

Artigo Original

Apoio Matricial e a atuação do Profissional de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Matrix Support and the intervention of Professional Physical Education in the Support Nucleus Family's Health

Sueyla Ferreira da Silva dos Santos¹, Tânia Rosane Bertoldo Benedetti², Thiago Ferreira de Sousa³, Silvio Aparecido Fonseca⁴

Resumo

O estudo analisou os fatores associados as práticas de Apoio Matricial realizadas pelos Profissionais de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Brasil e segundo as suas regiões. Foi realizado um estudo exploratório e descritivo com 296 profissionais de Educação Física credenciados nas equipes do NASF do Brasil. A amostra foi proporcional às regiões do Brasil e modalidades de NASF, sendo realizada entrevista telefônica entre julho a setembro de 2011. Os componentes de Apoio Matricial foram definidos a partir do modelo teórico do trabalho, foram eles: educação em saúde, educação permanente, controle social e clínica ampliada. Os componentes isolados e suas combinações foram associadas as variáveis pessoais e de condições de trabalho dos profissionais. Para análise dos dados foi utilizado os testes de Regressão Logística Binária, nas análises brutas e ajustadas, adotando significância de 5%. Os resultados apontaram os profissionais mais jovens (OR = 4,8; IC95%:1,2-18,0), os integrantes da equipe do NASF desde a implantação (OR = 3,9, IC95%: 1,1-14,0) e aqueles que receberam capacitação (OR = 2,6; IC95%:1,3-5,4) realizaram um maior número de atividades simultâneas. Os indicadores relacionados a condições de trabalho estáveis e a capacitação pela gestão de saúde ofereceram maior chance de os profissionais realizarem a prática do apoio matricial. Investimentos na qualificação dos profissionais podem reduzir as divergências na atuação dos profissionais de Educação Física do NASF nas diferentes regiões do Brasil.

Palavras-chave

Saúde da Família; Saúde Pública; Educação Física; Treinamento.

Abstract

The study analyzed the factors associated with the Matrix Support practices performed by the Physical Education Professionals at the Support Center for Family Health (NASF) in Brazil and according to their regions. Was carried out exploratory and descriptive study with 296 professionals of the Physical Education teams accredited of the NASF of Brazil. A sample was proportional regions of Brazil and modalities of NASF and selected by telephone interview, applied in the period from July to September 2011. The indicators of Matrix Support were defined from the theoretical work model: Health Education, Continuing Education, Social Control and Expanded Clinic. The isolated components and their combinations were associated personal and professional working conditions variables. The associations were to estimate through multinomial and binary logistic regression in crude and adjusted analysis, adopting a 5% significance. The results showed that younger professionals (OR: 4.8; CI95%: 1.2-18.0), the members the NASF team since implementation (OR: 3.9; CI%: 1.1-4.0) and those that received capacitation (OR: 2.6; CI%: 1.3-5.4) realized a higher numbers of simultaneous activities. The indicators related the stable working conditions and the training for health management were associated with higher chances of achieving of matrix support. Investment in the training of professionals can reduce the differences in the performance of professional of Physical Education of NASF in different regions of Brazil.

Keywords

Family Health; Public Health; Physical Education; Training.

Introdução

O trabalho em saúde envolve a interface de diferentes “modos de fazer”, pelo qual se almeja como resultado, a promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas a quem se oferta o cuidado. O Apoio Matricial (AM) é um modelo de trabalho em saúde que

1 Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia (ICSEZ) de Parintins, Amazonas, Brasil.

2 Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Departamento de Educação Física. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

3 Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Departamento de Ciências do Esporte. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

4 Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Departamento de Educação Física. Ilhéus, Bahia, Brasil.

tem sido incorporada à Atenção Básica, especialmente nas políticas nacionais de saúde mental e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)^{1,2}. A equipe multiprofissional do NASF estabelece em sua prática cotidiana uma atuação voltada à cogestão para as relações interprofissionais e corresponsabilização no cuidado em saúde da população e do território sanitário³.

Os componentes do AM preconizados para atuação do profissional de Educação Física no NASF são destacados pelas normativas da Atenção Básica^{4,5} e apontados na literatura^{1,2}, a partir de uma matriz organizacional horizontal⁶. Nestes documentos destaca-se principalmente, quatro componentes fundamentais do AM, a educação em saúde (ES), a educação permanente (EP), o controle social (CS) e a clínica ampliada (CA). A Política Nacional da Atenção Básica⁵ (p.70), aponta exemplos de ações de AM que devem fazer parte do cotidiano de trabalho em saúde nas equipes do NASF.

“São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes”.

As ações apontadas no documento normativo, a saber, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais, são exemplos de práticas contempladas no componente de ES. Para o componente CA são apontadas as atividades de discussão de casos, interconsulta e projetos terapêuticos e para EP são citadas a discussão do processo de trabalho das equipes e podem ser agregadas a esta ação as atividades de atualização pedagógica, rodas de conversa, estudos dirigidos, entre outras atividades. No que se refere a prática do CS, as diretrizes de trabalho do NASF⁴ (p.149) apontam como papel dos profissionais do NASF e da Educação Física “fortalecer o controle social na saúde e a organização comunitária como princípios de participação política nas decisões que afetam a comunidade ou população local”.

O aporte teórico e metodológico do NASF reforça aspectos como, a integralidade, a transdisciplinaridade e a superação do modelo de saúde centrado na doença e fragmentação das práticas em saúde. Sendo assim, o modo como os profissionais da saúde se articulam determina diretamente a produção do cuidado em saúde no território. As diretrizes ministeriais e estaduais fornecem embasamento para o planejamento em saúde⁴, contudo é pertinente que a gestão local, as equipes do NASF e da Saúde da Família definam conjuntamente a forma de coordenação do cuidado no território, identificando os papéis e responsabilidades de todos os atores envolvidos.

