



EDUCAÇÃO FÍSICA E *CLÍNICA AMPLIADA*: UM ESTUDO COM
PRÁTICAS CORPORAIS NO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA (CSE)
GERALDO HORÁCIO DE PAULA SOUZA/FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA (FSP-USP)

Valéria Monteiro Mendes
Yara Maria Carvalho

RESUMO

O aumento das iniciativas com práticas corporais/atividade física (PC/AF) na atenção básica evidencia a pertinência de uma reorientação teórico-metodológica para um trabalho coerente com este nível da atenção. Objetivamos implementar um projeto-intervenção com práticas corporais no CSE Geraldo de Paula Souza (FSP-USP), visando a experimentação da teoria da Clínica Ampliada para discutir a qualificação das ações dos profissionais de Educação Física no SUS. A investigação, de natureza qualitativa, foi orientada pelo Método da Roda; as falas dos participantes e as observações foram as técnicas utilizadas. Concluímos que a interlocução entre a Clínica Ampliada e as práticas corporais favorece a produção de ações mais próximas das necessidades das pessoas e dos princípios do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Práticas Corporais; Clínica Ampliada; Formação em Saúde.

INTRODUÇÃO

Investigações têm mostrado o aumento das experiências relacionadas à implementação de práticas corporais/atividade física no âmbito dos serviços de saúde, evidenciando 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. Quando consideradas as características da atenção básica segundo Starfield (2002), a longitudinalidade ou continuidade; a acessibilidade; a integralidade e a coordenação; compreende-se a importância desse tipo de intervenção.

Nesse contexto podem ser apontadas três iniciativas do Ministério da Saúde que inserem as práticas corporais no conjunto de suas ações: a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Programa Academia da Saúde. Já no âmbito em que esta investigação foi desenvolvida, o incentivo à implementação de práticas corporais ocorreu, predominantemente, baseada na inclusão de Práticas da Medicina Tradicional Chinesa em Unidades básicas de Saúde (UBS) no início dos anos 1990. O panorama destas ações no município de São Paulo, especificamente no Distrito do Butantã, foi traçado por Warschauer et al (2007), que ao mapearem e avaliarem tal processo

identificaram, por um lado, a existência de práticas corporais em nove das treze UBS avaliadas e, por outro, a reduzida articulação entre os profissionais responsáveis pelas práticas e o serviço, bem como problemas de impacto e de adesão aos programas, reforçando a necessidade de uma maior aproximação com os valores, interesses e desejos das comunidades atendidas considerando ações dessa natureza. Ainda a respeito da iniciativa, Moretti et al (2009) destacam que a implementação de programas de prática corporal/atividade física deve ter como mote um processo educativo que permita o enfrentamento de distintas dificuldades – enfermidade, incapacidade e/ou limitação sócio-ambiental – de forma coletiva, para que as ações 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. Nesse processo, torna-se imprescindível o entendimento e o comprometimento da administração pública (federal, estadual e municipal), especialmente dos gestores encarregados da elaboração e efetivação de Políticas Públicas de Promoção da Saúde.

Percebe-se, assim, o desafio de pensar a reorientação teórico-metodológica das propostas com práticas corporais/atividade física nos serviços, embora possam ser identificados avanços no tocante à implementação das experiências, afim que possam atuar de maneira mais coerente com as características da atenção básica, revendo a ideia de promoção à saúde centrada em critérios prescritivos, culpabilizantes e moralizadores. Quanto especificamente em relação à Educação Física há a necessidade de incorporação de referenciais que favoreçam ações mais articuladas com outros núcleos de saberes e mais sintonizadas com as necessidades de saúde das pessoas, transpondo a mera oferta de grupos que enfatizam o componente técnico da prática e a atuação sobre a doença.

Assim, a investigação desenvolvida no CSE “Paula Souza” decorreu tanto dos “dilemas da pesquisadora” quanto dos “problemas do campo”, pois o objeto de pesquisa se constitui a partir dos questionamentos de uma formação irrefletida sobre a aproximação entre pesquisa e intervenção, o que contribuiu para movimentos em direção à Saúde Coletiva por meio da qual eram buscadas formas de qualificar o trabalho da Educação Física a partir de um caminho inexplorado: o diálogo entre práticas corporais e a *Clínica Ampliada*.

A RELAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO FÍSICA E A PRODUÇÃO DE SAÚDE

O cenário descrito evidencia a relação estabelecida entre Educação física e Saúde que, por sua vez, aponta para a existência de duas tendências no campo da pesquisa e da intervenção.

1.1 A *bioEducação Física*

A atuação do profissional Educação Física no contexto da saúde tem sido tradicionalmente associada à implementação de ações que sejam capazes de promover a saúde da população que ao se fundamentarem na racionalidade biomédica privilegiam a dimensão biológica do ser humano em detrimento do olhar para o conjunto de fatores relacionados ao processo saúde-doença-intervenção

A educação física esteve historicamente voltada para a área da saúde, de um modo geral [...] 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 (CARVALHO, 2005, p.19).

Nessa perspectiva, Luz (2007) chama a atenção para o fato de que o objeto de trabalho da Educação Física, o *corpo em movimento*, não deve ser desconsiderado e nem mesmo colocado em segundo plano diante dos saberes biomédicina por agregar diferentes tradições e práticas que vão desde o esporte até a ginástica, bem como a herança circense. Percebe-se, então, como a formação em Educação Física vem assumindo maior nível de complexidade de modo proporcional à sua *complexificação*, pois embora tenha ocorrido uma ampliação de sua função na grande área da saúde, o crescimento não se deu no contexto do serviço público, à medida que “[...] a presença das atividades corporais ligadas à Educação Física no SUS é ainda incipiente [...]” (LUZ, 2007, p.15).

E nesse contexto, para FRAGA (2006), a lógica que fundamenta a relação entre Educação Física e saúde vem sofrendo uma espécie de atualização, pois a ênfase tem sido dirigida à produção e difusão de informações sobre os benefícios da atividade física em detrimento da própria prática da atividade. Este modo de pensar tem influenciado amplamente a atuação dos profissionais da área que incutem na população de forma irrefletida “[...] 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) que, por sua vez, adjetiva e culpabiliza os que não aderem a referida lógica como *sedentários, gordos, fumantes, etc..*

A questão remete à compreensão limitada de promoção da saúde predominante na Educação física que associa a conquista de maiores níveis de saúde com a conscientização sobre mudanças no estilo de vida, segundo critérios fundamentalmente epidemiológicos. Essa realidade foi descrita por Carvalho (1995) quando afirmou que a massificação dos estilos de vida contribuía para a transformação da atividade física em um bem de consumo, assim como

pelas mudanças tecnológicas e a política de mercado que imputavam aos sujeitos um processo de responsabilização do cuidado com o corpo por meio da indústria cultural e da beleza. Tal situação contribui para uma constante criação de valores e conceitos junto à população relacionada com uma suposta necessidade de atenção ao corpo na tentativa de favorecer o consumo de produtos que tem relação direta com essas mesmas necessidades (CARVALHO, 2001).

A discussão sobre os *estilos de vida* supostamente adotados pela população e suas consequências para a saúde, remete à questões de natureza ética acerca do imperativo naturalizante das noções de causa-consequência relacionadas com a “escolha de comportamentos de risco”, à medida que há uma reiteração do discurso da prática de atividade física e do consumo de bens e serviços como associados à conquista da saúde por meio do uso de técnicas, apresentadas como “milagrosas”, embora inacessíveis para grande parte da população (PALMA et al, 2010). O reforço deste discurso se dá pela culpabilização das pessoas que não se enquadram nessa forma de pensar a própria vida, remetendo à reflexão de que pensar a saúde nessa 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).

Estas questões reforçam a necessidade de maior reflexão sobre o papel da Educação Física no campo da saúde, pois ainda que a atividade física seja a expressão predominante dos conteúdos da Educação Física, conforme aponta Freitas (2007), é fundamental que o profissional reconheça que a maneira como lida com o tema pode determinar a forma como a população se apropria do trabalho realizado.

Diante disso reafirma-se a importância de continuarmos avançando na discussão sobre os papéis almejados e assumidos pela Educação Física no contexto da formação e da atuação em saúde, incluindo às proposições com práticas corporais/atividade física na atenção básica, o que exige propor arranjos metodológicos que sejam capazes de dialogar com outros aspectos do processo de trabalho como o vínculo e corresponsabilidade dos envolvidos nas ações de saúde, a atuação com vulnerabilidades em detrimento da lógica da *riscologia*, bem como a construção de intervenções mais compartilhadas com a população.

