



Revista Brasileira de Ciências do Esporte

ISSN: 0101-3289

ISSN: 2179-3255

Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte

Oliveira, Bráulio Nogueira de; Wachs, Felipe  
Educação física, atenção primária à saúde e organização do trabalho com apoio matricial  
Revista Brasileira de Ciências do Esporte, vol. 41, núm. 2, Abril-Junho, 2019, pp. 183-189  
Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte

DOI: 10.1016/j.rbce.2018.09.003

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401360502010>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

UAEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal  
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa acesso aberto



ARTIGO ORIGINAL

## Educação física, atenção primária à saúde e organização do trabalho com apoio matricial



Braulio Nogueira de Oliveira <sup>a,\*</sup> e Felipe Wachs <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil

Recebido em 29 de outubro de 2017; aceito em 14 de setembro de 2018

Disponível na Internet em 3 de novembro de 2018

### PALAVRAS-CHAVE

Sistema Único de Saúde;  
Estratégia saúde da família;  
Atenção primária à saúde;  
Educação física e treinamento

### KEYWORDS

Unified Health System;  
Family health strategy;  
Primary health care;  
Physical education and training

**Resumo** O estudo discute a organização dos processos de trabalho da educação física na atenção primária à saúde com base no apoio matricial. Trata-se de um estudo qualitativo com 11 profissionais de educação física, em Sobral/CE, com coleta de informações em três grupos focais e sistematização por análise temática. Os resultados sugerem um conjunto de atitudes a serem adotadas pelos profissionais ao trabalhar com apoio matricial: ser um profissional aprendiz, promover a clínica ampliada, conhecer a rede, reorganizar o cuidado em saúde e participar dos espaços políticos. Conclui-se que essas atitudes favorecem o cuidado usuário-centrado, a qualificação da atenção e o trabalho interprofissional, considerando a integralidade do cuidado, a formação pelo/para o trabalho e a participação popular.

© 2018 Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Physical education, primary health care and the organization of work with “matrix support”**

**Abstract** The study discusses the organization of work of Physical Education in Primary Health Care based on “matrix support”. A qualitative study was conducted with 11 Physical Education professionals in Sobral, Brazil, with data collection through three focus groups and systematization by thematic analysis. The results suggest some attitudes to be adopted by the professionals when working with “matrix support”: to be an apprentice professional, to promote the amplified clinic, to know the network, to reorganize health care and to participate in the political

\* Autor para correspondência.

E-mail: [brauliono08@hotmail.com](mailto:brauliono08@hotmail.com) (B.N. Oliveira).

**PALABRAS CLAVE**

Sistema Único de Saúde;  
Estratégia de saúde de la familia;  
Atención primaria a la salud;  
Educação física y entrenamiento

spaces. It is concluded that these attitudes favor user-centered care, qualification of care and interprofessional work; considering, the integrality of care, training for work and popular participation.

© 2018 Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Educação física, atenção primária y organización del trabajo con “apoyo matricial”**

**Resumen** El estudio trata sobre la organización de los procesos de trabajo de la Educación Física en Atención Primaria basándose en el “apoyo matricial”. Se llevó a cabo un estudio cualitativo con 11 profesionales de Educación Física, en Sobral, Brasil, con recopilación de datos por medio de tres grupos focales y sistematización por análisis temático. Los resultados sugieren que los profesionales, al trabajar con “apoyo matricial”, deben adoptar un conjunto de atitudes: ser un aprendiz profesional, promover la clínica ampliada, conocer la red, reorganizar el cuidado en salud y participar en los espacios políticos. Se concluye que estas atitudes favorecen el cuidado centrado en el usuario, la calificación de la atención y el trabajo interprofesional, considerando la integralidad del cuidado, la formación para y por el trabajo, y la participación popular.

© 2018 Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Introdução**

O apoio matricial pode ser entendido como uma tecnologia em saúde que envolve um rearranjo organizacional da gestão do trabalho, por meio da relação entre equipe de referência e apoiado matricial. Na atenção primária à saúde (APS), geralmente as equipes de saúde da família exercem a função de equipe de referência e os núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica (Nasf)<sup>1</sup>, assim como profissionais de saúde de outros níveis de atenção, atuam como apoiadores matriciais. Os Nasfs foram criados em 2008, no intuito de ampliar o raio de intervenções promovidas pelas equipes de saúde da família, por meio do apoio matricial, conforme suas diretrizes (Ministério da Saúde, 2010).

