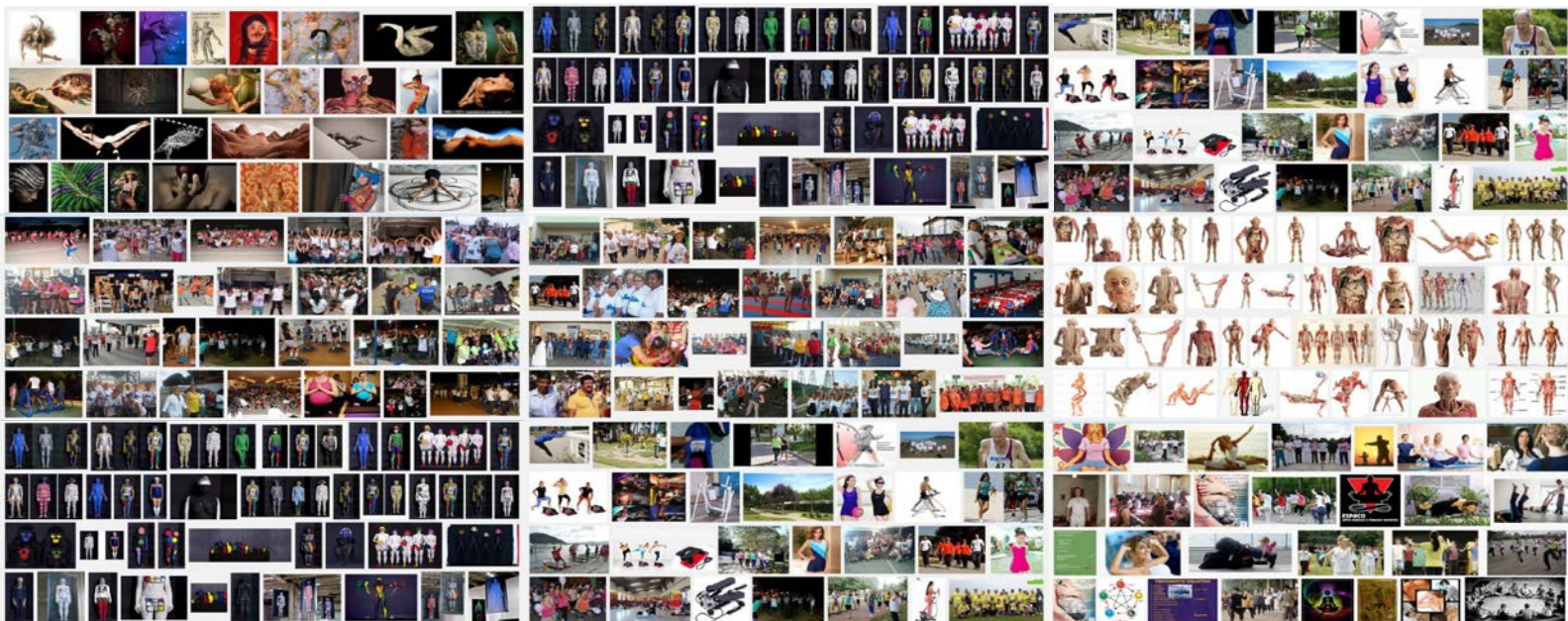
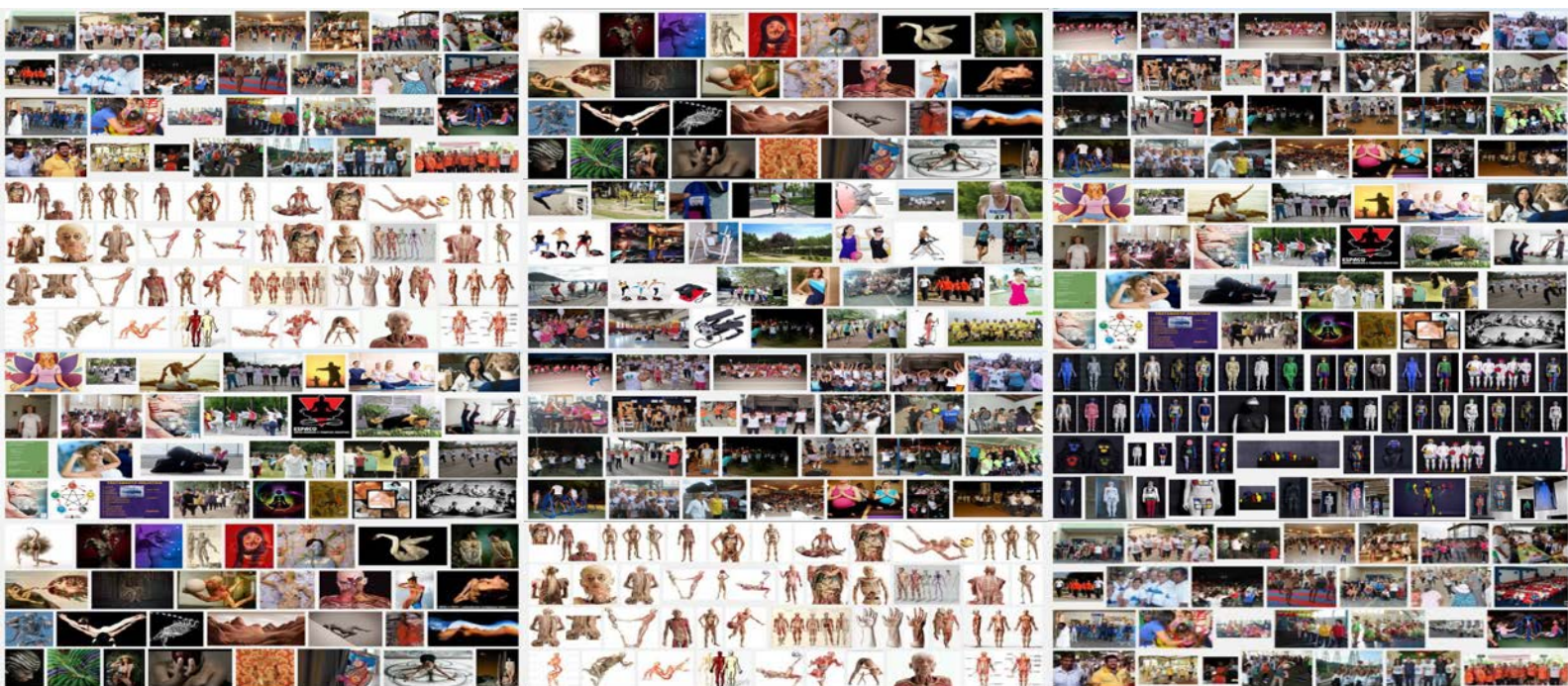


**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**



**PEDAGOGIA DAS VIVÊNCIAS CORPORAIS: EDUCAÇÃO EM
SAÚDE E CULTURAS DE CORPO E MOVIMENTO**

RAPHAEL MACIEL DA SILVA CABALLERO



Porto Alegre, 2015.

RAPHAEL MACIEL DA SILVA CABALLERO

**PEDAGOGIA DAS VIVÊNCIAS CORPORAIS: EDUCAÇÃO EM
SAÚDE E CULTURAS DE CORPO E MOVIMENTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

Grupo temático: Educação em Saúde

Porto Alegre, 2015.

CIP- Catalogação na Publicação

Maciel da Silva Caballero, Raphael
Pedagogia das Vivências Corporais: Educação em
Saúde e Culturas de Corpo e Movimento I Raphael
Maciel da Silva Caballero. -- 2015.
181 f.

Orientador: Ricardo Burg Ceccim.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-
Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Educação em saúde. 2. Práticas corporais. 3.
Promoção da saúde. 4. Atenção Básica. S.
Biopedagogias. I. Burg Ceccim, Ricardo, orient. II.
Título.

RAPHAEL MACIEL DA SILVA CABALLERO

**PEDAGOGIA DAS VIVÊNCIAS CORPORAIS: EDUCAÇÃO EM
SAÚDE E CULTURAS DE CORPO E MOVIMENTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Educação.

Aprovada em: 27 de fevereiro de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Dagmar Estermann Elisabeth Meyer

Programa de Pós-Graduação em Educação
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Alex Branco Fraga

Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga

Departamento de Fisioterapia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Denise Gastaldo

Postgraduate Program in Public Health Education, Research and Service
Dalla Lana School of Public Health, Universidade de Toronto

Para Larissa.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço ao Ricardo Ceccim, a pessoa que há quase oito anos me orienta – não somente acadêmica, mas também profissionalmente. Obrigado pela paciência e perseverança com meu processo de produção e desse trabalho.

Um agradecimento especial para Dagmar Meyer, Denise Gastaldo, Alex Fraga e Luiz Alvarenga, pelo aceite em participarem da banca de defesa e pelos momentos de compartilhamento que tivemos antes e durante meu período de doutoramento. Vocês foram convidados por fazerem muito sentido em minha vida e atribuíram a mim uma confiança inestimável.

Obrigado aos amigos e conhecidos, mais próximos ou menos, pela solidariedade com inquietações que, em última instância, acabam perturbando principalmente o doutorando – mas que vocês se dispuseram a acolher e ouvir. Nesse sentido, cabe um reconhecimento especial à Quelen Tanise Alves da Silva, uma parceira que está sempre presente quando preciso.

Não menos importante, a minha família mais íntima. Agradeço à minha esposa, Larissa, e aos guris, Gabriel, Yuri, Davi e Matheus: vocês trouxeram alegria para me recompor das exigências de dedicação ao estudo. Os sentidos e motivações que compartilhamos a cada momento são indispensáveis para meu pensamento, minha escrita e meu trabalho.

Finalmente, agradeço a todos que colaboraram em alguma medida para a conclusão desse trabalho.

*A Igreja diz: o corpo é uma culpa.
A ciência diz: o corpo é uma máquina.
A publicidade diz: o corpo é um negócio.
O corpo diz: Eu sou uma festa!*

*Eduardo Galeano
(As Palavras Andantes, 1993)*

RESUMO

A possibilidade de produzir-se ações promotoras de saúde vem sendo muito incentivada nas últimas décadas, em especial pela introdução da Estratégia Global Alimentação, Atividade Física e Saúde, difundida pela Organização Mundial da Saúde. Um desafio à Educação em Saúde se coloca, então: levar a Educação ao encontro biopolítico com a medicina, repercutindo biopedagogias na sociedade ou usar da Educação para, por meio da crítica dos estudos culturais, problematizar a promoção da saúde e pensar uma pedagogia das práticas corporais implicada com a vida em aberto da invenção de si e de mundo. Nesse sentido, ganhou espaço perscrutar a Atenção Básica, não as clínicas da recuperação de obesos, hipertensos, diabéticos e sedentários ou os hospitais e casas geriátricas. A Atenção Básica, como a Educação Básica, congrega/compila ações e serviços que dizem respeito à estruturação da vida, cidadania e política humana em sociedades letradas e protegidas pela saúde pública. A problematização então proposta como tese inventariou a emergência do enunciado “práticas corporais, promoção da saúde e atenção básica”, projetado no Brasil, a partir de meados da primeira década dos anos 2000, quando atingiríamos a “saúde para todos”, segundo professou a primeira conferência internacional de cuidados primários em saúde (tarefa para a atenção básica); inventariou a literatura brasileira sobre práticas corporais (ocupação da área científica da Educação Física) e inventariou a normatividade em atenção básica, promoção da saúde e práticas corporais (ordenamento do Sistema Único de Saúde) para “mergulhar” no fazer cotidiano da saúde em territórios de vida (bairros, comunidades, localidades: saúde da família). A metodologia do inventário serviu para perscrutar 192 trabalhos trazidos à IV Mostra Nacional de Atenção Básica/Saúde da Família, realizada em 2014. Lia-se a justificativa e encontrava-se a expressão biopolítica, lia-se os objetivos e encontrava-se uma biopedagogia da “boa forma”, lia-se a metodologia e encontrava-se a convenção do mexa-se, do agite-se, do coloque-se em movimento. Contudo, lia-se o relato propriamente dito e seus resultados. Nos resultados vinha sempre algo de inusitado, algo de fora das regras ou do escopo inicial, um cochicho. Uma narrativa no interior dos relatos os deixava “vibráteis”, assim, categorizar, classificar ou ordenar seria eliminar a força viva presente no cotidiano como uma especial pedagogia corporal da atenção básica. Essa pedagogia não aparecia meramente “curativa”, era “educativa”, não restabelecadora de uma saúde do corpo em movimento, mas produtora de atos na cultura pelo movimento. Sem medicalização ou pedagogização da produção de movimento/exercício físico, embora uma discursividade biomedicalizadora e biopedagógica. Na experiência da leitura “cartográfica”, pululavam “coisinhas” da paisagem, os modos de fazer, os vários fazedores, os múltiplos motivos do fazer, as mudanças de percurso, a introdução de inusitados. O que entrou em causa foram as experiências que auxiliam o acesso à saúde de modo implícito, nosso corpo como sede de sensações. As experiências nos permitiram enunciar uma “pedagogia das vivências corporais”, ação da atenção básica que rivaliza com as biopedagogias e a biomedicalização, ainda que tais rastros escorram fartamente dos discursos profissionais.

Palavras-chave: Educação em saúde; Práticas corporais; Promoção da saúde; Atenção Básica; Biopedagogias

ABSTRACT

The possibility of producing health promoting actions has been strongly encouraged in the last decades, especially by the introduction of the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, disseminated by the World Health Organization. A challenge to health education is then set: bringing education to a biopolitical encounter with medicine, reverberating biopedagogies in the society or using education, by means of the critique of cultural studies, to problematize health promotion and thinking a pedagogy of the body practices implicated with the life left open of the invention of the self and the world. In this sense, the investigation of primary health care has gained space, instead of clinics for the recovery of obese, hypertensive, diabetic, and sedentary people, or even hospitals and nursing homes. Primary health care, just like K-12 education, gathers/compiles actions and services related to life, citizenship, and human politics in societies that are literate and protected by public health. The problematization that was proposed as a dissertation made an inventory of the emergence of the statement “body practices, health promotion, and primary health care”, projected in Brazil, from the mid-2000s, when we would achieve “health for all”, according to what was claimed in the first international primary health care conference (a task for the primary health care); of the Brazilian literature on body practices (occupation of the scientific field of Physical Education); and of the normativity in primary health care, health promotion, and body practices (an ordering of the Brazilian National Health System – SUS) to “immerse” in the quotidian doing of health in life territories (neighborhoods, communities, townships: family health). The methodology of the inventory served to investigate 192 experiences taken to the IV National Exhibition of Primary Health Care/Family Health, developed in 2014. When reading the event’s rationale, a biopolitical expression was found; when reading its goals, a biopedagogy of the “good shape” was found; when reading its methodology, the convention of the wriggle, squirm, put yourself in movement was found. However, what was read were the report itself and its outcomes. In the outcomes, there was always something unique, something out of the rules or the initial scope, a whisper. An account within the reports made them “vibratile”; thus, categorizing, classifying or ordering would mean to eliminate the live force present in the quotidian as a special corporeal pedagogy of the primary health care. This pedagogy did not emerge merely as “curative”, it was “educational”, not reestablishing health of the body in movement, but like a producer of acts in the culture by the movement. Without medicalization or pedagogization of the movement/physical exercise production, although, a biomedicalizing and biopedagogic discursivity. In the experience of the “cartographic” reading, “little things” from the landscape, the ways of doing, the distinct doers, the multiple reasons of doing, the changes of path, the introduction of unique aspects abounded. What was considered were the experiences that help the access to health in an implicit way, our body as the headquarters of sensations. The experiences allowed the enunciation of a “pedagogy of the corporeal experiences”, and action of primary health care that rivals with biopedagogies and biomedicalization, even though such tracks drain at large from the professional discourses.

Keywords: Health education; Bodily Practice; Health Promotion; Primary Health Care; Biopedagogies

RESUMEN

La posibilidad de producir acciones promotoras de la salud se está incentivando en las últimas décadas, en especial mediante la introducción de la Estrategia Global sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, difundida por la Organización Mundial de la Salud. Un desafío para la Educación en Salud se plantea de este modo: llevar la Educación al encuentro biopolítico con la medicina, lo que repercute en biopedagogías en la sociedad o usar la Educación para, a través de la crítica de los estudios culturales, discutir la promoción de la salud y pensar en una pedagogía de las prácticas corporales involucrada con la vida en la invención abierta de sí mismo y del mundo. En este sentido, ganó espacio el hecho de indagar en la Atención Básica, no las clínicas de recuperación de obesos, hipertensos, diabéticos y sedentarios o en los hospitales y residencias geriátricas. La Atención Básica, como la Educación Básica, reúne/compila acciones y servicios relativos a la estructuración de la vida, la ciudadanía y la política humana en sociedades letradas y protegidas por la salud pública. Así, la problematización propuesta como tesis hizo un inventario de la emergencia en el enunciado “prácticas corporales, promoción de la salud y atención básica”, diseñado en Brasil a partir de mediados de la primera década del año 2000, cuando alcanzaríamos la “salud para todos”, según profesó la primera conferencia internacional de cuidados primarios de la salud (tarea para la atención básica); hizo un inventario de la literatura brasileña sobre prácticas corporales (ocupación del área científica de la Educación Física) e hizo un inventario de la normativa en atención básica, promoción de la salud y prácticas corporales (ordenamiento del Sistema Único de Salud) para “sumergirse” en el quehacer cotidiano de la salud en los territorios de vida (barrios, comunidades, localidades: salud de la familia). La metodología del inventario sirvió para analizar 192 trabajos llevados a la IV Muestra Nacional de Atención Básica/Salud de la Familia, celebrada en el año 2014. Se podía leer la justificación y se encontraba la expresión biopolítica, se leían los objetivos y se encontraba una biopedagogía de la “buena forma”, se leía la metodología y se encontraba la convención del muévase, agítese, póngase en movimiento. Sin embargo, se leía el relato propiamente dicho y sus resultados. En los resultados había siempre algo de inusitado, algo fuera de las reglas o del objetivo inicial, un murmullo. Una narrativa dentro de los informes los hizo “vibrar”, por lo que, categorizar, clasificar u ordenar eliminarían la fuerza viva presente en la vida diaria como una especial pedagogía corporal de la atención primaria. Esta pedagogía no aparecía meramente como “curativa”, era “educativa”, no restablecedora de una salud del cuerpo en movimiento, aunque productora de actos en la cultura por el movimiento. Sin medicalización o pedagogización de la producción del movimiento/ejercicio físico, a pesar de un discurso biomedicalizador y biopedagógico. En la experiencia de la lectura “cartográfica”, pululaban “pequeñas cosas” del paisaje, las formas de hacer, los diferentes hacedores, los múltiples motivos del hacer, los cambios de recorrido, la introducción de inusitados. Lo que entró en cuestión fueron las experiencias que ayudan al acceso a la salud de un modo implícito, nuestro cuerpo como sede de sensaciones. Las experiencias nos permitieron enunciar una “pedagogía de las vivencias corporales”, acción de la atención básica que compite con las biopedagogías y la biomedicalización, aunque tales rastros se desprendan plenamente de los discursos profesionales.

Palabras claves: Educación en salud; Practicas Corporales; Promoción de la Salud; Atención Primaria de Salud; Biopedagogía

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CoP – Comunidade de Prática

Dant – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

Hiperdia – Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

Lilacs – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MTC – Medicina Tradicional Chinesa

Nasf – Núcleos de Apoio em Saúde da Família/Atenção Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

Pics – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Pmaq-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SciELO – Scientific Electronic Library On-line

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

Ufrgs – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

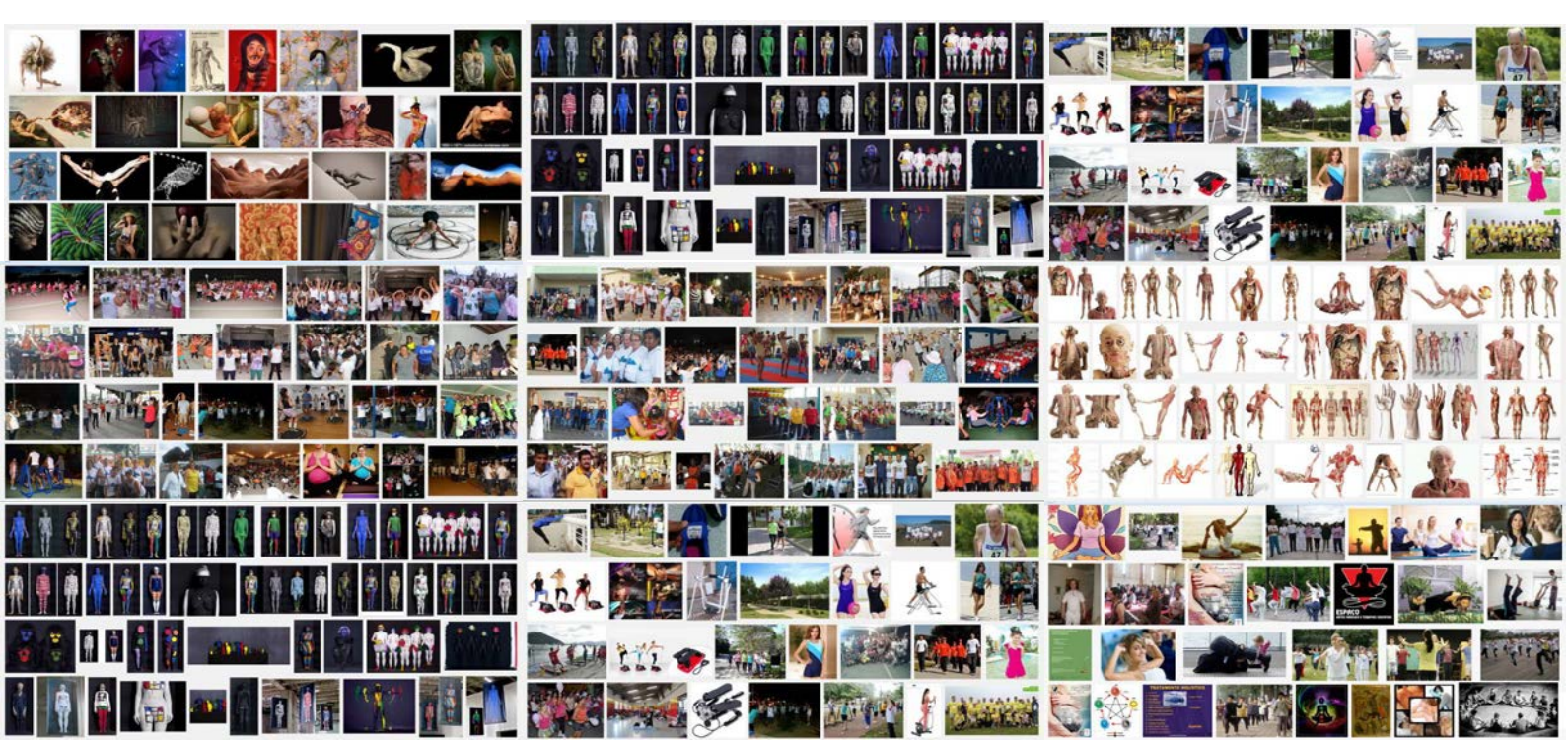
Unicamp – Universidade Estadual de Campinas

Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância

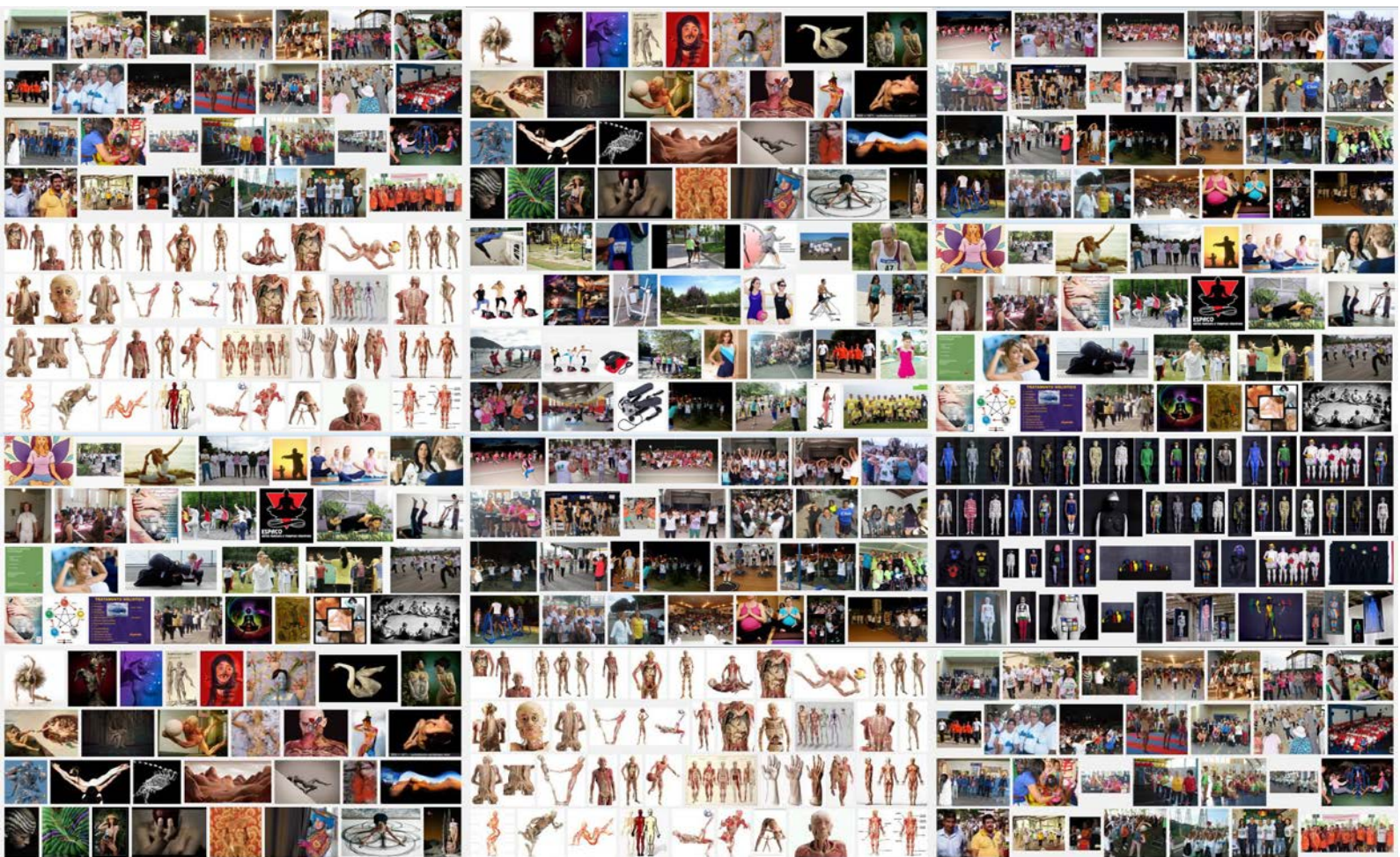
USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	17
PLANO DE ESTUDOS	22
PRÁTICAS CORPORAIS: CIÊNCIAS HUMANAS E SAÚDE.....	27
PRÁTICAS CORPORAIS: EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE.....	40
INVENTÁRIO DA LITERATURA BRASILEIRA EM PRÁTICAS CORPORAIS: DA IDEAÇÃO DE UM CONCEITO À MULTIPLICIDADE DE SEU USO	46
PRÁTICAS CORPORAIS: NORMATIVIDADE E POLÍTICAS DE SAÚDE	56
<i>Atenção Básica</i>	57
<i>Promoção da Saúde</i>	61
<i>Academia da Saúde</i>	65
PRÁTICAS CORPORAIS EM ATENÇÃO BÁSICA: MULTIPLICIDADE E PLURALIDADE DE AÇÕES EM MEIO À VIDA	72
<i>Eixos temáticos: busca por práticas corporais</i>	79
<i>Autoria dos registros relativos às práticas corporais</i>	79
<i>Atores das ações em práticas corporais</i>	80
<i>Serviços participantes</i>	80
<i>Objetivo das ações em práticas corporais</i>	81
<i>Atividades desenvolvidas em práticas corporais</i>	81
<i>Painel de relatos: práticas corporais na promoção da saúde e intersetorialidade</i> .	83
<i>Painel de relatos: promoção da saúde e intersetorialidade com práticas inusuais</i>	91
A DESCOBERTA DE UMA PEDAGOGIA DAS VIVÊNCIAS CORPORAIS	100
CONCLUSÃO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CULTURAS DE CORPO E MOVIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
ANEXOS	118
<i>Banco de Dados da Literatura em Práticas Corporais</i>	119
<i>Banco de Dados Normativos sobre Práticas Corporais e Saúde</i>	132
<i>Banco de Dados sobre Práticas Corporais na Atenção Básica</i>	137



APRESENTAÇÃO



A motivação para esse estudo se situa no âmbito da Educação em Saúde, congregando *trajetória profissional, interesses de pesquisa e desafios ao ensino*. Pode-se dizer que uma *inquietação* impulsionou a busca de estudo e aprofundamento nesse campo: a temática das práticas corporais. Qual a distinção de conceito em “práticas corporais” quando nos localizamos na educação, na saúde ou na educação em saúde? Sendo eu proveniente das formações em saúde e em educação, devido às graduações no Bacharelado em Fisioterapia e na Licenciatura em Educação Física, tendo cursado Mestrado em Educação e atuado com o tema da Promoção da Saúde junto aos programas de residência integrada multiprofissional em saúde e junto ao curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, tinha diante das convocações ao meu trabalho termos conceituais e práticos relacionados com promoção da saúde e ciências do movimento humano: atividade física, práticas corporais, cultura corporal de movimento, reabilitação psicomotora, exercícios físicos no tratamento de doenças, exercícios físicos na educação corporal, treinamento físico, exercitação esportiva, corpo e lazer, exercícios corporais lúdicos, recreação, hábitos saudáveis de movimento e jogos motores. Na escolha pelo doutoramento em educação, imaginava reunir desafios e aprofundamento de estudo nos âmbitos da educação na cultura e da educação científica para problematizar as culturas profissionais, os estilos de pensamento e os modelos de prática propostos como promoção da saúde à atenção básica ou à educação básica.

Acredito que o marcador inicial para o tema – como inquietação – foi a graduação em Fisioterapia, na qual pude entrar em contato com a área da saúde, em especial para atuar no tratamento e reabilitação de agravos e patologias com comprometimento da mecânica corporal fisiológica. Essa abordagem foi suficiente por um bom tempo para meu anseio pessoal de oferecer resposta às necessidades de saúde das pessoas. As limitações com que me deparava no processo de trabalho como fisioterapeuta, especialmente em situações nas quais o atendimento era realizado em condições menos “controladas” (na residência dos pacientes, por exemplo) pareciam ser derivadas do pouco aperfeiçoamento técnico que a inexperiência profissional trazia. Assim,

acreditava que me faltava “mais profissão” – e nesse movimento fui adentrando cada vez mais nas alternativas oferecidas pelo núcleo de saberes e de práticas da profissão, sem, entretanto, encontrar conforto na suficiência às necessidades sociais em saúde que apreendia. Havia uma técnica, mas não um usuário das minhas ações que fosse significativamente singular à eleição das técnicas ou seus contornos.

Variadas abordagens do processo saúde-doença me chegavam pelo contato com equipes multiprofissionais e com profissionais da educação, recreação, lazer, atenção básica e educação básica. Pensava que minha limitação estava na escolha por uma área de intervenção intrinsecamente fixada na cultura medicalizadora e de disciplinarização do corpo para a garantia da saúde, a Fisioterapia com uma concepção anatomofisiológica, mesmo quando de abordagem crítica. As inquietações sobre o modelo de abordagem me levaram ao contato com o termo Práticas Corporais: de uma expressão popular (ou espontânea) a uma expressão conceitual (ou científica) em Educação Física. Entendi relevante o domínio na esfera profissional, passando a cursar Educação Física após ter concluído Fisioterapia.

A graduação na Licenciatura em Educação Física não estava orientada à atuação profissional em atenção básica, mas em educação básica. Não estava orientada à prestação de serviços terapêuticos em saúde, em qualquer âmbito da assistência sanitária, mas ao ensino, à educação escolar, desde a qual se admite tácita ou deliberadamente a colaboração na *educação e promoção da saúde*. Apesar de ser questionável a distinção de localização dos bacharéis e licenciados em educação física, se na saúde ou na educação, todo um conjunto de equipamentos sanitários e educacionais, hoje, mesclam educação e saúde, especialmente pelos aspectos da promoção da saúde, saúde mental coletiva, educação para a saúde, atenção psicossocial e psicopedagógica, ludopedagogia e ludoterapia, entre tantas abordagens de difícil segregação ocupacional ou espaço-temporal. Profissionais de educação física atuam em saúde, educação, esporte, lazer, culturas urbanas, culturas ecológicas e culturas corporais, donde ser questionável uma opção pela saúde em distinção da

educação. Fui apresentado, durante o Mestrado em Educação, a uma potente diversidade epistemológica quando discutia a educação em saúde ou as “pedagogias do corpo e da saúde”, resultantes do contato prolongado de pacientes com serviços de atenção básica (CABALLERO, 2009). Na Educação Física, um destaque importante foi dado às “práticas corporais” como diferenciação de “atividades físicas”, além das noções de “cultura corporal de movimento”, “técnica corporal” e “práticas corporais sistematizadas”. A frequência à licenciatura foi, gradualmente, fazendo-me experimentar transposições do “ensino” ou do “cuidado” para o “cuidado” ou o “ensino”, segundo o objetivo da proposição de práticas corporais na promoção da saúde ou na educação corporal. As transposições do “ensino” para o “cuidado” eram evidentes na proposição de práticas corporais na promoção da saúde, mais ainda, na atenção básica, quando está em causa o conceito ampliado de saúde, de territórios de vida, de promoção da qualidade de vida e/ou de interação saúde-cidadania-cultura.

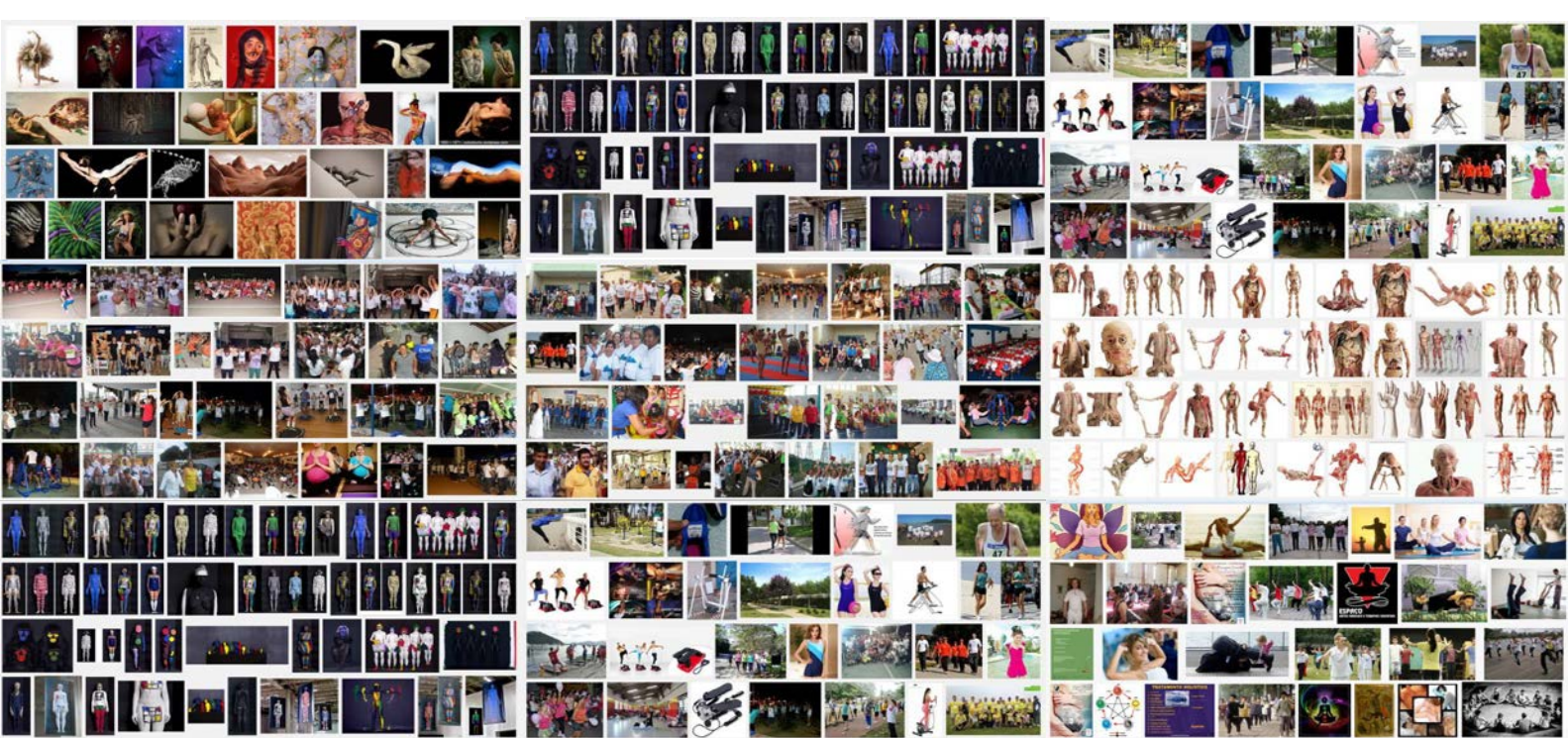
A graduação em Educação Física e o Mestrado em Educação me aportaram a potência das práticas corporais na promoção da saúde. No Mestrado ocupei-me de compreender como pessoas com longa relação com os serviços de saúde constituíam suas noções de “saúde”, “doença” e “vida”. Não buscava qualquer correlação com atividade física ou movimento humano, mas a educação em saúde resultante do contato prolongado com os serviços de saúde. Dois aspectos permaneceram após a conclusão do estudo (reverberando até essa pesquisa atual): (1) os serviços de saúde não conheciam seus usuários, sua orientação era orientada pela formulação de um diagnóstico com base em evidências fisiopatológicas e prescrição com base nos protocolos correspondentes, devolvendo às pessoas quase nada sobre si mesmas, em que pese seu contato continuado por motivo de promover sua saúde; (2) embora o tratamento dirigido às condutas corporais como exercícios físicos sistematizados e alimentação controlada não havia aí oportunidades de cuidado e aprendizado (condizentes com as singulares produções de vida ou vidas em singularização). Na finalização da Licenciatura em Educação Física e na conclusão do Mestrado em Educação, ainda como trabalhador da área de Fisioterapia, participei de

muitos eventos, rodas de discussão e grupos de revisão de metodologias para a implantação e expansão do Programa Academia da Saúde, ação promovida pelo Ministério da Saúde, no interior da Política Nacional de Promoção da Saúde, inicialmente ligado à Secretaria de Vigilância em Saúde, voltada ao controle das Doenças e Agravos Não Transmissíveis ou Doenças Crônico-Degenerativas de maior interesse à saúde pública e, posteriormente, ligado ao Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde. Essa mudança de localização já não era “de graça”, resultava de um debate que articulava elementos de muito interesse às minhas inquietações, aproximando um discurso sobre atividade física ao discurso sobre práticas corporais, educação em saúde e promoção da saúde, corpo e cultura da saúde ou saúde e cultura de corpo. Os atravessamentos com a minha dissertação de mestrado chamavam minha atenção, especialmente naquilo que dizia respeito às aproximações da “vigilância em saúde” e “atenção básica” com as “doenças crônicas não-transmissíveis”, inserindo a discussão de riscos à saúde, produção da qualidade de vida, conhecimento dos usuários e envolvimento dos serviços de saúde com os mesmos.

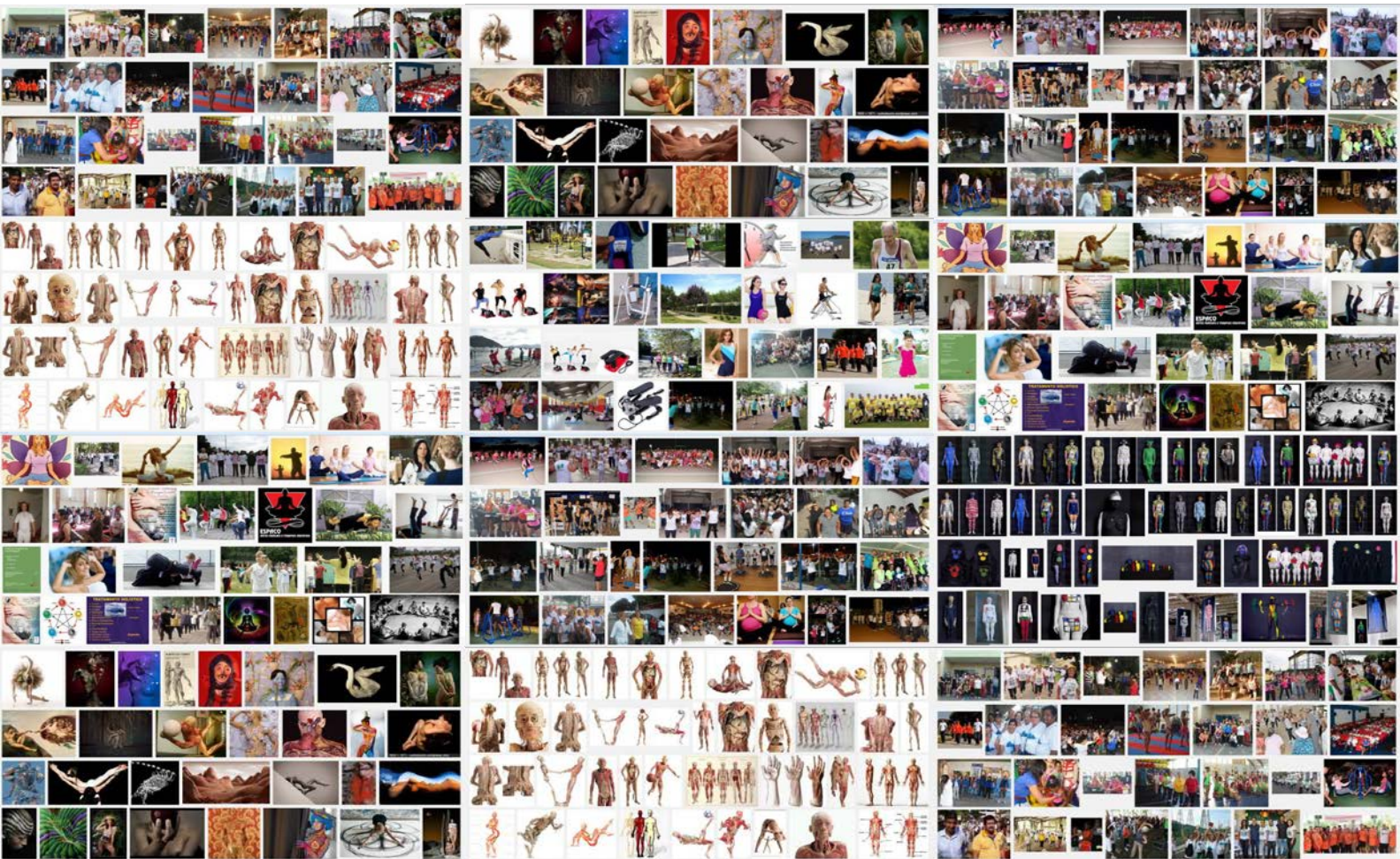
Inicialmente poder-se-ia pensar que essa diversidade, pluralidade ou complexidade tornaria o termo atividade física polissêmico, mas havia a necessidade de escrever “práticas corporais” ao lado de atividade física. O que forçava a essa díade? Uma abordagem de “esclarecimento” e “renovação” teórico-conceitual não colocaria clareza sobre exercício físico e promoção da saúde? Diversas manifestações em defesa da atividade física preferiam nominá-la “práticas corporais” e um dos motivos é que subjaz – em cada prática – uma *pedagogia de seu uso*. Assim, não existem as atividades físicas ou as práticas corporais por si só, mas “modos de uso” ou *pedagogias corporais*.

Nesse contexto de acumulações e inquietações, chego ao doutorado em Educação com a intenção de vislumbrar como a atividade física chega na atenção básica, qual a pedagogia corporal da atenção básica, já que agora a atenção básica inclui o Programa Academia da Saúde e é na atenção básica que o conceito ampliado de saúde é parte da determinação das práticas. Encontro-me com o texto sobre práticas corporais e promoção da saúde na revista do

Departamento de Atenção Básica, a Revista Brasileira de Saúde da Família (2006), depois com a revisão de literatura em educação física sobre a introdução conceitual neste campo do saber científico da terminologia e projeto epistemológico das Práticas Corporais (2008) e chego à Mostra Brasileira de Saúde da Família/Atenção Básica (2014) com essas provocações. A oportunidade da Mostra de Saúde da Família/Atenção Básica me faria ver o que trabalhadores e gestores pretendiam mostrar como pedagogias de corpo para o exercício físico e saúde. Pensei uma tese, então, que assinalasse o que o Brasil faz, em saúde, segundo a intenção de promover saúde por meio da educação corporal, das atividades envolvendo o corpo e da atividade física/práticas corporais.



INTRODUÇÃO



A inquietação deste estudo repousa sobre o tema das práticas corporais na promoção da saúde. Podendo se assentar na educação básica ou na atenção básica, escolho a Mostra de Saúde da Família/Atenção Básica como território do empírico. Cabe destacar que na Atenção Básica está, além da Estratégia Saúde da Família, o Programa Saúde na Escola (PSE) e o Programa Academia da Saúde, ambos muito próximos da Educação em Saúde, por seus componentes de contato com a população pela proteção da saúde, mais que pelo tratamento ou recuperação do estado saudável. A promoção do estado saudável é uma expectativa da Educação em Saúde e uma pedagogia do corpo e da saúde aí se coloca, seja no âmbito da disciplinarização, das sanções normalizadoras, seja no âmbito da afirmação da vida, das ressingularizações permanentes de si e dos entornos. A motivação do estudo, entretanto, se afunilou para perscrutar o que se leva à saúde quando o tema é Atividade Física/Práticas Corporais. Ao escolher a Mostra de Saúde da Família/Atenção Básica para saber de Atividade Física/Práticas Corporais se imaginava ouvir as vozes de uma pedagogia do corpo no “território” da Educação e Promoção da Saúde. Nesse sentido, a busca de vozes de uma Educação da cultura.

Partindo do texto de abertura desse campo, isto é, o texto sobre Práticas Corporais, Promoção da Saúde e Atenção Básica, presente na Revista Brasileira de Saúde da Família, editada pelo Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, e passando pelo artigo de revisão da literatura sobre a presença da terminologia Práticas Corporais na produção científica da Educação Física, projetou-se um estudo com a atualização da revisão de literatura e, na sequência, a construção de um Mapa Analítico daquilo “que se faz/que se pratica” na rede básica de saúde a título de “atividades físicas e práticas corporais”. A tese, então, contempla dois inventários, seu método foi o inventário da literatura e o inventário das práticas. Seu “moto” ou sua “espinha dorsal” a pedagogia de corpo na atenção básica. Assim, há possibilidade de pedagogias corporais amplas, tantas quantas as perspectivas utilizadas em educação física para sistematizar intervenções profissionais nos vários cenários onde a profissão e seus saberes são demandados, mas o foco da tese foi a atenção básica, orientando-se à saúde.

A discussão teórico-conceitual, revisada na busca sistemática pela literatura, concentrou-se em três “modelos pedagógicos” de corpo:

- corpo como “organização anatômica e fisiológica”, submetido às determinações físico-químicas dos processos biológicos, onde se afirma um substrato essencial, um denominador comum a que toda fisiologia corporal está – invariavelmente – reduzida;
- corpo como “organização social e cultural”, configurado pelo contexto em que está inserido, onde se afirma uma construção decorrente das escolhas, mais ou menos explícitas, de cada agrupamento social, culminando em imposições, proibições e preparações no uso e aperfeiçoamento do corpo;
- corpo como “expressão de si e manifestação da subjetividade”, sem que haja determinação biológica ou social, mas experimentação e singularização, onde se afirmam variações de corpo, conexões e relações que desenvolvemos no encontro com tudo ao nosso redor, constituindo, cada um, um corpo para si.

São pedagogias de corpo, assim, que definem os objetivos e as “ações adequadas” para a intervenção educativa ou terapêutica com o corpo na atenção básica, na educação em saúde e na promoção da saúde. A modificação de variáveis orgânicas, tais como peso, circunferência abdominal, pulso, respiração, adiposidade, resistência aos esforços físicos etc. devem ser buscadas constantemente para evitar ou tratar os “adoecimentos”, as “deficiências” e as “disfunções”, mas a modificação de variáveis socioculturais, tais como corte de cabelo, tatuagens, escarificações, uso de adereços e roupas marcam e conformam possibilidades corporais, fazendo com que quaisquer intervenções necessitem considerar as proposições de uso do corpo na cultura e na sociedade (nos contextos de interesse, assim como nas situações geracionais, ocupacionais, de gênero, de raça e de classe). Produção de variações singulares, desde a “celebração” até a “anonímia” do corpo. A supressão do caráter unívoco dos corpos ocorre na cultura, nas técnicas corporais, na composição do corpo com os incorporais, nas inscrições contextuais, nas necessidades subjetivas e nos condicionamentos normativos. Intervenções que desejem a saúde dos corpos ou a educação corporal para a promoção da saúde aceitam quaisquer inscrições? Qual produção de significados e qual compartilhamento de sentidos? Haveria uma

potência dos corpos que não os define por antecedência, apenas os coloca em atuação? E, se assim for, que pedagogia corporal assiste à política de saúde quando se pergunta o que a atenção básica/saúde da família está fazendo?

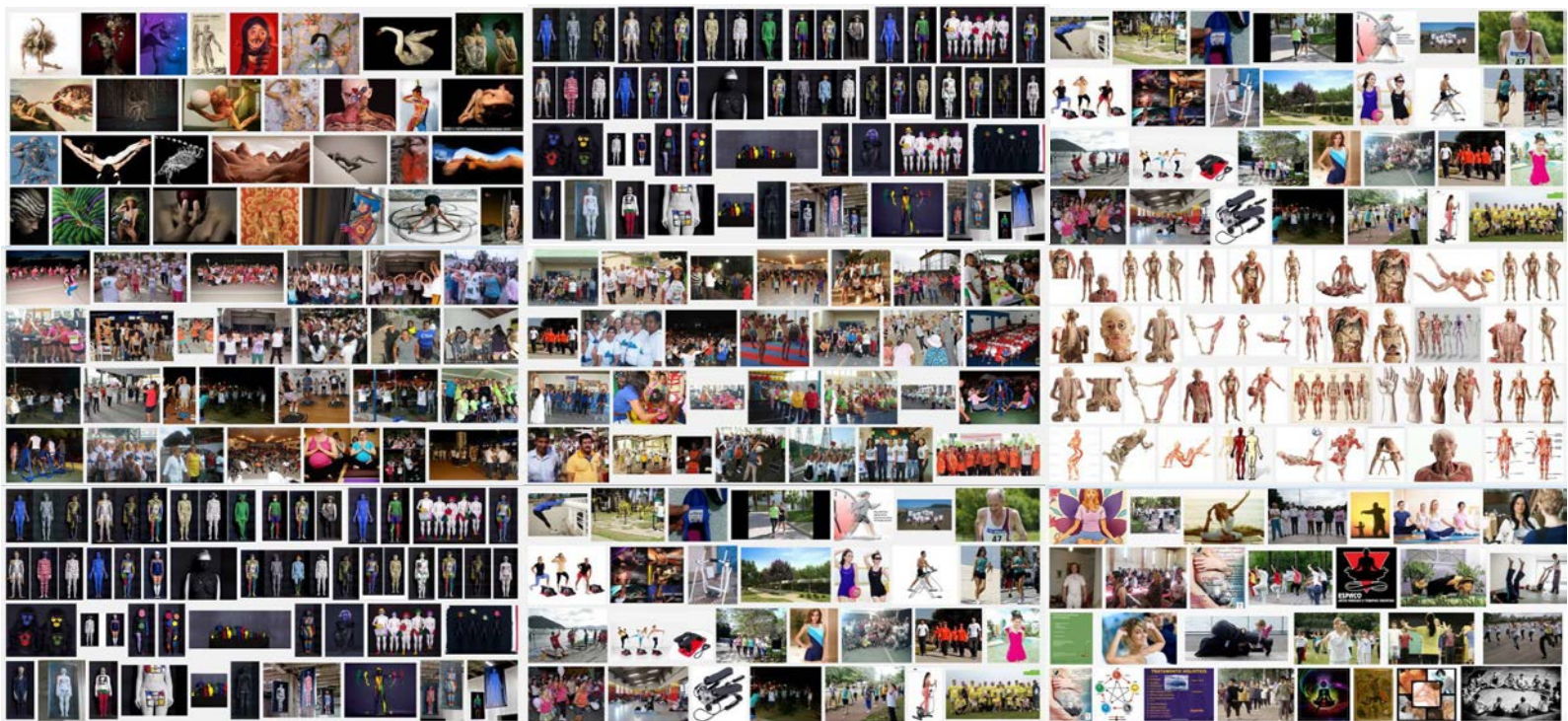
Nos espaços da atenção básica e da escola básica as atividades terapêuticas e educativas levam em conta critérios como a urgência ou o acesso ao maior número de participantes, estratégias de adesão e resultados que dialogam com indicadores de saúde ou de aprendizagem, conforme o caso. O lançamento nacional do Programa Academia da Saúde, em 2012, convocou uma outra reflexão e uma nova organização sistemática das intervenções profissionais sobre o corpo. A Academia da Saúde deveria ser como uma clínica de exercícios físicos, como uma escola de atividade física, como um centro de treinamento e reabilitação de habilidades físicas e capacidades motoras ou como um ambiente de intervenção em ludomotricidade. Caberiam na Academia da Saúde o jogo, o esporte, a dança, o folclore, a brincadeira, a festa e o divertimento como pedagogias corporais. Se à fisioterapia resta evidente a intervenção terapêutica, à educação física resta evidente a intervenção na experiência corporal e na formação da consciência coletiva e do desenvolvimento humano. Ao introduzir a Academia da Saúde, a política nacional de saúde, carregou pedagogias – no plural – corporais, não apenas a terapêutica das doenças e agravos sensíveis à intervenção corporal da atividade física. Pois bem, o que a atenção básica se propôs a fazer?

As provocações causadas pela implementação do Programa reverberaram em outras atividades já existentes, trazendo as práticas corporais ao campo das potenciais intervenções em saúde. Se, para as ciências da saúde, o corpo era organização anatômica e fisiológica, para as ciências sociais e humanas não. A Academia da Saúde poderia ocupar só um lugar, o das ciências da saúde, mas quem iria operar as práticas, formular seus protocolos de ação, avaliar a qualidade de seu desempenho? Da vigilância em saúde passou à atenção básica. Da intervenção em doenças crônico-degenerativas não transmissíveis para seu controle na saúde pública passou à promoção da saúde na atenção básica. O que se “passou”?