1.2 As práticas corporais

Torna-se fundamental, neste contexto, prosseguir com a abertura de caminhos que ajudem a esmaecer as fronteiras entre as ciências humanas e biológicas, a exemplo da

interlocução da Educação Física com a Saúde Coletiva. Movimento que, para Carvalho (2007), é estratégico para a área porque favorece o entendimento das ações em saúde para além da oferta de programas e serviços ao exigir outra interpretação do processo *saúde-doença-intervenção*. Assim, o diálogo empreendido trata 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. [...] 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 (CARVALHO, 2007, p.22).

É nessa perspectiva que Carvalho (2006) propõe o trabalho a partir e com as práticas corporais em detrimento da atividade física, à medida que estas são compreendidas como modos de expressão “[...] da cultura corporal de determinado grupo, e que carregam sentidos e significados que as pessoas lhes atribuem” (CARVALHO, 2006, p.65).

De acordo com Freitas, Brasil e Silva (2006) essa aproximação constitui-se por meio de uma via de mão dupla porque tanto contribui para o desenvolvimento de contrapontos aos referenciais que enfatizam a homogeneização, o individualismo e a exclusão, quanto ajuda a ampliação dos significados atribuídos às práticas corporais. O que, por um lado, favorece a aproximação com os interesses e necessidades das pessoas, desprivilegiadas em pesquisas e intervenções na Educação Física, e por outro, coloca outras questões para os serviços que se abrem para os conteúdos da cultura corporal.

A necessidade de ampliação da interlocução entre a Educação Física e a Saúde Coletiva remete à importância do profissional da área reconhecer a diferença teórico-metodológica, bem como às implicações de intervenções que seguem a linha da atividade física ou das práticas corporais. Tal demanda se coloca à medida 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”, conforme aponta Carvalho (2007), porque “privilegiam 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).

Contudo não é possível falar na resignificação da forma de pensar a relação entre Educação Física e saúde sem problematizar alguns aspectos relativos à graduação e a

pós-graduação. Em recente artigo, Fraga, Carvalho e Gomes (2012) destacaram que embora tenham ocorrido investimentos dos Ministérios da Educação e da Saúde no desenvolvimento de políticas intersetoriais para a qualificação da atenção e do cuidado, particularmente no tocante ao Programa de Educação pelo Trabalho pela Saúde (PET-Saúde), percebe-se ainda na Educação Física resistências à reformulação dos currículos e das práticas. Movimento que decorre das tradições 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. Cenário que gera repercussões no contexto da pós-graduação, conforme identificaram Manoel e Carvalho (2011), por meio da desqualificação da produção, pressão dos órgãos de fomento a partir dos critérios de avaliação para a produção e o distanciamento crescente entre as questões da sociedade e as prioridades das instituições. O que, em última análise implica em um prejuízo para a Educação Física em relação aquilo que ela compreende e agrega no tocante à possibilidade de interlocução entre distintos saberes e práticas, quanto como campo de conhecimento quanto de prática social.

1.3 Pesquisa e intervenção na atenção básica

Essa problemática também produz reflexos nos âmbitos da pesquisa e intervenção por meio da conformação de duas tendências no contexto da atenção básica.

Primeira tendência: ênfase na racionalidade biomédica:

Esta vertente privilegia os saberes biomédicos segundo abordagens dirigidas para a avaliação quantitativa da saúde e os dados relativos à doença, reproduzindo nos serviços o modelo funcionalista e objetivador de pensar a saúde (MONTEIRO et al, 2007; KOKUBUN et al, 2007; GUIMARÃES et al, 2008; SIQUEIRA et al, 2008; COSTA; BOTTCHEER; KOKUBUN, 2009; MELLO et al, 2010; BIELEMANN; KNUTH; HALLAL, 2010, MENDONÇA; TOSCANO; OLIVEIRA 2009; NAKAMURA, et al 2010; SILVA et al, 2011; SILVA; MATSUDO; LOPES, 2011).