A inserção e valorização da presença do profissional de Educação Física na saúde tem sido reforçada pelas políticas públicas nacionais nas políticas públicas de saúde^{4,5}. Quanto a atuação nas equipes do NASF, no período de implantação, a Educação Física representava uma das cinco categorias profissionais mais recrutadas⁷. Nas intervenções o profissional de Educação Física atuava na formação de grupos de ES e valorização dos espaços públicos de lazer do território local, utilizado para a promoção de práticas educativas^{8,9}. A presença desse profissional é valorizada pelos seus pares, os quais identificam-no como agente potencializador para promoção de hábitos de vida saudáveis na comunidade adstrita¹⁰.

Contudo, os estudos apontados na literatura, de modo geral, não apresentam resultados de abrangência nacional para compreensão deste contexto^{9,10}. Além disso, os debates quanto a convergência da prática profissional com o conceito e definição do AM tem sido reforçado numa perspectiva teórica e generalista^{3,6}. Os estudos

necessitam evidenciar como este processo tem ocorrido na prática cotidiana do profissional de Educação Física. Portanto, o objetivo desta investigação foi analisar os fatores associados às práticas de AM realizadas pelos Profissionais de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Brasil e segundo as suas regiões.

Métodos

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem quantitativa, que buscou apontar dados, indicadores e tendências observáveis¹¹. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Protocolo nº 197/2011).

Para determinação da amostra foi solicitada às Secretarias Estaduais de Saúde a relação dos profissionais de Educação Física credenciadas ao NASF e consultada as ocupações no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) vinculadas à Educação Física¹². Os resultados destas fontes de dados foram comparados. Ao final da busca encontraram-se 1.377 equipes de NASF credenciadas ao SCNES até janeiro de 2011, com 738 profissionais de Educação Física cadastrados. A amostra foi estratificada auto-ponderada para dois estratos, sendo no primeiro nível a variável de estratificação as regiões do país e no segundo nível as modalidades de implantação do NASF, a saber: NASF 1, NASF 2 e NASF Consórcio Intermunicipal. Os profissionais foram selecionados em ordem alfabética, de forma aleatória sistemática, por uma lista dos profissionais que foram identificados no cadastro.

Considerando os procedimentos de amostragem para populações finitas, adotando erro tolerável de 5 pontos percentuais para uma frequência de 50%, a amostra necessária foi de 253 sujeitos. Foi selecionada uma amostra reserva de 20% a fim de compensar eventuais perdas e recusas, totalizando 303 profissionais. Os critérios de inclusão foram: profissionais do quadro permanente e temporário das Secretarias Municipais de Saúde que atuavam no mínimo 3 meses, sendo excluídos os profissionais inativos ou que apresentaram, durante o período de coleta de dados, afastamento, licença de diferentes naturezas ou férias.

O roteiro de entrevista telefônica foi composto por 59 questões estruturadas e semi-estruturadas referentes às características sócio-demográficas, condições de trabalho e as atividades de AM desenvolvidas pelos profissionais de Educação Física do NASF. O instrumento de medida foi validado quanto ao conteúdo por um painel de três especialistas da área. Em seguida foi submetido aos procedimentos de clareza e aplicabilidade por 10 profissionais de Educação Física do NASF que não compuseram a amostra. 46 profissionais, selecionados aleatoriamente e distribuídos proporcionalmente às regiões do Brasil participaram do procedimento de reprodutibilidade. Foram realizadas duas entrevistas em momentos distintos no intervalo de sete dias, o coeficiente de concordância alcançou resultados moderados ($Kappa=0,62$).

As entrevistas foram realizadas no período de julho a setembro de 2011. A equipe composta por 15 entrevistadores foi previamente treinada e supervisionada durante a coleta de dados. Foi realizada uma simulação prática de aplicação da entrevista, utilizando-se dos recursos de comunicação (telefone fixo, *Skype*, *Zoiper*, *Justvoip*) disponíveis para a coleta de dados.

O contato inicial do pesquisador foi realizado com a Secretaria Municipal de Saúde ou a instância equivalente e após o seu consentimento foi realizado o contato com o profissional via telefone e agendada a entrevista, conforme sua disponibilidade. No início da entrevista realizava-se a leitura do Termo de Consen-

timento Livre e Esclarecido e após a confirmação verbal do aceite, era iniciada a coleta de dados. O prazo para agendamento foi até duas semanas após a data do convite para a participar da pesquisa a fim de minimizar a interferências na rotina de trabalho. Foram delimitadas até 10 tentativas de contato com o profissional e cinco reagendamentos.

Para identificar as dimensões e selecionar os critérios de análise das práticas de saúde do profissional de Educação Física do NASF, desenvolveu-se um modelo teórico (figura 1), considerando a fundamentação teórico-metodológico do AM. Os componentes foram: ES, EP, CS e CA⁴.

A figura 1 mostra que o processo de trabalho do NASF envolve duas dimensões determinantes de como as práticas de saúde são construídas: a política e a técnica. A dimensão política institucional, referente à gestão do trabalho, nos diferentes contextos, seja entre os órgãos de articulação (rede social e de saúde) ou coordenação (gestão em saúde e gestão compartilhada do cuidado entre equipe de referência e matricial); e a técnica e metodológica, caracterizada pela instrumentalização profissional necessária para fundamentar e qualificar o processo de trabalho. As ferramentas de trabalho do AM interagem diretamente com as tecnologias de co-gestão e gerenciamento, contribuindo no mecanismo de pactuação das ações entre as equipes de saúde e potencialização das ações ofertadas a população adstrita (figura 1).