O apoiador matricial é o especialista responsável pela retaguarda assistencial no atendimento ao usuário, que pressupõe concomitantemente um processo pedagógico, proporciona maior resolutividade e autonomia para conduzir casos semelhantes (Campos e Domitti, 2007). Nesse sentido, a educação física é tida como uma das especialidades que faz o apoio (matricial), com base em sua *expertise*: atividades físicas/práticas corporais. Espera-se que, por meio do trabalho integrado com a saúde da família, o apoiador exerça a “retaguarda assistencial” ao contemplar a demanda do

usuário (ou do grupo) em atendimento naquele momento, ao mesmo tempo em que se estabelece um “processo pedagógico”, que visa a ampliar a resolutividade da equipe de referência.

Contudo, Frangelli (2013) conduziu um estudo com o objetivo de investigar as competências para o trabalho no NASF, que envolveu gestores, profissionais e docentes de 12 estados brasileiros, por meio do qual concluiu que há um “avanço nas práticas do NASF, enfrentando, porém, obstáculos, entre os quais se destaca que o processo de trabalho não está estruturado dentro do apoio matricial” (Frangelli, 2013, p. 10). Um estudo semelhante foi feito na educação física, cujo objetivo foi identificar e sistematizar competências para atuação na APS. Participaram do estudo 41 profissionais de educação física que atuavam em programas de atividade física estruturados junto ao SUS, em seis estados brasileiros, exerciam a função de coordenação do programa (26) ou como profissional responsável por desenvolver as atividades (15). Além desses, foram incluídos sete pesquisadores que estudam a temática, das regiões Sul (três), Sudeste (três) e Nordeste (um). Esses compuseram, respectivamente, a “visão” do gestor, do trabalhador e do pesquisador. Em metodologia que consistia em três rodadas de consulta aos participantes (técnica Delphi), o termo “matricial” apareceu apenas em uma competência após a primeira rodada, foi, contudo, removido durante a segunda rodada por não atingir o nível de consenso esperado. No fim do processo, no entanto, o pesquisador optou por incluir o apoio matricial como uma das 58 competências, por tê-lo considerado como um “componente essencial para o trabalho em equipe” (Coutinho, 2011, p. 121). Em nossa análise,

<sup>1</sup> A reformulação da Política Nacional de Atenção Básica, por meio da Portaria nº 2.436/2017, alterou sua denominação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Contudo, alguns documentos oficiais mantêm a sigla NASF, opção adotada também pelos autores.

todavia, essa inclusão ainda ocorre de forma tímida, por meio da seguinte redação: “atuar de forma interdisciplinar, em equipe multiprofissional, com possibilidades de apoio matricial” (Coutinho, 2011, p. 153).

Entende-se que o fato de o apoio matricial não estar fortemente presente entre as competências elaboradas para a área não implica, necessariamente, seu desuso. O estudo de Santos et al. (2017), por exemplo, consistiu em uma análise dos fatores associados às práticas de apoio matricial feitas por 296 profissionais de educação física no NASF, em todas as regiões brasileiras. Nesse caso, foi identificado que os profissionais já mobilizam a tecnologia, principalmente em contextos em que há melhores condições de trabalho e oferta de formação aos profissionais.

O presente texto é fruto de pesquisa qualitativa conduzida em Sobral/CE e tem como objetivo discutir a organização dos processos de trabalho da educação física na APS com base no apoio matricial. Importante destacar que nesse cenário o modelo de atenção à saúde era sensível ao espectro das tecnologias leves e à política de humanização do SUS (Souza, 2011) e que a categoria atua na APS antes mesmo da criação do NASF. Nessa abordagem, o apoio matricial é entendido como atitude profissional, e não como protocolo de procedimentos institucionalizados. Portanto, são necessárias considerações que exigem a leitura das conjunturas macro e micropolíticas, bem como da singularidade de cada território no qual se desenvolvem as ações de cuidado.

