

# *O sofrimento futuro pode ser evitado:* o yoga como estratégia na prevenção primária das doenças cardiovasculares

Léo Fernandes Pereira<sup>1</sup> (ORCID: 0000-0003-0441-9119) (leo.fernandes.pereira@gmail.com)

Charles Dalcanale Tesser<sup>1</sup> (ORCID: 0000-0003-0650-8289) (charles.tesser@ufsc.br)

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, Brasil.

**Resumo:** Este estudo tem como objetivo avaliar o yoga como recurso para a prevenção primária das doenças cardiovasculares (DCV) no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), considerando o fenômeno da medicalização. Para tanto, realizou-se um ensaio, baseado na abordagem hermenêutico-filosófica, em que elementos da tradição do yoga foram colocados em interface com a racionalidade biomédica, o processo de antecipação e o discurso sobre os fatores de risco, presentes na atual lógica da prevenção primária. Observou-se que certos conceitos do yoga se opõem ao processo antecipatório, sendo que a incorporação destes pelo usuário pode impedir a excessiva medicalização do risco, gerada em função de expectativas de controle sobre doenças e sofrimentos futuros. Os resultados apontam que a inserção de parâmetros, valores e conceitos do yoga dentro de discussões nos grupos da APS podem contribuir para a maior autonomia dos usuários ao ampliar os atuais discursos sobre os fatores de risco, com maior apreciação para as questões psicológicas e emocionais que subjazem ao desenvolvimento das DCV. Como conclusão, observa-se a necessidade de futuros estudos que investiguem conceitos presentes na tradição do yoga que não somente as já conhecidas e bem exploradas técnicas psicofísicas, para a prevenção primária das DCV.

► **Palavras-chave:** Yoga. Prevenção primária. Doenças cardiovasculares.

Recebido em: 15/03/2021

Revisado em: 27/01/2022

Aprovado em: 03/06/2022

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333049>

Editora responsável: Jane Russo

Pareceristas: Denise Scofano Diniz e Cecilia Bastos

## Introdução

Yoga, palavra sânscrita que significa união, é popularmente visto como um conjunto de exercícios que visam ao equilíbrio físico e mental (a união corpo-mente). Segundo Feuerstein (2006), yoga é um conjunto de técnicas e saberes voltados ao amadurecimento psicoespiritual e autorrealização. À luz da tradição védica, visão menos conhecida, yoga é um meio para conhecer "aquela verdade imperecível, chamada de *puruṣa*, de cuja realização segue a total erradicação das causas do estado mundano, assim como dos *nós do coração*" (GAMBHIRANANDA, 2003, p. 137, grifo nosso). Com o processo de aculturação no Ocidente, o yoga passou a ser visto, praticado e explorado mais a partir de seus benefícios psicofisiológicos do que pela busca por uma verdade ontológica, particularmente devido à fusão com discursos médico-científicos (ALTER, 2005; MICHELIS, 2005).

Com base nas investigações científicas sobre seus benefícios, bem como na aceitação popular pela prática, o Ministério da Saúde incluiu, através da Portaria n°. 849/MS, em 2017, o yoga no rol das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), a ser ofertado nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Depreende-se, pelo texto da Portaria, que o yoga poderia servir como um recurso para a prevenção ao desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), tanto para pessoas assintomáticas, o nível de prevenção primária (P1), quanto para aquelas que já possuem algum quadro de enfermidade, ao incidir sobre fatores de risco como: a redução do estresse; o alívio da ansiedade; a diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial (BRASIL, 2017).

Os discursos e as práticas relacionados à prevenção das DCV, bem como aos seus fatores de risco associados, têm sua consolidação influenciada por complexos fatores políticos, econômicos e culturais, sendo um exemplo do processo de medicalização social, que vem sendo apontado por autores desde a década de 1970 (ILLICH, 1975; CONRAD, 2007; BANERJEE, 2008). O conceito de medicalização é geralmente entendido como a aplicação de saberes e abordagens biomédicas a problemas, fenômenos ou situações ou aspectos das pessoas e suas vidas, quando isso não era feito antes (CONRAD, 2007). A inserção do yoga nesse contexto suscita questões que vêm sendo debatidas por teóricos desde a década de 1980, relacionadas às transformações ontológicas e epistemológicas ocorridas nesse saber tradicional, em um movimento de adequação ao racionalismo técnico-científico, em geral, e à biomedicina, em particular,

processo esse denominado “medicalização do yoga” (FEUERSTEIN, 1999; ALTER, 2005; MICHELIS, 2005; MILLER *et al.*, 2010; FORD-KOHN, 2001).

O objetivo deste ensaio, baseado em uma abordagem hermenêutico-filosófica sobre textos selecionados, é avaliar a possibilidade de o yoga servir como recurso para a P1 das DCV, especificamente quanto ao seu manejo no contexto dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), levando em consideração o fenômeno da medicalização. Nesse contexto, destacam-se as propostas em desenvolvimento pelos médicos de família da chamada prevenção quaternária (P4), entendida sinteticamente como evitar a medicalização desnecessária e a iatrogenia, comuns nas práticas clínicas e sanitárias (DEPALLENIS; GUIMARÃES; ALMEIDA FILHO, 2020). Primeiramente, é apresentada uma breve discussão crítica sobre a P1 das DCV, na qual a contextualizamos e articulamos com os conceitos de iatrogênese, P4, fator de risco, medicalização e desmedicalização, à luz dos quais nosso objetivo pode ser melhor definido. Em seguida, apresentamos um pequeno retrospecto da inserção do yoga no domínio médico, para ilustrar e precisar quais são os parâmetros comumente utilizados no âmbito científico para a atribuição de benefícios do uso do yoga para a prevenção cardiovascular. Por fim, selecionamos alguns elementos que estão presentes na tradição do yoga, para discutirmos como que estes poderiam servir de estratégia desmedicalizante de P1 às DCV e quais (ou como que estes mesmos elementos) poderiam ir no sentido oposto.

