular e que incentiva a autonomia dos sujeitos, aspectos estes que vêm começando a delimitar o que são as PICs.

Através da Biodança é possível localizar a Psicologia como *um* saber-fazer que, ao vincular-se a tantos outros, pode tornar-se potente e compor o campo da saúde segundo propõe o paradigma da promoção da saúde. São notáveis as possibilidades de diálogo da Biodança com a Psicologia da Saúde no que se refere às mudanças no estilo de vida e à compreensão da subjetividade para além do patológico (através das linhas de vivência, por exemplo); e também com a Psicologia Social Comunitária, o que já vem sendo realizado em diversos contextos e evidenciado pela literatura. Como exemplo, a Biodança colabora para intervenções em psicologia comunitária ao dialogar com categorias teóricas deste campo de saber, tais como: vivência, identidade, atividade e protagonismo, bem como compreensões relacionadas às atividades grupais, à alteridade e às (inter)subjetividades.

Entretanto, observam-se poucos estudos com o tema da Biodança com relação à promoção da saúde. Muito embora a literatura existente considere a Biodança uma prática que vem contribuindo para este campo. Essas contribuições são evidenciadas em níveis de prevenção, promoção propriamente dita e reabilitação em saúde, dentro das suas especificidades. Verifica-se, no entanto, a necessidade de mais estudos nesse campo, principalmente com metodologias interdisciplinares, com utilização de instrumentos tanto qualitativos quanto quantitativos, com fins de tratar desse tema de acordo com sua complexidade.

REFERÊNCIAS

ABAD, M. T.; CASTILLO, E.; ORIZIA, A. C. Los efectos de un programa motor basado en la biodanza en relación con parámetros de inteligencia emocional en mujeres. **Cuadernos de Psicología del Deporte**, Murcia, n. 1, v. 14, p. 13-22, 2014.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 160p. (Coleção Temas em Saúde).

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O conceito de saúde e a vigilância sanitária:** notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas em saúde. Documento comissionado pela ANVISA para discussão no I Seminário Temático Permanente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, DF, 2000.

ALVES, R. F.; EULÁLIO, M. C.; BROBEIL, S. A. J. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, n. 2, v. 61, p. 1-12, 2009.

ALVES, Railda Fernandes. **Intervenciones de profesionales en el campo de la salud:** estudio antropológico comparativo en Brasil, España y Portugal. 2008. Tese (Doutorado em Antropologia). Universidad de Granada, Granada, España. 2008.

ALVES, R. F. & EULÁLIO, M. Abrangência e níveis de aplicação da Psicologia da Saúde. *In:* ALVES, R. (org). **Psicologia da Saúde:** teoria, intervenção e pesquisa. Campina Grande: EDUEPB, 2011, p. 65-88.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 849 do dia 27 de março de 2017.**

BRASIL, Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização - **HumanizaSUS. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS.** 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf. Acesso em: 6 out. 2019.

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., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_praticas_integrativas_complementares_sus_2ed_1_reimp.pdf. Acesso em: 6 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Gestão participativa e cogestão/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf. Acesso em: 6 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: **PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 12 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde.** Comitê Nacional de Educação Popular em

Saúde - CNEPS, Brasília, 2013. Disponível em:
[https://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/03/3.b\)%20Pol%C3%ADtica%20Final_21.05.2013.pdf](https://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/03/3.b)%20Pol%C3%ADtica%20Final_21.05.2013.pdf). Acesso em: 12 nov. 2019.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção de saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 15-38.

CARBONELL-BAEZA, A. et al. Efficacy of Biodanza for Treating Women with Fibromyalgia. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, Nova York, n. 11, v. 16, p. 1191–1200, 2010.

CASTAÑEDA, Gloria Maria Clavijo. La biodanza como práctica corporal en relación con la promoción de la salud. **Revista Educación física y deporte**, Antioquia, n. 28, v. 2, p. 81-90, 2009.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção de saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

D'ALENCAR, B. P. et al. Biodança como processo de renovação existencial do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 5, v. 61, p. 608-14, 2008.