## Metodologia

A inserção de profissionais de educação física no âmbito da APS de Sobral/CE ocorreu, em 2000, por meio da segunda turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) (Silva e Oliveira, 2013). Além dos residentes, foram identificados profissionais que atuam nos seguintes espaços do município, em consonância com a proposta dessa pesquisa: 1) na assistência via NASF ou contrato com a prefeitura, gerência de polos de Academia da Saúde e gerência de Unidades Básicas de Saúde; 2) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Residência Multiprofissional em Saúde Mental; 3) Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), como professores/pesquisadores do curso de graduação em educação física que tematizam o SUS; 4) Universidade Federal do Ceará, campus Sobral, que tem o primeiro Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (criado em 2009), e alguns discentes da educação física. Do ponto de vista da formação inicial, há ainda inclusão de estudantes da área por meio do PET-Saúde, bem como por estágios curriculares da UVA.

A inserção do primeiro autor na condição de discente da RMSF/EFSVS entre 2012 e 2014 facilitou o mapeamento do cenário e a identificação dos colaboradores. A técnica de produção de informações foi o grupo focal, consideraram-se os seguintes critérios de convite: ser profissional de educação física; atuar no âmbito da assistência na APS por, no mínimo, seis meses; atuar, no âmbito do ensino, pesquisa e/ou gestão na perspectiva da APS. O convite foi aceito por todos os participantes, 11 profissionais, entre os quais muitos exerciam mais de uma função. Respeitando a não identificação pessoal prevista no projeto aprovado

pelo comitê de ética em pesquisa da UVA (parecer número 470.565), não apresentaremos uma caracterização individual, mas grupal, de acordo com as funções desempenhadas: ensino (quatro), docentes do curso de educação física da UVA ou da EFSVS; pesquisa (três), discentes de Programa de Pós-Graduação; assistência (oito), do NASF, sistema de saúde municipal e residentes; e gestão (dois), coordenador de unidade básica de saúde e integrante da Secretaria da Saúde. A identificação da fala nesse texto se deu por uma sigla e número (“P”, para participante).

Ocorreram três encontros de grupo focal, com duração média de 80 minutos, que contaram com um moderador e dois observadores. Para o primeiro encontro foram abordados: o entendimento dos participantes sobre apoio matricial, ações desenvolvidas por eles relacionadas à ferramenta e principais desafios e dificuldades para operacionalização dessas ações. Para o segundo encontro, foi proposto o debate acerca de possíveis competências para fazer apoio matricial. No terceiro encontro do grupo focal a sistematização feita pelos pesquisadores foi apresentada e debatida de modo a reafirmar posições, concordâncias e discordâncias e ajustar eventuais compreensões equivocadas por parte dos pesquisadores.

Para análise dos dados, operamos a partir da análise de conteúdo, do tipo análise temática, na perspectiva de Minayo (2008). No intuito de vislumbrar o trabalho com apoio matricial de profissionais de educação física na APS, o movimento analítico permitiu sistematizar as informações produzidas nos seguintes núcleos de sentido: ser um profissional aprendente; promover a clínica ampliada; conhecer a rede; reorganizar o cuidado em saúde; e participar dos espaços políticos.

## Ser um profissional aprendente

Como primeiro elemento relativo à operacionalização do trabalho com apoio matricial, temos a atitude de *ser um profissional aprendente*; conforme podemos ver representado na fala do P10, “uma das competências do professor de educação física tem que ter no apoio matricial é ser aprendente [...], ele pode colaborar muito no rendimento, mas pode também aprender”. Isso implica uma atitude dialógica pelo apoiador (Oliveira e Wachs, 2018).

