

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Monica Daroncho

**A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO COMPARTILHADO
ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS: DESAFIOS E SIGNIFICADOS ENTRE
AS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Santa Maria, RS
2020

Monica Daroncho

**A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO COMPARTILHADO ÀS
CONDIÇÕES CRÔNICAS: DESAFIOS E SIGNIFICADOS ENTRE AS EQUIPES DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Vigilância em Saúde.**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vânia Maria Fighera Olivo

Santa Maria, RS
2020

Monica Daroncho

**A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO COMPARTILHADO ÀS
CONDIÇÕES CRÔNICAS: DESAFIOS E SIGNIFICADOS ENTRE AS EQUIPES DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Vigilância em Saúde.**

Aprovado em 14 de março de 2020:

Vânia Maria Figuera Olivo, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Mariana Rocha Bortoluzzi, Me. (SES/RS)
(Coorientadora)

Patrícia Mattos Almeida, Esp. (SES/RS)

Fabianne Fontella Pasetto Richter, Esp. (SES/RS)

Lisiane Löbler, Me. (SES/RS)

Santa Maria, RS
2020

RESUMO

A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO COMPARTILHADO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS: DESAFIOS E SIGNIFICADOS ENTRE AS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

AUTORA: Monica Daroncho

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Vânia Maria Fighera Olivo

Este estudo possui o objetivo de analisar como as equipes de Atenção Primária à Saúde significam o Plano de Cuidado Compartilhado (PCC) no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Dessa forma, visa trazer a experiência, discutir e refletir sobre os desafios dos trabalhadores de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), apoiadores institucionais e matriciais em torno da implementação do Plano de Cuidado Compartilhado. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, participativa e interventiva, desenvolvido com equipes de saúde que atuam em uma Coordenadoria Regional de Saúde; em um Ambulatório de Atenção Especializada e na Atenção Primária à Saúde. A coleta dos dados foi realizada por meio de Grupo Focal nos próprios locais de trabalho e os dados foram analisados segundo análise de conteúdo. Resultados e discussões: A análise dos dados são apresentados e discutidos, ancorados na formação de três unidades de significado, que emergiram da análise dos dados da investigação que balizou o estudo: Significando o Plano de Cuidado Compartilhado; Desafios da Implementação do Plano de Cuidado Compartilhado; Impactos da Função Apoio Institucional e Matricial. Conclusão: Esse estudo nos impulsionou a pensar sobre o fortalecimento das redes de atenção à saúde, o processo da mudança de modelo vivenciado na atenção primária, atenção secundária e gestão da saúde, com destaque, ao olhar dos profissionais da APS com relação aos desafios que identificam neste movimento de transformação. Identifica-se a importância do processo de troca de informações sobre o PCC, via apoio matricial e institucional, a fim de encontrarem soluções conjuntas. Visando melhorias com o cuidado às condições crônicas na atualidade e fortalecimento da rede, propiciando enfoque na Atenção Primária à Saúde e a garantia dos direitos dos cidadãos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Plano de Cuidado Compartilhado; Apoio Matricial e Apoio Institucional.

ABSTRACT

THE IMPLEMENTATION OF THE SHARED CARE PLAN TO CHRONIC CONDITIONS: CHALLENGES AND MEANINGS AMONG THE PRIMARY HEALTH CARE TEAMS

AUTHOR: Monica Daroncho

SUPERVISOR: Prof. Dr.^a Vânia Maria Figuera Olivo

This study aims to analyze how Primary Health Care teams mean the Shared Care Plan (PCC) in the Chronic Conditions Care Model (MACC). Thus, it aims to bring the experience, discuss and reflect on the challenges of health workers in Primary Health Care (PHC), institutional and matrix supporters around the implementation of the Shared Care Plan. It is a study of qualitative, participatory and interventional approach, developed with health teams that work in a Regional Health Coordination; in a Specialized Care Outpatient Clinic and in Primary Health Care. Data collection was carried out through a Focus Group in the workplaces and the data were analyzed according to content analysis. Results and discussions: The analysis of the data is presented and discussed, anchored in the formation of three units of meaning, which emerged from the analysis of the data of the investigation that marked the study: Signifying the Shared Care Plan; Challenges of Implementing the Shared Care Plan; Impacts of the Institutional and Matrix Support Function. Conclusion: This study prompted us to think about the strengthening of health care networks, the process of changing the model experienced in primary care, secondary care and health management, with emphasis, in the view of PHC professionals regarding the challenges that identify in this transformation movement. It identifies the importance of the process of exchanging information about the CCP, through matrix and institutional support, in order to find joint solutions. Aiming at improving care for chronic conditions today and strengthening the network, providing a focus on Primary Health Care and guaranteeing citizens' rights.

Keywords: Primary Health Care; Shared Care Plan; Matrix Support and Institutional Support.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal à saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde passou a ser um direito de todos os brasileiros, com foco na saúde com qualidade de vida, visando à prevenção e a promoção da saúde, e para sua efetivação, a gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os diferentes segmentos que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 1990; BRASIL, 2010).

A RAS compreende os serviços de atenção primária, bem como os de média e alta densidade tecnológica, os serviços urgência e emergência, as ações e serviços das vigilâncias em saúde, a assistência farmacêutica, além das redes temáticas, como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) entre outras (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Neste cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS), responsável pela população adscrita dos territórios, é a principal porta de entrada no SUS e o principal centro de comunicação das RAS, possuindo, portanto, papel de destaque enquanto (co) ordenadora das ações e serviços disponibilizados nessas redes (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017). Nesse sentido, a qualificação das ações na APS torna-se fundamental, quando objetiva viabilizar práticas de cuidado integradas e gestão qualificada, numa perspectiva interprofissional, intersetorial e interinstitucional (CONASS, 2018).

