UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE

VALÉRIA MONTEIRO MENDES

As práticas corporais e a *Clínica Ampliada*: a Educação Física na
atenção básica

São Paulo
2013

VALÉRIA MONTEIRO MENDES

As práticas corporais e a *Clínica Ampliada*: a Educação Física na
atenção básica

V.1

Dissertação apresentada à Escola de
Educação Física e Esporte da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Educação Física

Área de concentração:
Pedagogia do Movimento do Corpo
Humano

Orientador:
Prof^a Dr^a Yara Maria de Carvalho

São Paulo
2013

Nome: MENDES, Valéria Monteiro

Título: As práticas corporais e a *Clínica Ampliada*: a Educação Física na atenção básica

Dissertação apresentada à Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Educação Física

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho ao meu pai, Maurílio Mendes.

Agradecimentos

A hora de agradecer é, sem dúvida, um dos momentos mais agradáveis de uma trajetória como esta, justamente pelo fato de remeter à celebração, ao fechamento de um ciclo e à abertura de outros, junto a tantas pessoas que me acompanharam, à sua maneira, ao longo do mestrado.

Assim, não há como iniciar esta celebração sem agradecer à Nazinha, como boa paraense que sou, por ela ter guiado meus passos, assim como aos meus pais, *in memoriam*, Maurílio e Adelaide, que, em virtude do amor do qual apenas nós três conhecemos a intensidade, me mobilizaram, independentemente da presença física, até esta conquista.

Um obrigado muito especial vai para meu companheiro, Fernando, que esteve de modo incondicional ao meu lado me ajudando a sonhar.

Agradeço também à minha família, especialmente à minha irmã Marcia, pelo incentivo, acolhida e apoio, antes e ao longo do mestrado. Preciso também agradecer a outras pessoas importantes: Núbia, Michele, Marcelo, Tia Dora. Agradeço ainda, imensamente, às minhas outras duas “famílias”: os Martins – Virgílio (paizinho), Vera (mãezinha) e minhas maninhas Adriana, Paula Lúcia e Daniela, que, ao me “adotarem” de coração, me tornaram uma pessoa mais forte – e os Moraes – Sr. Moraes, D. Iracema, Carla, Sheila, Marco e Goretti (minha amiga-irmã) que, assim como Wilza, estiveram sempre por perto nos momentos de sorrisos e de angústia, ainda que a mais de 2800 quilômetros em minha cidade, Belém.

Agradeço ainda aos meus amigos que não me deixaram fraquejar, alguns de longa data que reencontrei em São Paulo: Suzana Esteves, Roberta e Fabrício Silva – turma que durante este período ganhou mais um componente, o lindo João Victor. Também não poderia deixar de agradecer àqueles que tive a alegria de encontrar ao longo do mestrado: Mariana Nasser – amiga que muito me ensinou e me apoiou, sobretudo, nos momentos mais difíceis –, os colegas do grupo de pesquisa Educação Física & Saúde Coletiva & Filosofia – Andrezza Moretti, Flávio Alves, Gedielson Teixeira, Marcos Warschauer, Mariana Prado, Tatiana dos Anjos, Rodrigo Amancio, Marília Rubino, Regiane Souza, Andreia Alonso, Alessandro Prado – e os estudantes dos grupos PET e PPIC, com os quais pude, de fato, exercitar o tal do trabalho coletivo. Dentre todos, agradeço especialmente à amiga Fabiana Freitas, que me ajudou e me potencializou com sua inteligência e serenidade no decorrer de toda esta jornada.

Agradeço ainda aos docentes das disciplinas da FSP e da Medicina Preventiva da USP, bem como aos pesquisadores e colegas dos grupos de pesquisa Políticas de Formação em

Educação Física e Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e do Laboratório de Estudos da Educação Física, da Universidade Federal do Espírito Santo, pelo incentivo a continuar trabalhando por um SUS melhor.

Cabe finalmente dizer muito obrigado aos funcionários e aos usuários do CSE Paula Souza, que compartilharam comigo momentos singulares de suas vidas e, nesse sentido, me ensinaram sobre outras formas de caminhar como profissional da saúde.

Contudo, não celebraria estas relações e este conjunto de aprendizados se Yara, minha orientadora, pessoa de grande inteligência, coragem e sensibilidade, não tivesse há quatro anos acolhido meus desejos, meus sonhos e, sobretudo, meus limites, me dando a alegria e a honra de fiar com ela tantos momentos, não apenas no campo da Saúde Coletiva, mas também no plano da vida.

Só tenho a agradecer...

Resumo

MENDES, V.M. **As práticas corporais e a *Clínica Ampliada*: a Educação Física na atenção básica**. 2013. 178 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

Nos últimos anos tem sido possível observar o aumento das experiências relacionadas à implementação de práticas corporais/atividade física no âmbito dos serviços de saúde, como uma estratégia voltada à ampliação dos níveis de saúde da população, especialmente em função de três iniciativas do Ministério da Saúde: a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Programa Academia da Saúde. No entanto, ainda que possam ser identificados avanços no desenvolvimento destas experiências, torna-se evidente o desafio apresentado aos profissionais da Educação Física no tocante à produção de ações condizentes com as necessidades de saúde dos sujeitos no âmbito da atenção básica, sobretudo considerando o distanciamento entre formação e intervenção e também o modo de intervir tradicional/reduzido sobre o processo saúde-doença-intervenção nesta área específica. Sob esta perspectiva impõe-se a pertinência de uma reorientação teórico-metodológica que contribua para potencializar o trabalho com as práticas corporais, visando à saúde da população em perspectiva “ampliada”. É neste contexto que se insere o presente estudo, que teve como objetivo implementar um projeto de intervenção de práticas corporais para usuários do Centro de Saúde Escola (CSE) Geraldo Horácio de Paula Souza, da Faculdade de Saúde Pública da USP, para a “experimentação” da teoria da *Clínica Ampliada*, a fim de contribuir com o debate sobre a qualificação das ações dos profissionais de Educação Física no serviço público de saúde. A abordagem era de natureza qualitativa, fundamentada no *Método da Roda*, metodologia voltada à reformulação teórico-conceitual e organizacional do trabalho em saúde, utilizando como instrumentos a observação participante e as narrativas. A intervenção, aberta a diferentes faixas etárias, gêneros e estados clínicos, ocorreu por meio de encontros semanais realizados no período de um ano e contou com 51 sujeitos. Os encontros privilegiaram a oferta de atividades em sintonia com as necessidades, desejos e interesses que emergiam do contato com o grupo, utilizando como recursos de intervenção as práticas corporais e as “rodas de conversa” entre os participantes do grupo e os profissionais do CSE. A experiência no CSE “Paula Souza” mostrou que a teoria da *Clínica Ampliada* permite a produção de práticas de saúde para além da perspectiva hegemônica da Educação Física, mas também que é premente continuar avançando na formação dos profissionais da área, considerando o desafio de propor ações que dialoguem com as necessidades de saúde das pessoas e que sejam coerentes com os princípios do SUS.

Palavras chave: Práticas corporais, “Clínica Ampliada”, Atenção básica, Formação em saúde, Saúde pública.

Abstract

MENDES, V.M. The corporal practices and the “Amplified Clinic”: Physical Education in primary health care. 2013. 178 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

In recent years it has been possible to observe an increase in the number of experiences related to the introduction of corporal practices/physical activity in the context of health services, as a strategy aimed towards the improvement of the population's health, notably as a consequence of three initiatives of the Brazilian Ministry of Health: the National Policy for Health Promotion (PNPS), the establishment of the Support Centers for Family Healthcare (NASF) and the Academy of Health Program. However some progress may be perceived in the development of these experiments, it is evident the challenge presented to Physical Education professionals regarding the production of interventions consistent with the health needs of individuals in the context of primary health care, especially considering the gap between the professional education and the intervention, but also the traditional/reduced modes of intervention on the health-disease-intervention process in this particular field. From this perspective a theoretical-methodological shift imposes its pertinence, one that contributes to potentiate the work with corporal practices, aiming the population's health in an “amplified” perspective. It is in this context that the present study was conducted with the purpose of implementing an intervention project of corporal practices for the users of the Health School Center (CSE) Geraldo Horácio de Paula Souza, of the Faculty of Public Health of the University of São Paulo, to experience the “Amplified Clinic” theory in order to contribute to the debate on the qualification of the contribution of physical education professionals in the public health service. The approach was qualitative in nature, based on Method of the Wheel, a methodology focused on theoretical, conceptual and organizational reformulation of healthcare work, using tools such as participant observation and narratives. The intervention, open to people of different ages, genders and clinical states, occurred through weekly meetings held throughout one year and included 51 subjects. The meetings concentrated on the provision of activities in line with the needs, desires and interests that emerged from contact with the group, using as intervention tools the corporal practices and the “wheels of discussion” among group members and professionals of the CSE. The experience in the CSE showed that the theory of Amplified Clinic allows the production of health practices beyond the hegemonic perspective of physical education, but it showed also that it is urgent to continue advancing in the professional training in this field, considering the challenge of proposing actions that communicate with the health needs of the people while being consistent with the principles of the Brazilian Unified Health System (SUS).

Keywords: Corporal practices, “Amplified Clinic”, Primary health care, Professional health education, Public health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fachada do CSE Geraldo Horácio de Paula Souza	67
Figura 2: Prédio anexo do CSE Geraldo Horácio de Paula Souza	68
Figura 3: Sala onde sala onde ocorriam os encontros de práticas corporais localizada no prédio anexo do CSE Geraldo Horário de Paula Souza	70
Figura 4: Jardim da Faculdade de Saúde Pública, onde pode ser observada a trilha utilizada para caminhadas e, ao fundo, a instituição.	71
Figura 5: A figura mostra os caminhos que percorri em relação à intervenção no CSE (vermelho) e os percorridos pelo grupo de práticas corporais (azul). Os caminhos começaram de forma paralela e foram se entrelaçando no decorrer do processo.	87
Figura 6: Material produzido no encontro a partir do tema cuidado com o corpo.	134
Figura 7: Rolos de massagem produzidos a partir da estrutura de papelão dos lençóis descartáveis utilizados no CSE.	137
Figura 8: Bolas de meia produzidas por participantes do grupo de práticas corporais	139
Figura 9: Rolo para massagem produzido por participante do grupo de práticas corporais	140
Figura 10: Flores de papel crepom (esquerda) e de garrafas plásticas (direita) produzidas por participantes do grupo de práticas corporais para <i>Festa da Primavera</i>	143
Figura 11: Canos de plásticos que foram recolhidos em um supermercado e oferecidos ao grupo por uma participante	144
Figura 12: Locais onde foram realizadas práticas de caminhada pelo grupo	147

LISTA DE QUADROS

Quadro1: Síntese do planejamento para os encontros de práticas corporais no CSE Geraldo Horácio de Paula Souza	77
Quadro 2: Síntese de outros encontros desenvolvidos junto ao grupo de práticas corporais	79

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1	21
REFLEXÕES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO FÍSICA E A PRODUÇÃO DE SAÚDE	
1.1 <i>A bioEducação Física</i>	21
1.2 As práticas corporais	27
1.3 Pesquisa e intervenção na Atenção Básica: duas tendências	33
1.3.1 Primeira tendência: ênfase na racionalidade biomédica	34
1.3.2 Segunda tendência: ênfase no diálogo com a Saúde Coletiva	47
1.4 <i>A Clínica Ampliada</i>	55
CAPÍTULO 2	66
METODOLOGIA	
2.1 O Projeto de Práticas Corporais no Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza	66
2.2 DAS EXPERIÊNCIAS NO CSE	75
2.2.1 Com os participantes do grupo	75
2.2.2 Com os profissionais do serviço	80
CAPÍTULO 3	85
RESULTADOS	
3.1 Caminhos de passagem	85
3.1.1 Os caminhos que percorri	88
3.1.2 Os caminhos percorridos pelo grupo de práticas corporais	125
CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
REFERÊNCIAS	175
ANEXOS	181

INTRODUÇÃO

Investigações têm mostrado o aumento das experiências relacionadas à implementação de práticas corporais/atividade física no âmbito dos serviços de saúde. Nesse contexto pode-se constatar que o tema atividade física e saúde figura no nível primário da atenção como um elemento mobilizador de ações relacionadas à promoção de maiores níveis de saúde da população. Ao serem consideradas as características da atenção básica destacadas por Starfield (2002), a longitudinalidade ou continuidade, que atua como moduladora da prática clínica; a acessibilidade, que permite à atenção se constituir como uma importante porta de acesso ao sistema de saúde; a integralidade, que diz respeito à responsabilidade por todos os problemas de saúde da população adscrita de determinado território; e a coordenação, que se refere à capacidade de responsabilização por um determinado sujeito de modo integrado com os outros níveis da atenção; compreende-se a importância desse tipo de intervenção.

Nesse sentido, podem ser apontadas três iniciativas do Ministério da Saúde que inserem as práticas corporais no conjunto de suas ações: a primeira, é a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que apresenta as diretrizes e estratégias de organização das ações de promoção da saúde nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) visando garantir a integralidade do cuidado e que teve como uma das ações específicas para o biênio 2006-2007 o incentivo à implementação das práticas corporais/atividade física na rede básica de saúde e na comunidade; a segunda, foi a criação por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que incluiu as atividades físicas/práticas como uma das nove áreas estratégicas e, além disso, previu a participação do profissional de Educação Física na equipe mínima de saúde¹; e, mais recentemente, a instituição do Programa Academia da Saúde, através da Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011, que busca contribuir para a promoção da saúde da população por meio da implantação de pólos de práticas corporais/atividade física, de lazer e modos de vida saudáveis denominados

---

¹ Há duas modalidades de NASF. O NASF1 deve ser composto por pelo menos cinco profissionais de modo não coincidente que podem ser das áreas de psicologia, assistência social, farmácia fisioterapia, fonoaudiologia, educação física, nutrição, terapia ocupacional, ginecologia, homeopatia, acupuntura (médico), pediatria e psiquiatria. Em relação ao NASF2, deve ser composta por pelo menos três profissionais, também não coincidentes, das áreas de Assistência Social, Educação física, Farmácia Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Terapia Ocupacional, psicologia. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_154_GMMS.pdf. Acesso em: set2010.

de *Pólos da Academia da Saúde*², os estão sendo implantados pelas Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios com o apoio das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde.

No âmbito da localidade em que este trabalho foi desenvolvido, podem ser identificadas propostas de incentivo à implementação de práticas corporais nos serviços de saúde. No município de São Paulo, em 1991, houve a iniciativa da Secretaria de Saúde de São Paulo³ que incluiu, predominantemente, as Práticas da Medicina Tradicional Chinesa nas UBS. A esse respeito, destaca-se o estudo realizado pelo grupo de pesquisa Educação Física & Saúde Coletiva & Filosofia da Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo⁴ (EEFE-USP), em parceria com a Faculdade de Saúde Pública também da Universidade de São Paulo (FSP-USP), que ao mapear e avaliar como as práticas corporais estavam sendo promovidas no Distrito do Butantã, bem como os problemas, as necessidades e interesses dos profissionais do serviço, identificaram importantes aspectos: por um lado, a existência de práticas corporais em nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) das treze UBS avaliadas e, por outro, a reduzida articulação entre os profissionais responsáveis pelas práticas e o serviço, assim como problemas de impacto e de adesão aos programas, apontando para a necessidade de uma maior aproximação dos valores, interesses e desejos das comunidades atendidas (WARSCHAUER et al, 2007).

A respeito do tema, Moretti et al (2009) apontam ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP), que desde 2001 tem como um dos focos de atuação a implantação de práticas corporais abertas aos usuários em unidades de saúde, cujo objetivo é a produção de saúde, especialmente no que se refere à composição de

---

² Com a portaria que institui a criação do Programa Academia da Saúde houve a publicação de uma segunda portaria, Portaria nº 1.401, de 15 de junho de 2011, que dispõe sobre o incentivo para a implementação dos pólos da Academia da Saúde no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Foram definidas três modalidades de pólos: básica, intermediária e ampliada. Para todas as modalidades está prevista a construção de espaços multiusos e de vivência, sendo acrescido à terceira uma sala de acolhimento, um depósito, sanitários e área de circulação e um espaço destinado a um jardim. Os pólos deverão ser construídos próximos a escolas e UBS, mas não devem caracterizar a ampliação do espaço físico das unidades de saúde. Além disso, para que o Ministério da Saúde homologue o incentivo para a construção dos pólos, os municípios deverão possuir programa previamente implantado à publicação da portaria nº 1.401 com características semelhantes ao Programa Academia da Saúde, os quais podem ter ou não NASF implantado. Disponível em ><http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108543-1401.html>. Acesso em set 2011.

³ A Secretaria de Saúde de São Paulo, em 1991, ofereceu um curso de agentes multiplicadores de *Tai Chi Pai Lin* para os profissionais da rede municipal de saúde e agentes comunitários do Programa Saúde da Família (PSF) a partir do qual houve a difusão, de modo predominante, nos serviços de práticas corporais orientais embora também tenham sido incorporadas, em menor proporção, as práticas de alongamento, caminhada e ginástica. A iniciativa abarcou todo o município de São Paulo e foi responsável por determinar, em várias UBS, o modelo de prática corporal a ser oferecido para a população.

⁴ O Grupo de Pesquisa Educação Física & Saúde Coletiva & Filosofia está cadastrado no CNPQ desde o ano de 1999 e é liderado pela Prof. Yara M. de Carvalho da EEFE.

relações sociais e à melhoria da qualidade de vida da população. De acordo com as autoras, a proposta esteve inicialmente baseada na oferta de práticas corporais terapêuticas da Medicina Tradicional Chinesa, em função do reconhecimento de tais atividades pela população e pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, segundo o Caderno Temático de Medicina Tradicional Chinesa da Prefeitura de São Paulo, o trabalho tinha como objetivo inicial: a) implantar e difundir distintas práticas da Medicina Tradicional Chinesa na rede de saúde do município de São Paulo; b) capacitar, treinar e formar profissionais de saúde com técnicas simples e seguras; c) oferecer à população outras abordagens terapêuticas comprovadamente eficazes e eficientes, especialmente no âmbito da atenção primária; d) criar novas perspectivas de ensino e aprendizagem no campo das práticas da saúde pública; e) reduzir os custos dos tratamentos, com o uso de tecnologias simples e praticamente sem efeitos colaterais, entre outros.

Disso decorreu um investimento anual médio de R\$ 50.000 da SMS/SP para a capacitação de profissionais e para o estabelecimento de parcerias, visando à expansão da área de abrangência da iniciativa. Dentre as práticas oferecidas havia a Medicina Tradicional Chinesa (Lian Gong em 18 Terapias, Tai Chi Pai Lin, Meditação, Lien Ch'í, Xian Gong, Tai Ji Qi Gong), caminhada, alongamento, relaxamento, danças circulares e shantala. Estas formas de mobilização corporal e comunitária têm, segundo as autoras, uma capacidade de adaptação às necessidades e ao contexto de cada polo de atuação (Zonas Leste, Sul, Sudeste, Norte e Centro-Oeste), favorecendo o uso de aproximadamente 70% dos equipamentos da rede pública, embora a meta da Prefeitura fosse implementar esta iniciativa em todos os serviços (MORETTI et al, 2009).

Nesse sentido, as autoras reiteram que há muito a ser trabalhado tanto no que se refere ao desenvolvimento de políticas públicas que possibilitem a continuidade da iniciativa, no sentido de interferirem na mudança cultural que afeta o comportamento dos indivíduos, quanto na necessidade de criação de cargos públicos com pessoal especializado para a intervenção com práticas corporais na rede municipal de saúde, o que favoreceria o seguimento, o monitoramento e avaliação das ações implantadas (MORETTI et al, 2009).

Para tanto, consideram fundamental a implementação de um programa de prática corporal/atividade física tendo como mote um processo educativo que permita o enfrentamento das distintas dificuldades – enfermidade, incapacidade e/ou limitação sócio-ambiental – de forma coletiva, para que tais iniciativas possam atuar para além dos modelos que priorizam a transmissão de conhecimentos e o aumento do nível de atividade física e/ou

aquisição de componentes da aptidão pela população. Faz-se imprescindível o entendimento e o comprometimento da administração pública nos níveis federal, estadual e municipal, especialmente por parte dos gestores encarregados da elaboração e efetivação de Políticas Públicas de Promoção da Saúde (MORETTI et al, 2009).

Ainda que possam ser identificados avanços no que diz respeito à implementação de iniciativas de práticas corporais/atividade física nos serviços de saúde, destaca-se a necessidade de uma orientação teórico-metodológica que favoreça uma atuação mais coerente com as características da atenção básica, sobretudo, revendo a ideia de promoção à saúde centrada em critérios prescritivos, culpabilizantes e moralizadores. Com isso, torna-se evidente a relevância de ampliar as ações dos profissionais de saúde para além da oferta de grupos que enfatizam o componente técnico da prática e a atuação sobre a doença. Especificamente no campo da Educação Física, apresenta-se o desafio de pensar a incorporação de referenciais que contribuam para ações mais articuladas com os saberes e práticas dos outros profissionais de saúde e mais sintonizadas com as necessidades da população atendida.

Meu interesse em contribuir para a qualificação do trabalho dos profissionais de Educação Física na atenção básica decorreu de um conjunto de experiências acadêmico-científicas que podem ser situadas a partir da realização do curso de Licenciatura em Educação Física na Universidade do Estado do Pará (UEPA), entre os anos de 1996 e 1999, até o encontro com os saberes e práticas do campo da Saúde Coletiva, na condição de membro do grupo de pesquisa Educação Física & Saúde Coletiva & Filosofia da EEFÉ/USP, em 2008.

Ao resgatar o percurso acadêmico que trilhei na tentativa de caracterizar os motivos que me conduziram a escolha do tema de investigação, destaco alguns aspectos relacionados ao período de minha graduação em Educação Física. No referido curso, embora houvesse nos anos iniciais as disciplinas de Filosofia da Educação, Sociologia e Psicologia da Educação, as disciplinas que predominavam eram orientadas pelas ciências naturais e, o pensamento entre os docentes associava a atividade física e o esporte com a promoção da saúde, seja no âmbito escolar ou fora deste, segundo uma perspectiva centralmente biologicista.

Em decorrência, aprendíamos a olhar e a compreender o corpo como uma “máquina perfeita”, que se adequadamente treinada, conforme os preceitos de disciplinas como higiene, fisiologia do exercício e treinamento desportivo, agregaria saúde. Este

entendimento focado no corpo biológico encontrava eco nas demandas dos discentes que reclamavam por uma formação que atendesse as distintas possibilidades de atuação profissional, mas preferencialmente, academias, clubes e clínicas.

Ainda que tenha vivenciado experiências junto à comunidade por meio de atividades associadas à Educação Física Escolar, Educação Física para Portadores de Necessidades Especiais e Projeto de Extensão de Condicionamento Físico, essas iniciativas foram marcadas pela ênfase na reprodução de um conjunto de conhecimentos das ciências naturais com reduzida tematização sobre os sentidos e significados de sua aplicação. Minha graduação, portanto, esteve fundamentalmente voltada ao aprendizado do “fazer”, bem como aos distintos modos de aprimoramento da capacidade fisiológica através das incursões nos laboratórios de anatomia, biologia e fisiologia, momento em que era possível manipular o corpo como um autêntico *objeto*.

Foi nessa direção que meus primeiros passos profissionais foram dados. Meu foco voltou-se para a possibilidade de atuar junto a outros profissionais da saúde no atendimento de pessoas com doenças crônico-degenerativas e do aparelho locomotor, período em que me senti impulsionada a cursar especialização em cinesiologia⁵. Nesse sentido, tive maior aproximação com os pressupostos hegemônicos do campo da saúde em decorrência do curso ser predominantemente composto por médicos e fisioterapeutas, cujas abordagens estavam mais dirigidas para a cura e reabilitação.

No entanto, um novo caminho estava prestes a ser trilhado em decorrência do contato com uma realidade completamente distante das vivências na graduação: a aproximação com o Sistema Único de Saúde. Embora essa experiência tenha ocorrido junto a Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, vinculada ao Centro de Saúde (CSE) Escola da Universidade do Estado do Pará, o acesso ao serviço não foi viabilizado por iniciativas acadêmicas, mas por meio de uma profissional da saúde⁶ que ingressou na referida Unidade, com quem já atuava no setor privado. Cabe destacar que era restrita a interlocução entre os cursos da saúde e os cursos de Educação Física e, no caso da instituição, tal realidade se tornava mais evidente à medida que os alunos do curso específico eram os únicos que não frequentavam o CSE como campo de estágio.

---

⁵ Essa especialização foi promovida pelo curso de Fisioterapia da Universidade do Estado do Pará (UEPA) no ano de 2000. Os docentes eram das áreas médica, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Educação Física. Destaca-se que a participação do docente da área de educação física ocorreu na disciplina de fisiologia do exercício. Quanto aos alunos, a predominância era de profissionais das duas primeiras áreas, mas também havia dois terapeutas ocupacionais e três educadores físicos.

⁶ Graduada em fisioterapia pela UEPA, nosso contato se deu quando cursávamos especialização em cinesiologia.

As experiências junto ao serviço favoreceram não apenas o contato com a dinâmica de organização do processo de trabalho, mas principalmente a aproximação entre os diferentes atores – profissionais, usuários e gerência – como contribuíram para despertar o interesse em compreender os motivos da não inclusão da Educação Física naquele contexto. Os relatos dos profissionais justificavam a ausência da Educação Física no SUS em função da área não estar voltada à assistência como as demais profissões da saúde.

A partir destas vivências dei início a uma nova trajetória acadêmico-científica no campo da saúde por me sentir fortemente mobilizada para atuar junto à atenção básica. A aproximação com o contexto do SUS foi responsável por suscitar uma série de questionamentos que se relacionavam tanto à minha atuação profissional, como em relação ao papel da Educação Física no âmbito da saúde pública. Dentre várias questões que surgiram, priorizo duas aqui: Seria possível a efetiva participação da Educação Física junto ao serviço público de saúde? Qual seria a função da Educação Física no SUS?

Para respondê-las, busquei aproximações com o campo da saúde por meio da participação em cursos de formação, cujas discussões estavam relacionadas aos temas do cuidado em saúde, das práticas corporais, da humanização da atenção e da promoção em saúde; e, em projetos de pesquisa voltados à investigação de questões ainda pouco tematizadas na área específica como: as práticas corporais. Em relação aos projetos, destaco a “Avaliação qualitativa dos programas de redução de sedentarismo e promoção da saúde: Academia da Cidade e CuritibaAtiva”⁷, desenvolvido no ano de 2008, cujo propósito era implementar uma avaliação qualitativa do programa desenvolvido pela Secretaria de Esporte e Lazer em distintos bairros da cidade; “Caminhos da Integralidade: levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária”⁸, do qual participei no ano de 2009, voltado para o estudo sobre o modo como o princípio da integralidade é operado nas Unidades Básicas do distrito do Butantã, São Paulo, e assim contribuir para o planejamento e a sistematização de arranjos tecnológicos para o campo da atenção primária; o projeto “As práticas corporais e a atenção primária em saúde: avaliando os cuidados com o

---

⁷ O projeto Academia da Cidade é realizado na cidade de Recife-PE, e o CuritibaAtiva, do qual participei da fase realizada na cidade de Curitiba /PR no ano de 2008.

⁸ O projeto “Caminhos da Integralidade: levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária”, foi iniciado no ano de 2006 e coordenado do Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, médico sanitário, Titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

corpo nas unidades básicas do Distrito Butantã em São Paulo”⁹, o qual integrei no ano de 2010, atuando como uma das coordenadoras do trabalho de campo, tinha como objetivo avaliar a implementação das práticas corporais em duas Unidades Básicas de Saúde, Vila Dalva e São Jorge, e no Parque Previdência no Distrito Butantã; e, em andamento, o projeto “Políticas de Formação em Educação Física e Saúde Coletiva: atividade física/práticas corporais no SUS”, iniciado em novembro de 2010, em parceria com dois grupos de pesquisa: um vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e outro, à Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), que investiga temas relacionados às políticas de formação no campo da Educação Física em interface com as áreas da Educação e da Saúde Coletiva. Além da participação nos projetos que determinaram a constituição de meu objeto de investigação no mestrado, destaco a aproximação com o projeto “Práticas corporais e comunidade”¹⁰, junto ao Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa da USP, sob responsabilidade do Grupo de Pesquisa Educação Física & Saúde Coletiva & Filosofia da Escola de Educação Física da USP.

Foi dessa maneira que meus questionamentos e o conjunto de experiências vivenciadas com a aproximação da Saúde Coletiva permitiram que identificasse não apenas “o problema da pesquisadora”, mas, sobretudo, “o problema da área” que coloca o desafio de pensar a composição de modos de intervir mais condizentes junto ao SUS, especialmente, considerando as intervenções reduzidas sobre o processo *saúde-doença-intervenção* implementadas de modo predominante pelos profissionais específicos. Foi partindo dessa perspectiva que busquei investigar o trabalho com as práticas corporais no serviço público por meio de um projeto de intervenção em um Centro de Saúde Escola. A proposta era experimentar formas para operacionalizar conceitos que ajudassem na qualificação do trabalho com as práticas corporais como práticas capazes de produzir junto à população atendida outros olhares sobre a gestualidade, a saúde e, em última instância a vida.

Meu interesse, com a intervenção, era reafirmar o caráter de prática social da Educação Física, no que diz respeito à produção de saúde da população. Parto do pressuposto que ainda há um distanciamento entre a formação em Educação Física e o serviço. Tal

---

⁹ O projeto As práticas corporais e a atenção primária em saúde: avaliando os cuidados com o corpo nas unidades básicas do Distrito Butantã em São Paulo, coordenado pela Prof Dra. Yara Maria de Carvalho, Professora Associada da Escola de Educação Física e Esporte da USP, foi realizado de 1997 a 2010.

¹⁰ Este projeto teve início em 2001 como um desdobramento de uma iniciativa, em 1999, de aproximação entre os graduandos do 4º ano da EEFE e o CSE Butantã. Foi nesse sentido que a atuação junto ao grupo de pesquisa contribuiu para demarcar o processo de ressignificação sobre o trabalho em saúde e possibilitou a minha investigação na atenção básica

realidade foi evidenciada por Luz quando afirmou que “[...] a presença das atividades corporais ligadas à educação física no SUS é ainda incipiente [...]” (LUZ, 2007, p.15), e que para a superação deste cenário cabe a conscientização e apropriação do papel social da Educação Física por parte dos gestores, profissionais e estudantes. Torna-se, portanto, fundamental tematizar a formação em saúde na área específica que, tradicionalmente, enfatizou a atuação em âmbito privado.

Outra questão que merece destaque diz respeito ao referencial teórico que fundamenta as iniciativas, o qual tende a produzir intervenções que valorizam a dimensão do orgânico, da doença e da mecanização das práticas em detrimento dos aspectos subjetivos e sociais que permeiam o trabalho em saúde. Nesse sentido há que se atuar em direção à invenção de ações que possibilitem à recomposição do trabalho no sentido de prosseguir com a aproximação entre a formação em saúde e a atuação no cotidiano dos serviços, o que já vem sendo proposto através de recentes iniciativas como a do PET-Saúde¹¹ (Programa de Educação pelo Trabalho pela Saúde), especialmente considerando que:

o profissional de saúde necessita de conhecimento científico e tecnológico, mas também de conhecimento de natureza humanística e social relativo ao processo de cuidar, de desenvolver projetos terapêuticos singulares de formular e avaliar políticas e de coordenar e conduzir sistemas e serviços de saúde (CARVALHO E CECCIM, 2007, p. 157).

Ao buscar aporte teórico que contribuísse para responder esse desafio, encontrei o referencial da *Clínica Ampliada*¹², que propõe “[...] uma clínica centrada nos Sujeitos concretos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, também considerando a doença como parte dessas existências” (CAMPOS, 2003, p. 56). E, o *Método da Roda*¹³ que ofereceu

---

¹¹ Trata-se de uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação (Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802/2008; Portaria Interministerial MS/MEC nº 421/2010) que tem a finalidade promover a formação de grupos de aprendizagem tutorial para o desenvolvimento de atividades educacionais em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS) com base nos princípios do SUS e nas necessidades da população. As ações estão dirigidas para a qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como para a iniciação no trabalho em saúde dos estudantes de graduação. Podem participar do Programa Instituições de Educação Superior (IES), públicas ou privadas sem fins lucrativos, que tenham parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e/ou a Secretaria Estadual de Saúde de sua região, selecionadas por meio de editais publicados pelo Ministério da Saúde para desenvolvimento de grupos PET nas áreas de Saúde da Família, Vigilância em Saúde e Saúde Mental. O Programa constituído por docentes das instituições de ensino superior (tutores), profissionais dos serviços de saúde (preceptores) e estudantes de graduação das áreas da saúde (Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Psicologia, Educação Física, Terapia Ocupacional, Nutrição e Fisioterapia). Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306. Acesso em ago 2012. De acordo com dados do Ministério da Saúde dos 545 PET-Saúde/Saúde da Família desenvolvidos nos anos 2010/2011 143 projetos eram de cursos Educação Física, dentre os quais o grupo PET-Saúde Educação Física da USP-Capital.

¹² O termo *Clínica Ampliada* será grafado neste texto em itálico por se tratar de um referencial-teórico.

¹³ O termo *Método da Roda* será grafado neste texto em itálico por se tratar de um referencial-teórico.

embasamento em função da teoria reconhecer “[...] os espaços coletivos também como lugar de reflexão crítica, produção de subjetividade e constituição de sujeitos” (CAMPOS, 2000, p.14).

A aproximação com as teorias foi desenvolvida em função da necessidade de experimentar um referencial que ajudasse a lidar com o desafio para o qual estamos sendo convocados que diz respeito à necessidade de formar profissionais capazes de criar ações sintonizadas e coerentes com as dimensões individual e coletiva do cuidado para além do modelo hospitalocêntrico da clínica que orienta as diferentes subáreas da saúde. Ao trabalhar com o conceito de *Clinica Ampliada e Compartilhada*, não busquei a criação de uma *clínica* para a Educação Física tampouco propor que os profissionais da área atuem com os mesmos referenciais da área médica.

Quis chamar atenção para a necessidade do profissional de saúde recompor o seu objeto de intervenção para além do foco na doença ou no componente técnico, reconhecendo as implicações desse modelo da *bioEducação Física*¹⁴, analogamente ao modelo biomédico, que atua de forma medicalizante e excludente sobre a vida dos atores envolvidos com a produção de saúde. Torna-se, portanto, a premência do reconhecimento das dimensões relativas à subjetividade, à afetividade e ao âmbito social das práticas dos profissionais de saúde. Mas, para tanto há que se enfrentar o desafio de assumir como objeto as noções de problemas de saúde, de vulnerabilidade, de trabalho em rede e de composição de grupos não centrados na doença, afim de ressignificar as iniciativas de cuidado implementadas nos

---

¹⁴ A utilização do termo *bioEducação Física* foi adotada neste trabalho seguindo as orientações do Prof. Dr. Gastão Campos durante o exame de qualificação do mestrado, quando o docente fez menção às duas escolas da Educação Física apresentadas no item “REFLEXÃO SOBRE A RELAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO FÍSICA E A PRODUÇÃO DE SAÚDE”. Em sua fala o Prof. Gastão reiterou que a relação da Educação Física com a saúde está baseada em uma lógica tradicional, reduzida e limitada sobre o processo saúde-doença-intervenção, cuja ênfase tem sido a doença e a fisiologia sem que seja considerada a complexidade da vida, incluindo os fatores subjetivos e sociais. Nessa perspectiva apontou para a existência de uma *bioEducação Física*, tal como existem em outras áreas da saúde a *bioMedicina*, a *bioEnfermagem* e etc. O docente destacou ainda que a proposta de um trabalho com o referencial da *Clínica Ampliada* na Educação Física, como trazido por esta pesquisa, quer chamar atenção para o desafio para o qual os educadores e profissionais da saúde, incluindo os da Educação Física, estão sendo chamados, no que se refere ao trabalho em saúde, seja junto ao NASF, em um Centro de Saúde ou em um Serviço Traumatologia e Reabilitação. Para o Prof. Gastão a discussão desenvolvida nesta investigação tem o sentido de ressaltar que cabe aos profissionais de Educação Física desenvolver modos de intervir baseados em *problemas de saúde* e em vulnerabilidades, ampliando a compreensão de promoção da saúde, que concebe a atividade física como capaz de produzir saúde do ponto de vista da antecipação de problemas e da mudança de hábitos. [Áudio do exame de qualificação do projeto de mestrado “As práticas corporais e a Clínica Ampliada” ocorrido na Escola de Educação Física e Esporte da USP em 05/12/11 cuja banca foi composta pelos docentes prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos, sanitarista, Titular do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; Alex Branco Fraga, licenciado em Educação Física, docente da Escola de Educação Física (ESEF) e do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano (PPGCMH) da UFRGS; e pela profa. Dra. Yara Maria de Carvalho, Professora Associada da Escola de Educação Física e Esporte da USP].

serviços de saúde por meio da ampliação da responsabilização e do vínculo entre trabalhadores e a população atendida.

Nesse sentido, seguindo a trilha dos “dilemas da pesquisadora” e dos “problemas do campo”, busquei a aproximação com um referencial que permitisse experimentar uma maneira para operacionalizar o trabalho com as práticas corporais na atenção básica buscando contribuir com a discussão sobre o papel social do profissional de Educação Física no campo da atenção.

O intuito era reafirmar a importância de qualificar as ações do profissional de Educação Física na atenção básica na direção da construção de projetos de cuidado capazes de dialogar com as necessidades das pessoas e com os princípios do SUS. Ao olhar o trabalho em saúde sob esta perspectiva, ressalto que a experiência reforçou a premência do profissional específico investir na invenção de metodologias de trabalho a fim de que novos caminhos de cuidado possam ser trilhados junto ao SUS não somente para a superação da lógica tradicional de pensar a saúde no campo, mas sobretudo para responder as demandas apresentadas pela população e pelos serviços de saúde ao campo da Educação Física.

CAPÍTULO 1

REFLEXÕES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO FÍSICA E A PRODUÇÃO DE SAÚDE

Neste capítulo tratarei, inicialmente, sobre a relação Educação Física e saúde situando a existência de duas tendências no campo. A primeira, a *bioEducação Física*, que define o papel do profissional como relacionado à prevenção de doenças e ao combate ao sedentarismo por estar fundamentada nos referenciais da biomedicina, e a segunda tendência baseada nas práticas corporais que privilegia o desenvolvimento de ações em saúde a partir de um olhar mais amplo sobre o processo saúde-doença-intervenção, seguindo os referenciais das Ciências Humanas e Sociais e da Saúde Coletiva. Após apresentar as tendências da Educação Física no que se refere ao tema do trabalho em saúde, trago o que tem sido produzido no âmbito da pesquisa e intervenção na atenção básica com o objetivo de favorecer a compreensão sobre a importância de o profissional específico redefinir seu objeto de trabalho, bem como sua maneira de intervir em saúde.

1.1 A *bioEducação Física*

A atuação do profissional Educação Física no contexto da Saúde tem sido tradicionalmente associada com a implementação de ações que sejam capazes de promover a saúde da população por meio de programas de exercícios físicos, os quais ao se fundamentarem na racionalidade biomédica privilegiam a dimensão biológica do ser humano em detrimento do conjunto de fatores relacionados ao processo saúde-doença-intervenção. Neste sentido, a discussão sobre os modos de agir e pensar predominantes na área pode ser compreendida com base nas palavras de Carvalho (2005, p.19) ao afirmar que:

A educação física esteve historicamente voltada para a área da saúde, de um modo geral. Entretanto, para uma saúde que se fixa em dados estatísticos, que reduz o fenômeno a uma relação causal determinada

biologicamente, que desconsidera a história da sociedade, e que tende a responsabilizar, única e exclusivamente, o indivíduo por sua condição de vida. Assim, a pesquisa e a intervenção dirigidas a pessoas e comunidades à margem do acesso ao trabalho, ao lazer, à educação e à saúde, por exemplo, têm sido pouco priorizadas.

A assertiva evidencia a maneira de pensar e intervir pouco ampliada que predomina entre os profissionais do campo decorrente da fundamentação nos preceitos biomédicos, bem como suscita a reflexão sobre a influência de outros aspectos que contribuem para a produção de modelos de intervenção homogeneizadores e medicalizantes do cuidado. De acordo com Soares (2001) este modelo de intervenção teve início entre o final do século XVIII e início do XIX por influência dos saberes da área médica e da instituição militar. No período, o propósito das ações era atender as exigências de eugeniação e disciplinarização dos sujeitos visando à produção de subjetividades que pudessem ser enquadradas no modo de produção recém-constituído com a *Modernidade*.

Conforme destacado por Luz (2007), apesar da tradição dos saberes e práticas da Educação Física relacionados ao treinamento e ao adestramento do corpo anteceder a medicina moderna e a clínica de especialidades, foi a partir dos séculos XIX e XX que os profissionais da área específica se lançaram em busca de legitimação científica perante a autoridade e o poder da biomedicina. Em decorrência da influência do saber científico e da medicina, houve a reestruturação no discurso dos profissionais da área no que se refere aos modos de intervir em saúde.

Ao constatar este cenário, Luz (2007) chama a atenção que o objeto de trabalho da Educação Física, o *corpo em movimento*, não deve ser desconsiderado nem mesmo colocado em segundo plano diante dos saberes da racionalidade científica justamente por agregar diferentes tradições e práticas que vão desde o esporte até a ginástica, bem como a herança circense. Nesse sentido, a autora afirma que a formação no campo da Educação Física vem assumindo maior nível de complexidade de maneira também proporcional à sua *complexificação*. Contudo, considera que mesmo tendo havido uma ampliação da função da área específica na grande área da saúde, tal crescimento não vem sendo observado no contexto do serviço público de saúde.

A afirmação da autora nos remete à reflexão sobre a necessidade de o profissional específico trabalhar para a recuperação do sentido social da área com o propósito de ampliar e garantir a construção de intervenções responsáveis nos serviços de saúde frente às demandas da sociedade porque apesar da atuação dos profissionais da Educação Física estar voltada para

o sujeito e sua gestualidade, conforme considera Luz (2007), a ênfase das ações tem focalizado o aspecto dos efeitos das práticas nos componentes físico-biológicos.

Esta realidade já havia sido destacada por Carvalho como relacionada ao processo de adjetivação que a área específica vem desenvolvendo sobre os corpos, que tende não somente a adjetivar, como também deformar o corpo em *sedentário*. Do que decorre a desvalorização dos desejos, das vontades e dos sentimentos dos sujeitos envolvidas na relação com o profissional específico, sobretudo porque as noções de “[...] disciplina, produção, organização, docilidade e administração do desejo são elementos presentes no modo de pensar, escrever e intervir no corpo” (CARVALHO, 2001, p.93).

Neste sentido, torna-se importante o profissional da área considerar que o processo de adjetivação, fortemente influenciado pela lógica capitalista no que diz respeito à produção de comportamentos visando o consumo de bens e serviços relacionados ao cuidado com o corpo, tende a não ser tão negativo, segundo a autora, quando a referência ocorre apenas no plano do aparente e do superficial em comparação com a “[...] desvalorização que se situa no âmbito profundo, dos valores, dos pensamentos, dos sentimentos, das emoções, das vontades e dos desejos” (CARVALHO, 2001, p.92). As considerações nos remete a pouca reflexão sobre as implicações deste modo de intervir na vida dos sujeitos vinculados aos programas de atividade física, assim como reafirma a necessidade de discussão, não apenas com os profissionais, mas também com os alunos, no âmbito da graduação.

Ao considerar o modo como os profissionais do campo enfatizam os aspectos da forma, da aparência, do rendimento e da moral, pode-se compreender as palavras de Carvalho (1995, p.95) quando ressalta que “o termo *Educação Física* não é neutro”, o que evidencia a forte influência do contexto histórico e social específico na constituição da área. Disso decorre que tanto o significado presente nas diferentes concepções remete o termo *Educação Física* à prática de atividade física, quanto à compreensão das pessoas sobre os conteúdos da área se torna restrita. É, portanto, a partir desse contexto que a Educação Física passa a ser entendida como “o ato de praticar” uma determinada modalidade e o profissional assume como objetivo o trabalho com a aptidão física em detrimento da compreensão da atuação em saúde na área como uma prática social.

No entanto, além desse discurso que contribui para difundir a atividade física como produtora de saúde e a Educação Física como sinônimo de atividade física, a exemplo da expressão “fazer física” com o objetivo de se referir às aulas de Educação Física escolar, há outro que busca questionar a capacidade da atividade física de combater a ocorrência de

doenças por ela mesma, como ressalta Carvalho (1995). Discurso que, segundo a autora, atua no sentido de “[...] mascarar outros determinantes da saúde e do quadro social brasileiro” (CARVALHO, 1995, p.63).

A esse respeito Fraga (2006) considera que houve uma espécie de atualização do discurso sobre a relação entre Educação Física e saúde, pois hoje a ênfase está mais dirigida para a produção e difusão de informações dos benefícios da atividade física, em detrimento da própria prática da atividade. Para o autor, que investigou o exercício da informação relativo ao discurso de vida ativa do Programa Agita São Paulo, a atuação dos profissionais do campo tem se vinculado de modo predominante a modelos prescritivos com o propósito de incutir na população uma “nova crença físico-sanitária” sobre os benefícios da atividade tendo como base uma “estratégia pedagógico-sanitária”. Esse modo de agir e pensar a saúde tem influenciado amplamente a atuação dos profissionais da área que tem privilegiado modelos de intervenção de caráter prescritivo e culpabilizador, visando imprimir na população um modo de pensar e agir que faz parte de “[...] uma racionalidade físico-sanitária, dentro de uma rede mundial de disseminação da atividade física como fator de proteção contra o sedentarismo” (FRAGA, 2006, p.8).

De acordo com Fraga (2006), como parte dessa estratégia desenvolve-se uma espécie de “mapeamento das identidades marginais”, quando as pessoas passam a enquadradas em classificações que induzem o reconhecimento como *sedentário*, *gordo*, *fumante*, *estressado*, *drogado*, que tem por finalidade criar mecanismos para a determinação de normas sobre uma vida saudável. É nessa perspectiva que há uma disseminação do discurso sobre a importância da “conscientização” da prática da atividade física por meio tanto da responsabilização de cada pessoa pela condução da própria da saúde quanto pela propagação de informações das consequências da não adesão a esse modelo de pensar a saúde.

Em outras palavras, o modelo tem efetivamente se dirigido à dominação do imaginário social, em detrimento de ações voltadas à ampliação do número de sujeitos praticantes de atividade física e da produção de saúde segundo uma noção mais ampla sobre a saúde. Ainda segundo Fraga (2006) torna-se fundamental que os profissionais da Educação Física compreendam a lógica universalista e as articulações político-econômicas que fundamentam os modelos com o propósito de empreenderem uma análise sobre as implicações do exercício da informação no que diz respeito ao processo de regulação e governo dos corpos no “mercado da vida ativa”.

As afirmações do autor chamam atenção para os modos de intervir descontextualizados e restritos ao componente biológico dos profissionais de Educação Física que tendem a atuar por meio de um processo baseado na culpa e no medo ao associarem a prática de atividade física pela população aos planos da vontade e do acesso à informação (FRAGA, 2006). Percebe-se que os modos de agir e pensar a saúde predominantes entre os profissionais de Educação Física remetem a ideia de uma atuação baseada na lógica do ativismo, que de acordo com Almeida e Fensterseifer é caracterizado por “[...] atividades não refletidas, com um fim em si mesma e determinadas por uma rotina já consagrada” (ALMEIDA E FENSTERSEIFER, 2006, p.7).

Torna-se evidente a necessidade da compreensão por parte do profissional sobre a diferença de propor uma intervenção baseada na lógica da *mudança de estilos de vida* e na doença ou na lógica que reconhece o processo *saúde-doença-intervenção*. Neste sentido, há que se pensar nos múltiplos aspectos relacionados à produção de saúde com o propósito de que as ações não sejam dirigidas para a doença que embora não deva ser desconsiderada quando colocada como aspecto central das intervenções pode contribuir para estigmatizar o sujeito (CARVALHO, 2006). As considerações da autora chamam a atenção sobre como os modos de intervir podem contribuir para que as pessoas sejam reconhecidas e classificadas a partir de uma determinada doença ou de seus modos de vida, ou seja, como “o diabético”, “o hipertenso”, “o obeso” ou “o sedentário”, “o preguiçoso”.

Em relação à discussão sobre os *estilos de vida* supostamente adotados pela população e suas consequências para a saúde, Palma et al (2010) afirmam que o tema traz para a Educação Física questões de natureza ética acerca do imperativo naturalizante relacionado às noções de causa-consequência relativos à escolha de “comportamentos de risco”. De acordo com os autores, que investigaram a relação do culto ao corpo na mídia especializada, pode ser constatado a reiteração do discurso da prática de atividade física e do consumo de bens e serviços como relacionados à conquista da saúde perfeita pelo uso de técnicas, que se apresentam como soluções rápidas e “milagrosas”, embora inacessíveis para a maioria da população. Outra forma de reiteração desta retórica se dá por meio do processo de culpabilização dos sujeitos que não se enquadram em tal perspectiva para conduzir a própria vida. Ainda segundo os autores, a constituição da saúde segundo essa mesma perspectiva não privilegia os fatores subjetivos, sociais e econômicos justamente porque a intenção é sintonizar a produção de novas subjetividades com os interesses corporativos e mercadológicos que a acompanham (PALMA et al, 2010).

Essa realidade já havia sido evidenciada por Carvalho (1995) ao afirmar que a massificação dos estilos de vida contribuía para a transformação da atividade física em bem de consumo, assim como pelas mudanças tecnológicas e pela política de mercado que imputavam aos sujeitos um processo de responsabilização do cuidado com o corpo por meio da indústria cultural e da beleza. Além disso, a autora ressaltou a constante criação de valores e conceitos junto à população relacionados com uma suposta necessidade de atenção ao corpo que tem como propósito favorecer o consumo de produtos relativos a essas mesmas necessidades (CARVALHO, 2001).

Nessa linha, Freitas (2007) afirma que, embora a atividade física seja a expressão predominante dos conteúdos da Educação Física, torna-se fundamental o reconhecimento por parte do profissional de que a maneira como lida com o tema em questão pode determinar a maneira como a população se apropria do trabalho realizado. A esse respeito afirma que: “[...] falar apenas em atividade física diz respeito a uma tarefa, uma atividade, com o intuito de verificar os efeitos provocados por ela”. E, nesse sentido, reitera que pensar na *Educação Física*, demanda:

[...] considerar a formação, o profissional que vai refletir sobre o grupo ou indivíduo com o qual trabalha, a sociedade nos planos histórico, econômico e social para, a partir de então, pensar, elaborar e propor conteúdos e estratégias (p.33).

A revisão sobre a tendência de intervenção predominante na Educação Física permite compreender a constituição de uma espécie de *bioEducação Física*, que intervém sobre a saúde da população de maneira prescritiva, culpabilizadora e homogeneizante em decorrência do referencial que orienta as ações dos profissionais ser os da racionalidade biomédica. Percebe-se, portanto, que está é uma questão presente não apenas no campo da Educação Física, mas também nas profissões da saúde que são formadas segundo pressupostos hegemônicos da objetividade, neutralidade e cientificidade da biomedicina. Daí a utilização do termo *bioEducação Física* que pode ser estendido para outras áreas, *bioMedicina*, *a bioFisioterapia*, *a bioEnfermagem*, *etc.*, considerando o olhar reduzido e fragmentado para o trabalho em saúde.