Pudemos compreender duas leituras sobre essa noção de *ser aprendente* durante as discussões dos grupos. A primeira compreende que o apoiador aprende com a equipe de referência aquilo que é próprio do cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família. Com isso, poderá qualificar seus processos de trabalho de modo geral, o que aproxima o apoio matricial do caráter de educação permanente. Segundo o P4, “é importante desenvolver também uma atitude curiosa, [...] uma autoeducação permanente e a partir da necessidade, ir atrás daquela informação, daquele conhecimento, para poder qualificar a atuação”. A segunda remete à importância do apoiador apreender o contexto cultural e sanitário do território que está apoiando. A equipe de referência está imersa nesse contexto e o seu acompanhamento das condições de saúde da população adstrita é longitudinal. O apoiador, nesse caso, deveria estar aberto a aprender com esse acúmulo das equipes de referência para construir, de forma compartilhada, ações

que alcancem maior resolutividade. Há, portanto, um saber que nasce do território, nas casas dos usuários, em uma conversa na esquina, no diálogo com as rezadeiras, no cafezinho na calçada, na cadeira de balanço da esquina, no “racha” de futebol, ou seja, no encontro com o usuário.

Interpretamos que a discussão no grupo sobre *ser aprendente* pode ser compreendida, de uma terceira forma, como um desejo implícito de se apropriar mais da ferramenta apoio matricial ou como a manifestação de que essa apropriação acontecerá em processo no cotidiano vivo do trabalho, que imporá limites e fará emergir possibilidades. Nesse sentido, destacamos a fala do P4, que considera um aspecto fundamental o profissional entender “o que significa de fato ao apoio matricial, dentro da ESF, ter o domínio teórico-conceitual dessa tecnologia (P4). Essa discussão ocorreu sobretudo no primeiro encontro de grupo focal, dedicado prioritariamente a debater o entendimento de apoio matricial.

A preocupação manifesta pelo P4 coaduna com a argumentação presente em estudos como os de [Fragelli \(2013\)](#) e [Coutinho \(2011\)](#), que investigaram, respectivamente, as competências requeridas para o trabalho no NASF e para educação física. Em ambos o apoio matricial apareceu de modo incipiente.

## Promover a clínica ampliada

Este núcleo de sentido se centra na argumentação dos participantes acerca da relevância de significar os processos de cuidado de modo ampliado, sobretudo a forma de ver o sujeito e, por vezes, sua relação com doença, bem como com as práticas corporais. Assim, o P4 indica que para que se possa desenvolver o apoio matricial, é preciso entender o olhar que “o outro tem sobre a doença, que aí eu acho que você vai ter uma visão mais ampliada a partir do sujeito”. Além disso, o P6 indica que uma caminhada, por exemplo, não é somente o ato de caminhar; assim como o P7 aponta para a necessidade de não reduzir o trabalho do profissional de educação física aos aspectos biológicos.

Algumas pessoas pensam a caminhada como um ato de caminhar em si, aquela coisa cronometrada. Caminhar tanto tempo, em uma intensidade x. Ela, de fato, precisa conversar. Ela está ali, caminhando, mas ela quer dialogar, e isso é saúde mental. Às vezes alguns profissionais ficam regrando as pessoas (P6).

Eu acho que uma competência superválida para o professor de educação física é uma visão ampliada do ser, não do ser enquanto corpo físico, porque vêm chegando várias demandas que não são de falas, mas que são de expressões, e aí eu acho que isso remete muito ao nosso jeito de trabalhar na ESF (P7).

Compreender como o usuário significa a doença, conforme argumenta o P4, pressupõe um exercício de escuta qualificada e vínculo, com relativo desvencilhamento da doença, *a priori*. Para [Campos \(2003\)](#), há casos em que a doença se sobrepõe ao sujeito, no sentido de dominá-lo, e em outros, ela se apresenta como um “risco na água”, que não passa de um fenômeno transitório. Entendendo a escuta

qualificada e o vínculo como centrais no esforço de entender a caminhada além do ato de caminhar, conforme aponta o P6, e uma “visão ampliada do ser” citada pelo P7, a dimensão de “promover a clínica ampliada” na operacionalização do apoio matricial ganha forma.

Para o P3, o próprio conceito de “práticas corporais” já pressupõe processos de trabalho dialógicos: “os profissionais têm que entender esse conceito e não estar engessando aquele espaço”. Um estudo relevante que efetivou um projeto de intervenção de práticas corporais na perspectiva da clínica ampliada foi feito por [Mendes e Carvalho \(2015\)](#), em São Paulo. Em linhas gerais, identificaram potência nessa relação justamente por considerar a singularidade do sujeito e a produção de práticas de saúde para além da racionalidade biológica.