## As DCV no âmbito da P1 e da P4

As DCV compreendem um amplo espectro de doenças do coração e dos vasos sanguíneos, incluindo as doenças arterial coronariana, cerebrovascular e arterial periférica, patologias da aorta, dos rins e de membros. Esse grupo de doenças constitui-se como um dos mais importantes problemas de saúde na atualidade e seu peso no perfil epidemiológico brasileiro exige respostas em âmbito de políticas sociais e também na organização dos serviços do SUS para atenção a essas enfermidades. Nesse cenário, o Ministério da Saúde brasileiro considera que a APS é o nível de atenção responsável por implementar as medidas de P1 ao desenvolvimento das DCV (BRASIL, 2006).

Conceitualmente, a P1 constitui-se como um nível de prevenção do período pré-patogênico (anterior ao início da doença), presente no modelo da História Natural das Doenças, proposto por Leavell e Clarke (1976). A P1 envolve ações

de promoção da saúde e de proteção específica, voltadas para evitar ou remover a causa de um problema de saúde em um indivíduo ou população antes do seu surgimento (VERDI; CAPONI, 2005). Para o caso de pessoas assintomáticas e sem lesão cardiovascular, a P1 pode abranger, por exemplo, o estímulo à atividade física, campanhas antitabagismo e, mais recentemente, o uso de medicamentos hipolipemiantes, como as estatinas (BRASIL, 2006).

Algumas medidas de P1 cardiovascular vêm sendo contestadas por estudos, que avaliam seus resultados como incertos e até mesmo danosos em certas situações (BAIGENT *et al.*, 2009; TESSER; NORMAN, 2019). A prescrição de estatinas é um exemplo de medida de P1, atualmente indicada para grupos de alto risco, a qual não está claro se é válida para os sistemas de saúde, em termos de custo-benefício (CORRAO *et al.*, 2011), já que apresenta benefícios mínimos, está relacionada a efeitos adversos (DIAMOND; RAVNSKOV, 2015), sendo sua recomendação considerada uma forma de sobremedicalização dos fatores de risco (TESSER; NORMAN, 2019). Outras condutas de P1 presentes no âmbito da APS recentemente também vêm sendo questionadas, como rastreamentos e solicitações de exames complementares, no que diz respeito aos seus aspectos iatrogênicos (TESSER; NORMAN, 2019).

Iatrogênese é um termo utilizado para indicar o paradoxal elemento deletério que pode advir de qualquer intervenção médica ou sanitária. Illich (1975) avançou no uso do termo iatrogenia, mostrando que, além do âmbito clínico, também se constatam iatrogenias sociais e culturais, na medida em que a difusão das tecnologias e dos procedimentos médicos dentro da cultura reduz o potencial das pessoas e comunidades de lidar com seus adoecimentos de maneira autônoma. O autor já evidenciava, à época, uma sobremedicalização dos fatores de risco das DCV, observando uma fixação excessiva da medicina pelo objetivo da regularização da PA, para que esta "seja mantida *dentro* dos limites normais", transformando, assim, pessoas hipertensas em um novo grupo de doentes (ILLICH, 1975, p. 151).

Contudo, na medida em que o caráter medicalizador e intervencionista da racionalidade e da prática médico-científica avança para além de fronteiras éticas razoáveis, vem sendo desenvolvido por médicos de família e comunidade, inicialmente da APS de países de alta renda e depois de várias partes do mundo, incluindo países de renda média e baixa, como o Brasil, uma reação ao comum excesso de medicalização e iatrogenia, denominada prevenção quaternária (P4) (JAMOULLE, 2015; TESSER, 2017). De acordo com Bentzen (2003) a P4 consiste

na identificação de pessoas em risco de medicalização excessiva e sua proteção contra novas intervenções desnecessárias, evitando danos iatrogênicos. A P4, ainda que se desenvolvendo em um ritmo lento no meio científico, levanta críticas sobre o crescente fenômeno da medicalização social, da biomedicalização dos riscos e da influência da indústria farmacêutica sobre a produção do conhecimento, os procedimentos e as decisões médicas (NORMAN; TESSER, 2009; 2019).

Um ponto debatido na P4, já observado por Illich (1975), é a progressiva conversão de fatores de risco, como a pressão arterial e o colesterol alto, em doenças *per se*. Ainda que teoricamente seja consenso que os fatores de risco não possuem relação direta de causação com o desenvolvimento de doenças, na prática, são vistos como se fossem patologias crônicas, ou seja, são manejados da mesma forma que elas, visando seu controle rígido, com recurso cada vez mais precoce aos fármacos. Assim, ainda que no discurso se possa afirmar que estamos apenas controlando fatores de risco e prevenindo doenças, a execução do tratamento preventivo acaba por transformar a pessoa em doente, porque maneja a situação da mesma forma como os sensivelmente doentes crônicos são tratados (NORMAN; TESSER, 2009).

O salto precipitado de um fator de risco para uma doença acontece via *processo de antecipação*. De acordo com Adams, Murphy e Clarke (2009), a antecipação é uma característica própria da nossa época. Consiste em 'um jeito de levar a vida' constantemente orientado para o futuro, que produz, no indivíduo e na sociedade, três efeitos: a injunção, como sendo o imperativo, quase moral, de estar sempre informado para se precaver de futuros problemas, o que torna os riscos uma forma de *commodity*; a abdução, como um estado de 'viver sob um prognóstico', em que a vida é abduzida do presente para o futuro pela mentalidade científica biomédica preventiva; e a otimização, que se traduz na crescente responsabilização das pessoas de não somente evitarem doenças futuras, mas de assegurarem o melhor estado de saúde possível, favorecendo a criação de um mercado do aprimoramento em saúde (ADAMS; MURPHY; CLARKE, 2009).