Diante disso reafirma-se a importância de avançar na discussão, na maneira de intervir, no que diz respeito aos papéis almejados e assumidos pela Educação Física no contexto da formação e da atuação em saúde. Isso significa trabalhar na construção de ações que dialoguem com outras questões tais como a construção de vínculo positivo e corresponsabilidade entre os sujeitos envolvidos nas ações de saúde, a atuação com

vulnerabilidades em vez da atuação somente pela lógica da *riscologia*, bem como a construção de um trabalho compartilhado, especialmente porque não é desejável e nem aceitável que estudantes e profissionais de saúde permaneçam supondo de maneira pouco crítica que *basta saber* ou *basta querer* para que os problemas de saúde da população sejam facilmente resolvidos. Há, portanto, que prosseguir na abertura de outros caminhos de interlocução, especialmente pelo esmaecimento das fronteiras das ciências humanas e biológicas, com a finalidade de produzir novos encontros que possam ajudar os profissionais da Educação Física a ressignificar o sentido atribuído ao trabalho em saúde.

1.2 As práticas corporais

Ao considerar a existência de um modelo de intervenção hegemônico na área específica, traduzido como uma *bioEducação Física*, torna-se evidente que o encontro entre Educação Física e Saúde Coletiva se apresenta como estratégico para o campo, conforme afirma Carvalho (2005), à medida que contribui para que a saúde seja compreendida para além da mera oferta de programas de exercício físico ou de serviços de médicos-assistenciais. De acordo com a autora, o caráter interdisciplinar de ambas as áreas pode favorecer a articulação entre saberes e práticas, embora ressalte que ainda existem dificuldades de composição em decorrência de os profissionais da Educação Física as ciências médicas com a realização de procedimentos e como distantes da população. Para tanto considera ser fundamental que os profissionais específicos compreendam que a Saúde Coletiva é um campo de saberes e práticas que assume como objeto as necessidades sociais de saúde com o propósito de elaborar e propor novas possibilidades interpretativas e explicativas sobre o processo saúde-doença, tendo como horizonte a ampliação de significados e maneiras de intervir quando o tema é a saúde de pessoas e comunidades.

Nesse sentido, Carvalho (2005) traz algumas questões que tornam evidente que a compreensão sobre a constituição do campo da Saúde Coletiva sob a perspectiva “de processo” pode ajudar os profissionais da Educação Física a reconhecer outros modos de pensar e agir na produção de saúde. Para a autora, portanto, o movimento da Educação Física em direção à Saúde Coletiva traz questões de natureza ética, tratando-se, sobretudo, de

“[...] uma questão de princípio: o profissional específico precisa estar atento ao fato de que para que as populações alcancem níveis adequados de saúde é

necessário ir além do acesso a serviços médico-assistenciais ou da prática de atividade física. Implica, por exemplo, enfrentar a questão da produção de conhecimentos dirigida aos grupos sem acesso à informação relativa aos cuidados com o corpo, de um lado, e de outro com as políticas públicas comprometidas com a com as repercussões na saúde. Não conseguiremos interferir no processo saúde-doença se a Educação Física não ouvir, analisar e avaliar o que se pensa e se faz em saúde hoje, especialmente na sua dimensão coletiva. Escrevemos em prol da saúde, da qualidade de vida e do bem-estar mas não conseguimos explicar porque não construímos vínculos, por exemplo, com o serviço público de saúde (p.22).

Freitas et al (2006) consideram que a aproximação entre as referidas áreas possibilita uma atuação mais alinhada por parte da Educação Física no que se refere ao atendimento dos interesses e necessidades da população. De acordo com as autoras, nessa aproximação, o objeto de trabalho, no âmbito das práticas, passa a ser orientado para o atendimento das necessidades sociais de saúde, utilizando diferentes saberes, disciplinas e tecnologias de ordem material e não-material.

O encontro significa um contraponto ao padrão de saúde da área justamente por compreender o corpo a partir de outra perspectiva, mais ampliado. O que não significa desconsiderar os saberes e práticas do campo biomédico, mas reconhecer que a atuação em saúde demanda a incorporação de outros referenciais. E, nesse sentido, Carvalho (2006) propõe o trabalho a partir e com as práticas corporais em detrimento da atividade física. Embora o conceito de práticas corporais apresente diversidade de sentidos e significados, como apontado por Lazzarotti Filho et al (2010) em artigo que investiga o uso do termo na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da Educação Física, na presente investigação adota-se o de Carvalho (2006; 2007), que compreende as práticas corporais como modos de expressão “[...] da cultura corporal de determinado grupo, e que carregam sentidos e significados que as pessoas lhes atribuem” (CARVALHO, 2007, p.65).

Ao considerar a necessidade de propor modos de intervir que reconhecem desejos, interesses e necessidades da população, Carvalho (2006) sugere transpor fronteiras entre diferentes áreas: ciências humanas e sociais e artes e, ao mesmo tempo, outros saberes. A atuação com os sujeitos e as comunidades, a partir dessa perspectiva, abre novas possibilidades de experiência com o corpo e com a produção de cuidado em contraste com a lógica da *atividade física* e *exercício físico*. As investigações¹⁵ têm possibilitado aprofundar a

---

¹⁵ Dentre as investigações, cabe destacar a tese de livre docência de Carvalho, defendida no ano de 2010 na FSP da USP, intitulada: “As práticas corporais como práticas de saúde e de cuidado no contexto da promoção da saúde” que traz a reflexão, do ponto de vista filosófico, sobre a contribuição das práticas corporais para a ressignificação da promoção da saúde, considerando o desenvolvimento de ações mais próximas dos interesses, necessidades e desejos dos indivíduos e grupos, no que diz respeito ao cuidado, à humanização das relações e às

discussão sobre as práticas corporais como práticas de saúde, como modo potente de produção de saúde, assim como têm contribuído para avançar diante do desafio de experimentarmos ações mais coerentes com os princípios do SUS.

As práticas corporais concebem a gestualidade do ser humano a partir das manifestações da cultura corporal como as danças, as lutas, os esportes, os jogos e as ginásticas. Agregam as práticas ocidentais e as orientais (CARVALHO, 2006). Destacam-se os sentidos, os significados e os valores das práticas corporais no que se refere à produção de cuidado segundo ações autônomas e compartilhadas.

Parte-se do pressuposto “que as práticas corporais podem encontrar na atenção básica e no programa saúde da família um espaço para a composição de ações voltadas ao cuidado e a atenção”, à medida que elas podem “privilegiar o encontro, a escuta e a atenção de pessoas adoecidas visando à construção de relações de vínculo, de corresponsabilidade, de autonomia no processo de cuidado com o corpo e também a apropriação dos espaços públicos para a produção de saúde” (CARVALHO, 2006 p.33).

Freitas et al (2006) reiteraram a questão apontando que pensar a Educação Física no serviço público de saúde torna-se importante não apenas porque contribui com a ampliação do campo de intervenção para a Educação Física, mas principalmente porque pode ajudar aos profissionais da área a rever a maneira de selecionar e tratar os conteúdos, assim como de lidar com as pessoas envolvidas nas intervenções quando o assunto é a saúde. Para as autoras, tal atitude se faz necessária em função do aumento das demandas de diferentes ordens apresentadas pela população aos serviços como relacionadas aos cuidados do profissional de Educação Física, o que destaca a premência de se avaliar não apenas os trabalhos desenvolvidos junto aos serviços, quanto à formação prestada aos alunos de graduação no que se refere à interface com a saúde. Outro aspecto fundamental que acompanha o processo de avaliação, segundo as autoras, diz respeito à reflexão crítica sobre o que se pensa na Educação Física acerca das possibilidades de atuação, qual a concepção teórica adotada e como ocorre a integração com as outras profissões e com a comunidade, cujo propósito é não apenas trazer outras questões para discutir o tema da saúde na área específica, mas, sobretudo favorecer com que cada profissional seja mais um sujeito a buscar a integralidade da saúde das pessoas atendidas em suas intervenções.

Nesse sentido, Freitas et al (2006) reforçam que o diálogo entre a Educação Física e a Saúde Coletiva apresenta-se como uma via de mão dupla, pois contribui para o

---

ações desenvolvidas no SUS, bem como no que se refere à possibilidade das práticas corporais contribuírem para a ampliação da pesquisa em saúde entre os campos que têm o corpo como objeto de investigação.

desenvolvimento de contrapontos aos referenciais que enfatizam a homogeneização, o individualismo e a exclusão das pessoas, bem como ajuda a ampliação dos significados atribuídos às práticas corporais, que “[...] são compreendidas como manifestações humanas, construídas coletivamente e culturalmente, assim como é a saúde” (p.174), o que por sua vez tende a favorecer uma atuação mais próxima dos interesses e necessidades das pessoas, muitas vezes pouco privilegiadas em pesquisas e intervenções da área específica, além de levar novas questões para os serviços que se abrem para os conteúdos da cultura corporal.

Tais proposições remetem ao fato de que o profissional de saúde precisa reconhecer que a implementação de abordagens mais próximas das necessidades das pessoas exige a composição de intervenções transversais, bem como pressupõe a constituição de graus diferenciados de responsabilização e vínculo entre os sujeitos envolvidos com as práticas em questão, uma vez que a produção do cuidado em perspectiva “ampliada” se estabelece apenas quando há um movimento de mão dupla entre aquele que oferta e aquele que demanda o cuidado (CAMPOS, 2003).

É nesse contexto que a constituição de tal movimento exige do profissional uma compreensão ampliada sobre seu papel no campo da saúde, conforme destacam Onocko Campos e Campos (2007), especialmente pelo reconhecimento de que pode “[...] atuar *sobre* pessoas ou comunidades ou *junto* com pessoas e comunidades” (CAMPOS, 2003, p.157). Cabendo, portanto, a compreensão de que a função do profissional de saúde não é a de “promover” a saúde para as pessoas, segundo uma postura verticalizada e impositiva, mas sim de “produzir” saúde de modo conjunto com cada pessoa e com cada comunidade. O que aponta para uma noção cara no campo da Saúde Coletiva que é a de “produção”. A esse respeito, Onocko Campos (2006) traz algumas questões que podem ajudar os profissionais de Educação Física a refletir de forma mais ampla sobre o tema da promoção da saúde:

Promover a saúde ou trabalhar em prol da produção de saúde, que é o termo que prefiro, demanda-nos uma outra atitude como cidadãos, como professores, como membros da equipe de saúde. Tenho pensado que a nossa função é colocar-nos a serviço da defesa da vida, mas como agentes que se deixam tocar, interferir pela vida que aí pulsa. Colocar nossa dimensão técnica do trabalho a serviço das estratégias de vida dos próprios usuários [...] (p.69).

As considerações da autora mostram-se fundamentais neste processo de compreensão sobre o papel esperado para o profissional de Educação Física na atenção básica, principalmente no que diz respeito à implementação de grupos de práticas corporais. É

nesse contexto, portanto, que se coloca a premência do profissional de Educação Física ressignificar seus modos de agir e pensar sobre a questão da saúde.

Considerando essa perspectiva, Carvalho (2006) destaca que embora as práticas corporais tenham conquistado mais espaço na atenção básica, grande parte das propostas ainda enfatiza a composição de grupos pela doença, (caminhada para hipertensos e diabéticos, por exemplo), modelos excludentes que não exploram os componentes didático-pedagógicos da Educação Física, o que remete ao tema da formação no campo da Educação Física que seja capaz de enfatizar o trabalho no SUS.

Em recente artigo sobre o projeto interinstitucional denominado “Políticas de Formação em Educação Física e Saúde Coletiva: atividade física/práticas corporais no SUS” cujo foco inicial de investigação é o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde). Fraga et al (2012) destacaram os investimentos dos Ministérios da Educação e da Saúde no desenvolvimento de políticas intersetoriais voltadas à qualificação da atenção e do cuidado em saúde, como as ações relativas ao PET-Saúde, que são dirigidas à promoção de ações mais integradas entre ensino (docentes e estudantes), serviço (profissionais e gestores da saúde) e comunidade (usuários do serviço), com vistas a ampliar o reconhecimento e o fortalecimento do trabalho no SUS. Nesse sentido, os autores destacaram as diferentes estratégias que têm sido propostas no que diz respeito às ações de formulação, implementação, monitoramento e avaliação do programa desenvolvidas por meio de parcerias entre as diferentes instituições e órgãos, dentre os quais a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), o Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS), o Datasus/SE/MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad/GSI/PR) e a Secretaria de Educação Superior (Sesu/MEC) – já têm produzido discretos efeitos na formação em diferentes áreas, por meio da inclusão de disciplinas e de estágios nos currículos de graduação.

Especificamente em relação à Educação Física, Fraga et al (2012) destacaram que esta tem sido contemplada de modo reiterado pela iniciativa (a exemplo dos 43 projetos da área que foram selecionados dentre os 545 relativos ao PET-Saúde/SF no biênio 2010/2011, conforme apontam os dados do Ministério da Saúde) ainda que possam ser percebidas resistências ao processo de reformulação dos currículos e das práticas, em decorrência das tradições de caráter técnico-esportivo e médico-científico que têm determinado uma formação

profissional centrada na epidemiologia do risco, no modelo clínico/prescritivo e na visão biomédica do processo saúde-doença, bem como um silêncio sobre o SUS, especialmente no que concerne às Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação instituídas por meio da resolução n. 7/2004 do Conselho Nacional de Educação (CNE).

É, portanto, com base nesse contexto que Fraga et al (2012) reforçaram que se torna apropriado pensar a produção de políticas de formação em educação física e saúde coletiva tomando como referência o conceito de prática corporal, justamente porque a referida noção está mais alinhada com a humanização do cuidado e com a atenção integral à saúde do que a ideia de atividade física, o que por sua vez pode contribuir para a ressignificação de competências e habilidades necessárias ao desenvolvimento de um trabalho intersetorial e multiprofissional, no sentido de potencializar a inserção das práticas corporais nos serviços, tendo por objetivo a promoção da saúde segundo um enfoque mais participativo e democrático.

O cenário apresentado por Fraga et al (2012) sobre a graduação em Educação Física, que, no âmbito da formação e das pesquisas, enfatiza a lógica da atividade física sem contribuir para a experiência com as práticas corporais como possibilidade de pensar o cuidado da população no SUS, também foi identificado por Manoel e Carvalho (2011), que problematizaram a constituição acadêmica da Educação Física no Brasil a partir dos programas de pós-graduação da área. Há, de acordo com os autores, uma hegemonia da área de concentração denominada biodinâmica, cujas linhas de investigação são fundamentadas nas ciências naturais, em detrimento das outras subáreas – pedagógica e sociocultural, que têm suas pesquisas orientadas pelas ciências humanas e sociais – o que aponta para uma fundamentação na concepção anglo-saxã e uma aproximação entre a Educação Física brasileira e a norte-americana, cuja matriz epistemológica é a cinesiologia e a natureza é disciplinar.

O levantamento desenvolvido por Manoel e Carvalho (2011) evidencia as distorções na forma de valorizar as diferentes atividades de pesquisa, bem como da produção intelectual, tendo em vista que a avaliação dos programas é fortemente orientada pela quantidade de artigos publicados em periódicos com fator de impacto. Disso decorre uma desvalorização da produção em revistas nacionais, independente do impacto científico e relevância social, bem como uma fixação pela internacionalização das instituições brasileiras, que tendem a desvalorizar o que é produzido em âmbito local pelas subáreas pedagógica e sociocultural, que buscam responder a questões nos âmbitos da educação e saúde. Os autores

consideram que a política científica desenvolvida no país, indutora da internacionalização das instituições de ensino superior, traduz a adoção de critérios avaliativos com pouca consideração sobre a diversidade do campo e uma política centralizadora: considerando os 21 programas recomendados pela Capes, a concentração dos cursos de pós-graduação nas regiões Sul e Sudeste (os programas com conceito 3 predominam em todo o Brasil, mas os com conceito 4,5,e 6 pertencem à região Sudeste) e a alta incidência de docentes (de um total de 293 docentes 60,7% eram da biodinâmica, 22,52% da sociocultural e 17% da pedagógica) e de linhas e projetos de pesquisa vinculados às ciências biológicas (de 135 linhas de pesquisa, 50% eram vinculadas à biodinâmica, 33% à sociocultural e 17% da pedagógica e de 860 projeto 67,4% pertenciam à biodinâmica).

A problemática que envolve a pós-graduação no Brasil – a desqualificação da produção, a pressão dos órgãos de fomento a partir dos critérios de avaliação para a produção, o distanciamento crescente entre as questões da sociedade e as prioridades das instituições – e que, portanto, atinge os docentes das subáreas não hegemônicas, evidencia o prejuízo do modelo de tal estruturação para a Educação Física, conforme ressaltaram os autores, especialmente em relação ao que a área compreende e agrega acerca da possibilidade de interlocução entre distintos saberes e práticas como campo de conhecimento e como prática social.

Neste sentido é preciso ousar e investir em novos diálogos sobre a compreensão do trabalho em saúde, por exemplo, por meio da interlocução com o campo da Saúde Coletiva.

1.3 Pesquisa e intervenção na Atenção Básica: duas tendências

As duas tendências relacionadas ao campo da Educação Física têm produzido diferentes ações no contexto da pesquisa e da intervenção na atenção básica. Tornou-se fundamental a compreensão desses movimentos, sobretudo considerando as proposições do presente estudo. O levantamento dos trabalhos desenvolvidos por ambas as vertentes teve dois objetivos: primeiro, buscar outros estudos que se aproximassem do ponto de vista teórico-conceitual de minhas proposições e, em segundo lugar, conhecer o que está sendo produzido na atenção básica pela área específica. A revisão foi realizada em periódicos nacionais das

áreas da Educação Física (Movimento, Motriz, Pensar a Prática, Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, Revista Brasileira de Ciências do Esporte, Movimento, Revista Brasileira de Ciência e Movimento, Revista Brasileira de Medicina do Esporte), da área médica (Revista Brasileira de Medicina do Esporte) e da Saúde Coletiva (Cadernos de Saúde Coletiva, Cadernos de Saúde Pública, Physis: Revista de Saúde Coletiva, Saúde e Sociedade, Interface). Foram adotados como critérios de busca as seguintes palavras-chaves: “práticas corporais/atenção básica”, “Educação Física/atenção básica”, “Educação Física/SUS”, “atividade física/atenção básica”, “Educação Física/*Clínica Ampliada*”, “Educação Física/*Método da Roda*”. A seguir são apresentados os trabalhos identificados. Inicialmente há os estudos da primeira vertente, a *bioEducação Física*, e, posteriormente, as investigações com as práticas corporais. E, ao final do capítulo são desenvolvidas algumas considerações sobre o panorama identificado.

1.3.1 Primeira tendência: ênfase na racionalidade biomédica

Dentre as investigações relacionadas à primeira tendência há o estudo desenvolvido por Monteiro et al (2007) que avaliaram a efetividade de um programa de exercícios para as populações de baixa renda por meio da implantação de um projeto de condicionamento físico individualizado para hipertensos vinculados à Unidade Básica Saúde Otávio Rasi na cidade de Bauru, São Paulo. Com a investigação, dezesseis mulheres hipertensas (56 ± 3 anos) sob tratamento farmacológico regular, foram submetidas a quatro meses de exercícios aeróbios e de alongamento (3 sessões/semana, 90 min/sessão, 60% de VO_{2max} .) com o propósito de comparar os efeitos do programa no condicionamento físico, perfil metabólico e níveis de pressão. O desenvolvimento dos exercícios seguiu as recomendações do American College of Sports Medicine (ACSM). Com o desenvolvimento do estudo os pesquisadores consideraram que a efetividade de programas de exercícios dessa natureza ainda é controversa, carecendo de outras análises em populações de baixa renda, embora reafirmem que os efeitos já conhecidos dos exercícios aeróbios para a redução da pressão arterial e também descrevam que o estudo realizado na UBS Otávio Rasi se mostrou efetivo em relação aos objetivos. Sobre os resultados do estudo, os autores demonstraram que o treinamento físico foi responsável pela redução da pressão arterial sistólica (PAS, - 6%) e

pela melhora do condicionamento cardiorrespiratório (+42% do VO₂max), da flexibilidade (+11%) e do conteúdo de glicose plasmática (- 4%) da população testada. Os autores também relataram que houve correlações significativas entre os valores do pré-teste e pós-teste no que se refere ao nível de colesterol total (CT), lipoproteína de alta densidade (HDL-C) e lipoproteína de baixa densidade (LDL-C), porém não houve alterações no índice de massa corporal e no percentual de gordura dos sujeitos avaliados. Ao final do estudo os autores consideraram que o programa foi efetivo em relação à pressão arterial, o condicionamento físico, a flexibilidade e o perfil lipídico dos pacientes e que, por este motivo, os programas de exercícios podem ser desenvolvidos de modo personalizado na UBS Otávio Rasi. Neste ponto há que se destacar que a proposta de desenvolvimento de intervenções voltadas ao treinamento da população nas UBS pode contribuir para a compreensão, por parte da comunidade e dos próprios trabalhadores, de que pensar a saúde por meio do movimento se aproxima deste modelo, o que favorece uma compreensão limitada e mecânica sobre o cuidado com o corpo. Torna-se patente a importância de aproximar as fronteiras entre os saberes e práticas das ciências biológicas e das humanas para que estudos dessa natureza não incentivem uma *protocolização* do cuidado. Percebe-se a importância de investir na renovação das propostas de intervenção para que dados sobre os níveis de saúde da população sejam utilizados de modo coerente com as necessidades de saúde das pessoas, valendo-se de uma característica da atenção básica, que é a potencialidade para a produção de novos padrões de responsabilidade entre os profissionais e a população atendida.

Outro estudo, que segue as mesmas características metodológicas da pesquisa em Bauru, foi desenvolvida por Mello et al (2010) no município de Picos, Piauí com o objetivo de avaliar os efeitos de um programa de caminhada sobre parâmetros biofísicos em mulheres com sobrepeso pertencentes ao Programa de Saúde da Família (PSF). A investigação foi do tipo experimental, sendo as participantes divididas aleatoriamente em grupo experimental (GE) e grupo controle (GC). O protocolo de pesquisa previa inicialmente avaliações antropométrica, de condicionamento físico, da pressão arterial e de sangue. Posteriormente, as participantes foram submetidas a um treinamento de doze semanas com frequência semanal de três dias, duração cinquenta minutos e de intensidade entre 60%70% da frequência cardíaca máxima. Ao final do estudo os pesquisadores afirmaram que o programa de caminhada foi capaz de evitar os efeitos deletérios do sedentarismo no que diz respeito ao consumo máximo de oxigênio, colesterol total, colesterol de baixa densidade, glicose e também na concentração de triglicerídeos. A análise do presente artigo mostrou que a

compreensão dos autores sobre a promoção da saúde está baseada em critérios tradicionais que preconizam a prática regular de exercícios como um meio para mudança de estilos de vida e para a redução de fatores de risco. Cabe refletir que tal modo de lidar com o corpo pode se tornar ainda mais problemático quando o cenário de prática é a atenção básica, considerando as iatrogenias de diferentes ordens que tal modelo de intervenção pode favorecer, tais como, a medicalização e a culpabilização dos sujeitos que não aderem às orientações da equipe.

De modo semelhante a investigação anterior Guimarães et al (2008) avaliaram os efeitos de um programa de atividade física sobre o nível de autonomia de idosos vinculados ao Programa Saúde da Família (PSF) do município de Santa Cruz de Minas, Minas Gerais. Os sujeitos selecionados, homens e mulheres, foram divididos em grupo experimental (GE), idade média de $68,66 \pm 5,93$ anos ($n=35$), e em grupo controle (GC) idade média de $69,80 \pm 8,05$ anos ($n=35$). A avaliação da autonomia foi realizada segundo protocolo do Grupo de Desenvolvimento Latino-Americano para a Maturidade (GDLAM) por meio dos testes de: caminhar 10m (C10m), levantar-se da posição sentada (LPS), levantar-se da posição decúbito ventral (LPDV), levantar-se da cadeira e locomover-se pela casa (LCLC) e o teste de vestir e tirar uma camiseta (VTC). Os resultados na fase do pré-teste demonstraram um valor fraco para a autonomia funcional em todos os avaliados. A conclusão sobre os resultados do pós-teste revelou que o grupo controle apresentava um valor fraco no teste LPS, regular nos testes LCLC e IG e bom nos testes LPDV, C10m e VTC. Tal como nos outros estudos, percebe-se que a investigação está dirigida para a identificação de parâmetros físico-fisiológicos sobre a autonomia. Em que pese a importância de estudos dessa natureza, também há que se considerar o sentido do uso dos resultados das investigações, que podem tanto voltar-se para a produção de ações medicalizantes da vida quanto contribuir para a ampliação da autonomia e da responsabilidade pela saúde – inclusive da população idosa, como no caso em específico. Esses estudos não podem perder de vista que a produção de saúde mantém estreita relação com os interesses, os valores e os conflitos que permeiam a vida das pessoas.

Já outro projeto de pesquisa nos traz a reflexão sobre a questão da disseminação da lógica medicalizante e impositiva ao pensar o cuidado na atenção básica. O estudo desenvolvido por Siqueira et al (2008) com usuários vinculados a uma UBS tinha o objetivo de compreender a prevalência do sedentarismo e fatores associados em populações de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil, que foram selecionadas por meio de delineamento transversal. A amostra contou com adultos (30-64 anos) e idosos (65 anos ou

mais) que residiam nas áreas de abrangência das Unidades, de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes dos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, na Região Sul; Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí, na região nordeste do Brasil. De acordo com os autores, os municípios selecionados para o estudo fazem parte dos Lotes 2 Sul e Nordeste do estudo de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família¹⁶ (PROESF). Em cada um dos lotes estudados houve o sorteio de uma amostra aleatória de 120 UBS com diferentes modalidades de atenção básica: Programa Saúde da Família (PSF) ou tradicional. Segundo os autores, a prevalência de sedentarismo foi de 31,8% (IC95%: 30,4-33,2) e 58% (IC95%: 56,4-59,5) para adultos e idosos respectivamente, tendo maior índice sempre para a Região Nordeste e nos homens. Além disso, apontaram que baixa renda familiar foi fator de risco para o sedentarismo nos adultos e idosos e que a baixa escolaridade apresentou um efeito somente entre os idosos. Ressaltaram que a prevalência média de sedentarismo foi maior na área de abrangência das unidades básicas de saúde Pré-PROESF. Os autores destacaram que apesar da população ter conhecimento sobre a importância da atividade física para a saúde, existe uma prescrição insuficiente por parte dos profissionais para a promoção de mudanças nos sujeitos no que diz respeito à incorporação da atividade física. Em função do nível de sedentarismo encontrado, os pesquisadores consideraram que as UBS não têm atendido as necessidades dos usuários em relação à prática da atividade física como instrumento de promoção da saúde. Como conclusão, afirmaram que existe uma alta prevalência do sedentarismo na população investigada e que o menor nível de atividade física pertence aos grupos menos favorecidos sócio-economicamente. Com o estudo torna-se clara a necessidade de os trabalhadores da atenção básica, especialmente os profissionais da Educação Física, que têm tido suas possibilidades de inserção neste campo alargadas, proporem ações coerentes com as diretrizes da atenção básica. Isto implica em uma compreensão ampliada sobre a promoção da saúde, para além da ideia de fatores de risco, da informação como elemento que assegura a adesão aos programas e da reiteração do discurso segundo o qual a população necessita de um profissional para a prescrição de uma determinada prática. Tudo isto tende a culpabilizar, medicalizar e alienar a população atendida pelos serviços.

---

¹⁶ É um projeto desenvolvido pelo Ministério da Saúde com o apoio do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) que atua em 187 municípios do país. Os objetivos do PROESF são: ampliar o acesso aos serviços de atenção básica por meio da expansão da Estratégia Saúde da Família; atuar no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família através de investimentos em atividades de formação e capacitação dos profissionais e aumentar a efetividade e a melhoria do desempenho dos serviços por meio da incorporação de processos sistemáticos de planejamento, monitoramento e avaliação. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/proesf/conheca.php>. Acesso 25ago2011.

Outra investigação que tende tanto a associar a adesão à prática de atividade física ao estilo de vida e nível sócio-econômico, quanto reforçar a ideia de implementação de programas de condicionamento físico nos serviços, foi desenvolvida por Kokubun et al (2007) por meio da implantação de um programa de atividade física em uma UBS no município de Rio Claro, São Paulo. No estudo, resultante de uma parceria entre a Fundação Municipal de Saúde e a Universidade Estadual Paulista (UNESP), as atividades eram coordenadas e orientadas por docentes e alunos do Núcleo de Atividade Física, Esporte e Saúde (NAFES) do departamento de Educação Física da referida instituição. Ao apresentar a experiência com a implantação do programa, os autores destacaram que o estilo de vida sedentário atinge 40 a 80% da população brasileira e os fatores idade, gênero, condição de saúde, nível sócio-econômico e escolaridade apresentam associação no que se refere aos maiores índices de inatividade física e que por este motivo consideram que a oferta de programas de intervenção, que viabilize o acesso a grupos populacionais menos favorecidos e/ou com menores chances de praticar atividades físicas, é uma estratégia que pode minimizar os efeitos deletérios provenientes de doenças degenerativas em indivíduos tradicionalmente mais acometidos. Afirmaram que uma parte dos obstáculos que dificultam a prática de atividade física está relacionada a entraves individuais e ambientais e que as UBS podem minimizar parte desses entraves de grupos populacionais sedentários. Em relação à participação no programa, os autores relataram que as pessoas eram submetidas inicialmente a uma triagem e, posteriormente avaliadas do ponto de vista antropométrico, da aptidão funcional, da pressão arterial, das concentrações de glicose e lipídios e da qualidade de vida. No programa eram desenvolvidas atividades com duração de sessenta minutos, sendo desenvolvidas duas vezes por semana com predominância de exercícios aeróbios (caminhadas e atividades lúdicas) e neuromotores (força, agilidade, equilíbrio, flexibilidade e coordenação). Os instrumentos e equipamentos utilizados são de baixo custo e de fácil manipulação (garrafas plásticas com água, cordas, cones, cabos de vassoura, bolas de meia, borrachas cirúrgicas, bolas de borracha e colchonetes). Os autores afirmam que o programa mostrou-se efetivo para melhorar o desempenho de alguns componentes da aptidão funcional, do metabolismo de lipídios e da glicose, assim como no estado de ânimo e da qualidade de vida. Concluíram que, em função dos resultados obtidos, a implantação de programas dessa natureza pode ser uma proposta viável do ponto de vista social e de promoção da saúde. Esta investigação faz refletir sobre em que medida ações em saúde com essas características são efetivamente interessantes para a comunidade, porque, ao que parece, o programa desenvolvido em Rio Claro tende a

enquadrar a população em determinados critérios de desempenho físico-fisiológicos como justificativa para trabalhar a promoção da saúde.

Com base na implantação de tal programa Costa et al (2009) realizaram uma investigação para verificar a “aderência” dos participantes, bem como correlacionar a idade, o índice de massa corporal e o índice de aptidão funcional com a variável em questão (aderência). No estudo foram considerados os dados relacionados ao controle de frequência por 62 meses e as avaliações antropométrica e funcional de 122 participantes (58 + 9 anos) do programa desenvolvido em Rio Claro. Os resultados apontaram 49,2% de desistência e 50,8% de adesão ao programa com tempo médio de permanência de 24 + 17 meses, tendo maior percentual de “aderência” as pessoas com maior aptidão física, mais velhas e não obesas. Os autores concluíram que, apesar dos valores percentuais entre permanência e desistência terem sido próximos, o tempo de permanência no programa foi elevado em comparação com outros estudos, indicando características positivas da proposta no que se refere às mudanças de comportamento em função da prática de atividades físicas. Chama atenção no estudo a análise sobre a temática da aderência, que relaciona a participação em programas de atividade física a variáveis fisiológicas, em detrimento da compreensão de outros aspectos que interferem na realização ou não realização de determinada atividade, especialmente os sociais e subjetivos. Esta vinculação pode favorecer atitudes dos profissionais em relação à população que se afastem do cuidado esperado na atenção básica.

Ainda a respeito do programa é possível refletir sobre o modo de implementação e de operacionalização de iniciativas na atenção básica desenvolvido por instituições de ensino Superior, que reforça junto aos estudantes de Educação Física, trabalhadores da saúde e poder público, a lógica apresentada por Fraga (2006) e Carvalho (2006), no que se refere à relação entre Educação Física e saúde. Essa reflexão pode ser desenvolvida com base na descrição de Nakamura et al (2010) sobre o histórico, o funcionamento e o modelo lógico do programa anteriormente apresentado (Kokubun et al, 2007), intitulado *Saúde Ativa Rio Claro*. Os autores ressaltaram que a parceria entre Fundação Municipal de Saúde (FMS) e a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), na figura do docente representante do NAFES, também contou com o apoio da Câmara de Vereadores local e do grupo de Prevenção e Apoio de Portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Em relação aos financiamentos, oriundos do Fundo Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e da Pró-Reitoria de Extensão Universitária, os recursos foram destinados para a aquisição de materiais para as aulas e de kit para análises

bioquímicas, pagamento de bolsa para os cinco estagiários, um técnico de laboratório e para divulgação nos meios de comunicação (rádio, jornal, TV e internet) sobre a importância da prática de atividade física, bem como dos eventos realizados pelo programa. Os autores também descreveram as cinco ações que orientam o projeto: a) Programa de Intervenção de atividades físicas em UBS e Unidades de Saúde da Família (USF): criado a partir do interesse em investigar a influência da atividade física na qualidade de vida dos sujeitos diabéticos e hipertensos frequentadores de reuniões do Hiperdia¹⁷, que oferecia sessões de atividade física duas vezes por semana, com duração de 60 minutos, tendo como fundamento os princípios de periodização do treinamento físico e como critérios de avaliação os da American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance (Osness, 1990), medidas de composição corporal (circunferência abdominal, quadril, peso, estatura e dobras cutâneas) e de Qualidade de Vida (SF-363); b) Reunião com os coordenadores e gestores das UBS e USF: discussões semanais entre os alunos de pós-graduação, os coordenadores e os gestores visando à criação de estratégias para melhorar a conscientização dos cidadãos e dos funcionários dos serviços sobre a importância da prática de atividade e o planejamento de ações conjuntas com as unidades para promoção de hábitos saudáveis; c) Encontros para profissionais de saúde e alunos de graduação: realização desde 2009 do “Encontro de Atividade Física e Saúde”, que tinha como propósito a disseminação de informações e a discussão sobre a importância da inserção da atividade física nas UBS e USF, em função de tais iniciativas serem pouco conhecidas pela população, o que acarretaria barreiras à sua implantação; d) Eventos para promoção de atividade física: realização semestral, desde 2008, de cinco eventos intitulados *Saúde Ativa Rio Claro*, com o objetivo de transmitir informações sobre os benefícios da prática de AF em diabéticos, hipertensos e obesos, por meio de palestras realizadas por professores convidados e de atividades lúdicas voltadas à integração entre alunos, gestores e professores de cada UBS e USF. A ação também foi desenvolvida em outros encontros como o Dia Mundial do combate ao Diabetes (2008 e 2009), a 1ª Semana de combate à obesidade infantil (2009), o Rio Claro na medida certa (2009 e 2010), a Semana Interna de Prevenção

---

¹⁷ O HIPERDIA é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, que gera informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Além do cadastro, o Sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, a médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807. Acesso em 06 nov 2012.

Acidentes de Trabalho (SIPAT) em empresas de Rio Claro, desde 2006, bem como a Reunião do Grupo DST (2009); e) Levantamentos de linha de base do nível de atividade física dos adultos e adolescentes do Município de Rio Claro: pesquisa realizada entre 2007 e 2008 com 1596 adultos (> 20 anos), que verificou que 74% dos adultos são inativos, sendo a inatividade mais prevalente em mulheres (76,5%, contra 70% dos homens). Já o resultado das entrevistas com 467 adolescentes (14 a 17 anos) do ensino médio, no ano de 2009, identificou uma prevalência de atividade física entre os adolescentes de 17,3%, sendo os meninos mais ativos (26,8%,), mas com maior prevalência de sobrepeso e obesidade (21%) quando comparados com as meninas, que apresentavam valores 9,4% e 7%, respectivamente. No que diz respeito aos resultados do projeto *Saúde Ativa Rio Claro*, os autores destacaram que as intervenções realizadas na população mostraram-se capazes de tanto transmitir informações sobre os benefícios da prática de atividade física quanto de oferecer locais para a sua prática, o que poderia prevenir e tratar as DANT (Doenças e Agravos Não Transmissíveis), mas reforçaram a necessidade de um estudo longitudinal para verificação da efetividade do programa na prevenção e no tratamento dessas doenças, que já foi parcialmente realizado em 2008 com adultos e em 2009 com adolescentes.

No estado de São Paulo, outras cidades também desenvolveram projetos de atividade física em parceria com departamentos dos cursos de graduação em Educação Física e com o poder público, a exemplo de São Caetano do Sul e São José do Rio Pardo. Em relação à primeira iniciativa, Silva et al (2011) participaram de uma investigação realizada pelo Programa de Atividades Físicas para Pessoas com Necessidades Especiais (PAFIPNES), implementado pelo Departamento de Educação Física da Faculdade Euclides da Cunha (FEUC), em parceria com o PSF de São José do Rio Pardo, no ano de 2002. O objetivo central do programa era proporcionar a prática regular de atividades físicas para pessoas portadoras de DANT, tais como obesidade, diabetes e hipertensão, buscando conscientizar a população sobre os benefícios da adoção de estilos de vida saudáveis. Outro propósito era viabilizar uma maior integração entre ensino, pesquisa e extensão, com base na formação e na capacitação de estudantes de Educação Física no atendimento aos portadores de DANT, com base nas recomendações estabelecidas pelo Conselho Federal de Educação Física (Confef) sobre a atuação do profissional da área específica na atenção básica¹⁸. Desde o início do

---

¹⁸ No ano de 2010, o Conselho Federal de Educação Física (Confef) lançou as Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de Educação Física na atenção básica. Na apresentação do material há o destaque que o a publicação tem como objetivo orientar condutas e procedimentos do profissional específico no uso de exercícios/atividades físicas como elementos principais ou complementares na atenção à saúde, seja no nível primário, secundário ou terciário, especialmente no tocante às doenças crônicas não transmissíveis.

projeto até o ano de 2010 o PAFIPNES foi buscado apenas por mulheres, totalizando 80 participantes com idade superior a 40 anos. Do ponto de vista metodológico, a inclusão das usuárias no projeto ocorria por meio de indicação do médico da equipe multiprofissional, responsável pela triagem das pessoas pertencentes ao PSF do bairro Vale do Redentor II. Posteriormente à seleção havia uma avaliação médica, conforme o estado de controle das patologias identificadas, e o encaminhamento das participantes à coordenação do PAFIPNES para realização de anamnese inicial, avaliação diagnóstica de aptidão física e identificação de possíveis limitações para a prática de atividades. Em relação aos resultados, os autores relataram a melhora no controle das enfermidades diagnosticadas, redução de peso pelas participantes obesas, pequenos ganhos de força, diminuição dos sintomas e da dosagem dos remédios prescritos, maior autonomia funcional relacionadas com as atividades da vida diária e redução nos custos com tratamento farmacológico. Outro resultado destacado diz respeito à formação dos alunos de Educação Física, especificamente na maior aquisição de conhecimentos e habilidades específicas e na melhor capacitação para a prescrição e o acompanhamento de programas de atividades físicas destinados a obesos, diabéticos e hipertensos. Como conclusão, os autores reforçaram a intenção de aumentar o número de atendimentos pelo programa, estendendo suas ações e benefícios aos integrantes de outras unidades básicas e NASFs do município, mas reiteraram a necessidade de apoio pela administração local no que diz respeito à oferta de bolsas aos alunos e na infraestrutura para o programa por meio da disponibilização de espaços adequados e de ajuda para a aquisição de equipamentos.

Quanto ao projeto da Cidade de São Caetano do Sul, Silva et al (2011) destacaram que o objetivo primordial era estimular a prática e elevar o nível de atividade física dos usuários do PSF, tendo como referência o cenário mundial, no que dizia respeito aos dados da OMS de que em 50 a 70% das consultas médicas no mundo havia algum tipo de prescrição medicamentosa, bem como o âmbito local no que se referia aos gastos do Ministério da Saúde, superiores a R\$ 4,6 bilhões com custeio de medicamentos no ano de 2007. Outro aspecto que os pesquisadores destacaram foram os esforços, nos últimos anos, para coletar e disseminar informações sobre o nível de atividade física de usuários do sistema público de saúde. Com base nesse contexto, a coordenação do Departamento Municipal de Saúde implantou o programa de atividade física, que estabeleceu uma parceria com o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) para a obtenção de informações sobre experiências desenvolvidas em outros programas e sobre

instrumentos para avaliação das ações. Em relação ao funcionamento, o projeto atuava em 11 dos 15 bairros que eram cobertos por 20 equipes do PSF, cuja composição incluía um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários e um profissional de educação física, sendo este último o único profissional que atuava nos 11 bairros onde o programa ocorria. As aulas eram desenvolvidas com base nas recomendações para a atividade física do American College of Sports Medicine (ACSM) e da American Heart Association (AHA) e mantinham semelhança no que se referia às modalidades (potência aeróbica, força muscular, equilíbrio e flexibilidade), frequência semanal (2 vezes) e duração (60 minutos). Além disso, os responsáveis pelo programa reconheceram que as atividades oferecidas eram insuficientes para que fosse cumprida a recomendação mínima de 150 minutos de atividade moderada por semana e adotaram estratégias de mudança de comportamento, como orientações ao final das aulas para que os participantes adotassem um estilo de vida mais ativo no cotidiano. Nessa perspectiva, os autores apontaram como um potencial acerto a atuação dos agentes comunitários como intermediadores para a prática de atividade física nas visitas domiciliares. Para tanto, os trabalhadores foram treinados mensalmente no primeiro ano do projeto sobre como orientar a comunidade para mudança de comportamento (prevenção de comportamento sedentário) e adoção de estilo de vida ativo, bem como passaram por avaliação no CELAFISCS para a identificação do nível de atividade física. O referido centro também participou da implantação de avaliação física e do nível de atividade física dos usuários do projeto, que também são submetidos a coleta anual sobre variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde/doença. O projeto também incorporou elementos do modelo de gestão móvel (SALLIS; OWEN, 1997), que permite acoplar iniciativa – intrapessoal, do ambiente social, do ambiente físico (natural e/ou construído) – como um determinante do processo de intervenção. A partir da experiência em São Caetano do Sul, os autores sugeriram que as iniciativas fossem elaboradas com base na realização de parcerias e no fomento de políticas públicas que garantam o desenvolvimento de ações preventivas na atenção básica, tendo como foco a tentativa de aumentar o nível de atividade física das pessoas.

Investigações na linha de parcerias com instituições de ensino superior e o poder público também são desenvolvidas em outras cidades brasileiras, como Aracaju, Recife e Curitiba, denominadas “Academias da Cidade”. Destas, será apresentada a investigação realizada na cidade de Aracaju por Mendonça et al (2009) com o propósito de mostrar o modelo lógico adotado pelas iniciativas com a marca “Academia da Cidade”, que também são

marcadas por um recorte de caráter biologicista. Conforme apontado por Mendonça et al (2009), a concepção do projeto esteve fundamentada nas altas prevalências de excesso de peso (32,5%) e de sedentarismo (33,6%) de sujeitos acima de 15 anos entre os anos 2002 e 2003. A proposta de implementação foi elaborada por meio de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS) e o Núcleo de Pesquisa em Aptidão Física de Sergipe do Departamento de Educação Física da Universidade Federal de Sergipe (NUPAFISE/DEF/UFS), em 2004, como uma estratégia de prevenção e tratamento para os principais fatores de risco que acometiam a população, tendo como embasamento as informações sobre a importância e os benefícios da prática regular de atividade física. Segundo os autores, o objetivo principal do programa era instrumentalizar a população, sobretudo de adultos e idosos, para a adoção de um estilo de vida mais ativo. Em decorrência, buscaram oferecer atividades físicas suficientes para que a população se aproximasse ou alcançasse as recomendações mínimas sugeridas para a manutenção de bons níveis de saúde no que diz respeito à prática de atividade física. Em relação à estrutura, as atividades eram oferecidas em espaços de intervenção denominados pólos, que inicialmente foram implantados em 13 bairros da cidade e que, posteriormente, atingiram um total de 15. Quanto ao funcionamento, cada pólo possuía oito equipes de trabalho, que eram compostas por dois professores e quatro estagiários de Educação Física da UFS. Cada equipe era responsável pelo atendimento de dois pólos, tendo como atribuições a realização de avaliação física e a aferição de pressão arterial, bem como a prescrição e orientação de caminhada, alongamento, ginástica (aeróbica e localizada), dança, yoga, lian gong e de atividades recreativas. Os participantes do projeto podiam escolher o horário para a realização das aulas, que eram desenvolvidas três vezes por semana com 60 minutos de duração. Um aspecto ressaltado pelos autores dizia respeito ao estímulo e à orientação para a realização de atividades de maneira autônoma pelos participantes, mesmo nos dias em que o projeto não possuía programação, sobretudo em função de o projeto ter como objetivo o aumento do conhecimento pelas pessoas sobre a prática de atividade física. A população ingressava no projeto de duas maneiras: demanda espontânea ou indicação da UBS de referência. Na primeira situação, os indivíduos que buscavam o projeto eram inicialmente submetidos a uma anamnese para identificar informações socioeconômicas, o estilo de vida, condições de saúde e a prontidão para a prática de atividade física para que, posteriormente, pudessem realizar uma avaliação dos componentes da aptidão física. Nos casos em que o interessado não estivesse liberado, sua inserção no programa ocorria somente após ser examinado na UBS de referência. Já quando

os encaminhamentos eram feitos pela UBS, o usuário realizava diretamente a avaliação física, que tinha frequência trimestral para todos os participantes do projeto. A intenção era realizar aconselhamentos para um monitoramento constante da condição de saúde por parte dos próprios usuários, por meio de consultas e exames, incluindo encaminhamento à UBS quando necessário. Outro aspecto das avaliações era a composição de um banco de dados para a identificação do perfil das condições de saúde e para a verificação da influência do programa nas condições específicas, visando o planejamento e a reorientação das ações por meio de discussões entre a coordenação, professores, avaliadores, estagiários do projeto e gestores da SMS. Os autores destacaram como um aspecto importante do projeto a parceria com a UFS e a SMS, que ajudou a consolidar a existência do programa e a incluí-lo na Política de Promoção da Saúde de Aracaju, o que permitiu que a iniciativa sobrevivesse à sucessão na Prefeitura. Tal situação, segundo os pesquisadores, difere da forma centralizada com que algumas Secretarias de Saúde implementaram projetos dessa natureza, tendo em vista os conflitos de competência técnico-operacional e o forte viés na avaliação dos indicadores de saúde obtidos, à medida que as ações simplesmente desempenhavam o papel de ocupação dos espaços públicos com atividades físicas e desportivas. Outros dois aspectos apontados pelo estudo dizem respeito ao destaque alcançado pela dimensão da atividade física relacionada à saúde e pelo maduro entendimento construído sobre a presença do profissional de Educação Física como agente que legitima e consolida a viabilização de programas de promoção da saúde que têm a atividade física como elemento norteador.

A questão destacada sobre as parcerias com as instituições de ensino superior e o poder público causa preocupação, em virtude de os projetos implementados na atenção básica relacionarem fundamentalmente à prescrição de exercícios para prevenção e controle/tratamento de doenças a função do profissional de Educação Física em UBS, ESF e NASF, o que limita o entendimento sobre a atitude exigida dos profissionais de saúde nesse nível da assistência e sobre a diversidade de possibilidades de intervenção, incluindo a população com DANT ou com necessidades de saúde mais específicas. Outro aspecto ainda mais preocupante diz respeito à reprodução junto aos alunos, profissionais de outras áreas e gestores de modelos reduzidos de promoção da saúde que compreendem o espaço da UBS, como academias de ginástica ou centros de treinamento, na medida em que não se aproximam dos referenciais das ciências humanas e sociais, particularmente da Saúde Coletiva, que são a base para uma atuação coerente e responsável no SUS.

Finalizando os estudos que dialogam com os referencias da vertente denominada *BioEducação Física*, há a pesquisa de Bielemann et al (2010) avaliaram na cidade de Pelotas, no ano de 2007, o potencial impacto na redução de custos que a atividade física poderia promover em relação às internações hospitalares por doenças do aparelho circulatório e diabetes, bem como sobre os custos com medicamentos para portadores de diabetes e hipertensão arterial no SUS. De acordo com os autores, a inatividade física compromete a qualidade de vida da população, o que culmina em impacto econômico ao sistema de saúde. Disso decorre, segundo os autores, a necessidade de iniciativas de promoção da atividade física para melhoria do estado de saúde da população e para a redução de gastos. Ressaltaram que, embora o papel da prática de atividades físicas na prevenção de doenças crônicas seja amplamente difundido pela literatura científica, os níveis de atividade física são cada vez mais baixos. A investigação destacou a publicação do Banco Mundial que estimou uma economia de, aproximadamente, \$ 310 milhões de dólares/ano no setor saúde em função da incorporação do programa “Agita São Paulo”. O cálculo da redução de custos foi realizado a partir do efeito protetor da atividade física, de acordo com valores específicos: $1,0/2,0=0,50$ ou 50%, para doenças do aparelho circulatório; $1,0/1,14=0,87$ ou 87%, para o diabetes e $1,0/1,13=0,88$ ou 88%, para a utilização de medicamentos. O estudo aponta que na cidade de Pelotas foram gastos com medicamentos a hipertensos e diabéticos em 2007, R\$ 105.000,00 e R\$ 290.000,00, respectivamente. Sugerem que os dados de Pelotas possivelmente traduzem a realidade brasileira. Com base nessas informações os autores consideraram que a reversão de tal quadro poderia ocorrer em âmbito nacional se a atividade física fosse oferecida de forma mais consistente à população. E concluem que a maior participação de profissionais de Educação Física no SUS, a ampliação dos programas de promoção da atividade física e a maior implementação das estratégias bem-sucedidas, podem contribuir para a mudança dos níveis de sedentarismo e redução dos gastos públicos. Em relação ao estudo cabe destacar, em que pese a importância da avaliação econômica de programas de atividade física/práticas corporais no SUS, considerando a difícil questão que é o financiamento da saúde, torna-se fundamental identificar de modo crítico o que está por trás das avaliações econômicas em saúde: se o investimento em ações para aumentar os níveis de saúde da população em perspectiva ampla ou se o trabalho para garantir a continuidade de programas segundo interesses institucionais e corporativos, que tendem a reproduzir modelos de cuidado prescritivos e moralizantes sob as vestes da promoção da saúde.

1.3.2 Segunda tendência: ênfase no diálogo com a Saúde Coletiva

No que se refere aos estudos relacionados à outra tendência fundamentalmente orientados pelas ciências humanas e sociais, há a investigação de Carvalho e Freitas (2006) que realizaram um estudo no Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa vinculado à USP, Distrito do Butantã, São Paulo, a partir de um projeto de práticas corporais. A participação na iniciativa era totalmente aberta: usuários de distintas faixas etárias, gênero, com diagnóstico de patologias, saudáveis, com ou sem experiência com as práticas corporais. As pessoas eram encaminhadas para o projeto por meio dos profissionais de saúde, especialmente médicos; divulgação no serviço; e, a convite dos próprios usuários. Dos resultados da investigação cabe destacar o elevado número de usuários que não haviam realizado práticas corporais com acompanhamento profissional e a carência de informação sobre os conteúdos da área específica. Como conclusão, as autoras afirmaram que é fundamental reconhecer a possibilidade de inserção do profissional de Educação Física no âmbito dos serviços de saúde e concluem que se torna necessária a implementação de ações que atuem de modo sintonizado com os interesses, desejos e necessidades e também com os valores da comunidade porque a produção do cuidado pressupõe um ato pedagógico para além do tempo e do espaço dos encontros com o grupo.