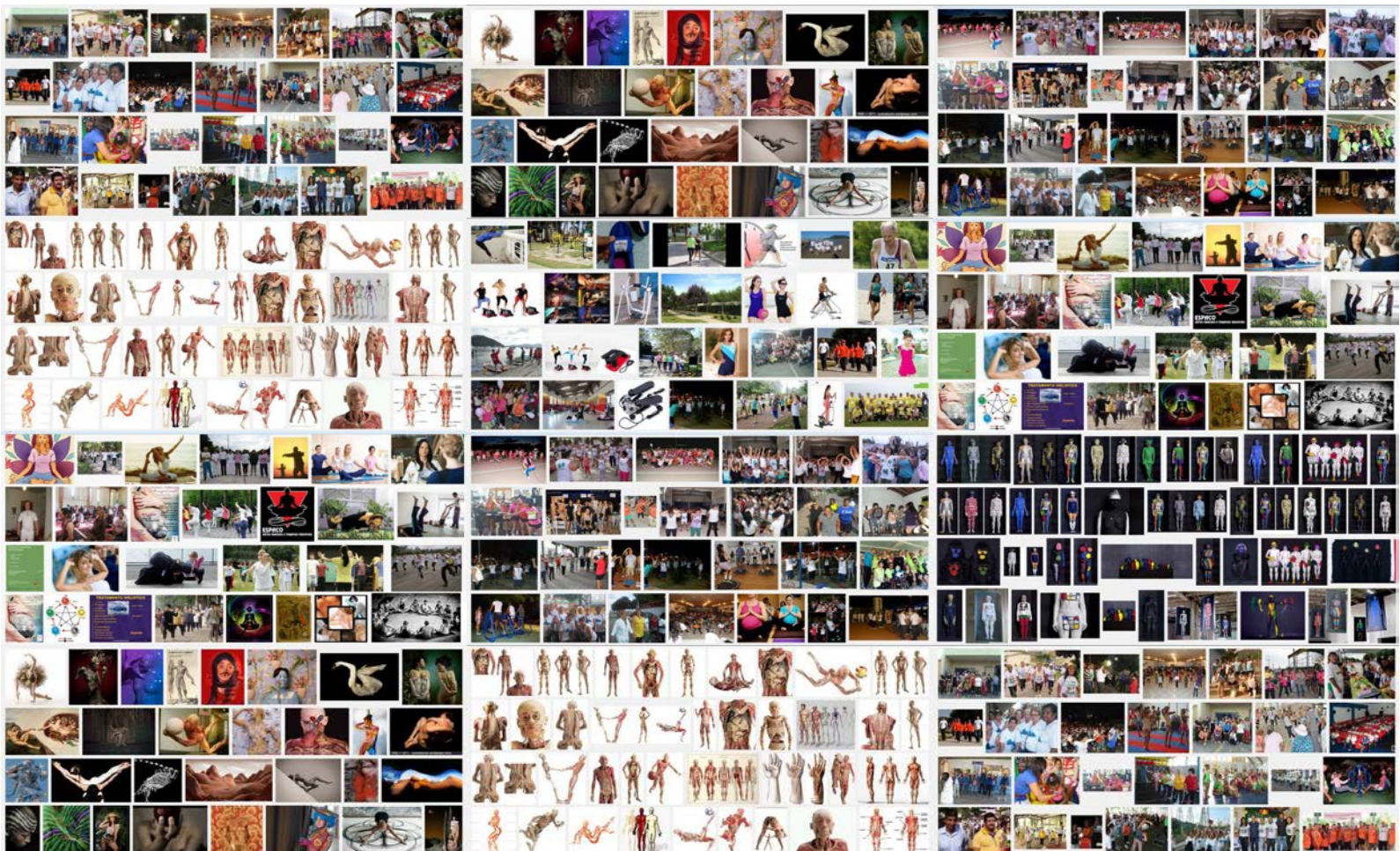
A expressão *pedagogias corporais* foi apropriada da vertente

denominada em Educação como “Estudos Culturais”, na qual se enuncia que *pedagogias culturais* enquadram a Educação numa variedade de áreas sociais, incluindo a escolar, mas não se limitando à escola. Seriam áreas pedagógicas “aqueles lugares onde o poder é organizado e difundido, incluindo-se bibliotecas, TV, cinemas, jornais, revistas, brinquedos, propagandas, videogames, livros, esportes etc.” (STEINBERG e KINCHELOE, 2001). A descrição das “áreas pedagógicas” não é limitada aos espaços e locais fisicamente constituídos, referindo-se a todas as estruturas elaboradas e que elaboram “ensinamentos” sobre a configuração das realidades, disposições da cultura de tal modo que resultem modos de pensar, sentir e querer o mundo segundo padrões estabelecidos. Essas “lições ensinadas” constituiriam disposições sobre valores, crenças e conceitos para compreender corpo e práticas de corpo.

Na Mostra de Saúde Família/Atenção Básica, encontra-se seções com a apresentação de experiências em Atividade Física/Práticas Corporais. Promoção da Saúde e Academia da Saúde e, nos seus eixos temáticos, ações em territórios de vida e cidadania que podem ser relatadas como pedagogias corporais. Esses relatos constituíram o material empírico para o inventário das pedagogias de corpo na atenção básica: que práticas manifestam-se como práticas corporais nas diferentes atuações profissionais na Atenção Básica? Atividade física/Práticas corporais configuram quais Pedagogias Corporais de educação em saúde e cultura de corpo e movimento na Atenção Básica?



PLANO DE ESTUDOS



Mais que palmilhar um método, esta tese traçou um “plano de estudos”, a ideia foi organizar um objeto reflexivo conciso e direto, potente apenas para enunciar pedagogias do corpo quando é a atenção básica que reivindica autoria. São seis movimentos de pensamento:

1) *As práticas corporais nas ciências da saúde e as práticas corporais na atenção básica*: promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica; a revista brasileira de saúde da família; e as formulações mais recorrentes na ação sobre o corpo. Nesse “movimento” trabalhou-se mais especificamente sobre uma formulação da Profa. Yara Carvalho, de 2006, líder do Grupo de Pesquisas Educação Física e Saúde Coletiva, na Universidade de São Paulo: a revisão das práticas corporais na contemporaneidade.

2) *O termo brasileiro “práticas corporais” na literatura científica da área de Educação Física*: estabilidade ou introdução das práticas corporais como conceito e os significados ou sentidos com os quais a terminologia “práticas corporais” tem sido usada na produção científica. Nesse “movimento” trabalhou-se o levantamento realizado pelo grupo de pesquisa da Profa. Ana Márcia Silva, da Universidade Federal de Goiás, marcando sua natureza de novidade na ação sobre o corpo, a partir dos anos 2000.

3) *A literatura acadêmica brasileira*: inventário a partir de 2008, a ideação de um conceito e um fazer, sua pluralidade e a potência de sentidos e práticas.

4) *Ordenamento normativo e a introdução das práticas corporais, das ciências humanas às ciências da saúde*: articulações evidenciadas entre promoção da saúde, academia da saúde e atenção básica.

5) *Mostra Nacional de Saúde da Família/Atenção Básica*: inventário das práticas corporais em territórios do cotidiano na saúde, promoção da saúde e cultura de corpo e movimento, multiplicação do conceito de práticas corporais pelas práticas em saúde.

6) *Pedagogias corporais*: da ideação de um conceito a um conceito que se multiplica, o trabalho com o corpo na atenção básica e sua agitação permanente.

A tese se fez, então, da revisão de dois referentes básicos na pesquisa, práticas corporais como contato com a cultura corporal e práticas

corporais como conceito na literatura científica; a identificação do anúncio das práticas corporais nas políticas públicas de saúde; dois inventários de campo, um da literatura de 2008 a 2014 e um das práticas ou do fazer em práticas corporais na atenção básica; e, por fim, a identificação das pedagogias corporais na atenção básica: a vigência de práticas corporais como componente da cultura e do conceito ampliado de saúde na carona do contexto científico internacional da “Alimentação, Atividade Física e Saúde” (o que pode ser reunido sob a consigna “Promoção da Saúde”).

A metodologia de busca e compilação desse material utilizou-se de um recurso muito utilizado pela área de Ciências da Informação: o Inventário. Essa técnica transposta para a tese visou selecionar, processar, organizar e disponibilizar informações sobre determinado universo de interesse – não somente material bibliográfico, mas potencialmente quaisquer produções (LOPES, 2002). Isso significa, no caso desse trabalho, dar visibilidade a um conjunto sistematizado de discursos sobre práticas corporais, no âmbito técnico-científico (artigos em periódicos, teses e dissertações), normativo (legislação, resoluções, portarias) e operacional (relatos de experiência).

Sobre esse último conjunto, trabalhou-se com os registros de atividades informadas à 4ª Mostra Nacional de Saúde da Família/Atenção Básica, buscando-se pelo uso do termo “práticas corporais”. Esse Inventário, diferente dos anteriores, não somente revisou um acervo de práticas corporais para a promoção da saúde, como gerou a emergência de uma “pedagogia corporal da atenção básica”: diferente da atividade física e saúde medida em elementos do exercício físico, o movimento corporal medido pelas práticas coletivas e os encontros com a cultura. Um “Inventário das Práticas”, nesse caso, guarda semelhança com o procedimento metodológico dos Mapas Analíticos (MERHY e FRANCO, 2009), pelo menos no tocante ao uso das “lentes de cartógrafo” para visualizar processos em curso e a produção da realidade em sua micropolítica, isto é, os arranjos microlocais preocupados em “colocar em ação” uma perspectiva de mundo, mas não a localização sistemática das prescrições técnico-profissionais e biocientíficas, que seriam “impregnantes”, mas não “determinantes”.

Na Atenção Básica, o conceito de saúde é ampliado, envolve a proximidade com os territórios de vida e as vivências das pessoas, trabalho em equipe e interações da equipe de trabalhadores com os usuários das ações e serviços de saúde. O reconhecimento de que a Atenção Básica poderia ser campo para avaliar as pedagogias de corpo na promoção da saúde pareceu promissor. Será que a pedagogia de corpo na atenção básica é a da atividade física ou é a das práticas corporais? Assim, a escolha de tornar a Mostra de Saúde da Família/Atenção Básica material empírico para estudo pareceu um modo de acesso ao cotidiano, longe de teorias ou vertentes paradigmáticas, no universo das práticas relatadas.

A constituição do operador conceitual “pedagogias corporais” recebe influência do termo “biopedagogias”, uma formulação proposta por Jan Wright e Valerie Harwood (2009) para melhor compreender as relações entre poder, saúde e educação no contexto das biopolíticas (a maneira de Michel Foucault)¹ do século XXI:

(...) ao longo de um conjunto de contextos contemporâneos encontramos instruções sobre bios: como viver, como comer, quanto comer, como se mover, quanto se mover. Em suma, uma extensa pedagogia está se dirigindo a nós: a pedagogia da bios, ou o que pode ser chamado de *biopedagogia*. Essa biopedagogia tem como premissa um amálgama entre bios e saúde, em que há muito mais em jogo do que simplesmente *estar bem*. (...) A efetividade da “epidemia de obesidade” em influenciar crenças, comportamentos, saúde e políticas educacionais está intimamente relacionada a essas práticas que estamos denominando biopedagogia (HARWOOD, 2009, p.15).

Wright e Harwood estudam a chamada “epidemia de obesidade” identificada nos Estados Unidos e em alguns países europeus. Essa característica – foco em uma “doença crônica não-transmissível” – além de articular importantes dimensões da vida e da cultura está presente nos contextos educacionais, psicossociais e afetoperceptivos como relação de poder (biopedagogia), enfraquecendo ainda mais as potências do corpo para fazer frente a sua dominação midiática.

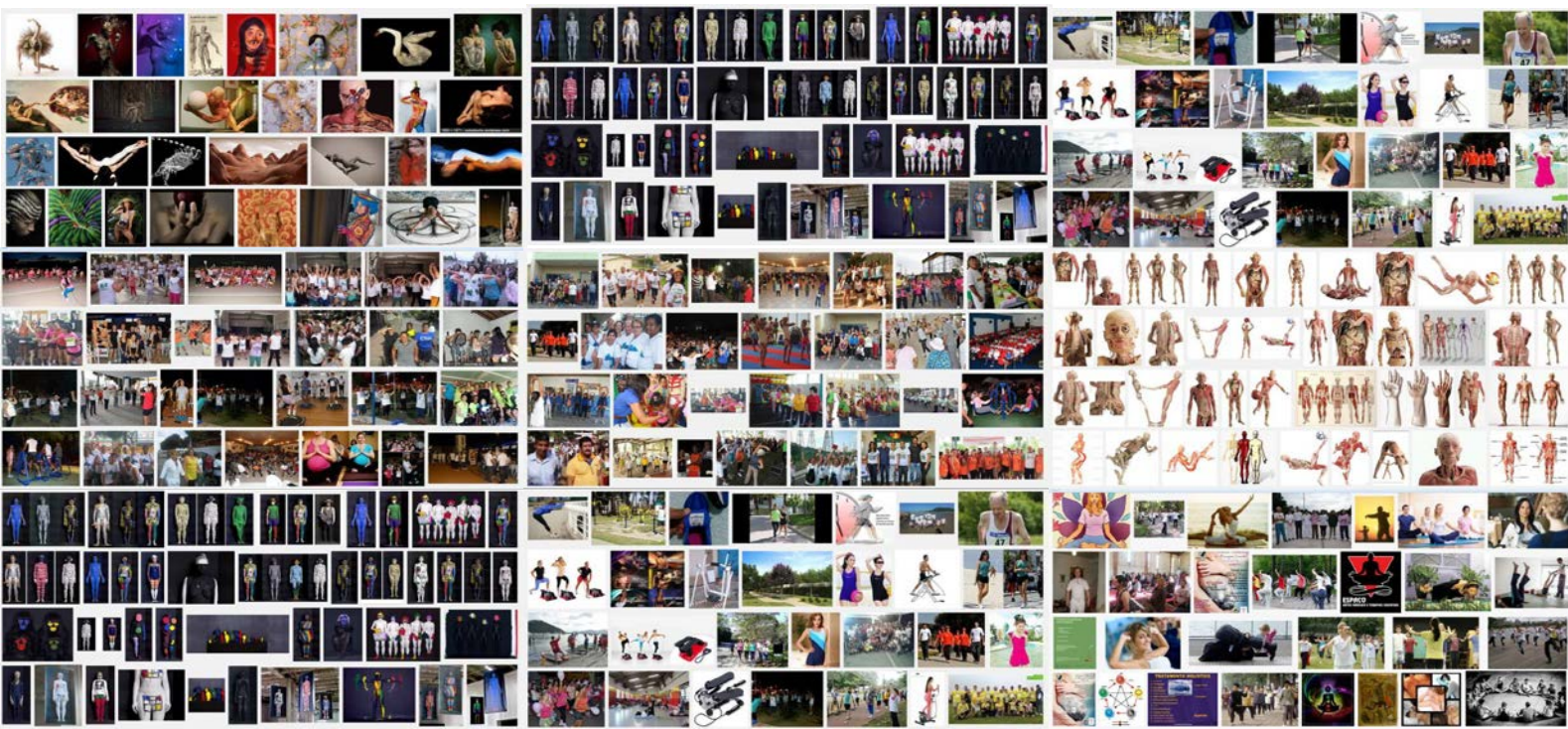
O uso de biopedagogias, nesse sentido, não identifica somente as

¹ A concepção foucaultiana de biopolítica considera o corpo intrinsecamente associado com todas as intervenções, estratégias e normativas que operam nos corpos e pelos corpos de forma a impor ou excluir determinadas possibilidades de manifestação – em uma política de regulação dos modos de vida (FOUCAULT, 2008).

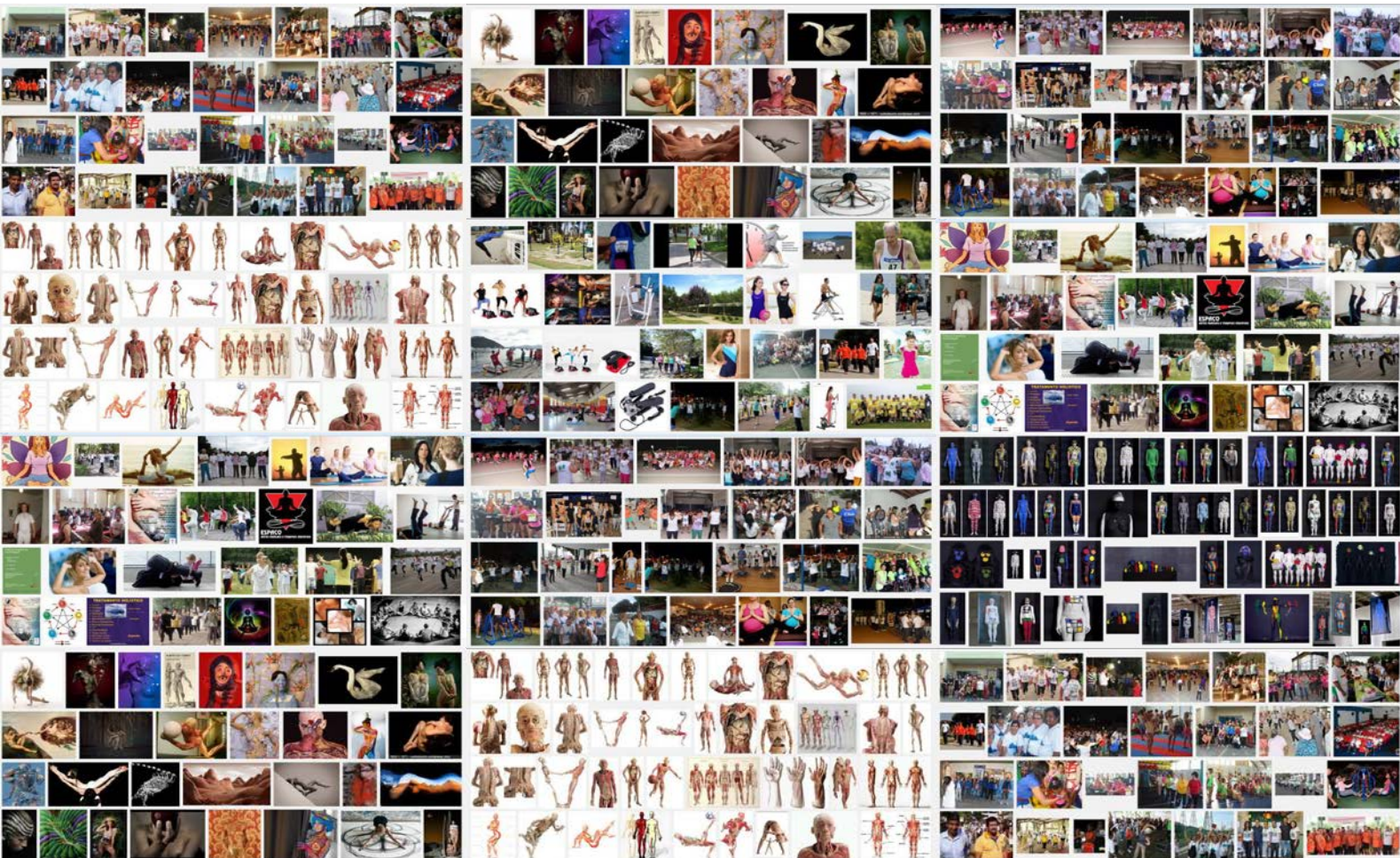
pedagogias que enfocam o corpo, mas todas as estratégias disciplinares e regulatórias que permitem o governo dos corpos em nome da saúde e da vida. O conceito de “pedagogias culturais” e de “biopolítica” (de Michel Foucault) configuram o conceito emergente de “biopedagogia”. Essa junção coloca o corpo como espaço político, constituído em múltiplas áreas pedagógicas – áreas que têm o poder de ensinar e de engajar os “aprendentes” em práticas que dão sentido ao mundo e a si mesmos, influenciando, portanto, o agir em relação a si mesmos e aos outros. As práticas biopedagógicas, nessa concepção, produzem as “verdades” associadas com o objeto de intervenção (obesidade, por exemplo), além das “estratégias de intervenção”, ou seja, as relações de poder e os modos de agir ao longo de uma ampla gama de espaços sociais e institucionais. É interessante destacar que as autoras compreendem certa imprevisibilidade sobre os efeitos das biopedagogias em operação:

(...) a forma como os indivíduos constroem suas noções e práticas é mediada pelas suas experiências pessoais, suas interações com outras possibilidades de conhecimento, com sua corporeidade, com outras verdades e operações de poder em relação ao conhecimento produzido sobre saúde, obesidade e corpo. (WRIGHT, 2009, p. 9).

Nessa “paisagem”, o Plano de Estudos foi, em última instância, inventariar uma pedagogia de corpo presente na atenção básica – quando a atividade física/práticas corporais e a Academia da Saúde chegam na atenção básica. Nesta tese, localizou-se aí pedagogias corporais da atenção básica à promoção da saúde segundo as práticas corporais, cultura de corpo e movimento – apesar da “devastadora” (a governamentalidade discursiva da ciência e das mídias) biopedagogia da “atividade física e alimentação saudável” (mais forte no discurso que na prática).



PRÁTICAS CORPORAIS: CIÊNCIAS HUMANAS E SAÚDE



A expressão “práticas corporais” apresenta certa genealogia desse uso no contexto da promoção da saúde na atenção básica brasileira, mas pode-se identificar como texto germinal “Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica”, publicado em 2006, por Yara Maria de Carvalho, pesquisadora da área de Educação Física, doutora em Saúde Coletiva e com pós-doutorado na área temática das práticas corporais como práticas de saúde e de cuidado no contexto da promoção da saúde. O artigo é uma publicação da Revista Brasileira de Saúde da Família, periódico quadrimestral editado pelo Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, cujo objetivo é o de estabelecer um meio de comunicação e troca de informações com os profissionais de saúde envolvidos diretamente com os cuidados das populações no âmbito de atenção básica, em especial como apoio à Estratégia Saúde da Família, espinha dorsal da atenção básica desde 1996.

O artigo enuncia conceitos da Educação Física e os articula nas ações de saúde. A primeira indicação situa a promoção da saúde como estratégia de diversas políticas públicas e tecnologias em saúde, visando responder às necessidades das pessoas – para além do enfoque na resolução de doenças. Essa definição está intimamente vinculada às mudanças políticas que o conceito de saúde sofreu no bojo da Reforma Sanitária Brasileira, principalmente a partir da década de 1970 e materializada na Constituição Federal de 1988 (artigo 196):

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A compreensão do setor da saúde, especificamente quanto à emergência do discurso da promoção da saúde, está intimamente vinculada às mudanças epistemológicas que o próprio conceito “saúde” sofreu – principalmente a partir da década de 1970, produto da articulação entre as configurações social, econômica, política e cultural da vida individual e coletiva que culminou com a proposta de expansão da atenção básica e, depois, de universalização da atenção integral à saúde.

Pode-se identificar o esforço de “reforma”, pois no século XIX há a demarcação mais clara da introdução de um pensamento biocientífico: o projeto

de uma racionalidade científica do período Moderno, constituída como “razão médica” (LUZ, 2007). Esse termo reflete adequadamente a vinculação dessa racionalidade Moderna com o conhecimento proveniente de disciplinas científicas embasadas principalmente no campo da biologia, produzindo um “modelo de saúde”, a biomedicina (CAMARGO Jr., 2003). A biomedicina – ou biomedicalização – acaba ocupando-se da produção (ou reprodução) de certos objetos de discurso que são predominantemente sociais – e não fenômenos essencialmente biológico-físico-químicos. Dessa forma, o próprio exercício dessa racionalidade reforça que as relações dos indivíduos e dos grupos com o corpo (ou outros acontecimentos vividos, como o sofrimento, o adoecimento e a morte) não devem ser consideradas como construídas socialmente, mas eventos do “âmbito da natureza”, como nas ciências naturais, não mais como frequentemente se alegava, relacionado com forças divinas, sentimentais e/ou estético-expressivas.

Assumir o aspecto de construção social indica a ocorrência do enfrentamento e repressão de outros paradigmas racionalistas, principalmente quando estes ameaçam instituir outras categorias e conceitos (outros discursos e práticas). A competição pela produção de sentidos diferenciados não corresponde necessariamente à existência das múltiplas disciplinas no campo da saúde. Apesar de suas atuações se entrecruzarem nas práticas, as profissões diversas em saúde não estão desarticuladas do modelo teórico-conceitual hegemônico (a razão médica), sendo todas, em alguma medida, exercício de ideologias científicas particulares – submetidas, portanto, à mesma racionalidade científica moderna, a biomedicalização. Para consolidar essa perspectiva, a referência que constitui a saúde moderna consolidou-a como permanentemente ligada às doenças. Uma doutrina de biomedicalização traz implícita a noção de que as doenças são objetos com existência autônoma, traduzíveis pela ocorrência de lesões que seriam decorrência de uma cadeia de eventos desencadeados por uma causa ou por causas múltiplas. Assim, o sistema diagnóstico é peça fundamental dessa lógica, dirigido à identificação das doenças – a partir da caracterização das lesões observáveis –, tomando a terapêutica como complementar (não como um fim), como um instrumento para atingir as causas identificadas das doenças ou, até mesmo, a confirmação ou rejeição do

diagnóstico, o que implicitamente retoma a própria definição de saúde como ausência de doenças (LUZ, 2007).

Essa prática discursiva, em convergência com a racionalidade mecânica moderna, constrói um campo uniforme e excludente dos discursos dissonantes. Em última instância, isso cria um processo normatizador classificatório sobre os comportamentos e condutas que devem ou não ser seguidos pelos indivíduos, em um padrão de normalidade. É exatamente na medida em que institui padrões de normalidade que a medicina garante sua efetividade e sua homogeneidade, capaz de gerar um ordenamento do corpo social. A consequência deste caráter regulador da medicina resulta num discurso que “opera por meio de pequenas fórmulas, com imperativos afirmativos e categóricos, tendo como objetivo exercer pressão, modular gestos, inventar necessidades e abolir outras, atrair e desviar vontades”, usando as palavras de Clavreul (1983).

Essa perspectiva, que considera o normal como o normal fisiológico, é, para Canguilhem (2006), limitada e insuficiente. Para ele, é por referência à polaridade dinâmica da vida que se pode chamar de normais determinados tipos e funções. Se existem normas biológicas é porque a vida estabelece valores não apenas no meio, mas no próprio organismo. Isto porque a vida, segundo o autor, não é apenas submissão ao meio, é, também, a instituição de seu meio próprio. Nesse sentido, ele diz que a saúde deve ser considerada como a capacidade de administrar de forma autônoma as tensões do meio com as quais é necessário conviver. Logo, o que caracterizaria a saúde, para esse autor, é “a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas”.

As raízes da medicina se encontram no esforço espontâneo do ser vivo para dominar o meio e organizá-lo segundo seus valores de ser vivo. Por outro lado, a medicina não estuda o funcionamento do corpo quando este está em equilíbrio com as constantes fisiológicas, mas, ao contrário, quando o corpo está em desequilíbrio. O corpo doente é que é o objeto da medicina. Logo, é a partir da análise das anormalidades que se estabelece o funcionamento normal do corpo –

demarcando profundamente o que é considerado como saúde a ser “preservada” ou “promovida”.

Apesar da hegemonia desse modelo biopolítico, Madel Luz (2007) constituiu uma análise definida como “crise da saúde”, um fenômeno relacionado, entre outras causas, à perda de princípios coletivos, interafetivos, éticos e políticos em proveito da valorização de identidades, de modelos ideais, da busca do poder sobre o outro e do prazer imediato a qualquer preço como fontes privilegiadas de afirmação social. Considerando-se a representatividade que a medicina apresenta nesse contexto, a autora ressalta uma crise da medicina acompanhando essa reconfiguração social. Essa segunda fase revela o crítico afastamento da medicina contemporânea do ser humano como atualidade viva, especialmente nas suas práticas de intervenção.

Não colocando em avaliação o modelo de produção de conhecimento (saberes biomedicalizadores), a medicina mantém-se sob a noção de uma ciência das doenças, ofertando um molde para o ajustamento das práticas terapêuticas, dirigidas, portanto, ao organismo homogêneo ou a ser conduzido para a homogeneização (generalização) que, afinal, assegura lugar às práticas biomedicalizadoras. A partir da percepção desse conceito de saúde, proposições novas de sistemas terapêuticos – ou formas antigas resgatadas e revisitadas – foram emergindo como racionalidades terapêuticas substitutivas àquela estabelecida como hegemônica, orientada ao tratamento de doenças, com fulcro na biomedicina.

Essas substitutividades tensionam, conforme Luz (2007), cada vez mais, os âmbitos econômico, cultural e epidemiológico que nossa sociedade vive e exigem pelo menos algumas inovações no paradigma da terapêutica:

- não somente um indivíduo (o doente) deve ser o objeto das práticas, como também seu cuidado deve ser o objetivo;
- a relação terapeuta-paciente deve ser recolocada como elemento fundamental da terapêutica;
- buscar meios terapêuticos despojados tecnologicamente, economicamente mais acessíveis, com igual ou maior eficácia;

- desenvolver uma terapêutica que busque a autonomia dos usuários nessa relação (singularização da terapêutica);
- afirmar uma atuação profissional em saúde que tenha efetivamente como centralidade a categoria de saúde, não a de doença.

A introdução de um conceito ampliado de saúde integra os determinantes e condicionantes sociais da saúde-doença nas ações técnicas e políticas, incorporando novos modelos de gestão e atenção, na tentativa de renovar o pensamento sanitário, buscando contrapor-se à hegemonia do modelo biomédico, centrado nas instituições hospitalares e biotecnológico-curativo. A concepção ampliada de saúde, com o processo de implementação e consolidação do sistema sanitário brasileiro, contribuiu ao delineamento da Política Nacional de Promoção da Saúde, uma estratégia de articulação transversal, integrada e intersetorial, cujo espaço privilegiado de tradução na modelagem assistencial é a atenção básica.

O texto-proposta de Yara Carvalho delimita o que se deve entender por “atenção básica”, caracterizando-a como o conjunto de ações de saúde que abarca tanto o âmbito individual quanto coletivo, nas diversas possibilidades de atuação (prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação), levada a efeito em territórios de comunidade, não em hospitais ou serviços fechados de atenção especializada e referida às especialidades da clínica no tratamento de enfermidades. Enfatiza também algumas características consideradas necessárias para efetivar essas ações: articulação entre as práticas de gestão e de atenção no sistema de saúde; atuação em equipes integradas multiprofissionais; vínculo com populações de territórios delimitados e, principalmente, responsabilidade sanitária pelos processos de vida nas comunidades.

A apresentação da Atenção Básica (AB), particularmente no contexto brasileiro, não é possível sem fazer referência apropriada a outras conceituações relacionadas. É importante resgatar a acumulação histórica ligada ao modelo de “Atenção Primária à Saúde” (APS), considerando-se que diversas concepções e denominações de propostas e experiências no mundo foram convencionalmente assim chamadas.

Apesar das diferentes expressões nas realidades sanitárias, a estratégia da APS – ou da Atenção Básica – é aquela que busca voltar o modelo de atenção à saúde à resposta de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção à saúde de indivíduos e comunidades (STARFIELD, 2002). Esse enunciado vem da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão (ex-União Soviética), em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). A Conferência aprovou um conjunto de metas internacionais para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000 (Saúde para Todos no ano 2000). Essa política internacional ficou conhecida como Declaração de Alma-Ata, definição preliminar de Atenção Primária à Saúde ou “cuidados primários de saúde”:

Os cuidados primários de saúde são *cuidados essenciais* de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao *alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade*, mediante sua *plena participação* e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no *espírito de autoconfiança e autodeterminação*. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a *função central e o foco principal*, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o *primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde*. (OPAS, 1979, grifos do autor)

No caso brasileiro, Alma-Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início dos anos 1980, trazendo aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos. Com o passar do tempo, particularmente com as discussões acumuladas pelo processo constituinte dos anos 1980 e com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o referencial da APS foi sendo cada vez mais substituído pelo da Atenção Básica – movimento intensificado principalmente ao final da década de 1990, com o debate da saúde como defesa e afirmação da vida (CECCIM, 2005). Entretanto, foi a criação do Programa Saúde da Família que projetou a expansão e universalização da cobertura de 100% da população pela estratégia de cuidados primários, mais tarde designada por Estratégia Saúde

da Família (ESF).

O desenvolvimento da concepção de APS, em diferentes interpretações, traz três abordagens principais a serem implementadas: (1) Atenção Primária à Saúde como programa com objetivos restritos e voltados especificamente à satisfação de algumas necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e marginalidade; (2) Atenção Primária à Saúde como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde; e (3) Atenção Primária à Saúde como estratégia de reordenamento do setor da saúde (MENDES, 1996). A primeira compreensão é muito presente no imaginário da população brasileira, principalmente por predominar nas ações do período da ditadura militar entre a década de 1970 e a década de 1980. A preocupação em inverter essa “cultura de saúde”, uma política reducionista da atenção à assistência curativa simplificada aos pobres, excluindo valores importantes como a universalidade do acesso e a integralidade da atenção, fez com que a discussão sobre uma Atenção Básica fosse desenvolvida na perspectiva de qualificar modelos de atenção à saúde ou modelos de organização tecnológica do trabalho em saúde (CONILL, 2002; MARQUES et al., 2002; CARVALHO et al., 2000), particularmente nos modelos da “Vigilância em Saúde” (articulação das ações de promoção da saúde, prevenção e controle de riscos, atuando sobre um território-população) e de “Defesa da Vida” (acolhimento das necessidades sociais dos usuários, valorizando o estabelecimento de vínculos entre equipes e populações). Assim, a opção pela AB indicava o desejo de reorganização dos serviços, reorientação das práticas e dos mecanismos de gestão, superando a APS no tocante à ação limitada aos indivíduos e às periferias, centrada nos padrões epidemiológicos lidos pelos indicadores de adoecimento e risco de doença.

Nesse cenário, cabe destacar que a modelagem apoiada no âmbito da Vigilância em Saúde, com a organização das ações a partir do território e problemas de saúde, intersectorialidade, discriminação positiva de saúde e paradigma da produção social da saúde é predominante e mais próxima da primeira compreensão referida (MENDES, 1996). Esse panorama articula-se com as ações inspiradas na Programação em Saúde, cuja característica é tratar da

assistência à saúde como recurso essencialmente epidemiológico e da transição da dimensão médica individual para a coletiva (SCHRAIBER, 1993), num misto da primeira e segunda compreensões referidas. A Atenção Básica propriamente, a partir dos anos 2000, vai se expandir na direção da terceira compreensão, arrolando como tarefa principal a defesa da qualidade da vida individual e coletiva para a afirmação da saúde (CECCIM, 2005).

A materialização normativa dessa última proposta de modelagem tecnoassistencial pode ser vista na Portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica (publicada inicialmente em 2006, mas revisada em 2011), definindo a atenção básica como:

[O] conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que [abrange] a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigido a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2011d).

Essa definição conforma uma atenção complexa à saúde das pessoas, implicando “preocupação maior com a singularidade do sujeito”, levando a “privilegiar o encontro, a escuta e a conversa, com intuito de compreender o contexto no qual se insere o problema” (CARVALHO, 2006). Ao identificar a Estratégia Saúde da Família como principal ação de organização da Atenção Básica, Yara Carvalho enuncia o desafio de reorientar as ações de saúde oferecidas até então com a composição, na Estratégia Saúde da Família, das ações de promoção da saúde com ações relacionadas às práticas corporais.

O texto apresenta um tom mais político em afirmação das diversas possibilidades do cuidado em saúde, introduzido o campo teórico da área da Educação Física em colaboração com a promoção da saúde na atenção básica: “as práticas corporais são componentes da cultura corporal dos povos, dizem respeito ao homem em movimento, à sua gestualidade, aos seus modos de se expressar corporalmente” (CARVALHO, 2006). Ao situar as práticas corporais

como inscrição cultural, a autora destaca valores, sentidos e significados presentes entre os praticantes que, necessariamente, diferem em contexto. Algo que precisa, nessa perspectiva, ser direcionador das propostas de intervenção profissional, portanto sem isonomia à intervenção em corpos “organização anatômica e fisiológica”. O texto, ao chamar a atenção para práticas corporais como práticas embasadas na cultura, indica a necessidade de explorar sua diferença na terminologia recorrente na saúde de movimento corporal como atividade física. A autora discute “atividade física”, “exercício físico”, “educação física”, “lazer” e “recreação” como práticas corporais no contemporâneo. O conceito mais recorrente é o de atividade física, especialmente pela sua difusão nas mídias, periódicos científicos e no senso comum, a usual vinculação proteção da saúde, promoção da alimentação saudável e combate ao sedentarismo. Essa formulação de atividade física, como intervenção necessária para prevenção de riscos e combate a doenças, segundo a pesquisadora, fundamenta-se na física clássica newtoniana, como sinônimo de gasto de energia (para compensação de calorias ingeridas). A prescrição terapêutica da atividade física não é exclusiva de profissionais da Educação Física, mas o desenvolvimento do conhecimento sobre a fisiologia do exercício, em consonância com a perspectiva hegemônica da medicalização, levou à necessidade de convenções e concordâncias quanto ao uso do termo atividade física. O consenso contemporâneo foi demarcado no enunciado proposto por Caspersen e colaboradores (1985), definição utilizada em praticamente todos os documentos com recomendações para atividade física e em relatos de pesquisa na área: entende-se como atividade física do ser humano qualquer movimentação corporal voluntária capaz de produzir gasto energético acima dos níveis de repouso.

A produção intelectual em ciências humanas e saúde não nega as evidências científicas com efeito sobre os estados de adoecimento, antes informa que qualquer doença extrapola a dimensão individual e objetiva. Carvalho lembra que é a formação clássica em saúde que leva à demarcação das práticas corporais como certa “evolução” do conceito de atividade física. Os trabalhadores de serviços de saúde desconhecem práticas corporais e acabam por sempre indicar “atividade física”, recaindo naquela atividade física “chata, impositiva, autoritária, medida, cronometrada, inserida no tempo da obrigação”. Questiona,

então, se essas atividades pressupõem saúde, pois haveria, segundo a autora, a necessidade de conhecimentos e informações orientadoras específicas, serviços e produtos específicos, indicações adequadas. Rotinas de exercício, equipamentos de ginástica, calçados esportivos etc. entrariam em causa. Disso se trataria a promoção da saúde na atenção básica no tocante às práticas corporais?

A segmentação valorativa da atividade física viria ocorrer em todos os demais conceitos, rapidamente expostos a seguir:

– Exercício Físico – repetição de determinado movimento ou conjunto de movimentos, de modo encadeado e sequenciado. Essa indicação de atividades regulares e repetitivas é descrita no texto como usualmente padronizada e, portanto, desconectada das diversidades locais e regionais, assim como das condições de vida e de saúde das populações.

– Educação Física – ao resgatar parte das raízes históricas da Educação Física no Brasil, a autora reconhece como marcadores a “concepção biológica”, corpo humano tal como adotado pela área em sua origem, e a “função social”, ensino de disciplina corporal, inseridos aí os valores morais. Essa retomada também comenta a inclusão primeira da Educação Física como componente curricular em escolas, parte importante do que até hoje marca a profissão. Ao final, o texto busca enunciar a compreensão sobre o que seria o termo:

(...) campo de produção de conhecimento e intervenção profissional que tematiza formas de atividades expressivas (jogos, danças, ginásticas e lutas, por exemplo) e que forma profissionais no âmbito da graduação e pós-graduação e se situa academicamente na Grande Área das Ciências da Saúde (CARVALHO, 2006).

– Lazer – direito social e reivindicação da cidadania pela “vivência crítica de participação cultural”, tempo de não trabalho relevante às condições para a produção de valores que se contraponham à “sociedade de consumo”, em especial pela potência dos espaços e tempos mais livres, diversos de recreação, divertimento e descanso.

– Recreação – termo inicialmente associado, no cenário brasileiro, com a propagação dos princípios pedagógicos da Escola Nova (meados da década de 1920), na qual a recreação ganha imaginário de jogos e atividades prazerosas

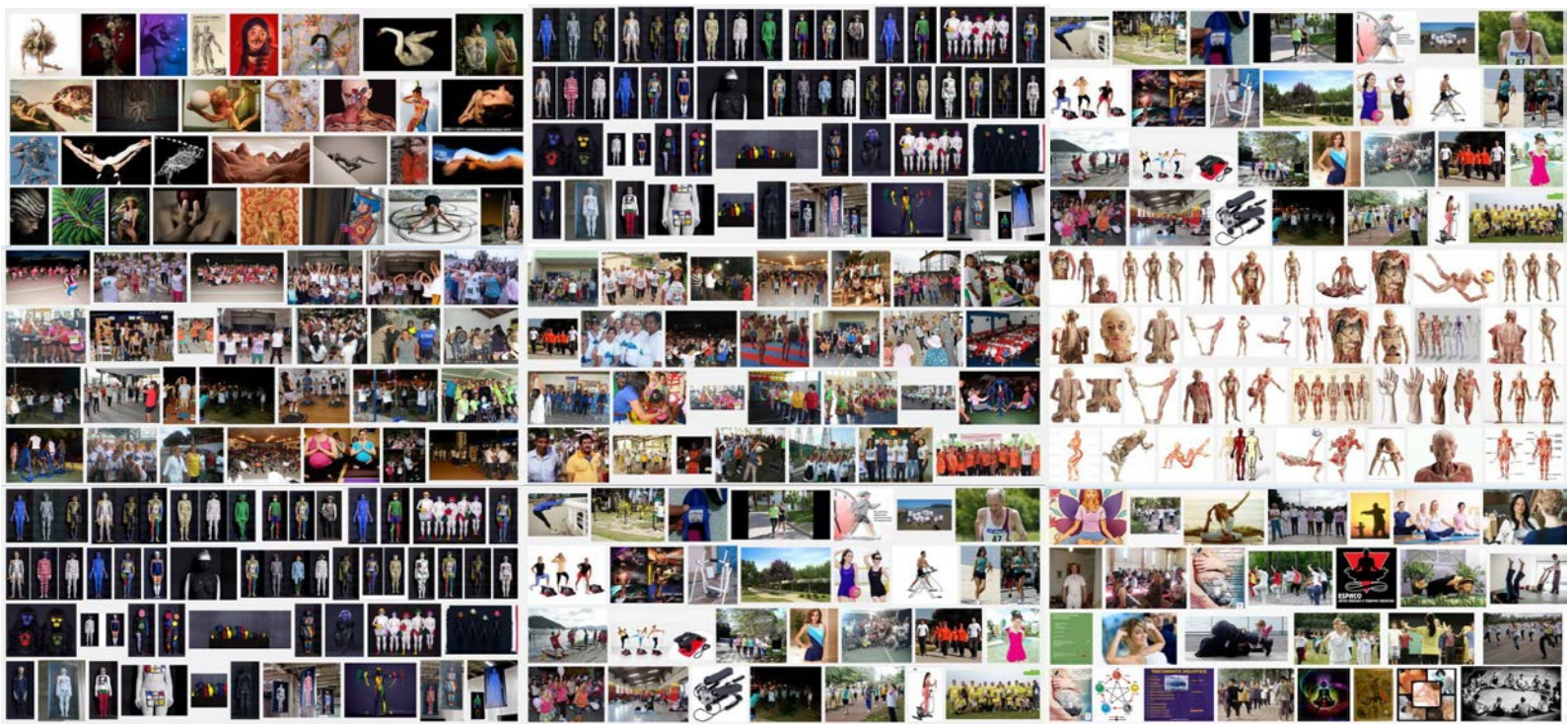
organizadas para crianças, onde o componente do corpo encontra-se com a instituição escolar. Entretanto, atividade não restrita à escola, presente nos serviços de recreação pública, como oferta de cooptação do tempo de lazer das pessoas ou dos tempos ociosos, uma intervenção técnica, operacional e descontextualizada da realidade e do próprio campo onde se inscreve, podendo ser o tempo arranjado por jogos e atividades prazerosas organizadas para o divertimento individual ou coletivo.

Alguns apontamentos interessantes para a discussão das práticas corporais para a promoção da saúde na atenção básica são a afirmação de que, ao assumir práticas corporais como elementos inscritos na cultura corporal de determinado território e população, se deve reconhecer que todas as proposições técnicas, científicas, tecnológicas, midiáticas e consumistas encontram-se em diferentes cenários de realidade e assumem sentidos e significados diversos – não melhores ou piores, mas aqueles possíveis nessa condição de encontro. Essa diversidade evidenciaria uma temática ainda pouco explorada, não somente na pesquisa, mas também na formação de profissionais de saúde. Nas pedagogias corporais essas práticas incentivam autonomias, coletivos, qualidade da vida ou produzem rotinas, exercícios e separação das realidades pela conformação anatômica e fisiológica.

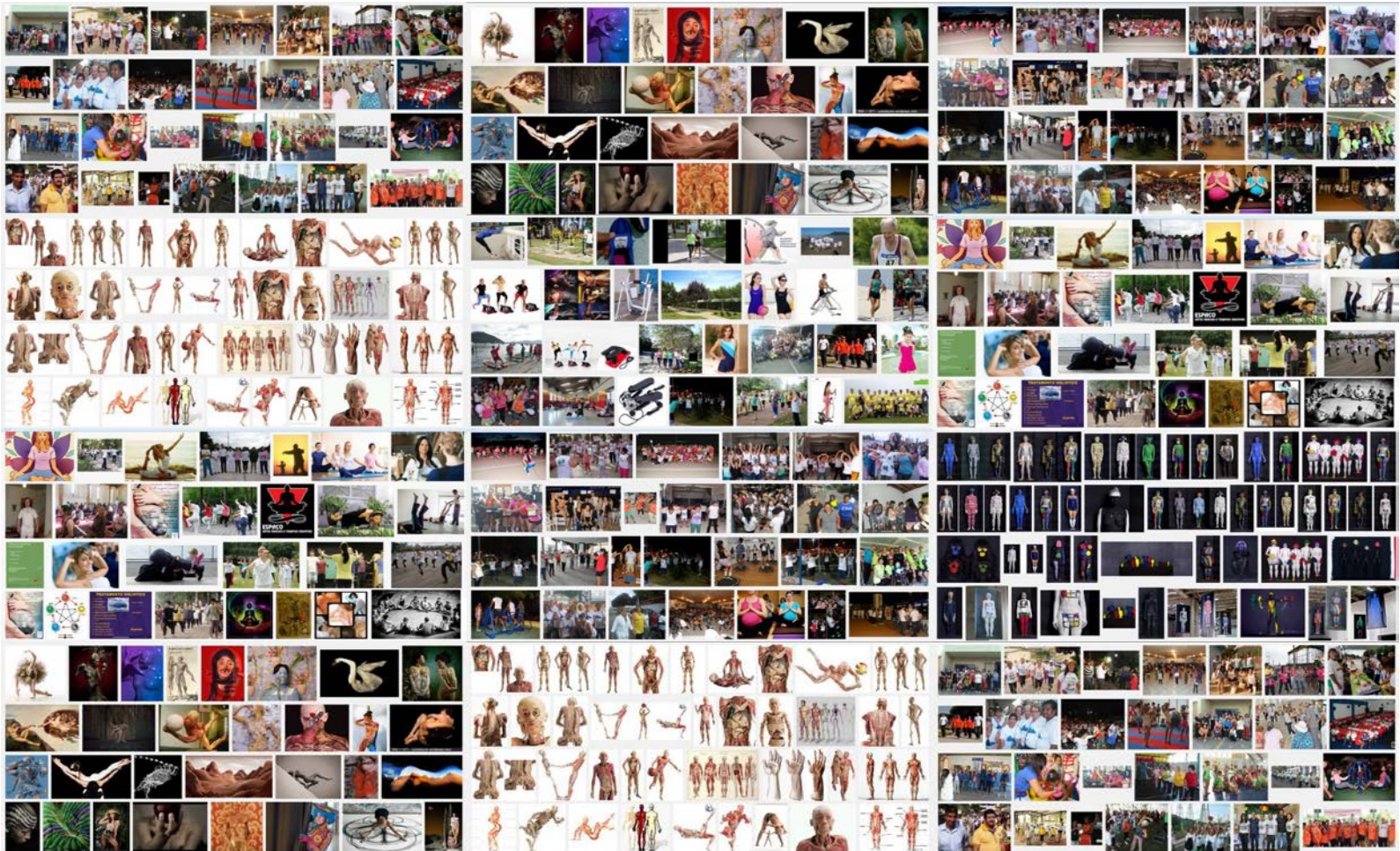
Outra colocação importante, com respeito à Política Nacional de Promoção da Saúde, presente no artigo destinado ao público da Saúde da Família/Atenção Básica, diz respeito ao mapeamento das ações de práticas corporais e apoio para sua disseminação. Esse processo se articularia com a meta de formar e instrumentalizar profissionais de saúde para a promoção de práticas corporais. Finalmente, apresenta a necessidade de compromisso com o acesso à diversidade de práticas corporais nos espaços públicos. Esses objetivos, mesmo direcionados a uma política pública específica, estão descritos como dependentes de inovações também na atenção básica, tendo em vista que esse é o cenário onde se desenvolvem as iniciativas.

O encerramento do artigo já explicitava, na época, que a ênfase sobre o termo práticas corporais não significava a renomeação do que existe, esterilizando a potencialidade dos processos vivos. O objetivo seria ampliar

compreensões sobre o que ocorre quando essas práticas encontram-se com os interesses, necessidades e desejos da população, visando reorientar as políticas públicas e as ações de promoção da saúde por pedagogias corporais em defesa da qualidade da vida, da ressingularização de si e das relações sociais, até mesmo a ressingularização dos vínculos entre equipes de saúde e usuários de suas ações e serviços.



PRÁTICAS CORPORAIS: EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE



O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da Educação Física foi o objeto de estudo publicado em 2010 pela Profa. Ana Márcia Silva, da Universidade Federal de Goiás, escrevendo em colaboração de mestrandos e doutorandos em interdisciplinaridade das Ciências Sociais e Humanas. Em artigo específico, o grupo de pesquisa explicita o objetivo de identificar quais os significados e sentidos utilizados sob o termo práticas corporais na literatura acadêmica brasileira, preocupação teórico-conceitual apresentada à área da Educação Física. A polissemia é apontada no texto como decorrência do ainda incipiente campo científico da Educação Física, um campo mais profissional que acadêmico-intelectual, composto com referências muito amplas (filosofia, ciências humanas, ciências sociais, ciências exatas, artes e cultura popular), em que pese a maior ênfase nas ciências biológicas.

A escolha pelo termo práticas corporais levou em conta o uso crescente que vinha sendo feito, tanto em pesquisas acadêmicas quanto em documentos oficiais, destacando-se especialmente, de acordo com os autores, a Política Nacional de Promoção da Saúde e os Parâmetros Curriculares de Educação Física para o Ensino Fundamental. Apesar desse uso recorrente, a pesquisa constatou que o termo vinha sendo definido apenas em contraste ou em contraposição às atividades físicas (segundo o entendimento de que essas últimas são reducionistas e prescritivas), sem uma proposição conceitual própria. A execução do trabalho de busca da informação bibliográfica utilizou-se da análise de conteúdo, com etapas de compilação dos documentos, leitura e organização dos dados por aproximações e repetições, finalizando com a construção de categorias explicativas essenciais. A busca dos dados foi pelo termo práticas corporais em artigos científicos nas bases de periódicos (Google Acadêmico, SciELO, Lilacs e MedLine) e de dissertações e teses (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações – BDTD), chegando a um universo de 260 artigos e 17 dissertações ou teses publicados. O período abrangido foi 2000 a 2008, sob a metodologia de revisão sistemática da literatura.

Considerando esse universo de achados, o primeiro registro dentre todos foi o artigo de autoria de Alex Branco Fraga, atualmente professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e coordenador do grupo de estudos e

pesquisas denominado Polifés – Políticas de Formação em Educação Física e Saúde (cujas áreas temáticas são “Representações Sociais do Movimento Humano” e “Formação de Professores e Prática Pedagógica”). O interesse sobre essa produção é maior quando sabe-se que o autor veio a ser referência na área de Educação Física, com diversas publicações próprias ou de seus orientandos de mestrado e doutorado que dialogam com o conceito de práticas corporais.

O trabalho, datado de 1995, chama-se “Concepções de gênero nas práticas corporais de adolescentes” e tem como mote o exercício analítico de um professor de Educação Física escolar sobre as relações de sexo e gênero no cotidiano de uma turma de adolescentes (todos da 8ª série do ensino fundamental, entre 13 e 15 anos de idade). O autor não define conceitualmente o termo práticas corporais, utilizando-o como equivalente a atitudes corporais – baseado nas formulações de Marcel Mauss, teórico muito utilizado no campo científico da Educação Física.

O antropólogo e etnólogo Marcel Mauss, na primeira metade do século XX, introduziu a noção de “técnica corporal” propondo fazer ver “como os homens, sociedade por sociedade, e de maneira tradicional, sabem servir-se de seus corpos”. Isso significa uma especificidade no exercício do corpo, uma atitude corporal constituída pelos hábitos próprios de cada agrupamento social, como, por exemplo, a marcha, a natação e a corrida (MAUSS, 1974). Sua análise provém de observações sobre como os homens, em diferentes contextos sociais e culturais, utilizam-se do seu corpo. Os exemplos utilizados pelo autor são relativamente simples, como o modo pelo qual ensinava-se a nadar modificou muito com o passar de alguns anos, constituindo outra técnica – do corpo, ou seja, maneiras possíveis por meio das quais cada sociedade impõe ao indivíduo um uso rigorosamente determinado do seu corpo.

Nessa perspectiva, o corpo, para Mauss, é necessariamente uma construção simbólica e cultural (segundo o autor, toda sociedade se utiliza de formas para marcar o corpo de seus membros). Assim, seu conceito de “técnicas corporais” constitui uma proposição de corpo sob determinação: a sociedade produz corporalmente os indivíduos, “fabrica” seus corpos necessários, ajusta-os, conforma-os, segundo as posições, tempos e lugares em que os homens ou

grupos sociais se inscrevem e constituem pertencimento.

Considerando-se que o interesse de Alex Branco Fraga situava-se no âmbito dos estudos de gênero, sua interpretação desse referencial com as experiências analisadas dialoga com as possibilidades de instruções de gênero distintas para ambos os sexos. Desde o princípio, é demarcada a associação de “práticas corporais” com a “produção cultural”, inclusive na proposição dos estudos de gênero, defendendo a necessidade de ampliar a “interpretação de gestos, costumes ou hábitos culturais” para a inclusão das relações sexo e gênero nas adolescências (FRAGA, 1995), mas servindo-se dos estudos culturais em Educação, não mais apenas a antropologia cultural do corpo.