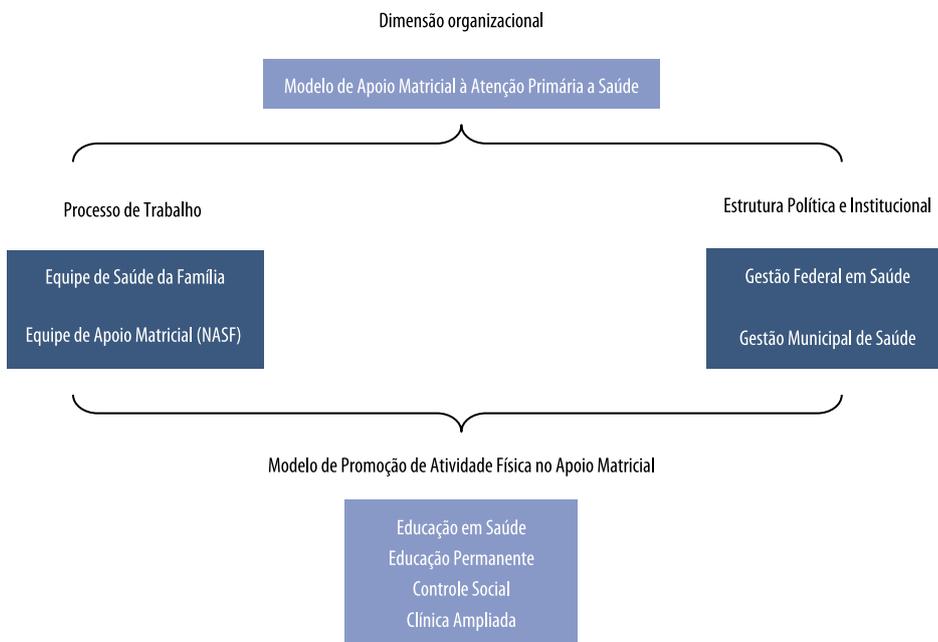


FIGURA 1 – Modelo Teórico do Processo de Trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família pautado na prática do Apoio Matricial. Brasil, 2011.

As variáveis dependentes do estudo referem-se aos componentes do AM. A ES foi definida a partir das variáveis dependentes de atividades realizadas em grupo na Unidade de Saúde ou na comunidade e a frequência destas atividades. Estabeleceu-se como critério a categoria de resposta “sim” para realização destas atividades e a frequência à realização das atividades de ES foi de pelo menos uma vez na semana, nos últimos 60 dias.

A EP permeia todas as dimensões do AM, contudo as ações técnico-pedagógicas podem ser destacadas. As variáveis utilizadas para análise deste desfecho foram: realização de ações pedagógicas desenvolvidas pelo NASF e reuniões perió-

dicas entre o NASF e com a ESF. Estas, foram definidas como critério a resposta “sim” para uma destas variáveis nos últimos 60 dias.

O CS foi avaliado pelo envolvimento da comunidade no planejamento das ações do NASF e o auxílio na formação/implementação do Conselho Local de Saúde. Baseado no pressuposto que é responsabilidade do NASF, promover a participação dos usuários na gestão em saúde, por meio do Conselho Local de Saúde (CLS)⁴, foi definida como critério a resposta “sim” para, no mínimo, uma das seguintes variáveis dependentes: participação em atividade de sensibilização para formação do CLS ou realização de atividades educativas com os membros do CLS. Não foi estabelecido critério de periodicidade devido estas ações não terem a mesma regularidade que as previstas nos demais componentes.

Para a CA foi considerada a resposta “sim” para as variáveis referentes a realização das práticas de projeto terapêutico singular e interconsulta (discussão de caso, visita domiciliar, consulta compartilhada, etc.) em conjunto com a equipe de saúde. O critério do desempenho foi no mínimo, uma destas atividades nos últimos 60 dias.

A partir disto, foi verificada a proporção dos componentes e suas combinações. A simultaneidade dos componentes de AM foi categorizada em: nenhum dos quatro componentes, um componente, dois componentes e três ou quatro componentes. As categorias foram analisadas de forma a identificar os componentes agrupados a cada combinação realizada.

As variáveis independentes do estudo foram grupo etário; escolaridade; tempo de serviço no NASF; modalidade de NASF; realização de capacitação pela gestão durante a implantação do NASF; disposição de condições físicas (estrutura física e recursos materiais mínimos para o trabalho); vínculo empregatício; número de equipes de saúde da família (ESF) que são acompanhadas.

Os dados foram tabulados por dupla digitação, por pessoas diferentes. O cruzamento das informações foi realizado via programa Epi Info e os dados divergentes foram corrigidos. Foi utilizado o Programa SPSS, versão 15.0 para análise, considerando nível de significância de 5%. Medidas descritivas dos valores absolutos e relativos foram aplicadas para caracterização das combinações dos componentes de AM. Foram comparadas as prevalências observadas em relação as prevalências esperadas para cada uma das 16 combinações de atividades de AM, em separado para as regiões e para o Brasil, por meio do teste do qui-quadrado. As prevalências esperadas foram calculadas tendo como base a probabilidade individual de ocorrência de cada componente de AM na amostra estudada (por exemplo, a prevalência esperada para a simultaneidade de realização das atividades de AM, ES, EP e CS, mais a não realização de CA foi calculada pela equação: $p_{ES} \times p_{EP} \times p_{CS} \times (1 - p_{CA})$, sendo “p” a probabilidade de prevalência dividido por 100, do componente da amostra).

