

Sem começo e sem fim ... com as práticas corporais* e a *Clínica Ampliada*

Valéria Monteiro Mendes^(a)
Yara Maria de Carvalho^(b)

Entrando no tema...

Distintos autores do campo da saúde¹⁻¹⁶ têm mencionado o aumento de iniciativas com práticas corporais no âmbito dos serviços de saúde, especialmente no nível da atenção básica, como um dispositivo de produção de saúde.

Considerando as características da atenção básica¹⁷, 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 e as políticas de saúde, especialmente na última década, é compreensível o porquê desse crescimento expressivo de iniciativas com as práticas corporais/atividade física.

Entretanto, ao mesmo tempo, é perceptível a predominância de atividades orientadas a partir de critérios prescritivos, culpabilizantes e moralizantes. Com intuito de problematizar a respeito das práticas dos profissionais de saúde para além da oferta de grupos que enfatizam o componente técnico da prática e a atuação sobre a doença, propomos pensar e experimentar as práticas corporais em articulação com os usuários, os profissionais de saúde e o serviço.

Diante desse desafio, nos apropriamos da *Clínica Ampliada*^{18(c)}, que propõe “uma clínica centrada nos Sujeitos concretos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, também considerando a doença como parte dessas existências” (p. 56); e do *Método da Roda*^{19(d)}, que reconhece “os espaços coletivos também como lugar de reflexão crítica, produção de subjetividade e constituição de sujeitos” (p. 14).

A aproximação com a *Clínica Ampliada* foi provocada por acúmulos de desconfortos e instabilidades geradas pelos nossos encontros com todos aqueles que fazem o SUS. Foi ficando cada vez mais urgente explorarmos um referencial teórico-conceitual e metodológico que nos ajudasse a lidar com o desafio de recolocar, de recompor o nosso problema no processo de trabalho, qual seja, reconhecer e considerar a subjetividade, a afetividade e o contexto das práticas.

* Elaborado com base em Mendes VMM. “As práticas corporais e a Clínica Ampliada: a educação Física na Atenção Básica”, pesquisa com apoio financeiro da Capes, vinculada ao projeto “Políticas de formação em educação física e saúde coletiva: atividade física/práticas corporais no SUS” (Edital 24/2010, Processo 06/61320-9).

^(a) Licenciada em Educação Física. São Paulo, SP, Brasil. valeriamm@usp.br

^(b) Departamento de Pedagogia do Corpo Humano, Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo. Av. Prof. Mello Moraes, 65, Cidade Universitária. São Paulo, SP, Brasil. 05508-030. yaramc@usp.br

^(c) O termo *Clínica Ampliada* será grafado em itálico por se tratar de uma expressão que diz de um referencial teórico.

^(d) O termo *Método da Roda* será grafado em itálico por se tratar de uma expressão que diz de um referencial teórico.

Uma 'Clínica' que qualificasse as ações dos profissionais na construção de projetos de cuidado capazes de dialogar com as necessidades das pessoas e com os princípios do SUS.

Esse é um tema que atravessa todas as áreas e profissionais da atenção básica. Trata-se de outro modo de pensar e agir, também como contraponto ao modo *Bio*^(e) da saúde. E o movimento de propor outros formatos para problematizar a produção de cuidado junto às subáreas da saúde, trazidas pelo livro *Clínica Comum*^(f), chama atenção para noções que não enxergamos por meio do olhar biológico de nossa formação. Destas há a noção de *entredisciplinar*, como aquilo que nos convoca a partirmos "do território do não saber e não do intersaber [...] operado no acontecimento com os outros nos processos de formação, do ato para o saber"²⁰ (p. 26); e, ainda, a noção *fazer-saber*, que privilegia o saber que "emerge do campo da ação inscrita no encontro"²⁰ (p. 22), impondo-nos o "desaprender o saber-fazer, pois aqui há que se construir a possibilidade de se vivenciar a construção dos vários regimes de verdade que andam no campo dos encontros nos atos de cuidar e de ensinar" (p. 28). E é nesse contexto que aparece a noção de 'intercessão', mostrando que "no mundo do trabalho, tanto do ensino como do cuidado, há o encontro, sempre intercessor, como lugar de afecções 'entre' e, como tal, de afetos", à medida que "[...] operar atos produtivos no campo do encontro é estar na incerteza dos vários agires de quem ali se encontra e do que pode, em si e entre si"²⁰ (p. 30).