Segunda tendência: ênfase no diálogo com a Saúde Coletiva:

Esta tendência, na qual situa-se o estudo desenvolvido no CSE “Paula Souza, parte do diálogo com a Saúde Coletiva privilegiando em suas análises os princípios do SUS, a complexidade da atenção básica, a produção de subjetividade, o desenvolvimento de ações

mais solidárias e a atuação interdisciplinar (CARVALHO; FREITAS, 2006; WARSCHAUER et al, 2007; CARVALHO; LUZ; TELESÍ et al, 2010; CARVALHO et al, 2009; WARSCHAUER; D'URSO, 2009; WACHS; MALAVOLTA, 2005; WACHS et al, 2010; WACHS; FRAGA, 2009; ABIB et al, 2010).

1.4 A Clínica Ampliada

A escolha dos referenciais da *Clínica Ampliada* e do *Método da Roda* para discutir o projeto de práticas corporais no CSE esteve relacionada ao desafio de experimentar uma interlocução com outros recortes e objetos que ensinassem formas de pensar o trabalho com as práticas corporais no diálogo com a Saúde Coletiva, especialmente pela predominância da primeira tendência no campo da saúde. A potência da Clínica tornava-se evidente, uma vez que a teoria enfatiza a reconstrução das práticas 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 encontro com a teoria trouxe o embasamento metodológico para a intervenção no CSE por meio do *Método da Roda*, que dirige-se à constituição de novas estratégias organizacionais e outra concepção do trabalho clínico baseado em um processo de gestão compartilhada, ou seja, propõe que as mudanças têm maior eficácia quando associadas com processos de modificação dos modos de ser das pessoas, concebendo “[...] os espaços coletivos também como lugar de reflexão crítica, produção de subjetividades e constituição de sujeitos” (CAMPOS, 2000, p.14).

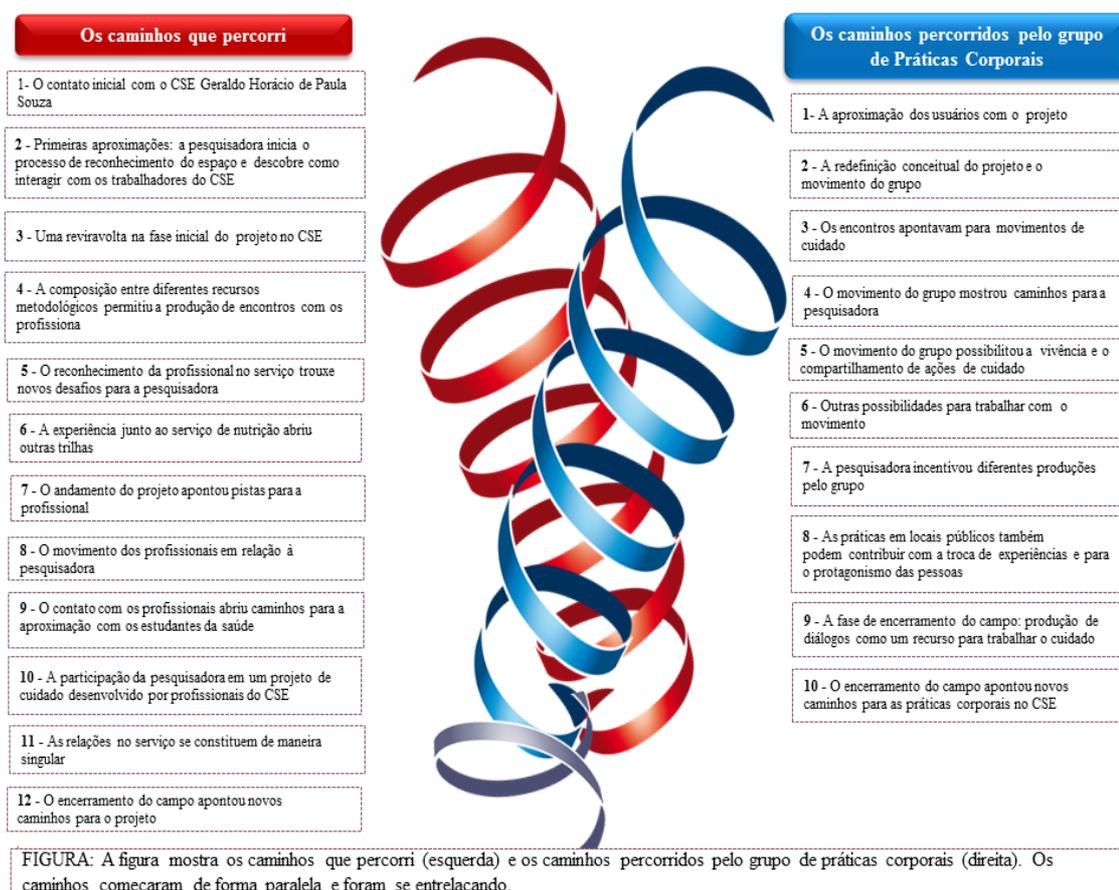
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A investigação no CSE Geraldo Horácio de Paula Souza foi iniciada em 2010. O objetivo era implementar um projeto com práticas corporais para a experimentação da teoria da *Clínica Ampliada*, buscando discutir a qualificação das ações dos profissionais de Educação Física no SUS. Considerando a natureza da investigação e os referenciais, o estudo caracterizou-se como uma pesquisa-ação. Buscávamos desenvolver a investigação por meio de encontros semanais e abertos aos usuários de diferentes faixas etárias, condições clínicas e gênero. Privilegiamos a oferta de atividades em sintonia com as necessidades, os desejos e os interesses que emergiam do grupo, tendo sido desenvolvidas práticas diversas como: alongamentos, dança, vivências de expressão corporal, massagens, jogos, caminhadas

