

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

**Watussi Bassani Weber**

**DESAFIOS AO APOIO INSTITUCIONAL E MATRICIAL NA**  
**IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO COMPARTILHADO ÀS**  
**CONDIÇÕES CRÔNICAS**

Santa Maria, RS  
2020

**Watussi Bassani Weber**

**DESAFIOS AO APOIO INSTITUCIONAL E MATRICIAL NA IMPLEMENTAÇÃO  
DO PLANO DE CUIDADO COMPARTILHADO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

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.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vânia Maria Fighera Olivo

Santa Maria, RS

2020

**Watussi Bassani Weber**

**DESAFIOS AO APOIO INSTITUCIONAL E MATRICIAL NA IMPLEMENTAÇÃO  
DO PLANO DE CUIDADO COMPARTILHADO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

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 Fighera Olivo, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Mariana Rocha Bortoluzzi, Me. (4ª CRS)**

---

**Patrícia Mattos Almeida, Esp. (4ª CRS)**

---

**Fabianne Fontella Pasetto Richter, Esp. (4ª CRS)**

---

**Lisiane Löbler, Me. (4ª CRS)**

Santa Maria, RS  
2020

## RESUMO

### DESAFIOS AO APOIO INSTITUCIONAL E MATRICIAL NA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO COMPARTILHADO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

AUTORA: Watussi Bassani Weber

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vânia Maria Fighera Olivo

Este estudo tem como objetivo analisar como as equipes de apoio matricial e institucionais significam o Plano de Cuidado Compartilhado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Desse modo, busca trazer a experiência, discutir e refletir sobre os desafios dos apoiadores institucionais e matriciais em torno da implementação do plano de cuidado compartilhado entre equipes assistenciais de um ambulatório de atenção especializada e da atenção primária à saúde (APS). 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 traz o significado do Plano de Cuidado Compartilhado (PCC) para as equipes de apoiadores institucionais e matriciais, os desafios vivenciados na implementação do PCC e o desempenho e operacionalização das funções de apoio institucional e de apoio matricial em uma perspectiva horizontalizada, buscando superar os modelos tradicionais de atenção e de gestão fragmentados. Conclusão: Este estudo possibilitou constatar o quão desafiador e complexo é exercer as funções de apoio institucional e matricial, exigindo a instituição de novas tecnologias de gestão da clínica em relação aos modos de produzir saúde, buscando romper com lógicas de processos de trabalho ainda predominantes, focados na hierarquização das relações e correspondente fragmentação das ações e do cuidado em saúde.

**Palavras-chave:** Apoio Institucional, Apoio Matricial, Plano de Cuidado Compartilhado.

**ABSTRACT****CHALLENGES TO INSTITUTIONAL AND MATRIX SUPPORT IN  
IMPLEMENTING THE SHARED CARE PLAN TO CHRONIC  
CONDITIONS**

AUTHOR: Watussi Bassani Weber

ADVIDOR: Prof. Dr.<sup>a</sup> Vânia Maria Fighera Olivo

This study aims to analyze how matrix and institutional support teams mean the Shared Care Plan in the Chronic Conditions Attention Model (MACC). In this way, it seeks to bring experience, discuss and reflect on the challenges of the institutional and matrix support teams around the implementation of the shared care plan between outpatient care teams and primary health care (APS). It is a qualitative, participatory, and interventional approach study, developed with health teams working in a Regional Health Coordination Office, a Specialized Care Outpatient Clinic, and Primary Health Care. The data was collected through a Focus Group in the workplaces themselves and the data were analyzed according to content analysis. Results and discussions: The data analysis brings the significance of the Shared Care Plan (PCC) to the institutional and matrix support teams, the challenges experienced in implementing the PCC, and the performance and operationalization of the institutional and matrix support functions from a horizontal perspective, seeking to overcome traditional models of fragmented care and management. Conclusion: This study made it possible to see how challenging and complex it is to exercise the institutional and matrix support functions, demanding the institution of new technologies for the management of the clinic in relation to the modes of producing health, seeking to break with the logics of work processes still predominant, focused on the hierarchization of relationships and corresponding fragmentation of actions and health care.