Para estimar a associação entre as variáveis independentes e a simultaneidade dos componentes do AM foi utilizado o Odds Ratio (OR), nas análises brutas e ajustadas, por meio da Regressão Logística Multinomial. As diferentes combinações da categoria de três ou mais atividades de AM foram analisadas também por meio da Regressão Logística Binária, nas análises brutas e ajustadas.

Para as análises multivariadas foi realizado o ajuste por nível. No nível 1 foram incluídas as variáveis: grupo etário, escolaridade, modalidade de NASF e número de ESF acompanhadas pelo NASF; e no nível 2, tempo de serviço, realização de capacitação, vínculo empregatício, recursos materiais e estrutura física. Empregou-se o método de seleção das variáveis forward, sendo que as variáveis que apre-

sentaram valor de $p < 0,20$ no teste de Wald na análise bruta foram ajustadas pelos níveis acima descritos. Permaneceram no modelo de ajuste as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ no teste de Wald. A consistência da análise de regressão logística foi verificada pelo Teste de Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit ($p > 0,05$), para a Regressão Logística Binária e o Teste e o teste de razão de verossimilhança teste de $-2 \text{ Log Likelihood}$ ($p < 0,05$), para a Regressão Logística Multinomial.

Resultados

Foram contatados 303 profissionais de Educação Física, sendo que 296 participaram das entrevistas, correspondendo a 97,7% da amostra. As perdas e recusas do estudo ocorreram quando, mesmo após 10 tentativas de contato, o profissional não foi encontrado para realizar o convite para participação na pesquisa ou se recusou em participar. Para algumas regiões, a exemplo da região Norte, as perdas que não foram substituídas se deu por não existirem outros profissionais de mesma modalidade de NASF, que atendessem aos critérios de inclusão para realizar a reposição.

A Tabela 1 apresenta as prevalências observadas e esperadas para cada uma das 16 combinações de atividades do AM. Observou-se diferença entre esses valores para as regiões norte, sul e centro-oeste. Para essas três regiões destacaram-se maiores prevalências observadas em relação as esperadas para a combinação de nenhuma atividade de AM. Em contrapartida, a região sul foi a que apresentou maior prevalência observada para a realização das quatro atividades de AM (prevalência observada: 8,8%; prevalência esperada: 2,1%). Tanto na região norte quanto na região centro-oeste houveram nove combinações das atividades de AM que não foram relatadas pelos profissionais, muito embora a combinação dessas atividades tenha sido esperada.

TABELA 1 – Combinação dos componentes relacionados ao Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família para cada região e Brasil, 2011.

Nº	ES	EP	CS	CA	n	Norte*		Nordeste		Sudeste		Sul*		Centro Oeste*		Brasil	
						O (%)	E (%)	O (%)	E (%)	O (%)	E (%)	O (%)	E (%)	O (%)	E (%)	O (%)	E (%)
4	+	+	+	+	17	-	0,4	4,1	0,9	8,1	1,2	8,8	2,1	6,7	0,6	5,7	1,1
3	+	+	-	+	18	6,3	1,3	9,0	2,9	3,5	4,0	2,9	3,0	-	4,2	6,1	3,3
3	-	+	+	+	5	-	0,5	1,4	1,5	2,3	1,7	2,9	2,1	-	0,2	1,7	1,5
3	+	-	+	+	5	6,3	3,0	2,1	1,2	-	1,7	2,9	3,4	-	1,3	1,7	1,7
3	+	+	+	-	12	6,3	0,9	4,1	2,7	3,5	2,8	5,9	5,8	-	2,6	4,1	3,0
2	-	-	+	+	1	-	3,8	-	2,2	-	2,4	2,9	3,4	-	0,5	0,3	2,4
2	-	+	-	+	14	-	1,6	3,4	5,0	9,3	5,8	2,9	3,0	-	1,5	4,7	4,6
2	-	+	+	-	12	-	1,2	3,4	4,6	3,5	4,0	8,8	5,8	6,7	0,9	4,1	4,2
2	+	-	-	+	9	18,8	9,0	0,7	4,1	3,5	5,5	-	4,8	13,3	8,5	3,0	5,1
2	+	-	+	-	9	-	6,6	2,8	3,8	3,5	3,8	5,9	9,4	-	5,2	3,0	4,6
2	+	+	-	-	16	-	2,8	4,1	8,7	5,8	9,1	5,9	8,3	20,0	16,9	5,4	9,0
1	-	-	-	+	10	-	11,5	4,1	7,1	3,5	8,0	2,9	4,8	-	3,1	3,4	7,1
1	-	-	+	-	13	12,5	8,4	5,5	6,5	2,3	5,6	2,9	9,4	-	1,9	4,4	6,5
1	-	+	-	-	24	-	3,6	11,7	15,1	7,0	13,3	-	8,3	6,7	6,2	8,1	12,6
1	+	-	-	-	35	6,3	19,7	9,7	12,4	11,6	12,7	17,6	13,4	26,7	33,9	11,8	13,9
0	-	-	-	-	96	43,8	25,3	33,8	21,4	32,6	18,4	26,5	13,4	20,0	12,4	32,4	19,5

ES: Educação em saúde. EP: Educação permanente. CS: Controle social. CA: Clínica ampliada. O: Observado. E: Esperado. %: Prevalência.*- Diferença significativa entre valores observados e esperados, para cada uma das combinações.