Enfatizamos que reconhecemos que há diferenças entre as proposições da *Clínica Ampliada* e da *Clínica Comum*. Nesse contexto, queremos destacar que a questão que se coloca tem a ver com a necessidade de fabricarmos arranjos metodológicos que estejam efetivamente voltados à produção de saúde como uma produção do bem comum.

E, nesse sentido, o que sistematizamos diz de um processo, de uma experiência do entre, ou seja, traduz um fazer-saber. Considerando nossa experimentação, queremos mostrar aquilo que está no *meio* quando se tem como questão problematizar a produção do cuidado com base nas práticas corporais e na *Clínica Ampliada*. Portanto, o que se apresenta é proposição...

Processo de trabalho: o que fazer e o que não fazer?

"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)

O que fazer em um grupo de práticas corporais? Essa foi uma das questões que nos cercou na fase inicial do projeto de pesquisa-intervenção com as práticas corporais em um centro de saúde escola (CSE) da região oeste do município de São Paulo. Várias participantes do grupo demandaram diferentes tipos de cuidado frente a diagnósticos como: patologias ortopédicas em joelhos e coluna lombar, limitações articulares decorrentes de câncer de mama e síndrome do pânico.

O que não fazer? Não reduzir o sujeito à doença, não dividir o trabalho privilegiando o componente técnico da prática, não fragmentar a intervenção atuando isoladamente no serviço. No entanto, permanecia o dilema sobre os modos de interceder ou produzir intercessões.

Estávamos em uma encruzilhada: por um lado, não poderíamos desconsiderar as necessidades e os sofrimentos trazidos pelas pessoas, o que gerava dúvidas

^(e) A utilização do termo *bioEducaçãoFísica* foi inspirada na fala de um membro da banca de qualificação do mestrado, quando este fez menção às duas tendências apresentadas no texto acerca da Educação Física no campo da saúde.

^(f) Esse livro trata da experiência de formação interprofissional do eixo Trabalho em Saúde (TS), que é um dos eixos curriculares comuns aos cursos da saúde no campus Baixada Santista da Unifesp.

de como trilhar um caminho no CSE sem dirigir o trabalho para o modelo funcionalista e moralizante de pensar o corpo, que se fixa na doença e nos procedimentos técnicos, comumente priorizados pela Educação Física. De outro lado, não compreendíamos como sintonizar, de modo coerente, os saberes e práticas de uma formação em cinesiologia e fisiologia do exercício com as práticas corporais, seguindo as ciências humanas e sociais e os processos de produção de subjetividades.

Outras questões surgiram: Direcionar as ações de cuidado ao atendimento de demandas clínicas significaria privilegiar a doença, e não a saúde? Tal situação teria sido originada em função das demandas dos usuários ou seria decorrente da pesquisadora?

Estes questionamentos revelavam os limites da pesquisadora para atuar com o sujeito adoecido em detrimento da doença, evidenciando o traço de uma formação “biologicista”. Tudo isso dificultava o entendimento de que era efetivamente possível experimentar a aproximação entre os saberes – cinesiologia, fisiologia do exercício, atenção básica, produção do cuidado e práticas corporais. Era difícil, ainda, compreender que esses dilemas eram intrínsecos ao próprio processo de trabalho, imprevisível, efêmero e instigante, da atenção básica. O que era evidente: a necessidade de composição com os trabalhadores e os usuários e com a história do serviço.

O que fizemos? A resposta está relacionada com questões de natureza teórico-conceitual e metodológica que, em última análise, remetem à reflexão sobre formação e educação no trabalho em saúde. Produção de modos mais qualificados de agir em saúde e operar as noções vinculadas a uma “Clínica” que tem como objeto “a doença, o contexto e o próprio sujeito” e a um “Método” que reconhece o “trabalho em equipe como *setting* pedagógico e terapêutico”¹⁹ (p. 79), permitindo a criação de diferentes arranjos com os trabalhadores e usuários do CSE.