**Keywords:** Institutional Support, Matrix Support, Shared Care Plan.

## 1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu sob os efeitos da 11ª Conferência Nacional de Saúde, 2000, que sinalizava a necessidade de princípios metodológicos que indicassem modos de como tornar realidade os princípios e diretrizes do SUS. Nestes termos, entre outros aspectos, preconiza, por meio de seus princípios norteadores, transpor a habitual fragmentação das ações em saúde através da indissociabilidade entre processos de atenção e de gestão, valorizando o protagonismo dos sujeitos individuais e coletivos, vistos como corresponsáveis no desenvolvimento das políticas de saúde (OLIVEIRA, 2012). Para tanto, a PNH traz o Apoio Matricial e o Apoio Institucional como diretrizes e dispositivos para ampliar a capacidade de reflexão, de entendimento, de análise e de intervenção no sentido de mobilizar ações de mudança nos processos de trabalho em torno da implementação de uma clínica ampliada (BRASIL, 2010a; PAULON, PASCHE, RIGHI, 2014).

Mais especificamente, a PNH traz o apoio institucional como uma função gerencial que visa contribuir para a transformação do modo tradicional de exercer planejamento, coordenação, supervisão e avaliação em saúde, numa perspectiva de produção em rede. Objetiva estimular e acompanhar processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão da clínica ampliada (BRASIL, 2010a; PAULON, PASCHE, RIGHI, 2014).

O apoio institucional é um método de intervenção que trabalha na transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações, construindo, através da análise e gestão compartilhada, relações e ações que valorizem a autonomia dos sujeitos e dos coletivos diante das realidades e problemas vivenciados. (ANDRADE et al., 2014; FALLEIRO, 2014; GUIZARDI et al., 2018).

O apoiador institucional busca promover rupturas nos modelos de gestão tradicionais baseados na intervenção setorializada, por meio de novos modos de produção de atenção e gestão da saúde de caráter intersetorial, onde há mediação, negociação, manejo e aplicação de instrumentos de gestão, como o planejamento, a avaliação e o monitoramento (ANDRADE et al., 2014; JÚNIOR; CAMPOS, 2014).

Já o matriciamento ou apoio matricial é um método de produção do processo de trabalho onde um especialista oferece apoio para outros profissionais, equipes e setores. É uma ferramenta de transformação de equipes e da comunidade, onde há uma oferta de suporte técnico de serviços de referência e especialistas a uma equipe de saúde, visando ampliar seu escopo de atuação e qualificar suas ações (CHIAVERINI et al., 2011). Trata-se de um

dispositivo/metodologia que busca transpor a lógica de encaminhamentos, onde ocorre a fragmentação do cuidado e enfraquece a responsabilização pelo cuidado do usuário. O matriciamento busca promover espaços de comunicação e de decisões conjuntas, propiciando o compartilhamento de saberes e favorecendo a organização dos fluxos na rede de atenção à saúde (CAMPOS, DOMITTI, 2007; CUNHA, CAMPOS, 2011).

A partir dessas definições sobre as funções de apoio, preconizadas pela PNH, há um movimento de ressignificação dos modos de organizar os serviços no SUS, em resposta às mudanças epidemiológicas de relevância social, com destaque neste estudo, aos problemas em torno do modelo de atenção e de gestão às condições crônicas de saúde da população. Essas constituem a maior carga de morbimortalidade no mundo, sendo responsáveis por 70% das mortes. No Brasil, esse índice chega a 72,6% (MALTA, et al., 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Considerando esta complexidade epidemiológica em torno das condições crônicas, observa-se ainda a fragilidade dos serviços com predominância de um sistema assistencial fragmentado, onde os pontos de atenção à saúde não se comunicam, e como consequência, não respondem às verdadeiras demandas de saúde da população. Frente a este contexto, revela-se a premência da construção de um sistema de saúde integrado, obtido a partir da consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Diante disso, o processo de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) surgiu como uma estratégia para a mudança desses modelos de atenção e de gestão na perspectiva de consolidar a implantação das RAS, objetivando melhorar a qualidade da atenção e consequente aumento na qualidade de vida dos usuários em situação de vulnerabilidade, culminando com a eficiência econômica do sistema e avanço nos resultados sanitários do país (BRASIL, 2010b; CONSENSUS, 2016; MENDES, 2012).