Seguindo a temática, Warschauer et al (2007) ao considerarem as iniciativas de práticas corporais na mesma região, Distrito do Butantã, buscaram compreender como o trabalho era desenvolvidas nas UBS baseados na premissa que a produção de saúde está relacionada a fatores econômicos, políticos, sociais e culturais. O objetivo foi mapear e identificar a implementação das práticas corporais segundo o ponto de vista dos profissionais e gestores. O estudo foi realizado por meio de parceria entre o grupo de pesquisa Educação Física & Saúde Coletiva & Filosofia e a Faculdade de Saúde Pública da USP. Após observarem vinte e quatro práticas corporais de diferentes UBSs, entrevistarem treze gerentes e vinte e três profissionais, concluíram que das treze UBSs somente quatro não possuíam prática corporal. De acordo com os autores, isso significa que o serviço de saúde e a comunidade estão se organizando, de alguma maneira, para a realização das práticas corporais. Nesse sentido, foram identificados quatro motivos para a escolha das práticas que eram oferecidas: a formação e identificação do profissional com determinada prática; a praticidade e a baixa complexidade da atividade, no sentido de não trazer riscos para o

paciente; a composição do grupo a partir de determinados tipos de doença (grupo de caminhada para hipertensos e obesos); e, também com base nas políticas da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, sobre o que é prioritário em termos de prática corporal, considerando o curso de *Tai Chi Pai Lin* promovido pela Secretária para profissionais de saúde e agentes comunitários do Programa de Saúde da Família que foi difundido para toda a cidade. Conforme destacado pelos autores, os aspectos mais recorrentes para a escolha das práticas nas UBS, a formação e a identificação do profissional com a prática, estão estreitamente relacionados com a iniciativa de implementar a Medicina Tradicional Chinesa no serviço. O conhecimento e o interesse ou a identificação com a atividade determinou a aproximação dos profissionais, com ênfase na fisioterapia e medicina e o nível de responsabilidade e domínio da prática pelo profissional. Como conclusão, os autores ressaltaram o não reconhecimento dos desejos, limites, possibilidades e necessidades dos usuários na escolha das práticas embora tenham identificado movimentos individuais e coletivos para a implementação das práticas corporais nos serviços.

Como desdobramento desse estudo, Carvalho et al (2010) avaliaram a implementação das práticas corporais em duas Unidades Básicas de Saúde e em um parque do Distrito do Butantã com o propósito de contribuir para o aprimoramento das iniciativas no serviço público de saúde. A investigação foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e os resultados foram apresentados no Seminário de Avaliação do Programa em 2010, no Instituto de Saúde do Estado de São Paulo, como parte do relatório de resultados dos projetos de pesquisa do edital PPSUS do biênio 2006-2007. As questões trazidas foram: resultados alcançados; quais destes resultados podem/devem ser incorporados pelo sistema, serviços e ações de saúde? Como estes resultados podem/devem ser incorporados pelo sistema, serviços e ações de saúde? A partir da análise de 1090 questionários, 196 entrevistas e de informações de diário de campo foi destacado sobre o primeiro tópico: a predominância de atividades que enfatizam a dimensão técnica do cuidado com o corpo, em detrimento de uma concepção mais problematizada, como as relacionadas à experiência com as práticas corporais; a comunicação insuficiente entre o serviço e os usuários em relação à iniciativa e seus objetivos; a necessidade de maior divulgação, reiterada pelos sujeitos não-participantes dos programas; a pouca diversidade de conteúdos e de horários; e, a restrita repercussão e visibilidade da proposta junto aos usuários. Sobre o segundo tópico do relatório também foi mencionado no que se refere à contribuição para a formulação e implementação das políticas públicas, uma discussão sobre temas relacionados à

saúde (concepção de saúde, modelo assistencial, trabalho em equipe, rede de troca de saberes) junto aos serviços, considerando o interesse e a disponibilidade das instituições e dos profissionais de participarem da pesquisa. E, quanto ao último tópico do relatório, houve destaque para a necessidade de discussão entre profissionais do serviço e do ensino com o propósito de favorecer a criação de estratégias para a participação dos usuários nos programas, assim como para mobilizar os estudantes de Educação Física nos âmbitos da formação e intervenção relacionadas ao cuidado; o mapeamento das estruturas físicas visando à integração dos grupos; o investimento na comunicação e na informação sobre as práticas corporais e a utilização dos dados pelos profissionais do serviço para a composição de redes de trocas de saberes e práticas. Dos resultados da pesquisa, os autores destacaram que o significado do cuidado com o corpo para os participantes e para os não-participantes das práticas corporais está relacionado à realização de procedimentos (estéticos, preventivos ou curativos), evidenciando que as práticas corporais implementadas não privilegiam o cuidado na perspectiva da produção de autonomia, da co responsabilidade e do acolhimento dos interesses e necessidades da população.

A mesma linha de investigação foi desenvolvida por Carvalho et al (2009) ao avaliarem o programa de incentivo à atividade física/práticas corporais, *CuritibAtiva*, que integra as políticas públicas da cidade de Curitiba (PR). A pesquisa foi realizada com base em documentos, em entrevistas com sete gestores, sete profissionais e acadêmicos, sessenta e oito usuários e cinquenta não-usuários dos serviços, bem como através de diários de campo. As entrevistas ocorreram em doze dos trinta centros de esporte e lazer (CEL) distribuídos em sete, das nove regionais, que compõem a cidade de Curitiba. Os resultados apontam para boa infraestrutura do programa quanto à localização e ao acesso da comunidade, assim como em relação aos recursos materiais. No entanto, os pesquisadores identificaram em relação aos aspectos do conteúdo, da sistematização e da apropriação da população que o programa mostra-se defasado com a literatura por manter forte relação com avaliação física funcional e com atividades sistemáticas. Além disso, apontaram que a ênfase dos profissionais está voltada para “o fazer” a atividade e não para o sujeito e a comunidade. Segundo os autores, a abordagem do programa dificulta o entendimento da noção de “saúde ampliada”, cria resistência à implementação de ações voltadas às práticas corporais, assim como para a apropriação dos conteúdos pela população. Como conclusão, destacaram que o fortalecimento do programa *CuritibAtiva* como uma Política Pública de Esporte e Lazer da cidade de Curitiba demanda a construção de ações conjuntas e corresponsáveis, de investimento na

formação ampliada e diversificada, voltada às práticas corporais, que sejam capazes de contemplar os interesses e necessidades dos diversos atores envolvidos no programa (comunidade, gestores, profissionais), bem como criar redes de comunicação e troca entre as Secretarias Municipal de Saúde e Lazer no nível de gerência e coordenação. Chama atenção na investigação a necessidade dos profissionais responsáveis pela implantação dos programas de atividade física/práticas corporais terem a capacidade de reconhecer a multiplicidade de fatores que permeiam o desenvolvimento de iniciativas dirigidas à saúde da população.

Outra investigação que aponta para a necessidade de reflexão sobre as iniciativas de práticas corporais nos serviços de saúde foi desenvolvida por Warschauer e D'Urso (2009). O estudo discute questões relativas à implementação de programas de caminhadas com base nos conceitos de ambiência¹⁹ e formação de grupo. As iniciativas investigadas foram o programa “Caminhando para a Saúde” do município de Santo André, São Paulo, e o grupo de caminhada da UBS Jardim Seckler, localizada na região Sudeste do município de São Paulo próximo à favela de Heliópolis. Sobre a primeira experiência, os autores destacaram que a implantação foi inicialmente desenvolvida com poucos recursos, em apenas oito unidades de saúde, e que o projeto foi estendido para 29 UBS com mais de 1200 participantes mensais a partir de um processo de mobilização da própria comunidade. Sobre a segunda iniciativa, apontam as dificuldades de incorporação da proposta no cotidiano da UBS devido ao insucesso de experiências anteriores com grupos educativos e também pela reduzida procura por práticas corporais no local. Os autores relataram que tal dificuldade suscitou a aproximação com referenciais que viabilizassem a reflexão sobre a formação de grupo. Assim, discutiram a implementação das iniciativas de acordo com a perspectiva de *tarefa* como relacionada a processos de representação interna do grupo segundo Pichon-Rivière (2005) e segundo os três eixos do conceito de ambiência, a confortabilidade, o espaço como forma de produção de subjetividade e como instrumento facilitador de mudanças no processo de trabalho Brasil (2006). Como resultado os pesquisadores enfatizaram que o dispositivo de grupo e o conceito de ambiência mostram-se potentes para a promoção de ações voltadas para a cidadania por privilegiarem a solidariedade, a comunicação e os relacionamentos

---

¹⁹ De acordo com o Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização a ambiência é composta pelo ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais, que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado à atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada não apenas pelas tecnologias médicas, mas também por outros componentes que são apreendidos pelo olhar, olfato e audição, tais como a temperatura, a luminosidade e os ruídos do ambiente. Há outros aspectos importantes relacionados à ambiência como o componente afetivo, expresso por meio do acolhimento, da atenção oferecida ao usuário e da interação entre os trabalhadores e gestores, bem como em relação aos componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB_PNH.pdf Acesso em 15 jul.2011.

interpessoais. Neste sentido, percebe-se que a composição de grupos heterogêneos pode contribuir para ampliar a reflexão, a troca de experiências e o processo de cuidado com o corpo entre os envolvidos nas ações, bem como possibilitar a criação de outras formas de pensar as intervenções de práticas corporais no âmbito dos serviços.

No contexto da saúde mental, a interlocução da Educação Física com a Saúde Coletiva também tem produzido investigações que permitem tematizar a inserção da área específica nesse âmbito da atenção, segundo o reconhecimento do trabalho com o corpo como possibilidade de produção de outros padrões de subjetividade. Wachs e Malavolta (2005) elaboraram uma proposta de trabalho voltada à realização de uma oficina de corporeidade para as pessoas em fase aguda de sofrimento psíquico baseados nas experiências em unidades de internação aguda do Hospital Psiquiátrico São Pedro da residência Integrada em Saúde com ênfase em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Com a oficina de corporeidade buscavam contribuir para uma abordagem do sujeito de modo que pudesse ser visto para além do diagnóstico, para a criação de um espaço capaz de ampliar a percepção e o encontro de cada sujeito consigo e com os outros e para a constituição de um *espaço-continente* relativo ao sofrimento, mas que também estivesse voltado para a vida *extra-muro*. A participação era aberta aos usuários sem restrição pelo tipo de diagnóstico e os grupos contaram, em média, com quinze pessoas entre dezoito e sessenta anos. O planejamento das práticas esteve baseado no tempo médio de internação que é de trinta dias e as atividades privilegiaram cada encontro como finalidade terapêutica em si. Os autores destacaram que os objetivos da oficina não se limitaram a oferta de um momento de prazer porque se pautavam na reabilitação psicossocial, no sentido de a vivência em grupo contribuir com o cotidiano de cada sujeito. Os pesquisadores concluíram que o desenvolvimento da iniciativa adquiriu um caráter terapêutico junto aos usuários desse tipo de serviço. Chama a atenção no estudo que é possível os profissionais de Educação Física desenvolverem projetos que focalizam a doença e o caráter de reabilitação, inclusive em outros espaços como o hospital, de modo contextualizado, priorizando as necessidades trazidas pelos sujeitos atendidos. Contudo cabe considerar que tal movimento está implicado com um olhar mais ampliado sobre o processo saúde-doença-intervenção.

Wachs et al (2010) também realizaram no mesmo hospital uma segunda investigação sobre o cuidado em saúde mental, visando compreender o trabalho de transição dos usuários para os serviços residenciais terapêuticos denominados de Morada São Pedro em Porto Alegre. A pesquisa foi desenvolvida com base em fotos, filmagens, desenhos e textos

escritos. Os dados foram analisados a partir dos processos de subjetivação que ocorreram entre os usuários, os trabalhadores e os pesquisadores. De acordo com os autores, o processo de transição foi assumido pelos profissionais do serviço como o seu grande desafio, buscando potencializar a construção de paradigmas de cuidado que se contrapusessem ao modelo que enfatiza o imobilismo, a condenação, a clausura e a incapacidade dos sujeitos em sofrimento psíquico. Como conclusão, destacaram a identificação de ações voltadas para um cuidado emancipatório baseadas na escuta dos desejos e no respeito ao tempo dos usuários, bem como no estímulo ao protagonismo de cada sujeito. Os pesquisadores também destacaram o novo sentido de “trânsito”, que passou a ser compreendido como uma finalidade em si para a produção do cuidado, que fosse capaz de potencializar a vida. Além dessas investigações mais próximas do contexto hospitalar foram desenvolvidas pesquisas em Centros de Atenção Psicossocial (Caps) que reforçaram a necessidade dos profissionais de Educação Física investirem em outras formas de intenção com as práticas corporais como possibilidade de uma atuação sintonizada com as necessidades de saúde da população e com os desafios apresentados aos profissionais da área no que se refere a uma atuação coerente e responsável no SUS.

Seguindo essa perspectiva Wachs e Fraga (2009) buscaram identificar o que se faz em nome da *Educação Física* em Caps do tipo 2²⁰ e também os sentidos atribuídos à participação do profissional específico nos serviços. Os resultados apontaram para a

---

²⁰ De acordo com a Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) é um dos dispositivos assistenciais da rede de Saúde Mental que também possui os serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatorios e o Programa de Volta para Casa. O funcionamento dos Caps poderá ocorrer apenas em local específico e também independente de qualquer estrutura hospitalar, mas poderão estar situados dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou mesmo dentro de instituições universitárias de saúde, desde que independentes fisicamente, com acesso privativo e com equipe própria de profissionais. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são casas localizadas nos próprios municípios que acolhem pessoas até oito pessoas com transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e também de tratamento psiquiátrico, que perderam os vínculos familiares e sociais, bem como moradores de rua com transtornos mentais severos, que sejam atendidos em projetos terapêuticos nos CAPS. Já o Programa De Volta Para Casa tem por objetivo garantir a assistência, acompanhamento e a reintegração social de pessoas com dois anos ou mais de internação contínua, sendo oferecido o auxílio-reabilitação de R\$ 240,00 que é pago ao próprio beneficiário durante um ano com possibilidade de renovação. A rede de Saúde Mental é organizada segundo critérios populacionais e demandas dos municípios. Os parâmetros populacionais para a implantação destes serviços são definidos da seguinte maneira: CAPS I – população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II – população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III – população acima de 200.000 habitantes; CAPS I e II atendimentos de crianças e adolescentes que se constitui como referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes ou outro parâmetro populacional que pode ser definido pelo gestor local; CAPS ad II – atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas municípios com população superior a 70.000. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso: 25ago2011.

necessidade de proposição de ações para a *Educação Física* que emerge do Caps em oposição à *Educação Física* que é imposta aos Caps. Os autores afirmaram que as práticas corporais não podem ser meramente transpostas para os serviços sem a apropriação dos códigos e das funções do projeto terapêutico do local. Além disso, identificaram um paradoxo que parece existir a respeito da especificidade das ações do profissional de Educação Física nos Caps porque apesar de haver, de um lado, a ideia de desconstrução da hegemonia biomédica do cuidado por meio da Reforma Psiquiátrica e da política implementada nos serviços, há de outro, a atuação subordinada aos pressupostos da racionalidade médica. Os pesquisadores concluíram que a inclusão da *Educação Física* nos Caps pode contribuir para potencializar movimentos de desinstitucionalização do modelo de cuidado em saúde mental em função dos desdobramentos da presença desses profissionais nos serviços, os quais estão relacionados às diferentes questões que podem ser suscitadas, como o sentido das práticas (institucionalizantes ou não), as ações relacionadas à integralidade do cuidado e a problematização da especificidade das profissões nos serviços. O estudo reafirma a importância de investigações que tematizem o trabalho da Educação Física nos serviços, a fim de que os colegas do campo possam experimentar o que podem desenvolver para o atendimento das necessidades da população no campo da saúde mental a partir do referencial das ciências humanas.

Um outro estudo foi realizado em Caps vinculados ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre por Abib et al (2010) com o objetivo de analisarem os significados atribuídos a uma oficina de futebol pelos usuários dos serviços. A iniciativa era organizada e coordenada por estagiários de Educação Física e de Terapia Ocupacional e era acompanhada por um profissional de enfermagem. O grupo foi composto por seis a onze usuários com diferenças em relação aos perfis, contextos sociais, diagnósticos e intensidades de sofrimentos psíquicos. A cada encontro os participantes eram impulsionados não apenas a jogar, mas também a atuar diante de situações intrínsecas ao espaço terapêutico da prática. Com isso, eram estimulados a tomar decisões, resolver conflitos e a organizar suas ações em um espaço coletivo. Os autores constataram que a oficina significou um espaço protegido para os usuários em função da presença dos profissionais dos Caps, ao mesmo tempo, que representou um local acessível à comunidade em geral. Os pesquisadores também ressaltaram que, embora os intervenientes do cuidado para pessoas em intenso sofrimento psíquico estejam relacionados a diferentes aspectos, cujo nível de complexidade é maior que uma partida de futebol, as práticas corporais possibilitaram a vivência de situações poucas vezes assumida por estes usuários.

Com a investigação constatarem ações relacionadas à organização social e coletiva, ao prazer, a autonomia e ao senso crítico, o que pode contribuir para o envolvimento e a inserção dos sujeitos nas comunidades em que vivem. Como conclusão, os pesquisadores destacaram que a oficina de futebol pode ser uma das diversas ferramentas para a efetiva inclusão das práticas corporais na saúde pública ao mobilizar diferentes aspectos da cultural corporal dos usuários.

Neste sentido, essa revisão foi importante porque mostrou que há várias investigações sendo realizadas na atenção básica em relação às práticas corporais/atividade física. Foi possível identificar pesquisas que se fundamentam na perspectiva que enfatiza a racionalidade biomédica por meio de abordagens dirigidas para a avaliação quantitativa da saúde e para os dados relativos à doença (MONTEIRO et al, 2007; KOKUBUN et al, 2007; GUIMARÃES et al, 2008; SIQUEIRA et al, 2008; COSTA et al, 2009; MELLO et al, 2010; BIELEMANN et al, 2010, MENDONÇA, et al 2009; NAKAMURA, et al 2010; SILVA et al, 2011; SILVA et al, 2011). Também foi possível conhecer os estudos que partem do diálogo com a Saúde Coletiva e desenvolvem análises considerando os princípios do SUS, a complexidade da atenção básica, a produção de subjetividade, o desenvolvimento de ações mais solidárias e a atuação interdisciplinar (CARVALHO e FREITAS, 2006; WARSCHAUER et al, 2007; CARVALHO et al, 2010; CARVALHO et al, 2009; WARSCHAUER e D'URSO, 2009; WACHS e MALAVOLTA, 2005; WACHS et al, 2010; WACHS e FRAGA, 2009; ABIB et al, 2010).

O propósito de apresentar as tendências da Educação Física na atenção básica não foi criar (ou reforçar) contraposições entre o que vem sendo desenvolvido por ambas as vertentes, no sentido de desqualificar o trabalho de uma em detrimento da outra. A intenção foi reafirmar a necessidade de o profissional conhecer o campo, identificar as diferentes iniciativas para atuar com intenção e fundamento, reconhecendo a complexidade que envolve o processo saúde-doença-cuidado, a partir de outros fatores relacionados com a vida das pessoas, como os subjetivos e os sociais, tal como nos orienta a teoria da Clínica Ampliada. Neste sentido, é necessário investir na produção de composições entre os saberes de ambas as tendências, com o intuito responder de modo coerente à diversidade de demandas da população reconhecendo e lidando com a diversidade de elementos que envolvem o trabalho em saúde como, as relações sociais, as condições de vida, o trabalho, os interesses, os desejos que, portanto, não se limitam a dimensão biológica.

A redefinição das práticas de saúde no campo da Educação Física deve estar implicada com a compreensão de que o desenvolvimento de iniciativas voltadas à promoção

de maiores níveis de saúde de sujeitos e de comunidades não se restringe à oferta de informações ou à prescrição de exercícios, segundo critérios de classificação normalizadores da vida. É sob esta perspectiva que o trabalho com as práticas corporais vem reafirmar a necessidade de ressignificação dos saberes e práticas dos profissionais de Educação Física, visando à proposição de ações segundo noções ainda pouco reconhecidas pelos profissionais do campo, tais como a vulnerabilidade, a identificação de necessidades de saúde e a promoção em saúde em sentido amplo.

É importante continuar avançando no desafio de aproximar a formação em saúde do serviço para o aprendizado sobre como operacionalizar conceitos que permitam a construção de intervenções baseadas no trabalho interprofissional e na corresponsabilidade, tendo como horizonte a produção de sujeitos mais autônomos e protagonistas do próprio cuidado.

1.4 A Clínica Ampliada

Os estudos da primeira tendência predominam no campo da saúde. Nesse sentido, percebe-se a necessidade de investigações que experimentem outros recortes, objetos e que atuem de maneira contextualizada no diálogo com a Saúde Coletiva. Partir de uma teoria que permita a análise da atuação com as práticas corporais na atenção básica, segundo o reconhecimento da complexidade do trabalho em saúde e do processo saúde-doença, torna-se fundamental considerando que “[...] o ensino de graduação na saúde acumulou uma tradição caracterizada por um formato centrado em conteúdos e numa pedagogia da transmissão” que ao estar orientada para análises mecanicistas e organicistas no que diz respeito aos aspectos relacionados ao diagnóstico e intervenção tende a manter “[...] ausente do ensino o prazer do conhecimento, a alegria do trabalho coletivo e a responsabilidade social do profissional” (CARVALHO E CECCIM, 2007, p.137).

A escolha dos referenciais do *Método da Roda* e da *Clínica Ampliada* para discutir e analisar o projeto de práticas corporais desenvolvido junto ao CSE Geraldo Horácio de Paula Souza justifica-se porque estão voltados para o enfrentamento do desafio de elaborar ações qualificadas em relação aos sujeitos, com base nas noções de trabalho em equipe, cogestão, corresponsabilidade e vínculo, as quais se encontram estreitamente relacionadas

com as mudanças na forma de conceber o processo de trabalho e a relação com os saberes dos outros profissionais.

A *Clínica do Sujeito* ou *Clínica Ampliada* foi formulada por Campos (2003) com base na necessidade de pensar a reforma da clínica moderna por meio de um processo de descentramento das ações sobre a doença em direção à centralização sobre o sujeito. O autor parte da compreensão de que as práticas em saúde são constituídas por um conjunto de *regularidades*, identificáveis pelos saberes biomédicos, mas que também apresentam importantes *variações* por estarem encarnadas em um sujeito concreto, que “[...] não somente é marcado por biografia singular, mas também seu corpo e sua dinâmica corporal estariam marcados por uma singularidade: algum tipo de enfermidade ou de sofrimento relativo à maioria dos circundantes em um dado contexto social específico” (CAMPOS, 2003, p.54). A ampliação da clínica busca a superação das práticas *tradicionais* e *degradadas* (CAMPOS, 2003) que enfatizam os aspectos biológicos em detrimento da incorporação das dimensões subjetivas e sociais relativas ao processo saúde-doença. Neste sentido, pode-se afirmar que a proposta de reformulação da prática clínica está voltada para a reconstrução das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais de saúde considerando que “[...] todo profissional de saúde que atenda ou cuide de pessoas realiza clínica, havendo, portanto, várias modalidades de clínica: a do enfermeiro, a do psicólogo, a do médico, etc.” (CAMPOS, 2003, p.157), o que aponta para a potencialidade da teoria em contribuir com a redefinição das ações dos profissionais de Educação Física, especialmente na atenção básica.

O modo da clínica contemporânea, hegemônico, começou a ser constituído entre o final do século XVIII e início do século XIX no período em que a medicina passou a ser concebida como anatomoclínica (FOUCAULT, 2008). As transformações científicas ocorridas com a *Modernidade* foram responsáveis pela conformação de certo modo de olhar e de compreender o corpo em função dos saberes da área médica terem sido fundamentados na identificação e na eliminação da doença segundo os princípios da observação, da experimentação e da generalização. Este contexto contribuiu para que a doença e a lesão se tornassem o referencial da clínica moderna e também para que o corpo fosse compreendido como *sede de doenças*, isto é, como um *corpo objetivado* (CAMARGO Jr., 2003). A esse respeito Luz (1988 p.89) afirma que:

a medicina instaurar-se-á como um discurso sobre a objetividade, discurso que institui a doença e o corpo como temas de enunciados positivos, científicos. Por outro lado, excluirá como questões positivamente tematizáveis a vida, a saúde e a cura. Não considerando a questão da vida em termos teóricos do saber e da prática clínica, a medicina verá aos poucos na

observação dos indivíduos doentes, homens *vivos*, uma fonte de confusão, de *des-conhecimento*.

Segundo Campos (1992), o processo de objetivação do subjetivo decorreu da ideia do saber clínico pressupor que as manifestações relacionadas à subjetividade não são elementos que poderiam ser abordados pelo conhecimento científico. Em função dos saberes e práticas da medicina terem sido construídos a partir de concepções positivistas, biologicistas e mecanicistas houve um entendimento restrito sobre o corpo, o qual contribuiu para o afastamento da clínica de seu *objeto* de trabalho e para o não reconhecimento da influência dos aspectos sociais e subjetivos como relacionados ao processo de adoecimento. Contudo, tal modo de pensar e agir, que recomenda o máximo de objetividade nas ações em saúde e que toma o sujeito como um ser passivo, não se restringiu aos profissionais da área médica, à medida que foi incorporado pelas outras profissões da saúde, incluindo o campo da Educação Física que analogamente tem privilegiado modos de intervenção sobre o corpo segundo os mesmos referenciais.

De acordo com Campos (2003), a área médica, a partir dessas concepções, pressupôs a existência de uma clínica *totalizante* que ideologicamente foi assumida como científica e ética. Entretanto, a clínica pode apresentar no cotidiano dos serviços diferentes faces que vão desde as práticas *tradicionais* e *degradadas* até as intervenções *ampliadas*. Conforme descreve o autor, a primeira está voltada para os aspectos estritamente biológicos e para a noção de cura, em detrimento de ações de promoção, prevenção e reabilitação. Como consequência, tais práticas tendem a produzir fragmentação no processo de trabalho, bem como o desprezo pelo sujeito adoecido que, na maior parte das vezes, é visto como um “órgão doente”.

Em relação à segunda face, a principal característica é a valorização da realização de procedimentos, segundo a lógica de queixa-conduta, em função da forte determinação de fatores socioeconômicos, políticos e de poder, a despeito de intervenções contextualizadas sobre as necessidades de saúde. A esse respeito, Onocko Campos (2001) ressalta que as práticas *degradadas* podem ocorrer não apenas em contextos de pronto-atendimentos, mas também em outros cenários assistenciais, como pode ser constatado quando considerados os modos de intervenção sobre as demandas em UBS e CSE. Sob esta perspectiva Campos et al (2008) afirmam que apesar de terem ocorrido mudanças na atenção básica pode-se ainda constatar nos serviços a reprodução do modelo biomédico, o que reforça pertinência de ações

continuadas e sistematizadas visando à reformulação dos saberes e práticas nesse nível da atenção.

É nesse contexto que a formulação de uma face ampliada para a clínica está baseada na necessidade de redefinição epistemológica e organizacional do trabalho. O processo de ressignificação busca contribuir para que os profissionais sejam capazes de associar os saberes estruturados da biomedicina com as diferentes manifestações dos “casos” concretos segundo um processo de gestão compartilhada. Para Campos (2003, p.65) “[...] o desafio estaria em passar do campo de certezas, de regularidades mais ou menos seguras, ao campo da imprevisibilidade radical da vida cotidiana” tendo em vista que o trabalho deve ser compreendido como um “neoartesanato”, algo que é desenvolvido em rede, de maneira processual, considerando que há “[...] singularidade dos casos no trabalho em saúde, o que exige improvisação e criatividade em ato: clínica da fusão de paradigmas e protocolos” (CAMPOS, 2010, p.2343).

É a partir desta perspectiva que a redefinição das práticas exige a composição de outros modos de gerir o trabalho em oposição aos modelos tradicionalmente desenvolvidos no campo da saúde. Nesse sentido, Campos (2000) propôs o *Método da Roda* como uma metodologia voltada para a constituição de novas estratégias organizacionais e outra concepção do trabalho clínico segundo um processo de gestão compartilhada, considerando que as mudanças tem maior eficácia quando associadas com processos de modificação dos modos de ser das pessoas.

O *Método da Roda* (CAMPOS, 2000) fundamenta-se no conceito *Paidéia* de democracia grega que está relacionado à busca pelo desenvolvimento integral do sujeito segundo uma educação voltada para a vida. De acordo com esse conceito o processo de constituição do ser humano está associado à gestão da própria vida, assim como à atuação como um ser social. Disso decorre que o desenvolvimento das pessoas vincula-se à produção de necessidades individuais e coletivas.

Baseado nesta concepção, Campos (2000) desenvolveu a teoria da “coprodução singular”, segundo a qual todos os sujeitos são produzidos a partir de uma permanente tensão entre planos existenciais (universais e particulares) que os constituem. Para o autor, os planos de constituição dos sujeitos estão agrupados em uma região interna ou particular, responsável pela estrutura biológica, o desejo e o interesse e, outra, externa ou universal, formadora das necessidades sociais e das instituições.

A produção de situações singulares pode ser compreendida como a síntese entre ambos os planos por meio da qual ocorre a formação de novos compromissos, bem como a elaboração de novos contratos e projetos relacionados aos sujeitos e seus contextos. Em decorrência torna-se fundamental que os sujeitos reconheçam a permanente interrelação dos fatores que influenciam a maneira como atuam e lidam com as diferentes instâncias da vida, tais como a política, o trabalho e as práticas cotidianas (CAMPOS, 2000).

Por este motivo, a teoria considera que o trabalho em saúde tem como finalidades, a produção de valores de uso necessários às pessoas e a constituição de sujeitos e de coletivos. Nesse sentido, as práticas de saúde e de gestão são assumidas como capazes de contribuir para a alteração do padrão de subjetividade e também na maneira como as pessoas intervêm e lidam com a vida, ou seja, o “[...] trabalho em equipe como *setting* pedagógico e terapêutico” (CAMPOS, 2000, p. 79) que, por sua vez, também está implicado com o reconhecimento dos poderes, afetos e saberes relacionados ao processo de trabalho.

Contudo, o processo de reforma da prática clínica, segundo Campos (2000) não pode ser pensado sem a reformulação do *objeto*, dos *objetivos*, dos *meios de intervenção* e dos *resultados* das ações. Ao reconhecer o processo de trabalho em saúde como uma interação intersubjetiva, o autor destaca que a implementação de uma clínica de qualidade está relacionada com o desenvolvimento de ações mais coerentes entre os valores, os aspectos epistemológicos e a dimensão política. Nesse sentido, o trabalho é assumido como um “espaço coletivo” que demanda a explicitação de responsabilidades e papéis entre seus diferentes atores tendo em vista que as intervenções estão relacionadas com a construção de maiores graus de autonomia, bem-estar, cidadania e justiça social.

O *objeto* de intervenção dos profissionais, segundo a perspectiva *ampliada* está voltado para o sujeito e seu contexto mais imediato, a família, o trabalho e as práticas cotidianas em função de as doenças e dos problemas de saúde serem reconhecidos como *encarnados* em pessoas, o que significa redefinir os encargos em saúde para questões relacionadas ao risco e a vulnerabilidade (CAMPOS, 2003; CAMPOS; DOMITTI, 2007). Percebe-se que a singularização do cuidado demanda a composição entre o conhecimento estruturado com os desejos, interesses e necessidades das pessoas em oposição aos modelos que assumem como objeto de intervenção apenas a doença ou o componente técnico da prática, tal como ocorre predominantemente na área da Educação Física. Ao pensar nos objetivos do trabalho a partir desse olhar, reafirma-se que o profissional da área específica

pode intervir sobre os problemas de saúde da população sem que isso signifique desconsiderar ou esquecer o sujeito atendido.

Assim, o objetivo das práticas passa a ser dirigido para a produção de saúde e para coprodução de autonomia. A recomposição significa atuar com ambas as noções de maneira relativa em detrimento de modelos que as compreende de modo descontextualizado (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2007). Nesse sentido, a saúde deve ser avaliada sempre em relação a uma condição anterior ou a um padrão epidemiológico existente. Da mesma maneira, a produção de autonomia deve ser entendida como a construção de novas possibilidades para as pessoas lidarem com sua rede de dependência em oposição à busca de liberdade absoluta (CAMPOS, 2007).

Segundo Onocko Campos e Campos (2007), o indivíduo autônomo pode ser reconhecido como o sujeito do conhecimento, da reflexão e da ação porque a construção de maiores níveis de autonomia está relacionada com a ampliação da capacidade de reconhecer, lidar e intervir com os conflitos e com o sistema de poder a partir da elaboração de ações mais democráticas. Em decorrência, a produção de autonomia é avaliada em graus que são medidos, conforme destacam Campos e Amaral (2007, p. 852): “[...] pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com os outros”. Por este motivo é essencial que os trabalhadores da saúde considerem que:

[...] podem exercer controle social, mas também podem apoiar os usuários para que consigam ampliar sua capacidade reflexiva sobre as várias linhas de produção, bem como apoiá-los para que ampliem sua capacidade de estabelecer contratos com os outros (CAMPOS, 2007, p. 65).

No campo da Educação Física, a compreensão dos objetivos do trabalho a partir dessa perspectiva permite que a produção de saúde seja vista como algo dinâmico em detrimento de abordagens que tendem a pensá-la de maneira desvinculada dos modos de viver das pessoas. Da mesma forma, o entendimento sobre a coprodução de autonomia favorece a elaboração de intervenções que contribuam para a ampliação da capacidade de decisão e para a responsabilidade dos sujeitos, visando uma atuação na direção contrária às ações que não favorecem a experimentação do corpo para a produção do cuidado.

O sentido da redefinição dos meios de intervenção, dentre estes o que Campos (2007) denominou diagnóstico ampliado, está voltado não apenas para a identificação dos problemas de saúde, mas também para a constituição de “fatores de proteção” que tem como

propósito contribuir para que os sujeitos tenham a capacidade de inventar outras formas de viver ainda que apresentem dado problema de saúde.

O método de “apoio Paidéia” é utilizado como um recurso para a produção de espaços mais dialógicos entre trabalhadores e usuários em função de propor a atuação em saúde por meio de “ofertas” e não somente através de “prescrições”, considerando “[...] sua centralidade na reflexão sobre o fazer e sua repercussão sobre os sujeitos. Reflexão sobre a capacidade de elaborar compromissos, contratos e viver em redes (sistemas de relações)” (CAMPOS, 2007, p.74). Aqui, percebe-se outra importante contribuição do referencial para potencializar as intervenções de práticas corporais porque a partir da ideia de apoio é possível reconhecer que “[...] a oferta difere da noção de prescrição porque pressupõe a possibilidade de que o usuário a analise de modo crítico em uma relação dialógica com o profissional, e, em seguida, seja tomada uma decisão compartilhada” (CAMPOS, 2007, p.73).

Com a ampliação da compreensão sobre a necessidade de utilização de outros meios de intervenção, torna-se possível que os profissionais enfrentem o desafio de efetivamente investir na utilização de recursos como a educação em saúde, o poder da *palavra* e da *escuta* e as práticas em grupos (CAMPOS, 2007). A respeito desse último, destacam-se importantes contribuições apresentadas por Onocko Campos (2001) para os serviços substitutivos no campo da saúde mental que também podem ser consideradas na constituição de grupos no cotidiano de outros serviços e, especialmente, nas iniciativas de práticas corporais na atenção básica. A autora destaca ser fundamental no processo de composição dos grupos que os profissionais definam claramente os objetivos, bem como reconheçam o significado da iniciativa para os usuários. Com isso, explicita que o recurso não deve ser assumido como meio para contenção da demanda ou para a modulação do acesso dos usuários e, nem mesmo, para a garantia da produtividade, mas deve ser pensado como um meio para a ampliação da socialização, da troca de saberes e da formação de projetos coletivos. As reflexões remetem à interlocução do *Método da Roda* com as proposições de “grupo operativos” de Pichon-Rivière (1988), a qual também ajuda a pensar nas ações de práticas corporais, considerando que ambas as teorias compartilham da necessidade de “[...] aproximar o saber (momento de análise) do fazer (compromisso com a tarefa)” (CAMPOS, 2000, p.192).

A redefinição dos meios de intervenção favorece a implementação de mudanças de atitude no que se refere à análise dos resultados das ações em decorrência dos profissionais passarem a lidar, por exemplo, com questões relacionadas à construção do vínculo e à necessidade de maior interação com os outros profissionais de saúde. Disso decorre que os

trabalhadores são impulsionados para ampliar a capacidade de análise e intervenção diante das resistências, limitações, saberes e poderes impostos pelo processo de trabalho. Sob esta perspectiva, os conceitos de núcleo e campo de responsabilidades (CAMPOS, 2000) contribuem para que os trabalhadores operem com a complexidade de intervenções interdisciplinares em função de ambas as noções privilegiaram a composição e recomposição das atribuições e dos encargos em saúde.

A interação entre os profissionais é favorecida em função do primeiro conceito, núcleo, apontar para a definição de compromissos com um determinado saber e com um conjunto de práticas e, pelo segundo, campo, indicar a necessidade de realização de objetivos de acordo com determinado contexto. Nesse sentido, os profissionais podem reconhecer que o êxito de um procedimento não se encontra nele mesmo ou apenas na dimensão técnica, mas também na construção de ações compartilhadas com a equipe de saúde e com os próprios sujeitos atendidos (CAMPOS, 2003; 2007).

Neste sentido, as considerações do autor reforçam a importância anteriormente destacadas sobre a necessidade de redefinição dos saberes e práticas da Educação Física para implementação de grupos de práticas corporais nos serviços de saúde, evidenciando a defesa de um entendimento ampliado por parte dos profissionais sobre o sentido das intervenções tanto no que se refere aos princípios do SUS quanto ao que a comunidade valoriza e deseja.

Ao considerar a potencialidade da *Clínica Ampliada* como um instrumento teórico e operativo para ajudar a pensar na reforma dos modelos de atenção e de gestão, constata-se a contribuição da teoria em relação aos diversos cenários assistenciais, como o hospitalar (CAMPOS;AMARAL, 2007), os serviços substitutivos de saúde mental (ONOCKO CAMPOS, 2001) e a atenção básica (CUNHA, 2005). Em função do objeto de análise desta investigação, destaco a proposta desenvolvida por Cunha (2005) que tem como objetivo contribuir para a qualificação da prática clínica no nível primário, em decorrência da forte influência do modelo de formação hegemônico neste nível da atenção. A utilização do conceito de *Clínica Ampliada*, segundo o autor, mostra-se capaz de contribuir para implementar mudanças nas práticas porque permite que outros aspectos dos sujeitos possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais considerando as próprias características do contexto assistencial.

Com base no método de “coprodução dialética”, Campos (2000) propõe um modelo de análise que compreende a clínica como uma interação complexa entre dois sujeitos singulares que podem ser um profissional/equipe e um usuário ou um profissional/equipe e

um sujeito coletivo (família ou comunidade). De acordo com o autor, o modelo contribui para que os profissionais identifiquem tanto as dimensões externas e internas que determinam as pessoas, como reconheçam a singularidade dos próprios sujeitos que lidam com esses elementos. Além disso, os trabalhadores podem compreender que nos encontros em saúde não devem considerar uma dimensão como predominante em relação à outra porque o elemento mais importante da relação é demarcado a partir do contexto singular dos sujeitos e das instituições (CUNHA, 2005).

Com a utilização da teoria da coprodução singular para a compreensão do trabalho na atenção básica é possível identificar as dimensões políticas e subjetivas que marcam fortemente a clínica, porque quanto mais próximas do atendimento ambulatorial, mais evidentes tornam-se as forças de determinação dos sujeitos. Com isso, compreendem-se os limites das práticas centradas no componente biológico, tornando evidente “[...] por que lesões, limitações ou sofrimentos semelhantes levam algumas pessoas ao serviço de saúde (e outras não) segundo a “composição” singular do sujeito: classe social, cultura, trabalho, família, medos, desejos e interesses” (CUNHA, 2005, p. 47).

Outro aspecto importante para a construção de intervenções mais ampliadas, segundo Cunha (2005), é a discussão sobre os “filtros teóricos” que podem ser compreendidos como os protocolos biomédicos usados no cotidiano da prática clínica. A discussão quer chamar a atenção para o sentido da utilização desses elementos. Embora signifiquem um importante recurso para o trabalho em saúde, especialmente em hospitais e em pronto-atendimentos, não devem ser assumidos como únicos parâmetros na produção do cuidado, justamente porque as pessoas são constituídas por contextos singulares.

Somando-se a esta discussão, Cunha (2005) traz outro conceito a ser considerado no processo de reorganização da prática clínica que é o de *transferência ampliada*. Para tanto, o autor utiliza as contribuições de transferência desenvolvidas por Freud que posteriormente foram modificadas por Barembli²¹ Importa destacar que o conceito de transferência ampliada vem apontar para a importância do profissional de saúde compreender a maneira como os fluxos de afetos se constituem na relação terapêutica, o que pode tanto contribuir para certa

---

²¹ Cunha (2005) destaca em seu livro, *A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*, os estudos sobre transferência feitos por Barembli (BAREMBLIT, G. Cinco lições sobre transferência. 3ª ed. São Paulo, Hucitec, 1996) a partir das investigações desenvolvidas por Freud sobre o tema.

ponderação sobre os diferentes planos que constituem e atravessam à vida das pessoas quanto favorecer a adoção de outros meios de intervenção e de outras racionalidades.

É sob esta perspectiva que Cunha (2005) afirma que a incorporação de elementos de outras racionalidades, como os da racionalidade oriental, pode ser um potente recurso para a reformulação das práticas de saúde. Trabalham com um conceito de saúde mais amplo que o biomédico, tendo em vista que a abordagem dos problemas de saúde ocorre segundo uma perspectiva que reconhece o sujeito e relação estabelecida com o seu contexto.

Com isso, ao defender a necessidade de incorporação nos currículos de saúde de algumas condutas básicas de outras racionalidades, Cunha (2005) compartilha com as proposições de Barros (2000) no que diz respeito à formação de *profissionais híbridos* para a atenção básica, ou seja, trabalhadores da saúde com maior capacidade de utilização dos saberes de outras racionalidades cujas ações podem resultar em intervenções menos iatrogênicas, bem como favorecer a construção de ações mais autônomas pelos sujeitos atendidos.

Outra estratégia trazida por Cunha (2005), que no contexto das intervenções dos profissionais de Educação Física pode contribuir para o entendimento sobre o trabalho na atenção básica, é denominada de *Diretrizes para a Clínica Ampliada*. A proposta mostra-se potente para as ações no nível primário porque está pautada na produção de corresponsabilidade e na singularização das intervenções segundo processos de negociação com os sujeitos atendidos. Também ajuda a pensar na ampliação das práticas porque privilegia a diversidade de ofertas, a ampliação da escuta entre a equipe e os usuários com o objetivo de evitar intervenções *pastorais*²², infantilizadoras, culpabilizadoras e medicalizantes que produzem medo, dependência e resistência ao tratamento, tal qual como ocorre na Educação Física.

Torna-se evidente a complexidade e a pertinência de reformulação das práticas de saúde, particularmente considerando as contribuições de Carvalho e Cunha (2007) quando afirmam que embora possam ser identificadas algumas limitações da clínica no que diz respeito ao caráter *ritualesco* e *medicalizante* das práticas, bem como a contribuição para a

---

²² Cunha (2005) adota o termo *pastorais* baseado nas ideias de Balint (BALINT, M. O Médico seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988) no capítulo “A Função Apostólica cuja citação diz “[...] era como se cada médico possuísse o conhecimento revelado do que os pacientes deviam esperar e suportar, e além disso, como se tivesse o sagrado direito de converter à sua fé todos os incrédulos e ignorantes entre os seus pacientes”.

manutenção do *statuo quo*, o referido modelo não resume as possibilidades de intervenção, sobretudo pela capacidade da clínica de prolongar e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Cabe, portanto, ampliar a compreensão sobre o sentido do uso do conhecimento científico, especialmente das normas e dos protocolos. A questão remete à importância do profissional pensar sobre o modo como utiliza os saberes e práticas relativos ao seu campo de responsabilidades, isto é, se o uso está dirigido para uma intervenção *sobre* a população, seguindo modelos prescritos de cuidado, ou se uma atuação *com* a população, baseado em um trabalho compartilhado com os usuários e com a equipe de saúde, de acordo com Campos (2003). Tal reflexão, torna-se fundamental aos profissionais de saúde e, especialmente aos profissionais de Educação Física, considerando os modelos de práticas que se aproximam da vertente denominada *bioEducação Física*.

É nessa perspectiva que a proposta de construção de intervenções mais coerentes com os princípios da atenção básica demanda a ampliação da capacidade do profissional para lidar com a complexidade das relações com cada sujeito, com as famílias, com a equipe de saúde e também com a própria dinâmica da instituição de saúde. Outro ponto importante, diz respeito à necessidade do trabalhador aprimorar sua capacidade de lidar com as incertezas e frustrações decorrentes dos encontros em saúde que sempre serão singulares. Tal exigência se impõe diante do compromisso e da responsabilidade de cada profissional que é o de apoiar as pessoas para que enfrentem suas dificuldades e limitações, visando à produção do cuidado de maneira contextualizada.

É, portanto, nesse cenário que se impõe a pertinência de incorporação da *Clínica Ampliada* e do *Método da Roda* cujo propósito é qualificar as ações com as práticas corporais, como práticas de saúde, considerando que os referenciais permitem a constituição de ações mais próximas do cuidado que se espera na atenção básica. Tal potencialidade diz respeito à exigência de mudança do “olhar” do profissional para o processo de trabalho, no sentido de favorecer o acolhimento e a busca da legitimação das necessidades das pessoas por meio do compartilhamento dos saberes trazidos pelos trabalhadores, bem como pelos próprios sujeitos.

Contudo, torna-se fundamental que o profissional compreenda que a adoção e incorporação do referencial não significa a subordinação do trabalho com as práticas corporais à teoria, mas como um meio potente para apoiar o profissional de Educação Física no sentido de reconhecer e lidar com as dificuldades relacionadas à atuação compartilhada com os outros trabalhadores da saúde e com os próprios usuários cujo horizonte é o enfrentamento do desafio de construir práticas de saúde efetivamente ousadas e inovadoras.

CAPÍTULO 2

METODOLOGIA

O conjunto de experiências acadêmico-científicas relatadas ao longo da introdução e as reflexões desenvolvidas sobre as tendências da Educação Física no âmbito da pesquisa e intervenção na atenção básica reforçaram a necessidade de investigar o trabalho com as práticas corporais por meio de um trabalho de campo no serviço. Foi com base nessa perspectiva que desenvolvi o estudo no CSE Geraldo Horácio de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da USP.

O delineamento metodológico do projeto teve como referência a Teoria da *Clínica Ampliada* e o *Método da Roda* (CAMPOS, 2003; 2000). Neste capítulo descrevo o percurso relacionado com a constituição da metodologia do projeto de intervenção no CSE “Paula Souza”, bem como as experiências desenvolvidas junto aos trabalhadores e usuários da instituição.

2.1 O Projeto de Práticas Corporais no Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza

A escolha do CSE para o desenvolvimento do projeto de intervenção com práticas corporais se deu pela importância da instituição no contexto da saúde pública e da universidade, sobretudo, no que diz respeito ao trabalho com iniciativas voltadas a prevenção e promoção da saúde da população.

O CSE Geraldo Horácio de Paula Souza está localizado no bairro de Cerqueira César, região oeste do município de São Paulo, em uma área que é conhecida como quadrilátero da saúde por agregar o Instituto de Medicina Tropical (IMT), a Faculdade de Medicina (FM), a Escola de Enfermagem (EEUSP) e a Faculdade de Saúde Pública (FSP). O CSE é composto por dois prédios. O primeiro é uma construção com reconhecido valor histórico na Saúde Pública paulista em decorrência de ter sido o primeiro CSE do Brasil e da

América Latina ²³ e, o segundo, uma construção decorrente da ampliação do serviço na década de noventa.

O “Paula Souza”, segundo informações obtidas junto aos funcionários da administração, é um espaço de estágio e pesquisa nas áreas de Medicina, Enfermagem, Fonoaudiologia e Nutrição que atende, baseado em acordos firmados com as Secretarias Estadual e Municipal de saúde, os moradores do bairro de Cerqueira Cesar e parte do bairro de Pinheiros, incluindo pessoas não residentes na área de abrangência que trabalham com serviços domésticos .

Figura 1 – Fachada do CSE Geraldo Horácio de Paula Souza

---

²³ O Centro de Saúde Escola foi o primeiro CSE do Brasil e da América Latina, implantado no ano de 1925, pelo médico sanitarista Geraldo Horácio de Paula Souza sob a denominação de Centro de Saúde Modelo. Inicialmente funcionou no porão do Instituto de Higiene, local que posteriormente recebeu a denominação de Faculdade de Saúde Pública da USP. Posteriormente foi transferido para a casa onde funciona até hoje, cujos proprietários foram Oswald de Andrade e Tarsila do Amaral, sua esposa, até ser comprada pelo governo do Estado de São Paulo como destacam Faria (2005) e Candeias (1988).

Figura 2 – Prédio anexo do CSE Geraldo Horácio de Paula Souza

A instituição também oferece atendimentos a usuários de outras áreas do município: a) Tisiologia, Hanseníase e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST): toda população do município de São Paulo; b) Geriatria: todos os usuários da Supervisão Lapa/Pinheiros pertencentes às UBS José de Barros Magaldi, UBS Meninópolis e Manoel Joaquim Pera; c) Saúde da Criança e da Mulher: usuários do Centro de Saúde Victor Araújo Homem de Melo; d) Servidores e dependentes do CSE Geraldo Horácio de Paula Souza e Faculdade de Saúde Pública.

Em relação à composição, o CSE está dividido nas seguintes especialidades: saúde do adulto (6 clínicos), saúde da mulher (6 ginecologistas), saúde da criança (3 pediatras), saúde mental (3 psiquiatras, 1 psicóloga e alunos de aprimoramento em psicologia), Oftalmologia (2 oftalmologistas), dermatologia sanitária (3 dermatologistas), acupuntura (2 médicas acupunturistas); geriatria (2 geriatras e estudantes de Medicina), pneumologia e tisiologia (1 pneumologista), odontologia sanitária (1 odontólogo e 2 atendentes), fonoaudiologia (1 fonoaudióloga), nutrição²⁴ (2 nutricionistas e alunos de

²⁴ O Centro de Referência para a Prevenção e Controle das Doenças Associadas à Nutrição (CRNutri) é um espaço de estágio para os alunos de graduação em nutrição e de aprimoramento em nutrição clínica e em saúde pública da FSP. É coordenado por duas nutricionistas celetistas. Para os usuários participarem do serviço é necessário agendarem uma triagem inicial. Posteriormente é definido o tipo de atendimento (individual ou em

aprimoramento e graduação em nutrição), serviço social (3 assistentes sociais), enfermagem (18 enfermeiras), farmácia (1 atendente), laboratório (8 técnicos), agendamento e encaminhamento (11 atendentes) e administração (7 funcionários), homeopatia (1 médico), vigilância epidemiológica (1 médica e 1 agente sanitária/visitadora), Educação Física (1 professora de Educação Física).