Na pesquisa coordenada por Ana Márcia Silva, seus achados constataram que se o termo práticas corporais vinha sendo utilizado com frequência maior ao passar dos anos, evidenciava-se sua crescente relevância acadêmica. Dentre as informações mais interessantes está a distribuição temática dos dados: cerca de 67% dos artigos foi publicada em periódicos do campo da Educação Física, seguido pela área da Educação e, em menor proporção, nas áreas da Antropologia, da Saúde, da Psicologia, Multidisciplinar, da História, da Comunicação e das Ciências Sociais e Sociologia. Essa pluralidade claramente expressa ou favorece a polissemia conceitual, mas também possibilita aproximações de diferentes referenciais em torno de um mesmo objeto de estudos.

O compromisso de buscar as práticas corporais emergentes nas realidades (sem fidelização epistemológica conceitual) fez com que apenas 8% dos trabalhos buscassem explicitar o entendimento sobre práticas corporais. As ideias representativas são relevantes por permearem as práticas profissionais. As principais características elencadas sobre o termo foi de que:

- são manifestações culturais que enfocam a dimensão corporal, característica, segundo os textos analisados, não presente na perspectiva dos pesquisadores que utilizam o conceito de atividade física;
- são iniciativas de superação da fragmentação identificada na constituição do ser humano, denotando uma crítica à forma de organização da vida contemporânea e seus desdobramentos no corpo;

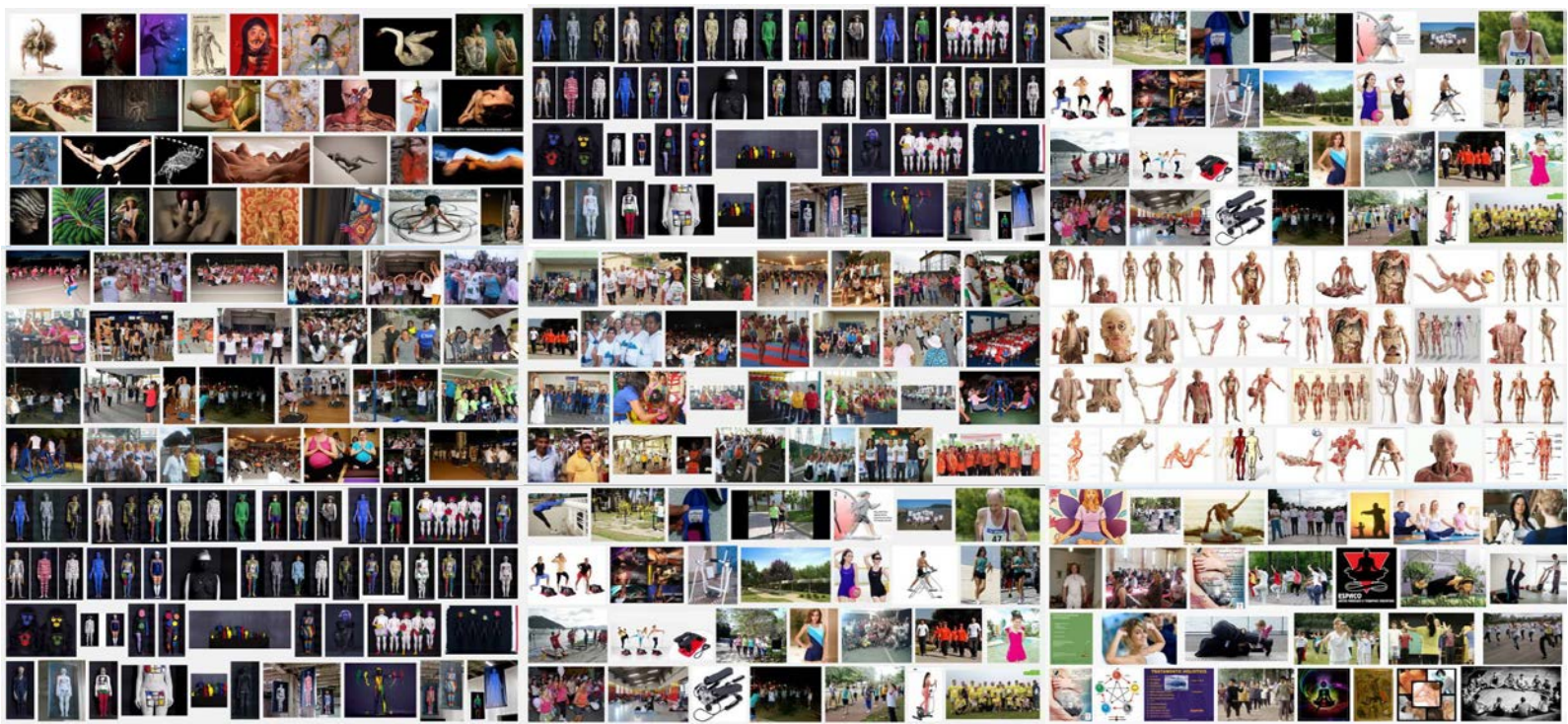
- agregam elementos das ciências sociais e humanas e tensionam a concepção de ciência pautada na objetividade e neutralidade;
- implicam preocupação com os significados/sentidos atribuídos às práticas corporais por parte dos indivíduos que as praticam, para além de sua utilidade mais pragmática;
- destacam-se diferentemente entre as práticas corporais orientais e as ocidentais;
- são exemplificadas, principalmente, por esporte, ginástica, dança, luta, tai-chi-chuan, yoga, práticas de aventura e jogos;
- apresentam finalidades como promoção da saúde, educação para a sensibilidade, para a estética, para o desenvolvimento do lazer e para o cuidado com o corpo.

Os autores fazem certa crítica ao fato de que, mesmo com esse conjunto de componentes comuns, as práticas corporais são utilizadas como “termo dado”, ou seja, sem explicitação sobre o que se entende por essas práticas. O problema apontado diz respeito a um uso como conceito estável e consensual, algo que não é epistemologicamente consolidado. No entanto, pode-se assinalar que essa condição é a potência do termo, sua capacidade de congrega diversas pedagogias corporais que digam respeito às singularidades e às necessidades que promovem essas práticas.

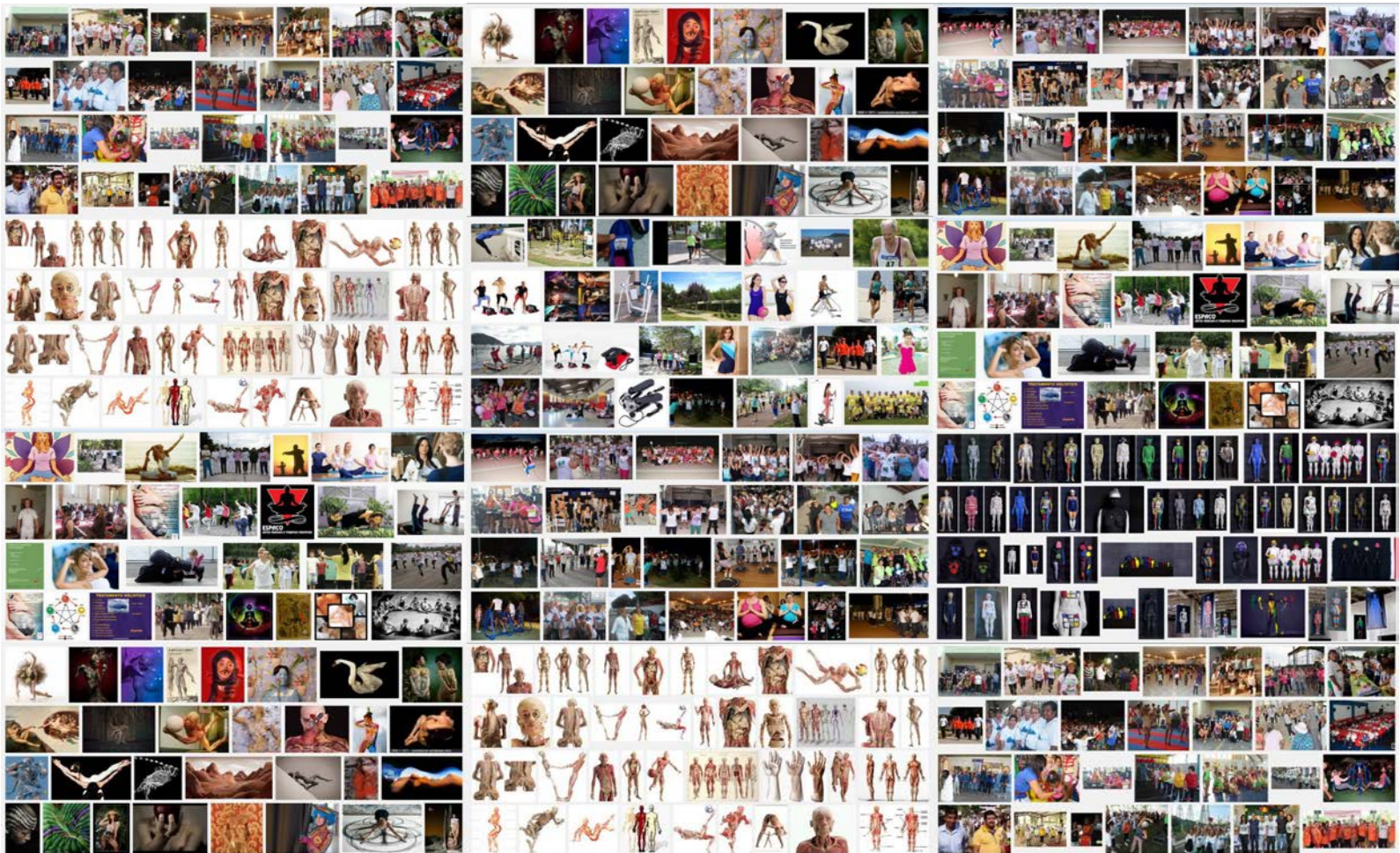
No conjunto de dissertações e teses, a pesquisa indicou diversos campos teóricos aos quais estão vinculadas as práticas corporais, com maior expressividade na área de Educação, seguida pela Educação Física, pelas Ciências Sociais Aplicadas, pela Antropologia, pelas Artes e pela Psicologia. Apesar da presença do termo em Educação ser relevante e recorrente, os autores fazem a ressalva de que boa parte dessa produção acadêmica provém de pesquisadores da própria Educação Física que desenvolvem estudos ou publicam suas pesquisas na esfera da Educação. Destaca-se o fato de uma das autoras mais referidas nas produções com este referencial ser a Profa. Yara Carvalho, especialmente o artigo sobre promoção da saúde e atenção básica citado anteriormente.

A inter-relação das práticas corporais com o campo da saúde não estava no escopo principal da pesquisa, mas invariavelmente essa associação emergiu – manifestada especialmente como “cuidados com o corpo”. Nesse cenário, essas práticas foram consideradas como complementares às possibilidades terapêuticas “convencionais”, agregando metodologias diversas e, em muitas situações, elementos da cultura oriental, como o caso da meditação, do relaxamento e das práticas milenares.

Encerrando o artigo, há um destaque dos autores sobre a preocupação muito presente nas pesquisas em considerar os significados e sentidos atribuídos às práticas corporais pelos praticantes. A interpretação do artigo foi pela compreensão dos proponentes das práticas de que as mesmas são elementos da cultura e, portanto, devem respeitar o contexto no qual se inserem. Pode-se também fazer a leitura de que essa consideração ao que está sendo produzido nos e pelos praticantes é condição imprescindível para a participação e consequente execução dessas ações.



INVENTÁRIO DA LITERATURA BRASILEIRA EM PRÁTICAS CORPORAIS: DA
IDEAÇÃO DE UM CONCEITO À MULTIPLICIDADE DE SEU USO



Os anos subsequentes a 2008 incluíram reformulações na Política Nacional de Atenção Básica e na Política Nacional de Promoção da Saúde. Em 2011, é lançado o Programa Academia da Saúde, o qual enuncia mais enfaticamente as práticas corporais como promotoras de saúde em atenção básica. Nesse sentido, foi realizado um novo levantamento, seguindo critérios de busca similares àqueles desenvolvidos pela pesquisadora Ana Márcia Silva e colaboradores: artigos científicos em periódicos indexados, assim como dissertações e teses.

As fontes de informação consultadas foram:

- Scientific Eletronic Library On-line (SciELO), biblioteca eletrônica que compila periódicos científicos brasileiros, incluindo textos completos dos artigos;
- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), indexador abrangente da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe, especificamente sobre informações relacionadas à área da saúde;
- Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), base de dados multidisciplinar que integra teses e dissertações provenientes de 72 Instituições de Ensino Superior brasileiras, defendidas junto a programas de pós-graduação e à Capes, permitindo o acesso eletrônico na íntegra de teses ou dissertações defendidas a partir de 1987.

A procura dos materiais se deu em julho de 2014, utilizando-se a expressão “práticas corporais” entre os descritores ou palavras-chave da produção intelectual-bibliográfica. Todas as publicações consideradas foram intencionalmente em língua portuguesa pela dificuldade de buscar autores e temática científica brasileira em publicações estrangeiras, pois visava apenas ao contexto da produção científica brasileira, devendo estar disponíveis na íntegra e incluídas no período entre os anos de 2008 e 2014 – interesse do inventário teórico-conceitual. Em relação aos artigos, foram encontradas 61 produções, disseminadas em uma grande diversidade de publicações. Apesar dessa difusão, percebe-se que as áreas temáticas às quais os periódicos estão vinculados se repete. Há predominância da área de Educação Física, seguida pela área de Educação, com maior delimitação da primeira. As demais áreas onde o termo transita, em diversos usos, são Dança; Ciências Sociais; Antropologia Social; Comunicação; Artes; Saúde Coletiva;

Enfermagem; Saúde e Gestão do Trabalho; História Social; Filosofia; Psicanálise; Ambiente e Desenvolvimento; e Saúde Pública. Essa distribuição, além de diversificada, teve uma tendência crescente entre antes e depois de 2010, parecendo estabilizar-se em uma média de 15 publicações anuais envolvendo a pesquisa científica em práticas corporais.

A compilação de publicações em periódicos científicos ainda revela que em apenas seis artigos os autores não são única ou concomitantemente graduados em Educação Física – inclusive quando se considera autorias internacionais publicadas no Brasil (Argentina, especialmente). É interessante observar que nos outros casos essa associação não pode ser identificada ou descartada, tendo em vista que os autores se identificam por sua vinculação a programas de pós-graduação diversos, explicitada somente essa relação na nota de autoria. Ainda que autores e orientadores possam não ser provenientes da formação básica em Educação Física, o vínculo aos Programas de Pós-Graduação “em” ou “da área de” Educação Física indicam produção intelectual de interesse à Educação Física.

O mapeamento das autorias realizado no presente inventário indicou a presença regular de pesquisadores conceituados da área de Educação Física, provavelmente orientadores de dissertações e teses que originaram os artigos publicados: Ana Márcia Silva, Carmen Lúcia Soares, Janice Marzo, Marcos Bagrichevski, Marcos Garcia Neira, Pedro Hallal, Silvana Goellner e Yara Maria de Carvalho, além de Madel Therezinha Luz, referência para discussões em saúde coletiva e ciências sociais em saúde, bastante presente na discussão associada de Educação Física e Saúde Coletiva, autora já apresentada anteriormente nesta tese.

A pluralidade está presente no debate que envolve o uso do conceito de práticas corporais, suas correlações e sua materialidade no mundo profissional, consideradas essas publicações. Pode-se identificar pelo menos seis possibilidades recorrentes:

1. Práticas corporais como equivalente geral de Atividade Física. Essa construção é mais frequente em estudos que utilizam a “atividade física” como conceito central, usualmente em programas de prevenção de doenças e agravos.
2. Práticas corporais como equivalente geral de Técnicas Corporais. As produções, nesse caso, utilizam-se do referencial de Marcel Mauss para esclarecer a construção

das práticas de corpo e justificar as intervenções de corpo.

3. Práticas corporais como Construção Sociocultural “ou” Cultura Corporal de Movimento. O elemento social é predominante nessa abordagem, que não faz, necessariamente, referência à “cultura corporal”, problematiza o modo como a configuração social expressa e determina corpos.

4. Práticas corporais como inscrição discursiva do biopoder sobre os corpos. Esses trabalhos utilizam-se da teoria dos Estudos Culturais para discutir as práticas de corpo, geralmente como exemplificação de um fenômeno da sociedade disciplinar ou de controle (p.ex.: relações de gênero, sexualidade, religiosidade etc.).

5. Práticas corporais como diferenciação do conceito de atividade física. Apesar de bastante reiterada no escopo de práticas da área de Educação Física, poucas produções assumiram essa separação de maneira explícita, havendo, entretanto, pelo menos dois casos em que os autores indicam a disputa de sentidos na produção de conhecimento em Educação Física.

6. Práticas corporais como termo indiferenciado. Em diversas pesquisas não houve preocupação com a delimitação de um arcabouço conceitual à especificidade terminológica, bastando o uso de “práticas corporais” como uma expressão abrangente ou ilustrativa sem necessária influência para o campo da Educação Física.

Independente de qual abordagem utilizada, todas as referências que problematizavam aspectos das práticas corporais no campo da saúde reforçavam a associação com “promoção da saúde”, muitas vezes utilizando como *locus* de interesse a atenção básica. O uso da terminologia Práticas Corporais apareceu em frequente associação das Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Promoção da Saúde. Em algumas produções o exemplo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Medicina Tradicional Chinesa, especialmente) ganhava destaque. Os demais artigos concentravam-se principalmente na análise de práticas corporais escolares (ou relacionadas com Educação Física Escolar) e como representação cultural de configurações particulares (populações indígenas e quilombolas; religiões afro-brasileiras; ações fisioterapêuticas pediátricas; experiência corporal de anorexia; práticas na natureza).

Um pequeno grupo, curiosamente com predominância de autores

estrangeiros – alguns em língua espanhola – buscava problematizar a própria área de Educação Física, incentivando reflexões sobre conceitos e pressupostos teóricos (esse subgrupo incluiu o trabalho da Profa. Ana Márcia Silva, já analisado anteriormente, sobre a produção científica da área).

Além das informações obtidas nesse levantamento, a análise sobre as dissertações e teses também forneceu elementos interessantes: nas 65 produções encontradas havia 44 dissertações e 21 teses. Ocorre a mesma distribuição da publicação em periódicos, isto é, dentre as áreas dos programas de pós-graduação a que o pesquisador está vinculado, destaca-se o predomínio da Educação Física e da Educação, nessa ordem. A diversificação de áreas temáticas segue a mesma distribuição: passa pela Dança, pelas Ciências Sociais, pela Antropologia Social, pela Comunicação, pelas Artes, pela Saúde Coletiva, pela Enfermagem, pela Saúde e Gestão do Trabalho, pela História Social, pela Filosofia, pela Psicanálise, pelo Ambiente e Desenvolvimento e pela Saúde Pública. A distribuição desses trabalhos no período selecionado foi relativamente equiparada, com aproximadamente 10 produções anuais.

É importante destacar que o perfil das produções no formato de dissertações e teses permite visualizar a distribuição acadêmica sobre esse tema, tendo-se como principais instituições a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), a Universidade de São Paulo (USP) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ufrgs) – com 19, 15 e 13 produções, respectivamente. Selecionando-se os materiais vinculados a programas de pós-graduação em Educação Física, chega-se a 22 produções nessas mesmas universidades, com 10 na Ufrgs, 9 na Unicamp e 3 na USP.

Em relação à autoria dessas dissertações e teses, percebe-se uma predominância de profissionais da área de Educação Física – mesmo quando inseridos em programas de pós-graduação de outras áreas científico-acadêmicas (identificável somente pela leitura da apresentação dos trabalhos). Esse predomínio também é identificado quando são buscados quais os orientadores com maior número de produções nesse recorte de interesse:

– Yara Maria de Carvalho (4 trabalhos) – professora da USP, já citada como

referência para a discussão teórico-conceitual de práticas corporais para a promoção

Um pequeno grupo, curiosamente com predominância de autores

da saúde;

- Alex Branco Fraga (3 trabalhos) – professor da Ufrgs, também citado como pesquisador das práticas corporais no campo da saúde; e
- Carmen Lúcia Soares (3 trabalhos) – professora da Unicamp e referência para os outros dois autores, cujas discussões acadêmicas dialogam com a história das práticas corporais e a história da educação física no Brasil, além da história da educação do corpo.

Nas produções em dissertações e teses encontramos menor diversidade de nucleações temáticas para o termo “práticas corporais” que aquela presente nas produções registradas em artigos de periódicos científicos. As principais nucleações evidenciadas foram:

1. Práticas corporais como como Construção Sociocultural, associada ou não à Cultura Corporal de Movimento. Situam-se nesse grupo muitos estudos orientados com a ênfase das áreas de História, Antropologia e Sociologia ou, dentro da área de Educação Física, a elas voltadas, sendo tais referenciais constitutivos de suas análises e interpretação.
2. Práticas corporais como inscrição discursiva do biopoder sobre os corpos. Situam-se nesse grupo as relações de saber-poder tematizadas pelo exemplo das práticas corporais, mas visando aos fenômenos culturais mais amplos (masculinidades/feminilidades, discursos em currículos escolares, sexualidade e questões étnicas, entre outras).
3. Práticas corporais como diferenciação dos conceitos de atividade física ou outras formulações sobre práticas profissionais e intervenção com corpos. Situam-se nesse grupo poucas produções, mas que polarizam Práticas Corporais e Atividade Física na defesa de certos modos de atuar em Educação Física e Saúde da Família/Atenção Básica, Educação Física e Promoção da Saúde, Educação Física e Práticas Integrativas e Complementares.

A menor ênfase no esmiuçamento conceitual pode estar associada ao tipo de produção presente nas dissertações e teses. Na maioria dos casos, o objeto de interesse acadêmico se utiliza da referência sobre práticas corporais como apoio ao argumento principal, o que não permite aprofundamento da discussão sob pena de diluição do objetivo principal – tendo-se como exemplo produções da área de

Dança, Artes, Filosofia e Psicanálise. A exceção ocorre quando a demarcação das “práticas corporais” é determinante para a compreensão da dissertação/tese e serve à diferenciação de outras possibilidades corporais (como as atividades físicas), algo que ocorreu principalmente quando se discutia competências profissionais e campo de intervenção.

É interessante destacar que, em pelo menos quatro produções que problematizavam a atuação do profissional de Educação Física na área da saúde (ou práticas corporais em saúde), havia alguma discussão sobre a “falta de clareza” sobre o que está seria demandado como prática corporal nas políticas de saúde. Possivelmente isso explique a necessidade do encontro com o conceito de atividade física considerado como ampliação e não oposição conceitual, uma tentativa de afirmar intervenções profissionais específicas sem rompimento com a legitimidade da argumentação “científica” e de “campo profissional”.

Buscou-se, por fim, detalhar quais publicações configuravam destaque ao conjunto, considerando o primeiro ano do bloco (2008), selecionando-se uma referência (a primeira datada no período de interesse) para “dissertações e teses” e uma para “artigos em periódicos”:

- WARSCHAUER, Marcos. Lazer e saúde: as práticas corporais no sistema público de Santo André. 2008. 214 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008;
- PIMENTEL, Giuliano Gomes de Assis; OLIVEIRA, Edna Regina Netto de; PASTOR, Aparecida Paulina. Significados das práticas corporais no tratamento de dependência química. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, v. 12, n. 24, p. 61-71, 2008.

No primeiro caso, o trabalho foi orientado pela Profa. Yara Carvalho, discutindo a construção historicamente reconhecida da Educação Física como vinculada a uma visão de saúde predominantemente biológica e problematizando a ampliação desse conceito pela consideração de necessidades sociais em saúde. Nesse sentido, o trabalho analisado propôs buscar elementos da área de Saúde Coletiva (em especial a interface com ciências humanas e sociais) para “compreender os limites e as possibilidades da implementação das práticas corporais via Sistema Único de Saúde”. A metodologia utilizada, entrevistando

praticantes de um projeto da Secretaria de Saúde e do Departamento de Lazer, na cidade de Santo André – SP, apontou a intersetorialidade como um dos principais temas no processo de implementação das práticas corporais no sistema público de saúde. Além disso, o trabalho chamou atenção para a necessidade de aproximação entre diferentes campos de produção de conhecimento para o “diálogo” entre Educação Física e Saúde Coletiva – especialmente por considerar o papel da Educação Física como protagonista na pesquisa e na intervenção quando se trata do processo saúde-adoecimento, no contexto de práticas corporais por territórios da vida em sociedade. Cabe destacar que o texto faz a diferenciação conceitual entre práticas corporais e atividades físicas, indicando que

Do mesmo modo que o termo “formação integral”, frequentemente utilizado nas propostas educacionais, opõe-se ao conceito de especialização, as Práticas Corporais ampliam o conceito de atividade física, atribuindo sentido e significado a esta prática, estabelecendo um estreito diálogo entre outras áreas do conhecimento, numa perspectiva interdisciplinar, onde o indivíduo integral, completo, é o centro da ação (WARSCHAUER, 2008).

A segunda produção de interesse, no escopo de “artigos em periódicos”, é caracterizada como uma “pesquisa-participante” ou pesquisa-intervenção (pela participação dos pesquisadores como atores nas atividades estudadas), teve como objetivo analisar as representações sociais de mulheres sob o uso de substâncias causadoras de dependência química sobre a contribuição das práticas corporais em seu processo de recuperação e inserção na sociedade. Repetindo a predominância profissional, dois dos autores são da área da Educação Física, articulados com uma autora nutricionista, fato que possivelmente influenciou a necessidade de demarcar que as mulheres analisadas participavam de um “programa de práticas corporais”, não de alimentação, atividade física e saúde, com diferenciação conceitual apresentada da seguinte forma:

Prática corporal é entendida como toda manifestação gestual, como os exercícios, os jogos e as danças, com significado cultural compartilhado em determinado contexto. O termo atividade física é utilizado para designar quando as práticas corporais são pensadas em relação ao esforço ou gasto energético demandado. Aqui o termo recreação refere-se à condução de atividades lúdicas destinadas, predominantemente, à diversão (PIMENTEL, 2008).

Na proposta do artigo, observou-se a diversidade de manifestações associadas com práticas corporais e lazer, incluindo atividades físico-esportivas. É importante destacar que as participantes reconheciam questões diretas e utilitaristas

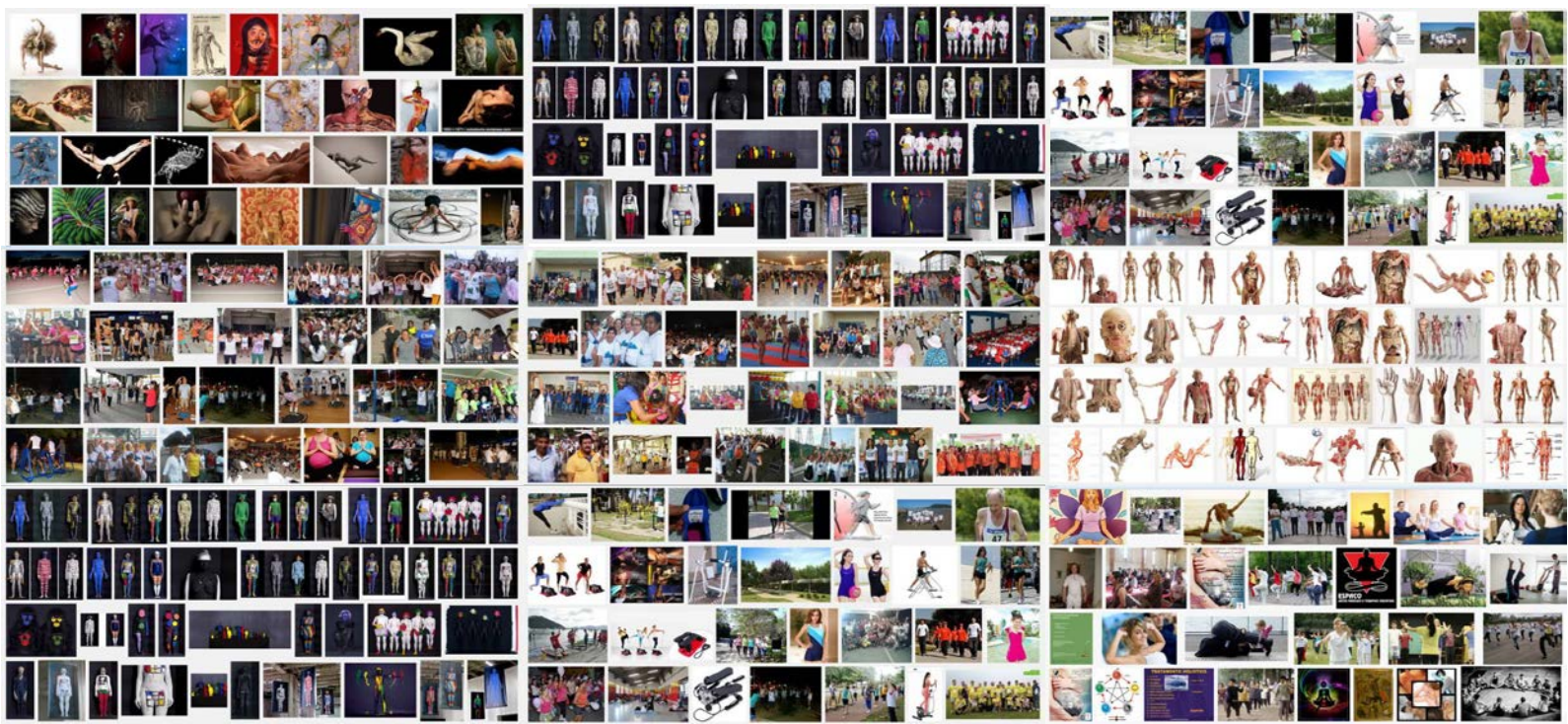
de tratamento no grupo proposto, mas também uma relevante maneira de relacionar-se com o corpo. Segundo os autores, a efetiva capacidade de melhorar o amor-próprio e a autoestima era o que tornava a prática corporal um componente benéfico e, a longo prazo, um fator contribuinte para a qualidade de vida da pessoa – em especial no caso de pessoas sob o uso de substâncias causadoras de dependência química. Ao final, o trabalho indicava que, em menor grau, as práticas corporais foram referidas como modo de (educação para o) lazer, influenciando no controle de condições particulares, como controle do estresse e da ansiedade, sociabilidade e relativas à qualidade e quantidade da ansiedade, sociabilidade e relativas à qualidade e quantidade de sono.

A análise da produção acadêmico-científica sobre Práticas Corporais reitera aspectos já elencados no inventário da professora Ana Márcia Silva, como, por exemplo, a baixa precisão dos autores quanto à definição conceitual dessas práticas, entretanto, no presente inventário, não ocorreu o interesse exclusivo pelos trabalhos na área da Educação Física. O inventário ampliado permitiu localizar a predominância de profissionais graduados nessa área ou pesquisadores dessa/nessa área, mas também que profissionais e pesquisadores de outras ou em outras áreas, especialmente Educação, para onde convergem os interesse relativos à Licenciatura, e Ciências Sociais, para onde convergem os interesses de crítica social aos modelos de ciência e profissão, mas também Artes, Filosofia e Psicanálise, que ultrapassam os interesses do campo da saúde e suas bases biomédicas. Nesse sentido, fica claro que a diversidade marca o conceito de práticas corporais na sua produção teórico-conceitual, sem representar “prejuízo epistemológico”, em especial quando estão em causa experiências vivenciadas na atenção integral, no cuidado humano, na saúde como afirmação da vida. Culturas de corpo e de movimento (práticas corporais) estão presentes na saúde de maneira distinta da Arte, Filosofia ou Psicanálise, assim como Arte, Filosofia e Psicanálise podem contribuir às práticas em saúde. Na dança, no teatro ou no circo, as práticas corporais são constitutivas da expressão corporal desses fazeres, exigindo preparo e prontidão somente alcançáveis com o rigor de uma ciência de corpo que exige o conhecimento ou a presença da Educação Física e da Fisioterapia, além de outras ciências e/ou práticas profissionais. Por outro lado, a dança, o teatro ou o circo colocam sobre a expressão corporal saberes necessários à Educação Física,

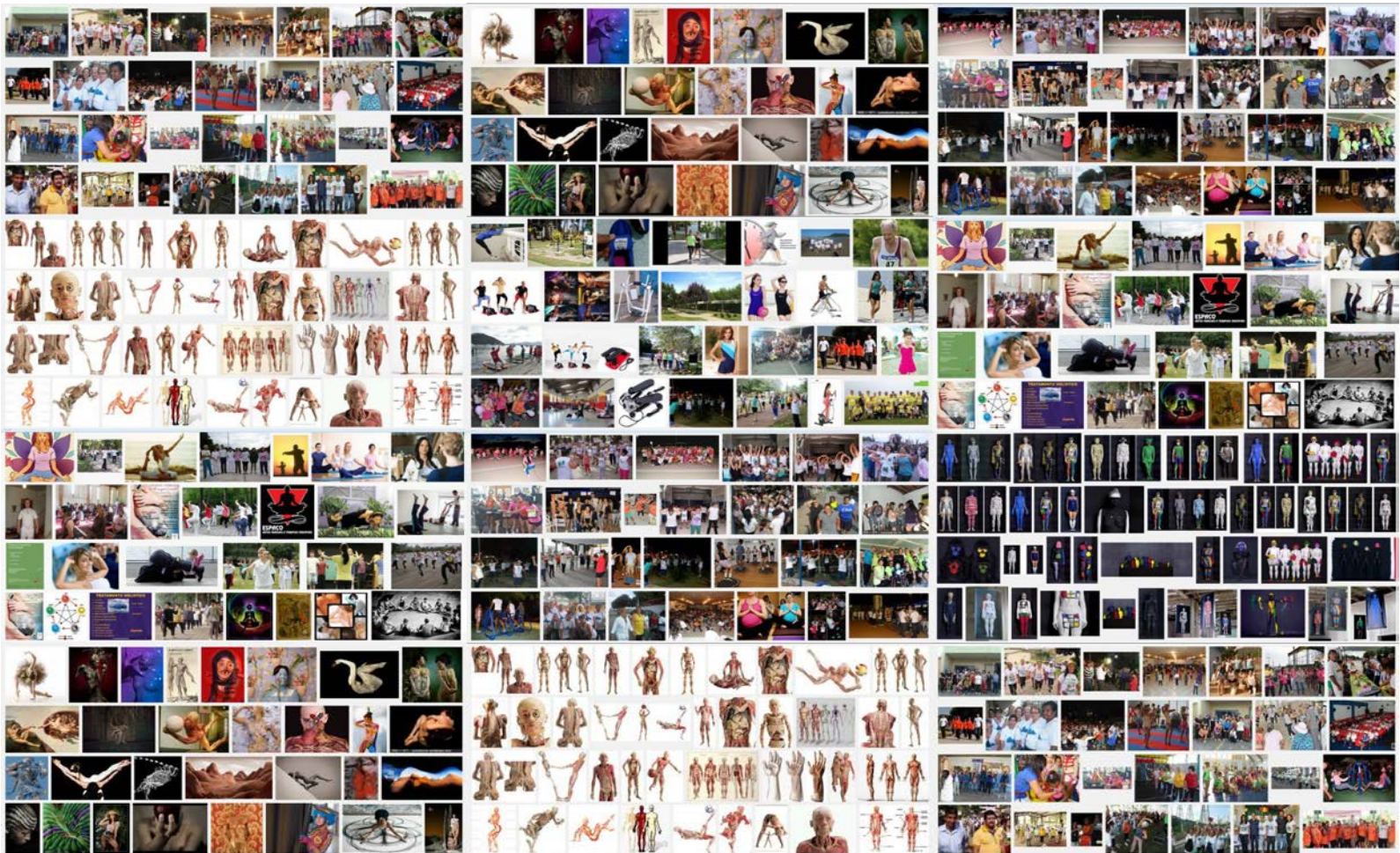
Fisioterapia e outras ciências ou práticas profissionais para que não se perca a dimensão da vida que ultrapassa corpos biológicos, o trágico da existência ou a grande saúde, como observamos em Nietzsche (já uma “Gaia Ciência”).

Na experiência da “grande saúde” o confronto é afirmado e a vida é criada a cada momento. Um corpo doente, convalescente ou frágil não impede a saúde, pois ele pode afirmar a existência em sua totalidade. É a afirmação plena de si mesmo. Na grande saúde não se trata de ser forte ou fraco, mas de dizer sim à vida diante da dor, da alegria, da angústia, do desconhecido, mesmo do desamparo. Para afirmar a vida é preciso libertar-se e assumi-la da forma que é, sem carregar o peso dos valores que até então recebemos. Para isso é preciso criar valores novos, que sejam os da vida, que a torne mais leve e ativa (NIETZSCHE, 2001). Outras possibilidades às práticas corporais: praticar corpos?

Gaia Ciência é o nome da obra de Friedrich Nietzsche, publicada em 1882, versando criticamente sobre ciência (mais próxima à arte, que ao invés de descobrir verdades, que se ocupa em criar valores novos, visões e perspectivas). A intenção do autor também concebia uma nova ciência, uma “gaya scienza” (alusão à arte dos trovadores medievais), chegando à necessidade de uma “grande saúde” que acompanhe esse movimento – introduzida nos trechos finais da obra como uma permanente disposição para a vida, em um permanente esforço de experimentação de novos valores e sentidos ou antes um experimento a serviço da vida.



PRÁTICAS CORPORAIS: NORMATIVIDADE E POLÍTICAS DE SAÚDE



A apresentação do que consiste a produção científica brasileira sobre o conceito de Práticas Corporais, apesar de interessante para a análise das práticas, não introduz o registro dos incentivos ou regulação das práticas em serviços de saúde: o arcabouço normativo. No contexto brasileiro, são quatro âmbitos específicos: (1) Atenção Básica, pela compreensão de que a área tem características específicas delimitadas ou induzidas como política nacional, (2) Promoção da Saúde, especialmente quando situada na atenção básica e propondo-se ao incentivo de práticas corporais, (3) Academia da Saúde, que apesar de uma ação programática, acabou por articular práticas corporais para promoção da saúde na atenção básica – direcionando, em grande parte, a compreensão e a execução das práticas, e (4) Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, especialmente por conter um elemento recorrente na produção científica e nas propostas de intervenção que veiculam o termo “práticas corporais”, a presença das práticas de corpo da Medicina Tradicional Chinesa².

Atenção Básica

Inicialmente, pode-se considerar como marcador a publicação da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, na qual o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Esse é um momento importante por considerar que a acumulação do Programa Saúde da Família, uma ação de reorganização do modelo de atenção à saúde, necessitava de adequação, abrangência e maior inscrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde (já apresentada). Além disso, havia questões importantes relacionadas ao alinhamento de princípios e diretrizes de propostas vinculadas a esse programa, bem como ao financiamento das atividades, convocando à constituição de uma ampla política de saúde.

² Algumas práticas corporais são consideradas pela MTC como importantes ações para a manutenção da saúde, a prevenção de doenças e o tratamento de diversas enfermidades. Por meio da meditação e dos movimentos – inspirados pela observação dos animais e da interação dos diversos elementos da natureza –, elas ajudam a desenvolver a força física, o senso de equilíbrio e melhoram as funções fisiológicas. Entre os exemplos mais recorrentes no ocidente estão o Lian Gong em 18 Terapias, o Tai Chi Pai Lin, o Lien Chi, o Xian Gong, o Tai Chi e o Qi Gong (a grafia pode variar devido à transliteração do sistema de escrita chinês).

No texto, há uma caracterização da atenção básica como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. Essa definição deixa, portanto, desde o princípio, indicada a amplitude da área, associando sua implementação e desenvolvimento a práticas de atuação sanitária, mas também a práticas de gestão de serviços e sistemas de saúde, respeitando-se sempre os preceitos do Sistema Único de Saúde.

É interessante ressaltar que a determinação constitucional do SUS associou-se com elementos da Atenção Primária internacional, do que decorre assumir como princípios a universalidade, a acessibilidade, a coordenação do cuidado, o vínculo e continuidade, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. O resultado é a declaração sobre quem seria o “usuário” dessa proposta de saúde:

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a).

Novamente, o compromisso firmado é muito amplo e extrapola a intenção curativa e exclusivamente relacionada a doenças, elencando a promoção da saúde como elemento inerente à atenção básica. A colocação complementar é de que os problemas de saúde com maior frequência e relevância, porém que utilizem-se de baixa densidade tecnológica (não necessariamente menor complexidade), devem ser resolvidos no âmbito da atenção básica, colocando-a como contato preferencial da população com o sistema de saúde em seus territórios de vida.

Um dos fundamentos mais reiterados na referida política nacional diz respeito à efetivação da integralidade da atenção à saúde em seus vários aspectos. Isso significa a integração de ações programáticas, visando responder às demandas espontâneas apresentadas pela população, articulando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. Tamanha complexidade de atuação acaba por necessitar de definições sobre qual processo de trabalho asseguraria a implementação da

atenção básica: trabalho de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe.

As características enunciadas como fundamentais para o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica estão descritas a seguir:

- I. definição do território de atuação das UBS;
- II. programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;
- III. **desenvolvimento de ações educativas** que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- IV. desenvolvimento de **ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis**;
- V. assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- VI. implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- VII. realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- VIII. participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- IX. **desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde**; e
- X. apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2006a, grifos do autor).

As passagens grifadas, não originalmente no texto publicado, são para destacar que mais de uma proposição discursiva está presente desde a concepção da área de atenção básica, algo esperado quando propõe-se assumir a diversidade de interesses, na convivência de múltiplos atores (usuários, profissionais, gestores e instituições de ensino, principalmente). É verdadeiro assumir que a promoção da saúde é apresentada com muita relevância a partir dessa política, porém a operacionalização da atenção básica acaba por deparar-se com uma série de necessidades mais relacionadas a riscos patogênicos, por exemplo:

(...) definem-se entre as áreas estratégicas [da Atenção Básica] para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2006a).

Essa constatação ajuda a compreender que a preocupação com doenças prevalentes, em especial quando associadas ao “estilo de vida”, ao “comportamento”, ao “modo como as pessoas conduzem suas vidas”, não está fora da atenção básica – na realidade é parte importante da área, sendo objetivo conjunto com a promoção da saúde. A marca de articular prevenção de agravos com promoção de saúde permanece transversal mesmo após revisões e reformulações da Política Nacional de Atenção Básica, como a que ocorreu em 2011.

Em 21 de outubro de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.488, incorporando acumulações e experimentações dos 5 anos de intervalo à atenção básica – incluindo novas escolhas sobre a modelagem tecnoassistencial planejada para o sistema brasileiro de saúde. Uma das principais modificações foi assumir que os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) seriam considerados, nas atuais concepções, como termos equivalentes – decorrendo disso que os princípios e as diretrizes definidas no documento aplicam-se a ambos os conceitos no cenário brasileiro.

Apesar desse “alinhamento conceitual”, não houve uma padronização ou homogeneização das práticas: em discurso no início do ano de 2011, o Ministro da Saúde que promulgou a referida portaria (Alexandre Padilha) já indicava que “não existe modelo de atenção primária à saúde único num Brasil que é tão diverso como o nosso” (BRASIL, 2011a). Essa afirmativa concretizou-se em uma ampliação e consolidação da diversidade de possibilidades da atuação em Atenção Básica: Núcleos de Apoio à Atenção Básica/Saúde da Família (Nasf); equipes de saúde ribeirinhas e unidades de saúde fluviais; política nacional de saúde bucal, com Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e em Centros de Especialidades Odontológicas; programas de atenção domiciliar, como o Melhor em Casa; equipes de agentes comunitários de saúde incorporadas à Estratégia Saúde da Família ou diferentes modelos de AB; Consultórios de Rua (direcionados para moradores de rua/vivendo nas ruas); o Programa Saúde na Escola (voltado para inserção no ambiente escolar); o Telessaúde Brasil (ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente das equipes de atenção básica, por meio da oferta de teleconsultoria, segunda opinião formativa e

telediagnóstico); a Comunidade de Práticas (oferta de uma plataforma virtual que possibilite a constituição de comunidades virtuais entre os trabalhadores e gestores da atenção básica das três esferas de governo); o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – Provab (direcionado para levar equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família para localidades com maior carência para este serviço); a Atenção Nutricional (que deu origem à Política Nacional de Alimentação e Nutrição) e o Programa Academia da Saúde (com o objetivo de promover a saúde da população a partir da implantação de espaços públicos construídos com infraestrutura, equipamentos e profissionais para o desenvolvimento de práticas corporais, orientação de atividades físicas, incentivo a ações de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar, bem como outras temáticas que envolvam a realidade local – além de práticas artísticas e culturais), além das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (que não estão exclusivamente na atenção básica, mas têm sido utilizadas mais frequentemente nesse âmbito, em especial técnicas corporais derivadas da Medicina Tradicional Chinesa).

A constituição da atenção básica como área de produção de conhecimentos, assim como espaço de produção de práticas cuidadoras, oportunizou condições para que outras políticas públicas conseguissem visibilidade e implementação, como a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Promoção da Saúde

Um pouco depois da primeira normativa brasileira relacionada especificamente com a atenção básica, publica-se, também em 2006, a Portaria nº 687, pelo Ministério da Saúde, em 30 de março de 2006, aprovando a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). É interessante notar que essa Portaria é sucinta, fazendo referência ao desdobramento da política de atenção integral à saúde, situando-se no âmbito das vigilâncias em saúde (vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e análise de situação de saúde). A coordenação dessa política está a

cargo da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), indicando sua vinculação à vigilância/intervenção sobre riscos e conservação da saúde para doenças crônicas e não-transmissíveis, como a Obesidade, Diabetes, Hipertensão e Tabagismo (BRASIL, 2006b).

A associação estrita com a Vigilância em Saúde foi sendo modificada em resposta às políticas nacionais de humanização e de educação permanente em saúde, mantendo-se a vinculação do financiamento e coordenação. O incentivo financeiro à promoção da saúde estava organizado, conforme a Portaria nº 2.608, de 28 de dezembro de 2005, elencada como anexo da PNPS. Essa normatização define recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde para incentivar a estruturação de ações de “Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis” por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das capitais, tendo como objetivo atingir esses agravos pela redução:

[d]os seus fatores de risco relacionados ao sedentarismo, ao consumo inadequado de alimentos e ao tabagismo, em conformidade com as recomendações da Estratégia Global “Alimentação, Atividade Física e Saúde” – EG e da Convenção-Quadro do Controle do Tabaco, propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2005).

As ações prioritárias, nesse contexto, dialogam com o fomento a ambientes livres do tabaco e com incentivo às ações de estímulo a uma alimentação saudável e incentivo à prática de atividade física, conforme os consensos de recomendações científicas vigentes. Mesmo com esse marcador, a SVS compartilhava necessariamente as ações propostas no âmbito da promoção da saúde com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), responsável pela Atenção Básica, tendo em vista que a execução *in loco* exige profissionais e serviços não subordinados especificamente à vigilância em saúde. Assim, houve encontro e negociação de diferentes perspectivas para a pactuação do objetivo geral da PNPS:

Promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos em saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2005).

A caracterização dos objetivos específicos a serem desenvolvidos pelas ações de promoção da saúde explicitam outras questões:

- I. Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na **atenção básica**.
- II. Ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação sexual, entre outras).
- III. Promover o entendimento da **concepção ampliada de saúde**, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio, como os das atividades-fim.
- IV. Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde.
- V. Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/ contributivas no âmbito das **ações de promoção da saúde**.
- VI. Valorizar e otimizar o uso dos **espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde**.
- VII. Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis.
- VIII. Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais.
- IX. Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática;
- X. Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde.
- XI. Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País.
- XII. Valorizar e ampliar a cooperação do setor da saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade (BRASIL, 2005, grifos do autor).

Os elementos grifados são importantes indicadores de que práticas para a promoção da saúde estão fortemente vinculadas à atenção básica, especialmente em espaços públicos e com estratégias inventivas e inovadoras – algo necessário para ampliar a compreensão dos determinantes de saúde, entre usuários e trabalhadores. Esses apontamentos tornam-se relevantes como analisadores das práticas corporais para a promoção da saúde, pois colocam a expectativa, mais uma vez, da multiplicidade na unidade que pretende-se à atenção básica.

A versão inicial da PNPS também trazia sete eixos prioritários, cabendo, no caso desse trabalho, destacar que um deles é “prática corporal/atividade física” (os demais são “divulgação e implementação da PNPS”,

“alimentação saudável”, “prevenção e controle do tabagismo”, “redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas”, “redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito”, “prevenção da violência e estímulo à cultura de paz” e “promoção do desenvolvimento sustentável”). Esse eixo, ao detalhar suas ações específicas na rede de atenção básica e nas comunidades, buscava não somente ofertar práticas corporais/atividades físicas – exemplificadas como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer – mas também mapear e apoiar ações similares já existentes nos serviços de saúde.

Finalmente, é importante indicar que a escrita associada dos termos “práticas corporais” e “atividade física” por meio de um reversor (“/”) surge pela primeira vez em documentos oficiais, possivelmente por influência da discussão teórico-conceitual já iniciada dentro da área de Educação Física. Isso representa certo acordo, uma “trégua”, se quisermos considerar o tensionamento epistemológico vigente na área de Educação Física, para possibilitar a operacionalização dessa política pública e reconhecer que todas as perspectivas de Educação Física e Saúde conviviam em muitas ações já desenvolvidas.

Assim como ocorreu com a PNAB e outras políticas, houve um processo de intensa revisão da PNPS no ano de 2014, especialmente motivada pela publicação do Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde; Portaria nº 4.279/2010, que estabeleceu diretrizes para a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, e da própria Portaria nº 2.488/2011, que aprovou a revisão da PNAB. Essa atualização e reorganização ampliou o escopo da promoção da saúde no sistema de saúde brasileiro em geral, reescrevendo conseqüentemente a temática prioritária em análise da seguinte forma:

III – práticas corporais e atividades físicas, que compreende promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, dentre outras práticas (BRASIL, 2011d).

Não é pouco relevante reconhecermos que a “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde procura tornar-se mais um conjunto de valores, princípios e diretrizes do que um manual que compila exemplos de ações a serem

desenvolvidas. Isso provavelmente ocorre pelo reconhecimento de diversas reconfigurações realizadas nas ações desenvolvidas pelo encontro com realidades diversas, em especial desde o surgimento do Programa Academia da Saúde.

Academia da Saúde

A ação programática denominada Academia da Saúde foi iniciada em abril de 2011, pela publicação da Portaria nº 719, do Ministério da Saúde, tendo como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de “polos” (denominação que foi indicada para os espaços públicos construídos visando ao desenvolvimento das atividades) com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis. Essa iniciativa coloca os polos sob a coordenação da atenção básica, inclusive com preferência de profissionais dos Nasf para a condução das atividades de promoção da saúde no âmbito de alguns objetivos específicos, vinculados especialmente à atividade física e à alimentação saudável:

São objetivos específicos do Programa Academia da Saúde:

I. ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde;

II. fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde;

III. potencializar as ações nos âmbitos da Atenção Primária em Saúde (APS), da Vigilância em Saúde (VS) e da Promoção da Saúde (PS);

IV. promover a integração multiprofissional na construção e execução das ações;

V. promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer;

VI. ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis;

VII. aumentar o nível de atividade física da população;

VIII. estimular hábitos alimentares saudáveis;

IX. promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade;

X. potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde; e

XI. contribuir para a ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população (BRASIL, 2011e, grifos do autor).

O destaque aos objetivos do aumento do nível de atividade física da população e o estímulo aos hábitos alimentares saudáveis trazem possibilidades de desenvolvimento bastante amplas, como demonstra o artigo 6º:

Serão desenvolvidas as seguintes atividades no âmbito do Programa Academia da Saúde:

I. promoção de **práticas corporais e atividades físicas (ginástica, lutas, capoeira, dança, jogos esportivos e populares, yoga, tai chi chuan, dentre outros)**;

II. orientação para a prática de atividade física;

III. promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar;

IV. **práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato)**;

V. organização do planejamento das ações do Programa em conjunto com a equipe de APS e usuários;

VI. identificação de oportunidades de prevenção de riscos, doenças e agravos a saúde, bem como a atenção das pessoas participantes do Programa;

VII. mobilização da população adstrita ao polo do Programa;

VIII. apoio às ações de promoção da saúde desenvolvidas na Atenção Primária em Saúde;

IX. **apoio às iniciativas da população relacionadas aos objetivos do Programa**;

X. realização de outras atividades de promoção da saúde a serem definidas pelo grupo de apoio à gestão do Programa em conjunto com a Secretaria Municipal e Distrital de Saúde; e

XI. realização da gestão do polo do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011e, grifos do autor).

A indicação de práticas corporais e práticas artísticas, além de potencialização a iniciativas populares relacionadas, demonstra a abertura para possibilidades não-programáticas. Um dos diferenciais desse programa, inclusive, está no fato de que a oferta é de um espaço físico comunitário, com participação de profissionais de saúde, mas com diversidade nas atividades desenvolvidas.

A construção e manutenção dessa estrutura pelo financiamento público foi incentivador da popularização do programa entre os municípios, configurado nas Portarias nº 1.401 e nº 1.402, do Ministério da Saúde, em 2011 (BRASIL, 2011b e 2011c). São três as modalidades de implementação:

- Básica, cuja estrutura é composta de uma área de vivência coberta e um espaço externo com área multiuso e equipamentos³ presentes em todos os polos, configurando área total mínima de 300m²;
- Intermediária, com a estrutura básica acrescida de um local destinado ao depósito de materiais e área total de 312m²; e
- Ampliada, que agrega ao modelo intermediário uma estrutura de apoio composta por sala de vivências, depósito, sala de acolhimento, sanitários e área de circulação, além de área multiuso, jardins e canteiros para promover a ambientação do espaço. Nessa configuração, a área mínima deve ser de 550m².

A organização estrutural dos espaços propostos nessa política demonstra incentivo à diversificação das práticas – mesmo que com algum direcionamento induzido pelos “equipamentos básicos”, mas sem vinculação direta a ações obrigatórias. Similar às políticas anteriores, ou melhor, especificamente em decorrência das modificações na PNAB, o programa também foi revisto e atualizado no ano de 2013, registrado nas Portarias nº 2.681 (redefinição do Programa) e nº 2.684 (redefinição do financiamento). Uma importante modificação foi a inclusão de três objetivos específicos, principalmente vinculados ao modelo de organização tecnoassistencial do sistema de saúde: (1) desenvolver a atenção à saúde nas linhas de cuidado, a fim de promover o cuidado integral; (2) promover práticas de educação em saúde; e (3) promover ações intersetoriais com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e outros equipamentos sociais do território.