incluindo os espaços públicos próximos ao CSE. As “rodas de conversa” eram outro recurso, adotado para aproximação do grupo com os profissionais e vice-versa. O estudo contou com 51 usuários e foi desenvolvido durante um ano por meio de 118 encontros, sendo 11 “rodas de conversa”, bem como por ações de cuidado decorrentes da implantação do projeto no serviço. Os instrumentos metodológicos eram a observação (diários de campo) e a gravação das falas dos usuários nos encontros que foram utilizados para analisar o processo de implementação da intervenção e a forma de operacionalizar os conceitos.

RESULTADOS

A composição dos resultados foi estruturada sob a forma de processo que traduz os caminhos percorridos pela pesquisadora e os caminhos do grupo de práticas corporais (FIGURA).



Os caminhos foram constituídos por *estações* que mostram as correlações entre a *Clínica Ampliada* (CAMPOS, 2003) e as práticas corporais (CARVALHO, 2006; 2007), segundo três eixos.

- Eixo1: A ressignificação do processo de trabalho:

A vivência do cotidiano do campo foi ensinando que propor uma intervenção na atenção básica exige a compreensão de que o trabalho em saúde é processual e situacional, considerando o tema central da *Clínica Ampliada* que é a ressignificação do processo de trabalho. A vivência de questões “reais” de algumas participantes que demandavam atendimentos clínicos (Estação 3 dos “caminhos que percorri”) mostrou a necessidade de reorientação teórico-metodológica do projeto, afim de que atuasse diante das queixas sem reproduzir o modelo hegemônico da Educação Física. Os fatos remetem à importância dos profissionais efetivamente singularizarem as questões das pessoas, assumindo a tarefa ajudá-las a responsabilizarem por sua saúde de forma mais autônoma, cabendo o reconhecimento de que as escolhas das pessoas não estão relacionadas apenas com a oferta de informação justamente porque envolvem questões relativas à cultura, aos afetos e aos desejos de cada um. O que remete ao tema da valorização dos modos de viver como forma de ajudar as pessoas a retomarem a experiência com elas próprias e com os outros, como um caminho para a produção de um cuidado legítimo.

- Eixo 2: Acolhimento e Interprofissionalidade

O eixo evidencia que a *ressignificação do processo de trabalho* abriu caminho para experiências com o tema do acolhimento e o trabalho interprofissional. Das estações que ilustram a questão (Estações 4, 5, 6 7 dos “caminhos que percorri”), destacamos que intervir sob a lógica do acolhimento a partir e por meio das práticas corporais exige aproximações com outros núcleos de saberes que, em última análise, ajudam a produzir sentidos de se trabalhar com o *apoio*, entendido como um “agir reflexivo, um ofertar experimentando” (CAMPOS, 2003).