Frente aos danos iatrogênicos e medicalização excessiva que algumas estratégias da P1 vêm apresentando, questões têm surgido sobre quais seriam as práticas em saúde mais indicadas para pessoas assintomáticas (mas que são consideradas grupo de risco para o desenvolvimento das DCV) e que vão na direção de uma maior autonomia e empoderamento. Em tese, tais práticas deveriam ser custo-efetivas para o sistema de saúde, consistentes com os valores e crenças do paciente e serem

fundamentadas por evidências científicas rigorosas o suficiente para demonstrar que os seus benefícios superam possíveis danos ocasionados, que devem ser mínimos ou nulos (TESSER; NORMAN, 2019). Nas últimas décadas, doenças crônicas, como as DCV, vêm suscitando a procura por práticas e saberes externos à medicina hegemônica - biomedicina. Embora exista certo senso comum e mesmo douto sobre as PICS serem, em geral, menos iatrogênicas que as intervenções biomédicas, a sua relação com o processo de medicalização ainda não é tão clara e definida (TESSER; DELLAGRAVE, 2020).

Partindo de uma conceituação restrita e clássica de medicalização, enquanto a aplicação de saberes e abordagens exclusivamente biomédicas às situações ou fenômenos, segundo Conrad (2007), as PICS, por definição, não são medicalizantes. Porém, se considerarmos que muitas dessas práticas, como o yoga, vêm se constituindo e legitimando no Ocidente através de um processo de adaptação à racionalidade biomédica (ALTER, 2005), essa questão passa a ser digna de exame cauteloso. Também consideramos fundamental aceitar uma definição ampla de medicalização que inclua conhecimentos em saúde não restritos à biomedicina, como propõe Correia (2017):

[...] quando um ramo do conhecimento exerce controle social sobre toda a sociedade, como é o caso da biomedicina no Ocidente, isso não impede que outros ramos também medicalizem comportamentos e condições, mesmo que o façam parcialmente [...] (CORREIA, 2017, p. 6).

Descolado o complexo fenômeno da medicalização da biomedicina, Tesser e Dallegrave (2020) discutem a indefinição das PICS quanto ao mesmo, destacando que tais práticas podem ser mais ou menos medicalizantes e/ou desmedicalizantes, a depender dos contextos, de suas características próprias e dos modos de uso: se reduzem autonomia, desempoderam e aumentam a dependência das pessoas de ações/saberes profissionalizados, podem ser medicalizantes parcialmente. Se preservam ou aumentam a autonomia, empoderam e reduzem a dependência dos saberes profissionalizados (geralmente de base científica), podem ser desmedicalizantes (TESSER; DELLAGRAVE, 2020). Além disso, acrescentamos que práticas que fortalecem uma condição subjetiva de antecipação e de insegurança podem ser consideradas medicalizantes no sentido de induzirem a procura das pessoas por mais serviços e bens no ímpeto de *garantir* uma saúde futura - o que pode ser considerada uma forma de iatrogênese cultural.

Contextualizando o caso da medicalização da P1 das DCV em interface com o yoga, um saber/prática que possui uma cosmologia e doutrina própria (que denominamos como sendo uma 'racionalidade yóguica'), podemos agora melhor precisar o questionamento norteador desse ensaio: quais elementos do yoga podem induzir a uma medicalização e quais seguem na direção da desmedicalização? Adiantamos nossa hipótese de trabalho, qual seja, se o yoga for considerado não apenas como "um tipo de exercício" (NAGARHALLI, 2021, p. 96), mas sim como o conjunto integrado de saberes e técnicas voltados para o autoconhecimento (*ātma-jñāna*), ele teria alto potencial de consistir em uma abordagem peculiar de P1 e também de P4 das DCV no âmbito da APS, relativamente desmedicalizante.

## Racionalidade yóguica?

Consoante à tradição indiana, Bharati (1986) define yoga como um método estruturado de pensamento (*upāya*) voltado para o ideal da liberação (*mokṣa*). Para que tal método adquira pleno valor, importa que conceitos nativos, como *puruṣa*, por exemplo, sejam compreendidos dentro do contexto maior da filosofia indiana, ou seja, a partir de sua própria rede semântica de significados. Isso evita que tais conceitos sejam aprisionados precocemente por signos já cristalizados, como o termo 'espírito' (bastante familiar na cultura judaico-cristã) ou mesmo por tendências cognitivas de ordem mais abrangente, como o pragmatismo, característico da racionalidade científica. Ao invés, Dasgupta (1930) observa que a compreensão das bases epistemológicas e ontológicas do yoga é facilitada pela exploração de outras escolas do pensamento indiano, com as quais o yoga, por sinal, compartilha alguns de seus conceitos-chave.

Através de um processo hermenêutico sobre escrituras tradicionais o praticante adquire maior lucidez mental e discernimento, requisitos esses necessários para a completude do objetivo yóguico (BHARATI, 2004). Essa face, pouco conhecida e que apela à cognição, contribui para que o yoga seja compreendido mais como um sistema de pensamento e menos como uma prática de caráter terapêutico. Portanto, a utilização do termo 'racionalidade yóguica' serve-nos para denotar o caráter instrumental do conjunto de práticas físicas e teóricas que compõem esse "engenhoso construto humano" (ALTER, 2004, p. 15) chamado yoga. Atenta-se, aqui, para a provável raiz etimológica da palavra 'racionalidade', derivada da partícula sânscrita

*rādh* (origem da palavra latina *ratio*), que significa "alcançar; atingir determinado fim", entre outros sentidos (MONIER-WILLIANS, 2005, p. 876).

O segundo motivo, mais importante, para o uso do termo 'racionalidade yóguica' justifica-se pela própria ontologia e epistemologia desse saber: a meta final do yoga, de acordo com a escola *Advaita Vedānta*, é algo que se dá mediante o uso da razão (*jñāna*), no sentido de que o *puruṣa* deve ser reconhecido no intelecto (*buddhi*). E, com o conhecimento do *puruṣa* segue-se, de imediato, a liberação do sofrimento, não havendo, entre ambos, nenhuma ação necessária (DAYANANDA, 2000; GAMBHIRANANDA, 2006).

Desse modo, através da atribuição de uma racionalidade ao yoga pretendemos enfatizar a distinção existente entre esta, interessada no conhecimento do Sujeito (chamado pela tradição de *para vidyā*), e a racionalidade científica (incluindo seus ramos, a biomedicina, e sub-ramos, como o yoga medicalizado, por exemplo), voltada para a exploração dos objetos (*apara vidyā*). Os pormenores dessa distinção, incluindo a caracterização detalhada da racionalidade yóguica, são discutidos em estudo maior do qual o presente artigo é parte.