Quais arranjos? A imprevisibilidade e a incerteza como elementos constitutivos do trabalho em saúde colaboraram para que essa experiência se transformasse em uma experimentação. A intervenção no cotidiano foi gradualmente aprimorando os modos de sintonizar os conteúdos relativos ao cuidado com o corpo, a partir e por meio das práticas corporais, com as demandas e necessidades dos usuários do serviço, independentemente da idade, do gênero ou, ainda, da condição clínica, o que permitiu a formação de um grupo heterogêneo^(g) do qual fizeram parte sujeitos com diversas formações e ocupações: pessoas aposentadas, donas de casa, empregadas domésticas, professoras, contadoras, artistas plásticas, nutricionista e psicóloga; e, muito mais, eram mulheres, mães, viúvas, casadas, solteiras, homossexuais, filhas, brancas, negras, paulistanas, nordestinas, ‘chefes de família’, desempregadas, eleitoras, cidadãs...

Pensar em *processo* a partir da *Clínica Ampliada* significou, por exemplo, reconhecer que era possível acolher e produzir intercessões frente às necessidades dos usuários, incluindo as clínicas, seguindo a linha de trabalho das práticas corporais e compondo com os saberes da cinesiologia e da fisiologia do exercício, por exemplo. O propósito era experimentar como agregar noções tão fundamentais para o trabalho no cotidiano da atenção básica – o vínculo, a corresponsabilidade, a cogestão e o cuidado com o outro – alinhando uma rede de diálogos e troca de experiências entre os integrantes do grupo de práticas corporais e os trabalhadores do CSE, para trazer à tona situações da vida.

^(g) Durante a reestruturação do projeto, quando incorporamos a *Clínica Ampliada* e o *Método da Roda*, já privilegiávamos o trabalho com grupos heterogêneos (idade, faixa etária, gênero, estado de saúde), pois este é um pressuposto do trabalho com as práticas corporais. Sobre o tema, sugerimos “As práticas corporais no serviço público de saúde: uma aproximação entre a educação física e a saúde coletiva” e “A educação física no serviço público de saúde”.

Acolhimento e interprofissionalidade: a oficina de sexualidade e práticas corporais

“Proseguimos discutindo a pergunta se a masturbação fazia mal porque muitas mulheres sentiam vontade, mas também medo. Olhei para a enfermeira que reafirmou à 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”.

(Oficina de Sexualidade e Práticas Corporais)

O processo de construção de uma rede de diálogo e troca junto aos trabalhadores foi apontando pistas sobre como operar o cuidado no CSE de forma a interagir com outros núcleos de saberes, com as práticas corporais. E a *Oficina de Sexualidade e Práticas Corporais* pode ser um exemplo interessante. Mais uma vez, a singularidade da atenção básica impôs desafios ao trabalho com as práticas corporais.

O convite para que integrássemos a “sala de espera”, concebida por uma ginecologista como *Oficina de Climatério e Sexualidade*, trouxe a seguinte questão: 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? Ficou evidente, outra vez, a exigência de propormos uma estratégia de modo contextualizado sem reduzir os encontros à mera prescrição de “musculação para a vagina”, termo usado por alguns profissionais da saúde.

O caminho encontrado foi inventar maneiras de articular os saberes da cinesiologia e da fisiologia com os problemas, as dúvidas e as experiências das usuárias, a fim de produzir um sentido para a experimentação da região pélvica, a partir da qual pudéssemos trabalhar o cuidado em sentido mais amplo, o que demandava trabalhar não apenas no plano da sexualidade, mas, também, da afetividade e da subjetividade.

A composição e o aprimoramento dessa estratégia somente foram possíveis em função de um trabalho processual e partilhado com a médica, a enfermeira e as próprias usuárias. O aprendizado sobre como pensar e produzir o cuidado por meio da “sala de espera” se desenvolveu a cada encontro a partir de ajustes constantes, pois estes foram sinalizando a necessidade de rearranjos pela identificação de aspectos que dificultavam ou facilitavam a interação entre as profissionais, por exemplo.

Esse movimento, tal como o de uma artesanaria, que é o elemento-chave do trabalho com os pressupostos da *Clínica Ampliada*, exigiu novas costuras em relação à dinâmica dos encontros. Foi assim que o reconhecimento da necessidade de mudanças revelou uma nova face do trabalho coletivo, que diz respeito ao exercício da escuta e da capacidade de negociação/pactuação. Percebíamos a necessidade de propor um caminho que permitisse a interlocução entre os três núcleos de saberes (educação física, enfermagem e medicina), para a efetiva aproximação das outras profissionais do CSE com a linha de trabalho das práticas corporais.