Tais desafios tornam-se ainda mais significativos num contexto de transição epidemiológica brasileira, com destaque ao envelhecimento populacional e consequente aumento das condições crônicas que se caracterizam como uma das principais causas de doença, morte e incapacidade, independentemente da renda e das características socioculturais das pessoas. Nestes termos, a melhoria da saúde dessa população requer qualificação dos modelos de gestão do cuidado no sentido de que se tornem mais proativos, integrados, contínuos, cujos dispositivos para sua efetivação sejam desenvolvidos segundo os princípios de operacionalização das RAS (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015; MENDES, 2012).

A implementação das RAS pressupõem um trabalho de maneira articulada entre os diferentes níveis de atenção e gestão, visando contribuir para melhorar o manejo das diferentes complexidades que envolvem a saúde da população, com destaque às condições crônicas (MENDES, 2011). Desse modo, os Centros de Atenção Especializada devem tornar-

se complementares à APS, quando atuam numa perspectiva da assistência integral à saúde ao usuário com condições crônicas, desenvolvendo ações articuladas em rede (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

Considerando tais pressupostos operacionais, associado ao aumento das condições crônicas de saúde e impacto na população idosa, entra em cena, no ano de 2007, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) que propõem o processo de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) para efetivar o desenvolvimento deste modo de operar um sistema de saúde integrado entre diferentes níveis da rede visando buscar eficiência econômica e melhoria na qualidade de vida desses usuários (BRASIL, 2010; CONSENSUS, 2016; MENDES, 2012).

Mais especificamente, a Planificação surgiu como uma proposta inicial para a reorganização da APS, e posteriormente abrangeu a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e a Atenção Hospitalar (AH) nas RAS, sendo identificada como ferramenta apoiadora das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na organização dos macro e microprocessos, na perspectiva da integração entre estes níveis de atenção (CONASS, 2018; MENDES, 2011, 2012, 2015).

É possível inferir que a Planificação é potencializada quando busca interface operacional aos dispositivos propostos pelo Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) de Mendes (2012), com destaque ao Cuidado Compartilhado, como forma de propiciar o cuidado integral aos usuários com condições crônicas, entre os pontos de atenção da RAS. A complexidade para viabilização do cuidado de modo compartilhado exige transformação nos modelos vigentes, exigindo dos atores envolvidos, novas práticas de gestão e de atenção em saúde, de modo a produzir novos desenhos de modelos assistenciais, menos hierárquicos, menos setorializados e mais integrados (BRASIL, 2012a ; CECÍLIO, MERHY, 2003; OPAS, 2013).

Alinhado a estes preceitos e desafios, a região central do estado instituiu, em 2015, o processo da Planificação da APS e, em 2018, da Atenção Ambulatorial Especializada, propondo a instituição de Planos de Cuidado Compartilhado (PCC) entre estes diferentes níveis da rede, tendo como *prioridade os usuários hipertensos e diabéticos com condições de saúde crônicas de alto e muito alto risco*. Sua viabilização demanda uma complexa mediação de dispositivos operacionais, com destaque ao apoio matricial (AAE) e institucional (CONASS/CRS), mobilizando novos modos de intervenções nos diferentes pontos da rede e diferentes núcleos profissionais, produzindo novas sistemáticas de cuidado para a construção conjunta de estratégias de intervenção (BRASIL, 2013; OPAS, 2013).

Configuram-se então, na região central do Estado do Rio Grande do Sul, a partir de 2018, a instituição de processos inovadores de gestão e atenção para o cuidado compartilhado, mobilizando não apenas instituições de saúde da região, mas também instituições formadoras, com vivências nestes cenários de transformação. Neste contexto de formação, destaca-se o Programa de Residência em Área Profissional da Saúde na modalidade Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS) - Área de Concentração Vigilância em Saúde, cujos residentes, experienciaram tais processos, ao atuarem na Coordenadoria Regional de Saúde de referência para esta região – 4^aCRS, durante os dois anos de formação.

Considerando este cenário integrado de gestão-atenção-formação, justifica-se a relevância deste estudo em torno da necessidade de desvendar e compreender os desafios em torno de tais processos que mobilizam transformações nos modelos de gestão do cuidado em rede. Este estudo foi demandado e pactuado em conjunto aos respectivos apoiadores institucionais da 4^aCRS, ao compreenderem que os resultados poderão representar um diferencial não apenas na formação, bem como para os processos de atenção e gestão institucional.

Nessa perspectiva, a realização deste estudo se justifica pela demanda levantada pelos apoiadores institucionais da 4^aCRS na viabilização do PCC, e envolvidos com o processo de formação dos residentes autores deste estudo e lotados nesta unidade gestora, visando aprofundar o significado das vivências em torno da instituição e viabilização do Plano de Cuidado Compartilhado (PCC) entre a equipe do AAE e equipes da APS, com destaque a APS.