Outra alteração relevante está na consideração de que atividades similares ao programa Academia da Saúde poderiam solicitar equivalência para fins de financiamento pelo governo federal – algo previsto, mas não regulamentado em legislações anteriores. Nesse sentido, o artigo 51 da Portaria nº 2.684, apontou quais atividades devem ser oferecidas por ações municipais que desejem reconhecimento equiparado:

[Atividades] de promoção de práticas corporais e atividades físicas;

³ Conforme o anexo da Portaria nº 1.401GM/MS (BRASIL, 2011b), os equipamentos que compõem qualquer modalidade de Polo do Programa Academia da Saúde são: barra para flexão de braços vertical, barras para flexão de braços horizontal, barras fixas para apoio a exercício, pranchas para exercícios abdominais e espaldar.

orientação para a prática de atividade física; promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar; ou apoio às ações de promoção da saúde desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2013b).

Além dessa orientação, chama atenção os equipamentos que não serão considerados como agentes dessa política, para fins de incentivo governamental:

- I. Equipamentos esportivos como ginásios, quadras esportivas, poliesportivas e afins;
- II. Clubes municipais ou comunitários de esporte, lazer e recreação;
- III. Centro de treinamento desportivo;
- IV. Centro Social Urbano; e
- V. Conjunto de equipamentos para exercícios físicos resistidos dispostos de forma isolada em praças, parques e clubes (BRASIL, 2013b, grifos do autor).

Em alguma medida, vão se delineando algumas opções escolhidas no Programa, proposições e noções mais evidentes. O incentivo para atividades físicas e práticas corporais está fortemente atrelado aos princípios e diretrizes da atenção básica, algo reiterado quando observamos com especial atenção a reconfiguração sofrida pelos eixos temáticos do programa, detalhados na Portaria nº 2.681:

- I. práticas corporais e atividades físicas;
- II. produção do cuidado e de modos de vida saudáveis;
- III. promoção da alimentação saudável;
- IV. **práticas integrativas e complementares;**
- V. práticas artísticas e culturais;
- VI. **educação em saúde;**
- VII. planejamento e gestão; e
- VIII. mobilização da comunidade (BRASIL, 2013a, grifos do autor).

Chama atenção a colocação de que não mais são “atividades desenvolvidas”, mas direcionamento para práticas, podendo-se assumir diversas formas para sua execução. A ampliação das possibilidades, portanto, fica marcada e incentivada nas experiências de práticas corporais para promoção da saúde na atenção básica. Essa relevante modificação no escopo é reforçada pela colocação de “práticas integrativas e complementares em saúde” no âmbito de atividades promotoras de saúde, pois configura reconhecimento a outras

racionalidades médicas⁴. Isso permite considerar a potencialidade terapêutica em diversas ações, não somente aquelas preconizadas no modelo biomédico (ou da biomedicalização), baseadas na intervenção cientificamente comprovada sobre o substrato anátomo-fisiológico para correção de desvios patológicos da normalidade.

Cabe destacar um último item que foi ganhando destaque no Programa Academia da Saúde, também fruto de reorientações no âmbito da promoção da saúde em atenção básica: ações de “educação em saúde”. É interessante nessa constatação lembrar que a Educação Física, profissão usualmente associada com esse programa, ingressa na área da saúde a partir da experiência acumulada em espaços escolares – podendo-se inferir que uma grande contribuição para a consecução dos objetivos de promover saúde no âmbito da atenção básica, especificamente pelas práticas corporais/atividades físicas, passa pela inserção da Educação como disparador, originando pedagogias corporais muito singulares à área. Supõe-se, assim, na Educação Física, a presença do conhecimento educativo (saberes disciplinares da área de Educação) e do conhecimento sobre cultura de corpo e movimento (saberes disciplinares da área de Educação Física), além da atividade física, exercício físico, lazer e recreação.

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

A publicação da Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, do Ministério da Saúde, instituiu como política sanitária as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), um reconhecimento de diversas experiências que já vinham sendo realizadas no âmbito municipal por várias prefeituras, visando à humanização do cuidado, integralidade da atenção e escuta dos movimentos de educação popular em saúde. É importante destacar que, mesmo

⁴ O conceito de “racionalidade médica”, tal como cunhado pelo grupo de pesquisa em Saúde Coletiva coordenado pela cientista social e sanitarista Madel Luz (1995), a define como um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes, articulado em cinco dimensões interdependentes: uma morfologia humana, uma dinâmica vital, um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica, todas embasadas em uma sexta dimensão implícita ou explícita (uma cosmologia).

tendo diversas ações consideradas como “especializadas” (inclusive necessitando de profissionais com formação complementar, como no caso de acupuntura), a vinculação com a atenção básica e promoção da saúde é perceptível nas ações para estruturação e fortalecimento dessa política:

- incentivo à inserção das Práticas Integrativas e Complementares em todos os níveis de atenção, com **ênfase na atenção básica**;
- desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares em **caráter multiprofissional**, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção;
- implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes;
- estabelecimento de mecanismos de financiamento;
- elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS; e
- articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e as demais políticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006d, grifos do autor).

Um conjunto de diretrizes demarcam o *locus* das PICS na atenção básica pelo alinhamento de objetivos com a PNAB e pela valorização de elementos da experiência local em territórios de vida. Não se trata de impor métodos e técnicas, antes o contrário, acolhê-los no interesse local e vivencial:

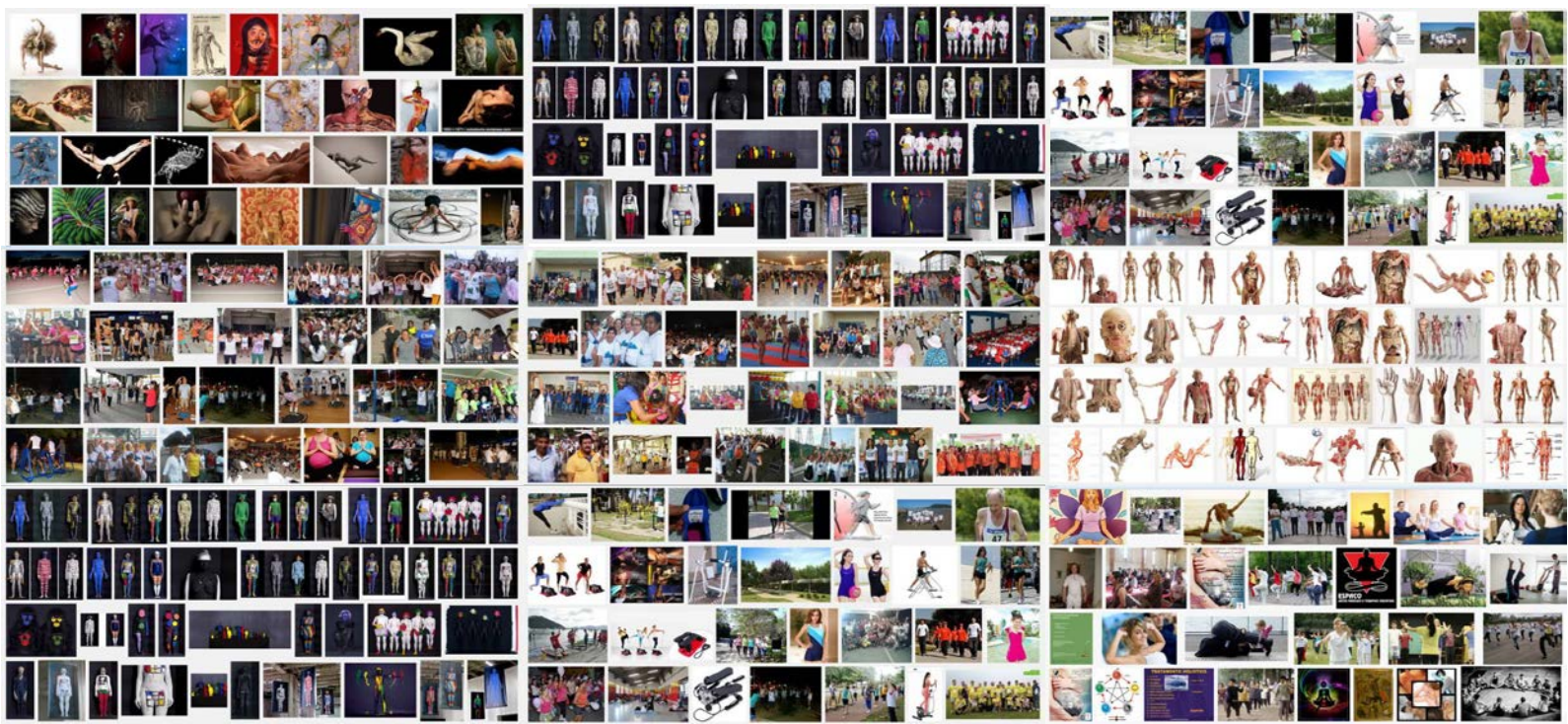
- Apoio e fortalecimento de **ações inovadoras** de informação e divulgação sobre Práticas Integrativas e Complementares em **diferentes linguagens culturais**, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação;
- Identificação, articulação e apoio a experiências de **educação popular**, informação e comunicação em Práticas Integrativas e Complementares;
- Estímulo às **ações intersetoriais**, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações;
- Fortalecimento da **participação social** (BRASIL, 2006d, grifos do autor).

Apesar da presença na literatura científica sobre práticas corporais, assim como em diversos relatos de experiência no âmbito do SUS, as PICS mais utilizadas estão concentradas nas dimensões da Medicina Tradicional Chinesa (MTC). A concentração nas dimensões da MTC fica mais evidente quando se observa as classificações que essas práticas têm na Tabela de Serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES):

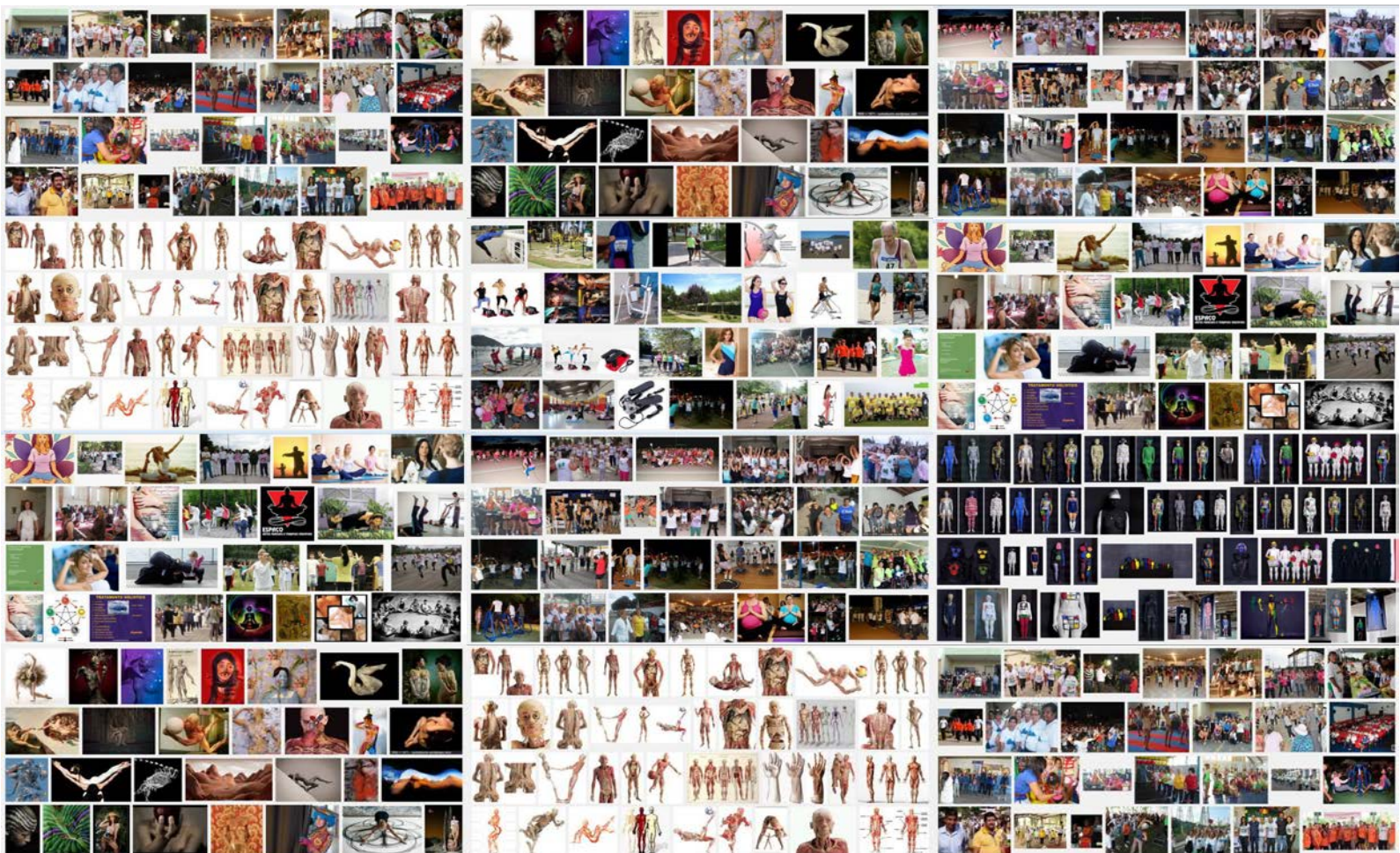
Código do serviço	Descrição	Código da classificação	Descrição da classificação
068	Práticas Integrativas e Complementares	001	Acupuntura
		002	Fitoterapia
		003	Outras técnicas em Medicina Tradicional Chinesa
		004	Práticas Corporais/Atividade Física
		005	Homeopatia
		006	Termalismo/Crenoterapia
		007	Medicina Antroposófica

Tabela retirada da Portaria nº 853, de 17 de novembro de 2006 (BRASIL, 2006c).

A frequência de “outras técnicas em MTC” possivelmente diga respeito às possibilidades mais facilmente desenvolvidas por profissionais de Educação Física, tendo em vista centrarem-se principalmente nas práticas corporais chinesas: *Lian Gong*, *Chi Gong*, *Tui-Na* e *Tai Chi Chuan*, entre outras. Outra razão para essa ênfase pode ser o fato de a mesma Portaria nº 853 elencar a “compatibilidade das práticas” com as respectivas categorias profissionais autorizadas e registradas na Classificação Brasileira de Ocupações – CBO. Uma maneira de delimitar a intervenção do profissional de Educação Física é a sua “lotação” no grupo “práticas corporais/atividade física”, no bojo das PICS, única classificação de serviço autorizada a “qualquer profissional de saúde” (as demais Classificações exigem biólogos, biomédicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, odontólogos ou psicólogos, conforme cada caso). Essas atividades estão entre algumas daquelas em que o desenvolvimento pode ser coletivo, nas unidades de saúde ou em espaços disponíveis na comunidade, favorecendo sua incorporação como iniciativa na atenção básica.



PRÁTICAS CORPORAIS EM ATENÇÃO BÁSICA: MULTIPLICIDADE E PLURALIDADE DE AÇÕES EM MEIO À VIDA



O inventário da produção intelectual que dialoga com os saberes e fazeres das Práticas Corporais mostrou uma construção plural, com variação de sentidos e motivações, e uma procedência múltipla, com territórios científicos amplos, abertos à interdisciplinaridade e à multiprofissionalidade. Ainda que não se possa enunciar uma pedagogia corporal das Práticas que seja una ou coesa, se pode verificar um maior encontro com as práticas culturais, histórias familiares, processos sociais e de vida coletiva. Uma pedagogia corporal para as práticas de corpo (plurais, múltiplas e culturais), mais que para a Atividade Física. Ocorreu-nos que tais percepções poderiam ser “testadas” no encontro com a “produção das práticas” (como em um paralelo com a “produção intelectual”) para verificar a voz dos serviços, a voz dos proponentes, as vozes do cotidiano, dessa vez sem a proveniência de uma preocupação com a literatura científica, o crivo de um conselho editorial ou o exame por bancas de avaliação. Uma oportunidade única estava ao nosso alcance: a 4ª Mostra de Saúde da Família/Atenção Básica.

Diferente dos congressos científicos, as Mostras vêm das realidades espontâneas, recolhem os relatos dos trabalhadores, sem a preocupação de ciência. A 4ª Mostra em particular apresentou a singularidade de uma curadoria por pares. Não houve um Comitê Científico para a seleção dos melhores trabalhos/relatos, a curadoria articulava os autores por tema e os trabalhos eram lidos entre tais pares e devolvidos com sugestões e análises até o fechamento daqueles relatos e diversidade de exposições que despontavam como suficientes e compatíveis entre si. A Mostra, por ser relativa à Saúde Família/Atenção Básica, reunia exatamente práticas culturais, histórias familiares, processos sociais e traçados de vida coletiva. Esse inventário, sem a preocupação de uma teoria a ser forjada, uma representação a ser extraída, uma regularidade a ser vertida em conceito prevalente, nos permitiria apontar aquilo que se faz e quem o faz, o que a realidade pede e o que a realidade desdobra em ações cotidianas. Esta foi a primeira Mostra não recortada à Estratégia Saúde da Família e ainda com a inclusão da Academia da Saúde. Assim, reuniu-se os fazeres da Atenção Básica, com as ações em Academias da Saúde e as ações em nome da Promoção da Saúde.

O espaço privilegiado da 4ª Mostra Nacional de Saúde da

Família/Atenção Básica nos permitira um singular *inventário de práticas*, reunião de um abundante e voluntário registro dos fazeres no cotidiano. A Mostra transcorreu na cidade de Brasília, entre os dias 12 e 15 de março de 2014. Um evento cujo princípio norteador contemplava uma frase do sociólogo da cultura virtual (cibercultura) e filósofo das redes cibernéticas Pierre Lèvy: "Como conectar o que você sabe ou pode fazer ao que nós podemos ou sabemos fazer juntos?" (Pierre Levy e Michel Authier, *As árvores do conhecimento*). A Mostra buscava valorizar a experiência cotidiana e incentivar o protagonismo local de trabalhadores, gestores e usuários da atenção básica. O convite ao compartilhamento vinha em frases e expressões como "todo trabalhador tem muito a ensinar e a aprender", presentes na convocação para a mostra. Tal convite destacava que a inscrição das experiências não deveria se restringir às tidas como exitosas, mas todas aquelas que contribuíssem com a discussão para a melhoria do cuidado na atenção básica. Diversos participantes indicaram experiências, oficinas e cursos na intenção de contribuir com a reflexão sobre as práticas e sobre a produção de novos arranjos no dia a dia dos serviços.

Esse objetivo, de conferir visibilidade às experiências em atenção básica, reconhece que a apresentação por textos científicos – que historicamente contribuíram com a reflexão e mudança das práticas de saúde – seria importante limitador em trazer "a vida" dos registros. Assim, buscando contemplar outras atividades, o próprio formulário de inscrição dos relatos de experiência pautava a narrativa, a exemplificação, a apreciação espontânea, o confronto de fazeres diante de escutas sobre as necessidades em saúde, isto é, da vida, dos corpos, das relações, do processo "ser-saudável-adoecer-curar-se" (CECCIM, 1997).

Para atingir esse objetivo, o formulário de inscrição dos relatos de experiências trazia perguntas que procuravam estimular o detalhamento do modo como acontece a experiência, além de estimular a reflexão sobre a construção da mesma. Nesse sentido, além dos dados de identificação (título atribuído, local da experiência e descrição resumida) foram solicitadas respostas aos seguintes pontos:

- Qual o âmbito da experiência? – abrangência municipal ou estadual da iniciativa desenvolvida.

- Qual o eixo temático? – declarado entre 20 opções oferecidas pela Comissão Organizadora com detalhamentos aos inscritos.

1. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) e a mobilização pela melhoria do cuidado na Atenção Básica. Conhecer experiências sobre a reorganização do cuidado e do processo de trabalho desenvolvido no âmbito da Atenção Básica, a partir da inserção da equipe/município no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade.

2. Ambiência e estrutura: acesso, qualidade e resolatividade. Discutir a estrutura física e a ambiência dos estabelecimentos de saúde como ponto importante para a mudança das práticas e para a continuidade da mudança do modelo de atenção à saúde no país.

3. Ampliação e qualificação da Saúde Bucal na Atenção Básica. Promover a discussão e a troca de experiências sobre a inserção dos profissionais da Saúde Bucal no contexto do trabalho interdisciplinar na Atenção Básica e sua relação com o território, assim como as diferentes estratégias desenvolvidas para as ações de promoção e proteção, educação, recuperação e reabilitação em Saúde Bucal, provocando, dessa forma, a reflexão sobre as práticas de saúde.

4. Arte, saúde e cuidado. Dar visibilidade às ações que integrem arte, saúde e cuidado, promovendo a articulação entre os atores dessas práticas para o compartilhamento de conhecimentos e saberes. Desse modo, visa fortalecer as práticas de promoção e cuidado à saúde que valorizem a diversidade cultural, a participação social e a cultura como determinante da saúde e fator de desenvolvimento humano e social.

5. As práticas de Vigilância em Saúde no território da Atenção Básica. Promover a discussão e a troca de experiências sobre as diferentes estratégias desenvolvidas pelas equipes da Atenção Básica em relação às ações de vigilância em saúde no território, assim como experiências de planejamento e gestão em saúde com base nas informações produzidas pelas práticas de vigilância na Atenção Básica.

6. Controle social e participação política. Estimular, por meio da troca de experiências, o aprimoramento das estratégias de controle social e participação política na gestão da Atenção Básica desenvolvidas no SUS.

7. Educação em Saúde e Educação Popular em Saúde. Promover o debate em torno das experiências de Educação em Saúde e Educação Popular em Saúde realizadas nos diferentes espaços de convivência dos territórios, com destaque para as experiências que articulem a produção de mudanças no modo de andar a vida dos sujeitos com a produção de mais autonomia.

8. Educação Permanente em Saúde e a interface ensino-serviço na Atenção Básica. Promover o diálogo entre as experiências que colocam em cena a reflexão sobre o processo de trabalho e o tema da formação na Atenção Básica. Compartilhar experiências de qualificação dos profissionais nos espaços de gestão, atenção, participação popular e ensino, refletindo sobre os impactos desta formação cotidiana, que possibilita o diálogo entre os saberes instituídos e outros saberes além dos ditos "científicos". Conhecer as diversas experiências produzidas a partir da relação entre instituições de ensino e serviços de saúde na Atenção Básica.

9. Gestão do Cuidado e processo de trabalho. Reunir relatos de experiência que contem como tem sido feita a gestão do cuidado e a organização do processo de trabalho na Atenção Básica, com destaque

para a Gestão do Cuidado nas Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.

10. Gestão do Trabalho: Provimento, vínculo, fixação, carreira e remuneração por desempenho. Compartilhar experiências de provimento, valorização e fixação de profissionais na Atenção Básica.

11. Humanização na Atenção Básica. Incentivar a troca de experiências de Humanização na Atenção Básica, tendo como pano de fundo a valorização dos processos de mudança dos sujeitos e a democratização das instituições na produção do cuidado.

12. Monitoramento e Avaliação em Atenção Básica. Compartilhar experiência(s) de organização de sistemas de monitoramento e avaliação desenvolvido(s) no âmbito da Atenção Básica, bem como evidenciar resultados provenientes de tais práticas.

13. Atenção Nutricional na Atenção Básica. Compartilhar experiências relacionadas à organização da Atenção Nutricional na Atenção Básica, sobretudo com relação aos agravos nutricionais mais prevalentes nos territórios, bem como sobre o papel da Atenção Básica na ordenação e coordenação dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde.

14. Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na Atenção Básica. Promover o debate, a troca de saberes e dar visibilidade às diferentes experiências de Práticas Integrativas e Complementares desenvolvidas na Atenção Básica.

15. Promoção da Saúde e Intersetorialidade. Compartilhar e debater as práticas de promoção da saúde e as ações intersetoriais desenvolvidas a partir da Atenção Básica, reunindo experiências que busquem a melhoria da qualidade de vida da população.

16. Telessaúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e Atenção Domiciliar como dispositivos de qualificação da Atenção Básica. Promover o debate sobre a utilização das tecnologias de informação para a qualificação do cuidado e aumento da resolutividade na Atenção Básica; a implementação das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) nos municípios, considerando o Apoio Matricial como forma de ampliar a integralidade das ações das equipes vinculadas e da ampliação da resolutividade da Atenção Básica e as ações da Atenção Domiciliar na continuidade do cuidado na Atenção Básica.

17. Redes de Atenção à Saúde (RAS). Identificar e debater sobre experiências de organização das Redes de Atenção à Saúde em municípios e regiões de saúde que tenham a Atenção Básica como centro de comunicação e coordenação do cuidado, junto aos pontos de atenção secundária e terciária e sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico.

18. Processo de implantação do e-SUS AB e Tecnologias/Sistemas de informação na Atenção Básica. Compartilhar experiência(s) de organização de processos de implantação da estratégica e-SUS Atenção Básica, além da utilização de sistemas de informação em saúde na Atenção Básica.

19. Trabalho das equipes de Atenção Básica junto a populações específicas e povos indígenas. Promover o debate e dar visibilidade às experiências de trabalho desenvolvidas na Atenção Básica junto a populações específicas (população em situação de rua, ribeirinha, quilombolas etc.) e povos indígenas por meio das equipes vinculadas aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

20. Eixo Livre. Seu relato de experiência não se enquadra em nenhum dos demais eixos? Para garantir liberdade na inscrição dos relatos e

cientes de que nem todas as experiências se enquadram nos demais eixos temáticos, criamos este eixo.

- Envolve quais pontos/equipes da rede? – enunciando as estruturas ou equipes envolvidas na elaboração e execução da experiência relatada.
- Quais os temas abordados? – temáticas declaradas pelos autores, como identificadoras do processo experienciado.
- Qual foi a experiência desenvolvida? Sobre o que foi? – descrição mais detalhada da ação, com campo aberto para escrita.
- Quais os desafios para o desenvolvimento? – explicitação dos autores sobre obstáculos (potenciais ou efetivos) encontrados na execução da proposta.
- Quais as novidades? – indicação das inovações (previstas ou não-previstas) trazidas pela ação.
- Há outras observações a acrescentar? – informações complementares que possibilitem mais detalhes sobre algum ponto não enfatizado anteriormente.
- Quais os autores da experiência? – indicação do nome e categoria profissional das pessoas envolvidas elaboração da iniciativa.
- Quais os atores da experiência? – indicação do nome e categoria profissional dos participantes ou de pessoas envolvidas no desenvolvimento da proposta.

O formulário também permitia a construção de relatos multimídia, contemplando textos, imagens e vídeos. Essa forma de apresentação, segundo os organizadores, visava privilegiar menos a qualificação técnico-científica da vivência e mais a criatividade, “o artesanato que tece as práticas de produção do cuidado em saúde nos diferentes contextos da Atenção Básica”. É importante destacar que essa tentativa de potencializar espaços de compartilhamento de vivências – o mais contextualizado possível – pretendia contribuir com a reflexão para a “melhoria na produção do cuidado em saúde nos serviços que constituem o principal ponto de contato dos usuários com o Sistema Único de Saúde: a atenção básica”.

Para concretizar o objetivo, mantendo-se coerente com a proposta, a Mostra Nacional de Saúde da Família/Atenção Básica utilizou-se do modelo de curadoria – à semelhança das mostras de arte que costumam ter profissionais

responsáveis pela concepção, montagem e supervisão das exposições de arte, além de também realizar a execução e revisão do catálogo das exposições. Essa analogia foi utilizada declarando as experiências de ações em saúde como obras de arte produzidas na atenção básica e tendo-se uma equipe de curadoria formada a partir de uma chamada pública de currículos. Assim, foram selecionados 106 candidaturas, provenientes de várias regiões do país, respeitando-se a distribuição populacional e a cobertura locorregional da Atenção Básica, sendo de diferentes formações profissionais e inserções institucionais.

Na 4ª Mostra, as experiências foram inscritas via “Comunidade de Práticas”⁵ (noção já apresentada), uma rede colaborativa de aprendizagem social, mantida pelo Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde. Nesse mesmo espaço virtual desenvolveu-se o processo de curadoria, agregando à equipe selecionada outros autores com interesse em serem curadores – configurando a “avaliação por pares”, mas que também visava auxiliar a comunicação mais clara e detalhada das experiências, pelo compartilhamento com outros. Após o processo de curadoria, chegou-se ao cadastro de 4.410 relatos de experiências, estando todas as informações na Comunidade de Práticas da Atenção Básica, com acesso público. Essa rede que acabou por compilar ações de Saúde da Família/Atenção Básica se tornou um repositório para os registros, acessível on-line (atencaoBasica.org.br/mostra) e com a possibilidade de filtragem pelos termos de interesse.

⁵ O conceito “Comunidade de Prática” (CoP) foi inicialmente proposto pelos pesquisadores sociais Etienne Wenger e Jean Lave (Lave e Wenger, 1991), definindo organizações informais naturalmente constituídas dentro e fora das fronteiras de organizações formais. Isso significa que essa comunidade não se articula por propósitos exclusivamente instrumentais, mas procura dar significado à vida e às ações de cada membro, desenvolvendo senso de identidade. Inspirando-se nessa perspectiva de produção e gestão do conhecimento, que espera envolvimento cognitivo e afetivo, a referida Mostra buscou as comunidades de práticas como suporte à educação permanente na área da saúde e também como veículo de socialização do conhecimento comum, fornecendo serviços e ferramentas computacionais para que grupos de pessoas se organizassem em comunidades temáticas e compartilhassem experiências. Nessa perspectiva, segundo publicações de Alexandre Moretto Ribeiro (TAVARES, 2011 e RIBEIRO, 2014), desenvolvedor da arquitetura informacional virtual dessa Mostra, fica demarcado o modelo interacionista de aprendizagem, que considerou, nesse caso, “um grupo de pessoas que compartilha um interesse sobre um assunto ou problema”, aprendendo mediante interações regulares e tendo como uma das características fundamentais “a aprendizagem social ou aprendizagem colaborativa, já que parte do princípio de que a aprendizagem e o conhecimento têm um caráter social e são construídos coletivamente”.

Eixos temáticos: busca por práticas corporais

No refinamento do montante de experiências onde foi utilizado o termo “práticas corporais”, foram encontrados 36 registros. Verificou-se, assim, o impacto desse descritor. Outras duas possibilidades foram exploradas: “Atividade Física” (141 relatos) e “Academia da Saúde” (4 indicações). Em 10 registros disponíveis para análise havia a coincidência dos descritores “Atividade Física” e “Práticas Corporais” e em 1 caso o registro de “práticas corporais” e “Academia da Saúde”, totalizando 192 relatos de experiência. A diversidade dessas experiências, à luz de alguns dos marcadores propostos como comuns aos relatos, oferece um painel do contexto mais amplo, o que permitiu inventariar os fazeres e analisar suas pedagogias corporais.

A distribuição dos 46 relatos que identificavam “práticas corporais” (incluindo todas as experiências que utilizavam esse descritor) foi entre os seguintes eixos temáticos: (1) Promoção da Saúde e Intersetorialidade; (2) Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica; (3) Telessaúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Domiciliar como dispositivos de qualificação da Atenção Básica; (4) Atenção Nutricional na Atenção Básica; (5) Educação em Saúde e Educação Popular em Saúde; (6) Educação Permanente em Saúde e a interface ensino-serviço na Atenção Básica; (7) Humanização na Atenção Básica e (8) Eixo Livre. Os dois primeiros responderam respectivamente por 16 e 11 ocorrências, sendo as categorias mais prevalentes de agrupamento temático, algo interessante por situar as ações predominantemente no campo da promoção da saúde e das práticas integrativas (“alternativas”).

Autoria dos registros relativos às práticas corporais

A diversidade de autores, ou seja, de pessoas suficientemente implicadas com a proposta para redigir uma descrição das atividades desenvolvidas é ampla. Mesmo com a totalidade de profissionais em saúde nessa atribuição, o profissional de Educação Física e o Fisioterapeuta, muitas vezes lembrados como emblemáticos para conduzir ações desse tipo, aparecem em

conjunto com Agentes Comunitários de Saúde, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Fonoaudiólogos, Médicos, Nutricionistas, Psicólogos, Técnicos em Enfermagem e Terapeuta Ocupacional. Não houve referência a profissional específico da área corporal em diversas das ações, o que não representou denúncia, queixa ou falta.

Atores das ações em práticas corporais

Os atores envolvidos foram múltiplos, assim como a amplitude de possibilidades. A noção de quem efetivamente participa das ações nesses contextos indica não somente uma intervenção técnica, mas uma ação coletiva ampliada, como nos casos em que se nomeou como “atores da experiência relatada” os usuários participantes e os gestores dos serviços de saúde envolvidos. São atores das ações em práticas corporais: profissionais residentes em saúde (residentes multiprofissionais em saúde), profissionais dos serviços de saúde, moradores locais, usuários dos serviços de saúde, familiares e estudantes de graduação. É interessante notar que o próprio formulário para cadastramento do relato de experiência acolhia a diversidade dos atores, ao inserir a categoria “outros” como alternativa de identificação – um conjunto de possibilidades não previstas, mas potencialmente em atuação, que seriam conformadas a escolha de uma identificação padronizada.

Serviços participantes

Considerando-se que as iniciativas não estavam em sua maioria vinculadas com o descritor “Academia da Saúde” e que a presença desse equipamento não seria efetivamente considerada como predominante. O que se destacou, na maioria dos relatos, foi a presença das Equipes de Saúde da Família (algumas vezes nominadas como Estratégia Saúde da Família – ESF), quase sempre em associação com os Núcleos de Apoio em Saúde da Família/Atenção Básica (Nasf). Mesmo quando a Academia da Saúde é citada, somente em uma ocasião se refere a uma atuação isolada, fazendo com que a noção de uma rede

de serviços de saúde seja necessária para efetivar ações desse porte. Outras equipes citadas, que reforçaram essa impressão, são os “gestores dos serviços” e os “apoiadores”, esses últimos em funções constituídas para articular e potencializar a interação entre diversas equipes, visando a uma resposta conjunta e coordenada às necessidades complexas de saúde.

Objetivo das ações em práticas corporais

Apesar da diversificação das ações, muitos objetivos declarados são vinculados a produções discursivas mais disseminadas, em especial na perspectiva da atividade física para prevenção de agravos relacionados a doenças crônicas não-transmissíveis.

Atividades desenvolvidas em práticas corporais

Quanto às atividades desenvolvidas, percebeu-se que em muitas situações houve modificações “adaptativas” na descrição dos relatos, mais evidentes e detalhadas em ações iniciadas há mais tempo. É interessante notar que não houve referência sobre atualização ou reorientação dos objetivos propostos, mesmo quando as práticas inicialmente previstas tornaram-se outras. Isso pode significar que os efeitos produzidos estavam além daqueles intencionados (incluindo os primeiros) ou que os autores compreendiam que foram atingidos efetivamente os objetivos (por outros caminhos metodológicos).

Dentre os relatos, se pode detectar um “discurso predominante”, o encaixamento em representações discursivas da atividade física/práticas corporais e “interstícios”, uma emergência de realidades próprias das experiências, não conceitualizadas, mas operadas em cotidiano. Aquilo que não configura componente central do relato, mas singulariza o registro. Por exemplo, ao ser relatada a programação da atividade, vem a narrativa da adaptação ao interesse manifestado pelos usuários, donde a presença de práticas não previstas, inusitadas ou criativas.

A seleção inicial foi pela escolha dos relatos presentes no eixo temático com maior prevalência (Promoção da Saúde e Intersetorialidade), o que chegou a 16 registros dentre os 46 sob o descritor “práticas corporais”. Esse grupo foi novamente refinado, aplicando-se o critério de conter em seu tema de desenvolvimento (conforme declaração dos autores), as “práticas corporais” - tendo-se somente 7 relatos que encaixavam-se nessa descrição. A transcrição, realizada com alguma modificação ou adaptação da linguagem proposta pelos autores, foi trazida para compreender o estudo empírico realizado pelo inventário desta tese. As modificações ou adaptações se prenderam apenas ao objetivo de conferir maior fluidez à leitura.

Quadro 1 – Distribuição dos relatos de experiência, segundo descritor e eixo temático

Relatos	Descritor	Práticas corporais – Eixo temático
192	Somente Atividade Física	Promoção da Saúde e Intersetorialidade 16
		Práticas Integrativas e Complementares 11
	Somente Práticas Corporais	Telessaúde, Nasf e Atenção Domiciliar 5
		Educação em Saúde e Educação Popular em Saúde 4
	Somente Academia da Saúde	Humanização na Atenção Básica 3
	Práticas corporais + Atividade física	Eixo Livre 3
	Atividade física + Academia da Saúde	Atenção Nutricional 2
Práticas corporais + Academia da Saúde	Educação Permanente em Saúde e a interface ensino-serviço na Atenção Básica 2	

É importante destacar que a numeração indicada em cada relato diz respeito à classificação sistematizada nessa tese, ordenando as experiências em ordem sequencial de apresentação no banco de dados – iniciando pelo descritor “atividade física”, passando por “Academia da Saúde” e, finalmente, “práticas corporais”.

Painel de relatos: práticas corporais na promoção da saúde e intersectorialidade

Relato 148: Programa municipal de promoção da saúde: envelhecimento ativo

Em 2006, por meio da Rede Nacional de Promoção da Atividade Física, o município de Dias d'Ávila/BA foi contemplado com o "Projeto de Incentivo à Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não transmissíveis (Práticas Corporais e Atividade Física)" incentivo do MS por intermédio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) como estímulo às práticas corporais que já eram desenvolvidas pela Saúde da Família/Atenção Básica. O Programa Municipal de Promoção da Saúde tem como objetivo promover ações que levem ao bem-estar da população que conduza à saúde coletiva ou individual com estratégias de prevenção de doenças e proteção à saúde como o incentivo às Práticas Corporais e Atividade Física, visando alcançar um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando a qualidade de vida, em especial da população idosa.

As Práticas Corporais e Atividade Física começaram a ser desenvolvidas pela Saúde da Família/Atenção Básica fora das unidades de saúde em 2005, no intitulado Projeto de Atividades Física para o Idoso (Pafi) com caminhada e condicionamento físico e incentivo a hábitos de vida saudáveis com os idosos usuários do Programa Hiperdia. Em 2009, dentro das ações do Nasf o projeto passa a ser Programa de Promoção da Saúde e Envelhecimento Ativo, contemplando usuários com Hipertensão, Diabetes, Obesidades, Renais Crônicos, Tabagistas e Indivíduos Sedentários abaixo dos 60 anos. Hoje, tem a coordenação dos fisioterapeutas e do educador físico do Nasf com encontros 3 vezes na semana no Ginásio de Esportes do município.

Desde o início das atividades passamos por algumas dificuldades, como por exemplo, local para desenvolvimento das ações, mas que resolvemos fazendo parceria com as Secretarias de Educação e Esportes que nos cedeu a Tenda da Educação e o Ginásio de Poliesportivo. Não tínhamos ao recurso que é enviado pelo MS anualmente para desenvolver as atividades, então, entramos em contato com o Conselho Municipal de Saúde, divulgamos o trabalho desenvolvido e envolvemos a comunidade, sendo finalmente possível comprar material e organizar melhor o trabalho.

Em 2010 foi realizado um estudo para verificar o estado de saúde dos indivíduos do grupo de Atividades Físicas e Práticas Corporais do município de Dias d'Ávila/BA, Envelhecimento Ativo, uma pesquisa qualitativa e quantitativa através do instrumento de coleta de dados SF-36 Pesquisa em Saúde, para a compreensão das avaliações funcionais e do estado de saúde de indivíduos do grupo. Neste estudo, observou-se a relevância estatística de três domínios: Capacidade Funcional, Estado Geral de Saúde e Limitações por Aspectos Emocionais.

Autores: Fisioterapeuta.

Atores: Fisioterapeuta (2); Profissional de Educação Física.

Relato 157: Amor à vida: grupo de práticas corporais da UBS Jardim Sapopemba (SP).

Foi formado um grupo de práticas corporais da medicina tradicional chinesa (Xiang Gong e Lian Gong), pela equipe de saúde da família da UBS. As aulas foram ministradas pela agente comunitária de saúde, em áreas públicas do território, como praças e quadras poliesportivas. A agente de saúde recebeu certificação prévia para realizar as atividades. As aulas ocorreram três vezes por semana, com duração de cerca de uma hora cada aula. Inicialmente realizada em uma única área local, as atividades foram ampliadas para mais duas áreas públicas, visando facilitar o acesso e a participação da comunidade. Os participantes eram de idades variadas, com predomínio de adultos com mais de 50 anos de idade. A média inicial de participantes foi de 21 pessoas por aula.

O grupo foi criado pela equipe de saúde da família e iniciou suas atividades em maio de 2010, com aulas ministradas pelas agentes comunitárias de saúde. Para o início da experiência,

algumas etapas foram realizadas:

1. Treinamento e certificação das agentes comunitárias de saúde;
2. Escolha das áreas públicas do território para a realização das atividades;
3. Divulgação do grupo (cartazes na UBS e convites individuais pela comunidade).

As atividades tiveram boa acolhida pela comunidade local, razão pela qual as aulas foram ampliadas para mais duas praças do território, facilitando o acesso e a participação local.

Após o início das atividades do grupo, percebeu-se a necessidade de expandir o projeto, a fim de que um maior número de pessoas pudesse participar das mesmas, principalmente as pessoas de áreas mais afastadas e aquelas com dificuldade de locomoção ou necessidades especiais. Outro desafio é treinar e capacitar mais membros das equipes de saúde da família, para poder dar continuidade ao projeto e levar as atividades para as áreas mais distantes no território.

A implantação da experiência possibilitou estabelecer, para fora das paredes da unidade de saúde, um rico local para a realização de outras ações em promoção de saúde, podendo ser aproveitado pelas equipes de saúde da família, saúde bucal e Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica (Nasf), por meio de ações conjuntas.

Autores: Médico.

Atores: Agente comunitário de saúde.

Relato 178: Práticas Corporais, uma experiência que se renova: “Tô chegando na Cohab II pra curtir minha galera”.

O grupo de Práticas Corporais é realizado há 13 anos, surgido com o objetivo de proporcionar um espaço de cuidado que iniciou para pessoas da terceira idade. O grupo tem parceria com o Centro de Saúde da Família – CSF da Cohab II e com a Associação Comunitária, que cede o espaço para a realização das atividades, tendo como estratégia de facilitação, várias práticas corporais como: ginástica aeróbica, jogos cooperativos, alongamento, massagens, relaxamento, dança e datas comemorativas da cultura local, bem como atividades educativas em saúde, como orientação alimentar, avaliação corporal integral que aborda os aspectos físicos, nutricional e psicológica, além de ações de promoção à saúde, prevenção e controle de doenças crônicas não-transmissíveis.

Atualmente a abordagem realizada no grupo é interdisciplinar, é promovido pelos profissionais da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (educadora física, fisioterapeuta, psicólogo, enfermeiro, nutricionista, terapeuta ocupacional e assistente social), Agente Comunitário de Saúde e acadêmicos dos cursos de ensino superior. Sendo realizado duas vezes por semana nas quartas e sextas-feiras, das 7h30min às 8h30min, nas instalações do Conselho Comunitário do bairro. O grupo é composto por pessoas de faixa etária variada (adultos e idosos), tendo uma média de 25 participantes fixos, sendo predominantemente do gênero feminino, contando apenas com a participação de um homem. Alguns participantes convivem com doenças como hipertensão, diabetes, obesidade ou com psicopatologias, como ansiedade e depressão. Os participantes desse grupo, em sua maioria, são usuários do CSF Cohab II e chegam até o grupo por livre escolha ou encaminhados para cuidar de suas demandas de saúde, encaminhados pelos profissionais do CSF ou Nasf e Residentes, ou convidados pelos próprios participantes.

Infelizmente, mesmo depois de 13 anos de existência, ainda há muitos desafios, como o difícil acesso ao conselho comunitário após a nova gestão, principalmente relacionado a limpeza do ambiente, acesso a materiais (pesos, halteres, caneleiras) para uso nas atividades e além dos recursos escassos. Articulamos e pactuamos com a nova gestão sobre o livre acesso ao conselho comunitário nos dias em que acontece o grupo. Em relação aos materiais, utilizamos de forma reciclável as garrafas PET como pesos, enchendo-as de água ou areia e materiais que temos disponíveis em casa, por exemplo o cabo de vassoura utilizado como apoio na barra sendo importante na realização de alguns exercícios localizados.

As atividades realizadas no grupo servem como uma ferramenta de participação dos

usuários que almejam promover saúde por meio do exercício físico. Utilizando a convivência no grupo para melhora de sua condição biopsicossocial, através do alívio de queixas algícas osteomioarticulares, melhora no condicionamento e motivação para as atividades de vida diárias (AVD) e laborais, além de proporcionar momentos de convivência social, propiciados pelo grupo, pautados no princípio da integralidade e relacionados às práticas de saúde. É ainda utilizado como um processo terapêutico, para o desenvolvimento da autoestima e da individualidade de pessoas com transtornos depressivos. O grupo tem uma proposta de promoção da saúde que já se perpetua por um longo período de 13 anos, já fazendo parte das ações em saúde do CSF Cohab II, facilitado por professores de educação física com abertura para atuação de outras categorias. É realizado o planejamento do grupo para cada encontro, com a tentativa de diversificar as aulas, tornar o ambiente mais descontraído e alegre, buscando mais participação e integração dos indivíduos, além de captar novos usuários para o grupo. Atualmente, temos como uma grande potencialidade a equipe multiprofissional qualificada do CSF da Cohab II, com disponibilidade para atuação no grupo de práticas corporais, contribuindo expressivamente nos momentos de educação em saúde.

Autores: Profissional de Educação Física; Fisioterapeuta (2); Psicólogo (2); Enfermeiro.

Atores: Profissional de Educação Física; Fisioterapeuta; Psicólogo; Enfermeiro.

Relato 181: Práticas corporais: da rua ao quintal – venha, “só falta você aqui”.

O presente trabalho tem por objetivo relatar acerca da experiência do grupo de práticas corporais “Só falta você aqui”, cujas atividades acontecem no bairro São Cristóvão, popularmente conhecido como Alto da Rolinha, na cidade de Sobral - CE. O grupo de práticas corporais “Só falta você aqui”, surgiu a partir da procura recorrente de membros da comunidade São Cristóvão, assim como através do ACS da área, tendo em vista, tanto o grande número de pessoas com doenças crônicas associadas ao sedentarismo (p.ex.: hipertensão, diabetes, colesterol), quanto à necessidade da existência de um grupo voltado a promoção da prática corporal. O primeiro passo da equipe cuidadora, composta pelo ACS e equipe de Residentes em Saúde da Família do território, foi conhecer um pouco sobre o Alto da Rolinha, perfil da população, possíveis locais onde a atividade poderia acontecer e quais as necessidades de saúde da comunidade.

Esse grupo é um espaço de cuidado em saúde, na perspectiva da clínica ampliada, cuja sistemática se apresenta com atividades ocorridas semanalmente, todas as quintas-feiras às 7 h qoras da manhã e tem duração de 60 minutos, o espaço usado inicialmente foi um terreno utilizado como um campo de futebol. Os encontros consistem na realização de atividades aeróbicas, exercícios localizados, alongamento, relaxamento, dança e consciência corporal. Durante os encontros, são realizadas, também momentos de Educação em Saúde sobre diversos temas, como: benefícios da atividade física; discussão de assuntos de interesse dos participantes do grupo, momentos de interação social, lazer, convivência, melhora da autoestima; bem-estar e estilo de vida ativo. Com relação ao espaço da atividade, após certo tempo, passamos a contar com o apoio de uma participante assídua ao grupo, que cedeu o quintal de sua casa, em decorrência da carência de espaços adequados a realização destas práticas.

Dentre as dificuldades apresentadas, podemos citar a inexistência de equipamentos sociais saudáveis, como praças, quadras ou associação comunitária, além da ausência de materiais adequados para a prática de exercícios (halter, caneleira e colchonete). Porém, mesmo sem local apropriado, resolvemos buscar parcerias na própria comunidade, por meio de articulações envolvendo o Agente Comunitário de Saúde e os próprios moradores do bairro. Já em relação aos materiais, estes foram construídos pelas próprias integrantes do grupo, com objetos recicláveis e/ou adaptados (garrafa de plástico, areia e água).

Com os organizadores da *Quadrilha* de um bairro vizinho, obtivemos uma caixa de som e um microfone para a realização do primeiro encontro do grupo, além disso, conversamos com uma das moradoras para que pudéssemos acessar a energia de sua casa para a utilização da aparelhagem de som. Após alguns dias para a organização do cronograma das ações, dia da semana e horário para a realização do grupo, iniciamos a divulgação. E a notícia correu nas ruas do bairro: “Será dia 20 de junho de 2013 – Grupo de Práticas Corporais ‘Só falta você aqui’”, nome sugerido pelo ACS da área. Chegou então o grande dia, era uma quinta-feira, às 6:45 da manhã,

quando chegamos ao território, batemos na porta da moradora para ligar o som e iniciar as atividades. A atividade foi realizada no trecho da rua ao lado de um terreno, utilizado como campo de futebol do bairro. No relógio, o tempo foi passando e aproximava-se do horário pactuado, porém algo muito estranho aconteceu, não havia ninguém no local. Passaram alguns minutos e às 7 horas em ponto chegou a primeira participante. O som já estava ligado, e tudo preparado para o grande momento. Como num passe de mágica, as portas das casas começaram a se abrir e “grupos de pessoas” juntavam-se nas esquinas do bairro. Resolvi utilizar o microfone e chamar as pessoas: “venha, participe, não fique aí parado, só olhando”! Em seguida, o ACS continuou reforçando o convite. Começamos a atividade com um número reduzido de pessoas, após alguns minutos foram surgindo novas participantes, ao final contamos com a presença de 10 participantes, dentre elas crianças, adultos e idosos. Esse número foi crescendo ao longo dos demais encontros, chegando a alcançar em média 17 pessoas. Além disso, não dispomos de materiais para as aulas de ginástica, como halteres, caneleiras, barras etc. Ainda assim, adaptamos os exercícios com uso de garrafas pet com areia ou água substituindo os halteres, bem como cabos de vassoura suprimindo a ausência de barras de apoio para os exercícios localizados e a realização do alongamento. Outro aspecto relevante presente no grupo é a articulação interprofissional, esta se dá por meio do apoio da equipe multiprofissional do Nasf, equipe de residentes de saúde da família e acadêmicos do curso de Nutrição de uma Instituição de Ensino Superior, como facilitadores e/ou apoiadores de ações educativas em saúde. Atualmente, o grupo passa por um momento de desafio, pois algumas das participantes evadiram, por não concordar com a proposta do atual local, o quintal. Algumas declararam ter preferência pelo antigo espaço, o terreno do “campo de Futebol”. No entanto, a irregularidade do terreno torna-se um fator de insegurança para a execução das atividades, assim como, à existência de pedras e desníveis. Com isso, é questionada a ausência de espaços físicos adequados para a realização de ações promotoras de saúde. Por meio de rodas de conversa, utilizadas como método avaliativo das ações do grupo, pactuamos algumas estratégias para a resolução de problemas, dentre elas: busca ativa, retomada das atividades no ambiente externo como forma de mobilizar a comunidade e divulgar o grupo, inserção de novas atividades (massagem, jogos educativos etc.). Além disso, pensamos na articulação de outros setores para a busca de apoio e discussão das necessidades de saúde do território.

Autores: Profissional de Educação Física.

Atores: Apoiador.

Relato 184: O Clube da Caminhada: muito mais do que caminhar

Em Alagoas, a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso está vinculada a Universidade Federal de Alagoas (UFAL), sendo desenvolvida no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) e na UBS Edvaldo Silva, localizada no bairro de Fernão Velho, com profissionais graduados em Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. O bairro tem uma população, que dependia da fábrica de tecidos, que devido a crise na indústria têxtil foi fechada, desempregando milhares de trabalhadores. Neste contexto, as ações propostas para serem desenvolvidas no ano de 2013 estão voltadas à integração dos residentes com a equipe de saúde da UBS e moradores. Uma das atividades desenvolvidas é o grupo de práticas corporais e incentivo a hábitos saudáveis, denominado Clube da Caminhada, que acontece duas vezes por semana em dois polos distintos. O grupo tem por objetivo desenvolver ações de educação em saúde por meio de práticas corporais diversas, além da caminhada em si, e rodas de conversa, como por exemplo: ingestão hídrica, alimentação saudável, administração de medicamentos. Cada encontro dura cerca de uma hora. Os participantes se submetem a um cadastro com dados antropométricos, socioeconômicos, estado atual de saúde e medicamentos em uso, servindo também de acompanhamento. Nesses encontros há aferição de Pressão Arterial dos participantes, uma roda de conversa sobre assuntos de saúde e informes sobre a dinâmica local. Posteriormente as práticas corporais são apresentadas e vivenciadas. Dentre elas, pode ser citado: jogos populares, yoga, esporte, alongamentos, exercícios resistidos e aeróbicos, adaptados às fases da vida de cada participante. Mensalmente, é realizado um evento denominado A Grande Caminhada, onde se realiza um passeio pelas ruas do bairro. São reunidos os dois polos, além de contar com grande apelo dos participantes pela adesão de novos interessados. O Centro de Referência da Assistência Social

(Cras) é um grande parceiro, fornecendo o espaço físico como ponto de apoio e recursos humanos. A estrutura do evento conta com um carro som para anunciar e animar o trajeto, um café da manhã saudável e camisetas personalizadas. O passeio é bem-aceito pelos participantes, além de fortalecer o papel do Clube no bairro, pois sempre há novos participantes após o evento.

O Clube da Caminhada foi uma iniciativa da turma de residentes predecessora. Assim, a equipe atual participou de um período de estudo e construção do plano de ação para a atuação na atenção básica. Nesse momento, foi realizada uma apresentação do Clube para que se tomasse conhecimento de seu funcionamento e suas peculiaridades, ajudando no planejamento das atividades acrescidas da literatura disponível.

A equipe atual encontrou certa dificuldade de dar continuidade ao trabalho pelo hiato de seis meses, devido a dificuldades de planejamento da coordenação da Residência. Isso dificultou a retomada dos participantes, sendo necessário recomeçar o trabalho de divulgação e construção da credibilidade do grupo. Na atuação, percebeu-se muitas discrepâncias entre o real e o teórico, exigindo reestruturação do processo de trabalho, além de complacência e plasticidade da equipe. Semanalmente a equipe se reúne para discutir, planejar e avaliar as ações tomadas e futuras, visando encontrar soluções para os problemas instalados e antecipar problemas vindouros. Ao chegar ao final dos seis meses propostos para a atuação, a equipe pensa que os problemas encontrados serviram para o amadurecimento dos residentes e aperfeiçoamento do clube.

Autores: Agente comunitário de saúde.

Atores: Agente comunitário de saúde.

Relato 186: Projeto Agita Conceição: promoção da saúde por meio de práticas corporais junto à Estratégia Saúde da Família.