Os momentos de conversas com as profissionais e a necessidade de adequação frente à imprevisibilidade dos encontros, considerando que, em cada um deles, o grupo era diferente, possibilitou que eles passassem paulatinamente de um formato de palestra dialogada – que informava sobre climatério, higiene, prevenção, tratamento de doenças – para outro, que permitiu a composição entre o uso da escuta e da palavra, a experiência com o corpo e os conteúdos dos três núcleos de saberes, correlacionando-os com questões que emergiam dos encontros.

Ao longo do processo, experimentamos como trabalhar os dilemas, as dúvidas e os problemas das pessoas como disparadores e condutores das conversas. Ao mesmo tempo, falando e experimentando o corpo. Exercitarmos a capacidade de escuta e negociação para estruturarmos os encontros e, assim, os ajustes exigiram que lidássemos com diferentes atravessamentos, como as dificuldades ocasionais que a médica e a enfermeira tinham em articular suas atribuições diárias com a oficina.

Fica evidente a necessidade de os serviços da atenção básica incluírem em seus projetos ações que possam ser desenvolvidas pelos profissionais que não se restringem às suas clínicas. É preciso

enfrentar o desafio de conciliar os projetos do serviço com os dos profissionais de saúde, buscando a combinação entre a clínica de cada núcleo de saber com outras formas de intervenção, a exemplo da composição de grupos *entrepofissionais*, pois ações desta natureza tendem a favorecer a constituição de redes de diálogo e de composição entre os profissionais e a comunidade.

A *Oficina de Sexualidade e Práticas Corporais* foi um importante cenário de aprendizagem sobre o trabalho compartilhado. Especialmente na relação com as usuárias, foi necessário aprimorar a forma de lidar com a diversidade de questões, que incluiu um trabalho formativo sobre o tema *participação*. Com os profissionais, à medida que íamos reconhecendo nossas especificidades e o que era comum da Clínica, produzimos outros olhares, da médica e da enfermeira, sobre a potencialidade das práticas corporais como disparadora de conversas e produtora de encontros. A partir dessas mudanças, houve a aproximação com as outras enfermeiras do setor de saúde da mulher, que atuavam como uma espécie de retaguarda, orientando sobre o sentido do trabalho, bem como garantindo a consulta para as usuárias.

A oficina permitiu tanto o trânsito das usuárias entre este grupo e o de práticas corporais, quanto possibilitou que desenvolvêssemos, junto com a enfermeira, “oficinas” no próprio grupo de práticas, pois buscávamos provocar intercâmbios (das participantes da “oficina” com o grupo de práticas corporais e vice-versa, bem como da enfermeira junto ao último e vice-versa), privilegiando o acolhimento e o acesso e tendo como dispositivo as distintas questões relacionadas à sexualidade.

As experiências neste espaço ensinaram como a escuta, a comunicação e a compreensão do funcionamento das relações de poder entre os profissionais, ou a ausência destas, podem contribuir para viabilizar ou dificultar a produção de saúde. A abertura para o diálogo e o interesse para a construção de um trabalho partilhado são determinantes para a qualidade das relações produzidas. Com a participação na *Oficina de Sexualidade e Práticas Corporais*, ficou claro 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 ter sucesso quando a oferta dialoga com o que as pessoas carregam, isto é, quando os profissionais compreendem que os protocolos fazem parte do cuidado, mas não presidem os encontros de saúde^{18,19,21}.

Vínculo e autonomia para além da caminhada...

Caminhando buscávamos experimentar outras formas de lidar com os temas que perpassam essas práticas, visando a problematizar a perspectiva que as associam ao mero condicionamento físico e ao gasto de calorias. Tal discurso garante a manutenção do modelo hegemônico de pensar a saúde, defendendo o consumo de produtos do mercado *fitness* e a dependência em relação ao profissional, em detrimento de um cuidado crítico e reflexivo.