Considerando este contexto problematizado, apresenta-se a seguinte **questão norteadora deste estudo**: *Como as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) significam o Plano de Cuidado Compartilhado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e quais suas percepções sobre as funções apoio nestes processos?*

Partindo deste problema, delinea-se o seguinte **objetivo** deste estudo: *Analisar como as equipes da Atenção Primária à Saúde **significam** a instituição do Plano de Cuidado Compartilhado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), bem como o desempenho do apoio matricial e institucional como eixo norteador desta nova modalidade de atenção.*

2. PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa, participativa e interventiva. Esse tipo de pesquisa possibilita um conhecimento e análise aprofundados da realidade, das comunicações e da dinâmica das relações sociais, onde a complexidade, por vezes, não consegue ser captada pela representatividade numérica. Nesse sentido, trabalha-se com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, das percepções e das opiniões, interpretações a respeito de como as pessoas vivem, constroem a si mesmos, sentem e pensam (FLICK, 2009; MINAYO, 2013). A pesquisa intervenção como método indica o trabalho da análise das implicações coletivas, sempre locais e concretas. A análise das implicações de todos que integram um campo de intervenção permite acessar, nas instituições, os processos de (des) institucionalização (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015).

O estudo envolveu 80 trabalhadores de diferentes núcleos profissionais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, dentistas, educadores físicos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros) da área da saúde, distribuídos nas seguintes equipes de atenção e de gestão: quatro equipes assistenciais da APS regionais que aderiram ao processo de Planificação da Atenção à Saúde no ano de 2015, [duas equipes foram escolhidas por estarem em municípios sede da região de saúde e duas foram escolhidas por meio de sorteio (uma com população inferior a 10 mil habitantes e a outra com população de 10 a 30 mil)], duas equipes assistenciais do AAE e uma equipe de apoiadores da planificação da CRS de referência dos municípios pesquisados no estado do Rio Grande do Sul.

Os *critérios de inclusão* das equipes: (1) na APS - atuar em município com mais de 2 anos no processo de planificação da APS; (2) no AAE – ser apoiador matricial e fazer parte da equipe assistencial e (3) CRS – ser apoiador institucional do processo de Planificação da Atenção à Saúde.

Como *critérios de exclusão*: profissionais destas equipes que se encontravam em férias ou licença de qualquer natureza.

Considerando a dinamicidade do processo de reflexão sobre o tema, destaca-se que o *período de coleta de dados* ocorreu entre os meses de setembro a novembro do ano de 2019. Salienta-se que a coleta de dados ocorreu nos locais de trabalho, conforme a disponibilidade dos profissionais integrantes das equipes que aceitaram fazer parte deste estudo. Para potencializar a participação nas discussões, os grupos foram divididos em pequenos grupos

com uma média de seis participantes em cada um. O objetivo da formação desses pequenos grupos era o de possibilitar que os profissionais expusessem suas percepções sobre o tema a partir das suas experiências do vivido.

Para a *produção de dados* utilizou-se a técnica de Grupo Focal (GF). O Grupo Focal possibilita que os participantes conversem entre si, em vez de apenas interagir com o pesquisador ou “moderador”. As sessões de discussão dão ao pesquisador pistas dos dados que estão emergindo durante o processo, para tanto é necessário estar atento ao vocabulário usado. O pesquisador pode reelaborar questões para que os assuntos que deseja investigar fiquem mais claros, fazendo com que os integrantes do grupo dialoguem a respeito dos temas abordados, sem que o foco da pesquisa se perca em meio a conversas. Nas discussões também é possível convidar os membros da pesquisa para problematizar um assunto partindo de dados teóricos e conceitos que o pesquisador tem consigo, justificando, de forma relevante, a escolha dessa técnica (BARBOUR, 2009).

Os temas dos GF foram planejados conforme cada objetivo proposto, guiados pelos seguintes eixos temáticos: Significado e operacionalização do Plano de Cuidado Compartilhado (PCC); Comunicação entre equipes; Função Apoio Institucional e Apoio Matricial.

Os dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin, que sugere um conjunto de técnicas de análise de comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens. A análise foi dividida em três etapas: pré-análise; categorização; tratamento dos resultados (inferência e interpretação) (BARDIN, 2011).

Para garantia do princípio ético de **confidencialidade**, a identificação dos participantes da pesquisa, considerando cada Estratégia de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde como um participante, foi pela sigla “APS”, de Atenção Primária em Saúde, seguido de número arábico (APS01; APS02; APS03 e APS04), não correspondendo a sua ordem de participação na pesquisa. Por tratar-se de um estudo que tem por objetivo analisar como as equipes da Atenção Primária à Saúde **significam** a instituição do Plano de Cuidado Compartilhado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), bem como o desempenho do apoio matricial e institucional como eixo norteador nesta modalidade de atenção, além da sigla APS e do número arábico, também utilizou-se a letra “S”, de

subgrupo, para designar os pequenos grupos formados durante as discussões, conforme explicitado anteriormente. Tal letra também é acompanhada de número arábico (S01; S02...sucessivamente), para que se possa visualizar o número de grupos em cada unidade da APS e também os diferentes significados pertinentes ao PCC.

Destaca-se que a coleta dos dados foi realizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP – UFSM), sob o N° 20004519.6.0000.5346 e Certificado de Apreciação e Aprovação Ética (CAAE) N° 3.566.328, em 10/09/2019. Também foi aprovado pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) dos municípios, e pelo NEPeS do AAE. Antes da realização dos GF, cada participante da pesquisa assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Confidencialidade (TC).