A gestão do serviço é de responsabilidade de um docente da própria instituição, nomeado para a função de Diretor do CSE pelo Diretor da Faculdade de Saúde Pública. A implantação do projeto no CSE ocorreu na fase de transição da direção do serviço, que passou a ser exercida pela Prof.^a Dr.^a Patrícia Rondó²⁵.

O primeiro passo após a definição do local para o desenvolvimento do estudo foi a elaboração de um plano de intervenção que contemplasse o delineamento conceitual e metodológico da investigação. A proposta era desenvolver uma investigação de natureza qualitativa por meio de um projeto de intervenção de práticas corporais²⁶ por meio de encontros semanais e abertos aos usuários de distintas faixas etárias, condições clínicas e gênero. Privilegiei o trabalho com diferentes práticas corporais como alongamentos, dança, fortalecimento muscular, jogos, relaxamento, massagem, consciência corporal e orientação postural e “rodas de conversa” cujo propósito era contribuir com o compartilhamento de saberes e experiências relativos à saúde. Nesse sentido, o referido plano esteve inicialmente centrado na discussão e análise dos sentidos e significados das práticas corporais para os usuários do CSE.

Após a elaboração do plano foi iniciada a fase de aproximação com o CSE, visando à apresentação da proposta enquanto aguardava a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da Faculdade de Saúde Pública da USP. Neste período foram realizados os primeiros encontros entre a direção, a orientadora e a pesquisadora. Pude

---

grupo) e o tipo de ambulatório para o qual serão encaminhados (geral, síndrome metabólica, excesso de peso, diabetes, dislipidemia). Nos ambulatórios, os usuários frequentam três encontros com intervalos semanais. Após esse período as nutricionistas fazem uma nova avaliação dos participantes e, caso seja identificada a necessidade de permanência junto ao serviço são realizados encaminhamentos para atendimentos de continuidade (individual ou em grupo). O grupo de continuidade é realizado através de quatro encontros com intervalos quinzenais. Após esse período os usuários podem receber alta ou serem direcionados para o grupo de manutenção no qual são realizados seis encontros com intervalos mensais. No serviço também são desenvolvidas oficinas de Alimentação Saudável através de cinco encontros que privilegiam o trabalho com orientação e produção de receitas sobre a temática específica.

²⁵ Na fase inicial do projeto no CSE, Prof.^a Dr.^a Patrícia Rondó, Titular da FSP, assumiu a direção do serviço que foi dirigido pela Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Tanaka, também Titular da FSP, de 2002 até o segundo semestre de 2010. Profa. Patrícia não apenas apoiou o projeto no Centro de Saúde, como manifestou interesse em uma parceria com o Grupo de Pesquisa Educação Física & Saúde Coletiva & Filosofia com o propósito de responder as demandas dos usuários no que se refere às práticas corporais.

²⁶ Adotei os estudo e experiências com as práticas corporais desenvolvidos por Carvalho (2006; 2007) que são entendidas como possibilidades de experimentar o corpo para além do plano da consciência ou do pensamento.

mostrar que a intenção não era desenvolver um estudo de natureza quantitativa voltado ao treinamento físico para a prevenção ou tratamento de doenças. Demarquei que a proposta era desenvolver um estudo qualitativo por meio de um grupo de práticas corporais que favorecesse a discussão e a produção de ações em saúde mais autônomas e coconstruídas segundo o reconhecimento dos desejos, interesses e necessidades das pessoas.

Inicialmente o projeto foi desenvolvido no CSE como um piloto. Ficou definido que os encontros do grupo ocorreriam inicialmente em dois dias da semana com possibilidade de ampliação se houvesse a demanda por parte dos usuários. Os locais disponibilizados pela Direção do CSE para as práticas foram a “sala de eletrocardiograma”, que posteriormente passou a ser chamada de “sala de ginástica”, e o jardim da FSP. No período, seguindo a orientação da Diretora, elaborei uma ficha para a inscrição dos usuários que foi mantida na recepção do serviço. Nessa fase também procedi ao planejamento dos encontros, visando à elaboração de práticas que pudessem ser modificadas a partir das experiências com o grupo, considerando que ainda não conhecia as demandas dos participantes.

Figura 3 – Sala onde ocorriam os encontros de práticas corporais no prédio anexo do CSE
Geraldo Horácio de Paula Souza

Figura 4 – Jardim da Faculdade de Saúde Pública, onde pode ser observada a trilha utilizada para caminhadas e, ao fundo, a instituição.

Os três primeiros meses do projeto no CSE foram fundamentais para que nós identificássemos a necessidade de reformulação conceitual e metodológica da proposta, sobretudo em decorrência do aumento das demandas relacionadas a atendimentos clínicos específicos. Como exemplo do interesse apresentado por algumas usuárias no que se refere às práticas corporais para a recuperação de diagnósticos, destaca-se: duas apresentavam crises frequentes decorrentes de patologias ortopédicas em articulação do joelho e coluna lombar (degeneração articular e lombociatalgia); outra, relatava estar na fase de controle de câncer de mama; e, outra, tristeza e redução da autoestima que, segundo sua companheira também frequentadora do grupo, repercutia no relacionamento entre elas.

Questões importantes apareceram ao longo do trabalho de campo: caso as ações de cuidado fossem direcionadas ao atendimento de demandas clínicas significaria privilegiar a doença e não a saúde? Tal tendência teria sido originada em função das demandas dos usuários ou seria decorrente da ação da pesquisadora? Como poderia reestruturar o projeto de modo a atender as demandas dos participantes? Diante destes impasses, busquei ampliar a reflexão sobre como deveria proceder de modo que o projeto pudesse estar sintonizado com o que era trazido pelos usuários e também pelo contato com os outros profissionais.

Em decorrência identifiquei a necessidade de repensar as ações junto ao serviço, principalmente no que dizia respeito ao acolhimento e ao atendimento dos sofrimentos das pessoas. Estava fortemente mobilizada em buscar um referencial que ajudasse a reorientar o projeto. Foi desta maneira que encontrei a teoria da *Clínica Ampliada e Compartilhada* e o *Método da Roda*.

Da revisão de literatura, destaco o livro intitulado “Saúde Paidéia”²⁷ referência que remeteu à noção de “[...] *Clínica do Sujeito*, uma clínica centrada nos Sujeitos concretos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, também considerando a doença como parte dessas existências” (CAMPOS, 2003 p. 56). Outro ponto que chamou a atenção: “[...] O objeto da *Clínica do Sujeito* inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito” (CAMPOS, 2003 p. 64). Além disso, pude reconhecer que “[...] todo profissional de saúde que atenda ou cuide de pessoas realiza clínica, havendo, portanto, várias modalidades de clínica: a do enfermeiro, a do psicólogo, a do médico, etc.” (CAMPOS, 2003 p.157).

As proposições da *Clínica Ampliada e Compartilhada* trouxeram contribuições que possibilitaram ampliar a compreensão sobre o significado de uma intervenção com práticas corporais na atenção básica. Pude reconhecer que era possível atuar diante da doença sem enfatizá-la e tampouco desconsiderá-la, caberia compreendê-la de forma contextualizada, como parte de um processo que é sempre singular, conforme enfatiza Campos (2003).

Outro livro fundamental foi “Um método para análise e cogestão de coletivos”²⁸ que trouxe a reflexão sobre o trabalho em saúde como um meio para a produção de bens e serviços necessários às pessoas, bem como para potencializar a constituição do sujeito e dos coletivos. Com a teoria pude compreender a pertinência de pensar o trabalho como um espaço de coconstrução por meio do qual se torna possível atuar e lidar com as relações de poder, os saberes e os afetos visando à criação de espaços mais democráticos (CAMPOS, 2000). Com o referencial que apresenta o *Método da Roda* como uma metodologia voltada à reformulação teórico-conceitual e organizacional do trabalho em saúde compreendi a importância de reconhecer cada sujeito, inclusive os profissionais do serviço, como inseridos em uma dada realidade que permanentemente é influenciada (e tensionada) por um conjunto de saberes, poderes e afetos. A teoria reforçou que o desenvolvimento de ações mais compartilhadas exigiria uma atitude mais sensível diante de tais dimensões,

---

²⁷ CAMPOS, GWS. *A clínica do sujeito por uma clínica reformulada e ampliada*. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

²⁸ CAMPOS, GWS. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

demandaria um exercício diário de negociação e de pactuação não apenas com os profissionais, mas também com os próprios usuários.

O contato com os referenciais tornou evidente que a reformulação do projeto demandaria ações para além do “sentar em roda”, isto é, exigiria a ampliação do olhar da pesquisadora sobre o processo saúde-doença e sobre conceitos fundamentais do trabalho em saúde ainda pouco reconhecidos na Educação Física, como o de *trabalho em equipe*, coconstrução do projeto de cuidado, corresponsabilidade e vínculo. Foi deste modo que compreendi a pertinência de adotar as teorias para a reestruturação metodológica da intervenção.

A redefinição efetivada foi a experimentação de alguns dos conceitos, assim como do “Método de Apoio Paidéia”, ambos assumidos como recursos metodológicos. Entre os conceitos utilizados, destaco: o trabalho em equipe, como possibilidade de ampliar o campo de responsabilidade ao mesmo tempo em que contribui para intervenções mais compartilhadas no serviço; o reconhecimento da subjetividade para a construção de ações mais contextualizadas; o vínculo, como uma técnica que contribui para qualificar o trabalho e aumentar a responsabilidade dos sujeitos envolvidos na produção de saúde, profissionais e usuários. Em relação ao “Método de Apoio Paidéia”, o sentido não esteve relacionado à função de *Apoio Institucional*, mas de experimentar a noção como um recurso capaz de potencializar a criação de experiências dialógicas segundo a perspectiva de *trabalho com ofertas*, que está implicado no reconhecimento das demandas dos sujeitos para a proposição do *novo* (CAMPOS, 2003; CUNHA, 2005).

Em função da reestruturação teórico-conceitual empreendida a partir das experiências junto ao serviço, a intervenção assumiu características de uma pesquisa-ação. Com isso houve uma reestruturação no foco da investigação que não esteve mais voltada à compreensão dos sentidos e significados das práticas corporais para os participantes do grupo. Mantive as proposições relacionadas à composição de um grupo aberto e heterogêneo e incorporei as contribuições acima destacadas do referencial com o intuito de experimentar maneiras de responder as demandas de saúde dos participantes do grupo, o que incluía as ações sobre adoecimentos e problemas de saúde, por meio da composição com os profissionais e a gestão do serviço. Desse modo a adoção do referencial pode ser entendida como uma estratégia, um caminho, para ajudar a potencializar as iniciativas com práticas corporais no âmbito da atenção básica sem, contudo, subordinar o trabalho ao referencial

específico. Outro aspecto relacionado à redefinição teórico-metodológica foi a recomposição dos objetivos, apresentados a seguir:

Objetivo geral

Implementar um projeto com práticas corporais no Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da USP para a “experimentação” da teoria da “Clínica Ampliada”, a fim de contribuir com a discussão sobre a qualificação das ações dos profissionais de Educação Física no SUS.

Objetivos específicos

- ✧ Discutir e analisar o aspecto didático-pedagógico do trabalho com as práticas corporais, com base nos conceitos de vínculo, trabalho em equipe e produção de autonomia;
- ✧ Discutir e analisar em que medida é possível produzir vínculos com os trabalhadores do serviço e entre os participantes da intervenção;
- ✧ Analisar em que medida as teorias da *Clínica Ampliada* e do *Método da Roda* podem contribuir para orientar o trabalho com as práticas corporais e qualificar a formação dos profissionais de Educação Física para a atuação no âmbito da atenção básica;

Nesse sentido, a investigação pode ser compreendida do ponto de vista teórico-metodológico como uma pesquisa-ação que se fundamentou nos referenciais da *Clínica Ampliada* e do *Método da Roda*, cujos instrumentos foram a observação participante e as narrativas dos participantes do grupo. O estudo teve a participação de 51 usuários e foi desenvolvido ao longo de um ano no CSE Geraldo Horácio de Paula Souza por meio de 118 encontros de práticas corporais, sendo 11 “rodas de conversa” com os profissionais do CSE, bem como através de outras ações decorrentes da implantação do projeto no serviço. Nos itens a seguir serão apresentadas as experiências vividas com os participantes do grupo e com os trabalhadores do serviço. O registro dos encontros foi realizado por meio de diário de campo e de gravação de áudio. Destaco que a divisão foi desenvolvida somente com fins didáticos, pois os acontecimentos não se separaram no cotidiano da intervenção.

2.2 Das experiências no CSE

2.2.1 Com os participantes do grupo

A fase de reformulação conceitual do projeto anteriormente apresentada foi demarcada pelo aprimoramento do modo de pensar as ações com os participantes do grupo de práticas corporais e com os profissionais do serviço. Em decorrência da adoção do referencial, o planejamento e desenvolvimento da intervenção foram orientados segundo as noções de *vínculo, coprodução de autonomia e trabalho em equipe*.

As vivências junto ao grupo impulsionaram a pesquisadora no sentido de propor formas de intervir que favorecessem a experiência com os conceitos, sobretudo porque os encontros estavam deliberadamente voltados para esse propósito. Com isso, o grupo foi se constituindo como um espaço de produção de encontros, de compromisso, de compartilhamento de ações e de expressão da singularidade. A cada momento busquei ampliar a compreensão sobre os acontecimentos que emergiam com a intervenção, inseridos na trama dos distintos elementos que constituem as pessoas.

Em relação à composição do grupo, cada usuário era convidado a responder um questionário (ficha dos usuários), após participar de no mínimo dois encontros cujo objetivo era ajudar a pesquisadora a reconhecer as demandas e os interesses, assim como o estado de saúde dos participantes. Além disso, solicitava que anotasse na referida ficha os nomes dos profissionais do CSE que os atendia com o propósito de favorecer o diálogo entre a pesquisadora e os trabalhadores.

O grupo foi formado, predominantemente, por mulheres embora a intenção não tenha sido propor um trabalho diferenciado por gênero. Dos quatro usuários que visitaram o grupo com o intuito de conhecer a proposta somente dois integraram o projeto. Um desses permaneceu no grupo até o encerramento do trabalho de campo e o outro participou dos encontros por dois meses, estando sua saída relacionada com incompatibilidade de horário em decorrência de tratamento para dores na coluna realizado no Hospital das Clínicas (HCFMUSP).

A idade dos participantes variou entre 32 a 86 anos. Também participaram dos encontros duas adolescentes de 10 e 14 anos, filhas de duas usuárias. O grupo era constituído

por sujeitos com diversas formações e ocupações. Havia pessoas aposentadas, donas de casa, empregadas domésticas, professoras, contadoras, artistas plásticas, nutricionista e psicóloga. Com base na ficha de identificação e na aproximação com os usuários, constatei as seguintes demandas: o desejo de melhorar a qualidade de vida; cuidar da saúde; aliviar dores; reeducar a postura; reduzir o peso corporal; diminuir a ansiedade e o estresse; melhorar a depressão; conhecer outras pessoas e fazer novas amizades e praticar exercícios em decorrência de orientação de profissionais do serviço. Houve também o interesse no aprendizado de práticas de massagem, relaxamento, alongamento, pilates e dança.

Com isso reafirmei nos encontros a experiência com o corpo e também o trabalho compartilhado com os profissionais do serviço, isto é, a atuação por meio da composição entre as ofertas da pesquisadora e dos saberes e práticas dos trabalhadores a partir das necessidades, interesses e desejos que emergiam do contato com os usuários. Importante destacar que a adoção dessa dinâmica não significou o afastamento da proposta de investigar a produção de ações mais qualificadas para o trabalho em saúde e nem manter o foco da investigação, conforme definido no plano de trabalho, na compreensão dos sentidos e significados da experiência com o corpo para os participantes. Esta estratégia foi pensada com base nos estudos e nas experiências desenvolvidos por Carvalho (2006; 2007) sobre as práticas corporais na atenção básica, que ajudam a compreender que o aprimoramento do trabalho com o corpo segundo uma “perspectiva ampliada” exige a experimentação e a valorização da gestualidade das pessoas.

Propus a realização de práticas corporais que enfatizavam o sentido individual e coletivo do cuidado, que incluía atuar junto ao outro seja no próprio grupo e também em outros espaços, como no ambiente doméstico e de trabalho. Os conteúdos foram pensados como estratégia para a abordagem tanto dos temas que permeiam o trabalho com as práticas corporais quanto dos conceitos trazidos pela *Clínica Ampliada* como, a afetividade, a escuta, a ampliação da capacidade de escolha, a responsabilização sobre a saúde, tendo como propósito atuar na dimensão didático-pedagógica do trabalho em saúde. A tabela a seguir mostra uma síntese das atividades planejadas e desenvolvidas junto ao grupo de práticas corporais, bem como as principais questões trabalhadas.

Projeto de Práticas Corporais - CSE Geraldo Horácio de Paula Souza Planejamento dos encontros	
Objetivo: trabalhar nos encontros temas que permeiam a atuação com as práticas corporais e com as noções/diretrizes trazidas pela <i>Clínica Ampliada</i>	
Práticas corporais planejadas	Questões a serem trabalhadas pelo profissional
a) Práticas de massagens com e sem o uso de materiais, como bolinhas de tênis, rolos de papelão, bolas de meia;	a.1) Autocuidado e cuidado com o outro, focalizando a experiência com o toque e a troca de saberes entre as pessoas, de modo que possam ser trabalhados junto ao grupo conceitos relacionados ao cuidado como, o vínculo, a afetividade, a autonomia e a discussão sobre o consumo de produtos para a saúde.
b) Vivências de relaxamento com e sem o uso de materiais, como acquatubo ²⁹ , bexiga, rolos de papelão;	b.1) O reconhecimento de aspectos físico-funcionais e anátomo-fisiológicos no que se refere à escuta de si e do outro, visando o aprendizado sobre formas de reconhecer necessidades (dores e desconfortos), as repercussões do toque e das diferentes técnicas de respiração, bem como vivenciar o sentido das noções de vínculo e de corresponsabilidade, incluindo discussões sobre o consumo de produtos para a saúde.
c) Alongamentos e vivências de percepção corporal	c.1) A experimentação de práticas voltadas à consciência de movimento e o alívio da dor por meio da troca de experiências, enfatizando a descoberta do que fazia sentido para as necessidades de cada participante. c.2) A experimentação de distintas sensações corporais e diferentes espaços físicos por meio de dinâmicas individuais e em grupo, articulando-as com a discussão sobre valores, vínculo, necessidades especiais. Ex: explorar em duplas o espaço físico do jardim, estando um dos participantes, sendo que um participante conduzia o outro que estava de olhos vendados. Discutir temas relacionados com a saúde e o cuidado a partir das sensações relatadas pelas pessoas.
d) práticas de dança	d.1) Vivência de ritmos propostos pela pesquisadora e pelos participantes, visando trabalhar a capacidade de escolha, a negociação, o reconhecimento de limites e potencialidades do outro, assim como o resgate da memória e a troca de conhecimentos.
e) jogos e brincadeiras	e.1) O resgate e o compartilhamento de momentos vividos pelos integrantes do grupo;
f) práticas desportivas	f.1) Experimentação de práticas esportivas cujos movimentos e regras são definidos coletivamente a partir das características do grupo e de situações vividas nos encontros;

²⁹ Acquatubo é o implemento também conhecido como “macarrão” que é utilizado em aulas de hidroginástica e em sessões de hidroterapia.

g) prática de caminhada	g.1) Realização de caminhadas visando estimular a percepção, o reconhecimento e a discussão sobre sensações relacionadas à prática, como frequência respiratória, frequência cardíaca, postura, dores e desconfortos ortopédicos, articulando-as necessidades do grupo. g.2) Realização de caminhadas em locais públicos nos arredores do CSE como praças, parques e avenidas, visando contribuir para a descoberta e a apropriação de espaços para a realização de práticas, incluindo discussões sobre autonomia e vínculo.
h) “cuidados com o corpo”	h.1) Vivências relacionadas ao tema de orientações posturais a partir de questões propostas pela pesquisadora e de demandas do grupo com o objetivo de trabalhar a educação para o movimento no que diz respeito ao reconhecimento e a intervenção mais autônoma sobre dores e desconfortos, incluindo discussões sobre o cuidado de si e do outro e sobre a corresponsabilidade para além do espaço de realização dos encontros.
i) “rodas de conversa”	i.1) Realização de encontros com os profissionais do serviço visando atender temas de interesse do grupo, assim como a aproximação dos participantes da intervenção com os trabalhadores do CSE e vice-versa.

Quadro1: Síntese do planejamento para os encontros de práticas corporais no CSE Geraldo
Horácio de Paula Souza.

Neste ponto, apresento como foram definidos alguns encontros, conforme a tabela a seguir, que demandaram dois movimentos de minha parte: a escuta sensível e a disposição para a proposição de novas experiências.

Projeto de Práticas Corporais - CSE Geraldo Horácio de Paula Souza	
Caminhos da intervenção: alguns encontros demandaram principalmente dois movimentos, a escuta sensível e a disposição para a proposição de novas experiências com por meio das práticas corporais.	
a) Demandas explicitadas diretamente pelos participantes	O “medo das agulhas da acupuntura” manifestado por duas usuárias após relato de outra participante sobre a melhora em seu problema ortopédico e em sua disposição para as atividades do cotidiano suscitou na pesquisadora a ideia de realização uma “roda de conversa” com uma das médicas acupunturistas do CSE.
b) Situações que emergiram nos encontros	Os acontecimentos dos encontros suscitaram tanto “rodas de conversa” com os profissionais, como a proposição de algumas práticas corporais: b.1) O relato de duas usuárias durante uma prática sobre dificuldades para dar seguimento às orientações prestadas pelas aprimorandas que conduziam um grupo no serviço de nutrição, despertou a ideia de realização de uma “roda de conversa” que favorecesse a troca de experiências entre o grupo, o protagonismo de uma participante no tocante à realização de uma receita de pão integral e a aproximação das referidas aprimorandas com as duas usuárias que integravam o grupo de nutrição. b.2) Alguns encontros foram desenvolvidos a partir do movimento dos participantes de ofertar recursos materiais ao grupo, tendo sido desenvolvidas práticas de dança com <i>CDs</i> trazidos por dois usuários; vivências de consciência corporal e de relaxamento com bolas de tênis e rolinhos de plásticos recolhidos por uma integrante do grupo em um supermercado, cujo destino seria o descarte.
c) Produções do grupo	c.1) Os encontros tinham o propósito de favorecer a experiência com materiais de fácil acesso e baixo custo, visando à discussão sobre a relação consumo de produtos e cuidado em saúde. Foram propostas práticas de massagem com rolos de papelão recolhidos no serviço, assim como a produção e a vivência com bolas de meia confeccionadas pelo grupo. c.2) Outros momentos de produção foram desenvolvidos, como uma festa junina, uma <i>festa da primavera</i> e uma <i>festa de Natal</i> , tendo como propósito a vivência do sentido de construção coletiva entre os participantes. c.3) produção de diálogos como um recurso para trabalhar o cuidado: os encontros também tinham o propósito de discutir questões relativas ao cuidado visando trabalhar os aspectos da autonomia e do vínculo a partir de experiências que tivessem sentido para os participantes por meio de encontros sem a presença da pesquisadora. A produção de diálogo também tinha o objetivo de favorecer de exercitar o pensamento crítico sobre questões relativas à saúde e ao cuidado com o corpo por meio da discussão sobre temas de interesse, incluindo aspectos relacionados com os modos de vida, interesses, desejos e necessidades das pessoas.

Quadro 2: Síntese de outros encontros desenvolvidos junto ao grupo de práticas corporais.

2.2.2 Com os profissionais do serviço

O processo de aproximação com os trabalhadores ocorreu na fase de desenvolvimento do projeto piloto. No período houve a proximidade principalmente com funcionários da administração e da recepção do serviço. Contudo, a ampliação do contato com os profissionais, bem como o reconhecimento dos distintos setores do serviço ocorreu na fase de redefinição teórico-metodológica do projeto. Com isso foi possível compreender sobre a estrutura e o funcionamento do serviço, o que contribuiu com a construção de redes de conversa e intervenção compartilhada.

O contato com os profissionais viabilizou a compreensão sobre as características do serviço e permitiu a construção de diferentes iniciativas com os trabalhadores. As ações ocorreram com o grupo de práticas corporais e, de modo individual com a pesquisadora. Em relação às intervenções, destaco que as iniciativas coletivas foram desenvolvidas através da aproximação da pesquisadora com os profissionais visando à realização de “rodas de conversa” com o grupo e também por meio de encontros entre grupos do serviço e o de práticas corporais. Do ponto de vista das iniciativas com a pesquisadora, os encontros aconteceram a partir do movimento de alguns profissionais, o que permitiu o desenvolvimento de diferentes ações, como um grupo denominado “oficina de práticas corporais e sexualidade”, a realização de um encontro com um grupo terapêutico coordenado por uma assistente social e a proposição para que integrasse um projeto terapêutico no serviço.

A ampliação da relação com os trabalhadores também possibilitou o desenvolvimento de duas intervenções³⁰ voltadas a participantes do grupo de práticas corporais que eram atendidas ou tinham aproximação com os profissionais.

---

³⁰ A primeira ação de cuidado foi realizada por meio de trabalho conjunto com uma das assistentes sociais quando identifiquei problemas de ordem emocional por parte de uma participante do grupo em relação a sua mãe, que fazia parte de um grupo conduzido por uma assistente social do CSE. Sobre o assunto importa ressaltar que a situação identificada exigiu de ambas as profissionais uma grande dose de sensibilidade e disposição, considerando que mãe e filha encontravam-se em processo de sofrimento, pois havia incongruências no tratamento de um suposto diagnóstico de esquizofrenia da filha que eram causadores de conflitos, além de questões de ordem socioeconômicas que também foram constatadas no decorrer do contato com as usuárias. Já a segunda ação foi desenvolvida com a ajuda de um profissional pertencente ao serviço de saúde mental, que foi originada a partir quando identifiquei uma inconstância da usuária no grupo, bem como relatos e observações que apontavam para a necessidade de um trabalho conjunto dado os limites para uma atuação individual de minha parte diante da situação. Quando recorri à ajuda do outro trabalhador a intenção era compartilhar as questões identificadas no grupo, e, ao mesmo tempo, compreender um pouco mais sobre a história e as

Em relação às ações coletivas com os profissionais do CSE, o critério para o desenvolvimento das “rodas de conversa” era o de privilegiar a abordagem de temas de interesse das participantes que eram manifestados de modo explícito ou de maneira “implícita”. As manifestações explícitas permitiram, por exemplo, o trabalho com dores e desconfortos do dia a dia seja no ambiente doméstico ou no de trabalho, assim como a abordagem de questões relativas às dificuldades (isolamento, medo, tristeza) e necessidades (fazer amizades, escutar e apoiar o outro, ser escutada) decorrentes de um quadro de síndrome do pânico. Já os temas “implícitos” foram trabalhados a partir de situações e falas identificadas pela pesquisadora junto ao grupo, visando abordar conceitos trazidos pelo referencial. Como exemplos cito o incentivo a realização de práticas sem a minha presença, buscando estimular o desenvolvimento da autonomia e da corresponsabilidade, assim como a identificação de uma questão individual, o “medo das agulhas da acupuntura” a partir do relato de outra participante sobre melhora de sua condição de saúde, buscando tratar coletivamente o tema por meio de “roda de conversa” com uma profissional do CSE.

Conforme destacado anteriormente, foram desenvolvidas 11 “rodas de conversa” com os profissionais das áreas médica, enfermagem, odontologia e nutrição. Os encontros foram realizados segundo a perspectiva de oferta e de mediação (CAMPOS, 2003; 2007; CUNHA, 2005), pois ao identificar as demandas dos participantes, levava as questões para os trabalhadores com o intuito de propor momentos de intervenção junto ao grupo. Com isso foi possível viabilizar o atendimento de questões individuais e, ao mesmo tempo, favorecer o acesso à informação sobre temas relacionados à saúde com o propósito de privilegiar o “coletivo”.

Ao propor as “rodas de conversa”, busquei favorecer uma atuação articulada com o intuito de promover encontros entre os profissionais e os usuários para além da perspectiva da assistência individual tradicional da clínica. Foram abordados diferentes temas: dificuldades em lidar com situações relacionadas à alimentação; dúvidas sobre a importância de realização de vacinas, orientações sobre saúde bucal; identificação de sinais e sintomas relacionados à hanseníase e orientações sobre uso de fármacos (automedicação e consumo de medicamentos). Algumas “rodas de conversa” privilegiaram além da discussão, experiências relacionadas como a produção de receitas culinárias por usuárias do grupo em conjunto com as aprimorandas de nutrição; a experimentação de técnicas de acupuntura que foi suscitada em decorrência do “medo das agulhas” relatado por duas participantes; a vivência da “dança

---

necessidades das usuárias de maneira que nossas ações pudessem ser afinadas, a fim de pensarmos em meios para ajudá-la em seu próprio cuidado.

sênior” com a profissional que conduz a prática no serviço e a realização de duas “oficinas de práticas corporais e sexualidade” com as participantes deste grupo.

No entanto, o movimento também foi realizado no sentido inverso, dos profissionais em relação ao projeto de práticas corporais. Aqui destaco alguns momentos como, o encontro proposto por uma enfermeira visando a Educação em Saúde, no que diz respeito ao tema da hanseníase; a aproximação das aprimorandas de nutrição com o intuito de propor a participação da pesquisadora no Grupo de Manutenção, cujo desdobramento foi a realização de um encontro entre os grupos; a proposta por parte de uma enfermeira para que estagiários do setor em específico conhecessem o projeto, viabilizando a aproximação com os referidos alunos por meio de diferentes práticas corporais; as visitas pessoalmente realizadas por profissionais da área médica (clínica médica e ginecologia) e de enfermagem no horário de realização do grupo com o propósito de incentivar a participação de usuárias no projeto.

O movimento dos profissionais em relação à pesquisadora também contribuiu com o desenvolvimento de outras propostas de cuidado no serviço. Uma das ações foi o convite de uma médica ginecologista para que participasse da “oficina de climatério e sexualidade”, desenvolvida pela profissional no setor “saúde da mulher”, na qual também foi agregada uma enfermeira. Neste sentido, pude experimentar o planejamento de uma iniciativa com os trabalhadores do serviço cujo propósito foi reconhecer as demandas das usuárias por meio de conversas, orientações e de práticas corporais. Importante destacar que a dinâmica de atuação segundo a perspectiva da interprofissionalidade se mostrou um espaço de acolhimento dos dilemas e dúvidas das usuárias que não se tornou limitado ao próprio gênero ou a uma faixa específica, à medida que abordou temas relacionados ao âmbito da sexualidade (a afetividade; mudanças na vida decorrentes da menopausa; o sexo na “terceira idade”; o sentido do toque e da (re)descoberta do prazer; o uso de métodos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis) e recebeu as usuárias que aguardavam consulta. A proposta que passou a ser denominada de “Oficina de sexualidade e práticas corporais”, constituiu-se como uma estratégia por meio da qual foi possível contribuir com a experimentação e o (re)conhecimento do corpo e também com o compartilhamento de informações em saúde. Outro ponto, diz respeito ao acesso e ao fluxo das pessoas nas iniciativas de cuidado, no caso, a participação na “oficina” que favoreceu a entrada de usuárias no grupo de práticas corporais e vice-versa.

Ainda sobre as ações desenvolvidas a partir do movimento dos trabalhadores em relação à pesquisadora, destaco o convite de uma assistente social para que integrasse uma

atividade do grupo terapêutico que conduz no serviço. A profissional justificou a proposta em função da importância dos usuários conhecerem as diferentes iniciativas existentes no CSE, no caso, o projeto de práticas corporais. A proposição da assistente social, tal como das aprimorandas de nutrição, chama a atenção para a necessidade de ampliação do diálogo entre os profissionais, o que pode contribuir com o compartilhamento de ações e apropriação das iniciativas pelos diferentes atores do serviço.

A esse respeito destaco a iniciativa de outra assistente social para que participasse do atendimento de “um caso extremamente difícil”, conforme denominado pela profissional. Tratava-se do projeto de cuidado de uma usuária em tratamento de câncer de pulmão que apresentava sofrimentos tanto relacionados à debilidade causada pela doença (física e emocional), quanto problemas que demandavam medidas sócio legais (financeiras e de moradia). O projeto de cuidado foi integrado diretamente por cinco profissionais, incluindo a pesquisadora, mas também agregou indiretamente outros trabalhadores do CSE com experiência no cuidado de idosos. Embora o caso tenha mobilizado vários trabalhadores, as ações tenderam à fragmentação e a atuação com ofertas fixas, mesmo algumas profissionais tendo proposto ações no sentido inverso. Em que pesem as dificuldades e limites do trabalho interprofissional, chamou atenção a necessidade de uma fundamentação teórica e metodológica para orientar e ajudar os trabalhadores a lidarem com os conflitos de empreenderem projetos terapêuticos “ampliados”.

Além da proposta para participar do referido projeto terapêutico, o contato mais direto com os profissionais do CSE também permitiu o desenvolvimento de duas intervenções sobre problemas enfrentados por participantes do grupo de práticas corporais: a primeira, foi desenvolvida em conjunto com uma das assistentes sociais em decorrência do relato do sofrimento de uma usuária no que se referia a questões familiares. Busquei ajuda da assistente social, ao identificar que a mãe da referida participante integrava o grupo conduzido pela profissional. A situação exigiu a composição com os outros trabalhadores que atendiam ambas as usuárias com o propósito de pensar o cuidado para mãe (cuidadora) e para a filha. Com o fato evidenciou a importância da articulação entre os profissionais, assim como do olhar atento para a vida das pessoas para a proposição de ações coerentes e responsáveis. No caso específico, pudemos reafirmar a necessidade de produção de cuidado para mãe e filha em função do sofrimento manifestado por ambas que pode ser identificado a partir do compartilhamento de informações entre os profissionais; a segunda ação, voltada à produção do cuidado de uma participante do grupo foi desenvolvido em parceria com um trabalhador

do setor de saúde mental. Nesse caso não houve uma demanda explícita. Contudo, o relato de atendimento com o referido profissional e a história de fragilidade emocional e inconstância no grupo, identificadas nos encontros do grupo, suscitou a aproximação com o trabalhador. Busquei ajuda do profissional com o sentido de compartilhar informações e compreender o movimento da usuária, a fim de que pudéssemos ajudá-la em seu processo de cuidado. O movimento de aproximação em relação ao profissional foi importante porque também contribuiu para a abertura do serviço de saúde mental para discussão e acolhimento de questões de outras participantes do grupo. Com as ações percebi a importância do profissional de saúde estar atento para as diferentes formas de “manifestação das necessidades”, bem como para a diversidade de movimentos que podem incrementar no serviço a produção do cuidado dos usuários.

Outro aspecto percebido diz respeito à disposição do profissional de saúde para a identificação de iniciativas desenvolvidas na instituição. No caso do “Paula Souza”, o reconhecimento por parte da pesquisadora de duas ações – o Mutirão da Saúde e o grupo de Terapia Comunitária – contribuiu para o acesso dos usuários do grupo de práticas corporais. Sobre a primeira iniciativa, grupo multiprofissional destinado à resolução de demandas por meio de referência e contrarreferência, pedi para participar do grupo com o objetivo de compreender a dinâmica do trabalho e possibilidades de atuação. Quanto à segunda, grupo multiprofissional voltado ao acolhimento e discussão sobre temas de saúde, a aproximação se deu a partir do convite de uma das assistentes sociais para que conhecesse o grupo.

Com base nas experiências construídas com os trabalhadores do CSE, em que pesem as dificuldades e limitações como pesquisadora, percebi que por meio das noções centrais da *Clínica Ampliada*, a atuação com a subjetividade e o trabalho em equipe, o profissional de Educação Física pode, no âmbito da atenção básica, apoiar e incentivar a criação de ações que enfatizem a decisão conjunta, valorizar as experiências e os saberes das pessoas, favorecer a escuta e o cuidado entre os sujeitos, bem como produzir aproximações e diálogos com os saberes e práticas dos outros profissionais cujo horizonte é a produção de saúde responsável das pessoas atendidas pelo CSE.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

3.1 Caminhos de passagem

As experiências vivenciadas com os usuários e com os profissionais no CSE foram constituídas por diferentes acontecimentos, que permitiram a criação de um modo para operacionalizar o trabalho com as práticas corporais no serviço a partir da problematização do referencial da *Clínica Ampliada*. Nesse sentido, os acontecimentos se deram por meio de dois caminhos que se cruzaram no decorrer da trajetória: o meu próprio caminho como pesquisadora, profissional de Educação Física e profissional da saúde e o caminho percorrido pelo grupo de práticas corporais.

Neste capítulo a intenção é mostrar os pequenos caminhos que foram responsáveis pela conformação do percurso da intervenção, segundo essas duas perspectivas, e por meio dos quais foi possível experimentar o referencial teórico. A ideia não é trazer um *receituário* sobre como intervir com as práticas corporais na atenção básica, sobretudo considerando a singularidade das instituições e dos diferentes atores que as compõem. Ao apresentar a experiência no CSE, busco trazer para os profissionais de Educação Física e para os colegas de outras áreas um *possível caminho* a ser percorrido na atenção básica. Meu intuito é contribuir com a composição de ações mais singulares no SUS, por meio das quais possamos produzir respostas mais afinadas com as demandas da população e dos serviços, considerando que a lógica da *bio* que predomina nas diferentes áreas da saúde – a exemplo da *bioEducação Física*, com suas implicações prescritivas e moralizantes – representa um obstáculo para práticas de saúde mais ampliadas.

Os acontecimentos serão apresentados por meio de narrativas e de imagens dos **caminhos** trilhados por mim e pelo grupo de práticas corporais³¹. A apresentação dos caminhos será desenvolvida por meio da demarcação de **pontos de passagem**, com o intuito de mostrar o que foi necessário buscar e vivenciar para a constituição do projeto no CSE. Nos meus três papéis – pesquisadora, profissional de Educação Física e profissional da saúde –

---

³¹ Os nomes das pessoas que participaram da construção desta trajetória foram substituídos, sendo que em alguns momentos do texto aparecem as letras U e P, referindo-se respectivamente a usuários e pesquisadora.

diversas foram as exigências a serem cumpridas, bem como as escolhas a serem feitas em função do cotidiano do serviço e da própria dinâmica que a intervenção foi assumindo. Os pontos de passagem podem ser compreendidos como **estações de parada**, que contribuíram para mobilizar encontros, suscitar questionamentos e revelar desafios e limites relacionados ao projeto.

Ao apresentar os caminhos percorridos quero chamar atenção sobre como os encontros do campo afetaram e tensionaram, a todo o momento e com distintas intensidades, minha atuação naquelas três funções e o próprio movimento do grupo. Pretendo mostrar que, embora os papéis estivessem misturados, quando um fato focalizava com mais intensidade a pesquisadora, por exemplo, havia repercussões nos outros papéis ou ainda no grupo. A apresentação dos percursos, portanto, não traduz uma compreensão fragmentada sobre o caminho, mas destaca a qualidade das relações e do cuidado, bem como de uma composição entre os papéis que os profissionais e usuários assumem.

Os caminhos que percorri

- 1 - O contato inicial com o CSE Geraldo Horácio de Paula Souza
- 2 - Primeiras aproximações: a pesquisadora inicia o processo de reconhecimento do espaço e descobre como interagir com os trabalhadores do CSE
- 3 - Uma reviravolta na fase inicial do projeto no CSE
- 4 - A composição entre diferentes recursos metodológicos permitiu a produção de encontros com os profissionais
- 5 - O reconhecimento da profissional no serviço trouxe novos desafios para a pesquisadora
- 6 - A experiência junto ao serviço de nutrição abriu outras trilhas
- 7 - O andamento do projeto apontou pistas para a profissional
- 8 - O movimento dos profissionais em relação à pesquisadora
- 9 - O contato com os profissionais abriu caminhos para a aproximação com os estudantes da saúde
- 10 - A participação da pesquisadora em um projeto de cuidado desenvolvido por profissionais do CSE
- 11 - As relações no serviço se constituem de maneira singular
- 12 - O encerramento do campo apontou novos caminhos para o projeto

Os caminhos percorridos pelo grupo de práticas corporais

- 1 - A aproximação dos usuários com o projeto
- 2 - A redefinição conceitual do projeto e o movimento do grupo
- 3 - Os encontros apontavam para movimentos de cuidado
- 4 - O movimento do grupo mostrou caminhos para a pesquisadora
- 5 - O movimento do grupo possibilitou a vivência e o compartilhamento de ações de cuidado
- 6 - Outras possibilidades para trabalhar com o movimento
- 7 - A pesquisadora incentivou diferentes produções pelo grupo
- 8 - As práticas em locais públicos também podem contribuir com a troca de experiências e para o protagonismo das pessoas
- 9 - A fase de encerramento do campo: produção de diálogos como um recurso para trabalhar o cuidado
- 10 - O encerramento do campo apontou novos caminhos para as práticas corporais no CSE

Figura 5 – A figura mostra os caminhos que percorri em relação à intervenção no CSE (vermelho) e os percorridos pelo grupo de práticas corporais (azul). Os caminhos começaram de forma paralela e foram se entrelaçando no decorrer do processo.

3.1.1 Os caminhos que percorri

Estação 1: O contato inicial com o CSE Geraldo Horácio de Paula Souza

Nos primeiros passos em direção ao serviço destaca-se a figura da pesquisadora, que buscou o contato inicial com o CSE Geraldo Horácio de Paula Souza com o objetivo de propor o desenvolvimento do projeto na instituição. Para trilhar esse caminho foi necessário um investimento em minha formação com o objetivo de fundamentar a proposta de maneira coerente e contextualizada com o problema da pesquisa. Em decorrência houve a exigência de uma aproximação com referenciais e metodologias poucos problematizados na Educação Física. Coube, portanto, participar de cursos e disciplinas, bem como buscar maneiras de aplicar no trabalho de campo as experiências vividas nos diferentes projetos de pesquisa. As temáticas exploradas foram as práticas corporais, a atenção primária, a integralidade, o cuidado, a promoção da saúde, os modelos tecnoassistenciais, a avaliação de programas e serviços e a pesquisa qualitativa em saúde³², assim como as políticas que orientam a atenção à saúde. Foi trilhando esses caminhos que aprofundi o estudo sobre o tema práticas corporais como práticas que possibilitam a produção de sujeitos protagonistas de seu cuidado, segundo noções ainda distantes do cotidiano dos profissionais de Educação Física, tais como a corresponsabilidade, a coprodução de autonomia e o vínculo.

Foi nesse sentido que a aproximação com o referencial teórico-metodológico da *Clínica Ampliada* e do *Método da Roda*, bem como a experiência com os projetos de pesquisa que participei, ajudaram no reconhecimento dos acontecimentos que emergiam do campo e no aprimoramento sobre formas para operacionalizar as ações com a equipe de trabalhadores na condição de profissional de Educação Física.

Aqui trago um desses momentos, que mostra como um problema apresentado à profissional de Educação Física, a partir do contato com um funcionário do serviço, mostrou à

---

³² Dentre as disciplinas destaco: *Saúde e Sociedade* ministrada pela profa. Dra. Fabíola Zioni, *Micropolítica na Produção dos Modelos Tecnoassistenciais* que teve como docente a profa. Dra. Laura Camargo Macruz Feuerwerker e *Metodologias para avaliação de programas de promoção da saúde* ministrada pela docente profa. Dra. Cláudia Maria Bógus todas realizadas na Faculdade de Saúde Pública da USP; *Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde* realizada na Faculdade de Medicina da USP sob responsabilidade das docentes profa. Dra. Maria Inês Battistella Nemes e profa. Dra. Hillegonda Maria Dutilh Novaes e *Práticas Corporais e Saúde Coletiva* ministrada pela profa. Dra. Yara Maria de Carvalho na escola de Escola de Educação Física e Esporte da USP.

pesquisadora a importância da composição, ao mesmo tempo em que exigiu um movimento de busca por orientação em experiências anteriormente vivenciadas. O fato esteve relacionado ao encontro com um profissional do serviço que perguntou se já iríamos jogar bola ao perceber que carregava uma bola. A situação me causou bastante incômodo, ao mesmo tempo em que me remeteu a uma experiência da pesquisa “Caminhos da integralidade” quando a orientadora ressaltou para os pesquisadores que somos “vistos” e “reconhecidos” no serviço a partir do modo como nos “mostramos” nos encontros.

Ainda que as leituras e as experiências como pesquisadora apontassem algumas pistas sobre como intervir de maneira a ser reconhecida como profissional de saúde, e não como a “professora da ginástica”, foram os encontros ocorridos com os atores do serviço que impulsionaram o aprendizado sobre *o fazer*, no que se refere aos caminhos que permitiriam o reconhecimento, por parte dos profissionais do serviço, do sentido do trabalho com as práticas corporais como recurso potente para a produção do cuidado.

A questão que me foi apresentada pelo funcionário chama a atenção para a necessidade do profissional de saúde estar inserido em um processo de formação continuada que possa ajudá-lo a compreender as distintas possibilidades de intervenção na atenção básica e que possa, sobretudo, ensiná-lo a lidar com a diversidade de questões que emergem do trabalho, característica desse campo da assistência.

Estação 2: Primeiras aproximações: a pesquisadora inicia o processo de reconhecimento do espaço e descobre como interagir com os trabalhadores do CSE

Foi partindo dessa perspectiva que as primeiras aproximações foram realizadas com os trabalhadores do CSE. Neste período os contatos ocorreram inicialmente com os profissionais da administração e da recepção. Aqui aparece a figura da **pesquisadora iniciando o processo de reconhecimento do espaço e descobrindo como interagir com os trabalhadores do CSE:**

Cheguei cedo ao CSE para a reunião com a Diretora. Passei pelos corredores e observei o pé direito alto do salão da recepção e as mesas, cadeiras e armários antigos. Subi a escada para o andar onde se localiza a sala da direção e percebi os detalhes em ferro de sua estrutura e também as janelas das quais era possível avistar a FSP [...].

(Trecho de diário de campo)

Após os primeiros movimentos em direção à administração do serviço foi possível começar a tecer a rede de relações com a equipe de profissionais. O contato com os funcionários da recepção, por exemplo, se deu a partir de uma orientação da Diretora para que eu elaborasse um modelo de ficha de inscrição para os usuários, que deveria ser mantida no referido setor. Isso favoreceu não apenas a minha aproximação com os trabalhadores como também permitiu que eu identificasse alguns aspectos sobre o modo de operar dos funcionários nos dois espaços da recepção. O primeiro deles localiza-se no prédio principal do CSE e destina-se à marcação de consultas e outros atendimentos, como a triagem de nutrição e o “mutirão”, e o segundo localiza-se no prédio anexo ao serviço, chamado de “encaminhamento”, que está voltado para a marcação de consultas ortopédicas e fisioterapêuticas e de exames de ultrassonografia, entre outros, por meio do sistema de referência e contrarreferência. O diálogo com a recepção permitiu identificar que a lógica de marcação de consultas restringe-se a mera transmissão de informações a partir das queixas dos usuários, sem nenhum tipo de acolhimento.

Outro ponto que chama a atenção é o modo áspero como os usuários eram tratados por uma funcionária em específico, assim como o descontentamento da mesma nos momentos que antecederiam a abertura do CSE para a entrada das pessoas que aguardam atendimento. Também foi possível perceber que alguns funcionários desta recepção procuravam permanecer o menor tempo possível em contato com as pessoas, diferentemente do que ocorre no setor de encaminhamento, cujos funcionários têm-se mostrado mais próximos dos usuários no que se refere à prestação de orientações.

As 7h25 o vigilante perguntou à funcionária se já poderia abrir a porta do CSE. Ela assentiu, lamentando a necessidade mesma de abri-la [...]. À medida que os usuários entravam ela os orientava de maneira ríspida sobre onde deveriam permanecer [...].

(Trecho de diário de campo)

A maneira pela qual o serviço vem tratando a interação entre os trabalhadores da recepção e os usuários faz refletir sobre a necessidade da constituição, no âmbito dos serviços, de um projeto político que permita orientar a formação dos trabalhadores para a identificação e o acolhimento das demandas dos usuários e que não limite esta formação à oferta de cursos que tendem a apresentar o conhecimento técnico como o instrumento a presidir o trabalho em saúde:

Uma usuária buscava informações na recepção sobre retorno. Uma funcionária lhe informou sobre uma data disponível e, embora a senhora demonstrasse não tê-la compreendido, retirou-se afirmando que não tinha paciência. A mesma funcionária, ao retornar, atendeu com maior disposição um rapaz bem apessoado que lhe fazia a mesma pergunta.

(Trecho de diário de campo)

Cabe, portanto, investir na formação dos trabalhadores, compreendendo os distintos fatores que atravessam e constituem o trabalho em saúde, visando favorecer não apenas o reconhecimento e o protagonismo desses sujeitos, mas também a compreensão por parte da equipe de que o processo de construção do cuidado envolve a produção de relações com outras pessoas.

Um acontecimento que se deu de modo concomitante à fase de implantação do projeto no serviço e, que mantém relação com o aspecto destacado, diz respeito à mudança na direção do CSE.

Estação 3: Uma reviravolta na fase inicial do projeto no CSE

O período relacionado com a entrada da nova Diretora no serviço foi marcado por várias ações, como a reestruturação do quadro de funcionários e do espaço físico, o projeto de informatização dos setores, a abertura de espaços de interlocução com a comunidade, incluindo a proposta de criação de uma associação dos usuários, e a implantação do “mutirão” como um espaço para a resolução de demandas específicas.

O contato com os trabalhadores favoreceu o entendimento de que as ações de reorganização tinham como objetivo a ampliação do acesso às consultas e o atendimento da “demanda reprimida”, assim como o estímulo à aproximação dos usuários com o serviço, o que incluiu ações relativas à ambiência por meio da atenção com a aparência dos setores, incluindo o rearranjo dos móveis e a fixação de cartazes para orientação sobre os atendimentos.

Há que se destacar neste ponto que meu primeiro contato com a Diretora contou com a participação da orientadora, visando à apresentação do Grupo de Pesquisa e do projeto na instituição. No encontro, a Diretora nos convidou a participar da reunião geral dos profissionais para a apresentação da intervenção, tendo também manifestado interesse em

agregar outras ações entre o CSE e o Grupo de Pesquisa. Além de apoiar o projeto e viabilizar a oferta de mais um horário para a realização da intervenção, atendendo a demanda de alguns usuários, a Profa. Dra. Patrícia demonstrou interesse em formalizar uma parceria com o propósito de valorizar a atenção à saúde e responder às necessidades dos usuários no que se refere às práticas corporais.

Especificamente em relação à reestruturação do espaço físico, destaca-se uma medida que repercutiu diretamente no grupo de práticas corporais, bem como em outros grupos do serviço. A sala destinada aos encontros do grupo e onde também eram realizados exames de eletrocardiograma foi reformada, sendo a realização desses exames transferida para um consultório no andar térreo do prédio do CSE. A mudança favoreceu não apenas o acesso dos usuários à realização dos exames como também diversificou o uso da sala. Em função de minha aproximação com a Diretora houve a possibilidade de sugerir, em um dos momentos de conversa no serviço, que o local fosse denominado de “espaço multiuso” em vez de “sala de ginástica”, como também era reconhecido antes do início do projeto de práticas corporais, o que vem ao encontro do interesse da direção de ampliar as possibilidades de uso do local.