Nessa perspectiva, problematizamos a caminhada, a princípio no jardim próximo ao CSE, um dos locais destinados pela instituição aos encontros do grupo. A intenção era disparar discussões a partir da percepção sobre a prática, ultrapassando a ideia de “palestra sobre os benefícios da caminhada para a saúde”. Priorizamos a experiência como ponto inicial para discutir as sensações relacionadas à caminhada – como a pulsação, a respiração, a postura, os desconfortos no próprio corpo e no corpo do outro – e, ainda, as repercussões relacionadas com necessidades específicas (diabetes, hipertensão, cardiopatias, redução do peso).

Com as caminhadas no jardim, colocamos na roda temas pouco explorados pelo profissional de saúde, como o consumo de bens (vestuário e equipamentos) e serviços (*personal trainer* e academia de ginástica) associados com a qualidade do cuidado. Foi possível, também, debater sobre a realização de encontros sem a participação de um professor/profissional de saúde, com o propósito de trabalhar com o grupo a corresponsabilização e a autonomia no que se refere ao “cuidado de si” e do outro.

As provocações tiveram desdobramentos, entre os quais a realização de atividades conduzidas pelas senhoras do grupo. A ausência da pesquisadora foi usada como um recurso de intervenção para incentivar outras experimentações na dimensão do cuidado por parte do grupo. Este movimento-resposta do grupo mostra como o profissional de saúde pode identificar oportunidades para incentivar a construção de ações mais autônomas pelas pessoas, valendo-se do vínculo estabelecido.

É preciso, no entanto, chamar a atenção para eventuais estranhamentos, como ocorreu com algumas pessoas do grupo, dado o modelo de cuidado centralizador e prescritivo que, muitas vezes, é reproduzido pelos profissionais da saúde junto à população. Nesse sentido, as práticas corporais compreendidas como práticas de saúde e cuidado podem contribuir para que o profissional e o grupo ressignifiquem as relações de poder internas e externas ao grupo.

Das caminhadas iniciais no jardim, atravessamos muros e ruas para encontrar as praças, parques e avenidas do entorno do CSE, com o propósito de incentivar outras formas de se apropriar do espaço público e de se relacionar com os “de fora”. São iniciativas que constituem uma forma de trabalhar o vínculo com e entre os usuários, na tentativa de provocar protagonismos.

Partimos da ideia de que as pessoas deveriam indicar locais próximos de suas casas, ou que já haviam visitado, ou, ainda, que tivessem interesse de conhecer para que pudéssemos partilhar os interesses para identificar o que era diferente e o que era comum. Esse processo trouxe importantes aprendizados sobre o embricamento dos modos de viver com a verbalização de desejos, interesses e necessidades pelas pessoas. O momento de escolha da prática pode ser apropriado para ensinarmos e exercitarmos os diferentes modos de cooperar, sair das zonas de conforto e não resistir ao que, inicialmente, parece difícil, ou trabalhoso, ou estranho. E, ainda, estar atentos ao conjunto de fatores que envolvem a explicitação ou exposição de uma vontade e, ao mesmo tempo, de uma escolha – por esta ou aquela prática. E, nesse sentido, o destino inicialmente escolhido pelo grupo foi uma praça.

Nesta caminhada fora do CSE, a senhora que havia sugerido o local assumiu a condução do grupo, orientando o trajeto a ser percorrido, indicando sobre os serviços oferecidos para a comunidade e ainda reforçando que a praça era um “ótimo lugar para respirar”, pois havia eucaliptos no local. O seu movimento ensejou um diálogo com outra participante, moradora da área, que dizia ao grupo um pouco sobre a vida no bairro:

“Usuária 1: Quando vim morar aqui era só eucalipto. Lembra?. Usuária 2: Lembro. Quando chegamos era só barro na Vila Madalena. Pesquisadora: 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 eucalipto perto da sua casa. Faz ele respirar o ar puro que tem lá”.
(Caminhada à Praça Horácio Sabino, Grupo de práticas corporais)

É interessante observar como as pessoas se relacionam e ocupam o espaço público. É nesse contexto que se coloca a potencialidade das práticas corporais para fazer emergir os afetos, as emoções e a memória. É preciso privilegiar a experiência e os saberes das pessoas. Cultuar as relações valorizando os diferentes modos de organizar e de viver a vida pelas pessoas.

Assim, as caminhadas foram se constituindo como um momento para aprofundar os vínculos entre as pessoas:

“Estávamos caminhando quando D. Irá^(b) 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 [...]”.
(Caminhada ao Parque Trianon, Grupo de Práticas Corporais)

^(b) Os nomes citados são fictícios.