A PAS é uma ferramenta apoiadora das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, buscando modificar os processos de trabalho e qualificar os serviços por meio de educação permanente para os profissionais e gestores da Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar, fazendo-os refletir sobre o seu papel dentro das RAS e rotina de trabalho, com base nos preceitos da PNH/SUS (CONASS, 2018).

Diante do exposto, percebe-se a importância de superar modelos tradicionais de gestão e de atenção à saúde, culturalmente focado no cuidado das condições de saúde agudas e crônicas agudizadas. Com base nisso, a PAS se baseia do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Mendes (2012) que objetiva proporcionar integralidade na atenção à saúde aos usuários com condições crônicas, através da concretização de modalidades de *cuidado compartilhado* entre os diferentes pontos de atenção. Nesta

perspectiva, os usuários passam a ter acesso a um Plano de Cuidado Compartilhado (PCC), que pressupõe, entre outros dispositivos da PNH, o exercício efetivo da clínica ampliada, de base interdisciplinar, interprofissional, intersetorial e interinstitucional, rumo à formação de redes de atenção e gestão. (BRASIL, 2009; MACHADO, et al. 2007).

A viabilização destas modalidades de cuidado impactam na necessidade de redefinição de funções dos diferentes pontos da rede, com destaque às unidades ambulatoriais que devem estruturar-se com equipes de especialistas de diferentes núcleos profissionais, passando a assumir a função de Apoio Matricial e suporte técnico às equipes de referência do usuário, de modo a qualificar a APS (CAMPOS, DOMITTI, 2007; CHIAVERINI et al., 2011).

Alinhado a estes preceitos e desafios, em 2018, a região central do estado instituiu um ambulatório de atenção especializada para desenvolver a perspectiva do cuidado compartilhado aos usuários com condições de saúde crônicas de alto e muito alto risco com enfoque na Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, visando qualificar as ações de saúde, tendo como eixo orientador a Planificação da Atenção Ambulatorial Especializada, apoiada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e a respectiva Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Nessa perspectiva, a abertura desse ambulatório foi ancorada na idealização do Plano de Cuidado Compartilhado (PCC), cuja viabilização passou a ser mediada por práticas de apoio matricial (via ambulatório) e institucional (via CONASS e CRS) entre diferentes níveis da rede.

Configuram-se então, nesta região centro oeste do estado, processos inovadores de gestão e atenção na instituição do cuidado compartilhado, mobilizando não apenas instituições de saúde da região, mas também instituições formadoras, com vivências nesses 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/RS, área de concentração Vigilância em Saúde, cujos residentes, autores deste estudo, experienciaram tais processos ao atuarem na respectiva CRS durante os dois anos de formação.

Desta forma, este estudo se justificou pelas necessidades destes residentes veicularem cientificamente o aprofundamento do significado das vivências em torno das funções de apoio matricial e institucional, na viabilização do plano de cuidado compartilhado entre ambulatório especializado e equipes da APS, tornando-se um diferencial não apenas na formação, mas também, para os processos de atenção e gestão institucional, visto que este estudo foi demandado pelos respectivos apoiadores institucionais desta CRS. Assim, desvendar elementos que interferem na concretização deste novo modelo de atenção e articulação na



RAS torna-se um diferencial na justificativa deste estudo.

Considerando este contexto problematizado, apresenta-se o seguinte **problema norteador deste estudo**: *Como as equipes do Ambulatório de Atenção Especializada (AAE), e Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) significam o Plano de Cuidado Compartilhado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e qual o papel da função apoio nesse processo em termos de desafios para a sua implementação?*

Partindo deste problema, delinea-se o seguinte **objetivo**: *Analisar como as equipes de apoiadores matriciais e institucionais significam o Plano de Cuidado Compartilhado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e quais os desafios para o desempenho do apoio matricial e institucional no processo de implementação desse instrumento.*

## 2. METODOLOGIA DA PESQUISA

O presente estudo constitui-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, participativa e interventiva, pois possibilita o conhecimento e análise aprofundada da realidade, das comunicações e da dinâmica das relações sociais, onde a complexidade, por vezes, não consegue ser abrangida pela representatividade numérica. 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 institucionalização (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015).