Os profissionais de Educação Física com idade abaixo de 40 anos (20 a 29 anos OR = 4,8; IC95%: 1,2-18,0 e 30 a 29 anos OR = 7,5; IC95%: 2,0-28,4), que atua no

NASF desde sua implantação (OR = 3,9, IC95%: 1,1-14,0) e, que recebeu capacitação pela gestão (OR = 2,6; IC95%: 1,3-5,4) apresenta maiores chances de realizar 3 a 4 atividades simultâneas de AM, quando comparado aos que não realizaram nenhuma atividade de AM (Tabela 2). Vale ressaltar que a capacitação pedagógica foi a única variável que permaneceu no modelo ajustado para a realização de 1 (OR = 2,0; IC95%: 1,1-3,6) e 2 componentes do apoio matricial (OR = 2,5; IC95%: 1,3-5,0) (Tabela 2).

TABELA 2 – Prevalência e *Odds Ratio* (OR) bruta e ajustada dos fatores associados à simultaneidade de componentes do Apoio Matricial dos Profissionais de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasil, 2011. OR estimados pela Regressão Logística Multinomial.

Variáveis	n	Simultaneidade de Atividades de Apoio Matricial*										
		0 (n=96)		1 (n=82)		2 (n=61)		3 ou 4 (n=57)		%	Bruta OR (IC95%)	Ajustada OR (IC95%)
		%	%	Bruta OR (IC95%)	Ajustada OR (IC95%)	Bruta OR (IC95%)	Ajustada OR (IC95%)	Bruta OR (IC95%)	Ajustada OR (IC95%)			
Grupo Etário												
20- 29 anos	126	32,5	27,8	1,2(0,5-2,7)	1,3(0,6-2,9)	21,4	2,0(0,7-5,3)	2,2(0,8-6,0)	18,3	3,9(1,1-12,6)	4,8(1,2-18,0)	
29-39 anos	123	27,6	25,2	1,3(0,6-2,9)	1,3(0,6-3,1)	22,0	2,4(0,9-6,4)	2,5(0,9-6,9)	25,2	6,4(1,7-23,5)	7,5(2,0-28,4)	
40 anos ou mais	46	45,7	32,6	1	1	15,2	1	1	6,5	1	1	
Escolaridade												
Graduação	131	37,4	25,2	1	-	22,1	1	-	15,3	1	-	
Pós-Graduação	165	28,5	29,7	1,5(0,9-2,8)	-	19,4	1,2(0,6-2,2)	-	22,4	1,9(1,1-3,8)	-	
Modalidade de NASF												
NASF 1	238	32,4	25,6	0,7(0,2-2,3)	-	22,7	3,5(0,4-30,9)	-	19,3	0,7(0,2-2,9)	-	
NASF 2	42	33,3	35,7	0,9(0,2-3,6)	-	14,3	2,1(0,2-22,5)	-	16,7	0,6(0,1-3,0)	-	
NASF Intermunicipal	16	31,3	37,5	1	-	6,3	1	-	25,0	1	-	
Número de ESF												
Até 10 ESF	216	37,5	26,4	0,4(0,2-0,9)	0,4(0,2-0,9)	17,1	0,3(0,1-0,6)	0,3(0,1-0,6)	19,0	0,5(0,2-1,1)	0,5(0,2-1,2)	
Mais de 10 ESF	80	18,8	31,3	1	1	30,0	1	1	20,0	1	1	
Tempo de serviço no NASF												
Com a implantação	247	30,0	28,3	1,7(0,8-3,6)	1,6(0,7-3,6)	19,8	1,2(0,5-2,6)	0,9(0,4-2,1)	21,9	5,1(1,5-18,0)	3,9(1,1-14,0)	
Após a implantação	48	43,8	25,0	1	1	25,0	1	1	6,3	1	1	
Capacitação												
Sim	167	24,0	29,3	2,1(1,1-3,8)	2,0(1,1-3,6)	23,4	2,5(1,3-4,8)	2,5(1,3-5,0)	23,4	3,0(1,5-6,0)	2,6(1,3-5,4)	
Não	129	43,4	25,6	1	1	17,1	1	1	14,0	1	1	
Condições Físicas												
Sim	140	32,1	22,1	0,7(0,4-1,3)	0,8(0,4-1,4)	20,0	0,9(0,5-1,8)	1,1(0,6-2,2)	25,7	1,9(1,0-3,8)	2,0(1,0-4,1)	
Não	156	32,7	32,7	1	1	21,2	1	1	13,5	1	1	
Vínculo Empregatício												
Estável	70	27,1	28,6	1,3(0,6-2,7)	-	24,3	1,6(0,7-3,3)	-	20,0	1,3(0,6-2,9)	-	
Precário ou não tem	226	34,1	27,4	1	-	19,5	1	-	19,0	1	-	

NASF= Núcleo de Apoio à Saúde da Família. ESF= Equipe de Saúde da Família. Permaneceram no modelo final da análise ajustada as variáveis com os valores de intervalo de confiança apresentados na tabela. *=Teste -2 Log Likelihood of reduced Model: p<0,001.

Na Tabela 3 e 4 são apresentados os fatores associados para a categoria de três ou quatro fatores simultâneos. Observou-se que a combinação dos componentes “ES, EP e CS” apresentou associação positiva com a disponibilidade de recursos materiais e estrutura física adequada (OR = 2,2; IC95%: 1,1-4,9). A combinação entre “EP, CS e CA” apresentou mais chances de serem realizadas pelo profissional quando a capacitação tinha sido ofertada pela gestão (OR = 3,6; IC95%: 1,2-11,3).

TABELA 3 – Prevalência e Odds Ratio (OR) bruto dos fatores associados à simultaneidade de três ou mais componentes relacionados ao Apoio Matricial. Brasil, 2011. OR estimados pela Regressão Logística Binária.