D'ALENCAR, B. P.; MENDES, M. M. R.; JORGE, M. S. B.; RODRIGUES, M. S. P. Significado da biodança como fonte de liberdade e autonomia na auto-reconquista no viver humano. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, p. 48-54, 2006.

GAUDÊNCIO, Edmundo de Oliveira. Saúde: apontamentos topográficos para a cartografia de um conceito. *In*: ALVES, R. (org). **Psicologia da Saúde**: teoria, intervenção e pesquisa. Campina Grande: EDUEPB, 2011, p. 127-146.

GÓIS, C. W. L. & RIBEIRO, K. G. Biodança, saúde e qualidade de vida: uma perspectiva integral do organismo. **Revista Pensamento Biocêntrico**, Pelotas, n. 10, p. 43-65, 2008.

GÓIS, Cezar Wagner de Lima. **Biodança**: Identidade e vivência. 3 ed. Fortaleza: Edições Universidade Biocêntrica, 2009.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio Mendonça. **Matrizes do pensamento psicológico**. 14 ed. Petrópolis - RJ: Vozes, 2008.

LÓPEZ-RODRÍGUEZ, M. M. et al. Comparación entre biodanza en medio acuático y stretching en la mejora de la calidad de vida. **Atención Primaria**, n. 11, v. 44, p. 641-650, 2012.

LÓPEZ-RODRÍGUEZ, M. M. et al. Efectividad de la biodanza acuática sobre la calidad del sueño, la ansiedad y otros síntomas en pacientes con fibromialgia. **Med. Clin.**, Barcelona, 141(11), p. 471–478, 2013.

LUZ, Madel Therezinha. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XXI. **PHYSIS**, Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento), p. 145-176, 2005.

LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. **Série Estudos em Saúde Coletiva UERJ/IMS**, Rio de Janeiro, n. 62, p. 1-33, 1993.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 6, v. 21, p. 1683-1694, 2016.

BRASIL. PortalMS - **Portal Principal de Notícias da Saúde**, 2013/2020. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares> Acesso em: 19 mai. 2020.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: Uma história recente de um passado remoto. *In*: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec e Fiocruz, 2006, p 19-39.

OMS. **La estrategia de OMS sobre Medicinas Tradicionais**, 2013. Disponível em: https://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/. Acesso em: 11 mai. 2020.

PINHO, Ana Maria Melo de. As bases epistemológicas da biodança. **Revista Pensamento Biocêntrico**, Pelotas, n. 12, p. 107-124, 2009.

PINHO, A. M. M. de. et al. Psicologia Comunitária e Biodança: contribuições da categoria vivência. **Aletheia**, n. 30, p.27-38, 2009.

REIS, Alice Casanova dos. **A Dança da Vida: a Experiência Estética da Biodança**. 2012a. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012a.

REIS, Alice Casanova dos. A Dança do Eu: Sentidos da Experiência da Biodança nos Movimentos da Subjetividade. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, n. 1, v. 7, p. 23-33, 2012b.

REIS, Alice Casanova dos. Subjetividade e experiência do corpo em Biodança. **Estud. psicol.**, Rio de Janeiro, n. 3, v. 13, p. 1103-1123, 2013.

ROBLES, M. T. A.; VIERA, E. C.; PÉREZ, A. C. O. Los efectos de un programa motor basado en la biodanza en relación con parámetros de inteligencia emocional en mujeres. **Cuadernos de Psicología del Deporte**, n. 1, v. 14, p. 13-22, 2014.

SANTOS, D. S. R. dos. et al. A Biodanza e a Construção de Estilos de Vida. **Licere**, Belo Horizonte, v.14, n.1, 2011.

SEGURA-JÍMENEZ, V. et al. Biodanza Reduces Acute Pain Severity in Women with Fibromyalgia. **Pain Management Nursing**, v. 18(5), p. 318-327, 2017.