O relato remete aos distintos aspectos que o profissional de saúde precisa aprender a valorizar nos encontros de saúde, como: a memória, a capacidade de decisão e a renovação da sociabilidade e, ainda, a produção de espaços de protagonismo pelas pessoas – não apenas diante do grupo, mas, também, na relação consigo –, o que chama a atenção para o sentido de assumirmos o cuidado como um processo de produção de subjetividades.

O que despertava na usuária aquele parque? O parque Trianon é um dos cartões-postais da cidade de São Paulo: local de passagem, de preservação, de acesso ao verde e de encontro, portanto, de alegria, de estranhamento, de medo, de memória... Durante a caminhada ao parque, as participantes que moravam próximo ou frequentavam o local tendiam a orientar o grupo no percurso, sugerindo, por exemplo, que adotássemos caminhos alternativos por ruas paralelas, por serem “menos agitadas que a Avenida Paulista”, bem como para que tomássemos um atalho pela galeria de um conhecido edifício do trajeto porque era “um lugar mais legal que a rua”. As moradoras da região buscavam, por um lado, contribuir para que o encontro permitisse conversas mais “ao pé do ouvido”, em pequenos grupos, que se constituíam e se desmanchavam ao longo das caminhadas, servindo para reforçar afinidades e facilitar aproximações e, por outro, mostrar os atrativos da região.

Entre esses momentos, houve a apresentação do cinema, da livraria e do espaço de exposições gratuitas (visitamos uma exposição sobre a transformação de garrafas plásticas em objetos de decoração, pertencentes à galeria). As pessoas contribuíam à sua maneira com os encontros, sobretudo compartilhando histórias a respeito da vida da cidade misturadas com a cultura, a arte e suas próprias vidas:

“Lembram o Horácio Sabino, que dá nome à praça que a gente foi? Aqui era a fazenda de café da família dele. Quando não existia nada disso [...] Mas a “Paulista” era um lugar importante [...] A gente vinha assistir os desfiles de carnaval com aquelas marchinhas [...]”. (Caminhada ao Parque Trianon, Grupo de Práticas Corporais)

“Aqui é o Centro Cultural Judaico. Têm sessão de teatro, peça, cinema. Não paga nada. Edilamar respondeu: Não sabia disso. D. Irá prosseguiu: ‘Você vê que o prédio é a Torá, o livro sagrado deles [...]’”. (Caminhada ao Parque da Sabesp, Grupo de Práticas Corporais)

Esta forma de trabalhar as práticas de caminhada, além de favorecer o encontro, contribuiu para potencializar o cuidado, especialmente com as pessoas de mais idade, com demonstrações de afeto e nenhuma preocupação, por exemplo, com o desempenho físico, um dos pontos mais valorizados pelos profissionais da área quando o assunto é caminhada. Entretanto, de fato, o afeto figurava como o aspecto mais valorizado por algumas participantes durante a prática, o que faz pensar sobre a necessidade de o profissional estar atento para os sentidos atribuídos aos encontros pelas usuárias:

“Percebi que Rita, Adriana e Djanira andavam mais lentamente. Aproximei-me e perguntei se estava tudo bem. Adriana respondeu: Está tudo bem. Estamos acompanhando a Djanira que anda mais devagarzinho”. (Caminhada na Avenida Sumaré e Praça Irmãos Karmam, Grupo de Práticas Corporais)

Os encontros foram viabilizados como espaços para a produção de diálogos, isto é, hábeis para favorecer os encontros com o próprio pensamento e com o pensamento do outro, tendo como fio condutor ampliar a compreensão sobre as relações, os desejos, os interesses, as necessidades e as distintas maneiras de viver a vida, como contraponto ao enfoque centrado na autonomia funcional das pessoas – especialmente no caso de idosos, com exercícios de força, coordenação, equilíbrio e percepção – orientada por uma visão instrumental do movimento.

Aqui não se trata de mudança de estilos de vida ou hábitos (dar preferência à escada em relação ao elevador, descer um ponto de ônibus antes do local de trabalho, dentre outras). Também não incita a dependência em relação ao “professor” que trabalha com a prescrição de atividade física e exercícios. Mas pretende chamar profissionais e usuários para experimentarem o protagonismo que se exige

quando se descobrem e se praticam outras sensibilidades e formas perceptivas para além da dimensão física do cuidado com o corpo.