Trabalhar com questões relacionadas com o *Acolhimento e a Interprofissionalidade* – resistências, limites e potencialidades dos núcleos de formação – podem ajudar no entendimento de que os usuários ensinam sobre formas de acolher e cuidar nos âmbitos individual e coletivo (Estações 1 e 4 dos “caminhos percorridos pelo grupo”), o que mantém relação direta com a possibilidade de personalizar as relações e de gerar um efeito de educação permanente junto aos profissionais e usuários.

Torna-se nítida a potencialidade das práticas corporais de atuar como tecnologias para ampliar a construção de espaços de acolhimento e redes de conversa, deslocando o trabalho com o corpo da lógica cientificista de conceber a promoção da saúde para uma perspectiva

centrada no aprendizado sobre o sentido de encontrar no outro profissional um conjunto de conhecimentos e habilidades que ajudem no desafio de propor ações de cuidado ampliadas, que, em última análise, diz respeito à composição entre especialização e interdisciplinaridade (CAMPOS, 2003).

Eixo 3: Vínculo e Autonomia

A experiência com o *Acolhimento* e o *Apoio* mostrou que estas noções podem ser pensadas como recursos para facilitar a construção de vínculos e o aprendizado sobre a gestão compartilhada de demandas (Estações 8, 9, 10 dos caminhos que percorri).

Contatamos que as noções ajudam a enfrentar dificuldades próprias das ações interprofissionais (diferentes concepções de cuidado, hegemonia, fragmentação) e da forma tradicional de organização do serviço. As estações ilustram uma tentativa de produzir um trabalho conjunto centrado na escuta e no reconhecimento de questões relacionadas com a vida das pessoas cujos desdobramentos parecem ter apontado 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. Merece ser pontuado que *Vínculo e a Autonomia* foram trabalhados com o grupo em estreita relação com o tema da responsabilização, no sentido da construção de movimentos de corresponsabilidade, visando a produção de protagonismos (Estações 5, 6 8, 10, 11 dos cainhos percorridos pelo grupo”).

A vivência com os conceitos de *Vínculo e a Autonomia* reforçou como as práticas corporais contribuem para ampliar a visão sobre o caráter didático-pedagógico do trabalho com o corpo, 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 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. Tornou-se evidente, portanto, que 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que a incorporação dos conceitos da *Clínica Ampliada* permite que os profissionais de Educação Física proponham ações de cuidado mais amplas por meio das práticas corporais na atenção básica. Contudo, a ideia de experimentação do referencial não teve o sentido de produzir um *modelo* ou *receituário* sobre como intervir no SUS, especialmente considerando que há singularidades nas instituições e nos diferentes atores que as compõem. A intenção era contribuir com um *possível caminho* a ser percorrido na atenção básica, pensando na composição de ações mais singulares no SUS, por meio das quais os profissionais da área possam produzir respostas mais afinadas com as demandas das pessoas e dos serviços, especialmente, reconhecendo que a lógica da *bio*, presente nas diferentes áreas da saúde, dada as suas implicações sobre o viver é um obstáculo para práticas de saúde mais inovadoras.

A análise do processo mostrou que o profissional de Educação Física na atenção básica pode apoiar e incentivar a capacidade de decisão e escolha das pessoas, tendo com objetivo a criação de ações mais compartilhadas e autônomas relativas à produção de saúde; valorizar os saberes e experiências dos sujeitos; favorecer a escuta e o cuidado entre as pessoas, bem como produzir aproximações e diálogos com outras sub-áreas da saúde.

Reafirma-se, portanto, a premência de 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 segundo uma abordagem mais “ampliada”.

PHYSICAL EDUCATION AND THE “AMPLIFIED CLINIC”: A STUDY WITH
CORPORAL PRACTICES IN THE HEALTH SCHOOL CENTER (CSE) GERALDO
HORÁCIO DE PAULA SOUZA/FACULTY OF PUBLIC HEALTH OF THE UNIVERSITY
OF SÃO PAULO (FSP-USP)

ABSTRACT

The increase in the initiatives with corporal practices/physical activity (CP/PA) in primary health care evidences the pertinence of a theoretical and methodological reorientation coherent with this level of care. The objective was to implement a project-intervention with CPs in the CSE to experiment the theory of the Amplified Clinic to discuss the participation

of Physical Education professionals in the Brazilian health system (SUS). This investigation of qualitative nature was oriented by the Method of the Wheel; participant observation and the speeches of the subjects were the techniques of choice. We conclude that the interlocution the Amplified Clinic and the CPs favors the development of actions more adequate to the needs of the people and to the principles of the SUS.