O projeto iniciou no ano de 2003, com 03 grupos vinculados a 03 ESF (Capelinha, Nívea Padin e Vila Cruzeiro), sendo coordenado naquele período pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em 2006, foi expandido para todas as demais ESF, incluindo a zona rural, tendo hoje mais de 450 participantes cadastrados, com as atividades administradas atualmente por monitores bolsistas contratados pela Secretaria Municipal de Saúde, sendo eles acadêmicos de Educação Física da Universidade Estadual do Pará, sob responsabilidade de um coordenador Educador Físico, inserido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica (Nasf). O objetivo do projeto é proporcionar a prática de atividade física sistematizada e orientada à população, com ênfase ao público da terceira idade e pacientes com alguma morbidade específica (hipertensos, diabéticos, obesos, entre outros) cadastrados em cada ESF, visando melhorias na qualidade de vida e um envelhecimento saudável.

Considerando o grande número de indivíduos sedentários no município de Conceição do Araguaia/PA, acompanhado de uma alta incidência de morbidades associadas ao estilo de vida, verificou-se a necessidade de implementação de uma estratégia capaz de promover a saúde através da adoção de hábitos saudáveis, dentre eles a prática regular de exercícios físicos, com oferta no próprio território de cada ESF, sem ônus e dificuldade de acesso à população. No primeiro momento, o projeto foi financiado pelo próprio município, no entanto, no período de 2007 a 2009, o município recebeu incentivo do Ministério da Saúde através da participação nos editais de chamamento para aplicação de projetos de Práticas Corporais e Atividade Física. Atualmente o programa voltou a ser financiado pelo próprio município, e para complementação das ações, estamos aguardando a implantação da Academia da Saúde. As atividades desenvolvidas nos grupos são: ginástica localizada, atividades rítmicas, exercícios resistidos (material alternativo), alongamento, caminhada, hidrogenástica, atividades recreativas, passeios, palestras e encontros nas datas comemorativas. As atividades acontecem de segunda a sexta-feira, no período da manhã (7 às 8 h) em 6 pontos da cidade, como praças públicas, associações de bairro e espaços públicos em geral, sendo todos inseridos na área de abrangência de cada ESF, além de 02 grupos executados na Zona Rural. As ESF participam com o encaminhamento dos usuários aos grupos, conforme a necessidade individual, e realizam o monitoramento trimestral da pressão arterial, glicemia capilar, índice de massa corporal e demais exames, quando necessários. Além disso, o trabalho de Educação em Saúde é rotineiramente realizado pelas equipes, através de palestras e encontros nas Unidades Básicas de Saúde.

Dificuldade de financiamento e adesão das equipes de Saúde da Família na manutenção das ações de promoção e prevenção de doenças.

Autores: Enfermeira.

Atores: Profissional de Educação Física; Outros (5).

As experiências indicadas nesse recorte podem ser consideradas como “expressão representativa” das Práticas Corporais: iniciativas cujos autores consideram utilizar “práticas corporais, sob a concepção de Promoção da Saúde e Intersetorialidade”, e que têm como um dos temas desenvolvidos as próprias práticas corporais. Dentre o conjunto de experiências trazidas à mostra, há propostas que foram motivadas pelo incentivo financeiro disponibilizado pelo Ministério da Saúde, especialmente em ações de prevenção dos riscos para doenças crônicas não-transmissíveis. Nesse sentido, é marcante que as ações nominadas sob o escopo de práticas corporais incluam objetivos de “melhora” de sintomas relacionados a algum agravo, predominantemente incluindo “exercícios físicos” e “orientações para modificação e readaptação de hábitos prejudiciais”.

É interessante destacar que mesmo sob alguns elementos aglutinadores, essa seleção acaba por demonstrar a diversidade dessa unidade conceitual “práticas corporais para promoção da saúde na atenção básica”:

- um relato utilizando-se de práticas da medicina tradicional chinesa, desenvolvidas pela Agente Comunitária de Saúde;
- um relato que conta com residentes em saúde da família (multiprofissional)⁶, implicado com atividades de vida diária e atividades laborais;
- uma experiência com grupo iniciado por iniciativa da população, utilizando-se de espaços públicos e quintais de vizinhos;
- uma ação com eventos mensais, cuja organização conta com carro de som, café da manhã e camisetas personalizadas;
- um relato que traz a implementação de Academia da Saúde sob o modelo indicado pelas portarias ministeriais; e

⁶ As residências em saúde estão regulamentadas no Brasil pela Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005, designadas como Residência em Área Profissional de Saúde. Por convenção, são chamadas Residências Multiprofissionais, mas, em verdade, podem ser Residências “Uniprofissionais” ou “Integradas Multiprofissionais” (CECCIM, KREUTZ, MAYER JR., 2011).

- uma experiência de longa data que modificou seus objetivos e os ampliou de “atividade física em saúde do idoso” para “promoção da saúde e envelhecimento ativo”, incluindo pessoas abaixo dos 60 anos de idade e oferecendo práticas culturais e passeios.

As Práticas Corporais se fazem acompanhar de Promoção da Saúde e da Intersetorialidade, trazendo a experimentação ativa das modalidades variadas de Medicina Tradicional Chinesa; grupalismo; aulas; atividade de vida diária e laborais; ocupação de espaços urbanos; promoções culturais e recreativas; uso coletivo de ruas, praças e quintais; e caminhadas – mas estas também com a condição de passeios.

A explicitação dos casos, mesmo já evidenciando emergência de peculiaridades, foi pela seleção do descritor “Práticas Corporais”. No entanto, o inventário previa a multiplicidade de ideias, não sendo suficiente esse critério. O mapeamento analítico foi reiniciado para conhecer não somente os relatos que autodeclaravam o termo “Práticas Corporais”, mas também aqueles que declaravam “Atividade Física” e “Academia da Saúde”. Mantido o recorte pelo eixo temático “Promoção da Saúde e Intersetorialidade”, o total de relatos encontrados sob algum dos três termos (ou com coincidência de, pelo menos, dois deles) havia sido de 192 registros. O novo montante, após aplicação do novo critério de filtragem, chegou à listagem de *60 experiências adicionais*.

Quadro 2 – Distribuição dos relatos de experiência, segundo eixo temático

Relatos	Eixo temático – Atividade física + Academia da Saúde + Práticas corporais	Eixo temático – Atividade física + Academia da Saúde		
192	Promoção da Saúde e Intersetorialidade	76	Promoção da Saúde e Intersetorialidade	60
	Eixo Livre	20	Eixo Livre	18
	Práticas Integrativas e Complementares	19	Educação em Saúde e Educação Popular em Saúde	15
	Educação em Saúde e Educação Popular em Saúde	16	Atenção Nutricional	13
	Atenção Nutricional	15	Telessaúde, Nasf e Atenção Domiciliar	10
	Telessaúde, Nasf e Atenção Domiciliar	15	Arte, saúde e cuidado	10
	Arte, saúde e cuidado	10	Práticas Integrativas e Complementares	9

Gestão do cuidado e processo de trabalho	6	Gestão do cuidado e processo de trabalho	6
Humanização na Atenção Básica	4	As práticas de Vigilância em Saúde no território da Atenção Básica	3
As práticas de Vigilância em Saúde no território da Atenção Básica	3	Monitoramento e Avaliação em Atenção Básica	2
Educação Permanente em Saúde e a interface ensino-serviço na Atenção Básica	3	Ambiência e estrutura: acesso, qualidade e resolutividade	2
Monitoramento e Avaliação em Atenção Básica	2	Humanização na Atenção Básica	1
Ambiência e estrutura: acesso, qualidade e resolutividade	2	Educação Permanente em Saúde e a interface ensino-serviço na Atenção Básica	1
Trabalho das equipes de Atenção Básica junto a populações específicas e povos indígenas	1	Trabalho das equipes de Atenção Básica junto a populações específicas e povos indígenas	1

Nessa nova leitura, buscou-se exemplificar o que Merhy e Franco (2009), ao explicarem a confecção de mapas analíticos, chamaram de “mapas dos atos inusitados”, que trazem o inesperado, o incomum no contexto, capaz de produzir afetamentos ao leitor (no caso em particular, leitores com acumulação sobre a produção conceitual de “práticas corporais”). Essa reação de inusitado é a potência analisadora para dar visibilidade aos estranhamentos ou desnaturalizações que a experiência vivenciada revela no modo singular de desenvolver práticas corporais em saúde.

É importante destacar que esse conjunto mostrou ainda mais pluralidade nas formulações e atividades que estavam em desenvolvimento – fazendo-se necessária a releitura para seleção de algumas situações, em três âmbitos de interesse: a diversidade na autoria, a diversidade nas atividades e a diversidade no que se produz pela experimentação – sempre com olhar atento ao inusitado sob o campo teórico já delimitado pela relação práticas corporais/atividade física. Novamente, os relatos sofreram alguma edição, agrupando-se os itens constantes no formulário original preenchido pelos autores.

Painel de relatos: promoção da saúde e intersectorialidade com práticas inusuais

Relato 18: Ações intersectoriais melhorando a qualidade de vida dos idosos de Congo-PB

A experiência é o trabalho desenvolvido junto aos idosos realizada com a parceria de vários órgãos da gestão além de outros setores da comunidade no intuito de promover melhoria na qualidade de vida dos idosos da cidade de Congo-PB. Consta de entretenimentos como cinema nas ruas onde há maior concentração de idosos e também na zona rural, em noites de lua nova, serestas; homenagens das crianças da creche para os avós, passeios; inclusão digital; atividades educativas; implantação de horta medicinal e pomar no espaço de convivência, programas de rádio com apresentação de valores da terceira idade, entrevistas, debates, curiosidades; atividades físicas com fisioterapeuta e professor de dança entre outras atividades. A equipe do PSF I com apoio dos Agentes de saúde convidou idosos para reuniões, através das quais foi fundado o grupo Amantes da Vida, nome este escolhido por eles mesmos. Foi uma ação planejada pois antes da formação do grupo houve um trabalho de sensibilização junto às crianças, jovens, familiares e gestores sobre a importância deste trabalho. Houve apoio de vários setores da gestão e da sociedade. Conforme evolução do projeto outros membros da equipe e também da outra equipe (PSF II) foram se engajando, incluindo assim, todos os idosos do município. Uma ação importante conseguida junto ao gestor foi o arrendamento de um clube, quase inativo, para Espaço do Idoso, onde agora são realizados as serestas, atividades físicas, oficinas, implantação da horta medicinal e do pomar, além de eventos oficiais. Surgiram novas ideias, muitas sugestões do próprio grupo e inclusão de novos atores como a fisioterapeuta, o professor de dança, de capoeira, etc. Em fase de aprimoramento, entenda-se conquista do grupo, o Idoso Cidadão atento às questões das drogas (no Espaço não entra bebida alcoólica), o Idoso Solidário que visita idosos solitários, e outros ainda “em sonhos”. Outra ação que achamos importante é levar nossa experiência para os idosos da zona rural, que esbarra na questão de transporte.

Autores: Médico; Enfermeiro.

Atores: Gestor (2); Auxiliar administrativo; Apoiador; Psicólogo; Fisioterapeuta; Usuário.

Relato 74: Caminhar é saúde.

Trata-se da experiência de planejamento, implantação e realização de um grupo de caminhada de uma unidade saúde da família. O grupo foi iniciado em 2008 e mantém-se em funcionamento. A equipe inicial era formada por uma agente comunitária de saúde, uma auxiliar de serviços gerais e uma enfermeira. Atualmente, a equipe é formada por uma auxiliar de serviços gerais, uma enfermeira e duas fisioterapeutas e estudantes de Fisioterapia de uma universidade da região. A princípio a atividade teve apenas caráter de socialização, para ser um espaço de encontro da comunidade. A atividade é organizada em período de aquecimento, caminhada e alongamento. É realizado o acompanhamento da pressão arterial. Os participantes são moradores da região, não necessariamente pertencentes à região abrangida pela unidade de saúde. O grupo é aberto e fazem parte homens e mulheres, na faixa etária de 40 a 84 anos. Com o passar dos dias de grupo realizado 3 vezes na semana por uma hora, a equipe e participantes perceberam que além de abordarmos técnicas de exercícios para melhora do condicionamento físico, o momento servia para desabafo e conversas de apoio, proposição de desafios, como diminuição do tabagismo, e o sentimento de superação delimites individuais e do grupo foi percebido em diversas situações. A organização do grupo partiu da percepção da equipe de uma solicitação da comunidade em ter na região um espaço para encontro das pessoas. A ideia da caminhada veio na intenção em ocupar uma praça da região que estava sendo ocupada para consumo de drogas e também inserir um hábito de vida saudável: a caminhada.

Autores: Fisioterapeuta.

Atores: Enfermeiro; Auxiliar de limpeza; Fisioterapeuta.

Relato 94: Grupo Saúde e Lazer, adquirindo saúde de forma divertida

O grupo iniciou-se no ano de 2011 com uma atitude de um educador físico chamado James que participava como uma espécie de “apoio” na UBS (unidade de saúde), logo ele começou a inserir nos grupos de idosos exercícios de relaxamento, alguns desses idosos firmaram dias específicos para isso, sempre no início do dia. Eu participei de alguns dias com ele e outros profissionais da UBS, quando ele se ausentava eu ficava no lugar dele coordenando a atividade. As participantes gostaram de mim, por ter conhecimento na área e por praticar musculação elas se sentiam seguras que eu desse continuidade naquela atividade. Como ele não voltou, fiquei a frente com ajuda de outros ACS. Nessa época não tinha ajuda de enfermeiro ou médico. Posteriormente junto com Mauricea e Michelle que foram as ACS que mais ficaram focadas no grupo demos um grande salto. Conseguimos então, um espaço legal nos fundos de uma igreja e depois na praça de esportes e na associação de moradores. O professor James teve que se ausentar e eu fiquei no lugar dele, mesmo não tendo o conhecimento necessário para fazer as avaliações cabíveis. Depois, outra educadora, Ailane me passou alguns “toques” e ainda deu uma breve conversa sobre prevenção do diabetes e controle da pressão, que também teve que se ausentar e voltamos a ficar sós. Ainda enfrentávamos um grande problema por parte de alguns que trabalhavam na UBS, por eu não ser educador físico não poderia coordenar esse grupo e que poderia ser denunciado ao conselho respectivo. Tal fato abalou o grupo e impediu-me de dar continuidade, havendo desistência de muitos participantes e ate mesmo de colegas que ajudavam. A falta de apoio era justamente por não haver educadores físicos para nos auxiliarem ou ate mesmo para dizer o que estava errado ou certo, outros órgãos ligados ao serviço se mantinham meio omissos com relação a essa carência. Também muitos colegas não queriam fazer parte, por achar que eu estava errado em continuar com o grupo e pelo horário, já que começávamos as 06:30 da manha que fugia do horário de trabalho que se inicia as 07:00.

Autores: Agente Comunitário de Saúde.

Atores: Agente Comunitário de Saúde; Profissional de Educação Física (2).

Relato 98: Integração fisiopsíquica em grupos de alongamento

As ações de promoção da saúde, com as práticas corporais, ganham relevância no que tange não apenas ao bem-estar físico, como também às redes de suporte social e a promoção de saúde mental, sendo, portanto, uma prática de integração fisiopsíquica. A experiência aqui relatada é realizada com a coordenação interdisciplinar do Educador Físico, Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Os grupos acontecem em média com 25 a 30 participantes que chegam por diferentes motivações – por demanda espontânea, convite dos agentes comunitários e/ou composição dos Projetos Terapêuticos Singulares – mas com o propósito de manter o acompanhamento longitudinal e a coordenação do cuidado, além de ressaltar a importância do grupo como estratégia para promoção de saúde, prevenção das doenças e incapacidades na atenção primária. Desta forma, as práticas corporais, principalmente na terceira idade, possuem também o foco de intervenção na consciência corporal como importante dispositivo de autopercepção do idoso. A consciência corporal se estrutura através da noção de imagem do corpo e dos meios de ação que estabelecem com a percepção, a memória e a formação do esquema corporal – intérprete ativo e passivo da imagem do corpo. A imagem do corpo é a síntese viva de nossas experiências emocionais: inter-humanas, repetitivamente vividas através das sensações erógenas eletivas, arcaicas e atuais. Cada indivíduo desenvolve características corporais em relação a forma e movimento, de acordo com o estado de consciência sobre a influência destes aspectos sobre o resultado final, que seria o indivíduo, requer um aprendizado seria como aprender um novo alfabeto, um alfabeto do movimento e suas correlações com a forma, formas espaciais e formatos de estruturas psíquicas relacionadas com a construção de estruturas corporais. Como resultado então destas ações integrais de cuidado, temo: melhora nas queixas de dores e, entre outros sintomas de patologias osteomusculares; melhora na organização espacial e consciência corporal; perda de peso; maior responsabilização dos usuários sobre sua saúde, influenciando diretamente na adesão; a conformação do grupo enquanto unidade representativa de apoio e suporte sociais; discussão de temas livres que

permitem acesso à informação e educação popular quanto à participação popular, processos de saúde e doença, situação territorial quanto à vulnerabilidade e violência e, por fim, por meio do apoio matricial conseguimos em discussão dos casos, com a integralidade das ações realizadas, fomentar a Clínica Ampliada. Os encontros acontecem semanalmente, iniciamos a partir de uma prática já realizada em uma das Unidades de Referência, logo na implementação da equipe Nasf. Após aproximação com o território e possibilidade de articulação intersetorial, houve expansão para mais um encontro utilizando sala do Centro Educacional Unificado (CEU), próxima às unidades de saúde. Com o desenvolvimento do grupo, a partir das demandas surgidas em ato, são realizadas atividades de coordenação motora, atenção, memória, entre outras. Assim, três encontros que contemplam essa proposta, sendo utilizados como recurso tanto na prevenção e promoção da saúde como em ações de reabilitação. A dificuldade de local de realização ainda é um desafio, pois dois encontros na semana acontecem na unidade de saúde, ao ar livre, ficamos, portanto, expostos às condições climáticas. Ainda, quando inicia um maior vínculo e uma unidade de grupo, realizamos cuidados com coordenação motora e cognição, nos valem de atividades lúdicas, o que gerou mais barulho (risadas e conversas) próximo aos consultórios médicos, fomos deslocados para o estacionamento, o que nos expôs a piores condições climáticas. Contudo, a possibilidade de construção crítica com o grupo sobre a promoção da saúde e como habitar a unidade com produção e promoção da saúde nos mantém alocados no estacionamento conduzido com horário de atividade mais cedo para menor exposição ao sol.

Autores: Terapeuta Ocupacional; Fisioterapeuta; Profissional de Educação Física.

Atores: Terapeuta Ocupacional; Fisioterapeuta; Profissional de Educação Física.

Relato 105: Amar-vivendo e movimentar-dançando, juntos é bem melhor!

A USF de Paulo Afonso cobre uma parte da comunidade de Alberto Maia em Camaragibe. A equipe de saúde da família é formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Essa comunidade é conhecida pelas suas ladeiras, são muitas ladeiras. Quase não possui áreas planas que possibilitem a realização de atividades físicas ao ar livre, nem academias de ginástica.

Uma das primeiras médicas que fez parte da ESF costumava fazer nos grupos de Hiperdia algumas práticas de alongamento e massagem. A comunidade sempre gostava e solicitava a realização dessas atividades. Após a saída da médica (foi transferida para outra USF), a comunidade ficou “cobrando” alguma atividade física. Foi quando algumas integrantes do grupo sugeriram: “Por que não fazemos na sua casa, Fátima?”. Gostamos da ideia! Na casa de Fátima (Fau), teríamos mais autonomia para programarmos os horários. Reiniciamos o grupo. E toda segunda, quarta e sexta-feira era a mesma coisa: puxa sofá para um lado, arrasta o móvel para o outro. Precisávamos criar o espaço para os exercícios na sala daquela casa. O grupo foi crescendo mais e aí começamos a ocupar a sala, o terraço e a cozinha da residência. Depois de quase um ano, a casa não dava mais. Pensamos então em reformar o quintal. Fizemos um bingo na comunidade, mas o dinheiro arrecadado não bastava. Passamos algum tempo fazendo os exercícios em um pequeno campinho perto do bairro, mas não dava para deitar e fazer os alongamentos. Ficávamos alternando entre o campinho, a casa da Fau e uma associação de moradores de uma comunidade vizinha. No final de 2012, a equipe de saúde da família de Paulo Afonso foi transferida para outro imóvel, uma nova casa que tem duas salas onde podíamos fazer os exercícios com maior tranquilidade.

O grupo surgiu a partir do interesse da própria população local e, especialmente, de uma agente comunitária de saúde. Sempre foi formado exclusivamente por mulheres. Hoje temos cerca de 30 mulheres e um homem (há cerca de 5 meses esse morador participa regularmente das atividades). Em 2008 o município implantou o Nasf. Logo a equipe do Nasf quis conhecer e participar do grupo, no qual eram realizados alongamentos, exercícios aeróbicos e danças. Os profissionais faziam um rodízio: um dia ia a psicóloga, outro a fonoaudióloga ou a nutricionista ou a fisioterapeuta – para participar e apoiar o grupo. Quando percebemos a riqueza do grupo (sua proposta, a alta adesão das mulheres, a necessidade da população local) pensamos: temos que fortalecer esse grupo! Aprendemos, então, que a comunidade queria era educar-dançando, dançar-sorrindo, celebrar-vivendo, exercitar-pensando. A linguagem mais forte era a corporal, o

vínculo afetivo entre cada uma delas e a equipe, a comunicação entre risos e ritmos – pedagogia em movimento ou movimento pedagógico? Sabemos que é libertário!

Os principais desafios enfrentados foram a falta de espaço físico para fazer o grupo. Trata-se de um bairro de difícil acesso. Tem muitas ladeiras. Não tem muitos espaços comunitários. Ocupamos casas de comunitárias, casa da ACS Fátima, associação de moradores do bairro vizinho, campinho... até termos uma nova USF com espaço para acolher o grupo. Um segundo desafio foi a falta de materiais para fazer os exercícios. No início pedíamos para as mulheres trazerem toalhas ou edredons pessoais para improvisarmos colchonetes. Depois de um tempo, realizamos bingos e compramos som, colchonetes, bolas, bambolês e improvisamos outros materiais com cabos de vassoura, garrafas PET. Esses materiais são importantes para diversificar os exercícios e dinamizar as atividades. Essa atividade não é contada na “produtividade da ACS”, um paradoxo! Muitas vezes a equipe de ESF precisou discutir sobre isso, porque o grupo é realizado 3 vezes por semana, demanda tempo e as ACS têm meta de produtividade para atingir. Algumas vezes se pensou em parar o grupo. Mas ele não parou! A insistência da comunidade e o vínculo com a equipe e com as mulheres têm sido mais forte que o rigor dos “parâmetros organizacionais que medem a produção do trabalho em saúde”.

O interesse e esforço da ESF e do Nasf para manter o grupo tem proporcionado a permanência e ampliação do grupo, sem interferir na meta de produção das outras atividades/práticas das equipes. O grupo durante muito tempo foi chamado “grupo da Fau” por causa do esforço realizado pela ACS Fátima e pelas comunitárias para manter o grupo. Hoje é o grupo de exercícios da comunidade. Conta com o engajamento da ESF, da equipe do Nasf e dos residentes e estudantes de graduação que estagiam na rede básica de saúde do município.

Os resultados são notórios: a alegria dos participantes quando falam e estão no grupo. A forma como as mulheres referenciam o grupo para outras amigas. Outro dia, uma das mulheres chegou para uma das profissionais do Nasf que estava no grupo e disse baixinho: “doutora, eu hoje convidei minha amiga. Porque encontrei com ela e vi que ela estava muito triste... vive chorando. Ela está com problemas com o marido... ela precisa de ajuda. Depois a senhora tenta falar com ela? Acho que o grupo vai poder ajudá-la”. O grupo não é apenas para “mexer o esqueleto”, como algumas dizem. Mobiliza afeto, cria vínculos, amizades – nas festas do grupo (carnaval, dia das mulheres, período junino, natal) é comum estarem não apenas as participantes do grupo, mas também seus filhos e netos. Duas das participantes tem filhos “especiais” (apresentam um tipo de retardo mental). Um rapaz com cerca de 30 anos e uma moça com aproximadamente 26 anos. As duas mães levam seus filhos e eles também participam do grupo. O rapaz não gosta de fazer os exercícios, fica apenas observando. Mas a jovem participa de todos os exercícios e danças.

O grupo é uma excelente estratégia de estímulo à atividade física e promoção à saúde na comunidade. É mais do que isso: é um forte aliado no cuidado solidário, na valorização do amor e celebração da vida.

Autores: Agente Comunitário de Saúde; Enfermeiro; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo.

Atores: Agente Comunitário de Saúde (5).

Relato 108: Grupo de atividade física Unidade de Saúde da Família do Aterrado

A ideia surgiu no grupo de hipertensos e diabéticos da equipe da Estratégia Saúde da Família na unidade Aterrado em Pouso Redondo. Tudo começou por uma observação de dificuldade de mobilidade e locomoção dos nossos pacientes, então resolvemos alongar um pouco e o povo gostou! Tivemos a ideia de formar o grupo de atividade física da Unidade de Saúde da Família, integrando assim a comunidade no projeto. Começamos confeccionando os convites que foram estendidos a toda comunidade e aos poucos foram chegando os simpatizantes do projeto. Tivemos a colaboração de toda a comunidade nesse projeto: escola, empresas, adeptos de atividade física, e a comunidade em geral. As atividades passaram a acontecer uma vez por semana, nas quartas-feiras de manhã, com a participação da equipe de saúde da família e os participantes, iniciamos com alongamentos, uma caminhada de acordo com as possibilidades de

cada um e, para finalizar, exercícios de alongamento e relaxamento. A ideia deu tão certo que cada dia de grupo temos novos adeptos chegando para participarem das atividades. Os exercícios de alongamento são realizados de acordo com a possibilidade de cada participante também, pois a idade acaba limitando um pouco as atividades. A força de vontade dos participantes é tão grande que a evolução acontece a olhos vistos, dia após dia. Além de estarmos cuidando da saúde física, acabamos contribuindo com a saúde mental dos nossos pacientes, temos os mais diversos públicos participando, entre eles: crianças, adolescentes, adultos, idosos, pacientes hipertensos, diabéticos, deficientes mentais leves, esquizofrênicos, depressivos e portadores de transtorno obsessivo-compulsivo. Além de contribuirmos com a saúde, proporcionamos uma integração muito importante entre os participantes, pois os mesmos aprendem a conviver com as heterogeneidades e a respeitá-las. Nossa experiência está dando bons frutos e estamos muito satisfeitos com o nosso trabalho.

Tivemos muitos desafios no início da nossa caminhada e até hoje temos. O espaço para realizar os alongamentos é improvisado em frente a unidade básica de saúde da família, num espaço bem pequeno. No momento estamos utilizando um espaço cedido por um morador vizinho, pois o espaço que a gente utilizava está sendo ocupado com a ampliação e reforma da nossa unidade de saúde. As caminhadas são realizadas na rua mesmo porque não temos uma pista de caminhada, utilizamos a via pública mesmo, de dois em dois andamos na lateral da mão. Embora o trânsito não seja tão intenso, o risco existe da mesma forma. Não temos uma academia de atividade física onde poderíamos realizar um trabalho de melhor qualidade, mas o improvisado também funciona.

Estamos pensando em mais parcerias, onde buscamos um local com espaço adequado, com equipamentos, profissional educador físico para acompanhar as atividades, sendo que a nossa preocupação é o bem-estar de todos os participantes, quanto mais recursos financeiros e profissionais, melhor poderemos desenvolver o nosso projeto. Estamos também buscando integrar os alunos da Escola Letícia Possamai, para que participem das atividades e para que possamos integrar ainda mais as crianças com os adultos e idosos, porque não são todas as famílias que possuem um idoso que mora na mesma residência, e com essa integração queremos proporcionar o entendimento, o respeito com as diversidades e variações humanas, despertar o senso de ajuda mútua, resgatar a questão da história das famílias e suas origens, proporcionando momentos de entrosamento e bem-estar entre os participantes. Estamos aguardando a Academia da Saúde (do Ministério da Saúde) para poder oferecer mais um diferencial para nossa comunidade.

Autores: Enfermeiro.

Atores: Psicólogo.

Relato 150: Incorporação da Atividade Física às ações da Atenção Básica em atendimento a reivindicações populares: a experiência do Projeto Movimenta Palmares

Após entrar em estado de calamidade pública devido às enchentes que devastaram o município em 2011, Palmares, situada na Zona da Mata Sul pernambucana, iniciou um processo de reestruturação nos diversos seguimentos funcionais e estruturais do município. Transcorridos dois anos do desastre ambiental, com liberação de recursos provenientes da Atenção Básica da secretaria da saúde, foi implantado em Abril de 2013, o Projeto Movimenta Palmares, cujo objetivo é garantir a população uma melhor qualidade de vida através de práticas orientadas de atividades físicas, no intuito de postergar ou evitar doenças relacionadas ao sedentarismo. As atividades do projeto Movimenta Palmares são desenvolvidas em praças, pátio público, estacionamento e em via local da BR-101-Sul. Os locais de intervenção se dividem em quatro polos, funcionando nos turnos da manhã e da noite, com uma frequência de quatro vezes por semana e duração média de uma hora para cada atividade. As atividades são desenvolvidas sob a forma de aulas de ginástica localizada, expressão corporal, caminhada e corrida, dança, Step e aulas de alongamento, proporcionando um amplo leque de opções de prática a população. Os insumos, bem como o pagamento dos profissionais são de responsabilidades da Secretaria de Saúde do município, que fornece apoio institucional às atividades. Os materiais utilizados nas aulas são confeccionados pelos próprios alunos, que reutilizam e criam seus próprios implementos com cabos de vassoura, garrafas pet, etc. Um plano estratégico foi criado para a continuidade das aulas ao aproximar-se o

período das fortes chuvas que acomete todos os anos a região da Zona da Mata Sul no inverno. Foi articulado junto a secretaria de Educação e Assistência Social, com a anuição temporária de três locais cobertos para a continuidade e manutenção das atividades do projeto. Para além dos atendimentos realizados nos quatro polos, o projeto atende ainda pessoas impossibilitadas de se deslocarem aos locais de prática, pois acredita-se que estas ações é também função da Atenção Básica à Saúde. Deste modo, são realizadas intervenções num Centro de Convívio de Idosos, instituição que sustenta-se a partir de doações filantrópicas, onde são desenvolvidas atividades laborais com aproximadamente 40 idosos. O projeto atende também duas vezes por semana uma creche, Lar Heleninha, que abriga crianças abandonadas, com aproximadamente 35 meninas com idades entre 6 e 14 anos, desenvolvendo atividades lúdico-recreativas junto às internas. Em articulação com o centro de apoio psicossocial Álcool/droga (CAPS AD), profissionais do projeto realizam intervenções quinzenalmente através de atividades educativas e dinâmicas de grupo com os usuários, com perspectiva de incorporação de um dos profissionais à equipe dos centros. Em cumprimento a ação compartilhada entre os Ministérios da Saúde e da Educação, no âmbito do Departamento de Atenção Básica, a equipe realiza visitas às escolas públicas vinculadas ao Programa Saúde na Escola (PSE), proferindo palestras sobre a importância da prática de atividade física, obesidade e alimentação saudável, além de outras intervenções em datas comemorativas. É importante relatar que o projeto atende os usuários tanto referenciados pelos profissionais da Atenção Básica, como pacientes que entram por demanda espontânea. As atividades do Projeto são desenvolvidas em espaços públicos adaptados no município. Estes, foram arquitetados a partir de uma pesquisa conjunta entre líderes e agentes comunitários com participação direta da população. É importante ressaltar que durante o mapeamento dos locais de prática foi levado em consideração os espaços públicos onde já havia concentração de pessoas praticando atividade física, locais estes, sem estrutura física ou recursos humanos adequados, e com elevado risco de acidente. O projeto Movimenta Palmares é desenvolvido por uma equipe composta por cinco profissionais de Educação Física e o auxílio de dois nutricionistas vinculados à Atenção Básica. As atividades são realizadas em quatro polos, sendo um mais afastado da cidade, situado as margens da BR-101-Sul. Atualmente são atendidas uma média de 240 pessoas por semana e, desde a sua concepção, já prevê uma estratégia de avaliação de suas ações. Destarte, o objetivo do presente estudo é apresentar as ações experienciais desenvolvidas pelo projeto Movimenta Palmares que tem por missão atuar de maneira preventiva visando à garantia de boa saúde e hábitos saudáveis da população.

Autores: Enfermeiro.

Atores: Psicólogo.

Nesse grupo selecionado de relatos se pode vislumbrar que a presença do núcleo de saberes profissionais da Educação Física não é determinante para a execução ou para o sucesso das iniciativas, passando inclusive por trabalhadores de saúde sem cursos de graduação, como os Agentes Comunitários de Saúde ou mesmo sem o ensino médio, como auxiliares de limpeza.

Apesar da relevância destacada pelos autores dos relatos, verificou-se o registro das diferentes compreensões sobre o papel das atividades físicas/práticas corporais na promoção da saúde, assim como a diversidade de estratégias para consumir, manter ou introduzir ações de cultura de corpo e movimento na atenção básica: organização de espaços sem o apoio institucional ou a busca de locais que não “perturbem” o andamento de outras atividades,

discussão de temas livres, encontro de pessoas, composição de tempos para o desabafo ou para a alegria, entre tantas atividades em meio à vida. Essa característica também se mostra como potencialidade ao convocar a implicação dos participantes para viabilizar o desenvolvimento das ações – como no caso de “empréstimo” das moradias para possibilitar ações ou na organização dos grupos sem necessidade de coordenação dos profissionais.

A intersetorialidade também é marcante nas experiências relatadas, não mantendo-se nas aproximações mais óbvias e recorrentes (a exemplo da interface saúde-educação), mas inserindo questões relacionadas à segurança pública, desenvolvimento urbano, habitação, etc.

No rol de práticas se incluem a ginástica, os jogos cooperativos e a dança, como também ações de alongamento, consciência corporal, massagem e relaxamento ou, ainda, o desenvolvimento de programas relacionados com datas comemorativas da cultura local. Além disso, verifica-se inúmeras práticas da Medicina Tradicional Chinesa, constituídas por movimento corporal. Encontra-se a designação “aulas”, não as designações de treinamento ou exercício, assim como há a presença da motivação emocional e a inclusão das necessidades psicossociais. São designados os objetivos de interação social, lazer, convivência e melhora da autoestima. Na implementação, são referidas a convivência de grupo, incluindo trabalhadores e usuários; a utilização de inúmeros tipos de espaços, com maior apropriação dos bairros e da cidade, como o uso da rua, dos quintais, das garagens, das praças e parques e das áreas de estacionamento, assim como o recurso ao artesanato com reciclados para confeccionar instrumentos e aparelhos. Há composição com as práticas de educação para a saúde, discussão de assuntos de interesse dos participantes, gestão cooperativa de tempos e lugares e práticas de comunicação popular. Tudo isso compõe a pedagogia corporal da atenção básica, traduzida, prioritariamente, por práticas corporais e promoção da saúde. Apenas secundariamente traduzida como atividade física e promoção da vida ativa/vida saudável.

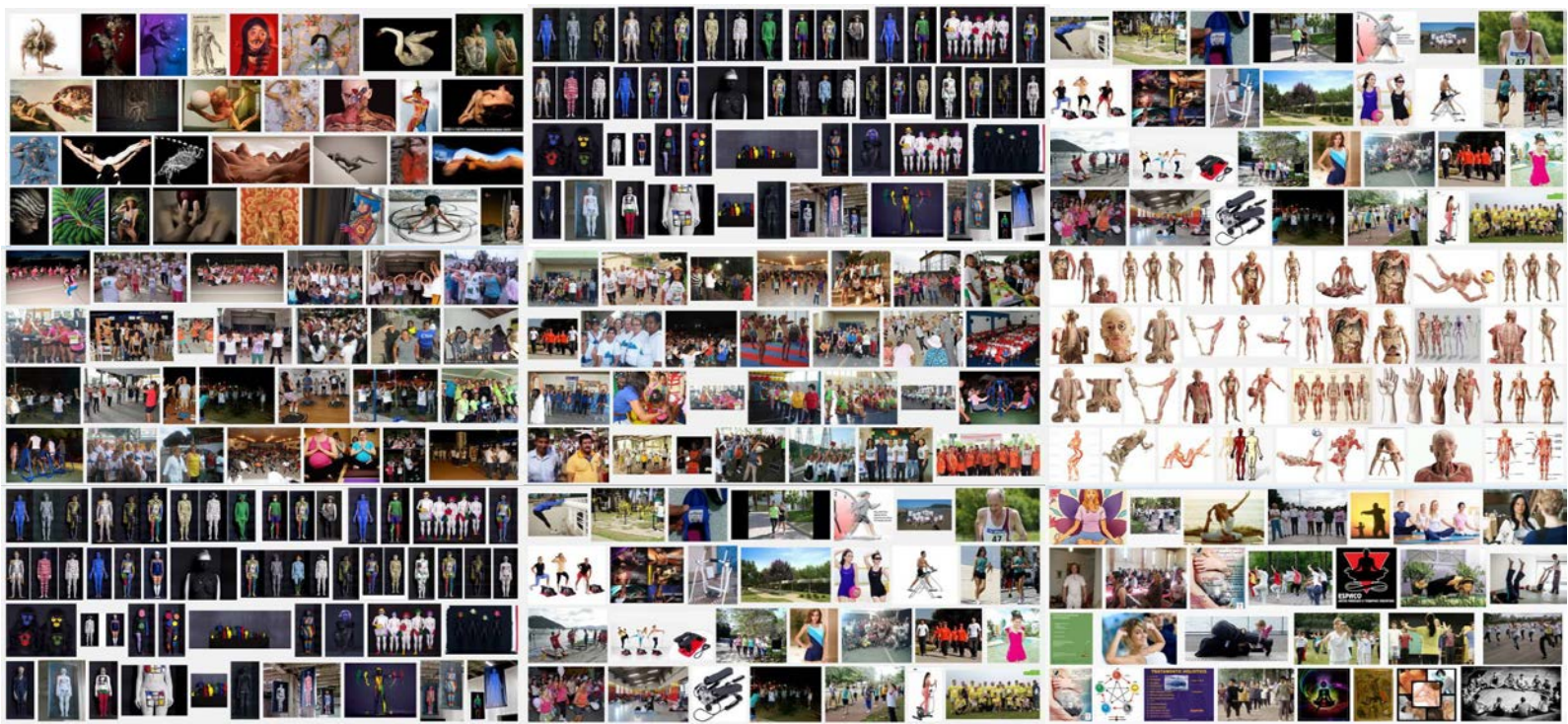
Procurando mais, identificamos a inserção do entretenimento como cinema na rua, inclusive na zona rural (nas noites de lua nova), serestas, construção de homenagens pelas crianças aos avós, passeios, inclusão digital,

atividades educativas, horta medicinal e pomar, rádio comunitária e eventos sociais, além de programas de visita de idosos entre si para assegurar companhia e reduzir a solidão. Ações sociais de ocupação de praças e introdução do lazer, redes de suporte social, de apoio psicossocial, de formação do esquema corporal e intervenção em consciência corporal completando a pedagogia corporal da atenção básica. Essa pedagogia corporal ainda inclui arrecadar fundos e apoios, inclusão social e de gênero, inclusão de diversidades humanas, rodízio de profissionais, vínculos afetivos, grupos operativos e saúde mental coletiva.

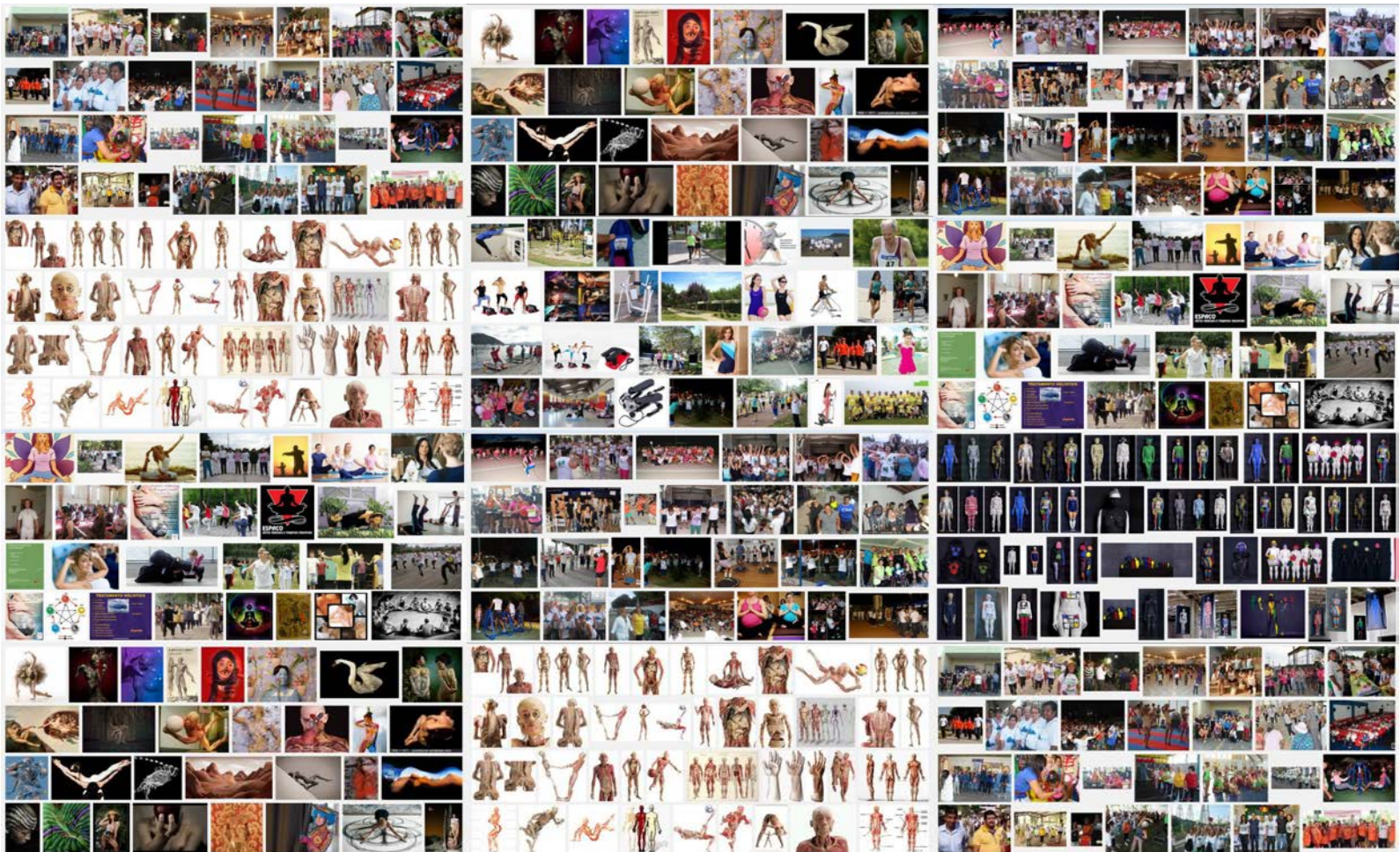
Dentre os demais 120 casos relatados (não contemplados no eixo “Promoção da Saúde e Intersetorialidade”), há uma regularidade no registro sobre hábitos saudáveis de movimento, uma cultura do “mexa-se”, enunciado evidentemente “discursivo”, mas não sua operação contínua. O que se observa é uma forte presença do mover o corpo no interior das culturas locais e necessidades particulares de fazer mover a vida e a saúde. Nesse sentido, o mover-se traz uma cultura de corpo e movimento mais associado às práticas de vida que de exercício. Mover-se na vida pode significar uma espécie de ativismo físico ou simplesmente um ativismo de si e de suas relações, um ativismo até mesmo de pensamentos reflexivos ou inovadores, de amizades e relacionamentos. Há um entendimento de que, sem a presença do lúdico, do recreativo, do lazer ou do jogo coloca-se a perder a cultura de movimento. O corpo deve mover-se, mas na medida em que o corpo é expressão da vida sentida, simbolizada, significada, podendo – por meio do corpo ou das expressões corporais – ressingularizar processos culturais, dinâmicas coletivas, estilos subjetivos de encarar a multiplicidade e a pluralidade com que a vida se apresenta a nós mesmos. Percebe-se a impregnação discursiva de uma biopolítica do corpo e da saúde, mas uma pedagogia corporal das mobilidades afirmativas, da não resignação aos condicionamentos da vida e da saúde. As práticas de corpo se mesclam com práticas de sociedade, de gestão de serviços, de montagem de oficinas, de invenção da cultura.

As vivências corporais predominam no convite aos amigos, a experiência sensorial e afetiva, os afetos de grupo e o ativismo social impregnam as escolhas. As práticas corporais na atenção básica expressam um “devir

comunitário" muito mais forte que o combate ao sedentarismo: agita o socius, o ambiente e a subjetividade. Apenas secundariamente agita a queima calórica e a prontidão compleição corporal (músculos, ossos, ligamentos, vasos e nervos).



A DESCOBERTA DE UMA PEDAGOGIA DAS VIVÊNCIAS CORPORAIS



A construção de um argumento ao final desta tese, seu ponto de chegada, a “tese da tese” poderia ter sido o de uma pedagogia corporal da atenção básica, compreendida como prática corporal com pertencimento às culturas de corpo e de movimento na promoção da saúde e na intersectorialidade. Esse conceito emerge desde uma noção de saúde em dimensão ampliada, incluindo a noção de necessidade social em face da qualidade da vida. Especialmente essa pedagogia corporal da atenção básica faria interface com o enfrentamento da biopolítica e suas biopedagogias. Conforme as influências teóricas assumidas (a perspectiva de educação em saúde desta tese), a conceitualização de uma pedagogia corporal da atenção básica poderia ser a de uma educação do corpo que reconhece as pedagogias culturais e seu agenciamento em colocar em evidência uma representação de saúde, de corpo saudável, de atividade física como promoção da saúde. O “saudável” teria expressão corporal no ideal da “vida ativa”. De um contexto de possibilidades ao corpo ao universal de corpo, ao seu “como deveria ser”. As manifestações do corpo e pelo corpo reduzidas a um contexto biopedagógico de corpo saudável, ativo, “em forma”. Isso implicaria gerar certo “parâmetro” para dizer das práticas “mais adequadas” sob a perspectiva da Estratégia Global Alimentação, Atividade Física e Saúde ou sob a perspectiva da Pedagogia das Práticas Corporais⁷ como uma Pedagogia Corporal da Atenção Básica, conseqüentemente autorizando e “valorando” a realização de movimentos do corpo, segundo sua alegria, convivência, congraçamento, comunhão/invenção de compartilhamentos.

A “questão” detectada como presença na atenção básica não se evidencia como o problema da “atividade física – alimentação saudável – saúde – combate ao sedentarismo”, potencialmente solúvel pelo esclarecimento da prática do mexa-se / agite-se / coloque esse corpo em movimento. A emergência da tese foi pelo encontro com realidades nas quais práticas corporais se desenvolvem, se inventam e se inscrevem em culturas de encontro. Se justifica lotar um profissional de educação física na Unidade Básica de Saúde para que ele escute

⁷ A professora Dagmar Estermann Meyer, da área de Educação (UFRGS) falava em “Pedagogias do Corpo e da Saúde”; a professora Yara Carvalho, da área de Educação Física (USP) fala em “Pedagogia do Movimento do Corpo Humano”. Aqui, uso em conjunto com o professor Ricardo Burg Ceccim (UFRGS) a formulação “Pedagogia das Práticas Corporais”, de onde juntos chegamos ao conceito original de uma “Pedagogia das Vivências Corporais”.

das senhoras idosas e/ou hipertensas: “Professor, vamos sentar pra conversar? Caminhas já caminhamos de casa até e voltaremos caminhando, conversar com o senhor será nosso melhor”. A diversidade marca esses contextos, determinando uma resistência, uma negociação com a “implementação” do termo Atividade Física (práticas de corpo). O movimento, nessa circunstância, não é de adequar as situações para a proposição teórico-conceitual ou pragmática da atividade física e saúde, mas de repensar os melhores movimentos que as experiências vividas trazem ou que, por viver, pedem.

Assim, um importante marcador sobre a pedagogia corporal da atenção básica foi sua intrínseca relação com o que está se manifestando em determinado âmbito da vida – em especial as ações sob a premissa da “promoção de saúde”. Isso significa que há uma multiplicidade de pedagogias corporais em quaisquer espaços sociais, disputando simultaneamente pela vigência na implementação das práticas. O esforço teórico nessa tese identificou uma “pedagogia corporal da atenção básica que visa à saúde”, especificamente para promoção da saúde nos territórios de cuidado, não resumindo-se a um corpo biológico e sua exercitação para conservar, manter ou “disciplinar” a saúde. Foi possível uma compreensão que problematiza as alternativas de movimento corporal oferecidas à população, além da necessidade de qualificar a discussão sobre quais competências corporais dizem respeito à ação dos profissionais atuantes nesse âmbito. Indiscutivelmente o mover-se se inscreve na cultura, mas também inscreve culturas de corpo e participa da educação em saúde que diz respeito ou não à afirmação da vida.

É relevante destacar que, após análise dos 192 relatos de experiência, algumas características podem ser associadas com essa pedagogia corporal da atenção básica:

- a dissociação entre os conceitos de “práticas corporais” e “atividades físicas” não se mostra importante para atuação nesse âmbito. Na realidade, há elementos de ambas formulações nas ações da atenção básica para a promoção da saúde, implicando incursões socioculturais com modificações metabólico-fisiológicas;
- os objetivos contemplados pelas práticas corporais visando promoção da saúde na atenção básica dialogam com necessidades decorrentes de adoecimentos (sintomas), mas também com demandas enunciadas pelos

participantes – ou pelos próprios proponentes, quando constatarem limitações na adesão às suas iniciativas;

- a ampliação do escopo das práticas corporais, assim como as diferentes motivações para oferecer essas práticas, fazem com que não seja evidenciada uma especificidade profissional, mas um conjunto de características importantes na equipe que desenvolve as atividades. Isso não significa desconsideração da produção acumulada pela profissão de Educação Física, por exemplo, mas habilidades transversais – em especial, abertura para reconhecer singularidades que manifestam-se no encontro com os usuários, ainda que implícita ou explicitamente reivindiquem pela presença da área de conhecimento e práticas da Educação Física⁸;
- a diversificação nos objetivos e nas perspectivas que subsidiam práticas corporais acaba por manifestar-se na multiplicidade de ações, passando do senso mais comumente difundido sobre “exercícios físicos”, “caminhada” e “ginástica”, até “massagens”, “atividades recreativas”, “terapia comunitária” e “atividades socioterápicas”.
- a “pedagogia corporal da atenção básica” é permeável ao inusitado, ao imprevisível, como potência produtora de saúde. Isso significa incorporar acontecimentos ao processo com o objetivo de maximizar as experiências – sem necessariamente considerar como “desvios” no que diz respeito ao projeto original de intervenção.

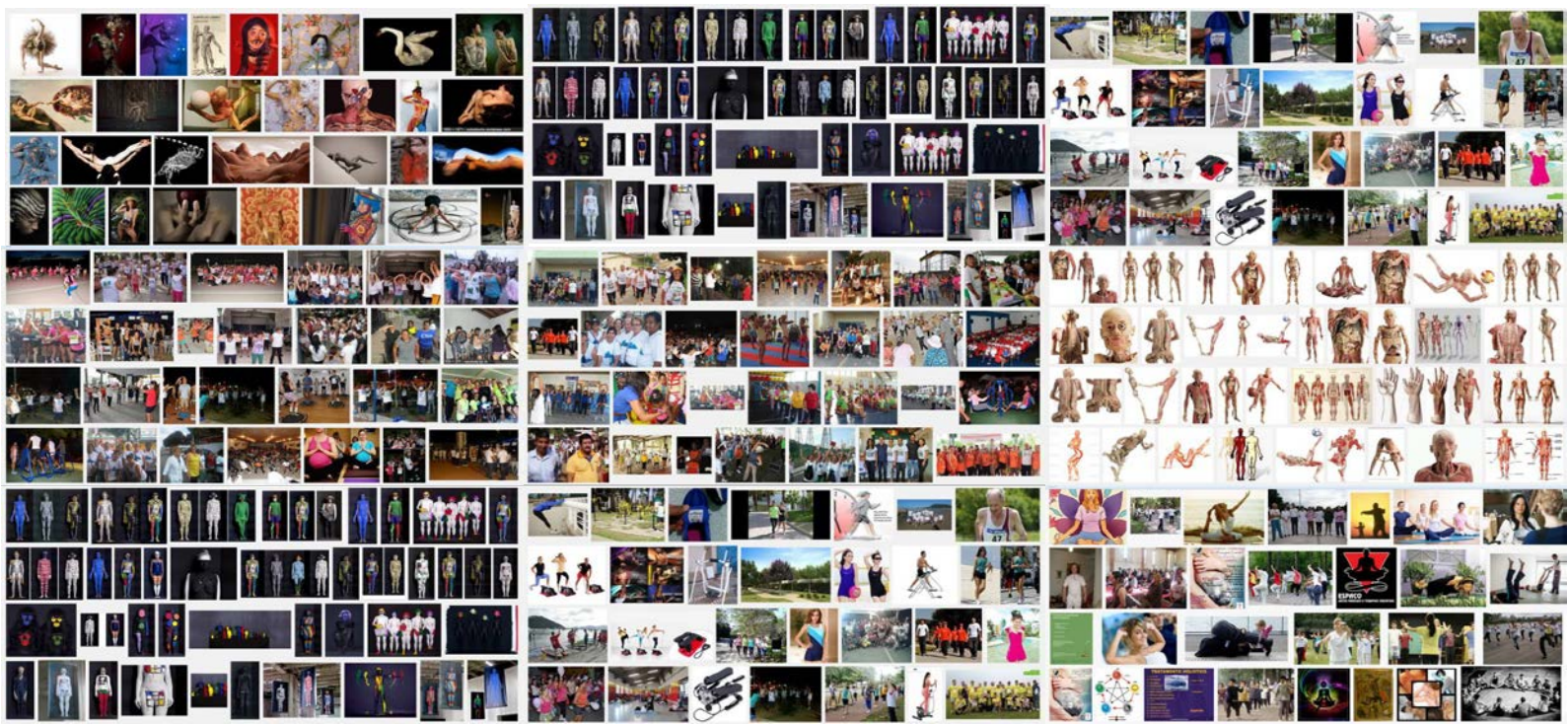
Com esta paisagem, pode-se agora falar de uma *pedagogia das vivências corporais*, muito mais que as prescrições desde uma ciência do movimento humano, por isso, agora, um desafio às práticas corporais. Claramente, os informes recolhidos da atenção básica, segundo mesmo suas regularidades, escapam de uma biopedagogia, embora esta esteja presente e seja discursivamente impregnante. São as “ações”, entretanto, que permitem ver que compreensões sensoriais e discursivas são ajustadas ao interesse genuíno ou necessidades subjetivas em vivências corporais, podendo-se falar em uma

⁸ Se “práticas corporais” podem ser o “núcleo” da profissão em Educação Física, podem ser o “campo” que a Educação Física oferece às equipes multiprofissionais de saúde. Se é o núcleo profissional, ainda assim é um saber interdisciplinar com as artes no teatro e na dança; com a antropologia nos grupos e culturas; com a saúde coletiva na promoção da saúde, atenção básica e intersetorialidade.