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta unidade são apresentados e discutidos os resultados deste estudo, ancorados na formação de três unidades de significado, que emergiram da análise dos dados da investigação que balizou o estudo: Significando o Plano de Cuidado Compartilhado; Desafios da Implementação do Plano de Cuidado Compartilhado; Impactos da Função Apoio Institucional e Matricial.

3.1 Significando Plano de Cuidado Compartilhado (PCC)

A nomenclatura “Cuidados Compartilhados e Colaborativos” foi descrita por meio da definição de “Apoio Matricial ou Matriciamento”, que se refere a um novo arranjo organizacional, enquanto estratégia para gestão do trabalho, a qual busca a interação entre diferentes profissionais e disciplinas que compõe a atenção em saúde, **objetivando** ampliar as possibilidades de realizar a clínica ampliada numa perspectiva de integração dialógica (CAMPOS; DOMITT, 2007). É a proposição de mudança de modelos de atenção da clínica via a gestão compartilhada do cuidado, via troca de saberes e técnicas, mobilizando uma maior autonomia dos trabalhadores e dos usuários viabilizando respostas mais efetivas às demandas em saúde da população, alinhadas aos Princípios Doutrinários e Organizativos do SUS: a integralidade da atenção e intersetorialidade dos processos de trabalho (PARANÁ, 2017).

Nestes termos, o Plano de Cuidado Compartilhado, quando efetivamente operacionalizado, permite e viabiliza um acesso e uma veiculação diferenciada as informações de saúde dos usuários com condições crônicas, de maneira que sejam acompanhadas nos pontos das Redes de Atenção à Saúde. Esta modalidade de plano pode ser considerada como uma nova tecnologia de gestão da clínica ampliada e que portanto, necessita ser discutida, compreendida e aprimorada entre os profissionais envolvidos (BRASIL, 2013; LYTHGOE, 2016).

Quando os profissionais da APS, participantes do estudo, foram levados a refletir sobre o significado do PCC, via discussões nos grupos que vivenciam esta nova proposta, os mesmos revelaram significados em comum, com muita apropriação conceitual e tecnológica: *compartilhamento dos casos; articulação/interação; troca de saberes e continuidade.*

Com relação à ideia de compartilhamento, os fragmentos revelam que os sentidos produzidos estão associados aos diferentes aspectos operacionais, mas num mesmo alinhamento conceitual.

É o compartilhamento dos casos que não estão sendo resolvidos na UBS. O Ambulatório do Regional nos dá retorno para fazermos um melhor acompanhamento desses pacientes. (APS02 – S02)

Eu acredito que o PCC é a integração da Unidade Básica com o Regional. (APS 3)

São informações compartilhadas entre Unidades de Saúde, APS e os demais níveis de atenção. (APS03 – S01)

Um plano além de conter informações compartilhadas, também possui ações compartilhadas. (APS03 – S01)

Compartilhar não é somente a APS ser responsável pelo paciente, ou só o Ambulatório do Regional: são os dois atuando de modo integrado. (APS04 – S01)

Destaca-se a relevância destas informações envolvendo estes profissionais que estão vivenciando a institucionalização de um novo modelo de trabalho e já conseguem se apropriar de um novo marco conceitual em torno da proposta de compartilhamento, sinalizando que devem ter foco não apenas nas informações, mas também nas ações. Isto pode pressupor a ressignificação de contextos vividos, de um novo tipo de comunicação e de movimento entre as equipes de saúde e os usuários em direção às propostas de mudanças nos modelos de atenção. Merhy (2002) ao analisar os processos de reestruturação produtiva no trabalho em saúde, assegura que, o território em disputa é o campo de ação do trabalho vivo em ato, na sua capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e rumos para os atos produtivos em saúde.

Conforme a Política Nacional de Humanização (PNH), a assistência aos usuários, pode ser constituída a partir da organização na RAS por meio do cuidado compartilhado. A RAS propicia os arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Assim, o compartilhamento do cuidado busca uma maior efetividade e fortalecimento das responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar informações e ações. O compartilhamento do cuidado pautado nesses princípios pode ser compreendido como uma estratégia para a redução da fragmentação do cuidado a partir das conexões construídas numa rede de saúde (BRASIL, 2010; SILVEIRA et al., 2019).

Dando continuidade aos significados do PCC atribuídos pelos participantes do estudo, considera-se relevante aprofundar os sentidos em torno de expressões como importância da

articulação/interação bem como da troca de saberes e continuidade do cuidado. Os fragmentos a seguir apontam singularidades relevantes nesta produção de sentidos.

Eu penso que seja algo que remeta ao envolvimento e intermediação da rede, através de vínculos. (APS01 – S02)

É a articulação e a interação entre as diferentes atenções. (APS03 – S04)

Troca de saberes, de informações, de ações de referência, possibilitando a continuidade cuidado e autocuidado. (APS01 – S01)

O Ambulatório é uma extensão da APS e a APS é uma extensão do ambulatório, tudo o que é feito no Ambulatório deverá ter uma continuidade na APS e vice-versa. (APS04 – S01)

Ao analisar estes conteúdos, destaca-se a última fala transcrita, em que confere um caráter de complementação na perspectiva da continuidade, ocorrendo o reconhecimento da função de cada dispositivo numa perspectiva de unicidade operacional, conforme preconizado pelo preceitos legais do SUS. A ênfase pelo entendimento sobre trocas de saberes e informações que fortalecem esta nova concepção.