STÜCK, M.; et al. Psycho-Immunological Process Evaluation of Biodanza. **SIGNUM TEMPORIS - Journal of Pedagogy and Psychology**, Riga, n. 1, v. 2, p. 99-113, 2009.

SOUSA, I. M. C. et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Caderno Saúde Pública**, n. 11, v. 28, p. 2143-2154, 2012.

TESSER, Charles Dalcanale. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 8, v. 25, p. 1732-1742, 2009.

TESSER, C. D. & LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 1, v. 13, p. 195-206, 2008.

TESSER, C. D. & BARROS, N. F de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, n. 5, v. 42, p. 914-20, 2008.

TESSER, C. D. & SOUSA, E. M. C de. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde Soc.**, São Paulo, n. 2, v. 21, p. 336-350, 2012.

TORO, Rolando. **Biodanza**. 1 ed. São Paulo: Olavobrás, 2002.

VECCHIA, A. M. D. Aspectos da metodologia em Biodanza. **Revista Pensamento Biocêntrico**, Pelotas, n. 1, p. 7-24, 2004.

AGRADECIMENTOS

À professora Ana Cristina, por ter transmitido seu amor e paixão pela Educação e pela Psicologia.

À professora Laercia, por ter primeiro me apontado para a problemática (e bonita) diversidade epistemológica em Psicologia.

À professora Lígia por ter me oportunizado, em extensão universitária, momentos de inestimável aprendizado através da interlocução entre a Psicanálise e a Educação.

À professora Jailma, por ter-me feito encantar pela Psicanálise.

À professora Jadcely, por demonstrar que há tanto o que se alcançar de forma coletiva, simples e sensível, dentro da Psicologia.

À professora Thelma, por ter me acompanhado durante quatro anos de extensão em uma bonita jornada que me proporcionou vivências profundas, com pessoas inesquecíveis, além de aprendizados sobre uma Psicologia implicada politicamente.

Ao professor Wilmar, um mestre e uma referência como profissional, por todo o rico aprendizado em todas as experiências em pesquisas, em grupos e em estágio, e por me fazer me encantar pelos diálogos possíveis entre as diversas Psicologias.

À professora Josevânia, com quem tive o prazer de escrever este trabalho, por seu olhar atento, e pela sua prática profissional didática e sensível.

À professora Regina, com quem tive a experiência significativa do último estágio do curso.

A toda rede de funcionários da Universidade que contribuiu para minha formação e a fizeram acontecer.

À minha turma, por cada momento, dentro e fora da sala de aula, por terem me feito compreender muito mais sobre diferença, alteridade, escuta e diversidade.

Aos colegas de Centro Acadêmico, com quem tive aprendizados vivenciais que nenhuma grade curricular faz ter.

Às amigas Ana Clara e Thaynne, parceiras que me acompanharam, me apoiaram e me divertiram tanto nesse caminhar, grata pelo apoio imensurável.

Aos amigos Diego, Ludwig, João Gabriel, Amaro, Viviane, Victor Hugo, Jansen e Linnie, que estiveram comigo em momentos únicos, sou muito grata.

Aos primos, Lucas, Júnior e Neto, parceiros que também foram de grande importância nesse período.

Aos irmãos e parceiros, Mísia e Plínio, que são tão importantes para mim, os amo e sou grata por todo o companheirismo até aqui.

Aos meus pais, Plínio e Míria, meus amores e minhas referências, por todo suporte, dedicação e esforço nessa minha formação cidadã, são imensuráveis e eternos a minha gratidão e meu amor por vocês.

Ao meu amor, Marcos, com quem tive a enorme alegria de compartilhar boa parte dessa jornada, grata pelas alegrias e pelas inesquecíveis experiências, e grata por todo seu amor e cuidado.

A todos que encontrei nos caminhos dessa graduação e com quem partilhei experiências: gratidão!