O período de coleta de dados compreendeu os meses de setembro a novembro de 2019.

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 que aderiram o 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 habitantes)]; 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 dessas equipes que se encontravam em férias ou licença de qualquer natureza ou ainda, que não aceitaram participar do estudo.

Considerando a dinamicidade do processo de reflexão sobre o tema, a coleta de dados da presente pesquisa utilizou a técnica de Grupo Focal (GF). A escolha dessa técnica se justifica, a priori, por possibilitar que os participantes conversem entre si em vez de somente 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 tom de voz e gestos corporais. 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 mesmos, 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 (BARBOUR, 2009).

A coleta de dados ocorreu nos próprios locais de trabalho e para potencializar a participação nas discussões, os grupos focais foram subdivididos em pequenos grupos com uma média de seis participantes, que deveriam apresentar suas percepções sobre os temas a partir de um consenso do grupo. 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 pela cientista Laurence Bardin, que propõe 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 (BARDIN, 2011). A análise foi dividida em três etapas: pré-análise, categorização e tratamento dos resultados (inferência e interpretação). (BARDIN, 2011).

Para garantir a identificação dos participantes da pesquisa, mantendo o sigilo, os

mesmos foram identificados, em seus fragmentos de fala como: AI 01 – S 01, AI 01 – S 02, AI 01 – S 03, para apoiadores institucionais dos três subgrupos; AM 01 – S 01, AM 01 – S 02, AM 01 – S 03 e AM 01 – S 04, para apoiadores matriciais dos quatro subgrupos; e APS 01 – S 01, APS 01 – S 02, APS 02 – S 01, APS 02 – S 02, APS 03 – S 01, APS 03 – S 02, APS 03 – S 03, APS 03 – S 04, APS 04 – S 01, APS 04 – S 02, APS 04 – S 03, para a Atenção Primária à Saúde dos 11 subgrupos formados entre os quatro municípios.

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 parecer nº 20004519.6.0000.5346, pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) dos municípios (para os que possuíam), e pelo NEPeS do AAE. Cada participante da pesquisa assinou um Termo de Consentimento Livre e esclarecido e o Termo de Confidencialidade.

### **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 Plano de Cuidado Compartilhado; Desafios na implementação do Plano de Cuidado Compartilhado; Função Apoio Institucional e Apoio Matricial.

#### **3.1 Significando Plano de Cuidado Compartilhado**

O cuidado compartilhado aos usuários com condições crônicas é considerado um processo coletivo de atenção à saúde, que tem por objetivo principal o *compartilhamento das informações* sobre as condições de saúde desses usuários no sentido de *empoderá-los* para que realizem o *autocuidado apoiado*. Prima por pactuações de ações entre as equipes da APS, da AAE, via metas estabelecidas e monitoradas de modo corresponsável. Busca aproximar os usuários das equipes de saúde envolvidas no processo de cuidado, fortalecendo as relações entre os mesmos (BRASIL, 2012a; OPAS, 2013).

O papel da AAE no cuidado às pessoas com condições crônicas deve ser visto como *complementar e integrado* à APS, superando a realidade da atuação fragmentada e isolada. Sendo assim, é necessário haver planejamento da oferta de serviços por esses pontos de atenção de acordo com a necessidade dos usuários a partir do ordenamento da RAS pela APS,

sendo fundamental que o cuidado seja coordenado pelos profissionais da APS (BRASIL, 2012b).

A realização do cuidado de modo compartilhado exige transformação dos atores envolvidos, novas práticas de gestão e de atenção em saúde produzindo novos desenhos de modelos assistenciais, menos hierárquicos e mais horizontalizados (CECÍLIO, MERHY, 2003).

Considerando tais pressupostos teóricos, ao analisar os dados se observou que há uma produção de sentidos nesta perspectiva, onde os sujeitos entendem o PCC como a produção de *um trabalho em rede visto a troca de cuidado, o fortalecimento de vínculo, a continuidade e a necessidade de trabalhar em conjunto e de haver comunicação*. Os fragmentos a seguir evidenciam tais produções de sentido nos diferentes cenários da pesquisa.