É neste contexto que o trabalho com as práticas corporais contribui para ampliar a visão sobre o trabalho com o corpo, tendo como norte a produção de autonomia e cuidado – o que passa, necessariamente, pelo aprendizado dos usuários, apoiados pelos profissionais de saúde, sobre os saberes que ampliam a percepção e o conhecimento das distintas maneiras, também, de pensar o cuidado. A autonomia está intimamente ligada à forma como as pessoas se apropriam dos espaços públicos e como experimentam, nesses espaços, os encontros, seja consigo, seja com o outro, seja, ainda, com os equipamentos e serviços de saúde, ou de cultura, ou de lazer.

SEM FIM... saindo com o ENTRE...

ENTRE=ENCONTRO

“lugar de porosidades de fugas incontroláveis e, por isso, de imprevisibilidades, de incertezas a tornarem precários todos os arranjos que se posicionem antes do próprio acontecimento.”²⁰ (p. 22)

Clínica e Cuidado

acontecem para além do encontro.

Processo Intercessor

pressupõe estar com o outro, ou experimentar a presença no encontro com o outro.

Processo de Formação

implica varrer o instituído, na ‘desaprendizagem’ e no ‘abrir-se para o entredisciplinar’, ou ‘fazer-saber’.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Freitas FF, Carvalho YM, Mendes VM. Educação física e saúde: aproximações com a clínica ampliada. *Rev Bras Cienc Esporte*. 2013; 35(3):639-56.
2. Bilibio LFS. Esquecimento ativo e práticas corporais em saúde. In: Fraga AB, Carvalho YM, Gomes IM, organizadores. *As práticas corporais no campo da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 117-38.
3. Bracht V. Educação física & saúde coletiva: reflexões pedagógicas. In: Fraga AB, Carvalho YM, Gomes, organizadores. *As práticas corporais no campo da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 178-97.
4. Martinez JFN, Carneiro JA, Campos MH, Antunes PC, Neves RLR, Baptista TJR. Práticas corporais e SUS: tensões teóricas e práticas. In: Fraga AB, Carvalho YM, Gomes IM, organizadores. *As práticas corporais no campo da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 139-77.
5. Carvalho YM, Luz MT, Telesi 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 [Internet]. In: *Seminário de Avaliação do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde*; 2010; São Paulo, Brasil. São Paulo: Instituto de Saúde; 2010. p. 40 [acesso 2011 Out 11]. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/nucleos/nucleo-de-fomento-e-gestao-de-tecnologias-de-saude/relatorio_seminario_avaliacao_ppsus-sp_2006-7.pdf
6. Wachs F, Jardim C, Paulon SM, Resende V. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. *Physis*. 2010; 20(3):895-912.
7. Carvalho YM. *As práticas corporais como práticas de saúde e de cuidado no contexto da promoção da saúde [tese]*. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade da Universidade de São Paulo; 2010.
8. Abib LT, Fraga AB, Wachs F, Alves CTP. Práticas corporais em cena na saúde mental: potencialidades de uma oficina de futebol em um centro de atenção psicossocial de Porto Alegre. *Pensar Prat*. 2010; 13(2):1-15.
9. Wachs F, Fraga AB. Educação física em centros de atenção psicossocial. *Rev Bras Cienc Esporte*. 2009; 31(1):93-107.
10. Carvalho YM, Hallal PC, Warschauer, Mendes VM. Avaliação qualitativa de programas e políticas públicas voltadas para a saúde da população programa CuritibaAtiva. In: *Anais do XI Congresso Paulista de Saúde Pública*; 2009; São José dos Campos, Brasil; São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2009. p. 170-1.
11. Warschauer M, D'Urso L. Ambiência e formação de grupo em programa de caminhada. *Saude Soc*. 2009; 18(2):104-7.
12. Freitas FF, Brasil FK, Silva CL. Práticas corporais e saúde: novos olhares. *Rev Bras Cienc Esporte*. 2006; 27(3):169-83.
13. Warschauer M, Carvalho YM, Martins CL, Freitas FF. As escolhas das práticas corporais e dos profissionais que conduzem as práticas nas unidades básicas de saúde do distrito Butantã-SP [Internet]. In: *Anais do 15º Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte*; 2007; Recife, Brasil. Curitiba: Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte, 2007. p. 27 [acesso 2012 Out 11]. Disponível em: <http://www.cbce.org.br/resumos/003.pdf>