No Brasil, a continuidade do cuidado é reconhecida como um aspecto vivenciado ao longo do tempo, pelas pessoas que recorrem aos serviços de saúde e como estes se integram para coordenar as ações e manter o cuidado articulado. Nesse contexto, a APS tem função primordial para garantir a continuidade do cuidado na perspectiva da longitudinalidade. As limitações para a continuidade do cuidado estão ligadas às lacunas no sistema, bem como fragilidade da articulação do SUS como um todo, em decorrência da dificuldade da comunicação entre os serviços e os profissionais da rede de atenção (NÓBREGA et al., 2017).

Assim, a análise dos dados revela que existe um movimento de ruptura destas limitações, mesmo que em fase inicial, que envolve a leitura crítica da realidade. Nesta perspectiva, o compartilhamento do cuidado está implicado na sua continuidade, o qual, por sua vez, está associado ao modo como os profissionais concebem e vivenciam a integração de serviços e a coordenação entre eles.

Seguindo a análise dos dados, identificam-se outros sentidos ou subcategorias associadas ao compartilhamento do cuidado como: fortalecimento do vínculo, necessidade de planejamento e comprometimento.

Se não tiver esse vínculo entre profissionais, além dos usuários, esse compartilhamento cooperativo não funciona. (APS01 – S02)

Discutir e planejar o cuidado do usuário nas reuniões de equipe é uma forma de planejamento(...) E a gente (APS) faz isso? Não temos planejamento. As equipes devem sentar e planejar. (APS04 – S01)

A gente tem conhecimento que tem que ocorrer esse planejamento, mas ainda não há comprometimento nesse sentido. (APS04 – S01)

Essa associação entre compartilhamento, planejamento e comprometimento revela um importante aspecto de tomada de consciência crítico-reflexiva destas equipes, destacando suas fragilidades operacionais.

Sabemos que as principais características das RAS deverão ser de relações horizontais entre os pontos de atenção, de maneira que a APS deve ser o centro do desencadeamento dos processos de comunicação, compartilhando objetivos alinhados ao compromisso com os resultados junto aos usuários. Nestes termos, a análise desta unidade de significados destaca sobre a necessidade, da prática cotidiana de planejamento dos serviços pelos profissionais da APS. A produção do cuidado de maneira compartilhada e planejada provoca a transformação dos colaboradores envolvidos, mobilização da gestão e produção de modelos assistenciais mais hegemônicos (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2014; CECÍLIO, MERHY, 2003).

3.2 Desafios na Implementação do Plano de Cuidado Compartilhado

A análise dos dados que compuseram a categoria anterior, sinalizam novas produções de sentidos correlacionadas aos desafios na implementação do PCC, com destaque para os processos de comunicação e conforme discorrido na sequência desta nova unidade.

Cabe ressaltar que a comunicação possui sentido de valorização e de atenção entre profissionais das equipes de saúde, o que permite exercer a colaboração interprofissional.

A comunicação efetiva oferece oportunidades aos profissionais para compartilhamento de informações geradas no dia a dia do trabalho, o que contribui para melhores resultados de saúde e maior satisfação dos usuários. Pode-se afirmar que a comunicação, enquanto prática colaborativa em saúde, qualifica a APS. Por outro lado, problemas de comunicação frágil entre profissionais da APS, trazem prejuízos à integralidade da atenção (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Nestes termos, considerando a comunicação como um importante desafio para a implementação dos PCCs, os dados analisados revelaram que tais desafios têm como correspondência as unidades de significado que compõem a categoria em análise e discussão: informações restritas a alguns profissionais; acesso limitado às informações; desconhecimento de cenários de atuação; fragilidade nas trocas e continuidade da informação.

A comunicação ocorre entre o médico e a equipe de enfermagem. (APS02 – S02)

Somente o médico da nossa APS que liga e conversa com o AAE. (APS04 – S01)

É bastante frágil a comunicação, não tem muito diálogo. (APS03 – S04)

Não há comunicação. (APS02 – S02)

A comunicação não ocorre devidamente e falta de informações. (APS04 – S01)

Eu tive conhecimento que eles (AAE) estiveram aqui e fizeram uma reunião com o médico e com a Gestão do município. E falaram como que funciona, como estão fazendo. (APS04 – S03)

Identifica-se claramente a centralidade das informações entre determinados componentes das equipes, não ocorrendo uma disseminação das mesmas entre todos os profissionais integrantes das equipes, e que estão diariamente em contato com o Plano de Cuidado. Nesse sentido, é possível inferir que o processo de comunicação, nestes cenários, requer uma nova postura profissional, para que a informação seja recebida sem falhas, melhorando as relações interpessoais e a qualidade dos serviços ofertados para a população (PETRY; CHESANI; LOPES, 2017).

Alguns relatos também abordaram comunicação associado ao *desconhecimento do cenário do Ambulatório*:

Acho importante os Agentes Comunitários de Saúde que têm um contato maior com os usuários, irem conhecer o Ambulatório. (APS02 – S01)

A gente da APS não sabe o que tem lá no Ambulatório de Atenção Especializada, como funciona, quem são os profissionais, o que fazem, como trabalham (...). (AAE). (APS03 – S04)

Evidencia-se que estes profissionais vivenciam cotidianamente situações que ratificam a falta de comunicação intersetorial, o que implica em desafios para melhoria do processo de trabalho (MILANEZ et al., 2018). Nesse sentido, a análise dos dados legitima o princípio da intersetorialidade, em termos de que a comunicação entre os profissionais de saúde não se restringe a processos internos, mas também entre outras equipes, sendo que tal aspecto é essencial no processo de cuidado integrado e complementar, devendo ocorrer o estabelecimento e a negociação de ações e responsabilidades, visando o cuidado seguro e efetivo (NÓBREGA et al., 2015).