*É troca de cuidado, um meio de comunicação, uma maneira de trabalhar em conjunto e fortalecer o vínculo entre o usuário, a atenção básica e o ambulatório de atenção especializada. (AM 01 – S 02)*

*Tem o objetivo de dar continuidade ao cuidado, trabalhar em rede. É um instrumento de comunicação entre a equipe do AAE e a equipe da APS. (AI 01 – S 01)*

Os fragmentos evidenciam um alinhamento conceitual entre as diferentes equipes apoiadoras, quando identificam o PCC como forma de produção de trabalho em rede por haver a compreensão da importância de compartilhamento do cuidado, de articulação entre sujeitos e troca de saberes. Tais concepções traduzem os pressupostos das RAS no melhor manejo das condições crônicas por meio de um trabalho articulado (MENDES, 2011).

Nessa perspectiva, tanto as equipes de apoio institucional como matricial reconheceram o PCC como um meio para desenvolver o *empoderamento e a corresponsabilização* entre todos os envolvidos no processo:

*É através dele que a gente trabalha o empoderamento, a responsabilidade e a corresponsabilidade entre os envolvidos: usuário, atenção primária e centro especializado. (AM 01 – S 04)*

*É um plano compartilhado entre paciente, a equipe da atenção primária e equipe da atenção especializada. A família está implícita, todos são protagonistas. (AI 01 – S 02)*

O empoderamento está relacionado com o desenvolvimento de potencialidades, aumento de informação e percepção, favorecendo uma participação real e democrática no processo de decisão (WENDHAUSEN, BARBOSA, BORBA, 2006). É através do autocuidado apoiado que ocorre o desenvolvimento do empoderamento dos usuários sobre a

sua condição de saúde, autogerenciando sua saúde, tornando-se mais autônomos e proativos em relação à sua condição, compartilhando responsabilidades e decisões com a equipe de saúde. (BECKMAN, FRANEL, 1984; JOHNSON, 2008; MENDES, 2012).

A Política Nacional de Humanização traz, entre alguns de seus princípios, a construção e fomento da autonomia e protagonismo dos sujeitos e o aumento da corresponsabilidade dos mesmos na produção de saúde. É preconizada uma gestão participativa envolvendo trabalhadores da saúde, gestores e usuários em um pacto de corresponsabilidade, acarretando em mudanças concretas na gestão e na atenção, onde há ampliação da autonomia dos envolvidos, compartilhando responsabilidades (BRASIL, 2004; BRASIL, 2010a).

### **3.2 Desafios na implementação do Plano de Cuidado Compartilhado**

A implementação do Plano de Cuidado Compartilhado (PCC), via exercício de uma clínica ampliada, demanda desafios operacionais que rompem com modelos tradicionais de atenção e gestão do cuidado nos sistemas e serviços de saúde no SUS. Tais desafios sinalizam uma correspondência a algumas formas possíveis de relações entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), preconizadas por Mendes (2012), com destaque ao estabelecimento de relação entre os dois níveis de atenção, através de *visitas periódicas* de especialistas aos generalistas e a *coordenação do cuidado*, entre dois ou mais participantes. Essas formas exigem responsabilidade solidária e longitudinal no cuidado ao usuário, sendo, para isso, essencial o exercício da função matricial e a garantia da comunicação entre os pontos de atenção da rede, para obter uma atenção compartilhada.

Nestes termos, a instituição do PCC para situações de elevada vulnerabilidade como o cuidado contínuo às condições crônicas da atenção à saúde, deve ser realizada em conjunto, de modo compartilhado entre a APS, AAE e o usuário, primando pela busca dos mesmos objetivos (BRASIL, 2013; LYTHGOE, 2016), viabilizando assistência ao usuário ao longo do tempo - longitudinalidade -, (CONASS, 2011; GÉRVAS, FERNÁNDEZ, 2006; STARFIELD, 2002), proporcionando integralidade da atenção à saúde destes usuários (TESSER, 2017).