## Aspectos medicalizantes e desmedicalizantes do yoga – o caso das DCV

A investigação científica do yoga para o sistema cardiovascular foi marcada pelas pesquisas realizadas no Instituto Kaivalyadhāma e publicadas na revista *Yoga Mimāmsa*, na década de 1920 (MICHELIS, 2007). É válido mencionar que, antes, no fim do século XIX, o líder religioso Svāmi Vivekananda, considerado a figura chave na introdução do yoga no Ocidente, já utilizava conceitos científicos da época, sobretudo da Física, visando dar maior legitimidade ao yoga para o homem moderno ocidental (MICHELIS, 2005). Porém, ainda se mantinham presentes em seu discurso elementos oriundos de textos tradicionais do yoga, tais como *chakra's* (pontos energéticos situados no corpo sutil) e a referência ao espaço do coração (*hrdayam*) como sendo a sede da consciência (*puruṣa*), portanto, um lugar privilegiado para se meditar (VIVEKANANDA, 2006). Esses e outros conceitos tradicionais da espiritualidade indiana se tornam ausentes nas publicações do *Yoga Mimāmsa*, como se pode verificar no artigo que analisa o "comportamento da pressão sanguínea" durante os "exercícios yóguicos" (KUALAYANANDA, 1926a,

p. 119). Mesmo enfatizando o yoga como sendo, principalmente, um sistema de desenvolvimento espiritual (e, incidentalmente, um sistema de desenvolvimento físico), a revista optou por retirar elementos espirituais de seu escopo, preferindo investigar as técnicas yóguicas segundo a "fisiologia, anatomia e patologia moderna", amiúde utilizando-se de analogias do corpo como uma "maquina perfeita" para ilustrar seu funcionamento (KUNJALAYANANDA, 1926b, p. 248).

Ao longo do século XX, desenvolve-se e adquire proeminência no Ocidente o 'yoga postural moderno' – termo acadêmico utilizado para se referir ao que se entende popularmente por yoga – uma prática que consiste, basicamente, em exercícios posturais, de respiração, meditação e relaxamento, com influências de conhecimentos esotéricos indianos, mas estruturada a partir de ideias modernas sobre corpo, saúde e doença (ALTER, 2005). Na década de 1980 emerge a yogaterapia, como uma área voltada para a aplicação de técnicas yóguicas dentro de um contexto terapêutico. A formalização dessa área foi inicialmente impulsionada por um estudo de intervenção realizado em 1979, conduzido pelo cardiologista Dean Ornish, em Houston, com 48 participantes, cujo resultado mostrou que a adoção de um estilo de vida que inclui técnicas (posturas e exercícios de relaxamento) e disciplinas yóguicas (alimentação vegetariana) pode regredir um quadro de aterosclerose, que até então se pensava ser irreversível (ORNISH *et al.*, 1983; MICHELIS, 2007).

Dado o crescente impacto das DCV no mundo, constata-se um aumento expressivo, sobretudo na última década, de pesquisas sobre a eficácia do yoga postural moderno no controle dos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento das DCV, o que evidencia a importância e o atual caráter em que se insere essa prática no domínio médico. Uma rápida pesquisa no motor de buscas PubMed, sem restrição de tempo, em todos os índices (em 04/01/2021), com os descritores combinados 'cardiovascular disease' AND 'yoga', resultou em 420 artigos, sendo que a maioria destes foram produzidos a partir de 2010. Como se constata em pesquisa de meta-análise desenvolvida por Chu *et al.* (2014), a maioria dos estudos médicos sobre yoga e DCV dedicam-se a investigar marcadores físicos e fisiológicos relacionados à fatores de risco, tais como: índice de massa corporal, pressão arterial sistólica, nível do colesterol; de lipoproteína de baixa densidade (LDL), pressão arterial diastólica, colesterol total, frequência cardíaca (que reduzem com a prática); colesterol de lipoproteína de alta densidade (HDL) (que aumentam) (CHU *et al.*, 2014). Com o avanço tecnológico da medicina e integração de suas especialidades,

parâmetros psicofisiológicos também vêm sendo utilizados, como, por exemplo, o estudo de Malhotra (2020), que utilizou a regulação neuro-humoral, índice vegetativo e a variabilidade da frequência cardíaca para determinar o nível de estresse de 52 indivíduos participantes de um programa intitulado "Módulo de yoga para o coração saudável", em Bhopal (Índia).

Mesmo com progressivo reconhecimento de uma inextricabilidade entre mente e corpo no âmbito das pesquisas médicas (como o termo 'parâmetro *psicofisiológico*' indica), ainda se reconhece uma dificuldade em investigar o yoga para além das manifestações de seus efeitos físicos (BHAVANANI, 2011), o que acarreta na supressão de conceitos, valores e parâmetros oriundos de sua própria racionalidade. Encontramos na *Bhagavad Gītā*, um dos cânones do yoga, passagens que podem ser compreendidas como sendo 'marcadores' de efetividade, que, por serem de natureza subjetiva, contrastam com os biomarcadores utilizados nas pesquisas clínicas em yoga. Pode-se (auto) avaliar que o yoga, enquanto saber, está bem incorporado à vida quando:

[...] os desejos entram da mesma maneira que as águas fluem para um mar que permanece inalterado quando preenchido por todos os lados. (GAMBHIRANANDA, 2006, p. 119, tradução nossa).