Outra perspectiva evidenciada com a análise dos dados diz respeito aos processos interdisciplinares e interprofissionais: o processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe e todas as variantes de atores que formam o grupo, atuando numa perspectiva de trocas de saberes e de apoio. É a importância e os valores da diversidade de saberes no trabalho (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

Precisa de cooperação, comprometimento, comunicação e responsabilidade entre os serviços. (APS01 – S02)

Eu acredito que tem uma engrenagem maravilhosa funcionando no Ambulatório que são as especialidades que trocam saberes na elaboração do PCC. Precisamos trabalhar isso juntos, através da comunicação, com trocas, com construção de vínculos. (APS02 – S01)

*A atenção primária precisa fazer as interlocuções com os demais níveis de atenção.
(APS03 – S01)*

Percebe-se que as inferências sobre as necessidades de mudanças no modo de desenvolver o trabalho cotidiano na perspectiva do PCC, geram inquietações entre os profissionais, principalmente destacando-se o comprometimento e responsabilização. Essa internalização de valores crítico-reflexivos pode significar que já está ocorrendo um processo de transformação entre estes profissionais sobre suas capacidades de exercitar as mudanças necessárias no cotidiano da assistência em saúde. Estas podem gerar ou serem influenciadas por aspectos que oportunizam a satisfação e a insatisfação desses profissionais que realizam o trabalho em saúde nesse importante espaço de atuação (MILANEZ et al., 2018).

Nessa perspectiva, os dados analisados nesta unidade de significado revelam, entre outros aspectos, que a implementação dessa tecnologia de cuidado compartilhado depende de um comprometimento dos profissionais envolvidos, de modo a ampliar a visão dos profissionais para o alcance de um cuidado mais resolutivo, contínuo e ajustado às necessidades em saúde (VECCHI; CAMPOS; FARAH, 2017). Mas é possível inferir que este comprometimento não se limita a questões de valores, mas, da disponibilização-internalização de novas tecnologias de gestão da clínica ampliada, cujo matriciamento ocupa lugar diferenciado e determinante. Ou seja, analisar os significados elaborados pelas equipes da APS em torno da implementação dos Planos de Cuidado Compartilhado aos usuários em condições crônicas, além de desvelar que sentidos a função apoio matricial e institucional se mostram no cotidiano destes profissionais, conforme revelados na unidade de significado a seguir.

3.3 Impactos da Função Apoio Institucional e Apoio Matricial

O desenvolvimento do Apoio Matricial na APS é a facilitação de espaços de treinamento e educação permanente que envolva os profissionais das equipes da APS e de apoio, preferencialmente de forma conjunta. Nesse processo, a participação efetiva dos gestores, via Apoio Institucional, é determinante para a implementação do modelo, uma vez que os cuidados compartilhados envolvem mudanças no processo de trabalho de todos os profissionais (ARAÚJO; GONÇALVES, 2018).

O Apoio Institucional, usualmente viabilizado por unidades gestoras, atua na perspectiva da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações, objetivando promover a análise e a gestão compartilhada do trabalho, buscando construir

relações e ações que valorizem o princípio da autonomia dos sujeitos e dos coletivos sobre suas próprias realidades e problemas, em contraposição as principais características dos modos tradicionais de mediação (ANDRADE et al., 2014; FALLEIRO, 2014; GUIZARDI et al., 2018).

Quando instigados a significarem o Apoio Institucional, os profissionais da APS envolvidos neste estudo destacaram a necessidade de aproximação entre Atenção Primária às respectivas unidades gestoras de referência: Saúde/Secretarias Municipais de Saúde e Coordenadoria Regional de Saúde. Ficaram evidentes as fragilidades e potencialidades do Apoio da Gestão para a APS.

A gente passou por um momento em que ficamos perdidos, parecia que não íamos nos fortalecer, mas estamos tendo melhorias aparente. (APS01 – S01)

Não existe de modo satisfatório. (APS03 – S03)

Falta valorização da equipe e realização de reuniões. (APS04 – S01)

O apoio da CRS sempre foi bom, acreditamos que por sermos uma unidade laboratório no da Planificação, nos sentimos mais fortalecidos. (APS 01 – S01)

Quando a gente (APS) faz uma ligação ou solicitamos alguma informação à CRS, a mesma sempre resolutive. (APS02 – S01)

Em relação ao Apoio Institucional da CRS, tem sido satisfatório devido à Planificação. (APS02 – S01)

Sobre a CRS não podemos reclamar do apoio, eles estão sempre abertos e disponíveis. E mesmo assim tem falhas. (APS04 – S01)

A gente acha que precisa de mais orientações e capacitações da CRS e da SMS. (APS02 – S02)

Analisando os fragmentos acima, pode-se afirmar que o apoiador institucional ocupa uma função essencial nos processos de mediação entre a gestão e a atenção, pois quando efetivado, impacta positivamente com a busca de novos modos de produção de atenção e da gestão da saúde. Por outro lado, quando isso não ocorre, impacta negativamente nos processos de trabalho cotidianos, com destaque à insatisfação dos trabalhadores com o sistema de saúde vigente.