A análise dos dados evidenciou que os matriciadores, participantes da pesquisa, reconhecem que a viabilização deste processo em torno do cuidado compartilhado tem no *modo de comunicação* um dos seus maiores desafios, e que para ser satisfatório é necessário haver *compartilhamento de conhecimentos, proximidade, integração e trocas entre as equipes*

*dos dois níveis de atenção.*

*O PCC só é efetivo quando ocorre devolutiva do plano pelas equipes da atenção primária e conseguimos trabalhar integrados. Então o plano somente se fortalece como um instrumento de compartilhamento de cuidado, quando ocorrem essas trocas. Entretanto, nem todas as unidades estão inteiradas sobre esta nova lógica que envolve o PCC. (AM 01 – S 02)*

A análise do texto acima evidencia que para efetivar essa nova tecnologia em torno do cuidado compartilhado, há a necessidade de investir na qualificação da comunicação entre a APS e a AAE na perspectiva de garantir a busca pelos mesmos objetivos (BRASIL, 2013; LYTHGOE, 2016). Entretanto, os depoimentos de profissionais de diferentes funções na rede sinalizam que tal problemática também é inerente às fragilidades internas das próprias equipes da APS:

*Já identifiquei situações em que o usuário chegou na unidade e profissionais da equipe não sabiam o que fazer com o PCC. (APS 04 – S 01)*

*Um desafio que enfrentamos é como conseguir que toda a equipe se envolva e participe. Percebemos que ainda está muito centralizado em uma pessoa, e se essa pessoa sai, termina tudo, se alguém não está sempre puxando, não vai. (AI 01 – S 03)*

*Compartilhar esses novos modos de fazer cuidado em rede não é algo simples, porque quando você atua na unidade, normalmente você dá continuidade a algo que já acontece como rotina. Então quando surgem novas propostas ou novos modos de atuar, é a equipe como um todo que precisa aderir ao novo modelo para fazer parte do seu cotidiano, e não um ou outro profissional. (AM 01 – S 02)*

Ao refletir junto a esses trabalhadores e gestores sobre a instituição de novas tecnologias de ampliação da clínica, revela-se que é no cotidiano do trabalho dessas equipes que vão aparecer o teor das dificuldades para efetivá-las: são complexas tramas entre aquilo que passa a ser reconhecido como responsabilidade do grupo e o que cada um reconhece como sua responsabilidade ou está disposto a contratar com o coletivo (PAULON, PASCHE, RIGHI, 2014).

Percebe-se claramente, ou de maneira muito objetiva que a construção desses novos processos de trabalho exige novas capacidades dos trabalhadores da atenção, da gestão e dos usuários para o exercício da clínica ampliada, tanto no interior das equipes quanto entre as equipes de diferentes níveis de atenção na RAS. Assim, a instituição do PCC, demanda a conquista de laços de corresponsabilização entre os sujeitos envolvidos e a institucionalização de tais mudanças, havendo a adesão destes novos modelos de gestão da clínica. Tais mudanças não se perpetuam a partir da lógica convencional da introjeção de regras e normas

verticalizadas, previamente estabelecidas (DENIS, 2010; LINS, CECILIO, 2008). Ao contrário, a institucionalização de novos processos se dá a partir da disseminação do conhecimento pela convivência entre profissionais que são corresponsáveis pela difusão do mesmo na organização, onde são aplicados. Então, quando produzidos resultados que façam sentido para os profissionais, se inicia a construção da legitimidade na esfera organizacional e os significados produzidos passam a ser absorvidos/internalizados e adotados (NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

Por isso, se atenção aos usuários com condições crônicas envolve, necessariamente, a atenção multiprofissional na elaboração e desenvolvimento do plano de cuidado compartilhado na APS e na AAE, torna-se imprescindível a participação efetiva do usuário, bem como, dos diferentes núcleos profissionais, com seus saberes e práticas específicas, produzindo novas sistemáticas de cuidado para a construção conjunta de estratégias de intervenção, a fim de concretizar o processo e fornecer integralidade ao usuário (BRASIL, 2013; OPAS, CONASS, 2013). Nesse sentido, de acordo com Foy, et al. (2010), a comunicação interprofissional na perspectiva da prática colaborativa, é um ou o principal fator associado à efetividade do cuidado compartilhado, numa perspectiva do exercício efetivo da clínica ampliada.