No processo de validação científica do yoga, alguns de seus elementos tradicionais costumam ser ignorados ou substituídos, sobretudo aqueles que denotam o caráter holístico desse saber (BROWN; LELEDAKI, 2010), como o conceito de coração (*hrdayam*), já referido. Dentro da racionalidade yóguica, *hrdayam*, embora seja considerado o órgão anatômico, possível de ser visualizado através da dissecação, também é um ponto de convergência de canais sutis (*nāḍī*'s), invisíveis, por onde corre a energia vital, chamada de *prāṇa*. Mais importante, como mencionado antes, *hrdayam* é considerado o *locus* da mente e, por implicação, onde se manifesta o *puruṣa* (espírito) em sua natureza de consciência (GAMBHIRANANDA, 2003). Śaṅkara (2004), um importante expoente da tradição *Advaita Vedānta*, compreende o yoga como uma ferramenta voltada para o conhecimento espiritual, através do qual 'os nós do coração são desatados'. Estes nós, esclarece o autor, referem-se àqueles desejos que, quando não realizados, se tornam motivo de angústia à pessoa (GAMBHIRANANDA, 2003).

Na *Bhagavad Gītā*, as expectativas e esperanças são retratadas como se fossem "centenas de correntes, que aprisionam o sujeito". Ao ressaltar o aspecto negativo das expectativas e o entendimento de que o 'indivíduo não detém o controle sobre

o desfecho de suas ações' (GAMBHIRANANDA, 2006), subjaz, na filosofia do yoga, uma desconfiança em relação à ideia de *controle* sobre problemas futuros. Nesse sentido, a assimilação dessa perspectiva poderia romper, ou ao menos suavizar, os efeitos físicos, mentais e emocionais de se viver em um modo antecipatório de existência, baseado no imperativo de que a insegurança sobre o futuro *precisa* ser eliminada.

Ao nosso ver, esses conceitos poderiam ser aproveitados no contexto de grupos de yoga existentes em Unidades Básicas de Saúde voltados para P1 em DCV, por exemplo. Ao articular os saberes yóguicos sobre os 'nós do coração' e suas estratégias no manejo de emoções, como insegurança em relação ao futuro, ansiedade e angústia, poder-se-ia ter uma ampliação das tradicionais discussões sobre os fatores de risco. Ainda, dedicar parte desses encontros com elaborações teóricas e dialógicas sobre algum tema relacionado à filosofia do yoga poderia atuar sinergicamente com suas técnicas psicofísicas, propiciando um melhor aproveitamento da parte prática. Importa pontuar, ainda, que a utilização de marcadores subjetivos, próprios da racionalidade yóguica, poderia fortalecer a autonomia do usuário, no sentido de haver um maior equilíbrio entre parâmetros *externos* de avaliação (circunferência da cintura, perfil lipídico etc.) e percepções *internas* (nível de expectativa, sentimento de falta, motivação etc.), servindo como estratégia desmedicalizante na P1.

Por outro lado, a ausência dessas discussões e considerações, tanto no meio científico quanto nas aulas de yoga, contribui para que o yoga se torne medicalizado, como uma intervenção terapêutica não-farmacológica, com ênfase excessiva em seus parâmetros fisiológicos, sendo incorporada e adaptada como instrumento orientado para a obtenção de parâmetros específicos, como a redução da PA. A exploração do yoga por este viés poderia estar contribuindo para a trivialização e diluição de sua racionalidade, tornando-se uma prática terapêutica que, à semelhança da biomedicina, busca tratar os sintomas mas ignora as causas subjacentes do sofrimento (FEUERSTEIN, 1999; MILLER *et al.*, 2010).

Outra potencial contribuição desse saber diz respeito aos valores e princípios éticos, herdados de seu *corpus* literário (e, de alguma maneira, ainda presentes no yoga postural moderno), que poderiam conduzir o indivíduo a um questionamento sobre hábitos e comportamentos que impactam na sua saúde. Valores yóguicos, como a não-violência (*ahimsā*), o não-consumismo (*aparigraha*) e a disciplina (*tapas*), se elaborados através de aulas temáticas (e não *en passant*, como frequentemente ocorre

em uma prática de yoga) e desprovidos de tom moralizante, poderiam servir como um recurso importante no âmbito da P1, por terem relação com os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento das DCV. Por exemplo, a adoção de um estilo de vida yóguico que tem como base o princípio da não-violência poderia implicar na evitação de: dietas eticamente inadequadas (redução do consumo de carne vermelha) e/ou que sabidamente são prejudiciais ao próprio organismo (ultraprocessados, gorduras trans etc.); hábitos nocivos (uso abusivo de tabaco e álcool); conflitos e enfrentamentos interpessoais (redução do estresse). Da mesma forma, tais valores e princípios éticos poderiam ser incorporados na APS, no contexto de grupos de yoga, favorecendo a redução da iatrogenia e da medicalização desnecessária.

Ainda que os princípios yóguicos tenham potencial para descondicionar comportamentos que possam estar associados aos fatores de risco cardiovascular, a aplicação desses preceitos éticos não deveria prescindir de discussões relacionadas à estrutura social e às condições de vida do sujeito, pautas frequentemente desconsideradas nos discursos do yoga (NEVRIN, 2008). Dentro da racionalidade yóguica encontra-se uma classificação dos tipos causais do sofrimento que inclui dois níveis, além do individual (*adhyatmika*) (BHARATI, 1986): o social (*adhibhautika*), causado pela agência de outros seres, análogo à "rede social e comunitária", do modelo de Dahlgren e Whitehead (2006); e o ecológico (*adhidaiivika*), ocasionados por forças ocultas ou da natureza, ou seja, em parte análogo ao nível ambiental de Dahlgren e Whitehead (2006). Porém, esses dois níveis são parcamente explorados pela tradição e, conseqüentemente, passam despercebidos nas aulas contemporâneas de yoga.