14. Carvalho YM, Freitas FF. Atividade física, saúde e comunidade. *Cad Saude Colet.* 2006; 14(3):489-505.
15. Carvalho YM. Promoção da Saúde, práticas corporais e atenção básica. *Rev Saude Fam.* 2006; 11(7):33-5.
16. Wachs F, Malavolta MA. Pode ser a oficina de corporeidade uma alternativa terapêutica na saúde mental? *Bol Saude (Porto Alegre).* 2005; 19(2):13-20.
17. Starfield DB. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Unesco; 2002.
18. Campos GWS, organizador. A clínica do sujeito por uma clínica reformulada e ampliada. São Paulo: Hucitec; 2003.
19. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
20. Merhy EE. Vivenciar um campo de formação de profissionais de saúde: dobrando em mim o fazer da Unifesp Baixada Santista. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde.* São Paulo: Hucitec; 2013. p. 19-34.
21. Feuerwerker, LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.

Nos últimos anos, embora tenha ocorrido um aumento de ações com práticas corporais/ atividade física na atenção básica, compreendidas como uma ferramenta de ampliação da saúde da população, é premente qualificarmos essas iniciativas com vistas ao acolhimento e ao reconhecimento das necessidades de saúde das pessoas, especialmente considerando o distanciamento entre formação e intervenção que ainda persiste nas subáreas da saúde. Nessa direção, propomos a interlocução entre práticas corporais e *Clínica Ampliada*, problematizando a produção do cuidado por meio de um caminho mais criativo, que privilegia movimentos de composição entre a singularidade dos usuários e trabalhadores e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Com esse arranjo metodológico, trilhamos um percurso que diz de um saber-fazer em processo e de uma experiência de cuidado produzida coletivamente, e nos convoca para pensar e escrever sobre o entre.

Palavras-chave: Práticas corporais. *Clínica Ampliada*. *Método da Roda*. Formação e educação em saúde. Trabalho em saúde.

No beginning and no end ... with body practices and *Expanded Clinics*

Over the last few years, although the number of actions regarding body practices/ physical activity within primary health care (taken to be a tool for improving the health of the population) has increased, there is an urgent need to qualify these initiatives with a view to accepting and acknowledging people's healthcare requirements, especially considering the detachment between training and intervention that still persists with healthcare subsectors. For this purpose, we propose interlocution between body practices and *Expanded Clinics* so as to turn care production into problem-solving actions through a more creative pathway that lays emphasis on movements of composition between the singularities of users and healthcare workers and the principles of the Brazilian National Health System (SUS). With this methodological arrangement, we follow a path involving knowhow in relation to processes and experience of collectively produced care and call for thinking and writing about what lies in between.

Keywords: Body practices. *Expanded clinics*. *Wheel method*. Healthcare training and education. Healthcare work.

Sin comienzo ni fin ... con las prácticas corporales y la *Clínica Ampliada*

En los últimos años, aunque haya habido un aumento de acciones con prácticas corporales/ actividad física en la atención básica, entendidas como una herramienta de ampliación de la salud de la población, es urgente que califiquemos tales iniciativas con el objetivo de acoger y reconocer las necesidades de salud de las personas, considerando el distanciamiento entre formación e intervención que todavía persiste en las sub-áreas de la salud. En esa dirección, proponemos la interlocución entre prácticas corporales y *Clínica Ampliada*, problematizando la producción del cuidado por medio de un camino más creativo que privilegia movimientos de composición entre la singularidad de los usuarios y trabajadores y los principios del Sistema Brasileño de Salud (SUS). Seguimos una trayectoria que habla sobre un saber-hacer en proceso y de una experiencia de cuidado producida colectivamente y que nos convoca a pensar y a escribir sobre el entre.

Palabras clave: Prácticas corporales. *Clínica Ampliada*. *Método de la Rueda*. Formación y educación en salud. Trabajo en salud.

Recebido em 08/09/14. Aprovado em 07/01/15.