Fatores Associados	n	ES/EP/CS		ES/EP/CA		ES/CS/CA		EP/CS/CA		ES/EP/CS/CA	
		%	OR (IC95%)	%	OR (IC95%)						
Grupo Etário											
20-29 anos	126	8,7	2,1(0,4-9,9)	11,1	-	7,9	-	7,1	3,5(0,4-28,1)	5,6	-
29-39 anos	123	13,0	0,6(0,3-1,4)	17,1	0,6(0,3-1,3)	9,8	0,8(0,3-1,9)	9,8	0,7(0,3-1,8)	8,1	0,7(0,2-1,8)
40 anos ou mais	46	4,3	1	-	1	-	1	2,2	1	-	1
Escolaridade											
Graduação	131	7,6	1	9,2	1	3,8	1	3,8	1	3,1	1
Pós-Graduação	165	11,5	1,6(0,7-3,5)	13,9	1,6(0,8-3,4)	10,3	2,9(1,1-8,1)	10,3	2,9(1,1-8,0)	7,9	2,7(0,9-8,5)
Tempo de serviço no NASF											
Com a implantação	238	10,9	2,8(0,6-12,3)	13,4	3,5(0,8-15,3)	8,5	4,3(0,6-33,3)	8,5	0,2(0,3-1,7)	6,5	3,2(0,4-25,1)
Após a implantação	42	4,2	1	4,2	1	2,1	1	2,1	1	2,1	1
Modalidade de NASF											
NASF 1	16	10,9	2,5(0,6-10,7)	12,2	1,0(0,4-2,8)	17	0,7(0,2-2,3)	8,0	1,7(0,4-7,7)	6,3	1,3(0,3-6,1)
NASF 2	216	4,8	1,8(0,2-14,5)	11,9	2,1(0,3-16,3)	9,5	1,2(0,1-9,3)	4,8	1,3(0,2-10,4)	4,8	-
NASF Intermunicipal	80	6,3	1	6,3	1	6,3	1	6,3	1	-	1
Número de ESF											
Até 10 ESF	247	9,3	0,8(0,4-1,9)	10,6	0,7(0,3-1,4)	6,5	0,6(0,3-1,5)	6,5	0,6(0,3-1,5)	4,6	0,5(0,2-1,4)
Mais de 10 ESF	48	11,3	1	15,0	1	10,9	1	10,0	1	8,8	1
Capacitação											
Sim	167	12,0	1,8(0,8-4,1)	13,8	1,6(0,7-3,3)	10,2	2,8(1,1-7,8)	10,8	3,8(1,2-11,4)	7,8	2,6(0,8-8,3)
Não	129	7,0	1	9,3	1	3,9	1	3,1	1	3,1	1
Recursos Materiais e Estrutura Física											
Sim	140	13,6	2,3(1,1-5,1)	15,7	2,1(1,0-4,2)	8,6	1,4(0,6-3,3)	9,3	1,6(0,7-4,0)	7,1	1,6(0,6-4,4)
Não	156	6,4	1	8,3	1	6,4	1	5,8	1	4,5	1
Vínculo Empregatício											
Estável	70	12,9	1,5(0,7-3,5)	11,4	1,0(0,4-2,2)	12,9	2,4(1,1-5,9)	12,9	2,4(1,1-5,9)	10,0	2,4(0,9-6,6)
Precário ou não tem	226	8,8	1	11,9	1	5,8	1	5,8	1	4,4	1

Sendo= ES: Educação em saúde, EP: Educação permanente, CS: Controle social, CA: Clínica ampliada.

TABELA 4 – Prevalência e Odds Ratio (OR) ajustado dos fatores associados à simultaneidade de três ou mais componentes relacionados ao Apoio Matricial. Brasil, 2011. OR estimados pela Regressão Logística Binária.

Fatores Associados	ES/EP/CS*		ES/EP/CA ⁺		ES/CS/CA [§]		EP/CS/CA ^{**}		ES/EP/CS/CA ⁺⁺	
	%	OR (IC95%)	%	OR (IC95%)	%	OR (IC95%)	%	OR (IC95%)	%	OR (IC95%)
Escolaridade										
Graduação	-	-	-	-	3,8	1	3,8	1	3,1	1
Pós-Graduação	-	-	-	-	10,3	2,8(1,0-7,8)	10,3	2,7(1,0-7,8)	7,9	2,6(0,8-8,2)
Tempo de serviço no NASF										
Com a implantação	-	-	13,4	3,3(0,7-14,1)	-	-	-	-	-	-
Após a implantação	-	-	4,2	1	-	-	-	-	-	-
Capacitação										
Sim	12,0	1,7(0,7-3,9)	-	-	10,2	2,7(1,0-7,7)	10,8	3,6(1,2-11,3)	7,8	2,5(0,8-8,1)
Não	7,0	1	-	-	3,9	1	3,1	1	3,1	1
Recursos materiais e estrutura física										
Sim	13,6	2,2(1,1-4,9)	15,7	1,9(0,9-4,1)	-	-	-	-	-	-
Não	6,4	1	8,3	1	-	-	-	-	-	-
Vínculo Empregatício										
Estável	-	-	-	-	12,9	2,3(0,9-5,7)	12,9	2,3(0,9-5,7)	10,0	2,3(0,8-6,3)
Precário ou não tem	-	-	-	-	5,8	1	5,8	1	4,4	1

Sendo= ES: Educação em saúde, EP: Educação permanente, CS: Controle social, CA: Clínica ampliada. Permaneceram no modelo final da análise ajustada as variáveis com os valores de intervalo de confiança apresentados na tabela. Valores em negrito= p<0,05. * Teste de Hosmer-Lemeshow p=0,44; + Teste de Hosmer-Lemeshow p=1,0; § Teste de Hosmer-Lemeshow p=0,31; ** Teste de Hosmer-Lemeshow p=0,62; ++ Teste de Hosmer-Lemeshow p=0,21.