Tal lacuna do *corpus* yóguico evidencia uma característica, um tanto óbvia, apontada por Wilber (2001), comum às tradições espirituais orientais que emergiram na pré-modernidade – ainda não havia naquele horizonte histórico um pensamento culturalmente formado sobre as condições socioeconômicas, culturais, de vida e de trabalho relacionadas ao risco de adoecimento, junto com o questionamento a essas estruturas de poder. Por exemplo, o sistema de castas era dado como *natural* (WILBER, 2001). A ausência de discussões atualizadas sobre as influências dessas estruturas para o *bem-estar* e a *paz interior* evidencia no yoga moderno o paradoxo apontado por Lowenberg e Davis (1994), em relação à tese da medicalização da sociedade, em que sua prática pretensamente holística, mas com foco individualista, converge "com o clima neoliberal atual que enfatiza a responsabilidade individual pelos cuidados à saúde" (TESSER; DELLAGRAVE, 2020, p. 6). Michelis (2005,

p. 250) coloca em evidência os limites do yoga postural moderno, ao enfatizar que, mesmo que sua prática retire boa parte do estresse relacionado ao estilo de vida urbano, "existem fontes mais profundas de frustração, insegurança e ansiedade, ligadas à gradual secularização das sociedades desenvolvidas". Ao nosso ver, questões como essas, relacionadas à convergência da prática a uma visão isolada de saúde, com fracas elaborações sobre os determinantes sociais que influem sobre a angústia, o estresse e o adoecimento, contribuem para sua tendência medicalizante.

Voltando às bases teóricas do yoga, consideramos que a 'teoria kármica', ainda presente, de alguma forma, nos discursos do yoga contemporâneo, poderia levar a um tipo específico de medicalização. Consta no *Yoga Sūtra*, outro tradicional texto de yoga, que as ações prejudiciais cometidas pelo indivíduo são acumuladas e irão, em algum momento, se expressar na forma de sofrimento (BHARATI, 2004).

Um ponto debatido dentro da tradição de comentaristas do *Yoga Sūtra* refere-se a questão de se a realização espiritual, proposta por essa filosofia, adviria somente com o esvaziamento completo desse 'reservatório kármico' (*karmasāya*) negativo. Autores discordam dessa possibilidade, ao pontuar que, embora uma vida mais ética, mais íntegra o possível, de forma a atenuar as aflições mais expressivas, seja considerada uma condição *sine qua non* para a liberação yóguica, a eliminação de todas as 'sementes kármicas' acumuladas pelo indivíduo não seria algo lógico nem factível. Porque se, de acordo com a teoria kármica, o corpo atual é fruto de ações passadas (que, por sua vez, foram produzidas por meio de corpos passados) resulta que essas sementes são infinitas (DAYANANDA, 2000; BHARATI, 2004).

Assim, alguém que adota a 'purificação kármica' como sendo seu objetivo principal estaria inconscientemente aceitando a ideia de um 'adoecimento holístico', um dos pontos críticos pelos quais as PICS podem medicalizar, já que coloca o sujeito em uma cadeia etiológica multifatorial e multidimensional (alimentar, cultural, emocional, espiritual, energética etc.) dos infortúnios e adoecimentos, sem início e perspectiva de fim (SERED; AGIGIAN, 2008).

A saída ao ciclo kármico se dá através da cessação de uma falsa vinculação da pessoa a uma identidade individual, acarretando no reconhecimento de que a consciência (*puruṣa*), em realidade, não está constringida às amarras da temporalidade, ou seja, o tempo está no Sujeito, não o inverso (DAYANANDA, 2000; BHARATI, 2004). Conforme explica a tradição de comentaristas do *Yoga Sūtra*, quando Patañjali, o autor deste texto clássico, declara que "o sofrimento futuro pode ser evitado", isso se

dá na medida em que existe a possibilidade de desidentificação, entre a consciência e o complexo corpo-mente via processo gnosiológico (BHARATI, 2004). Com isso, os 'nós do coração são desatados' no sentido de não haver mais uma dependência emotiva sobre os desejos e expectativas. Vê-se aqui uma contribuição indireta, considerado um benefício secundário ao objetivo soteriológico (último) do yoga, que seria o alívio na sobrecarga cardiovascular via atenuação da sobrecarga mental, como relação inextricável entre essas dimensões.

Saindo do âmbito soteriológico, consideramos que, no yoga contemporâneo, sua prática em si, ou seja, o momento da aula, poderia induzir a um processo de desmedicalização. Assim como outras práticas contemplativas, o yoga opõe-se radicalmente ao pensamento abduativo, propondo, ao invés, o retorno da pessoa ao momento presente, seja através de posturas, de exercícios respiratórios ou da simples meta-observação sobre os conteúdos mentais. Tal 'mecanismo' parece gerar uma confiança nos processos da vida, retirando boa carga de expectativas ou preocupações que podem ter sido inculcadas pelo excesso da lógica preventivista na qual estamos imersos. Ao trazer a valorização do 'viver o agora' e a recusa em projetar sofrimentos futuros, o yoga serve de freio ao processo de antecipação.

Por último, é de se considerar que a tendência do mercado das PICS e do cuidado na APS em geral é de tutela dos usuários. Isso, associado ao fato de o yoga estar ancorado em uma tradição de ensino mestre-discípulo, pode gerar uma dependência ilimitada da participação dos usuários nos grupos de yoga presentes nos Centros de Saúde. Em que pese o potencial de discussão, socialização e ressignificação que o ambiente da prática coletiva permite, também deve ser reconhecida o seu potencial de geração de dependência dos praticantes de seu professor ou grupo. Se formos na direção do caminho da desmedicalização, proposta por Illich (1975, p. 27), pelo menos as técnicas mais comuns do yoga postural moderno poderiam se tornar mais utilizadas se passassem a ser parte da cultura higiênica popular, não sendo remetido a nenhuma condição ou relação médica. Excetuando-se as técnicas mais elaboradas, que requerem a presença de um praticante experiente de yoga, e os conteúdos filosóficos mais densos e seu objetivo último, que pressupõe uma aproximação da pessoa com a tradição oral, através de um preceptor (*guru*), seus exercícios psicofísicos, de controle mental e respiratório podem ser feitos de maneira autônoma e proporcionam benefícios para qualquer um, independentemente da condição cardiovascular.