Diante disso, um dos pilares para que o profissional de educação física desenvolva os processos de trabalho na perspectiva do apoio matricial é “compreender e conhecer o conceito de integralidade, porque o conceito de integralidade está muito integrado ao conceito de apoio matricial” (P4). Integralidade pode ser entendida como “apreensão ampliada das necessidades e a habilidade de reconhecer a adequação da oferta ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde” ([Mattos, 2004](#), p. 1415). Logo, pressupõe compreender a singularidade do usuário, e não o restringir a sua condição biológica.

A noção de *promover a clínica ampliada* se aproxima ainda de questões relativas à humanização da atenção. Nesse sentido, o P7 argumenta:

Eu acho que se deve pensar muito humanização dessa atenção e de fato, para mantê-la, ter conhecimento teórico/prático disso [...] eu acho que isso vai para a humanização do cuidado, para o ser, e aí o acolhimento também. A gente precisa mais fazer um atendimento, uma escuta mais humanizada, porque quando a gente chega com uma demanda, a gente acaba terminando sempre com outra, como acontece nos territórios (P7).

Logo, o P7 entende que, por meio de uma escuta humanizada, ou seja, implicada e corresponsável, a demanda do usuário pode se apresentar outra que não a esperada *a priori*. Essa argumentação se mostra pertinente para os profissionais de educação física, na medida em que uma certa “protocolarização” das práticas, tais como a gestão do trabalho em função exclusivamente de instrumentos de avaliação física ou de práticas pré-estabelecidas (para a condição x, quantidade y e de atividade física na intensidade z), pode provocar incoerências.

## Conhecer a rede

*Conhecer a rede* é relevante na medida em que há expectativa para que o apoiador matricial articule um conjunto de possibilidades para que, juntamente com a equipe de referência, possa dialogar com o usuário sobre seu projeto terapêutico. Nos dizeres de [Campos \(1999, p. 398\)](#), “um professor de educação física, por exemplo, se incluiria no trabalho interdisciplinar em saúde mental pelo lado matricial, oferecendo um cardápio de atividades que poderiam ou não ser incluídas no projeto terapêutico”. Apesar de o exemplo estar no contexto da assistência psicossocial, que

ocorre pelo histórico de a criação e a difusão dessa tecnologia terem sido marcantes no campo da saúde mental, uma lógica semelhante é aplicada no âmbito do NASF.

Vale ressaltar que “cardápio de atividades” não pressupõe atividades pré-estabelecidas e descontextualizadas; tampouco remete a pensar que é algo a ser consumido como mercadoria. Nesse sentido, tais práticas precisam ocorrer em diálogo com a comunidade, e não de modo simplesmente prescritivo. Feitas essas ressalvas, apresentamos como primeiro elemento relativo a *conhecer a rede*, a questão da territorialização, conforme a fala do P3.

O profissional deve conhecer o território. No momento em que você faz o processo de territorialização, você vai entender a questão multicultural. Você vai estar dialogando com outros setores dentro do seu processo de trabalho. Vai entender um pouco aquele território que fala, não é só um espaço morto, é um espaço que vai estar dando pistas. Entender um pouco da questão do perfil epidemiológico também vai lhe dar um rumo, um norte para você seguir, então, o conhecimento de todo o território ele é importante também (P3).

A territorialização pode ser considerada uma bússola para as práticas de apoio matricial, sobretudo no âmbito do NASF, em que tanto os apoiadores quanto a equipe de referência integram o mesmo nível de atenção (APS). Esse processo não ocorre exclusivamente no momento de entrada em campo. A propósito, geralmente há diversos grupos de práticas corporais nos territórios, potência essa que só é passível de ser articulada quando conhecida. Devido a sua relevância, a territorialização é incorporada nas diretrizes do NASF, na medida em que propõe o mapeamento do território, considera os aspectos sociais, econômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos (Ministério da Saúde, 2010).