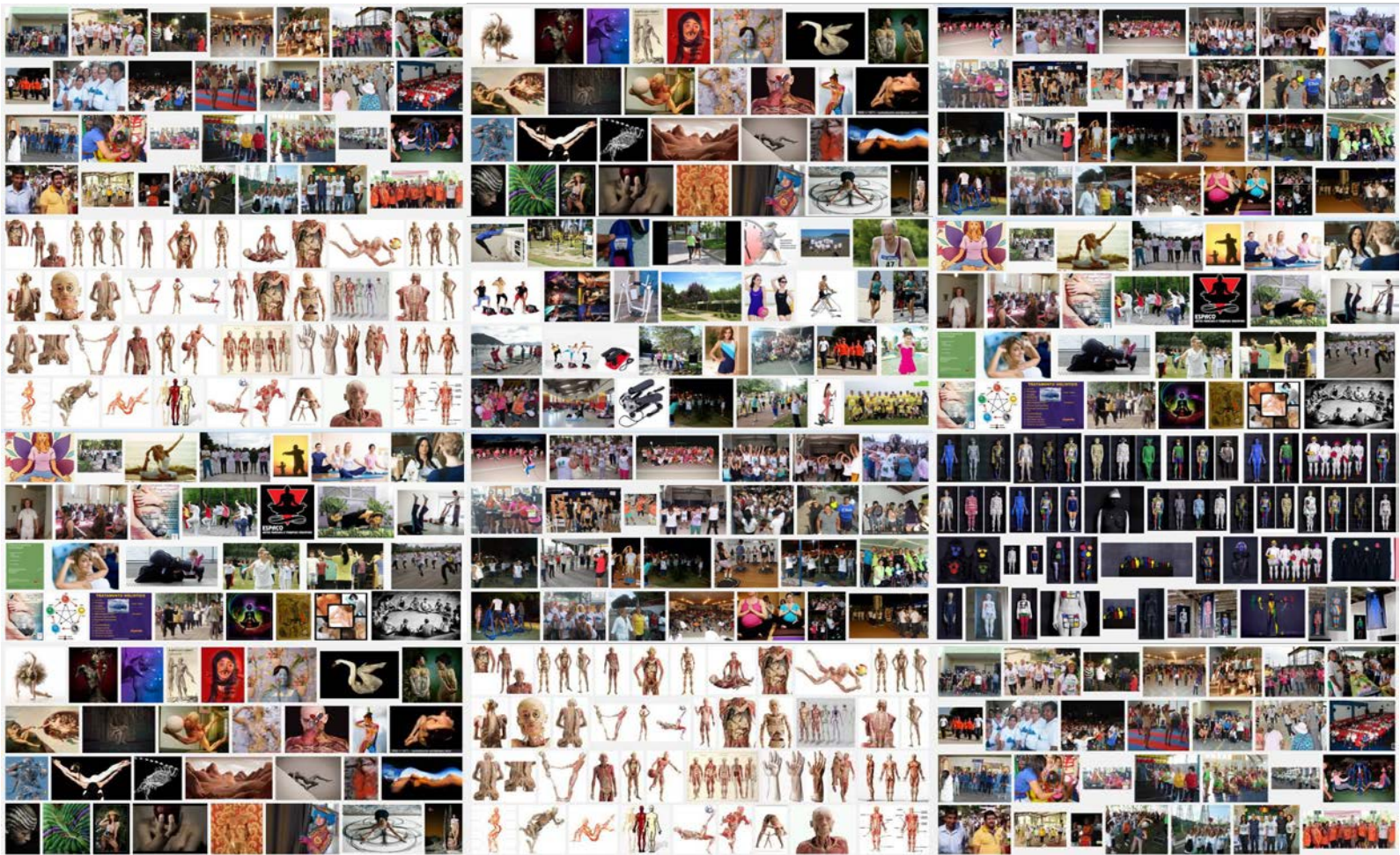
“pedagogia das vivências corporais”. Nessa pedagogia das vivências corporais se apresenta o exercício físico, mas se apresenta uma cultura de corpo e movimento, se escuta uma biopedagogia, mas se vê uma profusão de práticas vivas e surpreendentes. “Professor, vamos a caminha assim: a gente vai visitando os acamados, caminhamos, vai na casa daqueles que não podem sair, já pega suas lidas da rua, faz e volta”. Poder-se-ia rumar para uma “regulação da atividade física”, mas resta eleita, predominantemente, uma “regulação das práticas corporais”. Poder-se-ia rumar para as “biopedagogias”, mas resta predominante rumar para terapêuticas clínicas ou sociais de “produção de vivências”, de disposições da cultura para inscrição de movimentos.

O que se aprendeu foi que pedagogias corporais da atenção básica implicam promoção da saúde, intersetorialidade e culturas de corpo e movimento. Sobressaem a multiplicidade de objetivos socioafetivos, a pluralidade de ações, a atuação em equipe (sem predomínio profissional, embora a reivindicação pela Educação Física das dinâmicas coletivas e socioeducativas), a ausência da disciplina do exercício físico (sem os determinantes da fisiologia ou das ciências desportivas) e a clara indiferenciação entre exercício físico e práticas culturais de corpo. Independentemente da presença de profissionais da Educação Física no cotidiano da atenção básica, o escopo de práticas no campo de atividade corporal reivindica pelo “professor de educação corporal para aulas; socioeducação; socioterapia da promoção da saúde; ativismo recreativo nas culturas urbana ou rural, com promoções culturais e intersetoriais, com coleta de fundos e organização de eventos populares; com orientação ao exercício físico ou dedicação ao reconhecimento do próprio corpo como sede de sensações, sintomas, potências e limites. O corpo deve mover-se ou relaxar, deve agitar-se ou meditar, deve caminhar ou passear, exercitar contra resistência ou simular movimentos da natureza⁹, treinar força ou danças e ainda organizar grupos de visita para quem fica sozinho ou precisa de ajuda em certas horas do dia, comemorar as datas locais ou eleitas como importantes, definindo seu conteúdo e intencionalidades. Nunca perde-se a chance de conversar, congrega e repensar.

⁹ O treinamento contra resistência ou a medicina tradicional chinesa reúnem distintamente pesquisadores em educação física quanto aos efeitos positivos sobre o perfil lipídico hepático e de estresse oxidativo sérico.



CONCLUSÃO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CULTURAS DE CORPO E MOVIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA



A motivação dessa tese foi inicialmente lidar com a inquietação que o encontro entre “práticas corporais” e “atividade física” provocava – reverberação das disputas conceituais originárias no campo da Educação Física, especialmente quando inscritas no âmbito da promoção da saúde no sistema de serviços e políticas públicas correspondentes às necessidades físicas ou sociais de bem-estar e qualidade de vida. Esse percurso analítico não se mostrou fácil, tendo em vista as polarizações que perpassam a discussão e as produções sobre esse tema. No entanto, mesmo com o desafio de discutir concepções fortemente constituídas em um campo de saberes, havia incentivo pelas impressões já vislumbradas informalmente de que a “novidade” das práticas corporais pedia mais que inscrição cultural às atividades físicas: pedia reconhecimento de vivências, interação com a subjetividade, produção de singularidades/ressingularizações (em corpos, em pessoas, em serviços, em profissionais, em sistemas de práticas).

A seleção da Mostra de Saúde da Família/Atenção Básica teve o mérito de reunir uma massa de dados, dados de impossível acesso sob outras metodologias, quanti ou qualitativas. O exercício do inventário da produção teórico-científica e o exercício do inventário das normativas programáticas contribuíram como “laboratório” ao inventário das práticas, viabilizando um acesso atento e também aberto (perscrutador), sem qualquer esforço de categorização que enquadrasse, classificasse ou ordenasse sem “se deixar saber”. Foi uma visitação e desta visitação a extração de um inventário “dos encontros” (mais que dos achados), cartografia da paisagem (mais que mapa conceitual).

A diversidade era marcante, não fazendo sentido armar categorias, classes ou ordens às práticas encontradas/detectadas/“sentidas”. Captar o transversal, aquilo que era disparador ou o disparate pareceu muito mais “realista”. Lia-se a justificativa e encontrava-se a expressão biopolítica, lia-se os objetivos e encontrava-se uma biopedagogia da boa forma física e do cumprimento das metas da Estratégia Global “Alimentação, Atividade Física e Saúde”, lia-se a metodologia e encontrava-se a “Convenção-Quadro” do mexa-se, do agite-se, do coloque-se em movimento, do “saia do sedentarismo que seu corpo agradecerá”. Contudo, lia-se o relato propriamente dito e seus resultados.

Nos resultados vinha sempre algo de inusitado, algo de fora das regras ou do escopo inicial, um cochicho, um “segredo de liquidificador” (“mandei minha amiga procurar o grupo de caminhada, assim ela poderia se abrir e falar da sua vida, das suas angústias, aliviar a pressão das suas neuroses”). Os relatos (propriamente ditos) meio que diferiam da justificativa, dos objetivos e da metodologia, uma narrativa no seu interior os deixava “vibráteis”. Nesse diapasão, categorizar, classificar, ordenar seria eliminar a força viva presente no cotidiano como uma especial pedagogia corporal da atenção básica. Essa pedagogia não aparecia meramente “curativa”, era “educativa”, não restabelecadora de uma saúde do corpo em movimento, mas produtora de atos na cultura pelo movimento. Sem medicalização ou pedagogização da produção de movimento/exercício físico, embora uma discursividade biomedicalizadora e biopedagógica. Na experiência da leitura “plenamente atenta”, cartográfica, pululavam as “coisinhas” da paisagem, os modos de fazer, os vários fazedores, os múltiplos motivos do fazer, as mudanças de percurso, a introdução de inusitados (“para as caminhadas diárias, introduzimos a visita aos idosos que moram sozinhos e necessitam de ajuda para atividades da vida diária”, “o grupo é de mulheres, mas temos um homem que se incorporou a nós e insere questões novas”, “ninguém compareceu, não organizamos uma busca ativa de faltosos porta em porta, usamos um carro de som e megafone pelas ruas”, “o grupo era de idosos, mas ficou cheio de crianças”, “já caminhamos no caminho de vinda, podemos conversar, depois já caminharemos outra vez no caminho da volta”).

Quem tem as habilidades requeridas para este fazer, quem financia este fazer, quem reconhece ou como insere este fazer numa política de Atenção Básica, de Promoção da Saúde e da Academia da Saúde? A fisioterapia, a educação física da saúde, a medicina física ou a enfermagem preventiva – fazeres da manutenção da saúde e bem-estar pela introdução da atividade física, conhecimento das ciências do movimento humano, combate à “doença hipocinética” da vida moderna – sabem operar práticas corporais na atenção básica? Suas formações na graduação em ciências da saúde ou nas residências integradas multiprofissionais em saúde habilitam para a pedagogia das vivências corporais tal como observamos “pululantes” em meio aos 192 relatos do fazer em Atividade Física, Práticas Corporais e Academia da Saúde?

O que sabemos com a biopolítica/biomedicalização e as biopedagogias da atividade física, alimentação saudável e saúde é o diagnóstico e a terapêutica de diferentes entidades “hipocinéticas”, patologias ortotraumáticas, lesões do sistema nervoso central e periférico, patologias cardiorrespiratórias, reumatológicas e vasculares periféricas, obesidade, hipertensão, diabetes e tabagismo, entre outras.

A promoção da atividade física (incluindo atividades da vida diária e comportamentos), aperfeiçoando funções corporais e mentais (incluindo sociabilidades e inserção social ou laboral), incentivando a participação comunitária (incluindo a qualidade de vida) e a realizando a intervenção na modificação dos fatores pessoais e ambientais que promovam o exercício físico e livre movimentação é responsável pela prevenção, diagnóstico, tratamento e organização dos programas de atividade física/práticas corporais para todos os grupos etários, mas o que foi que reparamos?

Reparamos – e aprendemos – que a introdução da Atividade Física/Práticas Corporais como política da atenção básica brasileira levou à apresentação plural de ações implicadas com o movimento humano e vivências coletivas, com a educação em saúde transversalizando as ações propostas e como parte estruturante da intenção de promover saúde (ultrapassando o sentido de “combate ao sedentarismo como qualidade de vida”). O ponto que talvez tenha se mostrado mais inusitado para pesquisadores dessa área foi a constatação de que atividade física, exercício físico, movimento humano e educação física não apresentam forte distinção conceitual, resumindo-se tudo às práticas corporais que impliquem vivências de corpo. Longe de desconsideração, a perspectiva é de acolhimento da multiplicidade. Essa tentativa de constituir um “híbrido” é convocada pelos praticantes quando se encontram com as atividades corporais, constituindo um “pedido”, um “convite” e uma “aliança” pela promoção de uma pedagogia das vivências corporais na atenção básica.

A ênfase na proposição de experiências vívidas (vivência pelo corpo) acaba por modificar a atuação de três atores principais para a realização das atividades: o gestor em saúde, pela clareza de expectativas ao investir nas práticas corporais e atividades físicas na atenção básica; o profissional executor, pelo reconhecimento de quais as habilidades e competências “técnicas”

necessárias para atuação nesse âmbito, e o próprio usuário, que exerce sua autonomia para reconfigurar as ações quando assume-se “praticante”.

Para a área profissional da Educação Física, cabe um destaque, considerando-se a permanência das controvérsias entre prática de Educação e prática de Saúde: a relevância à presença do profissional de Educação Física na atenção básica exige não eximir-se dos saberes em Educação, inclusive os escolares – práticas pedagógicas, habilidades docentes, experiência em organização de coletivos de aprendizagem, apropriação dos saberes em ciências humanas e práticas culturais, noções de educação em saúde, entre outros conhecimentos e práticas associados predominantemente com a formação em licenciatura. Já as práticas corporais efetivamente não representam campo e domínio da Educação Física, aí habitam profissionais com ou sem curso superior, com ou sem curso de nível médio, estão Agentes Comunitários de Saúde, Assistentes Sociais, Auxiliares de Limpeza, Educadores Físicos (licenciados e bacharéis, indiscriminadamente), Enfermeiros, Fonoaudiólogos, Médicos, Nutricionistas, Psicólogos, Técnicos em Enfermagem e Terapeutas Ocupacionais, além de moradores, usuários de serviços de saúde e familiares.

A educação em saúde e as culturas de corpo e movimento na atenção básica foram apreendidas como pedagogia das vivências corporais, possibilitando produzir ações promotoras de saúde, intersetorialidade, atividade física e práticas corporais. Se, no contemporâneo, ganha espaço a disseminação de práticas corporais/atividades físicas como meio de intervenção profissional terapêutica com intenção de promover saúde, principalmente em espaços próximos ao cotidiano das populações (territórios da vida social), sua problematização passa pela presença de uma biopedagogia da “atividade física e alimentação saudável”, exercício biopolítico evidente no âmbito dos serviços de saúde. Nessa tese, uma discussão predominantemente teórica foi substituída pelo contato com a realidade, relatada por seus atores cotidianos, foram lidos 192 relatos apresentados 4ª Mostra de Saúde da Família/Atenção Básica, reconhecendo que a implementação biopedagógica não é sem ajustes e resistências.

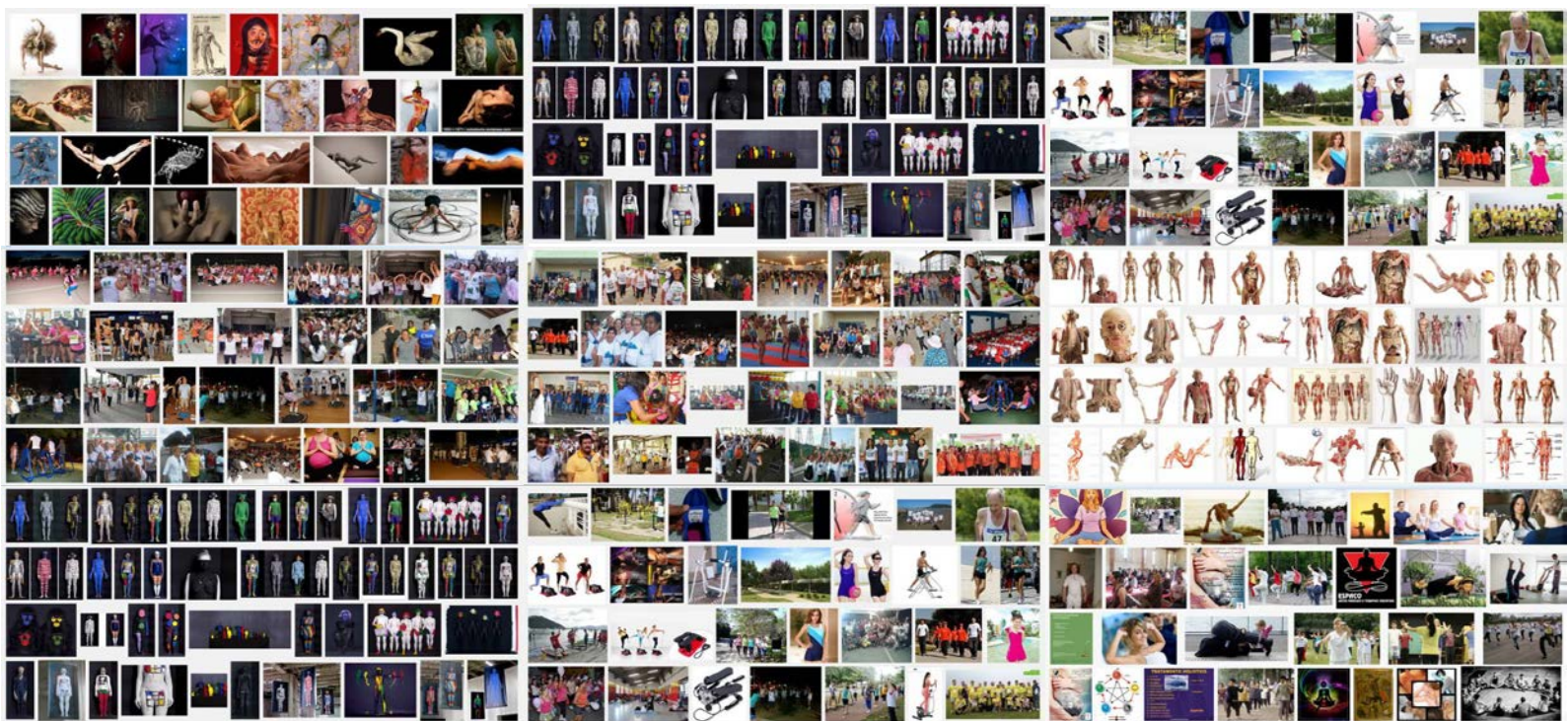
Ao final, restam disponíveis por esta tese, 3 bancos de dados: inventário da literatura sobre práticas corporais (de 2008 a julho de 2014),

inventário das normativas em saúde onde se instauram os programas relativos às práticas corporais e um inventário de ações levadas a efeito pelo sistema de saúde brasileiro na materialidade do trabalho com práticas corporais. Quanto à teoria, ao extrato de tese, seu argumento ou “descoberta”, se pode dizer de uma pedagogia corporal na atenção básica, diferente de uma pedagogia corporal nos hospitais, clínicas de reabilitação, academias esportivas ou clubes de esporte, pelo simples fato que se mesclam intensivamente com a cultura local, as culturas de bairro, as culturas de corpo e movimento em família, nas ruas, parques e moradias, com foco na saúde individual, social e coletiva. Uma pedagogia corporal da atenção básica, entretanto, utiliza-se dos disparadores “Política Nacional de Atenção Básica”, “Política Nacional de Promoção da Saúde” e “Programa Nacional Academia da Saúde”. Para a constituição, então, de uma pedagogia corporal da atenção básica, convergem desafios, indicadores, conceitos e práticas – por isso concluiu-se pela vigência de uma Pedagogia das Vivências Corporais, um “deixar” que os próprios corpos deem indicações, apresentem desafios e ressingularizem conceitos e práticas.

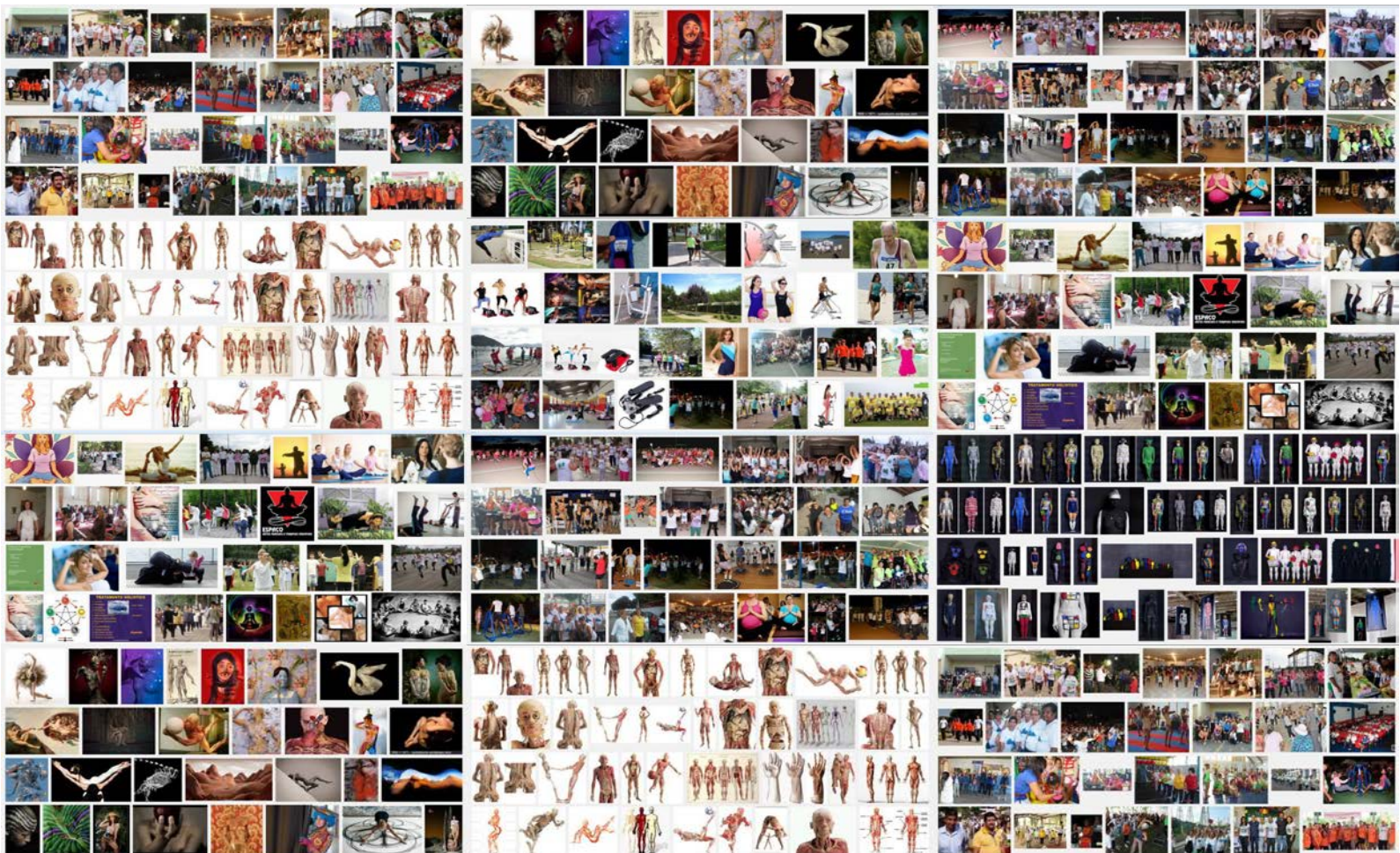
Da análise de realidades diversas, quase duas centenas de relatos, experiências reais trouxeram a inclusão de educação em saúde e exercício físico, sem necessidade de diferenciação conceitual entre práticas corporais e atividade física, sem restringir profissões e especialidades do conhecimento, apenas as responsabilidades pela configuração de ações relevantes ao dia a dia, devolvendo autonomia aos usuários de serviços de saúde, praticantes de atividades corporais por intenção desse contato. Verifica-se no Brasil a emergência de uma “atividade física e saúde” bastante distinta da dicotomia corpo e mente, discurso e corpo, cognição e sensorio. Com tudo integrado, emerge uma pedagogia das vivências corporais na atenção básica. A partir daí, não mais a estrutura de um tratamento que envolve a prescrição de medicamentos e procedimentos, indicação para a fisioterapia, para a terapia ocupacional, para a educação física, para a psicoterapia, para a terapia nutricional, para a enfermagem de acompanhamento da dor ou limitações fisiológicas, para a fonoaudiologia, para o serviço social ou para a educação especial, conforme as necessidades de cada caso. O que entra em causa são as experiências que auxiliam o acesso a algo que nos habilita de modo implícito, está em nosso corpo como sede de sensações. As experiências

de uma pedagogia das vivências corporais requerem práticas corporais, interrogações, problematização. O exemplo da introdução das práticas de medicina tradicional chinesa dizem disso, da queima calórica à introspecção criativa e sensível aos signos do ambiente e de seu corpo, meditação, “psicossocioterapia”, conversas coletivas, ampliação dos pontos de vista, cursos sobre corpo e intervenções de corpo, passeios, grupos em situações coletivas e tanto mais.

A atenção básica suscitou o acesso a um conhecimento sobre o exercício de vivências em uma cultura de corpo e movimento. Uma pedagogia das vivências corporais, pedagogia corporal da atenção básica, onde não ocorre a negação do conhecimento sobre anatomofisiologia aplicada, mas pede-se Educação para atuação com promoção da saúde e Educação para atuar com práticas corporais, promovendo-se interferências na cultura de corpo e movimento, tendo em vista a promoção da saúde e, efetivamente, uma educação da saúde (definitivamente rivalizando com a biopedagogia, embora sem dizê-lo ou sequer sabê-lo). Detecta-se aí uma linha de introdução da atividade física na saúde que promove saúde porque também a inventa, trai a saúde, flertando com a educação.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. IV Mostra Nacional de Atenção Básica. Disponível em <atencaobasica.org.br/mostra/>. Acesso em 08 de julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Íntegra do discurso do ministro da saúde, Alexandre Padilha, durante a cerimônia de transmissão de cargo, em 3 de janeiro de 2011, em Brasília (DF) [online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a. Disponível em: <<http://idisa.jusbrasil.com.br/noticias/2903595/integra-do-discurso-do-ministro-da-saude-alexandre-padilha-durante-a-cerimonia-de-transmissao-de-cargo-em-03-de-janeiro-de-2011-em-brasilia-df>>

BRASIL. Portaria nº 1.401, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Incentivo para construção de Pólos da Academia da Saúde. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3157_27_12_2011.html>.

BRASIL. Portaria nº 1.402, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde, os incentivos para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde. 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1401_15_06_2011.html>.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

BRASIL. Portaria nº 2.608, de 28 de dezembro de 2005. Define recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde das capitais. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, v. 1, p. 60, 2005.

BRASIL. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2684_08_11_2013_rep.html>.

BRASIL. Portaria nº 2.684, de 8 de novembro de 2013. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em Desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa Academia da Saúde. 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1031_20_05_2014.html>.

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Série E. Legislação de Saúde, Série Pactos pela Saúde, Brasília, v. 4, p. 68, 2006a.

BRASIL. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, v. 1, p. 60, 2006b.

BRASIL. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011e. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719_07_04_2011.html>.

BRASIL. Portaria nº 853, de 17 de novembro de 2006. Incluir na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 – Práticas Integrativas e Complementares. 2006c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria853_17_11_06.pdf>

BRASIL. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. 2006d. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria971_03_05_06.pdf>

CABALLERO, Raphael Maciel da Silva Caballero. Pedagogia das corporeidades: prática terapêutica e educação da saúde. 2009. 96 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

CAMARGO Jr., Kenneth Rochel de. Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANGUILHEM, George. O normal e o patológico. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2006.

CARVALHO, Sérgio Rezende de; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Modelos

de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. Cadernos de Saúde Pública, n. 16, p. 507-515, 2000.

CARVALHO, Yara Maria de. Promoção da Saúde, Práticas Corporais e Atenção Básica. Revista Brasileira de Saúde da Família. v. 8, p. 33-45. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CASPERSEN, Carl; POWELL, Kenneth; CHRITENSEN, Gregory. Physical activity, exercise, and physical fitness: definition and distinctions for health-related research. Public Health Reports, v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

CECCIM, Ricardo Burg; KREUTZ, Juliano André, MAYER JÚNIOR, Manoel. Das residências integradas às residências multiprofissionais em saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente educação. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aloísio Gomes da Silva. (Orgs.). Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ. p. 257-292, 2011.

CECCIM, Ricardo Burg. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci (org.). Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da Universidade, p. 27-41, 1997.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência e saúde coletiva [online]. v.10, n.4, p. 975-986, 2005.

CLAVREUL, Jean. A ordem médica: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CONILL, Eleonor Minho. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cadernos de Saúde Pública, n. 18, p. 191-202, 2002.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da biopolítica: curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRAGA, Alex Branco. Concepções de gênero nas práticas corporais de adolescentes. Movimento, v. 2, n. 3, p. 35-41, 1995.

LAVE, Jean; WENGER, Etienne. Situated learning: legitimate peripheral

participation. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

LOPES, Ilza Leite. Estratégia de busca na recuperação da informação: revisão da literatura. *Ciência da Informação*, v. 31, n. 2, p. 60-71, 2002.

LUZ, Madel Therezinha. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Cadernos de Sociologia*. n. 7, p. 109-128. 1995.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cadernos de Saúde Pública*, n. 18, p. 163-171, 2002.

MAUSS, Marcel. Noção de técnica corporal. In: MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, p.211-218, 1974.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud colectiva [online]*. v.5, n.2 p. 181-194, 2009.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. *A gaia ciência*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. *Fundo das Nações Unidas para a Infância. Cuidados primários de saúde – relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma Ata*, 1978. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 1979.

PIMENTEL, Giuliano Gomes de Assis; OLIVEIRA, Edna Regina Netto de; PASTOR, Aparecida Paulina. Significados das práticas corporais no tratamento de dependência química. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 12, n. 24, p. 61-71, 2008.

RIBEIRO, Andrea Cristina Lovatto; BORGES, Charles Schneider, RIBEIRO, Alexandre Moretto, SILVA, João Luis Tavares. Ambiente colaborativo VER-SUS baseado em comunidades de prática. In: 11º Congresso Internacional da Rede Unida. *Anais. Interface – Comunicação, Saúde e Educação [online]*, supl. 3, 2014.

Disponível em: <<http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/schedConf/presentations>>

SCHRAIBER, Lilia Blima (org). Programação em saúde hoje. 2ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

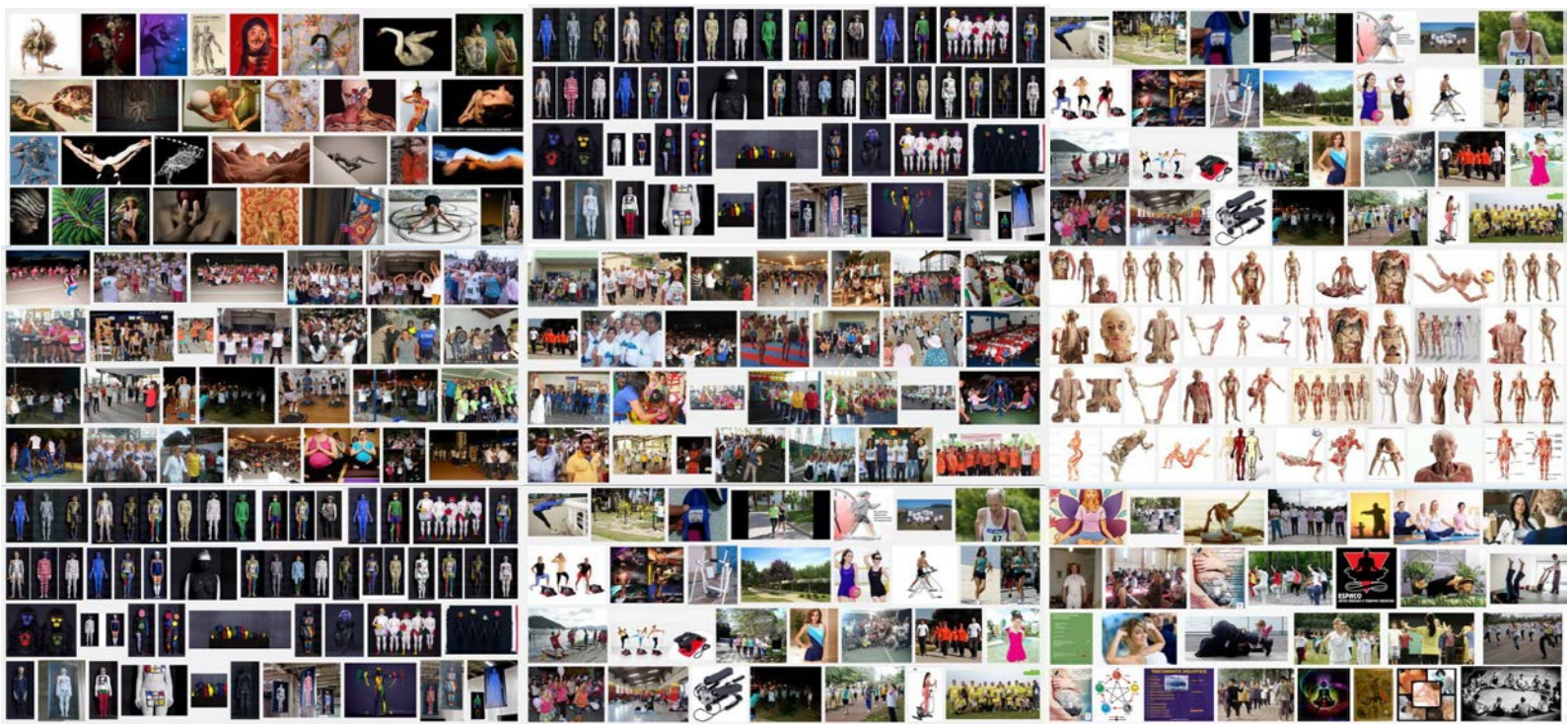
STARFIELD, Bárbara (org). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

STEINBERG, Shirley R.; KINCHELOE, Joe L. (org.). Cultura infantil: a construção corporativa da infância. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2001.

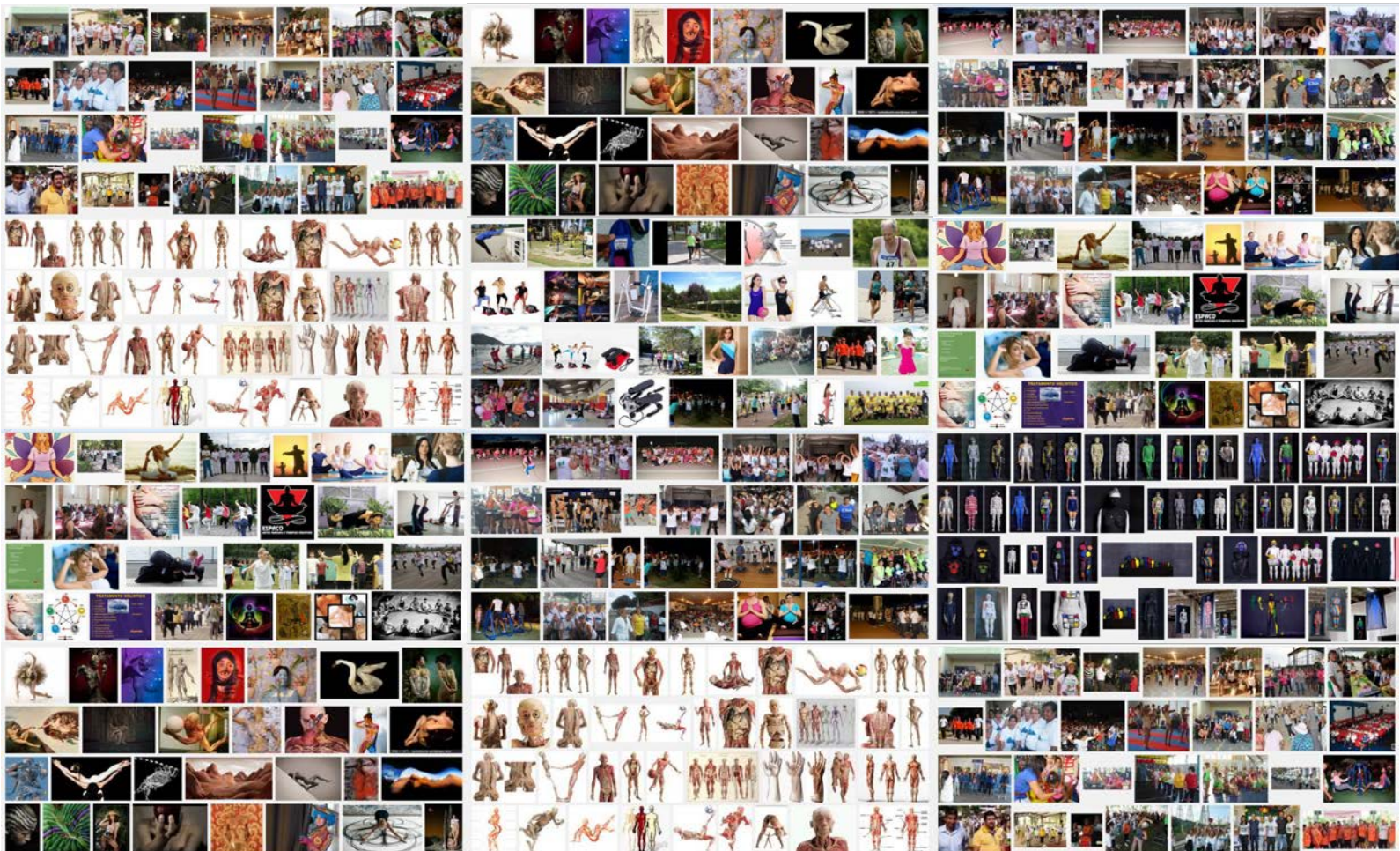
TAVARES, João Luis; RIBEIRO, Alexandre Moretto; FIORIO, Mauro. Um estudo de implantação de comunidades de prática em um portal institucional. RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. Rio de Janeiro, v.3, n.3, 2011.

WARSCHAUER, Marcos. Lazer e saúde: as práticas corporais no sistema público de Santo André. 2008. 214 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

WRIGHT, Jan. Biopower, Biopedagogies and the obesity epidemic. In: WRIGHT, Jan; HARWOOD, Valerie (org.). Biopolitics and the “Obesity Epidemic”: governing bodies. New York: Routledge, p. 1-14, 2009.



ANEXOS



Banco de Dados da Literatura em Práticas Corporais

Dissertações e teses

2008

1. WARSCHAUER, Marcos. *Lazer e saúde: as práticas corporais no sistema público de Santo André*. 2008. 214f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
2. ALMEIDA, José Medeiros. *Esporte e cultura: esportivização de práticas corporais nos jogos dos povos indígenas*. 2009. 131f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.
3. SILVA, Cinthia Lopes. *Mediação de sentidos: aulas compartilhadas no Brasil e em Portugal junto a estudantes de Educação Física*. 2008. 167f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.
4. MATOS, Gláucio Campos Gomes De. *Práticas socioculturais, figuração, poder e diferenciação em bicó, cuiamucu e canela-fina – comunidades amazônicas*. 2008. 279f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

2009

1. CUNHA, Maria Luisa Oliveira da. *As práticas corporais e esportivas nas praças e parques públicos da cidade de Porto Alegre (1920-1940)*. 2009. 116f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
2. MELLO, Luciana Maria Hoff de. *Campanhas publicitárias “vendendo saúde”: discurso „científico” e consumo construindo modelos de vida saudável*. 2009. 155f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
3. SIQUEIRA, Sandra Aparecida de. *Campinas – seus corpos, suas águas (práticas corporais aquáticas no início do século XX)*. 2009. 104f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.
4. VELOZO, Emerson Luís. *Cultura de movimento e identidade: a educação física na contemporaneidade*. 2009. 166f. Tese (Doutorado em Educação Física) –

Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

5. MARANHÃO, Fabiano. *Jogos africanos e afro-brasileiros nas aulas de educação física: processos educativos das relações étnico-raciais*. 2009. 173f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

6. CORRÊA, Denise Aparecida. *Os governos de Getúlio Vargas (1930-1954) e a educação física escolar no estado de São Paulo: lembranças de velhos professores*. 2009. 230f. Tese (Doutorado em História) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, São Paulo, 2009.

7. SANTANA, Gabriela Santos Cavalcante. *Sobre capoeira e dança cênica: tramas e mestiçagens culturais*. 2009. 190f. Dissertação (Mestrado em Dança) – Escola de Dança, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

2010

1. BRAZ, Camilo Albuquerque de. *À meia-luz... uma etnografia imprópria em clubes de sexo masculino*. 2010. 264f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas 2010.

2. MENDES, Edilberto da Silva. *A santa negra dos Inhamuns: um estudo das performances que atualizam o culto à escrava Marciana em Planalto, Arneiroz, Ceará*. 2010. 157f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Instituto de Cultura e Arte, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

3. GONZÁLES, Fernando Jaime. *Bases sociais das disposições para o envolvimento em práticas de movimento corporal no tempo livre*. 2010. 487f. Tese (Doutorado em Ciências do Movimento Humano) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

4. MARQUES, Rafael Adriano. *Cidade lúdica: um estudo antropológico sobre práticas de Parkour em São Paulo*. 2010. 87f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Departamento de Antropologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

5. OLIVEIRA, Nara Rejane Cruz de. *Corpo e movimento na educação infantil: concepções e saberes docentes que permeiam as práticas cotidianas*. 2010. 131f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

6. SILVA, Silvio Sipliano. *Educação física escola versus projeto social esportivo: “quando os donos da casa perdem o jogo”*. 2010. 215f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

7. NEDEL, Mariana Zamberlan. *Educação musical e práticas corporais como recurso metodológico da educação infantil: diálogos com professores de música e educandos sobre interdisciplinaridade*. 2010. 292f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.
8. JOSEPH, Tatiana Wonsik Recomenpa. *Entre a dança e a língua de sinais, a caixa mágica da criação: possibilidades interativas para dança com surdos e ouvintes*. 2010. 188f. Tese (Doutorado em Artes) – Instituto de Artes, Universidade Estadual, Campinas, 2010.
9. AZEVEDO, Lúcio Henrique Rezende. *O programa de erradicação do trabalho infantil e suas práticas corporais: o caso de Sumaré*. 2010. 86f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.
10. NUNES, Aline Silva Andrade. *Pronera e cultura corporal: uma análise da trajetória da educação física nos projetos de formação de educadores e educadoras do campo, no estado do Maranhão*. 2010. 111f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2010.
11. SANTOS, Luís Roberto dos. *Revista sinos: a educação do corpo em uma instituição confessional de ensino*. 2010. 144f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
12. NAKAMOTO, Henrique Okajima. *Significados do taikô no Instituto Cultural Nipo Brasileiro de Campinas*. 2010. 173f. Dissertação (Mestre em Educação Física) – Pós-graduação da Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

2011

1. GUIZZO, Bianca Salazar. *“Aquele negrão me chamou de leitão”: representações e práticas corporais de embelezamento na educação infantil*. 2011. 199f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
2. CUNHA, Luciana Bicalho da. *As roupas esportivas em revista na cidade de belo horizonte (1929-1950): moldes, recortes e costuras*. 2011. 190f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, 2011.
3. COUTINHO, Silvano da Silva. *Competências do profissional de educação física na atenção básica à saúde*. 2011. 207f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

4. SOUZA, Eline Pereira de. *Cuidados de si, higiene e estética em tempos republicanos*. 2011. 208f. Dissertação (Mestrado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
5. QUITZAU, Evelise Amgarten. *Educação do corpo e vida associativa: as sociedades ginásticas alemãs em São Paulo (fins do século XIX., primeiras décadas do século XX)*. 2011. 173f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
6. MATTOS, Rafael da Silva. *Fibromialgia e dor: um estudo de caso sobre mal-estar no trabalho e adoecimento*. 2011. 316f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.
7. ALMEIDA JR, Admir Soares de. *Foto e grafias: narrativas e saberes de professores/as de educação física*. 2011. 493f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
8. DIAS, Carolina. *Histórias do instituto de cultura física de Porto Alegre (1928-1937)*. 2011. 134f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
9. MORAES, Ana Luisa Fernandes. *Manifestações expressivas e simbólicas*. 2011. 132f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
10. FERNANDES, Juliana Alves Gurgel. *O teatro como budô – O Aikidô em casa*. 2011. 290f. Dissertação (Mestrado em Educação, Conhecimento, Linguagem e Arte) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
11. CESANA, Juliana. *Práticas corporais alternativas e educação física: entre a formação e a intervenção*. 2011. 193f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
12. SOUZA, Gisele Cristina de. *Reorientação didático-pedagógica da educação física na perspectiva da inclusão escolar*. 2011. 131f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho) – Centro de Ciência da Saúde Itajaí, Universidade da Saúde Itajaí, 2011.

2012

1. SILVEIRA, Flávia Cristina dos Santos Matos. *A formação em educação física e as práticas de integralidade do cuidado na saúde coletiva*. 2012. 111f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Pós-graduação em Ciências da Saúde,

Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2012.

2. FREITAS, Fabiana Fernandes de. *Aprendendo com o “nós”: o trabalho em saúde e as práticas corporais com base na comunidade*. 2012. 230f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

3. PEREIRA, Ellen Eliza. *Bailes e danças representados e discursados na Espanha (1600-1660)*. 2012. 150f. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

4. BUENO, Alessandra Xavier. *Entre o fazer e o registrar da educação física no Nasf: a relação conflitante entre a classificação brasileira de ocupações e os procedimentos possíveis de registro pelo profissional de educação física*. 2012. 106f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

5. CESARO, Humberto Luis de. *Os “alquimistas” da vila: masculinidades e práticas corporais de hipertrofia numa academia de Porto Alegre*. 2012. 107f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012)

6. SILVA, Lisandra Oliveira e. *Os sentidos da escola na atualidade: narrativas de docentes e de estudantes da rede municipal de ensino de Porto Alegre*. 2012. 316f. Tese (Doutorado em Ciências do Movimento Humano) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

7. OTSUKA, Marcos Minoru. *Pluralidade corporal e ginástica – o contexto escolar e materiais alternativos*. 2012. 113f. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Desenvolvimento) - Pós-graduação em Ambiente e Desenvolvimento, Centro Universitário Univates, Lajeado, 2012.

8. ALMEIDA, Vanessa. *Possibilidades e limites de uma intervenção no ambiente de trabalho de servidores públicos da área da saúde: práticas corporais como estratégia de promoção da saúde*. 2012. 143f. Tese (Doutorado em Ciência) – Pós-graduação, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

9. ZANELLA, Ângela Kemel. *Práticas corporais alternativas: possibilidades no universo do aluno com deficiência mental*. 2012. 136f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pós-graduação em Educação, Centro de Educação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

2013

1. MAZZONI, Alexandre Vasconcelos. *“Eu vim do mesmo lugar que eles”: relações entre experiências pessoais e uma educação física multiculturalmente orientada*. 2013. 246f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação,

Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

2. MENDES, Valéria Monteiro. *As práticas corporais e a clínica ampliada: a educação física na atenção básica*. 2013. 184f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

3. ANGELO, Marina Balastreire. *As práticas corporais no trabalho do professor de arte: um estudo em várzea paulista/SP*. 2013. 71f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

4. SPOHR, Carla Francieli. *Efetividade de uma intervenção de atividade física e saúde em aulas de educação física da rede pública de Pelotas*. 2013, 170f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Pós-graduação em Educação Física, Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

5. WACHS, Felipe. *Funções sanitárias projetadas nos currículos da Educação Física: estudo a partir da disciplina de Higiene no ensino de graduação*. 2013. 189f. Tese (Doutorado em Ciências do Movimento Humano) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

6. DINIZ, Liana Ferraz. *Imagens para a voz: colheita teórica, colheita prática e diários da atriz*. 2013. 202f. Tese (Doutorado em Artes da Cena) – Instituto de Artes, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

7. GRUPPI, Deoclecio Rocco. *Jogos dos povos indígenas: trajetória e interlocuções*. 2013. 163f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

8. NASCIMENTO, Diego Ebling. *Macho, bailarino e homossexual: um olhar sobre as trajetórias de vida de professores dançantes*. 2013. 149f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

9. ALMEIDA, Telma Teixeira de Oliveira. *Práticas corporais educativas: movimento interno e externo de ser interdisciplinar*. 2013. 121f. Tese (Doutorado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

10. BENINI, Luiz Eduardo. *Práticas corporais, atividade física e circo: do palco de aberrações à espetacularização do corpo*. 2013. 93f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pós-graduação Educação Física, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2013.

11. CASTRO, Cecília Muzetti. *Yoga e doenças crônicas: inovações no cuidado do câncer e diabetes*. 2013. 64f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2013.

2014

1. PITANGA, Claudia Escórcio Gurgel do Amaral. *A escrita do corpo na psicose*. 2014. 179f. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Centro de Educação e Humanidades, Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2014.
2. FILHO, Marcio Antonio Tralci. *Artes marciais chinesas: histórias de vida de mestres brasileiros e as tensões entre a tradição e o modelo esportivo*. 2014. 241f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
3. MORETTI, Andreza Campos. *Contribuições da teoria labaniana para o trabalho com as práticas corporais no SUS: duas experiências com profissionais de saúde*. 2014. 165f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
4. SKOWRONSKI, Marcelo. *Educação física e saúde: a mobilização de saberes para atuação nos polos do programa academia da saúde no Brasil*. 2014. 130f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
5. NUNES, Camila Xavier. *Geografias do corpo: por uma geografia da diferença*. 2014. 245f. Tese (Doutorado em Geografia) – Pós-graduação em Geografia, Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
6. GRESPAN, Carla Lisbôa. *Mulheres no octógono: performatividades de corpos e de sexualidades*. 2014. 112f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
7. MARTINS, Viviane Lima. *O corpo transformado em extreme makeover e tabu América latina: entre o mesmo e o outsider*. 2014. 237f. Tese (Doutorado em Comunicação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.
8. FIGUEIRA, Natália Tazinazzo. *O parque como espaço educativo: práticas corporais num projeto de formação de professores para educação infantil*. 2014. 175f. Dissertação (Mestre em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
9. FORELL, Leandro. *Participando na cidade: um estudo etnográfico sobre a participação em políticas públicas de esporte e lazer no parque Araribóia em Porto Alegre/RS*. 2014. 180f. Tese (Doutorado em Ciências do Movimento Humano) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
10. BORGES, Clayton Cesar de Oliveira. *Práticas discursivas em dispositivos curriculares de educação física da rede municipal de Sorocaba: estratégias para o governo das condutas de sujeitos da educação*. 2014. 170f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades,

Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

11. VIANA, Julia Monteiro. Processo, *criação, fronteira, arte, vida fronteira, key, zetta e Cia.* 2014. 127f. Dissertação (Mestrado em Artes da Cena) – Instituto de Artes, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

Artigos publicados em periódicos científicos

2008

1. PIMENTEL, Giuliano Gomes de Assis; OLIVEIRA, Edna Regina Netto de; PASTOR, Aparecida Paulina. Significados das práticas corporais no tratamento de dependência química. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 12, n. 24, p. 61-71, 2008.
2. VILHENA, Junia de; NOVAES, Joana de Vilhena; ROCHA, Livia. Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, v. 8, n. 2, p. 379-406, 2008.

2009

1. MORAIS, Olga Nazaré Pantoja de. Grupos de Idosos: atuação de psicogerontologia no enfoque preventivo. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 29, n. 4, p. 846-855, 2009.
2. GIORDANI, Rubia Carla Formighieri. O corpo sentido e os sentidos do corpo anoréxico. *Revista de Nutrição*, v. 22, n. 6, p. 809-821, 2009.
3. SCHWENGBER, Maria Simone Vione. E educação da mãe carinhosa e o discurso das práticas corporais e esportivas nas páginas da Pais e Filhos. *Movimento*, v. 15, n. 3, p. 209-232, 2009.
4. WARSCHAUER, Marcos; D'URSO, Lourdes. Ambiência e formação de grupo em programas de caminhada. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n. 2, p. 104-107, 2009.
5. MORETTI, Andreza. et al. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n. 2, p. 346-354, 2009.
6. MATTOS, Rafael da Silva; LUZ, Madel Therezinha. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 489-507, 2009.

2010

1. BONETTI, Albertina; SILVA, Denise Guerreiro Vieira da; MOYA, Jose Luis Medina. Motivação nas atividades de reabilitação cardiovascular: uma pesquisa convergente-assistencial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 12, n. 2, p. 245-251, 2010.
2. PRADO, Vagner Matias do; RIBEIRO, Arilda Inês Miranda. Gêneros, sexualidades e educação física escolar: um início de conversa. *Motriz*, v. 16, n. 2,

p. 402-413, 2010.

3. GOELLNER, Silvana Vilodre. Educação física, ciência e saúde: notas sobre o acervo do Centro de Memória do Esporte. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.17, n.2, p.527-536, 2010.

4. MATHIAS, Milena Bushatsky; RUBIO, Kátia. As práticas corporais femininas em clubes paulistas do início do século XX. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v. 24, n. 2, p. 277-286, 2010.

5. CACHORRO, Gabriel Armando. et al. Las practicas corporales. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 31, n. 3, p. 43-58, 2010.

6. RICHTER, Ana Cristina; VAZ, Alexandre Fernandez. Educação física, educação do corpo e pequena infância: interfaces e contradições na rotina de uma creche. *Movimento*, v. 16, n. 01, p. 53-70, 2010.

7. LAZZAROTTI FILHO, Ari et al. O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da educação física. *Movimento*, v. 16, n. 1 p. 11-29, 2010.

8. CUNHA, Maria Luisa Oliveira da; MAZO, Janice Zarpellon; STIGGER, Marco Paulo. A organização das praças de desporto/educação física na cidade de porto alegre (1920-1940). *Licere*, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, 2010.

9. MELO, Victor Andrade. Apontamentos para uma história comparada do esporte: um modelo heurístico. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v. 24, n. 1, p. 107-120, 2010.

10. NEDEL, Mariana Zamberlan. Aprendendo a partir da experiência em grupo: ritmos e expressão corporal para a educação infantil. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, v. 11, n. 2, p. 64-77, 2010.

11. ABIB, Leonardo Trápaga et al. Práticas corporais em cena na saúde mental: potencialidades de uma oficina de futebol em um centro de atenção psicossocial. *Pensar a Prática*, v. 13, n. 2, p. 1-15, 2010.

12. MELO, Victor Andrade de. Diálogos com Reinhart Koselleck. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 32, n.1, p. 41-57, 2010.