Embora seja utilizado como um tipo de terapia, o enfoque do yoga está mais voltado para o auto aperfeiçoamento do que a cura de alguma doença *per se* (BROWN; LELEDAKI, 2010), o que o aproxima de uma abordagem menos medicalizada de P1. As pessoas consideradas de risco para ou com DCV podem se beneficiar duplamente, ao usufruir dos 'benefícios secundários' (redução de PA, colesterol etc.) e, simultaneamente, enriquecer sua perspectiva de vida e existência com saberes e valores yóguicos, potencialmente avançando em redução de sua ignorância ontológica, o que pode lhe diminuir o medo da morte, reduzir e, no limite, eliminar o pensamento abduativo e antecipatório, abrir novas perspectivas de fruição e realização na vida, para muito além do utilitário objetivo de controle dos fatores de risco cardiovascular.

## Conclusão

O artigo buscou avaliar a possibilidade de o yoga servir como estratégia desmedicalizante de P1 das DCV no contexto da APS. O processo de antecipação, característico de nossa sociedade e reforçador da abordagem preventiva das DCV, tem levado à extensiva e intensiva medicalização da prevenção focada nos comportamentos individuais, com significativo potencial de danos e relativamente poucos benefícios. Embora tenhamos observado algumas ambiguidades do yoga em relação ao tema, constatamos que a sua lógica não-abduativa pode ser explorada de forma a reduzir a medicalização na P1 das DCV, através da articulação dos seus já conhecidos benefícios líquidos revelados por evidências com seu corpo de saber filosófico-existencial.

Observamos que os marcadores subjetivos presentes na tradição do yoga, bem como o conceito holístico de *hrdayam* e de sua relação com os desejos/expectativas, poderiam fortalecer, no âmbito da APS, discussões relacionadas aos fatores psicológicos e emocionais que subjazem o desenvolvimento das DCV. Também pontuamos que os valores e princípios éticos do yoga têm potencial para a ampliação de discussões relacionadas aos fatores de risco das DCV, sobretudo se tais discussões incluíssem a consideração e o engajamento para a modificação das estruturas supra individuais que condicionam os comportamentos considerados de risco. Conforme Wilber (2017), é reconhecida a necessidade urgente de atualizações do *corpus* teórico e das práticas discursivas das chamadas 'filosofias perenes', através da inserção de pautas contemporâneas, garantindo assim que saberes tradicionais, como o yoga, não coadunem, por negligência, com o poder disciplinar dos mecanismos sociais e

políticos que contribuem para a medicalização da vida e a comoditização da saúde. Por fim, pontuamos alguns aspectos do yoga que poderiam conduzir o praticante para dois tipos distintos de medicalização: a purificação kármica, como sendo o primado do caminho espiritual, que poderia levar ao adoecimento holístico; e a tendência (pelas características do yoga e do cuidado na APS) de dependência entre usuário e professor/grupo de yoga. Como apontado, esses aspectos mais medicalizantes poderiam ser contornados através de uma relativização da teoria kármica em relação ao objetivo do yoga (melhor interpretação das escrituras) e, em parte, através da inserção do yoga na cultura higiênica popular, respectivamente.

As técnicas do yoga postural moderno já foram investigadas extensamente dentro da área médica, evidenciando seus reflexos nos parâmetros cardiovasculares (CHU *et al.*, 2016). Entretanto, essas técnicas são apenas uma pequena parcela do universo multifacetado que constitui a tradição do yoga. Acreditamos que a retomada de valores e conceitos oriundos de seu *corpus* literário teria potencial para a geração de uma abordagem peculiar de P1 às DCV no âmbito da APS de forma mais alinhada à P4, ao se dirigir às causas mais profundas da angústia, aos nós, do coração.<sup>1</sup>

## Referências

- ADAMS, V.; MURPHY, M.; CLARKE, A. E. Anticipation: technoscience, life, affect, temporality. *Subjectivity*, v. 28, n. 1, p. 246-265, 2009.
- ALTER, J. *Yoga in modern India: The body between science and philosophy*. Princeton: Princeton University Press, 2004.
- ALTER, J. Modern Medical Yoga: Struggling with a History of Magic, Alchemy and Sex. *Asian Medicine*, v.1, n. 1, p. 119–146, 2005.
- BAIGENT, C. *et al.* Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet*, v. 373, n. 9678, p. 1849-1860, 2009.
- BANERJEE, A. Disciplining death: hypertension management and the production of mortal subjectivities. *Health*, v. 12, n. 1, p. 25-42, 2008.
- BENTZEN, N. (Ed.). *Wonca Dictionary of General/Family Practice*. Copenhagen: Maanedsskrift for Praktisk Laegegerning, 2003.
- BHARATI, S. V. *Yoga Sūtras of Patañjali: With the Exposition of Vyasa – Samādhi-pāda*. Pennsylvania: Himalayan International Institute, 1986.

BHARATI, S. V. *Yoga Sūtras of Patañjali: With the Exposition of Vyasa - Sādhana-pāda*. Delhi: Motilal Banarsidass Publ., 2004.

BHAVANANI, A. B. Don't put yoga in a small box: The challenges of scientifically studying yoga. *International Journal of Yoga Therapy*, v. 21, n. 1, p. 21, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção Clínica de Doenças Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica*. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad14.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad14.pdf)>. Acesso em: 09 fev. 2021.

BRASIL. Portaria nº 849 de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, no 60, 28 mar. 2017. Seção I, p. 68-69.

BROWN, D.; LELEDAKI, A. Eastern movement forms as body-self transforming cultural practices in the West: Towards a sociological perspective. *Cultural sociology*, v. 4, n. 1, p. 123-154, 2010.

CHU, P.; GOTINK, R. A.; YEH, G. Y.; GOLDIE, S. J.; HUNINK, M. G. M. The effectiveness of yoga in modifying risk factors for cardiovascular disease and metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European journal of preventive cardiology*, v. 23, n. 3, p. 291-307, 2014.

CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

CORRAO, G. *et al.* Cost-effectiveness of enhancing adherence to therapy with statins in the setting of primary cardiovascular prevention. Evidence from an empirical approach based on administrative databases. *Atherosclerosis*, v. 217, n. 2, p. 479-485, 2011.

CORREIA, T. Revisiting medicalization: a critique of the assumptions of what counts as medical knowledge. *Frontiers in Sociology*, v. 2, n. 14, p. 1-9, 2017.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. WHO, Regional Office for Europe, 2006.