Outro fato a ser destacado foi a reforma do setor, que uniu os funcionários de ambos os as recepções no mesmo “balcão”, cuja estrutura se tornou mais alta e recebeu um vidro, assumindo o aspecto de um “guichê”. Há que se considerar que a reestruturação, embora tenha repercutido no cotidiano dos trabalhadores tanto pela reorganização das escalas de atendimento quanto no que concerne ao conforto, não abordou especificamente o tema do acolhimento dos usuários e também não respondeu às questões dos funcionários, que carecem de apoio e cuidado no cotidiano de suas funções. Torna-se evidente a necessidade de persistirem as ações de reestruturação do CSE, sobretudo na dimensão político-pedagógica.

Houve ainda por parte Diretora a proposta de ampliação da participação da comunidade no serviço por meio da criação de uma associação de usuários e também a implantação do “mutirão” da saúde. Considerando a necessidade de aproximação com os usuários, foi implantada uma caixa de sugestões/reclamações na recepção, ao mesmo tempo em que foram realizadas reuniões com os usuários que culminaram com a criação da associação. Apesar de a proposta ter mobilizado o serviço no que diz respeito ao desenvolvimento de encontros com a comunidade, a ausência de fundamentação teórico-metodológica e a pouca sintonia entre seus diretores contribuíram para o seu insucesso e consequente dissolução. Foi possível perceber que o ponto central da iniciativa, a mobilização

dos usuários para o trabalho voluntário, não teve efetiva consolidação, embora tenha sido ensaiado um movimento de alguns voluntários para a reestruturação da associação no CSE.

Ilustra bem esta falta de estruturação, o fato de que uma usuária em particular passou a ser referência na função, ocasionando a centralização e o acúmulo de atividades, o que demandava sua presença diariamente no serviço:

Eram 6h30 e já havia usuários esperando a abertura do CSE. Chamava atenção o seu largo sorriso e o modo como se dirigia aos usuários, organizando-os por ordem de chegada e distribuindo crachás que indicavam o nome do médico e o número de atendimento.

(Trecho de diário de campo)

Considerando a demanda por voluntários, uma participante do grupo de práticas corporais pertencente à diretoria da associação convocou por duas vezes as demais participantes, explicando a necessidade de participação na proposta. Embora o grupo tenha reconhecido a importância da iniciativa, nenhuma usuária ingressou na associação. Diante disso, tive a oportunidade de propor à Diretora um trabalho voltado ao tema do acolhimento que envolvesse funcionários e os usuários interessados em atuar com o voluntariado. Contudo, a Diretora afirmou que, naquele momento, a ideia era manter a referida senhora no auxílio aos funcionários da recepção, o que faz pensar sobre a necessidade de as ações em saúde estarem próximas daquilo que faz sentido para a comunidade.

Quanto ao Mutirão da Saúde, desenvolvido por profissionais do CSE, cabe considerar que sua implantação baseou-se em uma experiência vivenciada pela Diretora no exterior que envolvia a identificação e resolução de demandas dos usuários por meio de atendimentos de uma equipe de profissionais.

A proposta, tendo sido adaptada para sua implantação no CSE, visava acelerar a realização de encaminhamentos para exames e consultas por meio de referência e contrarreferência, de modo que o usuário não necessitasse passar em consulta com um clínico do serviço. Apesar de a iniciativa ter dado vazão a uma importante demanda, considerando que a cada realização semanal do “mutirão” são atendidos de 10 a 12 usuários, foi possível perceber alguns descompassos, conforme pontuado por uma profissional integrante da iniciativa.

A necessidade de ajustes na proposta, explicitada por tal profissional, foi reafirmada com o comentário de uma funcionária da recepção no momento da marcação de um atendimento para uma participante do grupo, que foi mediada por mim, quando esta comentou que não adiantava agendar usuários para atendimento no “mutirão” porque estes não seriam

atendidos. Este distanciamento, relacionado à dificuldade de compreensão da iniciativa, condição necessária ao comprometimento com a mesma, remete à importância de um projeto político que aproxime e envolva toda a equipe de saúde das propostas de cuidado do serviço, incluindo os trabalhadores da porta de entrada.

A fase inicial do projeto no CSE foi demarcada não apenas pela aproximação com os funcionários e com a nova Diretora, mas também por acontecimentos que exigiram uma mudança nas minhas ações. Foi nesse sentido que a demanda por atendimentos clínicos específicos encaminhou uma reviravolta teórico-conceitual na intervenção:

Fui ao ortopedista ontem e disse que ainda estava participando das atividades aqui. Ele pediu para que falasse para você fortalecer mais as musculaturas dos joelhos.

(Participante do grupo de práticas corporais - Trecho de diário de campo)

A demanda por determinados tipos de cuidado, explicitada por algumas participantes do grupo, me trouxe dilemas, sobretudo porque a ideia de propor um grupo de práticas corporais no CSE não estava voltada para a realização de atendimentos clínicos. Por outro lado, como profissional de saúde, não poderia desconsiderar as necessidades e os sofrimentos trazidos pelas pessoas. Entretanto, tinha dúvidas de como trilhar o caminho de forma que não dirigisse o trabalho para o modelo de intervenção hegemônico da Educação Física, que é construído em função da doença e de procedimentos técnicos. Na condição de pesquisadora, não compreendia como sintonizar os saberes e práticas da cinesiologia e da fisiologia com a proposta de trabalhar com as práticas corporais, seguindo o referencial das ciências humanas e sociais, sobretudo porque parecia que os caminhos de ambas as áreas, além de não se cruzarem, apontavam para direções opostas.

Esse foi um período de questionamentos porque acreditava que ao focalizar as ações para a doença estaria deixando à margem do processo os sujeitos. Aqui é possível perceber que a interpretação revelava meus limites como pesquisadora e o traço de uma formação “biologizada”, que dificultavam a percepção de que não apenas era possível, mas necessário, aproximar as fronteiras entre as áreas. Dificultava ainda a percepção da necessidade de reformulação do presente estudo e que tais dilemas eram intrínsecos ao trabalho na atenção básica.

A experiência reafirmou que o trabalho com os outros profissionais do serviço se apresentava como pertinente e necessário. Com os desafios que emergiram do contato com o grupo tornava evidente que as exigências do campo extrapolavam os limites da formulação

original do projeto de pesquisa. Urgia a necessidade de reformulação do projeto. Para tanto, foi necessário buscar um referencial que ajudasse a pensar como poderia realizar aproximações e diálogos com os trabalhadores visando à construção de ações mais coerentes com a realidade que se apresentava.

Ao encontrar a teoria da *Clínica Ampliada* identifiquei um possível caminho a ser trilhado no que diz respeito ao enfrentamento dos desafios, baseada no que Gastão Campos chamou de *Clínica do Sujeito*: “uma clínica centrada nos Sujeitos concretos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, também considerando a doença como parte dessas existências” (CAMPOS, 2003 p.56).

Ao aprofundar as leituras sobre o tema tive maior compreensão sobre o objeto de pesquisa. Entendi que caberia assumir os desafios do campo não como uma falha da pesquisadora, mas como a vivência de um processo. O aporte conceitual trouxe a compreensão de que a reconstrução do projeto estava relacionada com a criação de formas de intervir por meio das quais fosse possível dialogar com a incerteza e a imprevisibilidade que são elementos constitutivos do trabalho em saúde.

Nesse sentido, a teoria me ajudou tanto como pesquisadora na tarefa de redefinição teórico-metodológica do projeto, quanto como profissional de Educação Física a pensar na construção de uma metodologia que permitisse sintonizar os referenciais das ciências biológicas com noções ainda pouco reconhecidas pelos profissionais da área, como a subjetividade, a vulnerabilidade, o trabalho com grupos heterogêneos e com o tema da interdisciplinaridade. No caso da intervenção, percebe-se como os encontros no campo contribuíram para a redefinição do curso de minhas ações como pesquisadora, ao me exigirem outro posicionamento como profissional de Educação Física em relação à tarefa de produzir novas ações de cuidado na atenção básica.

Com isso a questão fundamental que se coloca em relação à ampliação dos modos de intervir, além da lógica de prevenção e promoção da saúde, diz respeito a como o profissional de saúde lida com o conhecimento científico: se para determinar como as pessoas devem viver, atuando *sobre* a população por meio de saberes cientificizados, ou se para construir *com* as pessoas protagonismos diante da própria vida.

A abordagem que a *Clínica Ampliada* faz desta questão reforça a necessidade de o profissional contar com um embasamento teórico que possa ajudá-lo a reconhecer o trabalho como um objeto complexo, compreendendo a dinâmica dos encontros em saúde como uma *produção* que é constituída por diversos de fatores e outras relações que conformam

individualmente cada sujeito, em vez de olhar o tema da saúde como predominantemente vinculado ao fator biológico. Olhando a discussão em sentido amplo, percebe-se a necessidade de investir no aprendizado sobre a construção do cuidado entre profissionais e usuários com o objetivo de ampliar a maneira de pensar sobre a saúde e a doença, assim como de realizar procedimentos visando à superação da lógica de *terceirização do cuidado*, que legitima a capacidade de *promover* a saúde do outro de forma impositiva e moralizadora.

A compreensão sobre a questão foi ampliada com a orientação trazida pela teoria de que “[...] o objeto da *Clínica do Sujeito* inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito” (CAMPOS, 2003 p.64), o que contribuiu para que eu tivesse uma atuação mais coerente diante da singularidade dos participantes da intervenção. Considerando o exercício de refinamento da percepção empreendido, foi possível identificar como algumas questões trazidas pelo grupo apontavam para a possibilidade de propor encontros com os profissionais do serviço por meio de “rodas de conversa”:

Preparava o som para iniciar a prática quando D. Clarice perguntou para D. Júlia: ‘Você já se vacinou contra a gripe suína? Não me vacinei e nem vou me vacinar. Não dá para saber o que vai acontecer [...]. A última vacina que tomei foi por obrigação há mais de dez anos.

(Trecho de diário de campo)

Neste sentido, o diálogo entre as participantes trouxe a reflexão sobre a importância do profissional de saúde qualificar sua capacidade de identificação de temas ligados ao cotidiano, à *vida real* das pessoas, que tanto podem ser fonte de discussão no próprio grupo quanto um meio para a constituição de outras relações no serviço. Especificamente sobre a primeira “roda de conversa” ressalta-se o desafio de realizar a aproximação com o serviço de enfermagem, considerando que ainda não tinha contato com as funcionárias do setor. Além disso, o encontro reforçou dois aspectos: o primeiro, diz respeito à possibilidade da aproximação entre profissionais e usuários favorecer o reconhecimento de outras iniciativas da instituição, conforme ocorreu quando a enfermeira reiterou as ações do serviço de nutrição e do grupo de dança sênior; o segundo, evidencia a potência dos encontros para contribuir com o aprendizado como profissional de saúde e, no meu caso, também como pesquisadora, sobre como reconhecer e lidar com as distintas concepções que orientam os profissionais e os usuários.

A enfermeira perguntou se preferiam escolher se vacinar ou ficarem doentes. As falas das participantes sobre chás e outras formas de cura favoreceu a escuta da profissional, que falou sobre a importância de reconhecermos a sabedoria popular [...].

(Trecho de diário de campo)

Nesse sentido, o encontro trouxe aprendizados para a pesquisadora e para a profissional de Educação Física, de que não cabe ao profissional de saúde ter uma atitude *pastoral* diante do modo como as pessoas lidam com sua saúde e os significados que lhe atribuem, conforme aponta o referencial da *Clínica Ampliada*. Outro elemento diz respeito à necessidade de reconhecimento acerca dos tensionamentos entre os saberes, valores e demandas dos atores envolvidos com as ações de saúde. No entanto, esse movimento do profissional tem que estar vinculado à incorporação de um referencial que o ajude a compreender que as escolhas não se limitam à mudança de comportamento decorrente de oferta de informações, justamente por serem atravessadas e determinadas por outras dimensões da vida das pessoas, que não apenas o plano biológico, como os desejos, os interesses, as crenças, os medos, os afetos, as necessidades sociais, o mundo do trabalho, que os constituirão singularmente (CAMPOS, 2000; 2003; CUNHA, 2005).

O olhar para a experiência ajuda a compreender alguns movimentos de *disputa* dos projetos de cuidado que tendem a ocorrer a partir de intervenções desenvolvidas de modo não compartilhado e negociado, nas quais permanece de um lado o profissional crendo que o plano biológico preside os encontros em saúde, e de outro lado o usuário comunicando os *escapes* produzidos pelas formas de viver a vida que não são incluídas nos encontros de saúde.

Especificamente em relação à “roda de conversa” entre a enfermeira e o grupo torna-se evidente que o trabalho com as práticas corporais na atenção básica exige uma escuta ampliada com o objetivo de mediar novos encontros em saúde considerando as demandas que emergem do grupo, a exemplo do que ocorreu sobre o tema da vacinação, que poderia ter sido tratado como uma “mera conversa”. No entanto, isso não significa que o trabalhador de saúde deve se posicionar de modo de “esquizofrênico” no que se refere à busca pela identificação de demandas, mas que deve compreender a importância de refinar a sensibilidade e a disposição para propor encontros diante da manifestação da singularidade das pessoas. Com isso, cabe considerar que a mediação de encontros por meio das práticas corporais pode ensinar as pessoas a exercitar o pensamento e a maneira de lidar com seus próprios valores e os das outras pessoas, seja através do compartilhamento de ações entre os profissionais e o grupo, como nas “rodas de conversa”, seja em momentos de discussão somente entre os próprios participantes do próprio grupo.

Nesse sentido, o refinamento da escuta por parte dos profissionais reforça a necessidade de investir na formação em saúde de maneira não fixada no armazenamento e na

reprodução de saberes, mas na incorporação de conhecimentos que sejam capazes de produzir diálogos entre o serviço e a comunidade de modo coerente com as demandas dos usuários e também dos trabalhadores. A “roda de conversa” mostrou que o desafio estava relacionado com o aprimoramento da capacidade de produção de encontros que tivessem um sentido para os atores envolvidos, pois o profissional de saúde que não trabalha considerando esse horizonte tende a perder a possibilidade de produzir novos movimentos e aproximações no serviço.

Estação 4: A composição entre diferentes recursos metodológicos permitiu a produção de encontros com os profissionais

A experiência relacionada com a proposição da primeira “roda de conversa” abriu caminho para a reflexão sobre a necessidade do profissional de saúde estar atento às diferentes formas de utilização dos recursos metodológicos, tendo em vista a possibilidade de abordar temas relevantes para as pessoas que integravam a intervenção. Na segunda “roda de conversa”, realizada com as aprimorandas de nutrição, trabalhei com a composição entre as informações da ficha de inscrição referentes ao item *“Quais os temas relacionados à saúde que mais lhe chamam a atenção?”* e as falas que emergiram no decorrer das práticas sobre o tema da nutrição. Nesse sentido, discuti com as usuárias sobre o interesse de um encontro com as nutricionistas, considerando os principais assuntos identificados: alimentação para diabético, hipertensão, colesterol alto e informações sobre alimentação saudável.

A proposta de desenvolver a segunda “roda de conversa” exigiu, tal como em relação ao encontro com a enfermeira, que exercitasse a aproximação com as profissionais de nutrição. Ao buscar um contato inicial com as nutricionistas fui recebida por uma das coordenadoras do serviço, que demonstrou interesse em ouvir sobre a intervenção com práticas corporais no CSE. Ao discutirmos sobre as demandas das usuárias, a profissional sugeriu que o encontro fosse realizado com as alunas do aprimoramento em nutrição, tendo em vista a possibilidade de oferecer novas experiências junto ao grupo. Em decorrência iniciei uma aproximação com estas alunas, que propuseram para o encontro uma abordagem geral sobre o papel do nutricionista e dos objetivos de um trabalho de orientação nutricional na atenção básica, assim como uma dinâmica em grupo sobre montagem de refeições, buscando

uma articulação entre da referida vivência com as opiniões das participantes e os saberes profissionais.

A experiência reforçou que o grupo de práticas corporais se mostra um espaço privilegiado para identificação de necessidades de saúde. Entretanto, cabe ao profissional aprimorar a potencialidade do trabalho, reconhecendo as demandas por meio de uma articulação entre as informações trazidas pelos instrumentos, no caso a ficha dos usuários, e as falas que traduzem a vida das pessoas. Em um sentido mais amplo, a experiência remete à questão da ênfase no uso de protocolos e classificações, que sublinha a necessidade de o profissional de saúde exercitar a mediação entre o conjunto de *normas* com a *variabilidade e incerteza* que são elementos constitutivos dos encontros de saúde. É preciso, portanto, fazer uso dos instrumentos como uma ferramenta que possa contribuir para legitimar as demandas, em vez de um recurso para determinar as ofertas sem um diálogo com aquilo que as pessoas necessitam. No que se refere à Educação Física, a pertinência do tema reside no fato de que os protocolos, usados frequentemente em academias para a identificação dos “objetivos do aluno”, têm, na prática, servido para verificar os “objetivos do professor para com os alunos”, cujo propósito é o de enquadrar os sujeitos em índices e parâmetros indicativos de uma “vida saudável” sem que essas pessoas sejam efetivamente reconhecidas por tais profissionais para além do aspecto quantitativo.

Nesse sentido, o exercício de ressignificação dos protocolos pode ajudar um segundo reconhecimento que se refere à identificação dos limites de cada área na produção de respostas coerentes com as questões apresentadas pelos usuários. Vide, por exemplo, a diversidade e complexidade de assuntos relacionados à nutrição que puderam ser discutidos com a ajuda das nutricionistas, como os alimentos para a fase da menopausa, o controle da glicemia, a sensibilidade ao leite e derivados, o consumo de carne e a dieta vegetariana, o preparo dos alimentos, a utilização de produtos de “marca própria” para a redução dos custos, a análise dos rótulos, o uso de produtos da safra e a alimentação e o gasto energético. Fica evidente a capacidade que as “rodas de conversa” têm para possibilitar a experiência com a construção de ações partilhadas e com os desafios de lidar com os valores e os saberes dos outros profissionais de saúde.

Estação 5: O reconhecimento da profissional no serviço trouxe novos desafios para a pesquisadora

Faço aprimoramento em Nutrição no CSE Paula Souza. Temos um grupo denominado Grupo de Manutenção, que inclui pacientes que já passaram por atividades aqui na Nutrição e participam de encontros mensais. Gostaria de convidá-la para participar deste dia, abordando a importância da prática de atividade física para o bem estar e para a saúde, além de sugerir atividades viáveis para serem realizados no dia a dia, no domicílio [...].

(Trecho de *email* enviado à pesquisadora por aluna de aprimoramento em nutrição no CSE)

Foi justamente a construção partilhada que pôde ser exercitada junto ao serviço de nutrição em decorrência do convite feito por esta aluna. Contudo, em um primeiro momento, houve a necessidade de aprofundar o contato com as aprimorandas sobre o sentido do trabalho com as práticas corporais no CSE, considerando que a aproximação tinha sido feita por duas alunas recém-chegadas ao serviço em função do início de uma nova turma de aprimoramento em nutrição.

O convite me trouxe novos desafios como pesquisadora e como para a profissional de Educação Física. Para lidar com a questão de aproximar os saberes das alunas dos meus, adotei a estratégia realizar um planejamento coletivo da atividade, estimulando o compartilhamento de opiniões sobre o que poderia ser feito. Inicialmente houve uma troca de informações sobre os participantes de ambos os grupos no que se referia à faixa etária, condição de saúde, interesses e necessidades, o que possibilitou uma abertura para que propusesse a realização de um encontro que permitisse aos participantes da nutrição a vivência de uma prática corporal, em vez de tratar sobre os benefícios do exercício, conforme sugerido no email das alunas, utilizando uma abordagem que se fundamenta em critérios que “não conversam” com as necessidades das pessoas.

Outra estratégia foi convidar as alunas a participar de encontros com o grupo de práticas corporais, para que pudessem vivenciar o sentido do grupo. Como pesquisadora busquei enfrentar o segundo desafio relacionado com a ideia de realização de uma prática coletiva entre os participantes dos dois grupos, o que foi facilitado pela coincidência dos dias em que cada um se reunia. Por meio da proposta foi possível encaminhar a discussão com as alunas sobre a intenção de contribuir para a troca de experiências entre os usuários, assim como favorecer a ampliação de ofertas para os participantes de ambos os grupos.

Sobre o encontro, realizado no jardim, a ideia era desenvolver ações que contribuíssem para acolher os usuários da nutrição e integrar os participantes. Para tanto, foram

desenvolvidas práticas que privilegiaram a percepção do corpo e a troca de experiências com o outro, por meio de alongamentos e de dois jogos, um com bola e o outro com jornais, que exigiam o contato e a cooperação entre os participantes. É interessante destacar a iniciativa de uma médica, que acompanhou parte do encontro em função de um convite anterior que eu lhe havia feito para que conhecesse o grupo. Por duas vezes, em encontros posteriores, a profissional conduziu pessoalmente usuárias até a sala de ginástica com o intuito de encaminhá-las ao projeto, o que foi feito também por uma enfermeira que a acompanhou em um desses momentos.

Ainda sobre a aproximação com as aprimorandas, ressalta-se que o contato foi fundamental para a realização de outro encontro coletivo entre o grupo de práticas corporais e o grupo denominado de *Grupo de Continuidade*. Em função da realização deste encontro, ocorrido no prédio da Faculdade de Saúde Pública em uma sala destinada ao referido serviço, três usuárias do grupo de nutrição passaram a integrar também o de práticas corporais. Com isso foi atingido o objetivo de favorecer o movimento de usuários entre os grupos, tal como enfatizei às aprimorandas. Este movimento demonstra que a aproximação e o diálogo entre os profissionais de saúde podem efetivamente contribuir para a apropriação das iniciativas pelos usuários e também para uma atuação conjunta diante de sofrimentos enfrentados por eles, como ilustrado pelo relato das usuárias que entraram no grupo de práticas corporais.

Estes dilemas vierem à tona quando uma dessas participantes revelou, ao longo de uma prática, sentir grande angústia há mais de dois meses, por não conseguir dar prosseguimento às orientações das nutricionistas embora soubesse “*o que deveria ser feito*”, o que, segundo ela, teria ocasionado um retrocesso em suas conquistas em função do aumento do peso corporal. Ao ouvir este relato a outra participante do grupo de nutrição manifestou angústia relacionada com a “*semana da paisagem*”, o que contribuía para uma brusca redução na ingestão de alimentos, por temer um resultado negativo diante das nutricionistas, embora não sentisse necessidade de emagrecer por estar feliz com seu corpo. Relatou ainda a dificuldade de lidar com o ímpeto de consumir doces embora estivesse “*conseguindo resistir*”, o que significava recusar um passeio a um espaço cultural da cidade para tomar chá com bolo na companhia de sua filha, algo que lhe trazia alegria.

Os acontecimentos me impulsionaram para atuar em duas direções. No grupo foi possível problematizar a questão com as outras participantes, que acolheram os dilemas das usuárias e se mostraram solidárias compartilhando experiências inclusive com dicas de receitas. Já no serviço de nutrição foi possível, em função da aproximação, compartilhar as

questões com as coordenadoras. As profissionais acolheram as demandas, assumindo que a dinâmica do grupo nem sempre favorecia a percepção de dificuldades individuais considerando a sua periodicidade quinzenal, mas que as dificuldades poderiam também estar relacionadas ao vínculo ainda incipiente entre as usuárias e as recém-chegadas aprimorandas. A partir destes relatos das usuárias, as nutricionistas ressaltaram ser fundamental que mantivéssemos um contato permanente no sentido de favorecer a atuação conjunta diante de situações daquela natureza, que nem sempre podem ser identificadas sem o apoio de um profissional com maior vínculo, como o que ocorria no grupo de práticas corporais. Em decorrência foi proposta por uma das coordenadoras a mudança no acompanhamento destas usuárias, sendo que, inicialmente, uma destas passou a ser atendida por meio de encontros individuais cujo seguimento seria reavaliado com a própria participante. Já com a outra participante as nutricionistas realizaram apenas conversas individualizadas, o que também procurei desenvolver ao longo de vários encontros, abordando o sentido de ela se responsabilizar por sua alimentação, que não tinha a ver com culpa ou frustração. Importante destacar que cerca de quatro meses depois essa senhora contou que já não sofria como antes e que nossas conversas tinham sido importantes para que lidasse de outra maneira com a comida, afirmando que estava conseguindo ponderar sobre o horário e a quantidade de alimentos ingeridos em relação ao prazer que lhe traziam os encontros com sua filha. Em relação ao fato, pude refletir sobre o sentido do uso da palavra como um recurso para a produção de cuidado, tal como orienta Campos (2003), pois a experiência tinha possibilitado que abordasse com a participante e também com o grupo o sentido de cada um refletir, dentro de sua própria realidade, sobre como lidamos com a alimentação no tocante às tensões entre a vontade, o prazer, a culpa e a privação, em relação ao tema da responsabilização.

Neste ponto merecem ser destacados os cruzamentos entre os caminhos percorridos pelos profissionais e pelos grupos do serviço, considerando a experiência que permitiu pensar sobre como intervir frente aos sofrimentos trazidos pelas pessoas, que nem sempre são facilmente identificáveis de modo isolado pelo profissional de saúde. Estes desdobramentos reforçaram a ideia surgida no início do campo de que a maneira como o profissional de Educação Física se coloca pode determinar o modo como os outros profissionais o reconhecerão no serviço. Tornou-se evidente que cabe ao profissional “se expor” de maneira responsável e coerente para tornar possível a introdução experiências no campo da intervenção.

Estação 6: A experiência junto ao serviço de nutrição abriu outras trilhas

A experiência vivida junto aos grupos de nutrição, especialmente a intervenção conjunta sobre os dilemas trazidos pelas usuárias, me despertou novas ideias como pesquisadora. Dentre essas, um encontro que foi denominado de “oficina do pão”, em decorrência da fala de uma participante sobre a receita de um pão integral que produzia diariamente para sua família no momento em que uma usuária do grupo de nutrição manifestava suas dificuldades com o seguimento no serviço.

Ao ouvir os relatos, pensei sobre a potencialidade de propor uma atividade que permitisse aproximação desta usuária com as aprimorandas de nutrição e o protagonismo da senhora que preparava o pão, considerando sua grande timidez, ao mesmo tempo em que possibilitasse o trabalho coletivo sobre a organização da atividade e a troca de conhecimentos entre as participantes do grupo e as nutricionistas.

Você ensinaria a gente a fazer o pão?’ A expressão de surpresa da senhora respondeu por ela, que em seguida disse sem convicção: ‘Pode ser.

(Trecho de uma conversa em uma prática corporal)

A proposta me exigiu diferentes movimentos como pesquisadora. Inicialmente houve a necessidade de explicitar os motivos da proposta para as aprimorandas, que se mostraram dispostas em contribuir, sobretudo pela intenção de aproximarem-se das usuárias da nutrição em função das questões que eu havia levado às profissionais. Com isso ficou combinado em relação à “roda de conversa” que, caso julgassem pertinente ou surgissem questões, fariam intervenções durante a preparação do pão e que, ao final, proporíamos uma discussão com o grupo. Paralelamente permaneci na mediação da preparação da atividade junto ao grupo que assumiu as tarefas de organização dos utensílios e ingredientes para o dia do encontro. Além disso, houve a necessidade de aproximação com a funcionária da copa, com o intuito de solicitar um apoio para atividade. Esta não apenas pediu para participar do encontro, mas preparou espontaneamente café para ser consumido pelo grupo.

Considerando os objetivos da “roda de conversa”, destaca-se que o encontro permitiu a discussão de diversos temas tais como a substituição de alimentos, as diferenças entre substâncias integrais e não-integrais, a ingestão diária de líquidos em relação ao consumo de fibras e os alimentos integrais e o diabetes. Além das discussões com o grupo, o encontro favoreceu o diálogo entre as aprimorandas e a usuária do grupo de continuidade, incluindo

uma conversa após a atividade, assim como despertou o interesse por parte de uma senhora de ensinar uma receita com baixo teor de gordura e açúcar que produzia para seu marido hipertenso, a exemplo da participante que preparou o pão. Outro ponto que merece ser destacado foi o enfrentamento da timidez por parte desta senhora, o que inclusive considerei ao fazer o convite à mesma. A esse respeito merece ser ressaltado:

Ao perceber o nervosismo de D. Cássia decidi permanecer ao seu lado. Vi que não olhava para o grupo e que suas mãos tremiam [...]. Ao final perguntei: ‘Foi difícil?’. A usuária respondeu: ‘No início fiquei um pouco nervosa porque nunca tinha cozinhado na frente de outras pessoas, só em casa mesmo.

(Trecho de diário de campo)

Além do aspecto do protagonismo da participante e da aproximação das aprimorandas com as usuárias da nutrição, os encontros produzidos junto a este serviço trouxeram a ideia de propor outros momentos que permitissem a troca de experiências dos profissionais com as participantes, assim como entre os próprios profissionais. Foi nesse sentido que busquei promover a participação no grupo de uma profissional que conduz um grupo de dança sênior no CSE. O interesse pelo encontro foi potencializado em função de uma conversa com esta profissional após participar de um encontro de dança sênior:

A profissional afirmou que incentivava o grupo à prática de trinta minutos de atividade física, pelo menos três vezes por semana, por entender que o objetivo do profissional de Educação Física era fazer as pessoas gastarem calorias para combater o sedentarismo [...] A pesquisadora explicou que atividade física e práticas corporais não tinham a mesma proposta porque uma atua exatamente com gasto de energia e a outra trabalha com o conjunto de elementos relativos à saúde das pessoas [...].

(Trecho do diário de campo)

Nesse sentido, a intenção era trabalhar a troca de saberes sobre as práticas corporais na atenção básica, sobretudo considerando o interesse da profissional em compreender minhas ações como profissional de Educação Física na “oficina de sexualidade e práticas corporais”. Aqui importa destacar os desafios e os limites que enfrentei ao tentar contribuir para a ampliação dos modos de agir da referida profissional, cuja atuação é mais próxima da lógica tradicional. Contudo, a aproximação com a funcionária em função do projeto de cuidado de que ambas participaram trouxe a reflexão sobre a capacidade de escuta e a disposição para a composição por parte desta profissional, o que reforça a necessidade de investir e valorizar a articulação entre a formação em saúde e a experiência acumulada no cotidiano do serviço, considerando a ampla experiência da trabalhadora na atenção básica.

Estação 7: O andamento do projeto apontou pistas para a profissional

O andamento do projeto no serviço foi apresentando algumas pistas sobre como operar o cuidado por meio das práticas corporais como profissional de Educação Física, incluindo a oportunidade de participar de um grupo desenvolvido por uma médica ginecologista:

Conversava com Dr. Josias [ginecologista] quando Dra. Suzana [ginecologista] começou a falar com o médico, que me introduziu na conversa contando como suas pacientes estavam “mais oxigenadas” e “cheias de vida” por participarem do grupo [...]. Ao ouvir o relato a médica disse: ‘Vamos fazer alguma coisa juntas? Você sabe que tenho o grupo de climatério aqui?’

(Trecho de diário de campo)

O convite da médica para que eu participasse da oficina trouxe um desafio: Como trabalhar a composição de encontros que não se restringissem ao ensino e à reprodução de práticas de fortalecimento muscular para a região pélvica, conforme desenvolvido de modo frequente por alguns profissionais da saúde? Com isso busquei criar uma estratégia para utilizar os saberes e práticas de sua formação em cinesiologia e fisiologia de maneira contextualizada, sem reduzir os encontros à mera prescrição de “musculação para a vagina”, como também é denominado o trabalho nessa área. O caminho encontrado foi procurar sintonizar os referidos saberes com as experiências e dúvidas trazidas pelas usuárias, com o objetivo de tentar produzir um sentido para a experimentação da região específica, por meio da qual fosse possível trabalhar a questão do cuidado, o que significava incluir os planos da sexualidade, da afetividade e da subjetividade. No entanto, a composição e o aprimoramento da estratégia somente foram possíveis em decorrência de um trabalho processual e compartilhado com a médica, a enfermeira e as próprias usuárias:

Prosseguimos discutindo a partir da pergunta sobre se a masturbação fazia mal porque muitas mulheres sentiam vontade, mas também medo [...] Olhei para [enfermeira] que reafirmou a uma usuária poder ter vontade de se tocar após ter feito amor com o marido por ser um momento dela [...]. A usuária relatou ter retirado um peso das costas por não se sentir à vontade para falar sobre o assunto com ninguém [...].

(Trecho de diário de campo)

O aprendizado sobre como pensar e produzir o cuidado foi desenvolvido a cada encontro por meio de ajustes permanentes na proposta. Nos primeiros encontros havia uma

espécie de “roteiro” e uma “ordem” a serem seguidos. Inicialmente havia a fala da médica, que abordava os assuntos de contracepção, higiene, uso de medicamentos e também sobre o tratamento e prevenção de doenças do aparelho ginecológico, baseada no relato das usuárias sobre suas experiências com o climatério e a menopausa. Na sequência havia a fala da enfermeira que tratava de questões mais específicas de anatomia e fisiologia por meio de material educativo, buscando uma articulação com os relatos e, ao final, havia a minha fala acerca da proposta de experimentarem e (re)conhecerem o corpo, também baseada nas falas das usuárias.

Contudo, o cotidiano da “oficina” foi sinalizando para a necessidade de mudanças em decorrência da identificação dos aspectos que dificultavam ou facilitavam o trabalho interdisciplinar. Sobre os primeiros ressalta-se o movimento da médica, que estava mais voltado para a transmissão de informações e orientações sem necessariamente acompanhar nossas falas (minha e da enfermeira), o que dificultava a compreensão e a aproximação do modo como conduzíamos o grupo. Outro aspecto era a dificuldade da médica e da enfermeira de articularem, em alguns momentos, suas atribuições no serviço com a “oficina”, o que remete ao tema da importância e do interesse dos profissionais em desenvolver trabalhos em grupo diante da necessidade de realização de atendimentos clínicos. Por outro lado um aspecto que facilitou os encontros foi a aproximação que tive com a enfermeira, permitindo maior sintonia e interação entre os núcleos de saberes de cada área.

Os encontros também favoreceram o acesso e o movimento de usuárias entre os grupos no CSE. Por exemplo, duas senhoras que se interessaram em conhecer o grupo de práticas corporais, depois de eu ter convidado as participantes da “oficina”, e também as integrantes do referido grupo que participaram das “oficinas” independentemente de consultas médicas agendadas. A experiência com o grupo específico reforçou a ideia de que o profissional da atenção básica é constantemente convocado a exercitar a reinvenção da produção do cuidado e que este processo tem mais chances de lograr êxito quando a oferta dialoga com o que as pessoas carregam, ou seja, quando os profissionais compreendem que os protocolos fazem parte do cuidado, mas não presidem os encontros de saúde.

A participação na “oficina”, além de reforçar o sentido do uso da escuta e da palavra, do compartilhamento entre saberes como recursos capazes de legitimar as necessidades de saúde e da potência do trabalho interdisciplinar, conforme ensina a teoria da *Clínica Ampliada*, permitiu a construção de outros encontros no serviço. Em função da aproximação com a enfermeira foi possível desenvolver duas “oficinas” junto ao grupo de práticas

corporais, seguindo a mesma proposta. Uma “oficina” ocorreu pela manhã e outra à tarde, ambas sem a participação da médica em decorrência de incompatibilidade de horários. Ao pensar na realização desta “roda de conversa” a intenção era favorecer a experiência das participantes com a iniciativa a fim de reforçar o contato entre as usuárias do grupo de práticas corporais e a enfermeira, que também realiza atendimentos no setor de saúde da mulher.

A enfermeira sugeriu colocarmos os colchonetes no chão para falarmos ‘mais de pertinho’ [...] Disse que havia trazido alguém para ajudar: Gertrudes [...]. Então retirou da sacola uma boneca de papelão que tinha quase seu tamanho [...] que foi colocada no centro da roda. Enquanto a profissional explicava que estávamos ali para trocar experiências, algumas participantes se mostravam curiosas para explorar o recurso [...].

(Trecho de diário de campo)

A utilização da boneca pela enfermeira remete à reflexão sobre o uso dos recursos como ferramentas voltadas à produção do diálogo, que pressupõe um entendimento ampliado sobre o que faz sentido para o outro. Com isso cabe a compreensão de que os recursos se tornam “ampliados” ou “limitados” a depender do olhar do profissional, se voltado à legitimação das demandas apenas pelo olhar biológico ou se voltado à identificação de necessidades, considerando os diversos planos que constituem e atravessam a vida das pessoas. Nesse sentido, as “rodas de conversa” com os profissionais podem contribuir para fazer emergir questões, a exemplo de quando identifiquei os problemas da participante do grupo de nutrição, que podem ajudar na compreensão dos usuários pelo profissional que conduz o grupo. Experiência semelhante pôde ser vivenciada neste encontro com a enfermeira:

Fui ao psiquiatra porque estava com dores de cabeça e irritada. Passou *citalopram* e fui parar no pronto-socorro [...] A enfermeira explicou que era um regulador de humor [...] Lia respondeu que não havia parado com o remédio porque o marido podia falar, gritar, que permanecia rindo [...]. D. Irá disse: Você tem que falar com o médico porque não pode se excluir da vida [...].

(Trecho diário de campo)

Foi sob esta perspectiva que se tornou possível abordar neste encontro não apenas questões relativas à saúde da mulher, acolhendo as dúvidas e experiências sobre climatério, menopausa e sexualidade, mas também reconhecendo outros temas que dizem respeito a situações vivenciadas pelas participantes, o que reforça a ideia de que o aprendizado sobre o trabalho partilhado se dá cotidianamente por meio da experimentação sobre o fazer.

A “oficina de práticas corporais e sexualidade” suscitou ainda a realização de outros encontros. Destes há que se destacar o interesse por parte da referida enfermeira em prosseguir com o grupo, assim como ampliar a proposta de trabalho, considerando o encerramento do grupo de práticas corporais no CSE. Segundo o relato da profissional, em um encontro voltado à discussão do assunto específico, a intenção era propor um grupo que permitisse o aprofundamento da temática através de um trabalho partilhado com outros trabalhadores do CSE, como os profissionais do serviço de saúde mental, por meio de três ou quatro encontros seguidos. Além disso, discutimos a construção de instrumentos para a identificação das demandas (ficha ou questionário) e de recursos para utilização na oficina (escrita e desenho). O interesse da enfermeira em dar seguimento ao grupo chamou atenção sobre como as relações constituídas no serviço podem abrir caminhos para outros encontros, isto é, como os acontecimentos se mostram potentes para a produção de novas propostas de cuidado, a depender do modo de operar do profissional.

A respeito da aproximação dos trabalhadores como recurso para favorecer o cuidado, merece ser ressaltado o contato com outros profissionais do setor de saúde da mulher, a exemplo das enfermeiras, que também fizeram parte da oficina, prestando suporte para os encontros:

Avisei a enfermeira que convidaria as usuárias para se dirigirem à sala porque Dra. Suzana havia dito que se atrasaria. Sem que pedisse, a enfermeira explicou às usuárias que dentre as ações do CSE havia os trabalhos educativos e reforçou que não perderiam a consulta porque seriam chamadas uma a uma na sala.

(Trecho de diário de campo)

Ao considerar as experiências junto ao setor, chamou atenção nos três papéis desempenhados – pesquisadora, profissional de saúde e de Educação Física – a questão de como a escuta, a criação de espaços de comunicação e as relações de poder entre os profissionais podem contribuir para viabilizar ou dificultar a produção de saúde. Percebi que a abertura para o diálogo e o interesse para a construção de um trabalho partilhado podem determinar a qualidade das relações produzidas:

Fui ao setor de saúde da mulher para apresentar o projeto. Conversei com duas enfermeiras e dois médicos. O primeiro esteve aberto ao diálogo, inclusive buscando informações sobre como encaminhar usuárias ao grupo. O segundo permaneceu de cabeça baixa durante minha fala. Afirmou que falaria quando trouxesse uma carta da orientadora [...] Pensei nas usuárias atendidas por ambos os médicos e no tipo de cuidado que os profissionais construíam [...].

(Trecho de diário de campo)

A reflexão sobre o assunto foi reafirmada em função do relato de uma participante a respeito da relação com dos médicos específicos durante uma das “rodas de conversa” com a enfermeira, seguindo a ideia da “oficina de sexualidade”:

Estou tomando ‘injeção’, mas não me dou muito bem. Já falei para ele [ginecologista], mas não quis saber dizendo que eu tinha que tomar [...]. Já tentei até sair dele, mas não consegui.

(Trecho de diário de campo)

Estação 8 – O movimento dos profissionais em relação à pesquisadora

Considerando as experiências junto ao setor de saúde da mulher, chamou atenção como o movimento dos profissionais em relação a mim, especificamente daqueles que privilegiam o aspecto da composição, pode contribuir com a questão da qualidade do cuidado produzido:

Vi que alguém observava o grupo do lado de fora da sala. Aproximei-me e vi Dr. Josias [ginecologista] com uma senhora. O médico explicou que havia indicado o grupo à usuária para ajudá-la com a postura. A senhora disse chorando: ‘Estou me sentindo muito sozinha porque meu gatinho morreu [...]. Reencontrei Dr. Josias e conversamos sobre a história da usuária. O médico justificou não ter dado vazão à fala sobre a morte do gatinho para que a senhora não piorasse.

(Trecho de Diário de Campo)

Além da atitude do referido médico, ocorreram outros momentos de aproximação por parte dos profissionais do serviço. Dentre estes houve a visita de uma médica ao local de reunião do grupo, o que permitiu uma atuação conjunta tanto no aspecto individual sobre os problemas enfrentados por uma usuária do serviço quanto do ponto de vista coletivo por meio da realização de um encontro com o grupo de práticas corporais, que teve como tema a abordagem desenvolvida pelos profissionais da acupuntura.

Ao abrir a porta, a profissional me cumprimentou dizendo que estava ali para conhecer o grupo e para acompanhar uma senhora [...]. Afirmou que era a única profissional da acupuntura com quem eu não tinha falado.

(Trecho de diário de campo)

O interesse da médica de conhecer o grupo e de encaminhar uma usuária ao projeto possibilitou que eu tivesse um movimento inverso em direção à profissional. O objetivo desta aproximação era compreender algumas questões trazidas por esta usuária em específico: depressão, dores no corpo e limitações visuais que, segundo relato, dificultavam a sua continuidade no grupo, embora expressasse o desejo de participar dos encontros. O estreitamento do contato com esta profissional permitiu olhar de modo contextualizado para os problemas apresentados e, sobretudo, como eram potencializados em decorrência da depressão da usuária e dos conflitos com sua filha. Ainda que tenhamos pensado em estratégias visando apoiar sua participação nos encontros, como a marcação dos atendimentos de acupuntura próximo ao horário de realização do grupo e uma maior aproximação com a usuária, a senhora não permaneceu no grupo. O fato chamou atenção sobre o sentido das escolhas por parte dos usuários e dos limites dos profissionais de saúde.

Aqui cabe ressaltar, considerando o cenário específico – usuária com quadro de depressão que não conseguia prosseguir no grupo embora expressasse o desejo de permanecer e tivesse o apoio de duas profissionais de saúde – se o olhar estivesse focado no plano biológico a questão poderia ser identificada, em um primeiro momento, como de fácil solução, tendendo à culpabilização da usuária. O fato traz à tona a necessidade do profissional de saúde reconhecer e lidar de modo ampliado com as escolhas das pessoas não apenas para evitar um sentimento de frustração, mas também para refletir sobre como as atitudes das pessoas são influenciadas por outras questões da vida.

Embora a intervenção tenha tido limites, a aproximação com a médica possibilitou a realização de um encontro com o grupo de práticas corporais, suscitado em decorrência de uma conversa entre as participantes do grupo:

D. Rosa, Nina e Clara permaneceram na sala conversando após o final do grupo. Ao ouvir D. Rosa contar que estava se sentindo mais animada, com menos dor no joelho, em função da acupuntura, Clara disse: ‘Eu tenho pavor de agulhas’. Nina, ao seu lado, afirmou: ‘Eu também tenho medo, sei lá. Acho que deve doer.

(Falas de participantes do grupo de práticas corporais)

Ao pensar na realização da “roda de conversa” a intenção foi tanto acolher o “medo” das usuárias quanto favorecer a discussão, tendo em vista que várias participantes já haviam tido contato com a técnica da acupuntura. Tornou-se mais uma vez evidente a necessidade do profissional estar sensível às diferentes formas de manifestação das necessidades de saúde,

com o sentido de contribuir com a abertura de novos caminhos para a produção do cuidado, no caso específico considerando os referenciais que orientam a acupuntura.

Em relação ao planejamento do encontro, a sensibilidade e a escuta da médica contribuíram para a elaboração conjunta da proposta. Com isso ficou acordada a proposição de uma conversa inicial, que seria seguida pela experimentação dos diferentes recursos terapêuticos. Sobre este encontro destacam-se alguns pontos. A dinâmica não seguiu a linha de uma palestra sobre os *benefícios terapêuticos*, mas de uma conversa que tematizou questões em estreita relação com o trabalho esperado de um profissional da atenção básica. Inicialmente a médica relatou que a escolha da acupuntura esteve relacionada com sua história de vida em função de uma doença de sua filha. Posteriormente encaminhou a discussão para a escuta das experiências das participantes sobre a acupuntura, por meio da qual foi possível aprofundar a discussão sobre o modo de operacionalizar a terapia, destacando que:

A médica explicou que os acupunturistas trabalham com a reconstituição da história da pessoa, porque a doença não é só física. Disse que era preciso identificar o que impede o caminhar na vida [...]. Enfatizou que deveriam pensar se desistiriam de viver ou se conviveriam de maneira diferente com um problema.

(Trecho de diário de campo)

A fala da médica permitiu uma aproximação com situações reais da vida das participantes.

Ouvi a senhora falar da avaliação na acupuntura e fiquei pensando que meu acupunturista não fez isso [...]. A médica perguntou se já haviam conversado. A usuária respondeu que nem sabia por que ainda fazia acupuntura [...].

(Trecho de diário de campo)

Além da possibilidade de dialogar sobre questões relacionadas com o cotidiano das pessoas o encontro também foi marcado pela experimentação das técnicas da acupuntura cujo cenário era o seguinte:

Dra. Roberta passou oferecendo o toque pela moxa³³ [...]. Ao final da roda, falou sobre as ventosas³⁴ [...]. Na sequência, preparou as agulhas

³³ A moxa é um pequeno bastão confeccionado com folhas de *Artemisia* (*Artemisia vulgaris* ou *Artemisia sinensis*) que é utilizado para o estímulo de pontos de acupuntura. A técnica denominada de moxabustão pode ser realizada de modo direto quando há o contato da moxa com a pele ou de modo indireto quando o bastão é mantido próximo do tecido cutâneo. Na China os termos agulha e moxa não são utilizados de modo separado porque segundo a Medicina Tradicional Chinesa os meridianos podem ser estimulados por meio de recursos físicos ou químicos.

³⁴ A ventosa é um pequeno pote globular feito de vidro ou de cerâmica. A técnica consiste na aplicação de uma pressão negativa nos pontos de acupuntura quando ao atear fogo no interior do objeto. A partir da queima do

perguntando se alguém queria ‘agulhadinhas’ [...]. Clara, que relatou pavor de agulhas, disse: ‘Eu quero experimentar, ponha aqui na minha coluna.

(Trecho de diário de campo)

Com o encontro foi possível reafirmar como a articulação entre os profissionais de saúde se mostra potente para o acolhimento e a descoberta de necessidades. Por meio do apoio para o enfrentamento de situações e de problemas de saúde, esta articulação pode resultar em novas formas de pensar na questão do cuidado. Outro aspecto foi a possibilidade de iniciar um diálogo com alunas de graduação de enfermagem que participaram do encontro com o intuito de “representar” a enfermeira que havia sido convidada para assistir à “roda de conversa”, assim como de uma prática corporal de massagem e de uma festa do grupo.

Ainda sobre o tema dos profissionais de saúde que privilegiam o aspecto da composição há que se destacar o diálogo construído com o odontólogo do CSE. Ao identificar uma questão surgida no grupo no momento de uma prática, quando participantes relataram desconforto na cintura escapular, decorrente de dor e tensão na articulação têmporo-mandibular (ATM), pensei em buscar a ajuda deste profissional. A ideia foi apoiada pela fonoaudióloga do CSE, que sugeriu que se procurasse o odontólogo não apenas porque ela não poderia contribuir devido à incompatibilidade de horários, mas também porque o profissional poderia abordar o uso de placas ortodônticas.

No primeiro contato com o dentista apresentei o projeto de práticas corporais, com o intuito de abordar a demanda das usuárias. Ao ouvir sobre as “rodas de conversa”, o profissional colocou-se à disposição para contribuir quando identificasse alguma necessidade. No encontro com o grupo o dentista abordou as possibilidades de cuidado na atenção básica, distribuiu prospectos do Ministério da Saúde e acolheu questões das usuárias, como as dores na ATM e dúvidas sobre higienização oral. Outros temas foram discutidos de modo transversal à saúde bucal, entre eles a automedicação, o consumo excessivo de remédios por influência dos meios de comunicação e a orientação sobre produtos com menor custo para a higiene oral, bem como formas de contemplar as demandas por atendimentos mais especializados por meio da orientação sobre os serviços prestados pela Faculdade de Odontologia da USP.

O movimento em relação ao profissional gerou outros encontros no CSE. Ao procurá-lo com o intuito de agradecer e dar um retorno sobre o encontro, ele reafirmou o interesse de

---

oxigênio presente no globo é criado um vácuo que faz uma sucção da pele, havendo também a técnica de massagem com ventosa por meio da utilização de agulhas de acupuntura na parte interna do objeto. A ventosa é utilizada na Medicina Tradicional Chinesa para a limpeza das toxinas do sangue e para o reequilíbrio de energia.

participar de outros momentos como aquele, por ter afinidade com trabalhos em grupos. De modo espontâneo o profissional procurou-me na semana seguinte, antes de começar a prática, para entregar prospectos educativos sobre uso de limpadores de língua, visando atender a uma das demandas surgidas no encontro com o grupo. Já na semana posterior entregou-me folhetos com o intuito de informar sobre locais onde tais produtos tinham um valor mais acessível. A aproximação com o odontólogo, além de possibilitar o atendimento de um tema suscitado em uma prática, permitiu a realização de outra roda de conversa com um profissional da mesma área, que realizava trabalho voluntário no CSE.

Dos encontros desenvolvidos destaca-se o comentário de uma participante após o encontro com o odontólogo do CSE, que foi precedido por uma prática de dança sênior: *“Gente, vocês viram quanto coisa a gente tem aqui? Temos mais é que aproveitar!”*. A fala de outra usuária, após o encontro com o profissional voluntário, reforça a importância de se investir na construção de novos diálogos, o que remete à ideia de favorecer a construção de vínculos e de maior autonomia segundo enfoque da interprofissionalidade, considerando que a discussão sobre o consumo de produtos era abordado de modo recorrente pelos profissionais, tal como ocorreu com as alunas de nutrição e os profissionais da odontologia:

Ele [dentista voluntário] chega na gente. Ele fala uma linguagem bem simples. A questão do *merchandising* [...] os médicos podem ser ótimos, mas não tem tempo para a gente.

(Fala de participante do grupo de práticas corporais)

Além desse movimento dos profissionais da área médica e da odontologia em relação à pesquisadora, outras aproximações foram realizadas pelos trabalhadores, como o contato de uma assistente social no momento em que chegava ao CSE:

A profissional disse que queria me convidar para uma atividade no grupo terapêutico que realiza. Disse que pensou se eu faria alguma atividade com elas, pois achava interessante conhecerem os grupos do CSE.