Na dimensão do território, os participantes apontam que *conhecer a rede* pressupõe “saber ser uma liderança de grupo e saber valorizar as lideranças locais, devido à quantidade de abordagens que são coletivas, e essa competência faz com que o profissional seja bem reconhecido no território [...]; tem que ser flexível” (P10). Destacam ainda que ser uma liderança e valorizar as lideranças envolve um processo de “não ser preconceituoso com os ambientes, devido à variedade de religiões, devido às culturas [...]. Uma das características é que ele tem que ser multicultural, transcender todas as culturas, não as ofender, e sim trabalhar com elas” (P10).

Entendemos que ser uma liderança e conduzir um trabalho multicultural não é tarefa simples. Nos grupos focais, foram citados exemplos de intervenções com grupos vulneráveis e em locais que impunham dificuldades e resistências: feitura das práticas corporais em local em que transitavam usuários de substâncias psicoativas e no qual, por vezes, policiais faziam abordagens e revistas; praticantes que cumpriam medida socioeducativa; ações desenvolvidas em prostíbulos. Fechar os olhos para a realidade da comunidade e restringir o espectro de atuação foi apontado como algo a ser enfrentado. Os participantes defendem a necessidade de não somente conhecer os grupos de práticas corporais cuidados por líderes comunitários e agentes comunitários de saúde, mas também de apoiá-los, os entender como cuidadores longitudinais.

Além da rede de apoio presente no território, o P4 chama atenção para a rede intersetorial. Argumenta que é preciso “conhecer [tanto] a rede de apoio, todo o território quanto a rede do próprio serviço, a rede intersetorial. O que essa rede tem de oferta?” (P4). Assim, além das questões particulares do território, *conhecer a rede* envolve não somente os diversos pontos de atenção envolvidos da hierarquização do sistema de saúde (CAPS e hospitais, por exemplo), como também as instituições de outros setores (escola e centro de referência da assistência social [CRAS], por exemplo).

Assim, *conhecer a rede* permeia três sentidos: a rede social de apoio, viabilizada pela territorialização; as redes de atenção à saúde e suas respectivas unidades de referência; e a rede intersetorial.

## Reorganizar o cuidado em saúde

A prática do apoio matricial pressupõe repensar o tradicional modelo de atenção médico-centrado. Esse processo tem como premissa “colocar o usuário como centro processo de cuidado [...]; quando se coloca o [cuidado] usuário-centrado [...], você está de alguma forma corresponsabilizando, tanto a si, quanto a equipe, quanto família” (P6). A argumentação aqui exposta dialoga fortemente com o núcleo de sentido *promover a clínica ampliada*; ao mesmo tempo, tem peculiaridade justamente pela materialidade organizacional. A particularidade principal envolve o trabalho trans/inter/multi/disciplinar, ao reconhecer as limitações dos núcleos profissionais, bem como a centralidade no usuário. As falas, portanto, articulam experiências de trabalho integrado e participativas, as quais, segundo os participantes, implicam uma ressignificação.

Desenvolver uma atitude mais ampliada juntamente com o profissional de referência, que seriam as dimensões técnica e pedagógica. No campo da interconsulta e intervisita, o que temos que desenvolver é uma reorganização do serviço. [...] Essa ressignificação vai depender muito da habilidade do profissional de ter uma abordagem mais flexível, dentro das possibilidades desse serviço. (P4).

Utilizar todo aquele espaço para trabalhar autonomia, promoção da saúde, discutir com a comunidade que outros problemas, que outros aspectos podem estar fortalecendo aquele momento daquela atividade no sentido de ressignificar mesmo aquele espaço, de não ser só a prática corporal, mas um espaço cuidado, de escuta, de troca de experiência. (P1).

Nosso desafio é esse: além de saber o que a gente faz, saber um pouco do que os outros fazem, para ver de que forma a gente contribui junto com o outro. (P11).