Discussão

Os resultados do presente estudo indicam que os profissionais de Educação Física do NASF mais jovens e que se integraram à equipe desde a sua implantação apresentaram maiores chances de desempenharem as atividades de AM. Entre os fatores associados, a realização de capacitação pedagógica dos profissionais de Educação Física pela gestão em saúde, foi uma das variáveis determinantes na realização de um maior número de atividades de AM, principalmente no que se refere as componentes que não são específicos da categoria profissional de Educação Física (CS, EP e CA).

A prevalência de profissionais que não realizaram nenhuma atividade dos componentes de AM foi superior aos que realizaram quatro atividades, havendo diferença entre as regiões. As regiões Sul e Sudeste apresentaram os melhores resultados, contrapondo o Norte e Nordeste do país. Este cenário divergente também é constatado em relação a outros fatores relacionados à precarização do trabalho dos profissionais de saúde¹³ e indicadores de saúde dos residentes das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde^{14,15}, bem como pela cobertura de médico na Atenção Básica¹⁶. Em contrapartida, aspectos como a satisfação com a saúde pelos trabalhadores da Atenção Básica¹⁶ e consolidação da Saúde da Família nos centros urbanos¹⁷ são melhores no Nordeste em comparação ao Sudeste. Tais achados indicam que, quando a gestão em saúde prioriza o desempenho desta política e o processo de trabalho do profissional de Educação Física, resultados satisfatórios poderão ser alcançados no que se refere a aproximação da atuação do profissional com os princípios do AM.

Ao analisar os fatores associados aos componentes simultâneos do AM, os mais jovens apresentaram até sete vezes mais chance de realizar três ou quatro atividades de AM. A teoria dos ciclos de vida profissional¹⁸ retrata o percurso profissional, que engloba desde o início da formação à aposentadoria. Entende-se que por ser uma área de atuação profissional recente, os profissionais mais jovens tenham recebido mais oportunidades de aproximação a esta experiência, até mesmo na sua formação profissional e/ou na continuada. Além disso, entre os 20 e 30 anos de idade, o profissional encontra-se no início do seu percurso profissional e podem estar num estágio de investimento com o trabalho, refletindo na ampliação e diversificação das suas atividades.

Os profissionais que atuavam na equipe do NASF desde sua implantação apresentaram melhores resultados nas atividades de AM, indicando que a permanência do profissional no serviço favorece a integração com as equipes de saúde da família e o vínculo com a comunidade. A disponibilidade de recursos materiais e estrutura física para o trabalho do profissional de Educação Física associaram-se positivamente às combinações relacionadas aos componentes de AM da ES e EP. Este resultado pode ser justificado por estas atividades, necessitarem de estruturação mínima para sua concretização, principalmente em relação às práticas de atividades físicas. Desse modo, pode-se afirmar que as condições de trabalho também são fatores fundamentais para garantir a fixação do profissional¹⁹.

O vínculo de trabalho estável pode ser interpretado como um possível facilitador ao bom desempenho nas atividades do profissional de Educação Física no NASF. No panorama da gestão de recursos humanos na saúde pública, a instabilidade profissional desponta como um dos principais desafios a serem superados, pois a precarização do vínculo de trabalho atinge 30% dos trabalhadores da Atenção Básica na região Sul e 42% da região Nordeste²⁸. O Ministério da Saúde, principalmente a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na

Saúde, tem fomentado políticas em prol da redução da rotatividade profissional²⁰ e a precarização dos vínculos trabalhistas, contudo estes ainda são cenários comuns na gestão de recursos humanos, principalmente na Estratégia de Saúde da Família²¹⁻²³.

Para os profissionais que receberam capacitação pedagógica pela gestão a chance de realizarem duas ou mais das atividades foi maior em relação aos que não foram capacitados, quando comparados àqueles que não fizeram nenhuma atividade. Observando especificamente as combinações de três componentes do AM, destaca-se ainda que este fator triplica a chance de o profissional desenvolver concomitantemente, as atividades EP, CS e CA. A complexidade e dinamicidade dos problemas de saúde na Atenção Básica, assim como a distância entre a formação profissional e as necessidades da saúde da população reforçam a importância dos espaços de acolhimento pedagógico no ambiente de trabalho, quando realizados por meio da pedagogia problematizadora e participativa, representam um elemento fundamental para a concretização da interdisciplinaridade, integralidade do cuidado^{24,25}.

A EP na Atenção Básica destaca o uso de metodologias ativas para a solução de problemas, planejamento e ações educativas de promoção da saúde. Nesse sentido, este processo é multidimensional e pode permear os diferentes espaços educativos da sociedade²⁶. Apesar do reconhecimento, observou-se a dificuldade em concretizar estas atividades. Os principais fatores apontados nos estudos envolvem a própria gestão do processo de trabalho no cotidiano da Atenção Básica, centrado na perspectiva da produtividade e atendimento a demanda dos pacotes de programas governamentais, o que deixa em segundo plano as demais atividades que deveriam fazer parte da rotina do profissional^{21,27}.

Dentre as limitações do estudo a utilização de entrevistas via procedimento telefônico pode ter interferido na interlocução da informação com os profissionais que atuam em comunidades distantes. O viés recordatório também pode ser agregado a este modo de abordagem ao problema. Em contrapartida, a pesquisa destaca um panorama nacional quanto à atuação da Educação Física na oferta das práticas em saúde no NASF, pois permitiu garantir a representatividade da amostra para todas as regiões do Brasil, considerando a proporcionalidade de modalidades de NASF credenciadas em cada uma delas.