KEYWORDS: Corporal Practices; Amplified Clinic; Professional Health Education.

EDUCACIÓN FÍSICA Y LA CLÍNICA AMPLIADA: UN ESTUDIO CON LAS
PRACTICAS CORPORALES EN EL CENTRO DE SALUD-ESCUELA (CSE) GERALDO
HORÁCIO DE PAULA SOUZA/FACULDTAD DE SALUD PÚBLICA DE LA
UNIVERSIDAD DE SÃO PAULO (FSP-USP)

RESUMEN

El aumento de las iniciativas con prácticas corporales/actividad física (PC/AF) en la atención básica evidencia la pertinencia de una reorientación teórico-metodológica coherente con este nivel da atención. El objetivo fue implementar un proyecto-intervención con PCs en el CSE para experimentar la teoría de la Clínica Ampliada y discutir las acciones de los profesionales de EF en el sistema de salud brasileño (SUS). La investigación, de naturaleza cualitativa, fue orientada por el Método de la Rueda; las verbalizaciones de los sujetos y la observación participante fueran las técnicas utilizadas. Concluimos que la interlocución entre la Clínica Ampliada y las PCs favorece la producción de intervenciones más próximas de las necesidades de las personas y de los principios del SUS.

PALABRAS CLAVES: Prácticas Corporales; Clínica Ampliada; Formación en Salud.

REFERÊNCIAS

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.

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.

BRASIL. *Portaria nº 687*, de 30 de março de 2006, Institui a Política Nacional de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, n.63, p.138, 31 mar, 2006. Seção 1.

BRASIL. *Portaria nº 154*, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, n. 18. p.47,jan 2008. Seção 1.

BRASIL. *Portaria nº 1.401*, de 15 de junho de 2001. Cria o Programa Academia da Saúde, Brasília, n.121, 107, jun, 2011. Seção 1.

CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. A clínica do sujeito por uma clínica reformulada e ampliada. In:

12

CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003. p.51-67.

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

CARVALHO, Y.M. Educação física e filosofia. In: CARVALHO, Y.M.; RUBIO, K. (org.). *Educação física e ciências humanas*. São Paulo: Hucitec, 2001. p.89-101.

_____. 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. p.18-34.

_____. Promoção da Saúde, práticas corporais e atenção básica. *Revista. Saúde Família*, Brasília, v.2, n.7, p. 33-45, 2006.

_____. 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: políticas de formação e perspectivas de intervenção*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p.63-73.

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*. Relatório de resultados dos projetos de pesquisa 2006-2007. São Paulo. 2010. Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde/DECIT. Impresso.

CARVALHO, Y. M.; FREITAS, F. F. Atividade física, saúde e comunidade. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p. 489-505, julho-setembro 2006.

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. In: 11º CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA. São José dos Campos, 2009.

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

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, janeiro-novembro 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, maio 2006.

GUIMARÃES, A.C; ROCHA, C.A.Q.C.; GOMES, A.L.C; CADER, S.A.; 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, janeiro-fevereiro 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*, Florianópolis, v.12, n.1, p.45-50, 2007.

LUZ, M.T. 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: políticas de formação e perspectivas de intervenção*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p.9-16.

MANOEL, E. J.; CARVALHO, Y. M.. Pós-graduação na educação física brasileira: a atração (fatal) para a biodinâmica. *Educação e Pesquisa*, v. 37, n.2, p. 389-406, maio-agosto 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*, Florianópolis, 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*, Florianópolis 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, março-abril 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, abril-junho 2009.

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*, Florianópolis, v.15, n. 2 p. 128-132, 2010.

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.

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*, Florianópolis, 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*, Florianópolis, 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, janeiro 2008.

STARFIELD, D.B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília. Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

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*, 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, julho-dezembro 2005.

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. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE E II CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 15. 2007, Recife, Anais... Recife: Edupe, 2007.v.3. p.1.-7.

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.