Estas complexidades identificadas em torno da viabilização do apoio institucional também são identificadas quando discorrido sobre o Apoio Matricial do Ambulatório de Atenção Especializada na Atenção Primária, e apesar das equipes mostraram-se mais receptivas e atraídas pelo assunto, foram concisos ao focar muitos pontos sobre fragilidades, tendo como foco a necessidade de maior aproximação entre APS e Ambulatório.

Tivemos apenas esclarecimentos sobre a ficha de acompanhamento. (APS03 – S01)

A gente está tendo apoio de tutoria, não temos muito conhecimento sobre o Ambulatório de Atenção Especializada, ocorre falta de comunicação. (APS04 – S03)

A gente teve apoio direcionado às chefias, provavelmente toda a equipe não ficou sabendo. (APS 04 – S03)

As fragilidades elencadas podem evidenciar a premissa de que dentre os profissionais matriciadores, é comum que não compreendam as particularidades e responsabilidades da APS, além de não dominarem efetivamente o uso das ferramentas e tecnologias comuns à prática dos cuidados compartilhados, visto ser arranjos não convencionais nos modelos de saúde. Dessa forma, o passo fundamental para o desenvolvimento do apoio matricial na APS é a facilitação de espaços de treinamento e educação permanente que envolvam os profissionais das equipes da APS e de **apoio**, de forma conjunta. Nesse processo, a participação efetiva dos gestores é determinante para a implementação do modelo, uma vez que os cuidados compartilhados envolvem mudanças no processo de trabalho de todos os profissionais participantes (ARAÚJO; GONÇALVES, 2018).

Há uma nova lógica de produção do processo de trabalho, de maneira que o profissional que atua num nível de especialidade proporciona apoio em relação à sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores, deve buscar modos efetivos de tornar-se referência para outras equipes (JÚNIOR; CAMPOS, 2014). É o **estreitamento do contato** com o Ambulatório de Atenção Especializada evidenciado entre os participantes do estudo, que compõe a APS.

A APS sente necessidade do apoio do Ambulatório. Nós não conhecemos o Hospital Regional. Não sabemos nada sobre o andamento e funcionamento. Ouvimos falar através dos usuários que acham positivo e gostam do atendimento do Ambulatório. (APS01 – S01)

Para o pessoal do Ambulatório fazerem matriciamento, eles precisam conhecer muito as equipes da APS e assim poderemos trabalhar juntos. (APS03 – S04)

Os fragmentos revelam os caminhos necessários para efetivar tais práticas de apoio matricial pelos serviços de referência/especialidades. Há necessidade da realização do trabalho interno na APS com as equipes de apoio matricial, a fim de potencializar o vínculo terapêutico de modo a viabilizar cuidado compartilhado entre equipes e usuários.

O apoio matricial necessita, portanto, se fortalecer para oferecer, de modo efetivo, tanto apoio assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência, através de diretrizes que devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência, quanto dos apoiadores matriciais (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Assim, tanto o Apoio Institucional quanto o Matricial trabalham na transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações, sendo praticados como método de intervenção voltado a promover a análise e a gestão compartilhada do trabalho (ANDRADE et al., 2014; FALLEIRO, 2014; GUIZARDI et al., 2018).

A análise dos dados evidencia que processos de mudanças voltados a promover impactos reais nas práticas sociais que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde não são simples de serem efetivados. Demandam perspectivas promissoras, mas também muito desafiadoras para viabilizar transformações na cultura organizacional dessas instituições, na direção de sua democratização. A capacidade de configurar novos dispositivos (espaços coletivos) e, por meio deles, experiências de percepção, significação e construção de modos de relação, instiga as implicações para a qualificação dos processos de trabalho para que consigam intervir de forma substantiva nos processos decisórios (GUIZARDI et al., 2018).

É inegável os desafios e a riqueza na viabilização do apoio institucional e do apoio matricial enquanto um método e uma estratégia de gestão, na implementação do cuidado compartilhado aos usuários em condições crônicas: veicular ações compartilhadas que potencializem o reordenamento e democratização das relações entre profissionais e entre as equipes de saúde responsáveis pela clínica e pelo cuidado (JÚNIOR; CAMPOS, 2014)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando o objetivo norteador deste estudo que se propôs a analisar *como as equipes da Atenção Primária à Saúde significam a instituição do Plano de Cuidado Compartilhado e sua interface aos processos mediadores do apoio matricial e institucional*, é possível inferir que todos os processos em torno da viabilização do estudo – definição da problemática junto aos apoiadores institucionais, vivências juntos às equipes nas oficinas de coletas de dados e a análise dos dados em si balizada pela análise de conteúdo –, permitiram identificar a complexidade que envolve a mudança de modelo de gestão do cuidado na perspectiva do exercício da gestão da clínica ampliada.

Essa complexidade é estendida a todos os sujeitos envolvidos, nos diferentes níveis de complexidade e funções desempenhadas, com destaque, ao olhar dos profissionais da APS em termos de quais desafios identificam neste movimento de transformação. Identifica-se a importância do processo de troca de informações sobre o PCC, via apoio matricial e institucional a fim de encontrarem soluções conjuntas.

Os relatos dos participantes demonstram que eles possuem percepção do contexto em que se encontram e estão dispostos a aperfeiçoarem o seu cotidiano, trabalhando de maneira integrada, principalmente melhorando a comunicação entre os diferentes níveis nas Redes de Atenção à Saúde.