13. LEVORATTI, Alejo. La educación física en políticas socio-educativas destinadas a los jóvenes. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 32, n.1, p. 109-125, 2010.

14. SOARES, Priscila Gonçalves; CUNHA JR, Carlos Fernando F. Festas e carnaval em Juiz de Fora/MG (1876-1915). *Licere*, v.13, n. 3, p. 1-20, 2010.

15. ALMEIDA, Arthur José Medeiros; ALMEIDA, Dulce Maria Filgueira; GRANADO, Beleni Salete. As práticas corporais e a educação do corpo indígena: a contribuição do esporte nos jogos dos povos indígenas. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 32, n. 2-4, p. 59-74, 2010.

16. MAZO, Janice Zarpellon; LYRA, Vanessa Bellani. Nos rastros da memória de um “mestre de ginástica”. *Motriz*, v. 16, n. 4, p. 967-976, 2010.

17. QUITZAU, Evelise Amgarten; SOARES, Carmen Lúcia. “A força da juventude garante o futuro de um povo”: a educação do corpo no Sport Club Germânia (1899-1938). *Movimento*, v. 16, n. 3, p. 89-108, 2010.

2011

1. SOUZA, Maristela da Silva; LARA, Giane Schmaedeck. Prática pedagógica em educação física e a educação ambiental. *Pensar a Prática*, v. 14, n. 2, p. 1-11, 2011.

2. SILVA, Pricilla Pinto Costa da et al. Relação ser humano-natureza: reflexão e desafio da educação física. *Pensar a Prática*, v. 14, n. 3, p. 1-13, 2011.

3. SOUZA, Thais Godoi de; LARA, Larissa Michelle. O estado da arte de comunidades quilombolas no Paraná: produção de conhecimento e práticas corporais recorrentes. *Revista da Educação Física/UEM*, v. 22, n. 4, p. 555-568, 2011.

4. GALAK, Eduardo Lautaro; GAMBAROTTA, Emiliano Matias. Conquista, confirmación y construcción del corpo: una propuesta para el estudio de las prácticas corporales a partir de la epistemología de Pierre Bourdieu. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 33, n. 4, p. 923-938, 2011.

5. FREITAS, Diego Costa et al. As práticas corporais nas academias de ginástica: um olhar do professor sobre o corpo fluminense. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 33, n. 4, p. 959-974, 2011.

6. PAIXÃO, Jairo Antônio et al. Risco e aventura no esporte na percepção do instrutor. *Psicologia e Sociedade*, v. 23, n. 2, p. 415-425, 2011

7. OLIVEIRA, Caroline Silva de. et al. A prática de atividade física na cidade universitária da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 1489-1496, 2011.

8. DEVIDE, Fabiano Pries et al. Estudos de gênero na educação física brasileira. *Motriz*, v. 17, n. 1, p. 93-103, 2011.

9. MORAES E SILVA, Marcelo; FONTOURA, Mariana Purcote. Educação do corpo feminino: um estudo na revista brasileira de educação física (1944-1950). *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v. 25, n. 2, p. 263-275, 2011.

10. ESPARTERO, Julián; VILLAMÓN, Miguel; GONZÁLEZ, René. Artes marciais japonesas: práticas corporais representativas de su identidad cultural. *Movimento*, v. 17, n. 3, p. 39-55, 2011.

2012

1. RECHIA, Simone; TSCHOKE, Aline; MORO, Luize. Espaço univer-cidade e PELC: a experiência do grupo GEPLC/UFPNA gestão do Programa de Esporte e Lazer na cidade de Curitiba. *Licere*, v. 15, n. 1, p. 1-17, 2012.
2. TESTA, Frederico. Uma discreta dança da resistência: corpo, arte e subjetivação na oficina de criatividade de um hospital psiquiátrico. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 16, n. 40, p. 95-105, 2012.
3. SILVA, Alan Camargo; LÜDORF, Silvia Maria Agatti. Possíveis reflexões entre corpo, saúde e o envelhecimento do professor de educação física. *Movimento*, v. 18, n. 2, p. 187-204, 2012.
4. PAIS, José Machado. O fado dançado do Brasil: trânsitos culturais. *Pensar a Prática*, v. 15, n. 1, p. 1-271, 2012.
5. SILVA, Ana Márcia; FALCÃO, José Luiz Cirqueira. Práticas corporais na experiência quilombola: um estudo com comunidades do estado de Goiás/Brasil, *Pensar a Prática*, v. 15, n. 1, p. 1-271, 2012.
6. RODRIGUES, Rogério. Os espaços urbanos, as práticas corporais e a saúde mental. *Mental*, v. 10, n. 18, p. 109-128, 2012.
7. ARAGÃO, Paula; GARCIA, Luciana Caroline Pina; MEZZARROBA, Cristiano. Investigando a ocupação das “tribos! Nos espaços de lazer da orla de atalaia em Aracaju/SE. *Licere*, v. 15, n. 2, p. 1-37, 2012.
8. PIMENTEL, Fernanda Cruvinel; FILHO, Ari Lazzarotti, SILVA, Ana Márcia. Análise comparativa do perfil dos estudantes dos cursos de licenciaturas presencial e a distância em educação física da universidade federal de Goiás. *Pensar a Prática*, v. 15, n. 2, p. 272-550, 2012.
9. MELO, Marcelo Paula. Gramsci, americanismo e fordismo e a educação do corpo. *Pensar a Prática*, v. 15, n. 2, p. 272-550, 2012.
10. SCHWENGBER, Maria Simone Vione. Mãe moderna: esportiva e forte. *Cadernos Cedes*, v. 32, n. 87, p. 165-176, 2012.
11. WENETZ, Ilena. Gênero, corpo e sexualidade: negociações nas brincadeiras do pátio escolar. *Cadernos Cedes*, v. 32, n. 87, p. 199-209, 2012.
12. LANDA, Maria Inês. Os corpos da liderança: as tramas da ficção do dispositivo cultural do *fitness*. *Cadernos Cedes*, v. 32 n. 87, p. 223-233, 2012.
13. SOARES, Carmen Lúcia; BRANDÃO, Leonardo. Voga esportiva e artimanhas do corpo. *Movimento*, v. 18, n. 3, p. 11-26, 2012.
14. CADAVID, Luz Elena Gallo. Las prácticas corporales en la educación corporal. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 34, n. 4, p. 825-843, 2012.
15. PINTO, Fábio Machado; BASSANI, Jaison José; VAZ, Alexandre Fernandez.

Sentidos das práticas corporais fora da escola para alunos dos anos iniciais do ensino fundamental. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 34, n. 4, p. 909-923, 2012.

2013

1. DANTAS, Mônica Fagundes; DIAS, Carolina; MAZO, Janice Zarpellon. O Instituto de Cultura Física de Porto Alegre/RS e suas práticas corporais (1928-1937). *Movimento*, v. 19, n. 1, p. 33-53, 2013.
2. DE SÁ, Miriam Ribeiro Calheiros; GOMES, Romeu. A promoção da saúde da criança: a participação da fisioterapia. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 4, p. 1079-1088, 2013.
3. BAGRICHEVSKY, Marcos. et al. Desigualdades sociais em saúde e práticas corporais: um exercício singular de análise. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 2, p. 497-510, 2013.
4. LAZZAROTTI FILHO, Ari; SILVA, Ana Márcia; PIRES, Giovani de Lorenzi. Saberes e práticas corporais na formação de professores de educação física na modalidade a distância. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 35, n. 3, p. 701-715, 2013.
5. NEIRA, Marcos Garcia. A seleção dos temas de ensino no currículo cultura da educação física. *Revista Educación Física y Deporte*, n. 32-2, 2013.
6. BERGMANN, Gabriel Gustavo et al. Prevalência e fatores associados à inatividade física entre adolescentes da rede pública de ensino de Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 11, p. 2217-2229, 2013.
7. RISOS, Luis Felipe et al. Axé, práticas corporais e aids nas religiões africanistas do Recife, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 12, p. 3653-3662, 2013.

2014

1. WARSCHAUER, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. O conceito "intersetorialidade": contribuições ao debate a partir do programa lazer e saúde da prefeitura de Santo André/SP. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 1, p. 191-203, 2014.
2. SANTOS, Luis Roberto dos; GOELLNER, Silvana Vilodre. As práticas corporais e a educação do corpo em uma instituição confessional de ensino. *Revista da Educação Física/UEM*, v. 25, n. 3, p. 379-390, 2014.

Banco de Dados Normativos sobre Práticas Corporais e Saúde

Atenção Básica

1. BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Série E. Legislação de Saúde, Série Pactos pela Saúde, Brasília, v. 4, p. 68, 2006.
2. BRASIL. Portaria nº 649, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes Saúde da Família, como parte da Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação de Saúde, Série Pactos pela Saúde, Brasília, v. 4, p. 68, 2006.
3. BRASIL. Portaria nº 650, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação de Saúde, Série Pactos pela Saúde, Brasília, v. 4, p. 68, 2006.
4. BRASIL. Portaria nº 822, de 17 de abril de 2006. Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação de Saúde, Série Pactos pela Saúde, Brasília, v. 4, p. 68, 2006.
5. BRASIL. Portaria nº 2.133 de 11 de setembro de 2006. Define o valor mínimo da parte fixa do piso de Atenção Básica – PAB, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos municípios e ao Distrito Federal, e divulga os valores anuais/mensais da parte fixa do PAB, por município e Distrito Federal. Série E. Legislação de Saúde, Série Pactos pela Saúde, Brasília, v. 4, p. 68, 2006.
6. BRASIL. Portaria nº 1.624 de 10 de julho de 2007. Regulamenta, para o ano de 2007, a transferência dos incentivos financeiros referentes à Compensação de Especificidades Regionais – CER, componente da parte variável do Piso da Atenção Básica. Série E. Legislação de Saúde, Série Pactos pela Saúde, Brasília, v. 4, p. 68, 2006.
7. BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

Promoção da Saúde

1. BRASIL. Portaria nº 1.190, de 14 de julho de 2005. Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, e dá outras providências. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, v. 1, p. 60, 2006.
2. BRASIL. Portaria nº 2.608, de 28 de dezembro de 2005. Define recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde das capitais. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, v. 1, p. 60, 2006.
3. BRASIL. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, v. 1, p. 60, 2006.
4. BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.010, de 8 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, v. 1, p. 60, 2006.
5. BRASIL. Portaria nº 23, de 18 de maio de 2006. Estabelece a composição do Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, v. 1, p. 60, 2006.
6. BRASIL. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>

Academia da Saúde

1. BRASIL. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719_07_04_2011.html>
2. BRASIL. Portaria nº 1.401, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Incentivo para construção de Pólos da Academia da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3157_27_12_2011.html>
3. BRASIL. Portaria nº 1.402, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde, os incentivos para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1401_15_06_2011.html>
4. BRASIL. Portaria nº 3.110, de 26 de dezembro de 2011. Autoriza o repasse

financeiro do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde Municipal a ser alocado no Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS), para o desenvolvimento da Política Nacional de Promoção da Saúde, no âmbito das práticas corporais/atividade física, similares ao Programa Academia da Saúde, com ênfase na integração das ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1402_15_06_2011.html>

5. BRASIL. Portaria nº 3.157, de 27 de dezembro de 2011. Homologa os Municípios ao recebimento do incentivo para custeio das ações de promoção de saúde do Programa Academia de Saúde e homologa os Municípios que receberão recursos financeiros para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional nesses polos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html>

6. BRASIL. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2684_08_11_2013_rep.html>

7. BRASIL. Portaria nº 2.684, de 8 de novembro de 2013. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em Desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa Academia da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1031_20_05_2014.html>

8. BRASIL. Portaria nº 24, de 14 de janeiro de 2014. Redefine o cadastramento do Programa Academia da Saúde no Sistema de Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (SCNES). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0186_14_03_2014.html>

9. BRASIL. Portaria nº 183, de 30 de janeiro de 2014. Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação. Sistema de Legislação da Saúde BRASIL. Portaria nº 186, de março de 2014. Altera os anexos I e II da Portaria nº 24/SAS/MS, de 14 de janeiro de 2014, que redefine as regras para o cadastramento do Programa Academia de Saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1239_06_06_2014.html>

10. BRASIL. Portaria nº 1.031, de 20 de maio de 2014. Habilita programas em desenvolvimento nos Municípios como similares ao Programa Academia de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0024_14_01_2014.html>

11. BRASIL. Portaria nº 1.239, de 6 de junho de 2014. Prorroga, por mais 60

(sessenta) dias, o prazo fixado no parágrafo 6º do art. 3º da Portaria nº 183/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0183_30_01_2014.html>

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

1. BRASIL. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria971_03_05_06.pdf>
2. BRASIL. Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/decreto5813_22_06_06.pdf>
3. BRASIL. Portaria nº 1.600, de 17 de julho de 2006. Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1600_17_07_06.pdf>
4. BRASIL. Portaria nº 853, de 17 de novembro de 2006. Incluir na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 – Práticas Integrativas e Complementares. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria853_17_11_06.pdf>
5. BRASIL. Portaria nº 154, de 18 de março de 2008. Recompõe a Tabela de Serviços/Classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154sas_18_03_08.pdf>
6. BRASIL. Portaria nº 2.960, de 09 de dezembro de 2008. Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria2960_09_12_08.pdf>
7. BRASIL. Portaria nº 07, de 27 de janeiro de 2009. Aprova as Normas Reguladoras do Exercício da Acupuntura no Âmbito do Serviço de Saúde do Exército. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria07_27_01_09.pdf>
8. BRASIL. Portaria nº 84, de 25 de março de 2009. Adequa o serviço especializado 134 – Serviço de Práticas Integrativas e sua classificação 001 – Acupuntura. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria84_25_03_09.pdf>
9. BRASIL. Portaria nº 374, de 1º de outubro de 2009. Aprova a Norma Técnica

nº 001/2009, que dispõe sobre as “Especificações Técnicas para o Aproveitamento de água mineral, termal, gasosa, potável de mesa, destinadas ao envase, ou como ingrediente para o preparo de bebidas em geral ou ainda destinada para fins balneários”, em todo o território nacional na forma do Anexo a esta portaria. Disponível em: <http://www.dnpm-pe.gov.br/Legisla/Port_374_09.htm#5.4.4>

10. BRASIL. Portaria nº 48, de 25 de fevereiro de 2010. Aprova a diretriz para implantação dos Núcleos de Estudos em Terapias Integradas (NETI) no âmbito do serviço de saúde do exército. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria48_25_02_2010.pdf>

11. BRASIL. Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria886_20_04_2010.pdf>

12. BRASIL. Portaria nº 127, de 25 de março de 2011. Aprova o Roteiro Técnico para elaboração do Projeto de Caracterização Crenoterápica para águas minerais com propriedades terapêuticas utilizadas em complexos hidrominerais ou hidrotermais. Disponível em: <http://www.dnpm-pe.gov.br/Legisla/Port_127_11.htm>

13. BRASIL. Portaria nº 470, de 19 de agosto de 2011. Inclui na Tabela de Serviços/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, no serviço de código 125 – Serviço de Farmácia, a classificação 007 – Farmácia Viva. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria470_19_08_11.pdf>

14. BRASIL. Portaria nº 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0533_28_03_2012.html>

Banco de Dados sobre Práticas Corporais na Atenção Básica

1. Promovendo saúde: atividade física coletiva na Estratégia Saúde da Família Vila Anália

Durante a assistência ao hipertenso pela equipe foi observado que a maioria era sedentário, quanto questionado sobre o motivo da não realização de atividade física foi verificado que os mesmos sabiam da importância, dos efeitos, entretanto, não realizavam em decorrência da ausência de uma companhia, haja vista que caminhar sozinho é desmotivador.

2. Relato de uma oficina de capacitação de profissionais de saúde no Pará – a prevenção do câncer na carona da promoção de práticas alimentares saudáveis

Trabalhar com o câncer é um grande desafio para os profissionais de saúde na Atenção Básica, mas que vale a pena ser enfrentado em função das possibilidades de prevenção da doença, ainda desconhecidas por muitos. Relatamos aqui a experiência de uma capacitação profissional realizada pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e pela Secretaria Estadual de Saúde Pública do Estado do Pará sobre o tema da prevenção de câncer pela alimentação, nutrição e atividade física.

3. Práticas corporais e educativas na atenção básica

Criado em agosto de 2012 no município de Esmeraldas Minas Gerais, o grupo inicialmente composto por idosos e atualmente abrangendo adultos, tem como objetivo prevenção, recuperação de doenças crônicas e controle de patologias associadas através de práticas educativas e de atividades físicas. O abandono ao sedentarismo dos envolvidos na experiência e o alcance dos objetivos acima citados é um ganho para a população com melhoria na qualidade de vida.

4. Melhoria da qualidade de vida do idoso hipertenso e/ou diabético, num relato de experiência do Nasf – Gravatá/Pernambuco

Através de atividades físicas regulares, orientação de uma alimentação saudável e posturas adequadas para diminuição de dores lombares, conseguimos em 03 anos de trabalho um bom índice na melhoria dos usuários adeptos.

5. Atividade física em equipe: uma relação saudável

Manter um ambiente de trabalho saudável é de extrema importância para maior efetividade no trabalho. Baseados nesse conceito, os profissionais da Fisioterapia da USP RP iniciaram, no

Núcleo de Saúde da Família 2, o “Grupo dos profissionais”. Com o objetivo de realizar exercícios ativos, de alongamento e relaxamento, atuando na promoção de saúde, na prevenção de doenças e na integração dos profissionais tem uma resposta positiva da equipe.

6. Grupo de gestantes como espaço de troca de saberes: a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família – UFSC – PMF

O relato descreve a experiência dos Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família/UFSC/PMF/CS Prainha com o Grupo de Gestantes em 2012. Foram abordados temas como modificações gravídicas, alimentação da gestante e do bebê, saúde bucal, atividade física, benefícios sociais e direitos da gestante, humanização do parto e empoderamento da mulher, amamentação e cuidados com o recém-nascido, através de vídeos, jogos, palestras e rodas de conversa entre gestantes e equipe multiprofissional.

7. Caminhar saudável

Idosos que vinham ao ESF Conservas, Lajeado, RS para verificar pressão, HGT e peso e que eram sedentários, foram convidados pela equipe à iniciarem grupo de caminhada. O objetivo desta ação é melhorar os níveis glicêmicos, a pressão arterial, a autoestima, as relações interpessoais deste público. A proposta é a melhora de sua qualidade de vida, pois além da caminhada também são orientados quanto à adesão do medicamento e também cuidados com a alimentação.

8. Agita Rural

O Agita Rural é uma experiência de atividade física com pessoas moradoras na zona rural do município de Andradina/SP, desenvolvido pelo Educador Físico do Nasf, que se desloca para várias áreas rurais da cidade, utilizando espaços e materiais alternativos para desenvolvimento destas práticas. Trouxe uma nova realidade no campo. As famílias saíram da rotina e além de pensar no seu sustento, participam das atividades físicas como forma de lazer e melhor qualidade vida.

9. Projeto “Agita Rio Pardo”

O Agita Rural é uma experiência de atividade física com pessoas moradoras na zona rural do município de Andradina/SP, desenvolvido pelo Educador Físico do Nasf, que se desloca para várias áreas rurais da cidade, utilizando espaços e materiais alternativos para desenvolvimento destas práticas. Trouxe uma nova realidade no campo. As famílias saíram da rotina e além de pensar no seu sustento, participam das atividades físicas como forma de lazer e melhor qualidade vida.

10. Saúde em Movimento

Diante da magnitude das internações por DCNT resolvemos trabalhar com o grupo de hipertensos e diabéticos a atividade física e alimentação saudável contando com o apoio psicológico, o grupo é composto por equipe multiprofissional onde já foram observados resultados satisfatório como: redução no consumo de medicação, melhora do sono e do humor, agilidade, independência, agilidade e consumo alimentar. São realizadas atividades físicas, massagens, orientações nutricionais e apoio psicológico.

11. Melhoria na qualidade de vida de mulheres na menopausa – relato de experiência

Oficina com 09 mulheres, durante visita dos acadêmicos de enfermagem juntamente com os preceptores do grupo, um psicólogo e um educador físico, residentes em saúde da família, para conhecermos o grupo, no segundo momento iniciou com uma roda de conversa, o assunto escolhido pelas participantes foi a temática menopausa e em um terceiro momento foi realizado uma dinâmica com o grupo explicando o conceito de menopausa seus sinais e sintomas e a importância da atividade física e uma boa alimentação.

12. Projeto Agita Três Barras: academia ao ar livre

As academias ao ar livre são espaços públicos voltados para o lazer e a prática de atividades físicas da população. Em Três Barras/SC foram implantadas duas Academias ao Ar Livre, onde o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), o qual decidiu desenvolver o Projeto Agita Três Barras, e juntamente com o apoio da equipe da saúde da família buscou atrair as pessoas sedentárias, hipertensas, diabéticas e obesas para a prática de exercícios físicos.

13. Ação intersetorial com população em situação de rua em Campo Grande/MS: tuberculose; saúde da mulher, álcool e droga, DST/Aids, atividade física

A população em situação de rua é um grupo de elevada vulnerabilidade na aquisição de doenças como a tuberculose e infecções sexualmente transmissíveis. Esta população sofre discriminação e muitas vezes são impedidas de entrar em unidades de saúde para busca de atendimento. Diante disso, o programa municipal de tuberculose do município de Campo Grande/MS desenvolveu ações intersetoriais com esta população no Centro de Triagem e Encaminhamento do Migrante (CETREMI) e Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro-POP) envolvendo saúde da mulher, testagem DST/Aids e outros.

14. 1ª Ação da Saúde do Homem em Porto Murtinho/MS

Visou à educação em saúde dos homens em promoção e prevenção. Ocorreu em horário alternativo, proporcionando aos que trabalham no horário comercial participarem. Realizadas aferições de pressão, pesagem, teste rápido de HIV, palestras educativas na linha de cuidados de Hipertensão e Diabetes, além de atividade física. Um público numeroso e surpreendentemente participativo compareceu, a parceria com as escolas foi extremamente importante, possibilitando alunos do período noturno de participarem.

15. I Caminhada dos Idosos: “Combate ao Sedentarismo”

Foi uma experiência significativa para o município. Nosso objetivo foi realizar uma mobilização social para evidenciar a necessidade e estimular a inserção da prática de atividade física no dia a dia da comunidade. Estratégia multidisciplinar, que mobilizou um grupo que necessita de atenção especial, promovendo inserção social, lazer e melhora da autoestima, buscando minimizar os riscos e agravos à saúde da população. A meta planejada foi alcançada com resultado significativo.

16. Atividade física na promoção e prevenção de saúde com satisfação

A atividade física é um dos eixos da atenção básica a ser trabalhado. Então procurei levar estas atividades concebendo a prevenção e a promoção trabalhando o calendário de saúde de forma prazerosa, onde os usuários recebem as informações, trabalham a sua reabilitação e auxílio dos agravos já instalados sem ficar muito desgastante. Assim procurei estudar mais as formas de atividades físicas direcionadas (através de uma especialização) para que trabalhasse de forma certa e que atinja os objetivos.

17. Sempre Vale a Pena!

A atividade Física tem contribuído significativamente para mudança de antigos hábitos, o de fumar é um deles. A rotina de uma prática corporal ajuda ao fumante a esquecer por algumas horas na semana seu mau hábito. Além de tudo, os exercícios físicos reduzem o peso corporal, melhora a capacidade cardiorrespiratória trazendo benefícios a saúde a longo prazo. Uma ex-fumante relata que deixou de fumar quando iniciou os exercícios no grupo de práticas corporais do Nasf.

18. Ações intersetoriais melhorando a qualidade de vida dos idosos de Congo/PB

Numa cidade de menos de cinco mil habitantes a equipe ESF I coordena ações junto à sec. de Ação Social, sec. de Obras, setor de transportes, rádio comunitária, filarmônica, escolas e creches para melhora da qualidade de vida dos idosos. Assim conseguimos realizar serestas, cinemas nas calçadas e na zona rural, passeios, atividades físicas com fisioterapeuta, professor de dança. inclusão digital, com resultados gratificantes e redução do uso dos "diclofenacos e diazepans".

19. Atividade física para idosos como forma de promover o cuidado integral: relato de experiência

Trata-se de um relato de experiência com o objetivo de analisar a importância da criação de um grupo de atividade física para idosos, que visa promover o cuidado, na perspectiva de consolidar a saúde integral ao idoso, a partir de práticas saudáveis. Desta forma a partir de uma demanda de uma Unidade de Saúde da Família, foi criado um grupo de atividade física para idosos.

20. Inclusão da atividade física no cuidado assistencial aos pacientes portadores de diabetes e hipertensão na Policlínica Regional Dr. Guilherme March

O projeto foi realizado com intuito de implementar o cuidado aos diabéticos e Hipertensos. O objetivo principal foi captar pacientes para o grupo de Hipertensão, tirando dúvidas e transmitindo a importância em adquirir estilo de vida saudável, com atividades físicas e alimentação adequada. Portanto, é importante que outros conheçam o projeto, porque além de captar usuários ao grupo do Hipertensão, permitiu que a atividade física fosse introduzida em um serviço de saúde do SUS.

21. Inserção do Profissional de Educação Física no curso de gestantes realizado pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Nasf: Relato de experiência.

A atividade física pode ser considerada como a Panaceia, o remédio para todos os males, e é por isso que vem se tornando uma das estratégias não medicamentosa no tratamento de diversas doenças. Além disso, a prática regular de atividade física é um componente importante na promoção da saúde e na prevenção de agravos e doenças nos serviços de saúde. Durante toda a vida é importante manter-se fisicamente ativo, inclusive na gestação, pois traz benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê.

22. A atividade física na equipe de saúde da família – Projeto Vida em Movimento – Itaboraí/RJ

Participação da equipe no Polo de Ginástica do Município proporcionou para todos equipe da ESF uma ótima atividade de relaxamento, motivação e recreação. A atividade foi proposta após constatar em membros da equipe onze funcionários com sobrepeso e falta de hábitos saudáveis. É uma carga de estresse gerada pelo cotidiano de trabalho, onde as dificuldades das famílias assistidas que se tornam um peso, necessitando assim de espaços alternativos para ser extravasado, e revertido de forma positiva.

23. Eu quero ser feliz hoje

Esta experiência foi vivenciada no Grupo de Terapia Tematizada por Tempo Determinado com pessoas que sofrem de depressão. A partir da observação e da vivência no grupo de atividade

física desenvolvido pela equipe Nasf, a aproximação com os comunitários permitiu que algumas pessoas revelassem sua relação com a depressão. Senti a necessidade, como profissional de saúde mental, de trabalhar a temática visto que elas fizeram referência que tinham depressão e tomavam remédios antidepressivos.

24. Mudança de hábito

A partir de uma visita domiciliar por uma equipe multiprofissional, identificamos uma usuária com obesidade mórbida pesando 120 quilos, iniciamos uma orientação alimentar que resultou na perda de 43 quilos em um acompanhamento de mais de um ano, onde a mesma normalizou seus índices glicêmicos, edemas, úlcera varicosa em uma das pernas e outras complicações da obesidade, recuperou a autoestima e hoje consegue realizar suas tarefas diárias e prática atividade física três vezes na semana.

25. Projeto Cintura Fina: trazendo saúde, qualidade de vida e vínculo

Sabendo dos altos índices de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e sua relação com hábitos de vida, o Projeto Cintura Fina realiza ações voltadas para redução das DCNT entre usuários de UBS do município de Vitória de Santo Antão. Após triagem dos usuários, são feitas intervenções envolvendo educação em saúde, prática regular de atividade física, acompanhamento nutricional e suporte social. O projeto vem obtendo resultados positivos e aumentando a qualidade de vida e vínculo com o usuário.

26. Nível de atividade física em pacientes com diabetes mellitus, participantes do Hiperdia

Trata-se de um relato de experiência em reuniões do Hiperdia, programa que tem como objetivos a gestão do cuidado vinculado ao portador de diabetes mellitus e hipertensão nas equipes de saúde, monitorando a qualidade clínica, controle de agravos e fatores de risco. Verifica-se e demonstra-se através de relatos e palestras quais os benefícios da atividade física para o controle da glicemia da população assistida.

27. Semeando cuidados para colher saúde

O projeto visa sensibilizar a comunidade quanto à importância do descarte do lixo e estimular o reaproveitamento de materiais recicláveis incentivando hábitos de vida sustentáveis. Proposta: coletar os materiais para confeccionar os insumos necessários à realização de um programa específico de exercícios físicos, promovendo o bem-estar biopsicossocial deste grupo. Tal coleta, juntamente com a prática de atividades físicas torna a comunidade protagonista, além de estimular atitudes sustentáveis.

28. Grupo de Hiperdia – Atividade Física e Educação em Saúde

O grupo de Hiperdia realizado no município de Iguatu/CE acolhe todos os hipertensos e diabéticos que desejam se inserir, com atividades semanais de promoção à saúde e de prevenção à doenças, sendo realizado atividade física (alongamentos e exercícios com acessórios), dinâmicas de interação e aquecimento e roda de conversa sobre assuntos relacionados à saúde, de interesse comum a todos.

29. Projeto “Trabalhador Saudável, Saúde Forte”: relato de experiência da inserção de ginástica laboral em PSF pilotos de Guanambi/Bahia

Visando uma melhoria na qualidade de vida dos trabalhadores, este projeto se propõe a realizar um programa variado de exercícios, para amenizar e/ou eliminar os problemas osteomioarticulares causados pela má postura, AVD somadas com as atividades repetitivas e pelo excesso de esforço muscular verificados no trabalho. Promover práticas ergonômicas e de atividade física, evitando doenças ocupacionais e favorecer o entrosamento para o desenvolvimento de um ambiente de trabalho harmonioso nas ESF.

30. Cuidando do meio ambiente e promovendo saúde

Esta atividade foi desenvolvida com intuito de melhorar e promover a qualidade de vida da população das Unidades Básicas de Saúde (UBS), através da atividade física e nutricional, além de sensibilizá-los acerca da importância de preservar o meio ambiente. Para tanto, realizamos um evento no Parque Ambiental Severino Montenegro, no município de Caruaru-PE com a intervenção multiprofissional das UBS e Nasf. Contamos com o apoio intersetorial das Secretarias de Meio Ambiente e da Educação.

31. Grupo Reeducação para Emagrecer

O objetivo é orientar à reeducação alimentar como forma de tratar o excesso de peso e evitar danos à saúde associados à má alimentação. São oferecidas, por pequenos produtores da agricultura familiar, frutas para consumo durante os encontros. Conta com uma equipe multiprofissional. Ainda tem o apoio do Grupo de Caminhada Orientada que recebe os participantes interessados na prática de atividade física. Ao final dos encontros é oferecido auriculoterapia como auxílio no processo de emagrecimento.

32. Projeto Grupo Viva Feliz: caminhar com qualidade para viver melhor

O Projeto Caminhar para a Saúde foi implementado, visando garantir à população acesso à prática de atividade física, estabelecendo como meta a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar dos munícipes. O grupo iniciou em 2008, com uma equipe multidisciplinar, sua frequência se dá as

terças e quintas das 07 às 09 horas. Pode-se observar grande melhoria na saúde, como redução de peso, dos índices pressóricos, glicemia capilar, estresse e uso de medicações antidepressivas.

33. Projeto Mais Saúde

O projeto Mais Saúde, foi criado com intuito de expandir ações envolvendo práticas corporais e atividades físicas, visa uma melhor qualidade de vida e promoção da saúde da população de Hidrolândia. O projeto está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, sendo as aulas ministradas por professores de educação física, e conta com o apoio de profissionais da saúde, como: fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. O projeto Mais Saúde demonstra ótimos resultados e aumento significativo de participantes.

34. Hiperdanção Arterial – sua alegria vai subir

No contexto da política nacional de humanização do SUS, a Unidade da Saúde da Família Bairro Castrioto (Petrópolis/RJ) desenvolve aulas de dança com um grupo de portadores de hipertensão arterial/diabetes, estimulando a prática de atividade física, interação social e alegria compartilhada. O trabalho soma-se à prática de alongamento realizada há 12 anos com o grupo, que é acompanhado por toda a equipe e regularmente avaliado e examinado, com resultados positivos na produção da saúde.

35. Atividade física e educação em saúde: Grupo Corpo

As doenças crônicas estão presentes em grande parte da população, que procura o serviço tardiamente, e como em uma cadeia, o próprio trabalho agrava a dor, e ao mesmo tempo é difícil parar de trabalhar por causa de toda dinâmica socioeconômica que estão inseridos, assim, fatores emocionais estão frequentemente associados. Com o intuito de melhorá-los, e resgatar a autoestima e a socialização, criou-se o Grupo Corpo, no qual são realizadas atividades físicas aliadas a educação em saúde.

36. Gestão participativa e intersetorialidade: estratégia eficaz para a promoção da saúde na 3^o idade

A vivência das experiências apresentam uma nova perspectiva na abordagem da promoção da saúde, com foco no trabalho intersetorial, voltado para os anseios da população idosa do nosso município. As experiências englobam temáticas de Práticas corporais e atividade física, produção do cuidado e modos de vida saudáveis, promoção da alimentação saudável, práticas artísticas e culturais, educação em saúde e mobilização da comunidade.

37. Uma palestra sobre alimentação saudável para adolescentes de uma escola pública de Belém do Pará: relato de experiência

Foi realizada uma palestra sobre Alimentação Saudável para 30 alunos da 6ª série de uma escola pública em Belém/PA. Na palestra foram abordados alguns assuntos como: alimentação saudável, pirâmide alimentar, índice de massa corporal (IMC), prevenção de doenças, importância da atividade física. Logo após, realizamos uma dinâmica, passando um balão, uma música estava tocando e ao parar, o aluno estourava o balão e respondia a pergunta. No final entregamos uma fruta com um informativo nutricional do alimento para cada aluno.

38. Saúde e atividade física na atenção básica

Estudos comprovam que a atividade física pode atuar na promoção e recuperação da saúde. Tendo em vista o exposto, organizou-se o Grupo de Caminhada com os usuários da Unidade de Saúde da Família Herdeiros, em Porto Alegre. O grupo vem sendo desenvolvido desde março/2011 e busca incentivar à prática de exercícios físicos. Após dois anos, os usuários relatam melhorias na sua qualidade de vida, como maior resistência e disposição para atividades cotidianas e melhora no humor.

39. V Feira de Saúde e Artesanato de Roda de Fogo

Em 25 de outubro de 2013 a comunidade de Roda de Fogo, em Recife, parou para ver e construir esta feira de saúde organizada pela USF Cosirof (Comissão de Saúde Independente de Roda de Fogo) sobre temas como autocuidado, atividades físicas, alimentação saudável, saúde bucal, fitoterapia, prevenção de hipertensão arterial, diabetes, hanseníase e tuberculose. Foi muita gente legal, do Nasf, NAPI e academia da cidade que participaram com a equipe de saúde da família, fazendo este um dia muito especial e educativo, teve até bingo e peça teatral.

40. “Projeto Saúde em Movimento”: chimarrão, sorvetchê e atividade física

Educação em Saúde, na Atenção Básica, valorizando a escuta um trabalho de FoRmiGUInha!!!! Este projeto este direcionado ao público hipertenso/diabético, obeso e saúde mental. O mesmo foi desenvolvido por profissionais da UBS, e profissional liberal (fisioterapeuta) e atende às pessoas que estejam cadastradas na Secretaria Municipal de Saúde de Braga/RS e também a comunidade em geral, sem patologias. O projeto “Saúde em Movimento” busca proporcionar educação em saúde.

41. Aplicação da escala de depressão geriátrica em idosos que realizam atividades físicas no município de Caxias/MA

O exercício físico é o que tem melhores resultados para prevenção ou mesmo tratamento de

sintomas depressivos em idosos, pois ajuda na regulação das substâncias relacionadas ao sistema nervoso, melhora o fluxo de sangue para o cérebro, ajuda na capacidade de lidar com problemas e com o estresse. Além disso, auxilia também na recuperação da autoestima.

42. Grupo de Caminhada: a perspectiva do usuário

Diante dos benefícios já conhecidos da atividade física, os Grupos de Caminhada surgem em serviços de saúde com o objetivo de estimular e viabilizar essa prática. Para além dos benefícios osteomusculares e cardiovasculares, foi observado no Grupo de Caminhada da USF Barra do Gil, satisfação dos usuários no campo da subjetividade: sentir-se bem, pertencente a um grupo, etc. Portanto, surge esse relato com o objetivo de descrever os benefícios desse Grupo Caminhada sob o olhar do usuário.

43. O Nasf de Silva Jardim/RJ e os grupos de Saúde e Atividade Física

Os Grupos foram iniciados em dois bairros do município de Silva Jardim/RJ com o objetivo de promover saúde e preparar um grupo para a realização de atividades físicas nos antes do início das atividades da Academia da Saúde. Além das atividades de Alongamento e Caminhada, são desenvolvidas outras ações de promoção da saúde, dentre elas: avaliação antropométrica, pesagem, orientação nutricional e de alimentação saudável, palestras de educação em saúde, ações intersetoriais, entre outras.

44. Exercício físico como estratégia de intervenção na qualidade de vida!

Há 7 meses, enquanto profissional de educação física no Nasf na Cidade de Caratinga, trabalho em 8 PSF com prevenção e promoção da saúde em grupos de 3ª idade, Hipertensão e de controle do peso com atividades aeróbicas e de força; grupos de reeducação postural com alongamento para alívio de dores; grupo de dança e palestras educativas para prevenção à gravidez na adolescência; grupos de tabagismo com palestras (importância da atividade física para fumantes). Intervindo em melhor qualidade de vida.

45. Projeto Vida Saudável

O Projeto Vida Saudável surgiu da necessidade de se fazer um trabalho preventivo no sistema de saúde do município. Consiste na prática de atividade física regularmente 3 vezes por semana. O objetivo é envolver os usuários do sistema de saúde principalmente os idosos, hipertensos, diabéticos, de sofrimento psíquicos e outros para a prática de atividade física. A adesão é grande e o sucesso do projeto é fato.

46. Grupo Melhor Idade

O grupo Melhor Idade é de suma importância para a promoção e prevenção de saúde da

população acima de 50 anos, pois nesse trabalho pontuamos atividades físicas básicas (alongamento, relaxamento), atividades expressivas, manuais e oficinas. Diante disso, enfatizamos a saúde, diminuimos a ociosidade, aumentamos a autoestima, e vemos o fazer como exercício terapêutico.

47. Motivadores da Atividade Física: caminho para a vida

Todos sabemos que a atividade física é importante para a saúde, mas não é um comportamento fácil de inserir no cotidiano. Vivemos em cidades com pouca estrutura para fazer atividades físicas de forma segura e gratuita, sem contar na falta de profissionais para uma boa orientação! O projeto motivadores da atividade física surgiu com o objetivo de orientar os profissionais da ESF e a comunidade sobre a importância da atividade física, e motivar as pessoas a tornarem-se ativas no dia a dia.

48. Movendo-se na terceira idade!

Esta experiência relata nosso trabalho com o grupo de idosos da Unidade de Saúde da Família do Maracanã em São Luís/MA. A partir das queixas constantes de dores articulares e da observação do grau de preocupação com conflitos familiares durante o atendimento, decidimos inserir a prática de atividade física como forma de intervenção, considerando os seus benefícios comprovados para a saúde física e mental. Entre as atividades desenvolvidas estão exercícios físicos, dança, comemorações e passeios.

49. Avaliação atividade física

Estudar o nível de atividade física em indivíduos de 20 a 59 anos, de ambos os sexos, da cidade de Novo Hamburgo.

50. Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde – CERPIS

Unidade Básica de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde/DF com atendimentos individuais e em grupos voltados para as Práticas Integrativas em Saúde como homeopatia, fitoterapia, acupuntura, medicina e terapias antroposóficas, medicina natural, psicologia, educação popular em saúde, autoconhecimento, práticas corporais, alimentação integral, remédios caseiros, bordado terapia, entre outras. Possui prédios para acolhimento, consultas ambulatoriais, farmácia viva, pista para atividades físicas e tendas para oficinas.

51. Grupo antitabagismo: caminhada como estilo de vida para usuários da clínica da família

Durante minha trajetória como ACS, percebi no cadastro de usuários um auto índice de dependência do tabagismo, muitos desses eram hipertensos, diabéticos e obesos. Pensando na

melhor maneira de ajudá-los, foi criado um grupo de tabagismo em nossa unidade onde participo duas vezes na semana com esses usuários inscritos. Por eu ser aluno de educação física, criamos um grupo de caminhada para auxiliar os usuários a atividade física melhorando assim sua qualidade de vida.

52. Grupo de convivência “Unidos para Bem Viver”

"Unidos para Bem Viver" foi o nome escolhido pelos integrantes deste grupo, no qual as atividades são realizadas todas as quintas-feiras, com atividades integrativas coordenadas por mim, psicóloga, e com a parceria de equipe multiprofissional: educador físico, assistente social, fisioterapeuta, enfermeira, cirurgião dentista, técnicas de enfermagem, profissionais da Emater (Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural), etc. São ações de promoção de saúde e qualidade de vida, com atividades físicas e incentivo a hábitos saudáveis.

53. I oficina para gestantes

No dia 19 de setembro de 2013 foi realizada a primeira oficina para gestantes, onde foi trabalhado o estudo do cartão da gestante, amamentação, atividade física e puerpério. Todas essas atividades foram trabalhadas de forma lúdica, com exposição de cordel, paródia e repente, músicas e dinâmicas. Nos eventos procuramos enfatizar a cultura popular falando uma linguagem simples para que todos possam participar.

54. Viver e Brilhar

Viver e Brilhar é o nome do grupo que se reúne semanalmente na Unidade de Saúde Parque dos Maias, promovendo a qualidade de vida e trabalhando questões de autoestima, autonomia e integração social, mediados pela arte. Esta arte é realizada a partir da bagagem pessoal de cada participante, que compartilha o seu saber com os demais, uma vez que potencializa o interesse pelo autocuidado (controle da pressão arterial, nutrição, atividade física etc.) e estimula a geração de renda.

55. PET Saúde: ressignificando o cuidado em saúde

Programa multidisciplinar de reeducação para enfrentamento dos comportamentos de risco para Doenças crônicas não transmissíveis. Construção partilhada (alunado, preceptores, tutores e comunidade) que propõe uma nova abordagem da obesidade, valorizando sobretudo, o sujeito. As oficinas se tornam espaços de ressignificação dos cuidados em saúde e construção de novos saberes, possibilita a troca de experiências e oportuniza diversas vivências relacionadas à alimentação, atividade física.

56. Trábilu Amigo do Idoso – Prática corporal e Atividades Físicas

O projeto ligado a Estratégia de Saúde da Família que atende 100% da população. Hoje o projeto que vai ser apresentado atende 85% dos idosos de 60 a 90 anos contribuindo para a prática da atividade física, nutricional, cultural e social.

57. Mudança de hábito: um olhar para o futuro

O grupo Hiperdia realiza oficinas de preparo de sal temperado, nas quais os usuários levam diversos temperos e sal, misturando-os em partes iguais. Esse sal é distribuído na comunidade, através de uma caminhada educativa, orientando a população sobre hábitos alimentares saudáveis e estimulando a prática de atividade física.

58. A inserção do conceito prevencionista e paliativo em reabilitação física em pacientes crônicos

O objetivo deste trabalho é inserir o conceito da prevenção no cotidiano de pacientes com doenças osteomioarticulares crônicas e recrutando a responsabilidade do próprio indivíduo para a melhora sua qualidade de vida, reduzindo a utilização indevida (automedicação) de anti-inflamatórios e ampliando a prática da atividade física como método reabilitador em um município com visão curativista.

59. Meio ambiente saudável

A Comunidade da Vila Nhocuné costuma realizar práticas corporais e atividades físicas na praça Dr. Pedro Conde de segunda a sexta-feira, mas como o poder público não consegue fazer a manutenção adequada devido a falta de educação da população que suja a praça e lá jogam os seus detritos, quinzenalmente a população do bairro e adjacências que costumam utilizar a praça fazem uma limpeza e também realizam a manutenção das floreiras da referida praça, exercendo assim a sua função de cidadania.

60. Um olhar com uma visão a mais

Uma experiência de afinidades entre o Agente Comunitário de Saúde e a Comunidade onde ocorreu o vínculo, aproximou as pessoas que se reuniram e elaboraram um grupo de atividades físicas visando a promoção da saúde.

61. Atendimento à saúde na comunidade

As equipes de saúde da família, após observarem as dificuldades que os pacientes portadores de hipertensão e diabetes encontravam para se deslocarem até a USB e participarem do GRUPO Hiperdia no PSF, decidiram realizar o atendimento à saúde na comunidade (igreja, centro

comunitário), onde realizam palestras, glicemia, PA, consulta médica, atividade física, distribuição da medicação. Contudo, observou-se a maior adesão ao tratamento e controle, diminuindo as complicações resultantes dessas patologias.

62. Atividades Físicas e Grupos de Caminhada: uma busca à saúde e qualidade de vida

O projeto foi criado com a ajuda da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a população do seu território. As atividades são desenvolvidas em dois grupos: Grupo de caminhada – que tem o intuito de melhorar o condicionamento físico dos participantes, como também buscar a socialização dos mesmos – e Grupo de atividade física – com o objetivo de que cada membro do grupo desenvolva o tônus muscular e consiga regularmente, em outros locais, realizar exercícios físicos.

63. Educação Física: sua inserção e importância nas Unidades de Saúde da Família do Recife/PE

O profissional de Educação Física é um especialista em atividades físicas nas suas mais diversas manifestações, cabendo a ele prestar serviços que oportunizem o desenvolvimento da educação e da saúde visando o bem-estar, qualidade de vida, prevenção de distúrbios funcionais, contribuir para o restabelecimento fisiocorporal dos indivíduos, conduzindo esses serviços tanto em nível individual quanto coletiva, diante disto vimos como é importante a inserção do Educador Físico no SUS.

64. Grupo “Escolha Saudável”- em busca de qualidade de vida

Fundamentada na Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde da OMS surgiu a proposta do projeto “Escolha Saudável” que visou melhorar a qualidade de vida incentivando hábitos alimentares saudáveis e atividade física dos participantes. O objetivo do trabalho foi orientar sobre hábitos alimentares saudáveis; incentivar prática de atividade física; sensibilizar adoção de hábitos saudáveis de vida e como consequência reduzir peso dos participantes.

65. Caminhando para uma vida saudável

Sabe-se hoje que realizar atividade física regularmente traz muitos benefícios para a mente e para o corpo, evitando-se assim comprovadamente muitas doenças e comorbidades relacionadas as mesmas. Com isso a ESF Nossa Senhora Aparecida montou grupos de caminhadas com pessoas em fase adulta e idosos, que acontecem duas vezes por semana, coordenadas pela educadora física, enfermeira e agentes comunitários de saúde. Os integrantes passam por avaliação médica e nutricional. Melhora da qualidade vida.

66. ACS promovendo a qualidade de vida através da caminhada diária.

O pilar que sustenta a ESF é a promoção da saúde e prevenção de agravos. A prática de atividade física é essencial e indispensável para a aquisição de um estilo de vida saudável. Nós, ACS, atuamos diretamente nas comunidades, vivenciando as necessidades e realidades das mesmas. Este é um espaço privilegiado para a nossa atuação em prol de uma melhor qualidade de vida da população.

67. Homem que se cuida não perde o melhor da vida – reuniões mensais com homens do meio rural

A cada três mortes de adultos, duas são de homens. Eles vivem em média sete anos a menos que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e pressão arterial mais elevados. Foram criados grupos de saúde do homem, com reuniões mensais, onde discutimos assuntos relacionados à saúde destes, avaliações médica e odontológica, atividade física e exames de rotina. As reuniões foram de fundamental importância para facilitar e ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde.

68. A atividade física na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis: ação do grupo técnico de atividade física – São Carlos/SP

A relação da atividade física com a saúde é estudada há muitos anos e cada vez mais descobertas confirmam que a prática de atividade física regular atua diretamente na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis tais como, diabetes, obesidade, hipertensão, doenças cardíacas, osteoporose e alguns tipos de câncer. Mesmo conhecendo os benefícios dessa prática, poucas pessoas estão engajadas em uma atividade física regular.

69. Nasf e PSE: promoção de saúde na escola. Orientações em saúde e prática de atividade física.

O Nasf pactuou com o PSE, promover durante o ano de 2013 orientações em saúde e a prática de atividade física nas escolas de educação infantil, fundamental 1 e 2. Com o objetivo de solucionar diagnósticos de obesidade e desnutrição avaliados pelo Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (Sisvan) e promover saúde para todos os escolares através de palestras lúdicas e dinâmicas sobre diversos temas, como alimentação saudável, prática de atividade física, transtornos alimentares entre outros temas.

70. Oficina de Prevenção de Quedas – Regional Redenção – São Carlos/SP

As quedas são um grande problema da saúde pública, devido ao aumento da população idosa, o número de quedas também tem aumentado. Levando assim vários idosos a internações

hospitalares, complicações ortopédicas, limitação da participação da vida em comunidade. A oficina de prevenção de quedas tem o objetivo de atender esses idosos, orientado que a prática da atividade física é importante para prevenção dos efeitos do envelhecimento, diminuindo assim o risco de quedas.

71. A importância dos grupos de diabéticos no controle da glicemia, peso e reeducação alimentar, como qualidade de vida, na ESF Severina de Araújo Souza, Montadas/PB

Formamos um grupo de diabéticos, onde nos reunimos mensalmente, para realizarmos rodas de conversa e avaliação dos mesmos, onde ofertamos teste de glicemia, café da manhã, controle de peso e PA, avaliação nutricional é realizada pela nutricionista Renata. Num estudo de 6 meses com o grupo, observou-se que mais de 60% tiveram seus índices glicêmicos diminuídos, adquiriram novos hábitos alimentares, atividade física, perda de peso, como também participação ativa nas conversas, melhorando assim a qualidade de vida.

72. Saúde e desenvolvimento humano e social na adolescência

A experiência relatada trata das atividades da equipe PRO-PET Saúde – UNISUL/MS/MEC – Prefeitura de Florianópolis tem base na educação popular em saúde focalizando os adolescentes das ações socioeducativas da Fundação CASAN (entidade assistencial instituída pela Companhia Catarinense de Água e Saneamento). A abordagem dos conteúdos foi centrada no desenvolvimento físico e emocional, no direito sexual e reprodutivo, nas relações de gênero, no protagonismo juvenil, na alimentação saudável, na atividade física e na cultura da paz. O trabalho é multiprofissional e intersetorial.

73. Grupo de Exercícios no Centro de Saúde Martins Fontes – uma vivência diferenciada

As novas políticas de incentivo a Promoção da Saúde, abrem espaço para intervenções alternativas na Atenção Básica. Os grupos de atividade física representam uma contribuição para a promoção da Saúde e cuidados mais integral para os usuários de serviços do SUS.

74. Caminhar é saúde

Grupo de caminhada de uma unidade básica de saúde iniciado em 2008 por uma agente comunitária, uma auxiliar de serviços gerais e uma enfermeira mostra que atividade física não é apenas um cuidado com o corpo biológico mas também com o “corpo” psicológico e social. Espaço de troca de orientações de exercícios, experiências de vida e superação!

75. Falando sobre diferentes aspectos da adolescência com olhar ampliado.

Somos um grupo de profissionais das equipes de saúde de nossa UBS que resolveu inovar a abordagem com os adolescentes em atividades nas escolas. Fazemos oficinas semanais quando trabalhamos temas como Saúde e Beleza; Alimentação; Atividade Física; Saúde Bucal; Piercing e Tatuagem; Sexualidade; DST/AIDS; Gravidez na Adolescência; Álcool, tabaco e Drogas; Violência e Segurança (convidamos também o CAPS e a Guarda Municipal). Entre outros temas, os de destaque pelas Zoonoses, como Dengue.

76. Mexe Campina: programa de incentivo à prática de atividade física em Campina Grande/PB

Esta experiência estimula a população a desenvolver um estilo de vida saudável mostrando que pelo menos 30 minutos de atividade física diária, seja leve ou moderada, pode melhorar a qualidade de vida do indivíduo e reduzir os riscos de desenvolverem DCNT; Cadastrar os usuários no programa; Realizar prática de Atividades Físicas diárias para a população nos espaços públicos de lazer (avenidas, praças), UBSF, academias ao ar livre, trabalhando também junto ao Nasf a desenvolver ações de atividade física.

77. Grupo Alma Jovem – muito além da atividade física

A Fundação Municipal de Esportes (FME) de Balneário Camboriú/SC criou um projeto Chamado Maturidade Saudável (destinada a pessoas acima de 50 anos) na qual um Professor de Ed. Física ministra as aulas semanais nos bairros do Município. As ESF são os principais mediadores neste projeto, pois convidam a comunidade a participar dos encontros. A participação ativa da nossa ESF neste grupo trouxe resultados além do esperado: o vínculo tornou o grupo independente para atividades de saúde, lazer e cultura.

78. Agita Santa Fé, promovendo a saúde através da informação e atividade física

Um dia de sol, 3 profissionais de saúde, poucos pacientes e uma praça vazia. Outro dia de sol, 4 profissionais de saúde, muitos pacientes e uma praça que encontrou sua razão de existir: ser o espaço onde acontece a promoção da saúde. No intervalo entre esses dois dias de sol houve outros, com sol, com nuvens, com poucos e muitos pacientes. Os profissionais determinados em sua missão e a praça foram as constantes nesta história. Juntos, continuam mudando a vida de muita gente, inclusive a sua.

79. Jogo de Cintura

Práticas corporais a chave para prevenção de doenças. No Centro de Saúde do Itapoã estamos

aplicando atividade física dentre elas temos o Pilates uma modalidade que visa centrar a mente para permanecer aqui e agora. Com a concentração, desconectamos a mente do corpo e realizamos os exercícios com precisão. Além do Pilates temos o alongamento, musculação, atividade recreativa, dança de roda e materiais alternativos. Associando atividades educativas sobre nutrição, HAS e DM.

80. VidAtiva

O projeto iniciou em março de 2006. Em 2009, com implantação do Nasf, o diferencial foi atendimento as áreas rurais, promovendo estilo de vida mais ativo e saudável. Hoje, ampliado, atende 13 USF e 2 UBS. O objetivo do projeto é estimular a prática de no mínimo 150 min semanais de atividade física, associada a alimentação saudável e a melhora da saúde mental. Semestralmente é realizada avaliação física e nutricional para obtenção de dados comparativos e planejamento de ações de cuidado a saúde.

81. Qualidade de vida através da Atividade Física e Educação em Saúde

Busca da qualidade de vida através da atividade física e educação em saúde, com trabalho interdisciplinar nas áreas da saúde, educação, assistência social e trânsito, desempenhando importante função na prevenção de DANT; na promoção da qualidade da saúde mental, promovendo aumento da autoestima ficando assim, mais motivados para cuidarem de si mesmos, a realizarem atividades físicas, alimentação saudável e optarem por atividades prazerosas, reduzindo violências e acidentes de trânsito.