(Trecho de diário de campo)

No dia marcado para o encontro cheguei mais cedo, com o intuito de tentar participar do grupo de dança sênior³⁵. A atividade foi realizada no jardim da faculdade, diferentemente dos outros encontros, que ocorriam no CSE em função da necessidade de utilização de energia elétrica. O compartilhamento de informações com a profissional responsável pela

³⁵ A funcionária, graduada em Educação Física, conduz o grupo de dança sênior no CSE e ocupa o cargo de agente sanitária nas áreas de “vigilância epidemiológica” e “saúde do adulto”, sendo subordinada ao setor de enfermagem.

dança sênior contribuiu para o uso do único local no jardim onde era possível realizar as atividades desta natureza.

A participação na atividade reafirmou minha percepção de que os encontros de dança sênior priorizam o aspecto técnico da prática, considerando que a coreografia é verbalizada seguindo um manual, visando o aprendizado por meio de repetições dos movimentos. Em que pese o valor de propor trabalhos em grupo na atenção básica, a questão que se coloca diz respeito à coerência do profissional que se propõe compor um grupo baseado em um discurso de *promoção da saúde* fundamentado em referenciais tradicionais do campo da Educação Física. O fato se torna ainda mais problemático considerando que o espaço do CSE está voltado para a formação em saúde. Deste encontro, por exemplo, participaram alunos de um curso técnico de enfermagem vinculado a USP. Nesta situação específica há que se considerar a possibilidade de a experiência reforçar o modelo tradicional de promoção da saúde ao enfatizar a experiência mecanizada com o corpo e difundir orientações biologizadas sobre a prática de atividade física. O problema em questão não é a oferta da prática em si, mas o que é feito com o “não-saber” por parte da profissional específica, especialmente pelos limites que identifiquei para contribuir com a ampliação do modo de pensar o trabalho, tendo em vista o enfoque tradicional da referida funcionária.

Exemplifica a questão o fato de que em visita à página sobre o CSE no site da FSP identifiquei a inclusão do termo *Educação Física* na lista de serviços e especialidades do CSE. A descrição das ações neste campo arrola a dança sênior e orientações posturais desenvolvidas pela funcionária que aparece como responsável pelas atividades. Chama a atenção a inclusão do termo “Práticas Corporais” no item que indica os dias e horários das atividades, o que faz refletir que não basta outra denominação do trabalho se não houver uma mudança teórico-conceitual e metodológica da proposta.

A respeito da atividade com o grupo conduzido pela assistente social, que seguiu à prática de dança sênior, o encontro contou com a presença de sete senhoras e da profissional do serviço social. Havia planejado uma prática que privilegiasse movimentos mais suaves, a fim de enfatizar a respiração, a concentração, o toque e o trabalho postural na posição em pé, considerando a dificuldade de algumas senhoras para agachar e sentar, tendo em vista o relato da funcionária responsável pelo grupo. A prática foi realizada próximo a uma mesa com bancos de madeira, que ficam localizados embaixo de árvores ao lado da fonte do jardim. Interessante que no decorrer da prática o barulho da água foi destacado pela assistente social, o que foi utilizado como objeto de discussão pelas profissionais em relação ao aspecto do

encontro consigo mesmo. Outro ponto que chamou a atenção foi a aproximação de um senhor com o grupo, perguntando se poderia participar da atividade. Após a prática não participei imediatamente do lanche que havia sido programado por ter permanecido junto ao senhor, que não apenas falou das dores na coluna, como contou um pouco de sua vida. Disse que era baiano, recém-aposentado, casado, pai de uma moça e avô de um garoto. Chamou atenção o comentário de que havia *começado a viver* recentemente, em decorrência da aposentadoria após quarenta anos trabalhando como mordomo em uma casa de família. Ao ser convidado para conhecer o grupo, disse que tinha disponibilidade somente à tarde porque frequentava diariamente pela manhã algumas atividades em um parque da zona sul da capital paulista. Ao final da conversa confirmou que compareceria ao grupo e expressou alegria por termos conversado. A experiência mostrou a importância da articulação entre os profissionais de saúde, incluindo a participação em outros grupos, o que pode contribuir para outros tipos de acolhimento, como ocorreu com o senhor, que passou a integrar o grupo de práticas corporais no período da tarde.

Outros momentos de aproximação por parte de uma profissional ocorreram nos corredores do serviço. Dentre esses houve o movimento de uma enfermeira que pediu para ir ao grupo com o intuito de prestar orientações em saúde:

Ao passar pelo corredor que dá acesso à recepção, fui abordada por Goretti [enfermeira] que perguntou se poderia ir ao grupo falar sobre a campanha de identificação de sinais e sintomas da hanseníase [...]. Enfatizou que seria uma conversa rápida para não atrapalhar as atividades.

(Trecho diário de campo)

Importa ressaltar como as práticas de saúde ocorrem de maneira *imprevisível*. Na situação em questão parecia que seria necessário ajustar ou mesmo transferir a atividade de massagem programada com o grupo, considerando o interesse das participantes em ouvir a enfermeira. No entanto, os desdobramentos da atividade mostraram a importância do profissional não se ater necessariamente à programação, mas sim à qualidade do encontro. Com isso houve uma “roda de conversa” *não planejada* que possibilitou a discussão da temática específica e de questões das participantes, em função da experiência da enfermeira com a abordagem de doenças infecto-contagiosas, assim como a realização da prática planejada, a qual contou com a presença da própria profissional:

Ao final da prática pedi que abrissem lentamente os olhos, a enfermeira relatou que estava precisando de um momento com aquele [...]. Mantendo o característico sorriso perguntou se poderia dar beijo em cada uma.

(Trecho de diário de campo)

A atividade específica reafirmou o valor que as participantes do grupo atribuíam aos encontros com os profissionais do serviço, que se tornava mais evidente quando havia a participação de algum trabalhador em uma prática corporal. A experiência faz pensar que esta pode ser uma estratégia para ampliar a compreensão e o compartilhamento de saberes sobre as práticas corporais, bem como um recurso para favorecer aproximações entre profissionais e usuários para além da relação clínica tradicional.

Estação 9 - O contato com os profissionais abriu caminhos para a aproximação com os estudantes da saúde

Encontrei com Goretti [enfermeira] descendo a escada acompanhada por uma moça. Disse que lhe havia explicado sobre o projeto, que ela era professora do *CEFACS*³⁶. Perguntou se poderiam mandar estagiários de enfermagem para conhecer o grupo [...].

(Trecho de diário de campo)

O contato com os trabalhadores permitiu não apenas movimentos que se aproximam da ideia de Educação em Saúde, enfatizando o reconhecimento de questões do grupo, como também contribuiu para a constituição de outras redes de diálogos. A proximidade com a enfermeira possibilitou a interlocução com professores e alunos de um curso técnico de enfermagem, incluindo alguns que participaram do encontro de dança sênior anteriormente descrito. A respeito do curso, a supervisão dos alunos é desenvolvida por dois professores ao longo de uma semana de observação dos diferentes espaços do CSE, dentre os quais esteve o grupo de práticas corporais, a partir da iniciativa da referida enfermeira:

Estava saindo da sala da administração quando vi um grupo de alunos com Goretti [enfermeira]. Quando me viu, perguntou novamente se poderiam visitar o grupo. Então respondi: 'Devem! Nós adoramos receber pessoas.

(Trecho de diário de campo)

³⁶ É o Centro de Formação e Aperfeiçoamento em Ciências da Saúde que é mantido pela Fundação Zerbini, em parceria com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. No CEFACS são promovidos os seguintes cursos de formação para o trabalho em saúde: Técnico em Enfermagem Módulo I (Qualificação Profissional de Auxiliar em Enfermagem), Técnico em Enfermagem Módulo II (Complementação para Técnico em Enfermagem), Técnico em Radiologia, Técnico em Farmácia, Técnico em Nutrição e Dietética, Especialização Técnica em Assistência de Enfermagem em Terapia Intensiva Cardiológica e Terapias de Substituição Renal e Especialização Técnica em Instrumentação Cirúrgica. Disponível em <http://www.cefacs.org.br/quem.html>. Acesso em mar 2012.

Antes da participação dos alunos houve uma visita ao grupo da professora-supervisora, junto com outra enfermeira do *CEFACS*. Ambas buscavam um contato comigo para conhecer o projeto e vivenciar um encontro do grupo. Com isso foi possível conversar sobre os objetivos da proposta no serviço, buscando favorecer a aproximação das profissionais com o tema das práticas corporais e também reforçando o interesse em acolher os alunos.

No decorrer dos encontros com a professora-supervisora no serviço ficou evidente a importância dos profissionais de saúde, no caso os que lidam com o movimento, adotarem uma teoria que ajude a pensar o trabalho na atenção básica sob uma perspectiva ampliada:

Após confirmar se poderia encaminhar os alunos, a professora-supervisora contou que eles ficaram impressionados em observar o equilíbrio e a coordenação dos idosos na dança sênior [...] Ela afirmou que ao participar o aluno se torna um multiplicador porque vê que o exercício melhora tudo.

(Trecho de diário de campo)

O contato com a enfermeira que atua no âmbito da formação em saúde reforçou que se torna evidente a importância do profissional de Educação Física ter um aporte conceitual que amplie sua capacidade de compartilhar os saberes e práticas específicos da área em articulação com a proposta de trabalho com as práticas corporais na atenção básica, no que se refere à produção da saúde e ao cuidado com o corpo por meio da gestualidade.

Foi seguindo essa lógica que busquei oferecer diferentes experiências aos alunos de saúde que visitavam o grupo, contando com a mediação dos profissionais do serviço. Dentre as atividades houve práticas de massagem, consciência corporal e dança até uma caminhada pelo bairro, do CSE até para uma praça, onde foi realizada uma prática corporal, passando por encontros que priorizavam um momento de conversa com as participantes.

A questão sobre a necessidade do profissional de Educação Física reconhecer a atenção básica como um espaço voltado para trabalhar a formação em saúde foi reforçada por um acontecimento relacionado com uma prática de dança no grupo de práticas corporais que contou com a participação dos referidos alunos de enfermagem e fez pensar sobre a vivência destes alunos junto ao grupo de dança sênior:

A professora do *CEFACS* permaneceu embaixo das árvores observando a prática. Vi que mantinha um discreto sorriso vendo os alunos dançando “anos 60”, a essa altura já sem os respectivos jalecos [...]. Quando me aproximei comentou que estava impressionada em vê-los soltos, participantes.

(Trecho de diário de campo)

A intenção de trazer o trecho não é o de qualificar um grupo em detrimento de outro, mas de chamar atenção para a corresponsabilidade dos profissionais que lidam com o movimento no campo da atenção básica no que se refere ao tema da formação em saúde, considerando que o CSE é um espaço privilegiado para o ensino de práticas de saúde que superem a lógica tradicional da clínica, o que inclui o investimento na constituição de grupos de maneira coerente com as características deste nível da atenção à saúde por meio de ações que favoreçam a compreensão de que o afeto e o vínculo são elementos constitutivos do trabalho em saúde.

Estação 10: A participação da pesquisadora em um projeto de cuidado desenvolvido por profissionais do CSE

N.S.P., 69 anos, aposentada, reside sozinha em um apartamento próximo ao CSE, cujo aluguel é pago com o auxílio de outros moradores. Há aproximadamente um ano realiza tratamento de câncer de pulmão na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Encontra-se com limitações de locomoção, bem como para realizar atividades de vida diária (AVDS) e, por não possuir parentes próximos, é cuidada por uma vizinha. Atualmente recebe medicações em casa por meio de visitas de uma enfermeira do centro de saúde. Em decorrência do quadro necessita de cuidados para melhora de sua condição física e de apoio social.

(Síntese da história de uma usuária do CSE)

Esta é a síntese do caso de uma usuária, que motivou uma das assistentes sociais a buscar ajuda de outros trabalhadores para dar seguimento ao atendimento, a pedido de uma assistente social da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Diversos acontecimentos marcaram o projeto de cuidado realizado pelos profissionais do CSE, dos quais participei, considerando minha formação em Educação Física:

A assistente social me explicou que precisava falar sobre um caso muito difícil [...] que tinha lembrado logo de mim por ser de Educação Física. Após ilustrar a situação de precariedade da senhora, afirmou ter pensando se eu não poderia trabalhar alguns movimentos com a senhora [...].

(Trecho de Diário de Campo)

Inicialmente estiveram envolvidas com a intervenção a assistente social, uma enfermeira (profissional envolvida com a “oficina de práticas corporais e sexualidade”), a profissional do serviço formada em Educação Física e eu. Em decorrência dos primeiros encontros com a senhora, desenvolvidos alternadamente por ambas as profissionais de Educação Física, foi possível conhecermos um pouco mais sobre as dificuldades que enfrentava. Constatamos que o contexto exigia um trabalho partilhado entre as profissionais, sobretudo considerando que não bastaria a simples oferta de cuidados motores. Em função disso contatei a enfermeira, na tentativa de organizar uma reunião entre as profissionais envolvidas com o caso.

Na reunião foi reiterada a premência de suporte social, dada a situação de sofrimento que havia sido identificada pelas profissionais de Educação Física. A médica propôs que buscássemos encaminhar a usuária para um hospital de retaguarda³⁷ ou uma casa de repouso, o que foi aceito por todas com exceção das profissionais de Educação Física, que, embora discordassem, não se colocaram diante da situação. Ficou acordado que a assistente social buscaria informações sobre o envio do relatório social junto ao Cras (Centro de Referência de Assistência Social)³⁸, visando o encaminhamento ao Ministério Público. Aqui há que se destacar um importante aspecto: o não posicionamento das profissionais de Educação Física apesar de reconhecermos o sofrimento da senhora. O fato trouxe a reflexão sobre meus limites como pesquisadora diante de relações de poder implícitas, considerando que não me sentia à vontade para questionar a posição das profissionais embora tivesse abertura para fazê-lo, tanto pela inexperiência de atuação em um projeto de cuidado quanto pelo fato de não fazer parte da equipe de profissionais. O fato faz pensar que a vivência como profissional da atenção básica não prescinde de uma teoria para embasar os projetos de cuidado, sob pena de impossibilitar uma atuação coerente diante da singularidade de cada sujeito.

---

³⁷ Os hospitais de retaguarda são locais destinados para o cuidado da população, que atuam por meio de contratos administrativos e convênios de cooperação com Santas Casas e Hospitais Filantrópicos. A proposta é oferecer um cuidado integrado também para a população idosa, incluindo programas de reabilitação para o autocuidado e cuidados paliativos em apoio aos quadros de fragilidade, síndromes de demências, estados pós-derrames e quedas de idosos, dentre outros. Em São Paulo há hospitais de retaguarda que atendem a população da capital e do interior do Estado. <http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2012/maio/sp-investe-r-30-milhoes-em-hospitais-de-retaguarda-e-centros-de-referencia-para-idosos>.

³⁸ O Cras (Centro de Referência de Assistência Social) é uma unidade pública estatal descentralizada da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) que atua como a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (Suas) dada sua capilaridade nos territórios, sendo responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social. Possui também a função de gestão territorial da rede de assistência social básica, promovendo a organização e a articulação das unidades a ele referenciadas e o gerenciamento dos processos nele envolvidos. Disponível em <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaobasica/cras>. Acesso em: 15 ago.2010

Frente ao impasse questões se apresentaram: Como lidar com a situação? Como ser propositiva? A saída foi buscar aproximações com as profissionais que se mostravam mais sensíveis, ou seja, a enfermeira, a professora de Educação Física e uma psicóloga que foi agregada em função de haver atendido anteriormente a usuária.

Os acontecimentos tornaram mais evidente a complexidade do trabalho em saúde e o envolvimento dos aspectos relacionados com a subjetividade. A estratégia que elaborei foi desenvolver articulações com a enfermeira, que embora compartilhasse com a ideia de institucionalização se mostrava sensível aos meus argumentos sobre os dilemas desta senhora, sobretudo ao enfatizar a necessidade de maior participação da psicóloga. Seu posicionamento parecia apontar que outras propostas de cuidado poderiam ser desenvolvidas. Ela, no entanto, ao enfatizar a presença da psicóloga, buscava apenas contribuir com a fase de transição para a casa de repouso, o que evidenciou que nem sempre o fato de o profissional considerar o sofrimento de uma pessoa significa a abertura para novas propostas e, em última análise, que o mais importante para o profissional não faz necessariamente sentido para o sujeito atendido.

No decorrer dos encontros com as profissionais, sobretudo pela proximidade de opiniões com a psicóloga, que buscava alternativas de cuidado em vez da institucionalização imediata, pude colocar algumas questões: Como intervir diante da premência da situação, reconhecendo a subjetividade da usuária? Em que medida o atendimento das atividades da vida diária na casa de repouso significaria um cuidado ampliado? Qual tipo de cuidado pensávamos propor?

Neste período houve a participação de uma enfermeira com experiência na condução de casos dessa natureza, assim como a possibilidade de entrar em contato com um promotor da vara do idoso, do qual a psicóloga possuía o contato telefônico, visando à obtenção de orientações sobre o processo de institucionalização. A proposta causou um conflito entre, de um lado, a assistente social e, de outro, a enfermeira e a psicóloga, em função de discordância sobre o pedido de maior agilidade feito à primeira, bem como sua resistência em aceitar sugestões, o que evidenciou uma disputa de poder. A assistente social recusou a oferta da psicóloga, afirmando que possuía meios para encaminhar a internação sem que fosse preciso “queimar etapas”. Esta disputa me trouxe tensionamentos tanto como profissional de Educação Física quanto como pesquisadora: por um lado havia a premência de intervir no encaminhamento do projeto de cuidado e, por outro, tal necessidade atravessava meu papel como pesquisadora. A assistente social buscava ter-me como aliada para fazer oposição à enfermeira e à psicóloga, ao mesmo tempo em que a enfermeira via em mim, pelo menos a

princípio, uma certa inocência diante do conflito. A forma encontrada para tentar abordar o conflito, tendo como horizonte a constituição de ações mais próximas dos desejos da senhora, que rejeitava a institucionalização, foi a de buscar a conciliação dos pontos de vista das partes, o que foi interpretado como falta de posicionamento pela enfermeira.

A proximidade com a enfermeira e a psicóloga, exigida no seguimento do projeto, contribuiu para desfazer tal visão, tornando evidente a necessidade de os profissionais de saúde reconhecerem tanto os saberes e práticas quanto os aspectos relativos à subjetividade dos integrantes da equipe, visando à definição de uma metodologia de trabalho, o que mais uma vez reforça a importância da interrelação entre a vivência no serviço e o embasamento conceitual.

Os acontecimentos chamaram a atenção sobre a complexidade de realização de projetos coletivos e sobre o problema da implicação do profissional de saúde no desenvolvimento de ações técnicas que colocam em segundo plano os desejos e necessidades, que é mais grave quanto menor é o vínculo entre o profissional e o usuário, como ocorreu com a assistente social, a profissional mais distante da usuária.

No entanto, um acontecimento provocou uma reviravolta no caso: a usuária mudou-se inesperadamente, por conta própria, para uma casa de repouso localizada na cidade de São Lourenço, a 54 quilômetros do município de São Paulo. Segundo seu relato, a atitude se deu em função de não suportar mais o sofrimento em que se encontrava. Com isso houve nova reunião para tratar da situação e que resultou em visita à instituição feita pela psicóloga e pela enfermeira. Em decorrência, a enfermeira, apoiada pela psicóloga e por mim, fez alguns questionamentos à assistente social, o que gerou outra discussão em função da situação de sofrimento da usuária em questão.

Com isso, o clima entre as profissionais tornou-se tenso, dada a postura mais centralizadora da assistente social, que passou a buscar em mim, a quem se referia como uma profissional de Educação Física do CSE. Em um desses momentos, a profissional específica pediu-me para ajudá-la a receber uma vizinha e uma parente distante da usuária, que vieram cobrar uma posição do CSE quanto à situação, pois tinham a intenção de assisti-la, caso conseguíssemos uma instituição para acolhê-la em São Paulo. Embora identificasse a complexidade da situação e as demandas por uma formação das profissionais para a constituição de projetos de cuidado, a premência da situação direcionava-me para ações mais pontuais. A desagregação entre as profissionais chegou ao ponto de a enfermeira afirmar que a proposta de trabalho multiprofissional era bonita somente no papel. Outro momento de

tensão foi a visita dos coordenadores da casa de repouso que se sentiram agredidos com o documento elaborado pela psicóloga e pela enfermeira, o que demandou uma nova visita à instituição, que contou com a presença da Diretora do CSE.

A experiência trouxe a percepção sobre as dificuldades relacionadas às resistências e aproximações entre as próprias profissionais, assim como entre as profissionais e a usuária. Ou seja, o projeto de cuidado trouxe a reflexão sobre a luta pelo poder, a definição de tarefas pertinentes a cada profissional, a distribuição de ações entre os profissionais e à partilha de interesses direcionados à resolução ou encaminhamento de um caso. A esse respeito questionei: em que medida as minhas ações como pesquisadora e como profissional de saúde, estariam favorecendo ou dificultando a produção do cuidado da usuária? Depreendia-se que a aproximação com as outras profissionais parecia apontar para a constituição de um caminho mais coerente com as necessidades identificadas ao longo dos encontros, considerando que estávamos diante de *uma pessoa concreta em estado de sofrimento*. Os fatos reafirmaram, uma vez mais, a necessidade de o saber técnico ser utilizado para produzir ações sintonizadas com as demandas e os sofrimentos das pessoas, de maneira que possam ser desenvolvidas propostas que efetivamente tenham sentido para a vida dos sujeitos atendidos.

Torna-se claro que a implicação conjunta por parte dos profissionais pode ajudar cada um deles a atuar de maneira mais ativa nas proposições de cuidado. A experiência reforçou, portanto, a importância de trabalhar com arranjos metodológicos que se aproximem dos desejos e expectativas das pessoas, em oposição a uma atuação com ofertas fixas, que legitimam as necessidades de saúde sem o reconhecimento da singularidade dos sujeitos atendidos, embora as divergências e as dificuldades façam parte desse processo.

Estação 11- As relações no serviço se constituem de maneira singular

Depois que falei sobre o grupo de pesquisa e o projeto um psiquiatra afirmou que o trabalho era muito interessante, mas que não via como o serviço de saúde mental poderia ajudar, por trabalharem com a mente e pesquisadora com o corpo. Uma psicóloga, porém, sugeriu a ele a observação do grupo [...].

(Trecho de diário de campo)

A experiência com o projeto de cuidado da usuária em tratamento de câncer na Santa Casa e que passou a ser atendida por profissionais da equipe do CSE, contribuiu para a percepção da singularidade dos encontros na atenção básica que é trazida pela *Clínica Ampliada*. Ao refletir sobre o comentário do médico, compreendi que não era preciso e nem desejável que todos os encontros tivessem a mesma forma. No entanto, caberia a mim descobrir maneiras de potencializar o contato com os profissionais. A resposta parecia ter sido dada por uma usuária: “Eu não venho às sextas porque eu tenho o Flávio [psicólogo]. Tenho que optar (...). Mas vou ficar vindo às quartas para o grupo”.

Considerando a necessidade de compreender a situação vivida pela usuária, investi na aproximação com o psicólogo com o qual já havia tido um breve contato em uma ocasião em que a pesquisadora manifestou a uma psicóloga do serviço de saúde mental o interesse sobre a possibilidade de realização de um trabalho conjunto. Ao ser contatado, o profissional demonstrou abertura para construir um diálogo, afirmando que a troca de informações poderia potencializar a apropriação do cuidado por parte da usuária.

As relações com os profissionais da equipe de saúde mental foram construídas de modo mais específico em direção à minha figura como pesquisadora, e não em relação ao grupo de práticas corporais. Tal situação pode ser ilustrada com os acontecimentos ocorridos em um encontro do “mutirão da saúde”, particularmente em relação à atitude do médico psiquiatra, que afirmou na reunião não compreender como poderia ser desenvolvido um trabalho junto ao grupo de práticas corporais:

Após o usuário descrever as dores no cotovelo, o médico e a nutricionista procuraram, com dúvida, a CID³⁹ correspondente. Então expliquei: ‘O nome é *tennis elbow*, *epicondilite lateral* [...]. O médico me pediu que prestasse orientações ao usuário sobre o que poderia ser feito [...].

(Trecho do Diário de Campo)

Este episódio mostrou outra forma de experimentar a construção de diálogos com os profissionais do serviço de saúde mental, especialmente com o médico psiquiatra. A abertura para a profissional de Educação Física fez refletir que é possível contribuir com o cuidado dos usuários, utilizando os referenciais das ciências biológicas de uma forma não prescritiva, mas

---

³⁹ É a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde que recebe a denominação de CID-10. Esta classificação é utilizada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde. Com base no compromisso assumido pelo Governo Brasileiro, a organização dos arquivos em meio magnético e sua implementação para disseminação eletrônica foi efetuada pelo DATASUS, possibilitando, assim, a implantação em todo o território nacional, nos registros de Morbidade Hospitalar e Ambulatorial, compatibilizando estes registros entre todos os sistemas que lidam com morbidade. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040203>

compartilhada. Para tanto cabe ao profissional ter consciência sobre o modo de utilização do saber para que possa superar possíveis obstáculos do serviço, conforme ocorreu comigo diante da equipe de saúde mental, demarcando os conhecimentos específicos e compartilhando os saberes comuns do campo da saúde.

Estação 12 - O encerramento do campo apontou novos caminhos para o projeto

A preocupação em trabalhar o encerramento do grupo sempre foi um aspecto considerado na intervenção. Como pesquisadora, procurava esclarecer que o projeto tinha um tempo determinando no CSE, inclusive com o propósito de tratar a corresponsabilidade sobre as escolhas, visando apoiar a descoberta de novas possibilidades de cuidado por meio do desenvolvimento de ações mais autônomas das participantes, bem como da questão do vínculo que se constituía entre a pesquisadora e as usuárias, abordado de modo positivo.

O investimento nessas ações se deu porque apesar de a nova Diretora ter manifestado interesse em manter a iniciativa no serviço, ainda não havia uma posição concreta que pudesse ser comunicada ao grupo. Neste período de indefinição a ideia da orientadora era propor a realização de intervenções pelos alunos do PET-Saúde da USP, com o intuito de contribuir com a ampliação da experiência dos referidos alunos junto ao SUS, e, ao mesmo tempo, responder às demandas do serviço pelas práticas corporais. Paralelamente houve um movimento das próprias participantes para que o grupo se tornasse permanente, por meio da elaboração de um abaixo-assinado e de uma carta com o objetivo de comunicar à direção o interesse pela continuidade do projeto.

O simples encontro do grupo já é uma terapia para a mente e o corpo, pois nos desligamos das atividades de nossas residências e efetuamos a “troca” entre parceiras, seja de ideias, de experiência de vida, de aprendizado, etc..

(Trecho da carta elaborada pelo grupo para ser entregue para a Diretora do CSE)

Após a preparação da carta, as participantes solicitaram que o documento fosse encaminhado por mim à Diretora. Identifiquei uma nova oportunidade para trabalhar o protagonismo das usuárias. Em uma conversa com o grupo reforcei que o serviço estava aberto para a escuta de suas necessidades, enfatizando a importância de se apropriarem do CSE. Em decorrência desta conversa foi, então, sugerida por uma usuária a realização de uma reunião com a Diretora para que o grupo pudesse expor suas necessidades. Nesta reunião,

ocorrida no próprio horário e local de realização das práticas, a Diretora acolheu as demandas das participantes, mas expôs as dificuldades de contratação de profissionais pelo CSE reafirmando o interesse na parceria com o Grupo de Pesquisa.

Considerando a abertura do serviço aos integrantes do Grupo de Pesquisa e os alunos do Pró-PET-Saúde EEFÉ/USP propôs ao grupo a realização de uma série de encontros que contou com a presença de uma aluna *petiana* e de um colega do Grupo de Pesquisa com o propósito de favorecer outras experiências com as práticas corporais.

Destaca-se que, em que pese o conjunto de vivências e o vínculo positivo construídos com as participantes, que a princípio insistiam na minha permanência no CSE, o propósito das ações direcionadas à continuidade do grupo no CSE, não foi valorizar a figura da pesquisadora, mas do próprio grupo e das pessoas que o compõe, bem como contribuir com a compreensão sobre o propósito de investir no trabalho com as práticas corporais na atenção básica.

3.1.2 Os caminhos percorridos pelo grupo de práticas corporais

Estação 1: A aproximação dos usuários com o projeto

O contato inicial dos usuários com o projeto ocorreu a partir da divulgação da intervenção no CSE, que em um primeiro momento foi desenvolvida por meio de cartazes e panfletos, enquanto eu investia na aproximação com os profissionais.

Em sintonia com a abordagem metodológica relativa ao trabalho com as práticas corporais na atenção básica, busquei adequar o planejamento inicial das atividades com os interesses que emergiram nos primeiros contatos com as usuárias. Entretanto há que se destacar que a entrada de uma senhora na fase inicial do grupo não se deu em função da divulgação no serviço, mas a partir do movimento de uma integrante no decorrer de uma prática no jardim:

Já estávamos quase no final do encontro quando D. Núbia perguntou: ‘Posso convidar aquela moça para vir para cá? Ela está caminhando sozinha há um tempão e agora está alongado’ [...]. Ficamos aguardando para ver o que aconteceria [...]. A senhora disse que tinha ficado lisonjeada com o convite [...].

(Trecho de diário de campo)

Interessante ressaltar o significado do convite para a usuária, que após uma prática na sala pediu para conversar comigo:

D.Andréia falou que precisava contar uma coisa que ninguém deveria saber [...]. Explicou que a dificuldade para levantar o braço devia-se a um câncer de mama [...]. Contou que pensou em fazer academia, mas que as pessoas ficam ‘esquecidas’. Afirmou que estava muito feliz porque sentia minha preocupação com o que faziam e sentiam [...].

(Trecho diário de campo)

No período foi possível identificar que as integrantes do grupo buscavam cuidar da saúde de uma maneira que não se aproximava do modelo desenvolvido em academias, conforme identificado durante uma prática de caminhada no jardim:

Tenho tanta saudade de quando corria, mas academia, detesto. A gente fica esquecida porque os professores só dão atenção para as meninas de corpo sarado [...]. Se quiser atenção tem que pagar um *personal*'. Lidianne respondeu: 'A gente se sente desconfortável porque somos muito diferentes das meninas de lá.

(Trecho de diário de campo)

Embora percebesse que o movimento das usuárias não estava relacionado com treinamento físico visando questões estéticas, o tema da doença era recorrente, sobretudo porque buscavam relacionar algumas práticas com a possibilidade de tratar seus problemas de saúde. Houve, por exemplo, o questionamento de uma usuária se as práticas de alongamento e de fortalecimento poderiam melhorar seu quadro de dor decorrente de artrose nos joelhos. Destaca-se o caso de uma senhora que, ao sentir pouca melhora com o tratamento fisioterapêutico, passou a buscar no grupo um meio para complementar sua recuperação, tentando evitar uma intervenção cirúrgica sugerida por seu médico. Apesar da vontade de intervir, considerando minha experiência com esse tipo de abordagem, tinha o receio de que a atitude contribuísse para encaminhar o projeto para o mesmo enfoque assistencialista da Educação Física que reproduz modelos de práticas em saúde.

Estação 2: A redefinição conceitual do projeto e o movimento do grupo

A redefinição conceitual do projeto originada a partir destas demandas permitiu compreender que a questão não se restringia a não atuar fixada na doença, mas que dizia respeito ao modo como operacionalizaria os conceitos como, a responsabilização em saúde, o vínculo, a coprodução de autonomia, o trabalho em equipe e a valorização da subjetividade, para um atendimento responsável das questões apresentadas. Este movimento seria fundamental para que fosse possível seguir em direção ao objetivo de propor práticas de saúde mais qualificadas para Educação Física na atenção básica. Foi nesse sentido que a incorporação do referencial da *Clínica Ampliada* ajudou a olhar para o movimento do grupo a partir de outra perspectiva, o que incluiu focalizar questões relativas às dores e aos sofrimentos em suas diferentes formas de manifestação.

Em função do novo olhar foi possível, por exemplo, contribuir com a recuperação da senhora que trazia necessidades específicas do joelho, após sua intervenção cirúrgica a que foi submetida, tanto por meio de práticas quanto de orientações em função da oscilação do quadro de dor e das atividades cotidianas, que exigiam diferentes posturas. Assim, foi possível pensarmos juntas sobre a adequação do espaço físico de sua casa, a adoção de posições confortáveis e a utilização da piscina de que dispunha.

Essa perspectiva permitiu perceber como o grupo foi se constituindo como um espaço de troca de saberes, de experiências e de afetos. A identificação dos caminhos percorridos pelo grupo se deu por meio do olhar para a dimensão coletiva da intervenção, sem que se perdesse o foco no aspecto individual, cujo pano de fundo eram as práticas corporais.

Como forma de traduzir o movimento da intervenção, trago o relato de uma participante, que me foi feito no decorrer de uma prática em que estávamos presentes apenas as duas:

Tenho um desejo muito grande de viver porque sinto necessidade de recuperar o tempo perdido nos vinte anos que convivi com a síndrome do pânico' [...]. D. Irá afirmou ter sido um momento muito difícil porque, com exceção de seu marido, ouvia, de todos, inclusive dos médicos, que aquilo era frescura [...]. Prosseguiu dizendo que tinha necessidade de fazer amizades, conhecer pessoas. Afirmou que compreendia que o processo teve relação com sofrimentos vividos na infância, mas que hoje tinha sede de vida e que tentava lidar com as marcas de sua história [...].

(Trecho diário de campo)

Este trecho busca chamar atenção para as implicações que podem surgir em cada encontro no serviço, a partir do sentido que o profissional atribui ao trabalho com o movimento, pois quando a atuação privilegia o reconhecimento do contexto, intervir por meio de práticas corporais não significa *fazer uma prática corporal*, mas sim de utilizá-la como um dispositivo para mobilizar outros encontros, considerando uma dada situação ou um determinado problema de saúde.

Estação 3: Os encontros apontavam para movimentos de cuidado

No decorrer dos encontros foi possível identificar movimentos que apontavam para ações de cuidado por parte do grupo. Em um deles ocorrido alguns dias depois do relato desta usuária sobre sua experiência com a síndrome do pânico, identifiquei a potencialidade para trabalhar em uma perspectiva coletiva a necessidade trazida pela senhora. No momento da prática foi proposto que cada participante pensasse sobre a seguinte situação: cada uma possuía uma caixa na qual existiam “coisas” sobre as quais poderiam falar, caso desejassem. Com as falas foi possível perceber o quanto essas “coisas” diziam das participantes, considerando as experiências contadas em outros momentos do grupo.

“U1: ‘Há várias lembranças, vários objetos que ganho das pessoas e vou guardando’. U2: ‘Têm os meus novelos e minhas coisas de bordar [...]’. U3: ‘Têm os meus segredos!’. U4: ‘Têm coisas que gostaria de esquecer porque muitas têm relação com a síndrome do pânico’. U5: ‘Essas coisas fizeram parte de sua vida, não pode esquecer [...] Tem que se libertar da tristeza’. Ao receber o incentivo da participante a usuária falou de sua história, bastante emocionada. Ao final disse que estava aliviada e surpresa por ter conseguido colocar para fora o que sentia”.

(Trecho de diário de campo)

Em uma outra prática, em que privilegiei a massagem em duplas como um recurso para trabalhar as noções do cuidado com o outro e o vínculo, uma participante que massageava aquela mesma usuária fez o seguinte comentário no momento em que pedi que as pessoas que estavam sendo tocadas pensassem sobre o que sentiam: “*A gente tem que colocar para fora o que sente. Quando a gente guarda faz muito mal. Você disse que não contava nem para o dentista quando estava morrendo de dor durante o tratamento*”. Outro movimento em relação à senhora foi a oferta de livros com temas relativos à espiritualidade, com o propósito de ajudar na superação das dificuldades.

A interação entre as participantes favorecia a escuta e o incentivo mútuo para o enfrentamento de problemas, a exemplo da troca de orientações e de receitas com uma participante que relatou dificuldades em seguir com o grupo de nutrição, bem como de apoio ao outro no momento dos encontros, tal como ocorreu em uma prática de dança, quando um participante afirmava não saber dançar. “*Não precisa se preocupar em acertar. Não tem certo nem errado, o importante é sentir a música*”, respondeu outra usuária.

Foi nesse sentido que o aspecto do reconhecimento do outro foi sendo paulatinamente constituído no grupo. O processo pode ser percebido por meio de diferentes movimentos. Tornaram-se comuns os relatos de contatos telefônicos entre as participantes, seja pela necessidade de comunicar a ausência no encontro, seja pela preocupação dos presentes com quem havia faltado, incluindo o interesse em situações de adoecimento cuja notícia era repassada ao grupo. O reconhecimento do outro também esteve relacionado com a identificação da necessidade de adequação do encontro diante de limitações de alguns para a realização de certas atividades, como ocorreu com uma participante que apresentava dificuldades de locomoção em função de problemas de joelho e de sobrepeso.

A respeito desse tema destaca-se que a entrada desta usuária no projeto ocorreu após uma visita que fiz ao grupo terapêutico de trabalhos manuais desenvolvido com o apoio de uma assistente social. Merece ser ressaltado que este foi o primeiro contato com a assistente social que posteriormente fez o convite para que se devolvesse um encontro no jardim com o outro grupo que conduz no CSE, conforme descrito na Estação 8 (“O movimento dos profissionais em relação à pesquisadora”). Sobre o grupo terapêutico ressalta-se que o objetivo era compartilhar a troca de experiências e o aprendizado de distintas técnicas de artesanato, cuja produção fica exposta para comercialização no CSE.

Durante a visita ao grupo de trabalhos manuais, depois que apresentei o projeto, a referida senhora, que tinha uma bengala ao seu lado, perguntou se poderia participar do grupo sentada porque tinha dificuldades de ficar muito tempo em pé. Ao final do encontro relatou que participava do grupo de dança sênior e que já havia feito parte do grupo de nutrição. Contou que a participação neste último contribuiu para que emagrecesse mais de vinte quilos, embora ainda precisasse reduzir o peso. Além disso, explicou que andava com bengala porque seu joelho esquerdo “falseava”, mas que apesar da dificuldade para andar fazia muitas coisas, como fisioterapia e hidroginástica, e que por esse motivo talvez não conseguisse comparecer duas vezes por semana ao grupo.

A experiência sobre o olhar do grupo para questões individuais reforça o pressuposto de que um grupo de práticas corporais na atenção básica mostra-se como um espaço potente para trabalhar o cuidado segundo uma perspectiva que pode partir do plano individual para o coletivo, assumindo os encontros como um recurso que se volta para além do mero aprendizado de técnicas corporais que se coadunam com a lógica da medicalização e da prescrição do viver. No entanto, a intervenção sob a perspectiva ampliada só se torna possível quando há um referencial que tenha como fundamento o cuidado compartilhado.

Estação 4: O movimento do grupo mostrou caminhos para a pesquisadora

Não se esqueça de que sexta-feira a D. Rosa vem. Tem que ser alguma coisa que ela também possa participar com a gente.

(Trecho de diário de campo)

O trecho acima ilustra como o movimento do grupo se tornou responsável por mostrar caminhos para a pesquisadora. A entrada da usuária com problemas de locomoção, pertencente ao grupo de trabalhos manuais, desencadeou a solidariedade das participantes que passaram a ajudá-la em seu deslocamento, bem como em movimentos de sentar e levantar. No mesmo sentido houve a preocupação de algumas pessoas em adequar as práticas que seriam realizadas nos dias em que ela estivesse presente. Estas discussões abriram caminho para o relato de uma participante: *“Passei o final de semana com dor muscular e com dor na coluna porque fui ajudar a D. Rosa a levantar na sexta-feira e ela acabou jogando todo o peso em cima de mim”*. O relato suscitou a ideia de trabalhar ao mesmo tempo orientações posturais e de locomoção com esta usuária em específico, assim como de utilizar a temática em encontros sobre cuidados com o corpo.

O trabalho de orientação junto a esta usuária, além de tê-la ajudado a descobrir outras maneiras de se movimentar, possibilitou conhecer um pouco de sua rotina. Após os encontros do grupo permanecíamos juntas na sala, sendo possível perceber sua satisfação ao ser ouvida. No entanto, o trabalho não se restringiu a esses momentos, considerando que a ênfase estava em estimular a confiança e a independência da referida participante nos encontros:

Vi que D. Rosa se preparava para levantar. Fiquei atenta, mas não a ajudei. A senhora respondeu para uma participante que tentou ajuda-la: ‘Pode deixar’. Percebi seu esforço, mas a apoiei apenas verbalmente. Ao levantar-

se disse: ‘Viu, levantei sozinha! Já consigo pensar como sair da cadeira e da cama [...]’. Tento levantar a cabeça, o que não fazia há muito tempo.
(Trecho de diário de campo)

Os acontecimentos relatados sobre a questão da preocupação com o outro reforçam a ideia de que é possível o profissional de saúde tanto acolher e trabalhar com demandas individuais, quanto procurar estender a abordagem para o plano coletivo, com o sentido de trabalhar noções como solidariedade, vínculo e cuidado com o outro, o que pode contribuir para a aproximação com outras situações particulares enfrentadas pelas pessoas.

Foi nessa perspectiva que pensei em outras ações com o propósito de articular as situações que emergiam do grupo, incluindo outras participantes nas ações, a exemplo da “oficina de pão integral” e dos encontros de orientação postural cuja ênfase era o “cuidado com o corpo”.

Em decorrência da “oficina de pão integral”, conforme apresentado na Estação 7 (“A experiência junto ao serviço de nutrição abriu outras trilhas”) houve a realização de outro encontro com as mesmas características. A intenção era acolher o interesse da usuária que ofereceu orientações sobre receitas com baixo teor de gordura e açúcar à usuária que expôs ao grupo sua dificuldade de prosseguir com o Grupo de Continuidade e, ao mesmo tempo, propiciar o aprendizado de uma receita trazida pelas nutricionistas, seguindo a sugestão de algumas senhoras que participaram de uma oficina de preparo de alimentos no serviço de nutrição.

No planejamento da atividade os critérios para a escolha das receitas a serem desenvolvidas, discutidos também com a usuária, foram o valor nutricional, o custo e a facilidade do preparo. Ficou combinada a preparação de um *flan*, uma espécie de pudim, pela usuária e um patê pelas nutricionistas. O processo compartilhado sobre a escolha das receitas teve como propósito favorecer a discussão sobre a qualidade nutricional dos alimentos e a diversidade de opções para lanche, bem como ações mais autônomas para a resolução de questões de seu interesse. A compra dos materiais, exceto os ingredientes necessários ao preparo da receita da usuária e que foram por ela mesma trazidos, foi viabilizada através de ajuda de recurso oferecido pelo CSE para a realização de dinâmicas do serviço de nutrição. No encontro diferentes questões apareceram: consumo de pães integrais e grãos, alimentação para diabéticos, maneiras de favorecer a saciedade, modos de higienização dos alimentos. A respeito desse último ponto destacam-se as orientações das nutricionistas sobre a distribuição de hipoclorito pelo SUS, o que resultou na disseminação de seu uso pelas participantes.

Com esta proposta foi possível viabilizar a discussão de temas e a experimentação das receitas, assim como perceber alguns desdobramentos da atividade, como relatos das participantes a respeito de outras maneiras de preparar as receitas desenvolvidas e a incorporação do uso do hipoclorito para higiene dos alimentos.

Também foi possível perceber que as ações do grupo constituíram uma espécie de *teia de acolhimento e de compartilhamento* entre os saberes e as experiências das usuárias e das nutricionistas a partir de questões que emergiram no decorrer de uma prática, o que reforça o sentido da não fixação no *fazer uma prática corporal*, considerando que o aprendizado do cuidado está para além da mera execução de movimentos pelos participantes.

Quanto à abordagem do cuidado com o corpo por meio da orientação postural, ainda focalizando as situações que emergiam do movimento das participantes em relação umas às outras, a intenção não era prestar ensinamentos de uma maneira *pastoral*, indicando o *certo* e o *errado*, o *que pode* e o *que não pode*. A proposta era conversar e vivenciar movimentos relacionados com o cotidiano, de modo que as pessoas pudessem descobrir maneiras para lidar com as situações de seu próprio contexto. Ao pensar em contribuir para que atuassem diante de situações como dores e desconfortos, relatados em encontros do grupo, pedi ao grupo que escrevesse sobre a questão. Outro objetivo do trabalho era tematizar os aspectos da responsabilização e do cuidado com o outro, no que se refere ao aprendizado e ao compartilhamento de orientações de outras pessoas do convívio dos participantes.

O cuidado entre as participantes também se manifestou de outras formas. Chamou a atenção em um dos encontros a atitude uma participante minutos antes do início do grupo:

Olha, Carlota, eu fiz esse xarope para você. Vi que você estava tossindo bastante na terça-feira. Carlota abraçou Doralice, emocionada: Poxa, você percebeu, né?

(Trecho de diário de campo)

É preciso destacar que o uso de ervas para a preparação de chás e de xaropes era algo bastante valorizado por algumas integrantes do grupo, que não apenas contavam suas experiências, mas também ofertavam “preparados” umas às outras, o que ajuda a perceber como as pessoas podem ensinar sobre outras formas de pensar a saúde:

No momento em que Doralice ofereceu o vidro de xarope a Carlota, D. Irá falou: “Ela já cuidou de várias pessoas aqui, é a nossa médica.” Doralice respondeu: “O que a gente aprende, não tem que ficar guardado com a gente, porque senão não tem sentido. Tem que dividir.”

(Trecho de diário de campo)

Outros saberes da cultura popular também foram partilhados. A esse respeito merece ser destacado um fato que ocorreu durante uma prática, que permite a reflexão sobre como o trabalho com as práticas corporais pode fazer emergir questões que merecem ser valorizadas pelo profissional justamente por dizerem respeito às diferentes maneiras de viver das pessoas:

A gente fazia isso [descer o tronco para frente com os braços estendidos e as mãos unidas] quando a gente estava com o *bucho virado*. Doralice disse: “Era espinhela.” Se sentisse dor é porque estava aberta. Então a gente fazia esse tipo de exercício para ela fechar. A gente não tinha médico e endireitava. Mas o povo hoje diz que é mais fácil hoje ir para o médico, tomar remédio. Eu não sei se isso é mais fácil, não.

(Falas de participantes do grupo de práticas corporais)

Esse momento com o grupo tornou outra vez evidente que a atuação com o cuidado coma postura em perspectiva ampla, isto é, valorizando questões relativas aos modos de vida das pessoas em detrimento da fixação na doença e no aspecto quantitativo do movimento, pode mobilizar lembranças, afetos e experiências que não deixam dúvidas sobre o caráter singular dos encontros na atenção básica. Sob essa perspectiva, cabe ao profissional reconhecer a importância de dar vazão à discussão de temas diretamente relacionados com as experiências das pessoas de modo contextualizado, tendo em vista que tal atitude pode favorecer a constituição de sentido para a prática em questão, para o trabalho proposto, bem como para outras formas de as pessoas pensarem sobre o cuidado de si e do outro.

É nesse sentido que o profissional, quando considera os saberes relacionados com outras formas de cuidar da saúde em detrimento da valorização dos saberes estruturados, pode contribuir para o protagonismo e o reconhecimento das pessoas pelo grupo, bem como no que se refere à compreensão por parte dos profissionais sobre a complexidade do trabalho em saúde. A esse respeito merece ser destacado que foi possível discutir a temática da escuta e do não desprezo dos saberes da cultura popular também com os alunos do CEFACS, no momento em que estes manifestaram entre si um estranhamento sobre a questão do uso de ervas e do xarope ofertado pela participante do grupo à senhora com problemas respiratórios. Ainda sobre o tema da aproximação dos alunos da saúde com questões do mundo *concreto*, uma participante reforçou aos estudantes a importância de entenderem que as pessoas apresentam diferentes problemas que nem sempre são identificados por meio de exames, trazendo a discussão sobre o sofrimento que o desconhecimento da síndrome do pânico e o preconceito por parte dos profissionais de saúde causou em sua vida.

Estação 5: O movimento do grupo possibilitou a vivência e o compartilhamento de ações de cuidado

Foi seguindo essa estratégia que abordei o tema do cuidado com o corpo no grupo. O recurso utilizado foi que as participantes escrevessem sobre as dores e desconforto relatados no decorrer dos encontros, não apenas como um recurso para identificação das demandas, mas também como um meio para estimular o pensamento e a explicitação das sensações e necessidades por parte das pessoas. A intenção era contribuir para que compreendessem e assumissem o próprio cuidado, assim como o cuidado de outras pessoas, sem necessariamente depender da figura de um profissional ou de equipamentos específicos para a produção da saúde.

Figura 6 – Material produzido no encontro a partir do tema cuidado com o corpo.

A partir das demandas apresentadas o primeiro encontro privilegiou a discussão sobre dores na cintura pélvica e suas repercussões em outras regiões do corpo, principalmente em relação à postura sentada, assim como a vivência sobre a manipulação e o deslocamento de objetos com distintas formas e volumes, seja no ambiente doméstico ou de trabalho. Importante para a realização destes momentos foi a ajuda dos funcionários do setor da limpeza do CSE, que emprestaram materiais como vassouras, pás, panos de chão, baldes para serem utilizados nas discussões sobre ergonomia e sobre adaptação de objetos no cotidiano.

Minha intenção era favorecer a discussão do cuidado com o corpo de maneira não fragmentada. Na prática seguinte, adotando a mesma dinâmica, tematizamos a região da cintura escapular e dos membros superiores, em relação à utilização de objetos domésticos e do computador e também o ajuste de materiais e mobiliários, visando minimizar quadros álgicos. Já no terceiro encontro foram debatidas a posição de dormir e questões relacionadas ao sono. Durante a atividade uma usuária comentou sobre onde poderiam ser adquiridos objetos de uso doméstico ergonômicos com valor mais barato, mas que também os mesmos objetos de casa também poderiam ser adaptados: *“Meu marido adaptou a vassoura e a pá (...). Amarrou um pedaço de outro cabo no cabo na vassoura e a pá ele cortou uma lata de tinta e prendeu um cabo de vassoura de uma altura boa para o meu tamanho”*. Interessante que na semana seguinte uma participante pediu para repassar ao grupo, antes do início das atividades, informações sobre uma loja deste mesmo tipo de produtos ergonômicos que também possuía preços acessíveis. Outro aspecto que chamou atenção foi o relato de uma participante a respeito da redução do desconforto na coluna por ter conseguido desenvolver algumas das posturas discutidas e também por ter experimentado os equipamentos ergonômicos comprados por sua patroa e que não eram utilizados por não os considerar desnecessários.

Um desdobramento das práticas de orientação postural foram as demandas por práticas de massagem como possibilidade de aliviar dores no corpo, especialmente nas regiões cervical e lombar e nos pés. Identifiquei que era possível ampliar a discussão sobre o autocuidado e o cuidado com o outro, propondo vivências com o objetivo de favorecer vivências de automassagem e a troca de experiências por meio do toque entre as participantes. Além disso, as demandas permitiram abordar o aspecto da descoberta de diferentes materiais em associação com dinâmicas de relaxamento, técnicas de respiração e percepção corporal. A intenção era trabalhar a importância da escuta de si e do outro para a identificação de

necessidades e das repercussões do toque, assim como para minimizar o medo da manipulação de áreas dolorosas, especialmente em relação às outras pessoas, permitindo trabalhar a questão do vínculo. Ressalta-se que a ideia de associar a prática de massagem com as referidas dinâmicas se deu em função de relatos de diferentes problemas ao longo das encontros, entre estes depressão, fadiga, dores, desconforto respiratório e por outras situações como ansiedade e dificuldades de relaxamento e mesmo o sofrimento com a morte de um parente. A experiência com a temática do cuidado com o corpo reforça a importância de as intervenções de práticas corporais na atenção básica privilegiarem o aspecto da heterogeneidade do grupo e o reconhecimento da diversidade de necessidades que não estão necessariamente estão vinculadas somente ao plano biológico.