DASGUPTA, S. *Yoga philosophy: In relation to other systems of Indian thought*. University of Calcutta, 1930.

DAYANANDA, S. *Yoga Sūtra: Sādhana Pada* [áudio-aulas]. Saylorsburg: Arsha Vidya Gurukulam, 2000.

DEPALLENS, M. A.; GUIMARÃES, J. M. M.; ALMEIDA FILHO, N. Quaternary prevention: a concept relevant to public health? A bibliometric and descriptive content analysis. *Cad. Saúde Pública* [online], Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, 2020.

- DIAMOND, D. M.; RAVNSKOV, U. How statistical deception created the appearance that statins are safe and effective in primary and secondary prevention of cardiovascular disease. *Expert review of clinical pharmacology*, v. 8, n. 2, p. 201-210, 2015.
- FEUERSTEIN, G. Whither Yoga therapy?. *International Journal of Yoga Therapy*, v. 9, n. 1, p. 5-6, 1999. Editorial.
- FEUERSTEIN, G. *A Tradição do Yoga: história, filosofia e prática*. São Paulo: Pensamento, 2006.
- FORD-KOHNE, N. An Interview with Howard Kent, Yoga for Health Foundation. *International Journal of Yoga Therapy*, v. 11, n. 1, p. 93-98, 2001.
- GAMBHIRANANDA, S. (trad.). *Eight Upanishads* (Vol. 2). Calcutá: Advaita Ashrama, 2003.
- GAMBHIRANANDA, S. (trad.). *Bhagavad Gita: with the Commentary of Sri Sankaracharya*. Calcutá: Advaita Ashrama, 2006.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1975.
- JAMOULLE, M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *International Journal of Health Policy and Management*, v. 4, n. 2, p. 61, 2015.
- KUVALAYANANDA, S. Yogic poses and blood pressure. *Yoga Mimamsa*. v. 2, n. 3, p. 119-133, 1926a.
- KUVALAYANANDA, S. Can we develop Mechano-Yogic Therapy? *Yoga Mimamsa*. v. 2, n. 4, p. 248-256, 1926b.
- LEAVELL, H. CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil, 1976.
- LOWENBERG, J., DAVIS, F. Beyond medicalisation-demmedicalisation: the case of holistic health. *Sociology of Health and Illness*, v. 16, n. 5, p. 579-599, 1994.
- MICHELIS, E. D. *A history of modern yoga: Patanjali and western esotericism*. Londres: A&C Black, 2005.
- MICHELIS, E. D. A Preliminary Survey of Modern Yoga Studies. *Asian Medicine*, v. 3, n. 1, p. 1-19, 2007.
- MILLER, R. *et al.* In the Beginning, In the Present Moment, In the Future, A Dream Realized, When Did Yoga Therapy Become a " Field?", Down the Road: Yoga Therapy in the Future, Looking Back Looking Forward. *International Journal of Yoga Therapy*, v. 20, n. 1, p. 6-15, 2010.
- MONIER-WILIANS, M. *A Sanskrit english dictionary*. Delhi: Motilal Banarsidass Publ., 2005.
- NAGARHALLI, M. Yoga for the primary prevention of cardiovascular disease: Summary of a Cochrane review. *Explore*, v. 17, n.1, p. 96, 2021.

- NEVRIN, K. Empowerment and Using the Body in Modern Postural Yoga. In: SINGLETON, M.; BYRNE, J. (Ed.). *Yoga in the modern world: Contemporary perspectives*. Abingdon: Routledge, 2008, p. 119-139.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, 2009.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Quaternary prevention: a balanced approach to demedicalisation. *The British Journal of General Practice*, v. 69, n. 678, p. 28, 2019.
- ORNISH, D. *et al.* Effects of stress management training and dietary changes in treating ischemic heart disease. *Jama*, v. 249, n. 1, p. 54-59, 1983.
- SERED, S.; AGIGIAN, A. Holistic sickening: breast cancer and the discursive worlds of complementary and alternative practitioners. *Sociology of health & illness*, v. 30, n. 4, p. 616-631, 2008.
- TESSER, C. D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 1-9, 2017.
- TESSER C. D.; DELLAGRAVE, D. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00231519, 2020.
- TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Por que não recomendar estatinas como prevenção primária? *APS em revista*, n.1, v. 1, p. 39-49, 2019.
- VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva da bioética. *Texto contexto – enfermagem*, v.14, n.1, p.82-88. 2005.
- VIVEKANANDA, S. *The complete works of Swami Vivekananda* (8 vols.) Calcutá: Advaita Ashrama, 2006.
- WILBER, K. *Sex, ecology, spirituality: The spirit of evolution*. Boulder: Shambhala Publications, 2001.

## Nota

<sup>1</sup> L. F. Pereira: concepção da pesquisa, delineamento do estudo e redação do artigo. C. D. Tesser: revisão crítica do estudo, discussão dos resultados, revisão e aprovação da versão final do trabalho.

## *Abstract*

### *Future suffering can be avoided: Yoga as a strategy in the primary prevention of cardiovascular diseases*

This study aims to evaluate yoga as a resource for the primary prevention of cardiovascular diseases (CVD) in the context of Primary Health Care (PHC), considering the phenomenon of medicalization. To this end, an essay was conducted, based on the hermeneutic-philosophical approach, in which elements of the yoga tradition were placed in interface with biomedical rationality, the anticipation process and the discourse on risk factors, present in the current logic of primary prevention. It was observed that certain concepts of yoga are opposed to the anticipatory process, and the incorporation of these by the user can prevent the excessive medicalization of risk, generated due to expectations of control over future diseases and suffering. The results point out that the insertion of parameters, values and concepts of yoga within discussions in the PHC groups can contribute to the greater autonomy of users by expanding the current discourses on risk factors, with greater appreciation for the underlying psychological and emotional issues that underlie the development of CVD. As a conclusion, there is a need for future studies that investigate concepts present in the yoga tradition, not only the already known and well explored psychophysical techniques, for the primary prevention of CVD.

► **Keywords:** Yoga. Primary prevention. Cardiovascular diseases.