82. Conversando a gente se entende

A equipe em faço parte na ESF, aqui em São Luís/MA, observou que o grupo de idosos de nossa área estava desmotivado e faltando as reuniões realizadas na unidade, então resolvemos buscar uma outra estratégia para continuarmos com as palestras. Identificamos um local(ginásio de esportes),marcamos as rodas de conversas para lá, depois da atividade física e finalizamos com um lanche saudável, onde cada um leva o que gosta e que pode compartilhar. Resolvemos a questão de forma simples, agradável e produtiva.

83. Programa Academia Carioca: prevenção e controle do diabetes mellitus

Há tempos a ação da atividade física e seus efeitos para a saúde já estão comprovados. Entretanto, a despeito dos fatos a atividade física ainda não é efetiva no âmbito da saúde pública. O presente trabalho mostra a experiência de Sirlene de Oliveira, moradora do Complexo da Maré/RJ, que estava com vários fatores de riscos a sua saúde. Por meio do Programa Academia Carioca, obteve resultados positivos à saúde, e superando o aspecto físico, mudou sua vida e de sua família.

84. Academia da Praça e Centro de Atividades Físicas Integradas – um olhar voltado para a promoção da saúde

O Centro de Atividades Físicas Integradas (CAFI), composto por educadores físicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais sempre teve como principal motivação a promoção da saúde da população de Piripiri/PI. O CAFI foi pensado para dar suporte para as academias da praça e se tornou, em pouco tempo, Centro de Ações Integradas de Promoção de Saúde com todas as UBS, Secretaria Municipal de Saúde, CEO e demais unidades de saúde dentro do município. Vale a pena investir nesta proposta!

85. Quem tem bom coração, combate a hipertensão: construindo oportunidades

Objetivando a promoção da saúde na Semana Nacional de Combate e Prevenção a HAS, foi realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora-MG, ações educativas sobre “Hábitos de vida saudáveis e atividade física”. Houve a participação de profissionais de referência no assunto, palestras, documentários, finalizando o evento com uma caminhada da ESF junto com professores, escolares e moradores do bairro. O evento ganhou destaque em jornais e rádios locais, dando retorno à comunidade.

86. Trocando o cigarro pela atividade física e parando de fumar após 60 anos como tabagista

Esta é a história de Sr. Algemar, morador de Parada de Lucas, no Rio de Janeiro. Fumou durante 60 anos e decidiu parar, atribuindo isso ao tratamento e oportunidade de mudança de hábito oferecido pela sua equipe de Estratégia de Saúde de Família, principalmente pela sua entrada no programa Academia carioca da Saúde, que, segundo ele, mudou sua vida.

87. Viva feliz e melhor com atividade física e alimentação saudável

Através da promoção e prevenção da saúde o Nasf de Carmo do Paranaíba promoveu orientações sobre alimentação e atividade física.

88. Impacto do projeto João Pessoa Vida Saudável na vida dos usuários no Polo Doutor Lauro Wanderley do Bairro dos Funcionários I do município de João Pessoa

Este trabalho tem como proposta relatar o quanto o Projeto João Pessoa Vida Saudável, mudou de forma positiva a vida dos usuários do bairro dos Funcionários I do Município de João Pessoa, através de ações preventivas e educativas, no qual essa ação tem o intuito de orientar e informar a população dos benefícios oriundos da prática de atividade física regular, bem como motivá-las e envolvê-las para o desenvolvimento do autocuidado e hábitos de vida saudáveis.

89. Exercício físico como meio de promoção da saúde

O processo saúde-doença é uma constante preocupação entre os profissionais de saúde. Sabemos que saúde não se faz apenas em consultórios, hospitais ou nas UBS. Prova disso é que o SUS preconiza um modelo que visa promoção, prevenção e reabilitação. Dessa forma, a atividade física é um aliado para a promoção da saúde, sendo desenvolvida nas praças, calçadões, dentre outros locais. Baseado nisso, o Educador Físico do Nasf está desenvolvendo atividades físicas diariamente com a população de Cruz.

90. Grupo de Atividade Física “Mais Leve”

O Grupo de atividade física “Mais Leve” é um grupo da Secretaria Municipal de Saúde de Grossos/RN, que tem suas atividades realizadas e monitoradas através dos profissionais do Nasf/Grossos. O público-alvo são indivíduos do sexo masculino e feminino, inseridos e acompanhados pelas Equipes do PSF, com idades preferenciais entre 15 e 60 anos. O objetivo principal do grupo é a redução do peso corporal total, bem como das medidas corporais específicas, na prevenção de doenças relativas.

91. A importância da atividade educativa na adesão ao programa do Hiperdia

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde)/UEPB/Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande/PB, através do Programa Hiperdia, atende os usuários da UBSF do Bairro Jeremias/Araxá em CG/PB. Os encontros são realizados uma vez por mês com temas preestabelecidos de acordo com sugestões dos próprios usuários. A intervenção é realizada em cinco momentos: acolhimento, realização de atividade física, palestra educativa, lanche e distribuição da medicação. Observa-se adesão às atividades propostas.

92. Sorrindo pra Vida

Um grupo de atividade física com 8 anos de existência, composto por pacientes diabéticos e hipertensos, os encontros são realizados todas terças e quintas no Centro de saúde da Estrutural/DF. Todos são triados antes de iniciar as atividades. O diferencial é o objetivo o qual além da promoção da saúde física visa também a inserção social dos mesmos, pois realizamos confraternizações, comemoramos os respectivos aniversários e festas temáticas, assim eles têm a oportunidade de interagir.

93. Projeto de acompanhamento de grupo de obesos na redução de IMC para melhoria da qualidade de vida, no município de Palmares

Na cidade de Palmares/PE, vem-se observando o aumento de casos de obesidade durante as consultas. Contudo, surgiu a necessidade da formação de um Grupo destinado aos Obesos com

abordagem e intervenção adequada, visando às modificações nos hábitos de vida, através de uma alimentação balanceada e estimulação de atividade física regular, incorporando, o entendimento dos aspectos psicológicos e socioculturais, e caminhando ao encontro de uma boa qualidade de vida.

94. Grupo Saúde e Lazer, adquirindo saúde de forma divertida

Sou agente comunitário de saúde, dei continuidade nas atividades de um grupo de atividade física junto com outras colegas ACS e com apoio de educadores físicos da AB. O grupo é formado por pessoas com faixa etária entre 40 e 88 anos de ambos os sexos, acontece três vezes por semana no horário de 6:30 às 7:15 na quadra de esportes. Fazemos alongamentos, brincadeiras com bolas, bastão e garrafas PET de 500ml. Relatos de participantes é que suas condições físicas e mentais melhoravam a cada dia.

95. Promoção de alimentação saudável em creches municipais

Este projeto consiste em promover a alimentação saudável nas creches municipais da cidade de Caruaru, através de ações desenvolvidas pelo Nasf e coordenação. São realizadas várias ações: criação de uma horta com ajuda dos alunos, vigilância nutricional 02 vezes ao ano, orientações alimentares, os alunos participam da preparação dos seus pratos, prática de atividade física e atendimento individual àqueles alunos que estão com sobrepeso/obesidade ou baixo peso.

96. Grupo Estar Bem

Grupo para hipertensos, diabéticos e qualquer adulto que queira mudar seus hábitos de vida! Voltado para acompanhamento clínico, integração, palestras, dinâmicas, atividades físicas e lúdicas, lian gong, dança circular, coreografias de músicas atuais, festas temáticas e desenvolvimento de projetos sociais, o nosso grupo visa demonstrar a importância de falarmos sobre SAÚDE e não sobre DOENÇA e de ser uma maneira das pessoas encontrarem diversão apesar dos problemas cotidianos que os cercam.

97. Educação em Ação / Qualidade de vida: Atividade Física no Mercado Público do Bairro das Malvinas – Campina Grande/PB

Nosso trabalho tem o objetivo de através da atividade física, trabalhar com a promoção e prevenção da saúde. Tirando as pessoas do sedentarismo, levando qualidade de vida e elevando a autoestima.

98. Integração fisiopsíquica em grupos de alongamento

Grupos de Alongamento coordenado interdisciplinarmente por Educador Físico, Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta, que promovem a atividade física para bem-estar biopsicossocial,

com estímulo à integração fisiopsíquica dos participantes.

99. Grupo de gestantes – fortalecimento muscular e hidroginástica

Grupo Interdisciplinar de gestantes que além de trabalhar temas favoráveis para o bom desenvolvimento da gestação, tem como carro-chefe a prática de atividade física visando uma melhora das condições físicas, psicológicas e sociais.

100. Dia Nacional da Saúde

No dia 09 de agosto de 2013, comemoramos em Alpinópolis, o Dia Nacional da Saúde. Foram montados stands na avenida Governador Valadares, nos quais foram abordados temas diversos, envolvendo os profissionais das seguintes áreas: Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal; vigilância ambiental e epidemiológica; farmácia de Minas; CRAS; Nasf; CAPS; Saúde da Mulher; Hospital; escolas; Grupo da 3ª Idade. Houve apresentação de músicas ao vivo; realização de bingos; atividades físicas e teatro.

101. A fisioterapia na Estratégia de Saúde da Família de Capitão Enéas – Minas Gerais

O serviço de Fisioterapia está presente na Estratégia de Saúde da Família do município. A Fisioterapia atua nos Grupos Operativos de Atividade Física com promoção, prevenção e educação em saúde. Facilitadores para o trabalho: incentivo dos coordenadores das ESF, apoio da Secretaria de Saúde, interesse e participação direta do secretário municipal de saúde. Dificuldades: Reconhecimento e inserção da Fisioterapia nos programas do governo voltados para a Saúde Pública, especialmente na atenção primária.

102. Grupo Dant

Grupo de convivência formado por hipertensos, diabéticos, idosos, mulheres, homens. Os encontros são semanais. São realizadas atividade física, ginástica para o cérebro, educação em saúde, dinâmicas, relato de experiência entre os participantes, atualização do cartão vacinal, aferição de PA e glicemia, avaliação odontológica. O número de integrantes aumenta a cada encontro. Os participantes demonstram satisfação, ficam mais próximos da unidade e da equipe multiprofissional.

103. Grupo Geração Saúde

Visando o bem-estar da qualidade de vida dos idosos hipertensos e diabéticos. O grupo foi criado com o intuito de trocar experiências entre eles sobre o problema apresentado. Tendo como atividades dinâmicas em grupo lazer, atividade física, passeios culturais e confraternizações recuperando sua autoestima na melhor idade.

104. Guaraí de bem com a vida

Inicialmente o Projeto direcionava-se especificamente a grupos da terceira idade desenvolvendo atividades físicas, mas atualmente estende-se também a jovens e adultos. Semanalmente são propostas as seguintes atividades: hidroginástica/natação; musculação; alongamento, fortalecimento e relaxamento muscular; atividades aeróbicas e palestras informativas sobre saúde, alimentação e qualidade de vida. Essas, vêm proporcionando aos praticantes da comunidade guaraiense bem-estar físico e emocional.

105. Amar-vivendo e movimentar-dançando, juntos é bem melhor!

Essa é a experiência de um grupo de alongamento que surgiu em 2004, a partir da iniciativa de uma agente comunitária de saúde e algumas mulheres da comunidade de Alberto Maia, em Camaragibe/PE. Os encontros do grupo acontecem 3 vezes por semana e conta com a adesão de 30 mulheres. O objetivo é celebrar a vida, estimular atividade física e fortalecer laços de solidariedade entre as mulheres. As atividades são realizadas por agentes de saúde, enfermeira e equipe do Nasf.

106. Grupo qualidade de vida: cuidado integral

Grupo de exercícios físicos de acompanhamento longitudinal e integral realizado em 5 UBS no município de Ibité com profissional de educação física duas vezes por semana e acompanhamento de fisioterapeuta e nutricionista mensalmente. Prima-se com a atividade física manter um padrão de qualidade de vida principalmente para a terceira idade. O indivíduo que recebe o atendimento preventivo transforma-se em multiplicador, neste grupo busca-se fazer educação em saúde de forma integral e longitudinal.

107. Grupo vida e saúde: promovendo o bem viver a partir da intervenção do Nasf

O grupo vida e saúde é uma das ações que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) do município de Rio Grande/RS vem desenvolvendo dentro da perspectiva das práticas integrativas e complementares de saúde. Através da prática de atividades físicas e a preparação da horta de plantas fitoterápicas, o grupo tem proporcionado aos integrantes uma ampliação com a atenção do cuidado com o próprio corpo e com o ambiente onde vivem como meio para uma melhora na qualidade de vida e bem-estar cotidiano.

108. Grupo de atividade física Unidade de Saúde da Família do Aterrado

Somos um grupo de atividade física criado da necessidade percebida no grupo de hipertensos e diabéticos da unidade de saúde da família do Aterrado. Após perceber a necessidade fizemos um levantamento no grupo e na comunidade sobre a importância da atividade física na vida das pessoas e tivemos uma boa aceitação e adesão. A partir dos indicadores de saúde reunimos as

necessidades e criamos então o nosso grupo. Desde então melhoramos a saúde física e mental da nossa população.

109. Atividade física – corpo e mente: uma visão voltada para a saúde

A falta de saúde está associada, em muitos casos, à inatividade física. Partindo desse princípio o Educador Físico Nasf da cidade e Bento Gonçalves/RS tem mantido grupos de atividades físicas em 11 ESFs. Os grupos ocorrem semanalmente e são abertos a todos os usuários da comunidade e a todas as faixas etárias! São realizadas caminhadas orientadas, alongamentos e exercícios funcionais, exercícios que reproduzam as atividades diárias, bem como exercícios de resistência muscular localizada.

110. A criação do Clube da Caminhada como forma de incentivar a prática de atividade física em uma Unidade de Saúde da Família do Agreste Alagoano

O sedentarismo é um fator de risco e um agravante para inúmeras doenças. Entendendo essa importância, a Equipe da ESF Capim em parceria com o setor de promoção da saúde implantou o Clube da Caminhada. Os ACS foram capacitados por um Educador Físico para se tornarem monitores, os participantes foram avaliados antecipadamente pelos profissionais da equipe e hoje o clube conta com 27 participantes no Sítio Mundo Novo e com 65 participantes no Sítio Capim realizando atividade física 3 vezes/semana.

111. “Que fome é essa?” Reeducação alimentar: desafiando, conquistando e se descobrindo como ator principal no enfrentamento com a balança

O projeto de grupo de reeducação alimentar surgiu em 2009 com a equipe do Nasf para fortalecer as equipes da Atenção Básica no acompanhamento integral aos pacientes com sobrepeso e obesidade grau I, mudando a forma de cuidado, antes somente médica, para a elaboração da linha de cuidado da obesidade, de maneira interdisciplinar e intersetorial. São grupos mensais e abordam, além da orientação nutricional, aspectos emocionais, incentivo a atividades físicas, autocuidado e fortalecimento da autonomia.

112. Implantação e benefícios do Projeto João Pessoa Vida Saudável na USF Espaço Saúde – João Pessoa/PB

Através da implantação do projeto muitos resultados foram obtidos com a prática de atividades físicas e corporais oferecidas aos usuários da atenção básica. Os principais benefícios são: melhoria da qualidade de vida através da inserção de uma cultura de prevenção de saúde, reduzindo assim, doenças causadas pelo sedentarismo, potencializando espaços públicos de lazer e equipamentos sociais com ações de práticas corporais e atividade física, educação em saúde.

113. Caminhando de bem com a vida no município de Arcoverde

Objetivando estimular a prática da atividade física e controle dos níveis pressóricos, prevenindo riscos de infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC), promovemos a 1ª Caminhada, além de buscar a integração dos grupos assistidos pelo Nasf. Tivemos participação de 8 UBSF, CAPS e Nasf. Houve distribuição de 300 camisas, carro de som, ambulância, transporte dos participantes, órgãos de segurança e Arcotrans (Autarquia de Trânsito de Arcoverde). A concentração teve início no São Geraldo, percorrendo o centro da cidade e finalizando na praça com alongamento muscular.

114. Atividade física e promoção da saúde, na comunidade da Formiga, Tijuca/Rio de Janeiro

Na data da mostra, completarei 2 anos a frente do projeto, com dados significativos sobre a melhora do estado de saúde geral dos participantes, tais como: controle e diminuição de pressão arterial e glicemia, diminuição de medicamentos e em alguns casos suspensão do mesmo. Além das melhoras na saúde, o grupo acaba virando um grande convívio social, onde abordamos vários temas relacionados a saúde. Além de termos parcerias dentro do território, como com a UPP local, dentre outros.

115. Grupo de bem com a vida: promovendo bem-estar e qualidade de vida

O grupo “De bem com a vida” é uma proposta de ação da equipe multidisciplinar do Centro de Saúde São José, que tem como principal objetivo a busca de uma maior qualidade de vida da população vinculada à unidade. Durante nossos encontros são debatidos temas sobre reeducação alimentar, prática de atividade física, cuidados com a saúde e a busca pelo bem-estar. Na avaliação geral, houve um saldo positivo já que todos os participantes aumentaram sua pontuação no teste de qualidade de vida.

116. Atividade física: uma estratégia para promoção da integralidade do cuidado em saúde em portadores de hipertensão e diabetes acompanhados pela estratégia de saúde da família no bairro de Fazenda Coutos 3

A atividade física regular tem um papel fundamental na prevenção e controle das doenças, melhora a qualidade de vida, sobretudo para aquelas pessoas com doenças e agravos não transmissíveis, como hipertensão e diabetes. Um estilo de vida ativo melhora a capacidade física e mental, favorece um envelhecimento com saúde e qualidade. O idoso deve ser estimulado e orientado para manter-se independente na realização das suas atividades diárias.

117. Saúde em movimento: intervenção multiprofissional em grupos de atividade física

A associação entre a prática de exercícios físicos regulares e hábitos alimentares saudáveis torna-se imprescindível para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Diante disso, vimos colaborar com o relato da experiência do município de Patos de Minas-MG na intervenção multiprofissional em grupos de praticantes de atividade física.

118. Grupo de Apoio Multidisciplinar ao Obeso na Atenção Básica

Incluimos na agenda do município o grupo de apoio ao obeso grau I e II sem comorbidades associadas focados no tratamento da obesidade e prevenção da hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, insuficiência vascular periférica, dislipidemias, baixa autoestima e depressão. Temos como metodologia de trabalho o desenvolvimento de grupos com acompanhamento médico, nutricional de enfermagem, atividade física, terapia comunitária e o estudo das condições sociais.

119. A equipe de saúde no apoio e monitoramento do autocuidado em pessoas com diabetes mellitus

O trabalho busca apoiar o autocuidado e monitoramento dos usuários/cuidadores de diabetes mellitus através da metodologia dos 5 As: Avaliação, Aconselhamento, Acordo, Assistência e Acompanhamento. Realizamos visitas domiciliares para análise dos aspectos: alimentação, atividade física, ocupação, sono e repouso, avaliação dos pés, locais de aplicação e armazenamento de insulina e descarte de materiais perfurocortantes. Após essa etapa pactuamos metas a serem alcançadas entre equipe e usuários.

120. Um dia para combater a hipertensão arterial

Foi realizado, no Bairro de Tibiri II do Município de Santa Rita – PB, um evento em comemoração ao Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial, com o objetivo de conscientizar e sensibilizar a população quanto à prevenção e controle da hipertensão arterial, e promover cuidados à própria saúde e qualidade de vida. Foram oferecidas práticas de atividade física, orientações para uma vida saudável, aferição de pressão arterial, e um café da manhã, com centenas de beneficiados.

121. Ações para uma vida saudável através da atividade física e alimentação saudável

Com objetivo de fortalecer as ações em educação popular na busca de uma vida mais saudável criamos no grupo de atividade física já existente nas unidades de saúde do município de

Congonhas/MG, "o café saudável", um evento no qual são realizadas atividades práticas com o grupo, visando a corresponsabilização dos participantes, além de intensificar a ideia da prática de atividade física aliada a boa alimentação de acordo com realidade de cada indivíduo."O café" foi determinante para a adesão do grupo.

122. Papel da comunidade de prática da educação física na terceira idade

Uma das mais evidentes alterações que acontecem com o aumento da idade cronológica é a mudança nas dimensões corporais. Com o processo de envelhecimento existem mudanças principalmente na estatura, peso e na composição corporal. Com isso a Educação Física vem por meio da prática de atividade física mudar os hábitos cotidianos, para melhoria na qualidade de vida, além disso, está comprovado que quanto mais ativa é uma pessoa menos limitações ela tem.

123. Saúde Ouro – vem pra rua

Sabemos que incentivar mudanças no estilo de vida não é simples, mas para nós que escolhemos fazer promoção da saúde não há outro caminho. Neste contexto, "Vem pra Rua – Saúde Ouro" de forma prática, demonstra de que é possível alcançar qualidade de vida com poucos recursos. O profissional vai à realidade, e prática junto com a comunidade atividades físicas, verifica sinais vitais e orienta questões sazonais ou relevantes aquela população.

124. Educação nutricional e atividade física: parceria ideal para a promoção de hábitos saudáveis e tratamento da obesidade infantil.

Realizamos em uma UBS da Zona Leste do Município de SP, 2 grupos educativos para crianças de 7 a 14 anos de idade com excesso de peso: "Educação Nutricional para crianças e pré-adolescentes" e "Grupo de Atividade Física Infantil", realizados pela nutricionista e educador físico do Nasf e uma nutricionista residente, com frequência mensal e semanal, respectivamente. Ambos têm o objetivo de orientar e incentivar hábitos saudáveis para tratamento da obesidade e prevenção de doenças associadas.

125. Um olhar humano na espera da fila

A Secretaria da Saúde de Osório, pensando em uma solução para as filas nos dias de marcação de especialistas e objetivando a redução da exposição dos pacientes à chuva e ao frio, organizou um fluxo para que os pacientes assistam vídeos de prevenção de doenças e façam atividade física orientada por Educadora Física. Além disto, reservou horário especial para idosos realizarem a marcação com cotas baseadas nos registros de meses anteriores. É uma experiência nova, com excelente aceitação.

126. Grupo Terapêutico Mamãe Ativa

Hoje, os benefícios dos exercícios para as gestantes são bastante conhecidos. O aumento da autoestima e do bem-estar físico e emocional são alguns desses benefícios. A prática de atividades físicas durante a gravidez promove o alívio de dores e desconfortos, comuns a este processo, permite uma recuperação mais rápida e com isso um retorno precoce às atividades de vida diária e profissional. Além do alívio de dores, a atuação da Fisioterapia no Grupo de Gestantes, através dos exercícios, promove qualidade de vida.

127. Antônio Carlos “de bem com a vida”: integrando atenção básica e vigilância em saúde para promover a saúde da pessoa idosa

É indiscutível que a prática regular de atividade física gera inúmeros efeitos benéficos na vida das pessoas idosas. Ao ser implementado, este projeto teve como objetivo promover a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa através desta prática. Notou-se que, após dois anos de implantação as atividades físicas se tornaram um hábito adquirido, promovendo o bem-estar físico, psicológico e social das pessoas envolvidas, culminando em um envelhecer saudável e feliz.

128. Cidade e Mar do Bem

Promover qualidade de vida no trabalho através da efetivação de ações de promoção a saúde junto aos colaboradores ações fundamentadas em 4 eixos temáticos: Autoestima, atividade física, alimentação saudável e meio ambiente.

129. Projeto Emagrecer: melhoria da qualidade de vida através da reeducação alimentar, estímulo a prática de atividade física e apoio emocional

Os hábitos alimentares da população vem sendo modificados ao longo do tempo, a má nutrição favorece a mudança no perfil físico da população apontando a obesidade entre os principais fatores de risco causadores de doenças crônicas. Nesse sentido, a abordagem relacionada à adoção de uma alimentação saudável torna-se imprescindível para promoção da saúde e prevenção de risco e doenças, visando a melhoria da qualidade de vida.

130. “Caminhando pela Vida”: uma experiência exitosa de atividade física regular e orientada.

É indiscutível que o sedentarismo é um dos grandes problemas de saúde pública na atualidade. A atividade física regular tem sido comumente orientada na busca pela redução de fatores de risco para doenças, para controle das mesmas. Baseando-se nesta informação a equipe vem desenvolvendo um programa de exercícios físicos regulares, orientados e direcionados a grupos específicos e população em geral com o intuito de proporcionar melhoria na qualidade de vida.

131. Agita geral

O agita geral é um grupo dedicado a promoção e a prevenção a saúde, garantindo espaços de atividades físicas e descontração. O que garante o sucesso do grupo é o trabalho em equipe entre ESF, Nasf, PAVS (Programação das Ações de Vigilância em Saúde), movimentando e vinculando a comunidade a participar, dançar, curtir e se informar dentro de assuntos ligados a saúde física, mental e ambiental. São realizados dois encontros semanais com duração de uma hora, inicialmente alongamento, dança e finalizamos com Lien Chi.

132. Nossa comunidade – Santa Rosa

Sem muita originalidade conseguimos monitorar e contar com boa adesão da nossa comunidade os portadores de doenças crônicas como a Hipertensão e o Diabetes. Incluindo autoauditorias nos prontuários. Grupo de qualidade de vida, artesanato, atividades físicas e passeios.

133. Lian Gong em 18 terapias como instrumento de autocuidado na área adscrita da ESF Comunidades Rurais Taiobeiras/MG

Há 4 meses incorporamos a Prática Corporal Chinesa Lian Gong nas atividades programáticas da ESF Comunidades Rurais, inicialmente objetivo era criar uma alternativa de atividade física em apenas uma localidade do território, entretanto percebemos a demanda em localidades mais distantes através de reuniões comunitárias. Atualmente temos um público médio de 70 praticantes nas comunidades de Olhos D'Água, Riacho de Areia, Marruás, Manteiga, Lagoa Grande e Lagoa Dourada.

134. Projeto Cintura Fina: parceria entre educação física e nutrição no estímulo ao emagrecimento saudável.

A experiência promoveu a adesão de usuários com excesso de peso ao tratamento nutricional e à prática de atividade física. Em 2 meses de atividades, dos 80 participantes de 3 centros de saúde, 51,3% (n=41) perderam peso e 41,3% (n=33) reduziram o perímetro de cintura. Dos participantes que obtiveram redução do peso, a média de perda de peso foi de 1,1kg ($\pm 0,86$); e, dos que obtiveram diminuição do perímetro de cintura, a média foi de 2,5cm ($\pm 2,76$) a menos ao final dos encontros.

135. A integralidade do cuidado em um grupo de prática corporal

O trabalho integrado da equipe Nasf da Unidade de Saúde Santos Andrade, da cidade de Curitiba-PR, trouxe para o planejamento da equipe a ideia de se realizar uma ação com o objetivo de promover qualidade de vida através do trabalho multiprofissional e intersetorial em um grupo de prática corporal como estratégia de redução de riscos à saúde relacionados ao modo de viver.

136. Geração saudável

O projeto visa a qualidade de vida através de hábitos saudáveis como alimentação balanceada de acordo com as necessidades de cada organismo e a prática de atividades físicas. Tem como objetivo esclarecer a importância da educação nutricional junto aos pais, prevenir doenças crônicas e beneficiar as crianças por meio de orientação sobre alimentação através de atividades buscando conscientizar os participantes sobre a maneira mais correta de se alimentar e prevenir doenças.

137. Perca peso ganhe saúde

Durante as visitas domiciliares percebi a dificuldade e necessidade das pessoas obesas em perder peso. Formamos um grupo com intuito de fazer com que os integrantes mudassem hábitos alimentares e incluíssem atividade física na sua rotina do dia a dia com isso perderiam peso e teriam uma melhor qualidade de vida.

138. Acompanhamento nutricional nos grupos de práticas corporais do município de Ponte Nova/MG

Para comprovar que Atividade física e Alimentação Saudável é a combinação ideal para quem quer obter bons resultados, tanto no aspecto estético quanto de qualidade de vida, a Secretaria Municipal de Saúde de Ponte Nova/MG resolveu oferecer acompanhamento nutricional sistematizado e contínuo nos grupos de atividade física que são realizados no município. Os resultados obtidos foram surpreendentes!

139. Grupo Coração Saudável: uma proposta real de prevenção a doenças crônicas não transmissíveis no município de Brusque/SC

Na área da atividade física, percebemos que as pessoas que nos procuram geralmente já apresentam alguma doença crônica não transmissível, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Obesidade. Identificando essa inquietação, conversamos com a equipe do Nasf, a qual fazemos parte e ESF Bateas para que pudéssemos intervir com os usuários desta unidade de forma preventiva. Este trabalho servirá para analisar esta proposta preventiva de abordagem bem como suas dificuldades e seus benefícios.

140. Mexa seu corpo e faça novas conexões!

Com o objetivo de levar atividade física à comunidade do interior (Galegos), que se encontra no meio rural e tem dificuldade de ir a cidade ou outro centro, a educadora física do Nasf se disponibiliza a realizar atividade física duas vezes na semana na escola da comunidade durante uma hora. Atendendo a população jovem com o intuito de emagrecimento e grupo de idosos para

prevenção de doenças cardiovasculares, conta com a participação de 20 pessoas. Grupo assíduo e comprometido com a saúde!

141. Intervenções da estratégia saúde da família para controle de risco cardiovascular

Atendemos em consulta de enfermagem munícipes de São Caetano do Sul/SP que sejam portadores de: HAS/DM/obesidade/dislipidemia. São realizadas medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal, cálculo do IMC), aferição de PA e glicemia capilar, além de orientações e incentivo de atividade física regular e alimentação saudável. Nosso foco está no empoderamento pessoal e familiar, buscando o controle do risco cardiovascular e melhora da qualidade de vida.

142. A dança como instrumento de saúde física e mental na terceira idade

O Grupo de Dança Ferrujets é composto de 12 mulheres e 8 homens e foi criado há nove anos, vinculado às reuniões de educação em saúde da USF Tiroleza, em Tramandai-RS. Tem a finalidade de proporcionar atividade física, mental e a inclusão social dos seus participantes. Os ensaios são semanais havendo apresentações das suas coreografias inéditas e inusitadas em várias cidades vizinhas. Os idosos apresentam melhoras no: equilíbrio, flexibilidade, memória, autoestima e resistência.

143. Grupo de idosos frágeis na ESF da Qd.18 do Paranoá/DF

Trata-se de um grupo voltado para os idosos frágeis da área, que são aqueles com mais de 80 anos ou que já apresente alguma dificuldade de mobilidade. O objetivo do grupo é evitar que esses idosos fiquem acamados. A equipe do PSF participa em parceria com o Nasf. São realizados encontros quinzenais, onde são feitas atividades lúdicas, de estímulo à memória, cognição, atividade física orientada e outras intervenções que promovam a autonomia, funcionalidade, interação social e valorização do idoso.

144. Diálogos interculturais: as PICs, práticas de cura populares e qualidade de vida

Em uma pequena comunidade de mulheres carentes no bairro de Itinga, em Lauro de Freitas, experimentamos o uso das ervas, as técnicas reflexológicas, a floralterapia, a cromoterapia, a moxabustão, a auriculoterapia, os chás, o estímulo a alimentação natural colorida e variada, a atividade física, realizando aconselhamentos, cuidados com a nutrição, com o corpo, mente e emoções, abandono de hábitos e atitudes prejudiciais, escuta atenciosa, formas de inclusão, conhecimento, saúde qualidade de vida.

145. Peso sob controle – projeto para controle de sobrepeso e obesidade em adultos da USF Maria Inácia Leal

A obesidade é uma doença crônica, que envolve fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos. Sua principal causa é excesso de consumo de calorias e/ou inatividade física. O sobrepeso e a obesidade contribuem de forma importante para a carga de doenças crônicas e incapacidades. Pretendemos com o projeto trabalhar à correção de hábitos alimentares e o encorajamento para a atividade física, revertendo o risco de doenças relacionadas ao excesso de peso.

146. Nasf e PSE

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) 6 Noroeste, desenvolveu um projeto-piloto na escola Eliseu Laborne, Jardim Montanhês/BH, na turma do nono ano a fim de sensibilizar os jovens para a realidade e o meio em que vive no sentido de prepará-los para se posicionarem frente as exigências de uma sociedade cada vez mais competitiva. Foi realizado um questionário para saber o perfil dos jovens e os encontros abordaram temas como a sexualidade, atividade física, violência e mercado de trabalho.

147. Capoterapia: alegria de viver a vida sem vergonha de ser feliz

Experiência realizada com um grupo de idosos. A capoterapia é uma atividade física voltada para a terceira idade. Semelhante aos movimentos da capoeira, no entanto com restrições aos golpes contundentes ou saltos de maiores impactos. É acompanhada de cantigas e brincadeiras de rodas que tem como objetivo resgatar a cultura da época, mergulhar no tempo e recordar as brincadeiras vivenciadas na própria infância. Recupera o vigor e a força muscular, além do resgate da autoestima e o prazer de viver.

148. Programa municipal de promoção da saúde: envelhecimento ativo

O Ministério da Saúde reconhece a importância das Práticas Corporais/Atividade Física para redução dos riscos às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Dant) e melhoria da qualidade de vida dos sujeitos. Em 2006, através da Rede Nacional de Promoção da Atividade Física, o município de Dias D'Avila/BA foi contemplado com o “Projeto de Incentivo à Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não transmissíveis (Práticas Corporais e Atividade Física)” incentivo do MS através da PNPS.

149. Introdução da atividade física em grupos de saúde na promoção e prevenção no município de Ibirubá/RS

Sou fisioterapeuta, há mais de um ano venho trabalhando com atividade física em grupos de

saúde em parceria com as ACS. A qualidade de vida cultural, os valores nos quais se vive geram expectativas padrões e preocupações de mudanças de vida. As ações conscientes do indivíduo e os componentes do estilo de vida podem mudar. Isso só acontece se a pessoa consciente ver algum valor e alterar seu comportamento e atitudes e, incluir, perceber e melhorar suas capacidades nas atividades de vida diária.

150. Incorporação da atividade física às ações da Atenção Básica em atendimento a reivindicações populares: a experiência do Projeto Movimenta Palmares

Após entrar em estado de calamidade pública devido às enchentes que devastaram o município em 2011, Palmares, situada na Zona da Mata Sul pernambucana, iniciou um processo de reestruturação nos diversos seguimentos funcionais e estruturais do município. Surge a partir de reivindicação popular o Projeto Movimenta Palmares, cujo objetivo é garantir a população uma melhor qualidade de vida através de práticas orientadas de atividades físicas, no intuito de postergar ou evitar doenças relacionadas ao sedentarismo.

151. Hidroginástica no Mar

Esta experiência consiste em uma prática corporal realizada com usuários do programa Academia da Cidade no município do Recife/PE, onde a comunidade que está localizada na beira mar faz regularmente a hidroginástica no mar, uma vez que se forma uma piscina natural, devido aos corais, desta forma, juntam-se aspectos ideais para realização deste tipo de atividade física: Águas calmas e mornas, boa profundidade, proteção natural dos corais, clima sempre ensolarado e gratuidade do serviço.

152. “Viver em ação”: os benefícios da atividade física na promoção da saúde.

O Projeto “Viver em ação” é uma iniciativa desenvolvida pela equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Jair Corte, localizada no bairro Piedade no município de Canoinhas-SC. As atividades desenvolvidas possuem um amplo aspecto voltado à promoção da saúde da comunidade através de atividades físicas, voltados ao público adulto e idoso. O grupo “Viver em Ação” foi criado com o intuito de reduzir o sedentarismo e proporcionar uma melhora na saúde e qualidade de vida para os participantes.

153. Espaço conceitual e promoção da saúde como estratégia na implementação do projeto De Bem com a Vida em São Bernardo do Campo/SP

Muitos são os problemas para a implementação das práticas corporais à rotina da Atenção Básica. Um deles, diz respeito aos conteúdos pré-formatados que os tornam distantes da realidade dos usuários. Outro se refere à formação de grupos organizados com enfoque nas doenças, o que

pouco incentiva a dimensão subjetiva e educativa da ação. O texto apresenta a estrutura teórico-conceitual da implementação do projeto De Bem com a Vida na cidade de São Bernardo do Campo localizada no ABC paulista.

154. Roda de conversa com alunos do curso de Educação Física na disciplina de práticas corporais para grupos especiais

Na disciplina de Práticas Corporais para grupos especiais, foram abordados vários temas dentre eles o Nasf, onde depois os alunos teriam que abordar um dos temas relatados na disciplina e o meu tema foi o Nasf.

155. Relatando a experiência de conhecimento do Nasf na disciplina de Práticas Corporais para Grupos Especiais

Vários temas foram discutidos em sala de aula na disciplina de praticas corporais para grupos especiais, dentre esses temas o Nasf foi discutido e abordado pelo professor dessa disciplina no qual foi o meu tema escolhido.

156. Projeto Apetite por Saúde: alimentação saudável, autoestima e práticas corporais

O Nasf de Dourados/MS, considerando a integralidade no cuidado dos usuários da rede, idealizou junto as Equipes de Saúde da Família um grupo para acolher indivíduos que apresentam maior risco de agravos à saúde em decorrência do peso. Este grupo identificado como: Apetite por Saúde, tem como principal objetivo incentivar de forma dinâmica e multidisciplinar, o controle e perda de peso priorizando a Reeducação Alimentar, Auto Estima e Praticas Corporais, visando a promoção da qualidade de vida.

157. “Amor à Vida”: grupo de práticas corporais da UBS Jardim Sapopemba/SP

A UBS Jardim Sapopemba, localizada na zona leste da cidade de São Paulo, desenvolve o grupo de práticas corporais da medicina tradicional chinesa, há mais de 3 anos. “Mais do que fazer exercícios físicos ao ar livre, o grupo estimula a interação social, num ambiente descontraído, não importando a idade ou condição física do participante”.

158. Implantação das práticas integrativas na atenção básica no município do Rio Grande

O município do Rio Grande instituiu uma Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC), Lei Municipal 7.437, de 19 de agosto de 2013. Tem como ênfase ações na atenção básica, relacionadas ao uso de plantas medicinais, acupuntura, práticas corporais

integrativas e terapia comunitária integrativa. Representando um marco na democratização da saúde e humanização dos serviços, pois amplia as opções terapêuticas aos usuários do SUS, oferecendo-lhes um leque de ações resolutivas.

159. Diálogos entre a educação física e saúde coletiva

Relato da experiência do seminário que surge dentro do escopo da cooperação internacional entre a Ufrgs e a Unibo/Itália. Este espaço foi construído para contribuir com o diálogo entre a educação física (EF) e a saúde coletiva a partir da imagem conceitual das práticas corporais como possibilidade para pensar a construção de políticas e do fazer da EF no âmbito do SUS. Para isto reuniu-se profissionais do RS para discutir a intervenção, a formação e as competências necessárias para o SUS.

160. Lian gong – pratica complementar para aumentar qualidade de vida e saúde

Lian Gong é um sistema de praticas corporais, que englobam exercícios físicos, combinados com respiração com objetivos terapêuticos. Foi criado na China, por um médico ortopedista com o objetivo de prevenir e tratar dores. É de fácil execução e apresenta excelentes resultados para manutenção da boa saúde.

161. Criando polo de referência para práticas corporais integrativas: experiência com o projeto Dois Irmãos em Movimento

O projeto “Dois Irmãos em Movimento” vem sendo uma experiência singular dentro do município de Recife, na comunidade de Dois Irmãos. O projeto ocorre com Parceria na UFRPE, cedendo um salão de práticas corporais de 200 m², possuindo boa infraestrutura, com ar-condicionado, almoxarifado, fácil acessibilidade para usuários e equipe. O Programa agregou 4 Unidades de Saúde da Família circunvizinhas e seus comunitários, estabelecendo relação de referência e contra-referência com as mesmas.

162. A saúde mental na atenção básica: experiências da Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Grupo Bem-Estar

O Grupo Bem-Estar foi criado em 2011, numa USF em Recife/PE, com o objetivo de proporcionar um cuidado ampliado aos usuários de psicofármacos. Numa integração entre Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Nasf, NAPI e ESF, foram realizadas práticas corporais, auriculoterapia, rodas de diálogo, oficinas de arte e de alimentação saudável. Em um ano, notou-se um grupo bastante integrado e não houve urgenciamentos, consolidando a importância do cuidado em saúde mental na atenção básica.

163. **Psicomotricidade relacional: uma experiência implantada em unidade de saúde do Recife.**

O presente trabalho relata a experiência da prática da Psicomotricidade Relacional em unidade de saúde da cidade do Recife. Em 2010, foi implantada na Unidade de Cuidados Integrals a Saúde (UCIS) Professor Guilherme Abath, que oferece práticas corporais, integrativas e complementares de promoção à saúde, um projeto que através da terapia psicomotora possibilita as crianças e adolescentes socialmente desfavorecidos, serem acompanhados sistematicamente na perspectiva de uma vida mais construtiva.

164. **Projeto TerComTerra na Ucis Guilherme Abath, SUS / Recife – 2013**

Iniciamos o projeto TerComTerra cujo objetivo é ofertar, vivenciar práticas corporais revitalizantes com a clientela da sala/fila de espera da Unidade de referência em Cuidados Integrals Guilherme Abath do SUS – Recife. A base terapêutica emprega os princípios e recursos do Yoga, da Medicina Ayurveda, Fitoterapia e da Terapia Comunitária para revitalizar e integrar o Ser a Terra com troca de saberes, práticas de cuidado, cultivos de mudas, jardinagem. É aberto para todas as idades.

165. **As práticas corporais como ferramenta do Nasf de Belo Horizonte na promoção do autocuidado**

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foi criado em janeiro de 2008. O Nasf é um importante passo para a consolidação da estratégia de saúde da família e principalmente para o desenvolvimento e aprimoramento de um novo modelo de exercício do trabalho em equipe multiprofissional. Em Belo Horizonte, as ações coletivas estão sendo concretizadas e centradas no desenvolvimento humano e na promoção e prevenção da saúde capazes de produzir a busca pelo autocuidado do usuário.

166. **Práticas corporais como alternativa ao autocuidado e alívio da dor crônica – Nasf Elísio Teixeira Leite**

Dos processos de reflexão junto às Equipes de Saúde da Família diante queixa frequente de dor em pacientes com quadros de desvios posturais e lesão em membros superiores, surgiu a ideia de realizar um grupo de exercícios e orientações que minimizasse os agravos e cronificação destes quadros, proporcionando maior conscientização postural e melhora do padrão funcional, requalificando a demanda encaminhada à rede de atenção secundária e otimizando o tempo de atendimento aos usuários.

167. Aplicação de práticas corporais no grupo de tabagistas do Município de Martins/RN

As Práticas Corporais se fazem um mecanismo bastante importante dentro do grupo de Fumantes, pois é notório que a maioria dos fumantes utiliza o cigarro para controle da ansiedade, com a integração das práticas corporais a cada encontro, conseguimos controlar essa ansiedade e o Estresse, através do relaxamento do corpo e da mente, promovendo assim continuamente o abandono do cigarro e o bem-estar do paciente. O grupo se reuni semanalmente com profissionais distintos a cada reunião.

168. Saúde mental na atenção básica “uma proposta de cuidado que está dando certo”

O grupo surgiu por iniciativa do Nasf Nazaré em Natal/RN, com o objetivo de instituir na unidade de saúde da ESF Monte Libano um espaço coletivo de escuta e fala para pessoas em sofrimento psíquico e/ou em dependência de psicotrópicos. A clientela seria advinda do acolhimento da psicóloga do Nasf a pacientes encaminhados por médicos e/ou enfermeiras, identificados por ACS nas visitas domiciliares e pela educadora física no grupo de práticas corporais.

169. As vaidosas – Adorooooooooooo!!!

É um relato de experiência dos grupos de práticas corporais cuidados pela fonoaudióloga, realizado pelo CSF Estação e Tamarindo em Sobral/CE. As ações são interdisciplinares entre ACS, Residentes, Nasf e a comunidade cuidando da saúde do idoso integralmente, potencializando momentos de educação em saúde, gerando autocuidado, autoestima, socialização e qualidade de vida. As abordagens grupais são alternativas de mudança da prática assistencial e de repensar o significado da promoção da saúde?

170. Lian Gong em 18 terapias: matriciamento dos Agentes Comunitários de Saúde

O ACS desenvolve práticas corporais no território!

171. Grupo LindaMente

Este grupo é uma realização das mulheres da equipe Nasf, que juntas oferecerem um espaço de escuta qualificada e acolhimento ao sofrimento mental feminino. O objetivo do grupo é refletir sobre temas do cotidiano, escolhidos pelas usuárias, e trabalhados com ajuda de recursos audiovisuais, práticas corporais e manuais. Consideramos que o grupo é uma ferramenta importante no cuidado da saúde mental na APS e as usuárias demonstram melhora no autocuidado, resgate da confiança e da força do feminino.

172. “Eu posso ser saudável”: uma proposta de qualidade de vida a hipertensos e diabéticos da UBS Jardim Paraíso I e II

Proposta realizada com usuários hipertensos e diabéticos: com momentos de convivência semanais que trabalha-se aspectos biopsicossociais que favoreçam a adesão e permanência dos usuários no tratamento. Envolvidos acadêmicos de medicina, psicologia, educação física. Atividades semanais de motivação e dinâmicas que estimulam hábitos saudáveis e práticas corporais. A proposta é um subprojeto PRO-PET Saúde “Atendimento a pacientes hipertensos e diabéticos das UBSs de Joinville”.

173. A importância da abordagem interdisciplinar na assistência ao pré-natal e grupo de práticas corporais

O período gestacional se caracteriza por um momento de mudanças para a mulher e a família, sendo muito importante uma abordagem multiprofissional qualificada e o apoio familiar. Assim, superar os modelos ambulatoriais, unindo os atendimentos com outras metodologias de cuidado, como encontros grupais visando promoção e educação em saúde, são estratégias potentes que fomentam o empoderamento, a autonomia e o fortalecimento de vínculos transversais, que envolvem a família e os profissionais.

174. Projeto Vida Ativa na Terceira Idade

O Projeto Vida Ativa na Terceira Idade foi uma iniciativa de Estudantes do Curso de Educação Física da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UEVA. Que através de um programa de práticas corporais, buscam melhorar a saúde física e psicossocial de um grupo de idosos que residem no Distrito de Taperuaba- Sobral/CE.

175. Grupo arte em movimento – UBSF Antártica

Ao considerar o SUS como um amplo espaço para o desenvolvimento de ações educativas, as quais requerem abordagens diversificadas por parte dos profissionais, desenvolve-se o projeto “Arte em Movimento”. Esse projeto, coordenado pela profissional de educação física, agrega ações de promoção da saúde por meio de práticas corporais, aliadas ao interesse da comunidade por atividades artesanais, desenvolvidas dentro da própria unidade de saúde, com a riqueza de atores de diferentes faixas etárias.

176. Roda de conversa e automassagem: incentivo à autonomia e ampliação de vínculos

As práticas corporais vêm revolucionando o fazer em saúde. Hoje reunimos cidadãos Hipertensos e diabéticos nos vários grupos promovidos pelas UBS para debater os principais temas relativos a

essas doenças. O uso das Práticas Integrativas e Complementares, em especial de técnicas coletivas que favoreçam as mudanças de hábitos de vida, e o pensar e agir em saúde, rumo a Promoção da Saúde com autonomia do indivíduo e incremento no vínculo entre os cidadãos e suas equipes, se torna um desafio.

177. O impacto do Projeto João Pessoa Vida Saudável na Atenção Básica como ampliação das políticas públicas de promoção da saúde

É um relato de experiência, cuja finalidade é analisar o impacto que o Projeto João Pessoa Vida Saudável favoreceu para o fortalecimento da promoção da saúde, através das práticas corporais e educativas com o objetivo de proporcionar melhoria da qualidade de vida da população pessoense, através da implantação de uma cultura de prevenção de saúde.

178. Práticas Corporais, uma experiência que se renova: “Tô chegando na Cohab II pra curtir minha galera”

O grupo de Práticas Corporais do bairro Cohab II, Sobral-CE, é realizado há 13 anos, tem parceria com o Centro de Saúde da Família e com a Associação Comunitária, local onde é realizado as atividades. Com abordagem interdisciplinar, o grupo é promovido pelos profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Nasf e Agente Comunitário de Saúde, utilizando a prática de exercício físico e a convivência no grupo para melhora da condição biopsicossocial dos participantes.

179. Prevenção, promoção e reabilitação

Projeto Vida Saudável promovendo saúde e bem-estar no município de Horizonte-CE através da integralidade e uma equipe multiprofissional. Trabalha educação em saúde, práticas corporais e socialização dos seus participantes.

180. Ações e práticas desenvolvidas no projeto PET-Saúde: juntos vamos + longe

São experiências adquiridas através do projeto PET-saúde onde juntos com a equipe saúde da família promovemos através da educação a saúde popular com hiperdias, práticas corporais são momentos transformadores em prol da saúde pública com um olhar mais abrangido focando não somente à doença mais no usuário em si, fazendo acontecer dando-os nosso melhor.

181. Práticas corporais: da rua ao quintal – venha, “só falta você aqui”.

Vamos contar um pouco da história de um grupo de práticas corporais, cujas atividades iniciaram numa das ruas de um bairro chamado São Cristóvão, mais conhecido como Alto da Rolinha, em decorrência da ausência de equipamentos sociais. Após articulações entre a equipe de residência multi em saúde da família, agente comunitário e a própria comunidade, este passou a funcionar no

quintal da casa de uma participante e moradora do local. É o grupo de práticas corporais “Só falta você aqui”.

182. Nasf: “Também fazemos parte da família”

As 2 Equipes em Arcoverde-PE, são compostas por fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogas, educadores físicos e médico ginecologista e obstetra, atuando em 17 UBSF em 10 áreas estratégicas: práticas corporais, atendimento domiciliar, PIC, RBC, alimentação e nutrição, saúde mental, saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher. Realizando atividades de educação em saúde, eventos nos espaços públicos, escolas e intersetoriais com outras secretarias além de capacitação para ACS.

183. Grupo “Agente se cuida”: relato de experiência de cuidado ao Agente Comunitário de Saúde num contexto de violência armada

O projeto Agente se cuida é um grupo de acolhimento e cuidado ao Agente Comunitário de Saúde, da comunidade Vila Vitém/RJ, coordenado por matriciadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, capacitados pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha, cujo objetivo é pensar conjuntamente com os ACS estratégias para lidar com as dificuldades geradas pelo contexto da violência armada, através de dinâmicas grupais e práticas corporais, visando melhora da qualidade de vida e do trabalho.

184. O Clube da Caminhada: muito mais do que caminhar

O Clube da Caminhada, organizado pelos Residentes (Multiprofissionais) do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), acontece duas vezes por semana no bairro de Fernão Velho, Maceió/AL. O grupo tem por objetivo desenvolver ações de educação em saúde por meio de práticas corporais diversas, além da caminhada em si, e rodas de conversa. Cada encontro dura cerca de uma hora. Além da comunidade, participam os profissionais da estratégia de saúde da família, percebendo-se a saúde como um fluxo sinérgico.

185. Estratégia para fortalecimento das práticas corporais nas unidades de saúde

Com a implantação dos primeiros grupos de Lian Gong em 18 Terapias em 2001, nas unidades de saúde da região, uma das estratégias para fortalecimento e ampliação das práticas corporais na região, foi promover encontros anuais que possibilitassem a integração entre os diversos grupos, o estímulo a manutenção e diversificação das modalidades praticadas (Tai Chi, Xiang Gong e etc). São realizados no parque municipal ao ar livre e neste ano realizou-se o 13º Encontro, com cerca de 800 praticantes.

186. Projeto Agita Conceição: promoção da saúde através de práticas corporais junto às ESF

O Projeto Agita Conceição – Saúde e Movimento surgiu em virtude da grande incidência de morbidades associadas ao Estilo de Vida. O Projeto atualmente conta com a participação de 450 pessoas, provenientes dos encaminhamentos realizados pelas Estratégias de Saúde da Família, após avaliação das condições de saúde. Na Zona Urbana, as atividades são realizadas em 06 pontos distintos, além de 02 grupos na Zona Rural, de segunda a sexta-feira, com duração de 60 minutos.

187. Humanizar: um sonho possível

Em um bairro de Maceió, residentes multiprofissionais em saúde propõem um trabalho diferenciado visando a participação ativa da comunidade e a autonomia dos sujeitos, onde a humanização foi ponto primordial para a consolidação do trabalho. As atividades desenvolvidas buscaram promover saúde através de práticas corporais e troca de saberes, com o Clube da Caminhada e Hiperdia; e acompanhamento integral à saúde dos usuários com dificuldade de acesso à Unidade de Saúde, com a visita domiciliar.

188. A caminho da pluralidade terapêutica: práticas integrativas e complementares (PICS) e a experiência da Naturologia na UBS Jardim Eldorado – Palhoça/SC

Plantas Medicinais, Auriculoterapia, Florais de Bach, Massagem Shantala, Geoterapia, Hidroterapia, Arteterapia, Técnicas de Musicoterapia, Práticas Corporais, Reflexologia, Técnicas de Respiração e Meditação, Iridologia.. e mais! Você já imaginou tudo isso em uma única UBS? Sim, é possível com a Naturologia!

189. O impacto de um programa de exercícios físicos e monitoramento dos parâmetros antropométricos em mulheres adultas do Programa Academia da Saúde de Tuparetama/PE

Tuparetama/PE, município do interior do sertão do pajeú. Tem realizado um excelente trabalho de saúde preventiva e ações de controle e combate a doenças como as Dant (Doenças e Agravos Não Transmissíveis) que afeta grande parte da população mundial. Hoje fazemos palestras, realizamos atividades de práticas de exercícios e orientações sobre hábitos saudáveis todos os dias além de monitorar periodicamente a evolução de cada aluno(a), proporcionando a todos prazer, qualidade de vida e longevidade.

190. A dança do ventre como instrumento de promoção do autocuidado e qualidade de vida

A modalidade prepara o corpo por meio de um gestual que estimula a atenção intrínseca, proporciona a valorização da necessidade de aceitar-se e cuidar-se. Foi inserida no PSF por meio de um projeto vinculado a Academia da Saúde. Pretende suprir as expectativas dos aprendizes que buscam por meio da arte uma forma de comunicação, socialização e melhoria do estado geral de saúde. O olhar atento ao grupo norteou a escolha de novas oficinas: confecção de figurino, maquiagem e saúde da mulher.

191. Academia da Saúde de Rio Claro: uma proposta e mil desafios

Este ano o município de Rio Claro implantou a primeira academia da saúde do estado do Rio de Janeiro. A equipe Nasf e o ESF centro trabalharam na idealização do projeto e na sensibilização da população para aderirem ao projeto, quando ele ainda estava em construção. Foram quatro meses de dedicação da equipe para a efetivação do projeto, que hoje efetivou-se em ações de promoção a saúde.

192. Nasf e Academia da Saúde: aulão de aeróbica, mudando estilos de vida em Benevides/PA

Com a inauguração da Academia da Saúde no município, o grupo do Nasf organizou duas vezes na semana, no período da tarde, uma aula de aeróbica, nestes dias a praça fica lotada, a população comparece até mesmo com chuva.