Com as atividades foi possível perceber o interesse em proporcionar um toque agradável ao parceiro, assim como a preocupação em não machucá-lo ou causar-lhe dor. Era frequente o uso de frases como “*Minha mão é pesada*” e “*Se doer pode falar*”, o que permitiu trabalhar a questão da descoberta das diferentes possibilidades de toque, tematizando a necessidade da escuta em associação com o aprendizado de diferentes técnicas de massagem.

Além disso, observou-se a constante troca de conhecimentos entre as participantes, no caso de uma senhora que compartilhou orientações sobre maneiras de trabalhar a respiração conforme havia aprendido com a fonoaudióloga do CSE e de uma outra usuária que buscou ajudar uma participante que relatava dores na cervical e dificuldades para relaxar, sobretudo por transferir tensão de uma região para outra do corpo, incluindo situações cotidianas como no momento de estender as mãos para a manicure.

Carla disse a Regina: ‘Você fica fazendo assim [respiração com os olhos fechados], sem a pessoa perceber. Aprendi com o médico quando cuidava de minha mãe doente [...]. Você esquece que a manicure está mexendo em você porque joga a atenção para concentrar na respiração.

(Fala de participante – grupo de práticas corporais)

Estação 6: Outras possibilidades para trabalhar com o movimento

A questão do uso de diferentes materiais foi um aspecto a ser trabalhado com o grupo. Minha intenção era favorecer a vivência e a descoberta de materiais de baixo custo e de fácil acesso, visando problematizar a questão do consumo de produtos em relação à qualidade do cuidado. Nesse sentido, a experiência junto ao serviço levou à descoberta de materiais pela

própria pesquisadora. Dentre estes destaca-se o uso dos rolos de papelão dos lençóis descartáveis para macas, que eram dispensados pelo CSE e que passaram a ser coletados por funcionários da limpeza depois que lhes pedi ajuda.

Figura 7 – Rolos de massagem produzidos a partir da estrutura de papelão dos lençóis descartáveis utilizados no CSE.

A primeira vivência com o material específico, voltada para a região dos pés, permitiu uma experiência nova não apenas para as participantes, mas também para mim, que ainda não tinha utilizado os rolinhos de papelão. Chamou atenção o comentário de uma usuária: *“A sensação é bem parecida com aqueles objetos de massagem orientais (...). Eu tenho vários desses em casa porque eu compro para relaxar minha coluna”*. A partir deste relato foi possível atingir o objetivo de tematizar de maneira crítica a vinculação da qualidade do cuidado ao consumo de produtos e serviços, que é amplamente difundido pelos meios de comunicação e por alguns profissionais da área. A questão que se coloca diz respeito à necessidade do profissional compreender e debater com as pessoas que o sentido das práticas está em privilegiar a descoberta da gestualidade, de formas para lidar com dores e sofrimentos e da experiência com o cuidado para além de fins mercadológicos. A discussão implica uma abordagem ampla sobre a importância da escuta de si e do outro, independentemente do uso de equipamentos sofisticados, sobretudo porque o sentido das ações se volta para a intencionalidade de pensar a produção de saúde e para o reconhecimento das necessidades, seguindo referenciais que tratam o tema da saúde de maneira “ampliada”, o que torna possível discutir a incorporação de outras maneiras de pensar a questão da saúde com as pessoas.

Uma situação interessante ocorreu quando uma participante, alguns dias depois de uma prática de massagem com bolas de tênis usadas, que me pertenciam, fez o seguinte comentário:

Comprei um pacote de bolinhas de tênis em uma loja de R\$ 1,99 [...]. Fui usar, toda empolgada, e a bolinha estourou. Essas bolinhas não prestam, não são de qualidade.

(Fala de participante – Grupo de Práticas Corporais)

A fala trouxe a reflexão sobre a necessidade de abordar a discussão implicitamente aberta pela participante. Meu movimento não teria, ainda que indiretamente, suscitado o consumo de um material em função do uso das bolas de tênis no CSE? A inquietação se deve ao fato de que não tive custo com o material, que tende a ser muito caro. Com o fato foi possível refletir sobre a imprevisibilidade dos acontecimentos no que se refere às escolhas dos sujeitos, ainda que o profissional de saúde tenha atenção com suas propostas de cuidado para o grupo, o que contribuiu para que eu pensasse em novas proposições para os encontros, sendo uma delas a produção de bolas de meia na tentativa de trabalhar a questão.

Ao propor a ideia ao grupo uma participante demonstrou o modo de fazer as bolinhas, contando que havia sido uma das brincadeiras de sua infância. Já outra, que realizava trabalhos manuais, comprometeu-se a trazer tecidos para a confecção das bolas, mobilizando outras participantes a trazer meias e retalhos. Considerando o movimento do grupo, ficou combinado que as participantes trariam os materiais para a produção. No dia do encontro a senhora que havia se comprometido em ofertar os tecidos preparou uma bola de meia e moldes de fuxicos ⁴⁰ para o encontro, dispondo-se inclusive em ensinar o grupo a “fuxicar”.

No decorrer da produção as participantes foram trocando experiências não apenas sobre como fazer as bolinhas, mas também sobre a utilização no dia a dia das bolas de tênis usadas que foram ofertadas pela pesquisadora. Uma senhora, por exemplo, contou ter massageado sua filha, que tem dores na coluna, e outra disse ter feito massagem nos pés para aliviar as dores decorrentes de um esporão de calcâneo. Já outra usuária, a mesma que suscitou a ideia de propor a confecção de bolas de meia, comentou:

Inventei uma forma de usar o rolo de papelão da embalagem de plástico filme porque são mais fracos que os daqui [Rolos de papelão dos lençóis das macas] [...] Fui enchendo com tecido e cobri com uma malha.

(Trecho de diário de campo)

⁴⁰ Técnica de artesanato por meio da qual retalhos de tecidos são cortados em formato circular e, posteriormente costurados com agulha e linha, dando origem a objetos que se assemelham a uma flor. O ato de confeccionar os fuxicos é chamado de “fuxicar” em função das conversas que permeiam o momento da produção, que tende a ter uma duração prolongada por aqueles que a desenvolvem.

O comentário da participante ocasionou a fala de uma senhora que não havia vivenciado a prática de automassagem: *“Mas na massagem a gente sempre precisa ter alguém para fazer pra gente porque não dá para fazer só”*. A fala contribuiu para enfatizar a questão junto ao grupo, considerando que a proposta era o aprendizado e a experimentação do produto através de vivências individuais e coletivas, o que resultou em um outro encontro para nova discussão sobre o sentido da aquisição de materiais para o cuidado da saúde, assim como as diferenças entre o uso das bolas de meia e de tênis.

Figura 8 – Bolas de meia produzidas por participantes do grupo de práticas corporais.

Ainda a respeito do tema há que se destacar que os relatos parecem apontar para atitudes de apropriação do uso de recursos materiais, seguindo a perspectiva desenvolvida nos encontros do grupo. O primeiro movimento ocorreu enquanto o grupo se preparava para o início de uma prática de dança quando uma participante explicou que havia utilizado a embalagem de filme plástico para produzir um rolinho de massagem:

[...] Mudei! Pus revista porque o jeans que usei começou a amassar'. Perguntei: 'E isso?'. 'É moletom, mas pode ser qualquer pano [...]. Cortei a "Veja" em duas partes, enfiei e não precisa de mais nada.

(Fala de participante – Grupo de práticas corporais)

Figura 9: Rolo para massagem produzido por participante do grupo de práticas corporais

Já o outro movimento se deu no momento em que eu me despedia de uma participante no corredor do CSE, ao final de uma prática voltada à experimentação de toalhas de banho para o relaxamento e alívio de dores na coluna:

Aprendi muito aqui, sabe. Fico usando o rolinho, fico alongando [...]. Ensinei para meu marido. Ele deita no chão da sala e massageia as costas porque tem dor na coluna.

(Trecho de Diário de campo)

Os relatos trouxeram a reflexão sobre o que parece ser a construção de ações de responsabilização das participantes sobre a *produção* de um recurso material no que diz respeito ao *fazer* uma prática corporal, seja no aspecto do autocuidado, seja no aspecto do cuidado com o outro. O movimento reforça a ideia de que o modo de intervir do profissional de saúde pode repercutir na compreensão e na incorporação de outras maneiras de lidar com a saúde, o que foi reiterado pela fala de uma senhora no momento de uma prática:

Adriana disse: Esses exercícios me ajudaram tanto nas férias. Esse então de descer... [flexão de tronco]. A cervical deu crise, o que me ajudou foi esse aqui da cabeça [alongamento de membro superior].

(Fala de participante – Grupo de práticas corporais)

Ou seja, a intenção da *produção* não se fixa no aspecto do *produto*, mas na possibilidade de *produzir* encontros, outros olhares para o cuidado com o corpo, bem como novos padrões de subjetividade, conforme orienta a teoria da *Clínica Ampliada* (Campos, 2003), opondo-se a lógica que incute a culpa e o medo nas pessoas. Foi seguindo essa

perspectiva que incentivei outras *produções* com a finalidade de gerar novos *encontros*, seja baseada em momentos singulares do próprio grupo, seja por meio de proposições na condição de profissional de Educação Física.

Estação 7: A pesquisadora incentivou diferentes produções pelo grupo

Os encontros de práticas corporais possibilitaram diferentes produções: encontros festivos, visitas a locais públicos no entorno do serviço e conversas para a abordagem de assuntos específicos. Em relação ao primeiro tópico houve a realização da festa junina, da festa da primavera e de festa natalina, que tiveram como cenário o jardim da faculdade. Tinha clareza do limite tênue de aceitar o desafio de desenvolver tais festas, especialmente considerando a linha de trabalho desenvolvida, que pensa no compartilhamento de interesses e na produção de saúde para além dos modelos tradicionais, a fim de que a proposta não tivesse como característica o “fazer por fazer”, reproduzindo a figura do “profissional polivalente” tão frequente no ambiente escolar, ou seja, “o tio da física”, que tem como responsabilidade ensinar as crianças a marchar na semana da pátria, bem como coordenar datas comemorativas que na maioria das vezes são desenvolvidas de modo mecânico e descontextualizado da vida da comunidade escolar. Busquei enfrentar tal desafio propondo a construção de festas que pudessem ser utilizadas como recursos para abordar os conceitos trazidos pelo referencial, de modo semelhante ao que fazia nos outros encontros com o grupo, por compreender que tais noções também se fazem presentes em momentos de festividades, exatamente por estarem relacionados com os desejos e interesses das pessoas.

A ideia de realizar a primeira festa partiu de uma senhora no mês de junho, durante uma prática de alongamento em duplas, no momento em que as participantes estavam frente a frente, de mãos dadas: “*Bem que a gente podia fazer uma festa junina!*”. Ao perceber a motivação do grupo, pensei que a ocasião poderia ser uma oportunidade para exercitar o trabalho coletivo por meio do incentivo à negociação e ao planejamento da festa. Houve a discussão sobre a data a ser escolhida, os “comes e bebes”, a partir de uma lista trazida espontaneamente por uma participante, e também a seleção de atividades a serem desenvolvidas. Além desses temas discutiu-se sobre a possibilidade de convidar familiares e profissionais do CSE.

O encontro foi marcado pela presença de filhos e maridos das participantes, que inclusive ajudaram nas tarefas de arrumação do jardim, e também contou com a presença de alunas de enfermagem e nutrição e de profissionais do CSE. As brincadeiras incluíram o “rabo do burro”, tiro ao alvo em latinhas usando as bolinhas de meia, pula corda e quadrilha. A festividade mobilizou diferentes ações das participantes, como a oferta de latinhas e de uma corda, além da confecção em aquarela do burro pelo filho de uma participante. A esse respeito destaca-se alguns acontecimentos relacionados com o “rabo do burro” e a “quadrilha”:

Percebi que Paula estava insegura: ‘Tenho medo. Não gosto de ficar vendada’. Enfatizei que a acompanharia tentando incentivá-la, mas não foi suficiente para gerar confiança [...]. Aceitei o convite para brincar buscando incentivá-la. A usuária continuava participando à sua maneira [...] Conversei sutilmente com as pessoas que apupavam os participantes, não tinha desistido de Paula [...]. De repente, disse: “Eu vou! Você vai comigo?”.

(Trecho diário de campo)

O trecho destaca um dos sentidos dos encontros em saúde que diz respeito à necessidade de o profissional estar a todo momento atento às possibilidades de trabalhar questões junto ao grupo por meio da identificação de situações singulares. Já a dança de quadrilha remeteu à reflexão de que as festas podem ser um espaço de acolhimento e de reconhecimento dos limites e potencialidades do outro, assim como de construção de redes de encontro para além de meros momentos de descontração:

Estávamos dançando e percebi o olhar atento de D. Rosa [participante com dificuldade de locomoção] para o grupo. Pensei que gostaria de ter aceitado meu convite para dançar, mas que talvez tivesse receio de atrapalhar [...]. Vi a senhora sendo trazida pela filha [...]. O grupo percebeu a necessidade de adequar os movimentos para que ambas pudessem participar. Havia um clima de acolhimento e de solidariedade [...]. Ao final D. Rosa disse: ‘A próxima festa tem que ser em setembro para a gente comemorar a chegada da primavera.

(Trecho de diário de campo)

Aqui há que se destacar que esse foi o ponto de partida para realização da *feira da primavera*, como foi chamada pelo grupo. Em relação à atividade, o aspecto principal foi o envolvimento das pessoas, em decorrência do desafio lançado que lancei sobre a possibilidade do desenvolvimento de momentos dessa natureza com objetos e enfeites que as participantes já possuíssem. Embora a primeira festa tenha tido um custo reduzido por termos priorizado, por exemplo, a produção em dupla dos “comes e bebes”, a ideia surgiu com o propósito de reforçar que a qualidade do encontro não estava na compra de uma decoração sobre o tema, mas sim na qualidade do envolvimento e do compartilhamento de momentos entre as pessoas.

Durante uma discussão sobre a produção de enfeites com material de baixo custo, como garrafas plásticas, conforme sugerido por uma senhora, a fala de uma participante reforçou, ainda que indiretamente, a posição por mim pretendida no que diz respeito ao envolvimento das pessoas com sentido do trabalho e com a criação coletiva: *“Ah, comprar é mais fácil, dá menos trabalho. Sou muito ruim com esse negócio de fazer (...). Não se preocupe que não é caro”*. Continuei investindo na produção da festa pelo grupo. Ao propor a questão algumas pessoas sugeriram trazer flores artificiais e que os trajes remetessem a estampas florais. Na prática seguinte uma senhora trouxe flores que fez com papel crepom e outra trouxe flores de garrafas plásticas, que confeccionou junto com sua filha.

Figura 10: Flores de papel crepom (esquerda) e de garrafas plásticas (direita) produzidas por participantes do grupo de práticas corporais para *Festa da Primavera*.

Ao constatar o interesse das participantes pelas flores produzidas, percebi que poderia ser a oportunidade para incentivar a produção coletiva, conforme havia proposto. Os enfeites para a festa foram produzidos em dois encontros, no próprio horário de realização do grupo. Neste ponto cabe destacar que os momentos permitiram reforçar o sentido da proposta de preparação do encontro pelo próprio grupo, especialmente sobre a possibilidade do aprendizado com o outro. Foi evidente o cuidado das participantes de maior habilidade manual em ensinar as que tinham dificuldades, assim como a persistência de uma usuária em produzir uma flor junto com uma senhora de mais idade, que afirmava: *“Eu não consigo. Eu Sou uma negação!”*. Outro momento que chamou atenção foi a participação da senhora que havia sugerido a compra de materiais por não ter habilidades manuais, e que dizia rindo: *“Estou tentando fazer a flor, mas por enquanto estou só no apoio moral mesmo!”*. Ficou evidente que a participante se abriu para a experiência, mas principalmente compreendeu o

sentido da proposta, que se voltava à produção de encontros. Tal compreensão foi reiterada quando, em um encontro posterior, a mesma usuária relatou como havia observado nas pessoas a preocupação em ensinar, assim como a possibilidade de valorizar as qualidades que as pessoas carregam, tendo em vista as sugestões de flores trazidas por duas participantes.

Há ainda outros dois aspectos que merecem ser ressaltados: O primeiro, foi a observação discreta, pela porta entreaberta do médico ginecologista, que havia acompanhado pessoalmente uma senhora ao grupo, com o propósito de incentivá-la a participar do projeto, conforme descrito na Estação 8 (“O movimento dos profissionais em relação à pesquisadora”); o segundo, foi a atitude de uma participante que, no início do encontro, me entregou materiais para serem utilizados pelo grupo:

Trouxe esses caninhos para fazer exercícios. Eles iam jogar fora no mercado e perguntei se podia levar”.

(Fala de participante - Grupo de Práticas Corporais)

Figura 11: Canos de plásticos que foram recolhidos em um supermercado e oferecidos ao grupo por uma participante.

Esta oferta não foi exceção, sendo que o mesmo ocorreu outras vezes por iniciativa de outros participantes do grupo, como uma senhora que ofereceu um CD para práticas de dança, cujas músicas foram selecionadas com a ajuda do filho, assim como a oferta por parte de uma outra senhora de bolas de tênis que caíam em seu quintal por morar ao lado de uma escolinha, o que sugere um movimento de apropriação pelas participantes do sentido do cuidado em uma perspectiva do coletivo.

Voltando à festa da primavera, as marcas do encontro, que contou novamente com a presença de familiares e de aprimorandas de nutrição e funcionários do CSE, foram o sentimento de contentamento das pessoas com o trabalho desenvolvido, mas também a tristeza pela ausência da senhora que sugeriu o tema da festa, em virtude da mudança para a realização de um tratamento de saúde em outra cidade. Já em relação à festa natalina, há que se destacar, além da construção coletiva seguindo a mesma linha da festa da primavera, o movimento das integrantes de redigir um abaixo-assinado para a continuidade do grupo de práticas corporais no CSE. Foi elaborada também uma carta para a Diretora, justificando a solicitação do grupo.

Em relação ao reconhecimento de locais públicos, segundo tópico relacionado ao tema da *produção*, minha intenção era favorecer a constituição de novas possibilidades de encontro, seja por meio da identificação de locais para o desenvolvimento de práticas corporais, seja pelo incentivo ao protagonismo das pessoas no que se refere a não fixação na figura do profissional para a realização de práticas. Deste modo foi possível tratar do aspecto da explicitação do interesse sobre locais a serem visitados, bem como trabalhar a questão da realização de encontros sem a minha presença.

A escolha dos locais era feita por meio de sugestões das pessoas, que apontavam espaços próximos de suas casas ou que já haviam visitado ou ainda que tivessem interesse de conhecer. Buscava-se reforçar os encontros do grupo como um espaço para o exercício da capacidade de escolha e de manifestação de interesses. Há que se destacar uma frase que utilizei em um dos encontros que passou a ser usada pelas participantes inicialmente no momento da decisão das práticas e posteriormente foi adotada também para a escolha dos locais a serem visitados: *“Aqui não pode, pode ser, tanto faz, sei lá”*. As integrantes do grupo, sobretudo as mais jovens, usavam as expressões buscando encorajar a verbalização dos desejos por parte das pessoas de maior faixa etária, que tendiam a responder que *“O que for decidido está bom”*. Entretanto, a experiência reforçou o quanto a questão deveria ser tratada pelo profissional de saúde de modo cuidadoso e responsável, ainda que a intenção fosse estimular a capacidade de decisão coletiva, considerando que um conjunto de fatores envolvem a vontade e a explicitação dos desejos pelas pessoas.

Nesse sentido as caminhadas, tanto no jardim da faculdade quanto nos espaços públicos, permitiram outra abordagem sobre a prática. Foi possível, por exemplo, realizar encontros para o reconhecimento da sensação de fadiga, da pulsação e de possíveis desconfortos em si mesmo e no parceiro, pois um momento das atividades envolvia a

formação de duplas nas quais esse reconhecimento era trabalhado. A intenção foi possibilitar discussões a partir da percepção sobre a prática para além da ideia de “palestra sobre os benefícios da caminhada para a saúde”. Seguindo esta linha houve uma prática de caminhada no jardim sem a minha participação, numa ocasião em que não pude comparecer ao grupo. Identifiquei nisto a oportunidade de reforçar a construção de ações mais autônomas pelas participantes.

A questão que se coloca, especialmente reconhecendo o movimento das participantes que desenvolveram uma prática de caminhada no jardim, embora tenha ocorrido um estranhamento inicial da proposta, diz respeito à necessidade do profissional de Educação Física compreender o sentido de trabalhar de modo positivo o aspecto do vínculo construído com o grupo. Cabe, portanto, estimular a experimentação de novos encontros por meio dos quais as pessoas possam identificar o que faz sentido no que se refere ao tema da saúde sem a necessidade de um profissional para “prescrever” o que deve ser feito.

A proposta é contribuir para a ampliação do pensamento sobre a criação de ações de alargamento das fronteiras da autonomia, em detrimento de uma postura de dependência diante do discurso que justifica a presença do profissional para garantir a qualidade da prática ou mesmo para a proteção contra a ocorrência de lesões. O tema remete à discussão sobre como o trabalho com as práticas corporais, compreendidas como práticas de cuidado, pode ensinar o profissional a ressignificar as relações de poder que são legitimadas pelo modelo cientificizador, que orienta a forma de lidar com o conhecimento científico.

Foi seguindo essa perspectiva que propus práticas de caminhadas em locais do entorno do CSE, que permitiram a percepção de diferentes movimentos do grupo. Com isso foram explorados diferentes espaços públicos, conforme destacado em vermelho no mapa:

Figura 12 – Locais onde foram realizadas práticas de caminhadas pelo grupo.

Estação 8: As práticas em locais públicos também podem contribuir com a troca de experiências e para o protagonismo das pessoas

O aspecto marcante da primeira caminhada foi o modo como uma participante, que morava próximo ao local, assumiu a condução do grupo, orientando o trajeto a ser percorrido e explicando que era um “ótimo lugar para respirar” por haver eucaliptos no local, o que deu ensejo a um diálogo com outra usuária que também morava na região:

U1: ‘Quando vim morar aqui era só eucalipto. Lembra, Helen?’. U2: ‘Lembro. Quando chegamos era só barro ainda ali na Vila Madalena’. Perguntei: ‘Isso quando?’ U1: ‘Na década de cinquenta para sessenta. A praça não era bonita e estava começando a construção do colégio [...] Uma vez meu médico veio visitar meu filho, que estava doente, e disse: Você tem um eucaliptal perto da sua casa. Faz ele respirar o ar puro que tem lá’.”
(Falas de participantes – Prática de Caminhada/Praça Horácio Sabino)

O trecho mostra como uma prática dessa natureza é capaz de traduzir um pouco da relação que as pessoas mantêm com o local e como pode remeter ao aspecto da memória. A respeito desse último, há que se ressaltar o movimento de uma participante a caminho de um conhecido parque da cidade:

Estávamos caminhando quando D. Irá falou: ‘Deixa eu te mostrar uma coisa’. Então retirou da bolsa uma foto em preto e branco dizendo: ‘Essa sou eu com cinco anos no *Trianon*. Acho que você deve saber que as fotos não eram como hoje que todo mundo tem câmera. Quem tirava as fotos eram os lambe-lambes com aquelas caixas pretas enormes [...]’.
(Trecho de diário de campo – Prática de Caminhada/Parque Trianon)

O relato ajuda a pensar sobre os distintos elementos que podem ser valorizados nas caminhadas em locais públicos e que estão relacionados com a possibilidade de reviver emoções e afetos. Entre esses elementos encontram-se a memória, a capacidade de decisão e a renovação da sociabilidade e também a possibilidade de momentos de protagonismo não apenas diante do grupo, como diante de si mesmas, que remetem à noção de produção de saúde como produção de sujeitos.

A prática da caminhada chamou novamente atenção sobre como as participantes que moram próximo ou frequentam o local escolhido tendem a orientar o grupo no trajeto. A senhora que morava próximo ao parque a ser visitado propôs cortar caminho pela galeria de conhecido edifício localizado na Avenida Paulista, *porque era um lugar mais legal que a rua*. Falou sobre os cinemas, livrarias e exposições gratuitas, bem como sobre uma mostra, visitada pelo grupo, sobre a transformação de garrafas plásticas em luminárias decorativas. Ao ouvir essa senhora, outra participante fez o seguinte comentário:

Lembra o Horácio Sabino, que dá nome à praça que a gente foi? Aqui era a fazenda de café da família dele. Do tempo que não existia nada disso [...] Mas a “Paulista” era um lugar importante [...] A gente vinha assistir os desfiles de carnaval com aquelas marchinhas.
(Trecho de diário de campo – Prática de Caminhada no Parque Trianon)

O aspecto da troca de experiências era um elemento presente nos encontros, seja por meio do compartilhamento de temas relativos à memória, seja através de sugestões sobre possíveis lugares a serem visitados:

Aqui é o Centro Cultural Judaico. Têm sessão de teatro, peça, cinema. Não paga nada'. Edilamar respondeu: 'Não sabia disso, não'. D. Irá prosseguiu: 'Você vê que o prédio é a Torá, o livro sagrado deles.

(Falas de participantes – Prática de caminhada Parque da Sabesp)

Outro aspecto interessante dos encontros era o cuidado que as participantes demonstravam umas com as outras, especialmente com as pessoas de mais idade, demonstrando despreocupação com o desempenho físico, aspecto muito valorizado por alguns profissionais da área quando o assunto é a caminhada. Era evidente que a afetividade figurava como o aspecto mais valorizado pelas participantes, o que faz pensar sobre a necessidade de o profissional reconhecer o que faz sentido para as pessoas nos encontros.

Percebi que Rita, Adriana e Djanira andavam mais lentamente. Aproximei-me e perguntei se estava tudo bem. Adriana respondeu: 'Nós estamos acompanhando a Djanira que anda mais devagarzinho'. Pensei sobre o cuidado e a preocupação do grupo com a senhora, que tendia a aumentar nas caminhadas fora do CSE.

(Trecho de diário de campo Prática de Caminhada/ Av. Sumaré – Praça Irmãos Karmer)

A questão de o profissional de Educação Física compreender a caminhada como um momento voltado para produção de encontros, que têm seus ritmos próprios, em detrimento da fixação no aspecto do treinamento de capacidades fisiológicas, também ficou evidente para a pesquisadora ao presenciar outra conversa entre duas usuárias durante prática de caminhada:

U1: Há quanto tempo que você passa ai [no CSE]? Seus filhos passaram? A gente passa com a pediatra e chega uma certa idade que, a minha tem 11, e não pode mais passar. Você conhece Dra. Gislaine? U2: Conheço, mas meu filho não passou com ela. U1: Será que é legal? Porque a Dra. Andreza, ó médica maravilhosa. Ela tem paciência de explicar [...].

(Falas de Participantes – Prática de Caminhada – Av. Sumaré/Praça Irmãos Karmer)

O profissional quando focado apenas nos aspectos fisiológicos deixa escapar a possibilidade de favorecer a produção de encontros dessa natureza. Neste sentido as práticas também foram pensadas como espaços para a produção de diálogos, isto é, hábeis para favorecer o encontro com o próprio pensamento e com o pensamento do outro.

O intuito era ampliar a compreensão sobre as relações, os desejos e as distintas maneiras de viver a vida. Algumas desses encontros foram planejados, outros, porém

emergiram com os encontros. Em um deles estimei a identificação pelas participantes de um momento marcante, a partir das experiências vividas no grupo:

Pedi que fechassem os olhos e respirassem lentamente, refletindo se algum momento havia marcado a passagem pelo grupo. D. Irá respondeu: ‘Quando abrimos nossa caixa de guardados. Foi muito importante falar e ouvir. Fizeram melhorar como pessoa. Foi doído, mas deu resultado.

(Falas de Participantes – Grupo de Práticas Corporais)

O relato faz pensar sobre a oportunidade que o profissional de saúde tem na atenção básica de fazer um trabalho que valorize as necessidades das pessoas, criando possibilidades de efetivamente atuar para além da perspectiva da atenção sobre o corpo biológico, que considera as pessoas como “máquinas perfeitas”, sem emoções e sem afetos, que não carecem de vínculos. Neste ponto destaca-se um relato feito por uma senhora a mim e a outra participante em um momento de conversa embaixo de uma árvore próxima à entrada do CSE. A fala parece apontar para a produção de novos padrões de subjetividade pela referida senhora:

A minha vida mudou da água para o vinho. Eu era muito estressada (...). Perguntei: ‘Porque acha que conseguiu?’ Doralice respondeu: ‘Minha competência [...]. Ouvindo o outro, a cada degrauzinho, porque é de degrau que as coisas acontecem. Jamais acharia que resolveria alguma coisa [...]. No início pensei: Será que isso vai resolver alguma coisa na vida da gente? Porque a gente tem tanto problema, mas comecei a ver sentido nas coisas.

(Fala de participante – Grupo de práticas corporais)

Sobre o tema da produção de diálogos, outros relatos ajudaram a refletir sobre a importância do trabalho com a diversidade de ofertas e com grupos não segmentados:

A brincadeira dos papeizinhos, no jardim, que cada um tinha que ler e interpretar, você mexeu com a gente, não estava esperando [...]. Fez o trabalho de psiquiatra direitinho’. Larissa completou: ‘Tem lugar que vai trabalhar só o corpo, mas a mente, a alma, não trabalha. Aqui encontrei o que estava procurando [...]. Descobri eu mesma. Estou aprendendo a lidar com as dificuldades porque ia no médico e não dava nada (...). Até o peso da alma saiu [...].

(Fala de participante – Grupo de práticas corporais)

A respeito deste tema houve ainda o relato de uma participante que reforça a ideia de que os encontros de práticas corporais podem, de fato, ajudar as pessoas a pensar sobre o próprio pensamento e o do outro e, em última análise, podem ajudar a produzir outras respostas aos problemas da vida:

Estávamos indo para o jardim quando D. Irá se aproximou e falou baixo, segurando meu braço: ‘Já percebi que nada é à toa aqui’. Respondi: ‘Como assim?’ ‘É, porque tudo que você faz tem um sentido, tem um motivo. Você quer cutucar a gente de alguma forma [...]’.

(Fala de participante – Grupo de práticas corporais)

O trabalho com a gestualidade, que privilegia a composição de grupos heterogêneos e o atendimento das necessidades de saúde segundo uma perspectiva ampliada, vai ao encontro dos desafios e necessidades colocados aos profissionais de saúde nos serviços de atenção básica. A questão do atendimento das necessidades nos remete, portanto, ao tema do reconhecimento da singularidade como um recurso metodológico potente para produção de saúde como produção de sujeitos. Contudo o manejo deste recurso requer do profissional a disposição para a escuta e para a constante reinvenção do trabalho. No caso da atuação com as práticas corporais o reconhecimento da singularidade evidencia a sua capacidade para a produção de vínculos e afetos, aspectos fundamentais para a constituição de um trabalho em saúde responsável e humanizado. O olhar do profissional para a singularidade pode favorecer efetivamente o atendimento dos interesses e desejos das pessoas, considerando o aumento da responsabilização e do vínculo entre o profissional de saúde e as pessoas atendidas, tal como ilustrado pela fala de uma participante sobre um momento marcante no grupo:

Eu adorei as músicas do tempo que eu era mais jovem [...]. Eu fico lembrando quando a gente dançava aquelas músicas que você põe. Minha filha não gosta [...] Tenho saudade.

(Fala de Participante – Grupo de Práticas Corporais)

Os momentos de reflexão sobre os encontros do grupo permitiram a abordagem de temas como a prática de caminhada sem a minha presença e também sobre o encerramento do trabalho de campo.

A respeito do primeiro tópico destaca-se o estranhamento por parte de algumas participantes, que tendiam a valorizar práticas realizadas sob a minha condução. Tal demanda exigiu desta última um movimento de incentivo à abertura para a descoberta e a criação de novas experiências com o movimento entre as próprias participantes do grupo. A oportunidade de concretizar tal experimentação ocorreu em função da impossibilidade de estar presente junto ao grupo em determinados momentos. A proposta de uma prática que seria conduzida pelas próprias usuárias gerou o estranhamento de algumas delas, mas também o interesse de outras:

A gente pode caminhar, nós, aqui [...]. Até porque sabemos que não vamos ter a professora para sempre! [...] Se vierem, eu venho”!

(Fala de participante – Grupo de Práticas Corporais)

Foi seguindo essa linha, que tinha como horizonte o trabalho com duas noções trazidas pela *Clínica Ampliada* (CAMPOS, 2000; 2003; CUNHA, 2005), a responsabilização e a produção de autonomia, que abordei o aspecto do encerramento do trabalho de campo, pois este era um tema que me gerava grande preocupação, não apenas pelo vínculo e pela responsabilidade estabelecidos em relação ao grupo, mas também pelo respeito por cada sujeito. Busquei instigar a reflexão sobre assunto com o propósito de preparar as pessoas para o encerramento da intervenção no CSE, por acreditar que os *sujeitos de pesquisa* devem ser vistos, de fato, como sujeitos.

Estação 9 – A fase de encerramento do campo: produção de diálogos como um recurso para trabalhar o cuidado

Os encontros na fase final do trabalho de campo foram planejados de modo que fossem privilegiadas práticas que frequentemente atuavam como disparadoras de diálogos, como as de consciência corporal, de relaxamento e de massagem. Foi em um desses momentos que lancei a seguinte pergunta para o grupo:

Vocês já pensaram no que vai acontecer quando o grupo acabar? Doralice disse: ‘Não quero nem pensar!’. Já D.Irá: ‘A gente tem que pôr em prática o que vivemos aqui e tocar para frente. As pessoas entram na vida da gente e levam um pouco da gente quando se vão. Tive síndrome do pânico e perdi dez anos. Aqui foi a oportunidade de falar sobre isso, de aflorar, de vir sozinha.

(Falas de Participantes – Grupo de Práticas Corporais)

Nesse sentido, o tema do encerramento do campo foi constantemente abordado não apenas por meio de conversas, mas também por meio de incentivo à vivência de novas experiências, reconhecendo o vínculo estabelecido entre os integrantes do grupo. Algumas dessas práticas sem a minha presença foram relatadas no início de um encontro após o retorno das festas de final de ano:

Fui lá [à Praça Irmãos Karmer] com a Irá. Não falei que ia?’ D. Irá completou: ‘Liguei também para Djanira. Pegamos uma aula de *tai chi*. Adriana comentou: ‘Não fui dessa vez, fui da outra. Lembra que você não veio e a gente foi até à praça?’.

(Falas de Participantes – Grupo de Práticas Corporais)

Particularmente em relação a este relato há que se mencionar que utilizei o relato para abordar o sentido da presença de um profissional na condução dos encontros, tendo perguntado ao grupo: “Vocês acham que é fundamental a figura do professor?”. A discussão permitiu reafirmar junto ao grupo o sentido do trabalho com a gestualidade e o papel do profissional como um mediador/apoiador, tal como atuei na intervenção com base nas diretrizes da *Clínica Ampliada* (CAMPOS, 2000; 2003; CUNHA, 2005). Considerando o questionamento feito ao grupo foi possível perceber o reconhecimento da linha de trabalho proposta:

Acho que sim, sabe por quê? No Trianon tem uma turma. Fui duas vezes e não voltei mais [...]. Acho que não é como aqui. Você traz coisas diferentes, profissionais que acrescentam na vida da gente. E lá é só fazer, fazer, [...].

(Fala de Participante – Grupo de Práticas Corporais)

Além dessas reflexões houve outros momentos que permitiram trabalhar o vínculo construído com o grupo de forma positiva, isto é, como recurso potencializador de ações. A ideia era reforçar que existem diferenças na forma de operar o trabalho com as práticas corporais embora a linha de atuação seja a mesma. Com isso quis estimular a reflexão das pessoas, ao mesmo tempo que prepará-las para práticas que desenvolveria em conjunto com os alunos do Pró-Pet-Saúde Educação Física da USP. No que se refere aos estudantes, a proposta era oportunizar o contato com questões relativas à pesquisa em saúde e também com o tema da atuação na atenção básica, o que incluía a discussão de aspectos de natureza teórico-conceitual e metodológica. No total foram realizados 6 práticas conjuntas com uma aluna do Pró-Pet-Saúde e com um integrante do Grupo de Pesquisa, havendo uma alternância na condução dos encontros.

Assim, os encontros na fase final do trabalho de campo foram utilizados para estimular o pensamento dos participantes sobre as suas próprias ações e as do outro com o sentido de que o vínculo estabelecido com o grupo pudesse impulsionar outras experiências relacionadas ao cuidado com o corpo, em vez de favorecer a dependência e a resistência à mudança, especialmente considerando a existência de processos de transferência e de contratransferências que também ocorrem em trabalhos em grupo (CAMPOS, 2003). Um

exemplo da forma de conduzir a intervenção na etapa de encerramento do campo foi a questão colocada ao grupo em uma prática de consciência corporal: *Por que vocês estão aqui?*

Adriana falou rindo que vinha por causa da pesquisadora. E complementou: Estou mal, estou tomando anti-inflamatório. Pensei hoje de manhã: Não vou conseguir chegar, mas Valéria está lá, estão todas lá. D. Eva disse: Mas a gente tem que pensar que estamos cuidando de saúde. Adoro ela [pesquisadora], mas temos que ver o que cada profissional tem de bom [...]. As vezes, não podemos escolher nem o médico [...]. Intervim: ‘Entendo o que está falando sobre não criar uma dependência ruim do profissional, mas entendo também que Adriana fala.

(Falas de Participantes – Grupo de Práticas Corporais)

O trecho, portanto, evidencia a importância do profissional de saúde lidar de modo responsável com o vínculo, reconhecendo o afeto constituído e também o valor atribuído pelas pessoas ao trabalho e, ao mesmo tempo, investindo no aprendizado sobre a abertura para novas experiências com outros profissionais e sobre a questão da singularidade da maneira de conduzir qualquer intervenção ainda que os princípios orientadores fossem mantidos, no caso as práticas corporais. Sob esta perspectiva cabia reforçar que a disposição para contribuir para o avanço da proposta, considerando o interesse pelo não encerramento do grupo no CSE.

Estação 10 – O encerramento do campo apontou novos caminhos para as práticas corporais no CSE

Foi com base nesse contexto que incentivei as participantes a explicitarem o desejo de continuidade do grupo. Foi de uma usuária a ideia de como se daria esta audiência: “(...) *A gente pode ver para a Diretora vir um dia aqui no grupo. Não sei se vocês vão concordar comigo, mas em vez de a gente ir até ela, podíamos convidá-la para vir aqui*”.

O interesse reiterado das participantes pelo seguimento do projeto levou a pesquisadora a trabalhar para a implicação do grupo com a ideia, tratando inclusive da vivência com alunos do Pró-Pet-Saúde e do contato com outras experiências com as práticas corporais que eles poderiam desenvolver, bem como de outras que as próprias participantes poderiam ajudar a criar.

Na reunião a Diretora demonstrou abertura para as demandas do grupo:

Inicialmente a Diretora falou que o CSE era da comunidade e que as ações eram guiadas pela opinião dos usuários [...]. Dora explicou: A gente fez um

abaixo-assinado porque a gente sabe o que quer. Gostaríamos de nos colocar para ver o que a senhora pode passar para a gente também batalhar por isso.
(Trecho de Diário de Campo)

Este trecho remete à reflexão sobre a importância do profissional de saúde trabalhar junto aos usuários, no sentido de incentivar ações que favoreçam o seu protagonismo, incluindo o investimento em ações que contribuam com a aproximação entre a comunidade e a instituição de saúde. O acolhimento da iniciativa das usuárias pela Diretora repercutiu positivamente no grupo, ilustrando como o reconhecimento dos interesses e necessidades das pessoas pelo serviço pode mobilizar o desenvolvimento de ações partilhadas:

Começa de pouquinho, mas a gente tem que ter união. Mariana complementou: ‘Só o fato de ela [Diretora] vir aqui, escutar... A partir da nossa união, a gente pode ter mais coisa. Quando a gente precisar falar com ela, vai falar: É a turma da ginástica. Cria um vínculo bacana. E através do nosso grupo pode chamar atenção para outros grupos [...].

(Falas das participantes - Grupo de práticas corporais)

Este encontro serviu também para avançar no trabalho de produção de diálogo com a abordagem de outros temas relacionados com o cuidado. Foi retomada, por exemplo, a questão sobre o tipo de cuidado oferecido na atenção primária, que tinha como finalidade contribuir para um conhecimento mais qualificado e menos estigmatizado a respeito do SUS.

A discussão com a Diretora, que reafirmou sua posição a favor da permanência do grupo no CSE, mas que também expôs as dificuldades institucionais para contratação de novos profissionais, suscitou nas usuárias o questionamento sobre o próprio modelo de atendimento:

Julieta: O que mais chama a atenção na Dra. [Diretora] é que ela quer um tratamento humanizado [...]. Laís disse: ‘Mas precisa de muita especialidade. um fisioterapeuta, por exemplo. Se esse centro de saúde daqui, que é o modelo, não tem um fisioterapeuta [...]. Comentei que era importante entender o que é um serviço de atenção primária, que não tem a característica de um serviço de especialidades. ‘Não é desmerecer o que sentem’, expliquei. Evanir comentou: ‘Eu não sabia [...]. As pessoas não sabem. Reclamam, mas não ficam sabendo o porquê de não ter o que elas querem.

(Falas das participantes - Grupo de práticas corporais)

A construção de ações de cuidado mais autônomas e o trabalho interprofissional marcaram a intervenção em toda sua trajetória. Consonante com estas balizas metodológicas, que também são partilhadas pelo Grupo de Pesquisa foi possível consolidar a efetiva abertura

do CSE Geraldo Horácio de Paula Souza para outras intervenções de práticas corporais, como um projeto de pesquisa proposto por um integrante do referido Grupo de Pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como concluir o trabalho? Esta foi a questão que me cercou por um certo período, especialmente porque entendia que minha relação com o tema da formação em saúde no campo da Educação Física não se encerraria com a conclusão da pesquisa. Tinha a clareza de que o trabalho estava apenas no início, tendo em vista o cenário de formação e de práticas em saúde que predomina no campo – hospitalocêntrico, preventivista, tecnicista, tal como ocorre em outras áreas da saúde –, ainda que possam ser identificadas ações que trazem novos ares para a inserção dos profissionais de Educação Física no SUS, por meio da aproximação daqueles que buscam os serviços e do diálogo com a integralidade da atenção.

Uma dessas formas é o PET-Saúde, que demonstra a importância de se trabalhar para a reorientação da formação em Educação Física com vistas à experimentação do SUS, ao mesmo tempo em que evidencia a difícil jornada a ser trilhada neste contexto, especialmente porque ainda prevalece nos espaços de formação da maioria dos cursos de graduação e de pós-graduação uma concepção baseada na epidemiologia do risco, no modelo clínico-prescritivo e na visão biomédica do processo saúde-doença. Esta visão, por sua vez, se alinha com a lógica e com as leis de mercado e induz a construção de modelos para estruturação dos currículos e da pesquisa segundo critérios excludentes, normativos e hierarquizados (MANOEL E CARVALHO, 2011; FRAGA et al, 2012).

Assim, reconhecendo os desafios e potencialidades que se apresentam aos profissionais de Educação Física na atualidade, o caminho encontrado para concluir o trabalho foi a elaboração de uma espécie de síntese por meio da qual busco compartilhar o que foi possível fazer, bem como os limites da investigação no CSE Geraldo Horácio de Paula Souza, tendo como referência o objetivo que orientou a pesquisa, ou seja, “experimentar” a *Clínica Ampliada* na tentativa de que a teoria pudesse ajudar a qualificar as ações dos profissionais de Educação Física por meio da problematização da necessidade de ampliação dos modelos de intervenção biologicistas e funcionalistas da área, que vêm se espalhando fortemente para a atenção básica.

Neste sentido, a proposta é demarcar algumas correlações entre as noções e diretrizes da *Clínica Ampliada* (CAMPOS, 2003; CUNHA 2005) e das práticas corporais (CARVALHO, 2006; 2007), a partir dos resultados apresentados no Capítulo 3 sob a forma dos “Caminhos de Passagem”. A referida síntese do projeto de práticas corporais no CSE

“Paula Souza” será apresentada por meio de três grandes grupos, a saber, *A ressignificação do processo de trabalho*, *Acolhimento e Interprofissionalidade* e *Vínculo e Autonomia*, embora em nenhum momento as noções tenham se separado no decorrer da pesquisa.

- *A ressignificação do processo de trabalho*

Um primeiro ponto da síntese diz respeito ao tema central da *Clínica Ampliada*, que é *a ressignificação do processo de trabalho*. Sobre esta noção cabe dizer que a vivência do dia-a-dia do campo foi me ensinando que pensar em projetos de intervenção na atenção básica significa compreender que o trabalho em saúde ocorre de modo processual e situacional. Tal questão tornou-se ainda mais evidente quando considerado que foi a experiência com questões “reais” de algumas participantes do grupo que deixou clara a necessidade de reorientação teórico-metodológica do projeto.

Nesse contexto, merecem ser pontuados os acontecimentos relacionados com a *Estação 3* (“Uma reviravolta na fase conceitual”), pertencente aos “caminhos que percorri”, quando a manifestação explícita da necessidade de atendimentos específicos por parte de algumas usuárias exigiu que eu repensasse como poderia lidar com o cuidado de determinadas doenças sem deixar de enxergar as “pessoas adoecidas”. O desafio central era pensar como eu efetivamente interviria a partir das proposições de Campos (2003, p.64) sobre a ampliação da prática clínica que reconhece que “[...] o objeto da Clínica do Sujeito inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito”. Fui, portanto, compreendendo que por meio desse olhar da teoria poderia utilizar de um modo mais ampliado meus conhecimentos em cinesiologia e fisiologia para potencializar o trabalho com as práticas corporais. O adjetivo “ampliado” quer mostrar justamente que uma prática de saúde renovada não significa abandonar os saberes estruturados, mas que esta requer o reconhecimento de que no cotidiano do trabalho o componente biológico de uma doença se manifesta de forma totalmente “misturada” com a cultura, o social, os afetos e a subjetividade.

A experiência com a complexidade das demandas que se apresentaram no dia-a-dia da intervenção remete não apenas à importância de uma reflexão crítica sobre as consequências dos encargos historicamente assumidos pelas diferentes profissões – atribuições de caráter eugenista, funcionalista e disciplinador, no caso da Educação Física – como também permite

um paralelo entre as proposições de Campos (2003) sobre a recomposição das práticas de saúde e a qualificação das práticas de saúde dos profissionais da Educação Física, pois para o autor o caminho para uma prática de qualidade significa:

“[...] superar a fragmentação entre a biologia, subjetividade e sociabilidade, operando com projetos terapêuticos amplos, que reconheçam um papel ativo para o enfermo em luta e em defesa de sua saúde, em geral, interligada com a saúde dos outros” (p. 63).

A posição de Gastão Campos joga luz sobre os problemas relativos ao modo de agir e pensar hegemônico de alguns profissionais de Educação Física, que continuam acreditando que a principal estratégia para a promoção da saúde, segundo a racionalidade biomédica, que se restringe à mera prescrição de trinta minutos de exercício físico diários seguindo a lógica de mudanças de estilos de vida, sem um olhar para a questão da vulnerabilidade coletiva e da fragilidade da vida (CARVALHO, 2006b), que são características do mundo contemporâneo.

É nessa perspectiva, portanto, que podem ser identificados pontos de convergência entre as proposições de prática corporal como práticas de cuidado (CARVALHO, 2006, 2007, 2010) e a teoria da *Clínica Ampliada*, que nos ajudam a compreender o sentido do trabalho em saúde tendo como eixo o sujeito e seus modos de viver. Esta interlocução pode ser percebida tendo em vista que, para Campos (2003, p. 56), fazer clínica significa conceber “[...] uma clínica centrada nos sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, também considerando a doença como parte dessa existência”, ao passo que, para Carvalho (2001, p. 89), intervir com as práticas corporais significa promover encontros, que têm a capacidade de ensinar sobre o cuidado justamente porque a autora compreende que “[...] é no modo de viver que está o segredo”.

Pensar nesse diálogo entre os referenciais da *Clínica Ampliada* e das práticas corporais abre caminho para a reflexão de que a resposta a ser dada para os problemas e necessidades de saúde das pessoas na atenção básica, que é a “porta de entrada” do sistema, não está na mera execução de uma prática, mas no reconhecimento dos valores e dos princípios que orientam e determinam as escolhas, os desejos e os interesses das pessoas. Olhar para a questão dos modos de viver por meio das práticas corporais ajuda o profissional de saúde a problematizar temas que têm tido pouco espaço na formação em Educação tais como o cuidado, a humanizado das práticas, o trabalho interprofissional e em rede, a corresponsabilidade e a coprodução de autonomia, que, em última análise, significa lançar mão do trabalho com as práticas corporais para ensinar sobre questões da vida.

Trago algumas palavras de Carvalho (2010) acerca das práticas corporais como práticas de cuidado que podem ajudar os profissionais de Educação Física no difícil processo de ampliação e recomposição do trabalho em saúde, no sentido da produção de respostas mais coerentes com as necessidades das pessoas por meio da valorização dos modos de viver, que mantém estreita relação com a questão da experiência:

A tese que defendo é a de que as práticas corporais quando analisadas sob o ponto de vista das concepções de corpo, saúde, promoção da saúde, ciência e cuidado nos remetem, em última instância, aos “modos de viver”. E, necessariamente, os “modos de viver” se constituem com base na experiência (...) Porque a experiência da qual fomos expropriados permite ampliarmos a vida, a favor dela. É ela que abre possibilidades para encontros, para conversas e escutas. Resistiremos ao processo de desintegração dos valores com a experiência, com as práticas de saúde e com as práticas políticas formando os indivíduos para que reconheçam suas necessidades (promoção), considerando que as práticas de saúde são as formas pelas quais as sociedades organizam e intervêm no processo saúde-doença (p.55).

Assim, é possível fazer de modo sintético uma analogia entre a ampliação do processo de trabalho, que inclui os *objetivos*, os *meios de intervenção* e a *avaliação do resultado*, tal como proposto por Campos (2003), e o projeto de práticas corporais no CSE “Paula Souza”. Em primeiro lugar, cabe destacar que o *objeto* de trabalho era problematizar o tema da qualificação das ações de saúde da Educação Física tomando como referência o aporte teórico e metodológico da *Clínica Ampliada* e das práticas corporais. Já o *objetivo* era implementar uma intervenção com práticas corporais por meio da qual eu pudesse experimentar como o profissional de Educação Física pode operacionalizar conceitos para a criação de uma metodologia de trabalho que atuasse para a produção de saúde dos usuários atendidos, ao mesmo tempo em que contribuísse com os estudantes e os colegas da área para que pensassem sobre o sentido de proporem projetos em seus próprios contextos. Para operacionalizar os objetivos era fundamental assumir o projeto como um *meio de intervenção*, seguindo a ideia trazida pela teoria da *Clínica*, de que o processo de ampliação das práticas de saúde exige a experimentação de outros recursos que não somente aqueles relacionados com as normas e as técnicas dos saberes estruturados. A concepção do projeto sob essas bases evidenciou a importância da questão de se pensar que os *resultados* de que as ações dos profissionais de saúde não dizem respeito exclusivamente à eficácia quantitativa, que encontra sua máxima expressão no uso de classificações e protocolos, justamente pelo fato de que produzir saúde não tem a ver só com a cura ou com a eliminação de um problema. Com isso foi possível vivenciar na prática o sentido de lidar com estratégias pouco utilizadas pelos

profissionais de Educação Física – a redução de danos, os cuidados paliativos e o aprendizado sobre a coexistência de sofrimentos e de fatores condicionantes – por meio ou a partir das práticas corporais com os profissionais de saúde do CSE e com os participantes do projeto.