Este estudo possibilitou identificar que os processos de apoio matricial e de apoio institucional no contexto da implementação do Plano de Cuidado Compartilhado no cuidado de usuário com condições de saúde crônicas são primordiais. Nestes termos, é possível verificar a necessidade de aproximar a Coordenadoria Regional de Saúde enquanto apoiadora institucional e o Ambulatório de Atenção Especializada enquanto apoiador matricial da Atenção Primária à Saúde, tendo em vista ser imprescindível que todos os apoiadores institucionais estejam a par dos fluxos e desafios/contratempos que surgem em torno do cuidado dos usuários com condições crônicas que acessam a AAE.

Esse estudo nos impulsionou a pensar sobre o fortalecimento das redes de atenção à saúde, o processo da mudança de modelo vivenciados na atenção primária, atenção secundária e gestão da saúde. No entanto, as fragilidades que precisam ser geridas para a construção de um SUS pleno, visando melhorias com o cuidado às condições crônicas na atualidade e fortalecimento da rede, terá que propiciar o enfoque na Atenção Primária à Saúde e a garantia dos direitos dos cidadãos.

E para finalizar, enquanto profissionais em formação no programa de residência

multiprofissional, autores deste estudo, é importante destacar o sentido aprendido sobre a importância do cuidado compartilhado atrelado na Atenção Primária à Saúde, visando o compromisso da qualificação do SUS, focado principalmente no Apoio Institucional e Matricial. Essa mudança de modelo preconiza os usuários em condições crônicas como um todo, enfatizando que as tecnologias abordadas podem qualificar os profissionais e intensificar o cuidado longitudinal. Contudo, a produção de sentidos levantada pelas equipes de saúde demonstra que devemos intensificar as atuações dos trabalhadores em saúde, e a residência multiprofissional como campo de conhecimento e aprendizagem poderá cooperar com a proposta dessa mudança de modelo na saúde pública.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. A. C. et al. Apoio institucional: estratégia democrática na prática cotidiana do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**. Comunicação, Saúde, Educação. 2014; 18 Supl.1:833-44.

ARAÚJO, T. R. G. de; GONÇALVES, D. A. Gestão do Cuidado: o Matriciamento na gestão do cuidado em Atenção Primária à Saúde. **UNIFESP – UNASUS**. 2018.

BARBOUR, R. **Grupos Focais** / Rosaline Barbour; tradução Marcelo Figueiredo Duarte; consultoria, supervisão e revisão técnica Leandro Miletto Tonetto. Porto Alegre: Artmed. 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** / Laurence Bardin; tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo, 2011.

BARRETO, M. da S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**. 18(1), p. 325-339, 2015.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica: **Caderno de Atenção Domiciliar**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Vol. 1 Abril, 2012 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) – Brasília: Ministério da Saúde, 2012 b. 34 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de**

Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 160 p. : il.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev., 2007.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2003. p. 197-210.

CHIAVERINI, D. H. et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde: **Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva**, 2011.

CONASS. **Planificação da atenção à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2018.

CONSENSUS. Planificação da Atenção à Saúde: conheça a proposta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção À Saúde. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Ano VI | Número 20 | Julho, Agosto e Setembro de 2016.

FALLEIRO, L. de M. **Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 263 p.: il. – (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GUIZARDI, F. L. et al. Apoio institucional na Atenção Básica: análise dos efeitos relatados. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(4), 2018.

JÚNIOR, N. P.; CAMPOS, G. W. de S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface**. Comunicação, saúde, educação. 2014; 18 Supl 1:895-908.

LYTHGOE, M.P.; ABRAHAM, S. Good practice in shared care for inflammatory arthritis. **Br. J. Gen. Pract.** 2016; 66(646): 275-277.

MEDEIROS, R. H. A. de. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis** [online]. 2015, vol.25, n.4, pp.1165-1184.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

_____, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

_____, E. V. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MILANEZ, T. C. M. et al. Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. **Cad. Saúde Colet.**, 2018, Rio de Janeiro, 26 (2): 184-190.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13. ed. São Paulo: Hucitec: 2013.

NÓBREGA, V. M. da et al. Longitudinalidade e continuidade do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica. **Esc Anna Nery**, 2015; 19(4):656-663.

_____, V. M. da et al. Doença crônica na infância e adolescência: continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Rev Esc Enferm. USP.** 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde.** Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: 2013. 390 p.: Il.~

PARANÁ. Secretaria da Saúde. **Manual para Implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde e no Centro de Especialidades do Paraná.** Curitiba, 2017.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção da subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, 2015.

PETRY, K.; CHESANI, F. H.; LOPES, S. M. B. Comunicação como ferramenta de humanização hospitalar. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.8, n.2, mai-ago, p.077-085, 2017

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu).** 2018; 22(Supl. 2):1535-47.

SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. de. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface (Botucatu).** 2017; 21(62):589-99.

SILVEIRA, R. P. da et al. Compartilhamento do cuidado na atenção psicossocial: percepção de trabalhadores e usuários. SMAD, **Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**

2019;15(2):69-76.

VECCHI, M. P. da S.; CAMPOS, E. M. S.; FARAH, B. F. Autoavaliação: instrumento para reflexão do processo de trabalho nas equipes de saúde da família. **Rev. APS.** 2017, out/dez; 20(4): 527 - 538.