Visando garantir a qualidade dos resultados foram tomados alguns cuidados especialmente em relação à aplicação de procedimentos de validade do instrumento aplicado e a delimitação de um tempo mínimo de três meses de atuação do profissional no serviço, no intuito de minimizar os efeitos do período de adaptação do profissional à dinâmica de trabalho. Destaca-se ainda o elevado poder de discriminação apontado no modelo de regressão (-2 Log Likelihood of reduced Model = $p < 0,001$) para verificar os fatores associados ao AM na atuação do profissional de Educação Física do NASF.

A atuação profissional no NASF com qualidade está relacionada a múltiplos fatores de condições de trabalho e a formação profissional. A região Sul apresentou maior possibilidade de os profissionais trabalharem exclusivamente no NASF e ter vínculos estáveis.

O apoio da gestão em saúde a prática de acolhimento pedagógico aos profissionais do NASF e disponibilidade de recursos materiais foram aspectos positivos das condições de trabalho dos Profissionais de Educação Física para o melhor desempenho nas atividades de AM. O profissional estar integrado a equipe do NASF desde a sua implantação também foi um elemento favorável para a realização de atividades de AM. A identificação das características da prática de AM em cada re-

gião do país pode contribuir ao planejamento da gestão em saúde e no fomento de novas investigações que contemplem modelos mais apurados para compreensão da influência das condições de trabalho no bom desempenho das equipes do NASF.

Contribuições dos autores

S.F.S. Santos e T.R.B. Benedetti realizaram o delineamento da pesquisa, procedimentos metodológicos e a coleta de dados. S.F.S. Santos, T.R.B. Benedetti, T.F. Souza, S.A. Fonseca realizaram a análise dos dados, redação do manuscrito e revisão crítica.

Agradecimentos

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Referência

1. 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.
2. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paidéia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)* 2014;18(Supl1):983-95.
3. Oliveira MM, Campos GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciênc. saúde coletiva* 2015;20(1):229-238.
4. Ministério da Saúde (MS). Caderno da Atenção Básica n. 27. Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. MS: Brasília. 2009. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 11 ago 2015.
5. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Básica. MS: Brasília. 2012. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf [2015 ago 11]
6. 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.
7. Santos SFS, Benedetti TRB. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. *Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde* 2012;17(3):188-94.
8. Santos SFS, Benedetti TRB, Medeiros TF, Freitas CLR, Sousa TF, Costa JLR. The work of physical education professionals in Family Health Support Centers (NASF): a national survey. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2015; 17(6):693-703.
9. Souza SC, Loch MR. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. *Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde* 2011;16(1):5-10.
10. Ferreira TB, Cipolotti MD, Marques BG, Miranda MLJ. A inserção do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: visão dos profissionais. *Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde* 2016;21(3):228-36.
11. Serapioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciênc. saúde coletiva* 2000;5(1):187-92.
12. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 409. Institui a Ficha Complementar de Cadastro das Equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. MS: Brasília. 2008. Disponível em: <189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria409_23_07_08.pdf>. Acesso em: 11 ago 2015.
13. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2006;11(3):669-81.
14. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008;24(1):39-54.
15. Coqueiro RS, Nery AA, Cruz ZV, Sá CKC. Fatores associados ao sobrepeso em adultos acompanhados por uma unidade de saúde da família. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2008;10(2):149-54.
16. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(Suppl.1):S193-S201.

17. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(Suppl.1):S159-72.
18. Huberman M. O ciclo de vida profissional dos professores. In: Nóvoa, A, organizador. *Vidas de professores*. 2. ed. Porto: Porto; 2000. p.31-6.
19. Scalv SV, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. *Cad. Saúde Pública* 2010;26(3):603-14.
20. Sancho LG, Carmo JM, Sancho RG, Bahia L. Rotatividade na Força de Trabalho da Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso. *Trab. Educ. Saúde* 2012;9(3):431-47.
21. Trad LAB, Rocha AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2011;16(3):1969-80.
22. Girardi S, Carvalho CL, Maas LWD, Farah J, Freire JA. O Trabalho Precário em Saúde: tendências e perspectivas na Estratégia de Saúde da Família. *Divulg. saúde debate* 2010;(45):54-70.
23. Santos APL, Lacaz FAC. Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador: tecendo redes na Atenção Básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. *Ciênc. saúde coletiva* 2012;17(5):1143-50.
24. Ceccim, RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)* 2005;9(16): 161-8.
25. Saupe R, Cutolo LAC, Sandri JVA. Construção de Descritores para o Processo de Educação Permanente em Atenção Básica. *Trab. Educ. Saúde* 2008; 5(3):433-52.
26. Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Maia Neto JP, Gondim LGF, Simões ECP. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. *Psicol. teor. prat* 2014;16(2):63-74.
27. Silveira DS, Facchini LA, Siqueira FV, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2010;26(9):1714-26.
28. Jorge MSB, Sousa FSP, Franco TB. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm* 2013;66(5): 738-44.
29. Costa FRM, Lima VV, Silva RF, Fioroni LN. Desafios do apoio matricial como prática educacional: a saúde mental na atenção básica. *Interface (Botucatu)* 2015;19(54):491-502.
30. Anjos TC, Duarte ACGO. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. *Physis* 2009;19(4):1127-44.

**Endereço para
Correspondência**
Sueyla Ferreira da Silva dos Santos
sueylaf.silva@ufam.edu.br

Estrada Parintins Macurany, 2186. Bairro
Palmares/ Jacareacanga. CEP: 69152-450.
Parintins, Amazonas, Brasil.

Recebido	07/05/2016
Revisado	03/11/2016
	19/11/2016
Aprovado	21/11/2016