Apresento um exemplo que mostra como tratei de uma questão trazida por uma participante do serviço de nutrição que afirmou sentir-se preocupada com resultados negativos na semana da pesagem no referido serviço, em virtude do dilema que enfrentava, visto que a cobrança pela manutenção de seu peso contrapunha-se ao prazer de encontrar-se habitualmente com sua filha ao fim do dia para tomar um lanche. A estratégia que adotei, de promover discussões com o grupo e conversas individuais com a usuária, teve o sentido de ajudá-la a descobrir uma maneira de se responsabilizar por sua alimentação sem desconsiderar o componente subjetivo dos encontros com sua filha, o que em última análise remete à relação entre a qualidade das práticas de saúde e os modos de viver.

O exemplo torna claro o desafio do profissional de saúde de tentar singularizar as questões trazidas pelas pessoas, assumindo a tarefa de ajudá-las a pensar e se responsabilizar sobre sua saúde de forma mais autônoma. Isso significa que é fundamental que o profissional reconheça que as escolhas das pessoas não estão relacionadas apenas à falta de informação, justamente porque envolvem questões relativas à cultura, aos afetos e aos desejos de cada um.

Cabe pontuar, especificamente quanto aos profissionais de Educação Física, que nossas práticas têm grande potencial de produzir iatrogenias, como qualquer outra prática de saúde, ao contrário da retórica hegemônica da área, que difunde a atividade física como algo inócuo ou como uma benesse, em um típico exemplo de postura pastoral, conforme ressaltado por Cunha (2005). Esta postura pode ser facilmente percebida nas reiteradas práticas da área que produzem medo, culpa e dependência nas pessoas, sem reconhecer que nenhum profissional é capaz de “promover” ou “mudar” o estilo de vida de alguém a menos que o sujeito seja incluído de forma efetiva na intervenção, o que remete novamente ao tema da valorização dos modos de viver como forma de ajudar as pessoas a (re)tomarem a experiência com elas próprias e com os outros como um caminho para a produção de um cuidado legítimo.

- *Acolhimento e Interprofissionalidade*

A vivência com os aspectos que compõem a ressignificação do processo de trabalho, conforme apontado anteriormente, abriu caminho para algumas experiências com o tema do *acolhimento* que, seguindo as proposições de Carvalho (2007, p.65) no tocante ao trabalho com as práticas corporais, assume o sentido de “[...] estar atento às pessoas, de trabalhar ouvindo seus desejos e necessidades e, ao mesmo tempo, orientá-las e encaminhá-las de modo a atendê-las para além do imediato”. As ideias da autora sobre acolhimento aproximam-se das proposições de Teixeira (2003), especialmente no que se refere à possibilidade de produção de encontros por meio de práticas que privilegiem os modos de viver cuja base é a experiência (CARVALHO, 2010), tendo o autor introduzido o conceito de “acolhimento dialogado” ou “rede de conversa”, definido como “[...] uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento, isto é, em qualquer dos encontros, que são, enfim, os ‘nós’ dessa imensa rede de conversações que são os serviços”. Exemplos de ações que se aproximam destas ideias podem ser pinçados a partir de acontecimentos presentes nas *Estações 4* (“A composição entre diferentes recursos metodológicos permitiu a produção de encontros com os profissionais”), *5* (“O reconhecimento da profissional no serviço trouxe novos desafios para a pesquisadora”) e *6* (“A experiência junto ao serviço de nutrição abriu outras trilhas”), referentes aos “caminhos que percorri”.

Sobre as estações, ressalta-se uma sequência de fatos desencadeados a partir do momento em que busquei a aproximação com o serviço de nutrição com a intenção de abordar temas de interesse das participantes do grupo, do que resultou uma “roda de conversa” construída de modo coletivo com duas aprimorandas. Foi o maior contato com as profissionais do referido setor que possibilitou a realização de ações conjuntas, como os encontros entre os grupos de nutrição e de práticas corporais que, por sua vez, abriram caminho para a entrada de novos participantes no projeto e para a discussão dos problemas enfrentados por duas usuárias com o seguimento no grupo de nutrição. Tudo isso só pôde ser desenvolvido graças ao acolhimento com que fui recebida pelas coordenadoras deste serviço. Merece menção o fato de que o trabalho desenvolvido junto à nutrição esteve baseado na noção de *apoio*, assumido como um recurso para a produção de espaços mais dialógicos entre profissionais e usuários, seguindo a ideia de um “agir reflexivo, um ofertar experimentando”

(CAMPOS, 2003). Incorporar esta noção exigiu considerar que “[...] a oferta difere da noção de prescrição porque pressupõe a possibilidade de que o usuário a analise de modo crítico em uma relação dialógica com o profissional, em seguida, seja tomada uma decisão compartilhada”, conforme orienta Campos (2007, p.73). Os acontecimentos em relação ao serviço de nutrição remetem à reflexão de que “apoiar” significa “ajudar” com vistas ao desenvolvimento da cogestão, isto é, da gestão conjunta de casos que são apresentados no dia-a-dia do trabalho. Fica claro que o exercício de recorrer aos núcleos de saberes de outros profissionais pode nos ensinar formas de pensar sobre como gerir um problema de modo compartilhado, bem como pode enriquecer nossa capacidade de encaminhar ou resolver questões em função do contato e da aproximação com os usuários, tal como ocorreu quando compartilhei com as nutricionistas as dificuldades das usuárias que integravam de modo concomitante o grupo de práticas corporais e o de nutrição.

Ainda em relação ao apoio, a aproximação entre os núcleos de formação pode não somente ajudar no aprendizado sobre o sentido de pensar em atendimentos conjuntos, mas também contribuir para maior interação entre os profissionais, facilitando a criação espaços de comunicação e de troca entre os trabalhadores e entre grupos em um dado serviço. A questão pode ser ilustrada por meio da “oficina de sexualidade e práticas corporais” descrita na *Estação 7* (“O andamento do projeto apontou pistas para a profissional”) dos “caminhos que percorri”, uma vez que a proposta contribuiu para agregar três núcleos de saberes – Educação Física, Medicina e Enfermagem –, constituindo-se paulatinamente como um espaço de acolhimento e de compartilhamento de diferentes questões relativas à saúde da mulher. A iniciativa também ajudou a estreitar as relações entre as profissionais envolvidas, incluindo a interação com as outras enfermeiras do setor de saúde da mulher e a produção de encontros que se assemelhavam às “oficinas” no grupo de práticas corporais.

A experiência com a comunicação interprofissional e com ações que se aproximavam de um apoio desenvolveu-se por diversas vias, como pela fixação pelos profissionais de bilhetes na porta da sala de prática e por conversas telefônicas, mas principalmente através de encontros nos corredores e consultórios do CSE, inclusive com os profissionais visitando a sala destinada às práticas. Tornou-se frequente o diálogo com a referida enfermeira que, além de colar bilhetes na porta da sala, dirigia-se ao local para buscar informações ou fazer uma devolutiva sobre o caso da usuária com câncer que atendíamos conjuntamente, como também fez o psicólogo, visando tratar de questões relativas a uma usuária do grupo de práticas que era atendida por ele. A atitude destes profissionais mostra que é possível personalizar as

devolutivas, tal como orienta Campos (1999), a partir do momento em que os profissionais do serviço reconhecem como uma espécie de referência o trabalho desenvolvido com as práticas corporais. Aproveitam-se, assim, todos os momentos e lugares possíveis para tratar das questões dos usuários.

Outro aspecto a ser destacado diz respeito ao aprendizado que tive sobre como pedir ajuda aos outros profissionais, tal como ocorreu nos momentos em que batia à porta do serviço de nutrição e de enfermagem e nos locais de atendimento de outros profissionais para tratar de demandas específicas de participantes do grupo ou mesmo para propor uma “roda de conversa”, tendo sempre a intenção de valorizar o núcleo de conhecimentos destes profissionais como um modo de aprender a *ser apoiada* e também a *apoiar*.

Percebe-se, portanto, que o movimento de acolher os saberes dos outros profissionais pode, de fato, ajudar a ampliar os espaços de atuação do profissional de Educação Física em um serviço para além do local especificamente destinado à intervenção, no caso do projeto uma sala no prédio anexo e o jardim da faculdade. Coloca-se a questão de as práticas corporais exigirem dos profissionais uma atitude de composição, em oposição à lógica da compartimentalização e da fragmentação dos saberes tão presente nos serviços da atenção básica, conforme destaca Cunha (2005) sobre a forte presença dos saberes do hospital na atenção básica.

Torna-se nítida a potencialidade das práticas corporais para atuar como tecnologias para potencializar a construção de espaços de acolhimento e de redes de conversa, deslocando o trabalho com o corpo da perspectiva cientificista de conceber a promoção da saúde para uma perspectiva que tenha em seu cerne o aprendizado sobre o sentido de encontrar no outro profissional um conjunto de conhecimentos e habilidades que possam ajudar no desafio de propor projetos de cuidado ampliados, justamente por terem conhecimentos que não fazem parte do núcleo de especificidade da Educação Física. Em outras palavras, trata-se do aprendizado sobre a composição entre especialização e interdisciplinaridade, conforme propõe Campos (2003).

Como exemplos desta potencialidade, têm-se as ações com o serviço de nutrição que, além dos encontros com os grupos de Manutenção e de Continuidade, abriu caminho para que eu fosse convidada pelas profissionais do setor para integrar um encontro anualmente desenvolvido com crianças da creche destinada aos filhos dos funcionários da Faculdade de Saúde Pública. Com esta atividade pude mais uma vez reforçar o aspecto pedagógico das práticas corporais, ao propor uma atividade que privilegiava o senso de construção conjunta e

ao mesmo tempo a expressividade das crianças. Outros exemplos de aproximações e de trocas entre núcleos de saberes no CSE dizem respeito à minha participação nos grupos de dança sênior e de atividades terapêuticas a convite das profissionais responsáveis, respectivamente a assistente social e a agente sanitária graduada em Educação Física, que resultou em outras ações, como um encontro de dança sênior com o grupo de práticas corporais, o encaminhamento de pessoas por estas profissionais às práticas corporais e a atuação conjunta com a agente sanitária em um projeto de cuidado de uma usuária.

A ampliação dos espaços de intervenção que foi possível desenvolver no CSE reforça especificamente para o profissional de Educação Física que se torna fundamental a busca constante de uma aproximação com os outros núcleos de saberes, pois é desta forma que podemos tanto aprender a trabalhar com a gestão de projetos coletivos, quanto ensinar aos outros trabalhadores o sentido de intervir com as práticas corporais. Além disso, os exemplos ajudam a pensar sobre a questão da produção de encontros na atenção básica que sejam capazes de contribuir com o reconhecimento dos limites de nossos núcleos de formação, que, por sua vez, pode facilitar a compreensão da importância de acolher os saberes e práticas dos outros profissionais, com vistas à identificação do que há de comum quanto ao campo de responsabilidades quando se trata do cuidado da população.

Um último ponto de destaque sobre o tema do acolhimento diz respeito às *Estações 1* (“Aproximação dos usuários com o projeto”) e 4 (“O movimento do grupo mostrou caminhos para a pesquisadora”) dos “caminhos percorridos pelo grupo”. Em relação à *Estação 1*, ressalta-se o quanto cada usuário pode ensinar outras formas de acolhimento e de cuidado para os profissionais de saúde, particularmente considerando o aprendizado que tive no início do trabalho de campo diante da atitude de uma participante de convidar para integrar o grupo uma senhora que caminhava no jardim da faculdade.

Já em relação à *Estação 4* um fato ocorrido demonstrou que pode-se aprender, por meio das práticas corporais, sobre como atender de modo concomitante demandas individuais e coletivas. Tive a ideia de propor uma “oficina de pão integral”, que tinha dois objetivos: o primeiro era estimular o contato entre as duas usuárias que relataram problemas no grupo de nutrição com as aprimorandas responsáveis por tais encontros, usando como estratégia a “roda de conversa”; o outro era a preparação de uma receita na tentativa de estimular o protagonismo de uma participante, além de propiciar um momento para a discussão de temas da nutrição. Especificamente em relação à senhora responsável pela receita, a intenção era apoiá-la a se reproduzir de forma mais ativa por meio de algo que sabia fazer, uma vez que foi

possível, tendo como referência as proposições de Campos (2003) sobre as distintas formas de vulnerabilidade das pessoas, que podem ser de ordem subjetiva, como dificuldades existenciais e problemas de sociabilidade, identificar com os encontros o quão desprotegida ela se encontrava do ponto de vista subjetivo, dada sua grande timidez e a restrita experiência com trabalhos corporais. Além do aprendizado sobre como atuar com demandas individuais, levando em consideração a questão para o plano coletivo, a Estação 4 também ilustra como um grupo desta natureza pode ensinar o profissional a reconhecer as diferentes formas de cuidado que as pessoas podem produzir.

Ainda sobre o tema do aprendizado que o grupo propiciou sobre o atendimento de demandas individuais e coletivas, destacam-se dois aspectos. O primeiro refere-se à preocupação do grupo em relação a uma participante com problemas de locomoção, o que exigiu que lidássemos com a situação no momento da escolha e da realização das práticas, bem como abriu caminho para discussões sobre formas de autocuidado e cuidado do outro. Havia constante troca de informações sobre as necessidades e os interesses da senhora com a profissional responsável pela dança sênior, uma vez que ela já integrava o referido grupo antes de participar dos encontros de práticas corporais, o que foi gerando uma espécie de responsabilização pelo repasse de informações sobre a condição de saúde da usuária por meio de pequenas devolutivas quando nos encontrávamos no CSE ou mesmo quando buscávamos uma a outra para uma conversa.

Este movimento foi sendo estendido para outras usuárias, à medida que passamos a trocar informações sobre pessoas que frequentavam ambos os grupos, bem como foi despertando o interesse da profissional em conhecer a forma de intervenção com as práticas corporais, especialmente na “oficina de práticas corporais e sexualidade”, o que parece sinalizar um movimento de personalização das relações e um efeito de educação permanente, que surgem a partir da construção de espaços de comunicação entre os profissionais, na esteira das ideias de Campos (2003; 2007).

O segundo aspecto diz respeito aprendizado sobre o reconhecimento de diferentes formas de cuidado que emerge da sabedoria popular, a exemplo da frequente oferta de xaropes caseiros e da prestação de orientações sobre o uso de ervas medicinais por uma participante, quando identificava alguém no grupo com algum tipo de problema, como dores de garganta, tosses, cólicas menstruais, constipação intestinal. A partir disso o tema da sabedoria popular foi objeto de discussão no grupo com vistas a estimular a troca de conhecimentos e a valorização do que fazia sentido em termos de cuidado para os

participantes. Os fatos ajudam a refletir sobre a necessidade de o profissional de saúde ter abertura para rever seus valores e concepções, no sentido de que seja capaz de admitir que a população reconhece e adota outras formas de cuidado que não apenas os métodos da racionalidade tradicional.

- *Vínculo e Autonomia*

A experiência de atuar segundo a perspectiva de *Acolhimento e Apoio*, particularmente no tocante à aproximação com os saberes dos outros profissionais do CSE, mostrou que estas noções podem ser pensadas como recursos para facilitar a construção de vínculos e o aprendizado sobre como gerir de forma conjunta as demandas dos usuários. Valer-se desses conceitos como recursos de intervenção pode ajudar no enfrentamento de dificuldades relativas às ações interprofissionais, que tendem a ser fortemente influenciadas e determinadas por fatores como as diferentes concepções de cuidado, o isolamento e a hegemonia de algumas profissões e, bem como o modelo de tradicional de organização dos serviços. Além disso, o trabalho sob esta lógica pode ajudar na construção de vínculo entre os envolvidos nas práticas de cuidado e também a produção de ações mais autônomas que mantêm relação direta com o tema da responsabilização em saúde.

Minha aproximação com os profissionais e a rede de diálogos com eles construída facilitaram o desenvolvimento de outras ações conjuntas a partir de movimentos no sentido contrário, ou seja, dos profissionais do CSE em relação ao profissional de Educação Física. Ao trazer os exemplos que seguem, minha intenção é mostrar como o trabalho com as noções de *Acolhimento e Apoio* pode aproximar e ajudar a vincular os profissionais em um serviço.

Sobre o tema pode ser destacado o ocorrido nas Estações 8 (“O movimento dos profissionais em relação à pesquisadora”), 9 (“O contato com os profissionais abriu caminhos para a aproximação com os alunos da saúde”) e 10 (“A participação da pesquisadora em um projeto de cuidado desenvolvido por profissionais do CSE”) dos “caminhos que percorri”. Estes acontecimentos exemplificam como o trabalho com as práticas corporais pode influenciar de modo positivo a relação entre os profissionais no sentido de uma atuação próxima da ideia de transversalidade tal como proposto por Carvalho (2007, p.65) que significa “[...] constituir um modo de organização que se opõe à verticalidade hierárquica das

funções”, em que pese os conflitos e as divergências que também fazem parte do processo de trabalho.

Em relação à Estação 8, ressalto que o reconhecimento da existência da intervenção no CSE foi responsável por suscitar a aproximação de uma médica acupunturista com o projeto, o que permitiu que questões de ordem individual fossem acolhidas e tratadas em um plano coletivo, tendo em vista diálogo no grupo sobre o “medo de agulhas e os benefícios da acupuntura”, que resultou em uma “roda de conversa” para a discussão dessa forma de intervenção. Já em relação à Estação 9, é possível pontuar como a formação de espaços de comunicação com profissionais de um setor específico pode ajudar no reconhecimento do trabalho desenvolvido com as práticas corporais pelo outros profissionais que compõe o setor, tal como ocorreu na produção de diálogos com uma enfermeira, que resultou na aproximação de professores e estagiários com a intervenção. Esta aproximação decorreu do meu contato com uma outra enfermeira por ocasião da “oficina de sexualidade”. Em outra ocasião integrei, junto com uma enfermeira, uma assistente social e uma psicóloga do CSE um projeto de cuidado relativo a uma usuária com câncer (Estação 10), no qual busquei uma forma de ser propositiva. As dificuldades encontradas neste projeto, devida sobretudo ao fato de eu não ser profissional do CSE, foram atenuadas graças à maior comunicação com a enfermeira estabelecida a partir da “oficina de sexualidade” e com a outra profissional de Educação Física. Fica evidente que a atuação baseada na lógica da “oferta-apoio” – ofertar com o sentido de possibilidade – pode ajudar a ampliar o campo de intervenção do profissional de Educação Física no serviço, assim como a vivência com o trabalho interprofissional.

O processo de vinculação entre os profissionais pode ajudar o profissional de Educação Física a atuar como uma espécie de profissional de referência em sentido amplo, cuja ideia é a de justamente ser acionado para intervir em casos específicos, uma vez que os outros profissionais identificam seu núcleo de saberes e reconhecem suas possibilidades de intervenção sem abandonar outras possibilidades de atuação em um plano mais coletivo, de maneira próxima às proposições de Campos (2007) sobre a metodologia de apoio matricial.

As experiências ilustram a tentativa de produzir um trabalho conjunto a partir da escuta e do reconhecimento de questões relacionadas com a vida das pessoas, tendo como referência as noções de apoio e acolhimento, cujos desdobramentos parecem apontar para um aprendizado sobre um *saber-fazer* e para a potência das práticas corporais em favorecer a vinculação dos outros profissionais com um profissional de Educação Física. Nesse sentido, não cabe esperar que os olhares sejam iguais ou convergentes, mas que tenham a capacidade

de aprender a lidar com as dificuldades que fazem parte do processo de cuidar por meio da adoção de ferramentas e estratégias, entre elas o apoio, o acolhimento e os espaços de comunicação, a fim de ampliar o vínculo e a responsabilidade nos distintos encontros que ocorrem nos serviços propiciando ações mais autônomas dos envolvidos neste processo.

Outros exemplos relacionados ao tema do vínculo merecem ser pontuados, especialmente porque remetem ao tema da responsabilização, considerando que as duas noções – vínculo e responsabilidade – caminham juntas, pois o vínculo, quando é utilizado de forma positiva, é capaz de ajudar a construir movimentos de corresponsabilidade com as pessoas no sentido de produzir protagonismos. A esse respeito, trago alguns momentos dos caminhos percorridos pelo grupo que parecem apontar para ações mais responsáveis e autônomas, que mantêm estreita relação com a questão da autonomia como objetivo/finalidade do trabalho em saúde, conforme propõe Campos (2003), e com a valorização dos modos de viver como caminho para a produção do cuidado, de acordo com Carvalho (2007; 2010), anteriormente citados na *ressignificação do processo de trabalho*.

Os acontecimentos das Estações 5 (“O movimento do grupo possibilitou a vivência e o compartilhamento de ações de cuidado”) e 6 (“Outras possibilidades para trabalhar com o movimento”) dos “caminhos percorridos pelo grupo” chamam a atenção para um modo positivo de lidar com o vínculo construído junto aos participantes como um recurso para tratar a questão da responsabilidade das pessoas não somente pela produção de sua saúde, mas também pela saúde de outras pessoas, por meio de ações mais reflexivas e autônomas sobre o cuidado com o corpo. Em relação à Estação 5, trago o caso de uma senhora, empregada doméstica, que relatou uma diminuição em suas dores no corpo ao adotar posturas mais adequadas e também por fazer uso de materiais ergonômicos que não eram utilizados porque achava desnecessário. A maneira como profissional trata do tema do cuidado com o corpo, como se vê, adotando estratégias que ultrapassam o modelo de “aulas expositivas sobre postura”, pode favorecer a consciência para o movimento e o aprendizado da responsabilidade sobre formas de cuidar de si e do outro. O uso da escrita, por exemplo, pode ser um recurso para estimular o pensamento e a explicitação das necessidades pelas pessoas, o que no grupo resultou em práticas voltadas para o alívio de dores e consciência de movimento.

Já em relação à estação 6, ressalto um aspecto relativo à abordagem do cuidado que adotei sobre a vivência de diversos tipos de materiais (bolas de tênis usadas, acquatubo, rolos de papelão, toalhas de banho) com o objetivo discutir a questão do consumo de produtos em relação à qualidade do cuidado, cujos desdobramentos apontaram para atitudes mais

autônomas por parte das pessoas em relação ao cuidado de si e do outro. Em um encontro surgiu a ideia de usar rolos de papelão para fazer massagens, sendo que uma participante aprimorou a ideia, confeccionando um rolo de massagem mais elaborado, estofado com papel e forrado por tecido. Já uma outra, a mesma senhora que preferia comprar materiais para a festa em vez de produzi-los por afirmar ter dificuldades manuais, ensinou seu marido a cuidar das dores nas costas utilizando cano de PVC adaptado para este fim.

Os exemplos destas duas última estações reforçam a reflexão sobre como o profissional de saúde pode construir ações de corresponsabilidade com as pessoas, trabalhando a autonomia na dimensão individual-coletiva. Isso se torna particularmente importante para o campo da Educação Física, uma vez que o tema da autonomia é tratado de forma paradoxal, tal como ocorre no campo da saúde como um todo. Por um lado há um discurso sobre a necessidade de trabalhar questões relativas à autonomia funcional das pessoas – especialmente de idosos através de exercícios de força, equilíbrio e percepção – baseada em uma típica visão instrumental do movimento, bem como os investimentos em propagandas que divulgam os benefícios da simples mudança de hábitos diários tais como dar preferência à escada em relação ao elevador, descer um ponto de ônibus antes do local de trabalho, dentre outras; por outro lado, os profissionais da área mantêm uma postura que incita a dependência em relação “professor” no que se refere à prescrição e à realização de exercícios de forma segura, desconsiderando a potencialidade da descoberta e a experimentação de práticas que tenham um sentido para as pessoas e que ajudem a construção de uma visão mais crítica e emancipadora sobre o cuidado com o corpo, o que não depende necessariamente da contratação de um serviço ou da aquisição de certos produtos. Aqui é possível perceber a semelhança entre os modos de intervir *sobre* as pessoas, dada a formação centralmente biologicista e moralizadora dos profissionais de saúde, que se manifesta em diferentes cenários, sobretudo quando consideradas as práticas comuns no campo da atenção básica, identificadas por Cunha (2005), e as práticas dos profissionais de Educação Física, que costumam se basear em restrições e proibições em vez do trabalho com ofertas; em recomendações pastorais e culpabilizantes que desconsideram a importância da negociação e do reconhecimento do contexto das pessoas com vistas à produção de autonomia; no discurso baseado em certezas (“sempre” e “nunca”) em vez de falar de possibilidades; em ações medicalizadoras da vida, que transformam a doença em elemento central da vida das pessoas.

Este paralelo entre as ações dos profissionais da atenção básica e da Educação Física reforça as proposições de Cunha (2005) em relação à recomposição da clínica com vistas à

produção de uma prática de qualidade pelos profissionais, que depende centralmente de uma compreensão da existência de forças subjetivas que produzem cada pessoa independentemente da classificação a ela atribuída (diabética, hipertensa, depressiva, tabagista, obesa). Esta compreensão exige uma atuação menos intimidadora e doutrinadora e mais voltadas para a educação, o autoconhecimento, a reflexão crítica e a pactuação, por meio de intervenções individuais ou coletivas.

É neste contexto que o trabalho com as práticas corporais contribui para ampliar a visão sobre o caráter didático-pedagógico do trabalho com o corpo, tendo por norte a produção de autonomia e do cuidado, o que passa necessariamente pelo aprendizado, por parte dos usuários, dos saberes que ampliam a percepção e o conhecimento das distintas maneiras de pensar o próprio cuidado. Constrói-se a autonomia individual, que está intimamente ligada à forma como as pessoas se apropriam dos espaços públicos, como os equipamentos e locais de lazer e os serviços de saúde. A apropriação desses saberes pelas pessoas extrapola os encontros de saúde nos serviços, transmitindo conhecimentos sobre a saúde para outras pessoas que não integram aquele contexto – constrói-se a autonomia coletiva. Em outras palavras, as pessoas podem, por meio das práticas corporais, reconhecer que também são responsáveis pelo cuidado do outro por meio da transmissão dos conhecimentos e das experiências produzidos com os encontros.

O tema da construção da autonomia esteve presente ao longo da intervenção, na qual busquei estimular o protagonismo das pessoas, tratando do tema da reprodução de si como parte da produção do coletivo. Para tanto, tomei os acontecimentos do dia-a-dia do campo como possibilidade de experimentar com o grupo diferentes *produções*, como os encontros festivos, na tentativa de vivenciar o trabalho coletivo, conforme apresentado na Estação 7 (“A pesquisadora incentivou diferentes produções pelo grupo”) dos “caminhos percorridos pelo grupo”; o “mapeamento” dos locais públicos como um meio para o reconhecimento de outros espaços para a produção de saúde, descrito na Estação 8 (“As práticas em locais públicos também podem contribuir com a troca de experiências e para o protagonismo das pessoas”) dos mesmos “caminhos”; e os diálogos como estratégia para a reflexão sobre temas que transcendiam os encontros, como a não dependência do profissional para o cuidado legítimo do corpo; o sentido da participação no grupo e do cuidado para além dos encontros, o encerramento da intervenção como possibilidade de descoberta de outras formas de cuidar da saúde. Estas discussões eram disparadas a partir de práticas específicas (relaxamento, consciência corporal, massagem). A intenção era utilizar a potencialidade que as práticas

corporais carregam no tocante à produção do cuidado, tomando as *produções* como meio para trabalhar a autonomia a partir de questões que tinham a ver com a vida das pessoas, o que se aproxima das proposições de Carvalho (2007) a respeito do trabalho com as práticas corporais, que:

[...] implica investir no indivíduo (autonomia individual), que implica no cuidado de si e na autonomia coletiva que diz respeito ao outro e ao que representa os limite e possibilidades dessa forma de organização de encontros e de invenção da vida que possibilita o trabalho com as práticas corporais para além do tempo e espaço do encontro com o profissional de saúde (p. 67).

Tal metodologia vai ao encontro das ideias Campos (2007, p.63) sobre a inclusão da coprodução de autonomia como possibilidade de mudança na linha de ampliação da finalidade do trabalho em saúde, entendida como: “[...] a capacidade da pessoa e da coletividade de lidar com suas dependências, ou seja, autonomia em coeficientes e graus, nunca como conceito absoluto”.

Foi na tentativa de trabalhar de forma adequada os vínculos construídos com e entre os usuários, bem como a reflexão crítica sobre o que fazia sentido para os participantes, que pude contribuir para a continuidade do projeto no CSE, particularmente ajudando a viabilizar um encontro com a Diretora, conforme descrito na Estação 10 (“O encerramento do campo apontou novos caminhos para as práticas corporais no CSE”) dos “caminhos percorridos pelo grupo”. Fica claro que o vínculo, quando trabalhado de forma consciente e responsável pelo profissional, pode tanto ajudar na construção de responsabilidade quanto contribuir para o desenvolvimento de ações mais emancipadoras, uma vez que as práticas corporais têm a capacidade de ajudar as pessoas a tratar de questões que extravasam os encontros, justamente porque têm a ver com o aprendizado sobre como as pessoas podem lidar e atuar com os problemas e dilemas da vida.

Da mesma forma, os profissionais de Educação Física podem contribuir para o aprendizado dos outros profissionais da saúde sobre como é possível produzir intervenções interdisciplinares, a exemplo do que ocorreu na Estação 11 (“As relações no serviço se constituem de maneira singular”) dos “caminhos que percorri”, quando interagi com a equipe de profissionais que conduziam o mutirão da saúde na tentativa de contribuir com a demanda de um usuário, a pedido de um médico psiquiatra, que em um outro momento afirmara não ver como poderíamos aproximar nossas intervenções. Vê-se como o profissional de Educação Física pode contribuir com a equipe de maneira contextualizada quando tem como referência

as práticas corporais, à medida que estas trazem questões relativas à humanização e à integralidade do cuidado, ajudando na compreensão de que:

[...] ampliação do comprometimento e da corresponsabilidade entre trabalhadores da saúde, usuários e território altera os modos de gestão e de atenção, uma vez que a produção de saúde se torna indissociável da produção de subjetividades mais ativas (CARVALHO, 2007 p. 66).

Para uma atuação com estas características é imprescindível que o profissional mantenha uma atitude de abertura em relação a outros núcleos de conhecimento, apropriando-se da ideia de que “[...] a definição do que é um conhecimento nuclear do especialista e do que é um conhecimento do campo da saúde, compartilhável e apropriável por toda a equipe de atenção básica, é uma decisão situacional e mutante” (CUNHA; CAMPOS, 2010, p.41).

Considerando o exposto, reafirmo minha intenção de mostrar como foi possível trabalhar com os conceitos trazidos pela Clínica Ampliada e pelas práticas com o projeto no CSE “Paula Souza”, no sentido de tentar desenvolver uma metodologia para o trabalho da Educação Física que pudesse contribuir com o debate atual sobre inserção dos profissionais da área na atenção básica seja por meio do NASF ou de outras iniciativas, tal como ocorre em São Paulo por meio das Organizações Sociais de Saúde.

É necessário, no entanto, destacar alguns aspectos que apontam alguns limites da pesquisa, em função do tempo restrito. Destes destaco, a ausência de articulações com outros espaços, considerando que o trabalho no SUS exige, pela própria natureza do sistema, a composição de redes com escolas e equipamentos públicos. No decorrer do trabalho de campo optei por dedicar-me mais à composição de articulações no serviço e à identificação, por meio de visitas com o grupo, a potenciais locais para práticas de cuidado, como parques, praças e espaços culturais próximos ao CSE. O trabalho esteve, assim, mais voltado à produção de diálogos com os profissionais e os grupos do CSE, sem que com isso fique implicado que o grupo de práticas, ou o próprio CSE, tenham sido considerados espaços suficientes para o cuidado ampliado.

Mesmo reconhecendo os ganhos obtidos com as articulações desenvolvidas no serviço, tenho claro que o fato de eu não pertencer ao CSE, assim como questões de natureza institucional, me impediram de utilizar a teoria da Clínica Ampliada e o Método da Roda para atuar com aspectos que têm relação com o “aumento da capacidade de análise e intervenção do coletivo”, conforme trazem as teorias.

Em que pesem os limites identificados, por outro lado, é possível identificar potencialidades, especialmente no que se refere ao interesse dos usuários pela continuidade do

projeto no serviço – manifestado pela mobilização do grupo –, bem como a abertura do serviço para novas investigações em Educação Física a partir do projeto de práticas corporais, seja no âmbito da graduação (com a possibilidade de participação dos alunos do PRÓ-PET-Saúde), seja no da pós-graduação. Nesse sentido, é digno de nota que o CSE receba tradicionalmente alunos de outras áreas do campo da saúde – nutrição, enfermagem, medicina –, mas até o projeto de práticas ainda se encontrava inexplorado pela Educação Física. A abertura que tive, bem como a possibilidade de outras investigações pelos colegas da área, só são possíveis devido à disposição do CSE “Paula Souza”, encarnada por seus profissionais, de investir em novos encontros e manter-se aberto ao diálogo com a academia e a sociedade. Além disso, esta trajetória não teria sido possível sem a participação dos usuários do CSE, o que definitivamente reforça que a produção de saúde é algo que se constrói de modo coletivo.

É por tudo isso que, em que pesem as questões de ordem político-acadêmica, é preciso continuar avançando na formação dos profissionais de Educação Física para o trabalho com as práticas corporais no SUS, criando metodologias que ajudem as pessoas a lidar com seus problemas, respondam às necessidades de saúde da população e amenizem os efeitos da transposição irrefletida dos modos de agir hegemônicos da Educação Física – a *bioEducação Física*, que atua *sobre* as pessoas segundo ações funcionalistas e objetivadoras –, em direção à produção daquilo que, de fato, signifique produzir práticas de cuidado em perspectiva “ampliada”.

REFERÊNCIAS ⁴¹

ABIB, L.T.; FRAGA, A.B.; WACHS, F.; ALVES, C.T.P. Práticas corporais em cena na saúde mental: potencialidades de uma oficina de futebol em um centro de atenção psicossocial de Porto Alegre. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 1-15, 2010.

ALMEIDA, L.; FENSTERSEIFER, P.E.; O que é ensinar e aprender nas aulas de educação física na escola? **Revista digital – Buenos Aires**, v.11, n.102, 2006 Disponível em <<http://www.efdeportes.com/efd102/aulasef.htm>>. Acesso em: 07 abri.2012.

BALINT, M. **O Médico seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu,1988.

BAREMBLIT, G. **Cinco lições sobre a Transferência**. São Paulo: Hucitec.1996.

BARROS, N.F. **Medicina Complementar**: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08. Acesso: 15 mar.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.401, DE 15 DE JUNHO DE 2011**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 jun. 2011. n. 121. Seção 1, p. 1-3. Acesso: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108543-1401.htm>. Acesso em 25 ago.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 421, DE 3 DE MARÇO DE 2010**. <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/inter-ministerial/103143-421.html>. Acesso: 15 mar.2011.

BALINT, M. **O Médico seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu,1988.

BIELMANN, R.M.; KNUTH, A.G.; HALLAL, P.C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao sistema Único de saúde. **Revista Brasileira de atividade física e saúde**, Campinas, v.15, n.1, p. 9-15, 2010.

---

⁴¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023. Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso Parte I (ABNT). Cadernos de Estudos, 09 – 2ª edição – Revisada e Ampliada.

CAMARGO Jr., K. R. **Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANDEIAS, N.M.F. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1925 a 1967. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.2, n.4347-65, 1988.

CAMPOS, G. W. S.. **Saúde Pública e Defesa da Vida**. São Paulo: Hucitec, 1992

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n. 2, p.393-403, 1999

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. **A clínica do sujeito por uma clínica reformulada e ampliada**. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Fiocruz, 2007.

_____. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 2337-2345, 2010.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A.. A Clínica Ampliada e Compartilhada, a Gestão Democrática e Redes de Atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 399-408, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; GUTIÉRREZ, A.C.; GUERRERO, A.V.P.; CUNHA, G.T. Reflexões sobre atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S. (org). **Manual de práticas de atenção básica – saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.

CARVALHO, Y.M. **O “mito” da atividade física e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____. Educação física e filosofia. In: CARVALHO, Y.M.(org.); K.RUBIO (org.). **Educação física e ciências humanas**. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. Educação física e saúde coletiva: uma introdução. In: LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e práticas físicas**. São Paulo: Hucitec, 2005.

_____. Promoção da Saúde, práticas corporais e atenção básica. **Revista de Saúde Família**, Brasília, v.2, n.7, p. 33-35, 2006.

_____. Saúde, sociedade e vida um olhar da educação física. **Rev. bras. cienc. esporte**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 153-168, 2006b.

_____. Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. **Educação física e saúde coletiva**. 2 ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

_____. **As práticas corporais como práticas de saúde e de cuidado no contexto da promoção da saúde**. Livre-docência. Faculdade de Saúde Pública/USP. 2010.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, E.B. Formação e educação em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Fiocruz, 2007.

CARVALHO, Y. M.; FREITAS, F. F. Atividade física, saúde e comunidade. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 489-505, 2006.

CARVALHO, Y.M., LUZ, M.T.; TELES, E. As práticas corporais na atenção primária em saúde: avaliando os cuidados com o corpo nas unidades básicas de saúde do distrito do Butantã em São Paulo. São Paulo, 2010. 94p. **Relatório de resultados dos projetos de pesquisa 2006-2007**. Seminário de Avaliação – Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde – PPSUS/SP - 2006-2007: rumo à incorporação dos resultados das pesquisas no âmbito do SUS-SP. Instituto de Saúde/Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo; Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo/Fapesp; Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde/DECIT.

CARVALHO, Y.M, HALLAL, P.C.; WARSCHAUER, M.; MENDES, V.M.M.; Avaliação qualitativa de programas e políticas públicas voltadas para a saúde da população programa CuritibaAtiva – Curitiba, Pr. **11º Congresso Paulista de Saúde Pública**. São José dos Campos, 2009.

CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T. A gestão da atenção à saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Fiocruz, 2007.

COSTA, B.V.; BOTTCHER, L.B.; KOKUBUN, E. Aderência a um programa de atividade física e fatores associados. **Motriz**, Rio Claro, v.15, n.1, p.25-36, 2009.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S.; Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.

FARIA, L.: A Casa de Geraldo de Paula Souza: texto e imagem sobre um sanitarista paulista. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 12, n. 3, p. 1011-1024, 2005.

FRAGA, A. B. **Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa**. Campinas: Autores Associados, 2006.

FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M.; GOMES, I. M.. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n.3, p. 367-386, 2012.

FREITAS, F.F. **A educação física no serviço público de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

FREITAS, F.F.; BRASIL, F.K.; SILVA, C.L. Práticas corporais e saúde: novos olhares. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v.27, n.3, p.169-183, 2006.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 2008.

KOKUBUN, E; LUCIANO, E; SIBUYA. C.Y; QUEIROGA, M.R; RIBEIRO, P.A. B; SILVEIRA, R.F; NAKAMURA, P.M. Programa de atividade física em unidades básicas de saúde: relato de experiência no município de Rio Claro. **Revista Brasileira de atividade física e saúde**, Pelotas, v.12, n.1, p.45-50, 2007.

LAZZAROTTI FILHO, A.; SILVA, A. M.; ANTUNES, P. C.; SILVA, A. P. A.; LEITE, J. O. O termo práticas corporais na literatura científica e sua repercussão no campo da Educação Física. **Movimento**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 11-29, 2010. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/9000> >. Acesso em: 25 jun. 2010.

LUZ, M.T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. Educação Física e Saúde Coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Org.). **Educação física e saúde coletiva**. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRJ, 2007.

GUIMARÃES, A.C; ANDRADE Q.C.R.C; MARQUES, G.A.L; SAMÁRIA A.C.; DANTAS,E.H.M. Efeitos de um programa de atividade física sobre o nível de autonomia de idosos participantes do programa de saúde da família *Fitness & Performance Journal*, **Colégio Brasileiro de Atividade Física, Saúde e Esporte**, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 1, p. 5-9, 2008.

NAKAMURA PM.; PAPINI CB., CHIYODA A.; GOMES,.; VALDANHA G.A. TEIXEIRA I.P.; LUCIANO E. ; KOKUBUN E.. Programa de intervenção para a prática de atividade física: Saúde Ativa Rio Claro. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v.15, n. 2, p. 128-132, 2010.

MANOEL, E. J.; CARVALHO, Y. M.. Pós-graduação na educação física brasileira: a atração (fatal) para a biodinâmica. **Educação e Pesquisa** [online], São Paulo, v. 37, n.2, p. 389-406, 2011.

MENDONÇA B.C.A.; TOSCANO, J.J.O.; OLIVEIRA, A.C.C.. Do diagnóstico à ação: experiências em Promoção da atividade física programa academia da cidade Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, vol. 14, n. 3, 2009.

MELLO, D.; ROSA, G. PORTELA, B.O.; VERDINI, M. L.P., DANTAS, E.H.M. Efeitos de um programa de caminhada sobre parâmetros biofísicos de mulheres com sobrepeso assistidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF). **Revista Brasileira de atividade física e saúde**, Pelotas, v.15, n.4, 2010.

MONTEIRO, H.L.; ROLIM L.M.C.; SQUINCA, D.A.; SILVA, F.C., TICIANELI, C.C.C.; AMARAL, S L Efetividade de um programa de exercícios no condicionamento físico, perfil metabólico e pressão arterial de pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, vol. 13, n. 2, p. 107-112, 2007.

MORETTI, A.C.; ALMEIDA, V.; WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M.; Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.2, p.346-354, 2009.

ONOCKO CAMPOS, R. T. Clínica: a palavra negada- sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n.58, p. 98-111, 2001.

_____. A Promoção à Saúde e a Clínica: O dilema "promocionista". In: CASTRO, A (Org.). **SUS - ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006.

ONOCKO CAMPOS, R.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Fiocruz, 2007.

PALMA, A.; ASSIS, M.; LACERDA, Y.; BAGRICHEVISKKY, M.; SAMPAIO, KS. Culto ao corpo e exposição de produtos na mídia especializada em estética e saúde. **Movimento**. Porto Alegre, v. 16, p. 31-51, 2010.

PICHÓN-RIVIÈRE, H. A **Técnica dos Grupos Operativos**. In: O Processo Grupal. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

_____. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

STARFIELD, D.B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. **Unesco/Ministério da Saúde**, 2002.

SILVA, L.; MATSUDO, S.; LOPES, G.; Do diagnóstico à ação: Programa comunitário de atividade física na atenção básica: a experiência do município de São Caetano do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 16. n.1, p. 84-88, 2011.

SILVA, M.P.; SANTOS, J.W.S; SOUZA, A.N.; AVELINO, R.A. Programa multidisciplinar para promoção da saúde envolvendo atividade física supervisionada: ações do PAFIPNES na atenção à saúde de mulheres em uma Unidade Básica de Saúde de São José do Rio Pardo-SP. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Pelotas, v. 16, n.3, p.362-366, 2011.

SIQUEIRA, F.V.; FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉE L.; SILVEIRA D.S. HALLAL P.C. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.39-54, 2008.

TEIXEIRA, R.R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (orgs.) **Construção da integralidade – cotidiano, saberes e práticas em saúde**. IMS-UERJ-Abrasco, Rio de Janeiro, 2003.

SOARES, C.L. Imagens da retidão: a ginástica e a educação do corpo. In: CARVALHO, Y. M.; RUBIO, K. (Orgs.). **Educação Física e ciências humanas**. São Paulo: Hucitec, 2001.

WACHS, F; FRAGA A.B.; Educação física em centros de atenção psicossocial. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 31, n. 1, p. 93-107, 2009.

WACHS, F.; JARDIM, C. PAULON, S.M.; RESENDE V.; Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 895-912, 2010.

WACHS, F.; MALAVOLTA. M.A.; Pode ser a oficina de corporeidade uma alternativa terapêutica na saúde mental?. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre.v.19, n.2, p.13-20, 2005.

WARSCHAUER, M.; D'URSO, L. Ambiência e formação de grupo em programa de caminhada. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, supl., n. 2, p.104-107, 2009.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M.; MARTINS, C. L.; FREITAS, F. F. As escolhas das práticas corporais e dos profissionais que as conduzem nas unidades básicas de saúde do distrito Butantã-SP. **Anais do XV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e II Congresso Internacional de Ciências do Esporte**. Recife: Edupe, 2007. Disponível em: <<http://www.cbce.org.br/resumos/003.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2010.

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/355/10

10 de novembro de 2010.

Prezadas pesquisadora e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP analisou, em sua 9ª/10 Sessão Ordinária, realizada em 05/11/2010, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2126, intitulado "AS PRÁTICAS CORPORAIS COMO PRÁTICAS DE SAÚDE", área temática GRUPO III, sob responsabilidade da pesquisadora Valéria Monteiro Mendes e orientação da Professora Yara Maria de Carvalho, considerando-o APROVADO.

Cabe lembrar que, conforme a Resolução CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): 1. Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3. Comunicar formalmente a este Comitê quando houver o encerramento da pesquisa; 4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5. Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Titular

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilm.ª Sr.ª

Prof.ª Assoc. Yara Maria de Carvalho

Departamento de Pedagogia do Movimento do Corpo Humano

Escola de Educação Física e Esporte da USP

ANEXO – B Termo de consentimento livre e esclarecido

Título do Projeto: “As práticas corporais como práticas de saúde”

Pesquisador Responsável: Valéria Monteiro Mendes

Esta pesquisa tem o objetivo de compreender o significado das práticas corporais/atividade física para os participantes da pesquisa e também analisar o sentido da participação da educação física no SUS. Para isso esta pesquisa será desenvolvida no CSE Geraldo Horácio de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da USP onde serão realizadas atividades corporais de alongamento, relaxamento, dança, jogos e caminhadas.

Nesta pesquisa será necessário realizar o seguinte procedimento: entrevista individual. Gostaríamos de compreender porque você participa deste projeto; o significado das práticas corporais para você e a maneira como você se cuida. Para tanto pedimos a sua colaboração para participar de uma entrevista gravada. Não haverá filmagem apenas gravação de sua voz. As informações relacionadas à entrevista e à observação não serão comentadas com outras pessoas e seu nome nunca será divulgado. Os dados coletados serão analisados com o objetivo de compreender porque os participantes da pesquisa se envolvem com as práticas corporais, quais os significados entre as práticas corporais, a saúde e o cuidado com o corpo para os participantes da pesquisa e qual o significado da participação da Educação Física no Serviço Público de Saúde.

Durante a realização da pesquisa não são esperados desconfortos ou riscos relacionados à participação nas atividades corporais, mas em caso de situações de desconforto pedimos que nos informe. Você também não corre risco ao participar da entrevista, porém pode sentir algum desconforto em relação a alguma lembrança ou a alguma fala sobre o cuidado com seu corpo. No caso de necessidade ou problemas relacionados à pesquisa você pode entrar em contato com: Valéria Monteiro Mendes - Pesquisadora Responsável. Tel: (11) 25384398 - 85108089 Email: valeriamm@usp.br.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

São Paulo, ____ de ____ de ____ .

Nome do sujeito: _____

Assinatura: _____

Eu, Valéria Monteiro Mendes, declaro que forneci todas as informações referentes a pesquisa ao participante.

_____ Data: ____/____/____.

ANEXO – C FICHA DOS USUÁRIOS

Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza Projeto “As práticas corporais como práticas de saúde” FICHA DOS USUÁRIOS	
Nome: _____ Endereço: _____ Escolaridade: _____ Há quanto tempo utiliza o CSE? _____	Data: __/__/____ Data de Nascimento : __/__/____ Telefone: _____ Profissão: _____ N° Matrícula _____
1- Como soube do projeto de práticas corporais? _____	
2- Há alguma expectativa em relação ao projeto? _____	
3- Quais práticas corporais gostaria de experimentar? _____	
4- Pratica atividades físicas/práticas corporais? Quais? Há quanto tempo? _____	
5- O que sabe e gosta de fazer? _____	
6- O que não sabe e gostaria de aprender? _____	
7- Quais os temas relacionados à saúde que mais lhe chamam a atenção? Por quê? _____	
8- Escreva sobre sua saúde. _____	
9- Faz uso de medicação? Qual? _____	
10- Como cuida do seu corpo? _____	
_____ Valéria Monteiro Mendes Profissional Responsável	

**ANEXO D – Carta dos participantes do Grupo de Práticas Corporais à direção do CSE
Geraldo Horácio de Paula Souza.**

São Paulo, 12 de março de 2012

À Profª Patrícia Helen de Carvalho Rondó, Diretora do Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza.

Prezada Diretora,

Nós, usuárias desse conceituado Centro de Saúde, viemos em nome do grupo de praticas corporais, solicitar a extensão dos trabalhos que vem sendo efetuados pela Professora Valéria.

Os motivos que nos levam a fazer esta solicitação são inúmeros e para melhor exemplificá-los seguem alguns citados abaixo:

Em primeiro lugar agradecemos a brilhante ideia do profissional que recomendou a Valéria para coordenar este grupo. Vale dizer que esta profissional é de um carisma imenso, e mais do que isso, um profissionalismo fora do comum, superando todas as expectativas esperada de um bom orientador físico. Além desse trabalho maravilhoso, ela vem nos proporcionando e intermediando diversas palestras com médicos e profissionais de muita competência para nos orientar. Este item merece uma atenção especial, pois é através desses profissionais que recebemos orientação para levarmos nossas vidas e atividades diárias, e, conseqüentemente, melhoramos nossa saúde.

O simples encontro das integrantes do grupo já é uma terapia para a mente e para o corpo, pois nos desligamos das atividades de nossas residências e efetuamos a “troca” entre parceiras, seja de ideias, de experiência de vida, de aprendizado, etc. Particularmente vemos este item como muito importante porque muitas de nós, em nossas atividades diárias, às vezes, não temos a oportunidade de um momento para nós, o que gera conflitos psicológicos e muitos danosos à saúde.

Outro item que também merece atenção é o espaço do centro de saúde X espaço para atividades. Hoje, diversos bairros preocupados com a saúde da população proporcionam atividades dirigidas à população e às comunidades, e por que não o Geraldo Paula Souza, que é um tradicional e conceituado Centro de Saúde da cidade de São Paulo?

Com o grupo coordenado pela Valéria temos visitado diversos espaços e parques da cidade de São Paulo, bem como tendo o privilégio de usufruir do lindo e agradável jardim da Escola de Saúde Pública.

Outras atividades também tem sido uma espécie de terapia para nós, citamos como exemplo, os trabalhos com tecidos cujo objetivo foi a confecção de materiais que pudéssemos dispor em nossas residência para cuidarmos da saúde. Também citamos a preparação e comemoração de datas festivas e tradicionais brasileiras, como festa junina, por meio da qual, mais uma vez, compartilhamos experiências das integrantes do grupo, sempre com a participação e orientação da Valéria.

Nos despedimos com a certeza de encontrar apoio da Diretora e dos responsáveis pelo “Geraldo Paula Souza” para solicitar a continuidade desse excelente trabalho que já vem sendo proporcionado ao grupo e a população frequentadora do Centro de Saúde.

Atenciosamente,
Integrantes do grupo de práticas corporais.