A ressignificação dos serviços, conforme mencionada na fala, trata de uma proposta de atuação dialógica, usuário-centrada, na perspectiva da corresponsabilização do cuidado. Considera a necessidade de articulação com o saber dos outros profissionais, sobretudo pela premissa de que o apoio matricial tem uma dimensão pedagógica que se desenvolve em conjunto com a equipe de referência. Portanto, essa prática pressupõe uma atuação por meio de atitudes não rígidas (ou, como aponta o P4, “mais flexível”), em que o profissional de educação física não se coloca como o

“detentor do saber” e não se limita a atividades centradas em seu núcleo (atividades físicas/práticas corporais). Desse modo, ressignificar é atribuir um novo significado para a prática, na direção de uma sensibilização em relação aos determinantes sociais da saúde, muitas vezes obscuros diante do paradigma de causa e efeito entre a atividade física e saúde.

## Participar dos espaços políticos

Dado o fato de que, para os participantes, *participar dos espaços políticos* é uma atitude relevante para a feitura do apoio matricial, foi feita uma discussão se há alguma contribuição específica da categoria nos conselhos e conferências de saúde e nas associações dos bairros e outros movimentos sociais. Além da contribuição como atuante das pautas relativas a cada um desses espaços, o P10 aponta para a necessidade de compreender o funcionamento e exercer papel ativo nesses espaços.

Não seria uma competência só da categoria, mas para todos: leitura política, político-pedagógica dos processos de poder, de mandar, obedecer, de eleições, de politicagem. [...] Compreender realmente em qual município você está e qual a estrutura da secretaria de saúde do seu município, quais são os governantes que estão no poder hoje e quais as influências, quais os poderes, quais as estruturas, quem manda em quem, quem é subjugado, quem ordena (P10).

O P10 denomina “leitura política” a capacidade de compreensão das relações de poder e das contradições presentes. A leitura política se faz pertinente pela necessidade de conhecer a dinâmica comunitária como espaço vivo, em que até a política partidária se faz presente. Há contradição quando os interesses individuais se sobrepõem à coletividade. Nesses espaços, são deliberadas decisões que impactam diretamente a vida das pessoas, como, por exemplo, pleitear junto à prefeitura a construção de uma quadra esportiva em determinada praça. Algumas questões permearam o debate entre os participantes, tais como: que integrantes da comunidade “têm voz”? O que fazer quando uma liderança comunitária se candidata a um cargo político e demanda divulgar suas propostas nos grupos de práticas corporais? Há pessoas na comunidade, incisivos nas reivindicações, que são incorporadas com cargos públicos? Com que lideranças dialogar para conseguir articular determinado espaço comunitário para o desenvolvimento de ações? Logo, *participar dos espaços políticos* envolve politizar os diferentes espaços, inclusive as práticas corporais, conforme argumentação do P4.

Eu tento traduzir a lógica de conselho de saúde para a lógica da participação social; me parece que aí seja onde a gente consegue desenvolver: dentro das práticas corporais. Eu penso que esses sejam espaços potentes para trabalhar, desenvolver no usuário, como uma pessoa de referência nessa questão da participação social. Participação social envolve o direito à saúde. Direcionando ao nosso núcleo, supondo que o lazer é nosso e é entendido como direito, determinante social da saúde. A prática corporal tem a ver com isso. Talvez possa desenvolver uma atitude política e crítica, juntamente com os

usuários e profissionais, que aquele espaço das práticas corporais é um espaço de direito, constitucional (P4).

Diante dessa fala, podemos considerar as práticas corporais como espaços potentes para o desenvolvimento de uma atitude política e crítica de todos os atores envolvidos – demais profissionais de saúde, usuários e a si mesmo. Na realidade deste estudo, essa tarefa perpassa pela conscientização a respeito dos aspectos políticos pedagogicamente trabalhados nesses espaços. Em tempos em que a política é compreendida como algo ruim no senso comum e difundida como necessariamente viciada e corrupta, é importante reiterarmos sempre que somos seres políticos. Politizar os espaços representa, sobretudo, manter a clareza sobre essa característica nos diferentes cenários de prática.

Nesse rumo, o P7 indica que se sente incomodado em “dar orientação somente sobre exercícios físicos”, extrapolando essa dimensão quando relata a intenção de “ser articulador de um processo político”. Assim, os participantes apontam para a construção de uma abordagem diferenciada das práticas tradicionalmente desenvolvidas pela categoria, limitada à orientação de exercícios físicos para construção de uma nova prática, sanitarista.

Soratto et al. (2010), ao discutir a participação popular e o controle social na saúde, alertam que os profissionais de saúde não estimulam e até desconhecem as formas de reivindicação de direitos, de participação e controle social no SUS. Identificam, ainda, a falta de participação popular dos usuários do SUS. Nesse contexto, é preciso que o profissional de educação física participe, legitime e fomenta os espaços de participação social, bem como politize os espaços, especialmente os grupos de práticas corporais. Essa participação se inicia nos próprios grupos, no exercício cotidiano do cuidado, o usuário assume papel de protagonista nas decisões sobre as atividades a serem feitas e sobre a condução delas.

## Considerações finais

Dado o interesse em investigar a organização dos processos de trabalho com base no apoio matricial, o presente texto é resultado de uma construção coletiva, estruturada por meio de encontros de grupo focal. Nesse sentido, emergiram as seguintes atitudes: ser um profissional aprendente, promover a clínica ampliada, conhecer a rede, reorganizar o cuidado em saúde e participar dos espaços políticos.

Considerando a relação entre apoiador matricial e equipe de referência como premissa para a operacionalização da tecnologia, chama atenção o trabalho inter/multidisciplinar não ter se constituído como núcleo de sentido específico, mas no “reorganizar o cuidado em saúde”, com ênfase mais ampla: não se trata apenas de trabalho interprofissional, mas integrado também com a participação dos usuários. Os participantes destacam a importância de considerar toda a rede de serviços (de atenção à saúde e intersetorial), bem como também a rede social de apoio, onde algumas práticas são conduzidas por líderes comunitários. Essa questão fica evidente ao tratar da participação e do controle social, sobretudo ao compreender as relações de poder que permeiam o cuidado em saúde e respeitar o protagonismo do usuário. Nessa lógica, denunciam os limites de uma prática engessada no que tange ao fomento de programas

de atividades físicas/práticas corporais descontextualizadas do ponto de vista político e sociocultural; da organização dos serviços e do desejo do usuário. Vale ressaltar que as práticas corporais/atividades físicas não se constituíram como um núcleo de sentido em si justamente por aparecer imbricadas à dinâmica da organização dos serviços de saúde, ênfase dada nessa delimitação.

A proposta de estudo desenvolvida apresenta como principal limite o impedimento da transposição direta do modo como o trabalho com apoio matricial é compreendido e organizado no contexto estudado para outros contextos, particularmente pelo interesse em não constituir um modelo ou protocolo a ser seguido, é preciso considerar a conjuntura política, de modo mais amplo, e a singularidade de cada território, de modo mais particular. Concluímos, porém, que as atitudes indicadas para organização do trabalho com base no apoio matricial no presente estudo favorecem o cuidado usuário-centrado, a qualificação da atenção e o trabalho interprofissional e consideram a integralidade do cuidado, a formação pelo/para o trabalho e a participação popular.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Referências

- Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* 2007;23(2):399–407.
- Campos GWS. Saúde paideia. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2003.
- Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999;4(2):393–403.
- Coutinho SS. Competências do profissional de educação física na atenção básica à saúde. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2011, Tese de doutorado.
- Fragelli TBO. Análise das competências profissionais no núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Universidade de Brasília; 2013, Tese de doutorado.
- Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública* 2004;20(5):1411–6.
- Mendes VM, Carvalho IM. Práticas corporais e clínica ampliada. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2015.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
- Ministério da Saúde (BR). Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- Oliveira BN, Wachs F. Educação física e atenção primária à saúde: apropriações acerca do apoio matricial. *Movimento* 2018;24(1):173–86.
- Santos S, Benedetti T, Sousa T, Fonseca S. Apoio matricial e a atuação do profissional de educação física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde* 2017;22(1):54–65.
- Silva ALF, Oliveira BN. A trajetória da educação física no SUS em Sobral-CE: um resgate histórico. *Conexões* 2013;11(2):193–207.
- Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da estratégia saúde da família. *Physis* 2010;20(4):1227–43.
- Souza MLT. Apoio matricial em saúde mental: uma proposta de educação permanente em saúde? *Sanare* 2011;10(2):28–33.