Outro desafio elencado entre os profissionais que desempenham funções de apoio está na conjuntura de composição das equipes da APS, que em muitos cenários se encontram *incompletas e com baixa cobertura da atenção básica, interferindo na efetivação dos PCC*.

*[...] como eu vou pedir para o agente comunitário fazer um trabalho, se nem agente comunitário existe no território, se não tem técnico nesse momento, e os municípios que tem baixa cobertura da atenção básica? (...) alguma coisa vai ser falha, não vai ter continuidade. (AM 01 – S 02)*

*Para dar continuidade em todo o processo, você precisa de equipe multiprofissional mínima para fazer acompanhamento dos pacientes. Quantos agentes comunitários têm nas unidades? E os municípios que ainda têm unidades básicas tradicionais, sem ACS? (...) é necessário reforço nas equipes de ESF, manter as equipes de ESF que existem completas e expansão da ESF. (AI 01 – S 03)*

A partir desses fragmentos é possível inferir que para atingir a qualidade na atenção prestada pela APS, numa perspectiva de trabalho integrado com outros níveis da rede, é fundamental a garantia de equipes mínimas completas, pois ao contrário, se tornam vulneráveis na sua capacidade de alcançar os objetivos propostos para efetivar os PCC's, (FACCHINI, TOMASI, DILÉLIO, 2018). Como consequência, identifica-se a fragilidade na construção de vínculos efetivos *do usuário com a APS*, sendo este fundamental para o cuidado

longitudinal dos usuários com condições crônicas.

*O vínculo do usuário com a APS é o maior desafio, pois muitos usuários vêm no AAE e relatam que não é mais necessário retornar na APS, porque aqui a equipe é maior. Na verdade eles estão conosco em acompanhamento ambulatorial especializado, mas a referência deles deve ser a APS. (AM 01 – S 03)*

De acordo com Starfield (2002), o vínculo tem caráter longitudinal, sendo um atributo essencial para modelos de atenção efetivos. Nessa perspectiva, a APS passa a ter a função de acompanhamento deste usuário ao longo de sua vida, devendo desenvolver o vínculo na linha do tempo e dessa forma, favorecendo a efetividade nas intervenções em saúde, melhorando a adesão do usuário aos cuidados de saúde e consequente satisfação dos mesmos (KRISTJANSSON, 2013; STARFIELD, 2002).

Dessa forma, é possível inferir, a partir da análise desses dados, que viabilizar mudança de modelos de atenção, via desenvolvimento de plano de cuidado compartilhado entre atenção especializada e atenção primária, exige maiores investimentos na área da saúde, bem como, novas tecnologias de cogestão da atenção, de exercício da clínica ampliada, processos estes em que a função apoio matricial e/ou institucional ocupa um espaço de destaque. Nesta perspectiva, a última subunidade a seguir traduz os novos significados sobre a sua operacionalização, com ênfase à sua potência para mobilizar mudanças nos processos de trabalho em direção à construção de ações integradas nas equipes e entre estas.

### **3.3 Função Apoio Institucional e Apoio Matricial**

Ao propor a função apoio como uma nova tecnologia para viabilizar mudanças nos modelos de gestão e de atenção vigentes no campo da saúde pública, Campos (1998) assume a crítica à racionalidade gerencial hegemônica que se insere nos processos de produção de saúde, propondo a construção de outras racionalidades e novas formas de gestão de uma clínica ampliada de base interprofissional e intersetorial. Nestes termos, a função apoio passa a ser considerada como uma metodologia para a mudança e o apoiador pode ser visto como uma função de amparo, suporte, auxílio e impulso para o novo movimento, facilitando a interação e reflexão dos sujeitos. Nesse aspecto, o apoiador busca significar novos conceitos e recursos aos coletivos, impulsionando as equipes na direção de seus objetivos numa relação de compartilhamento de compromissos, estabelecendo-se novos parâmetros e dinâmicas do trabalho em que o apoiador passa a se constituir como uma referência importante para o



grupo. (CAMPOS, 1998; ONOCKO, 2003, PAULON, PASCHE, RIGHI, 2014).

Partindo desta perspectiva, o Apoio Institucional busca reformular os mecanismos tradicionais de gestão por meio da cogestão, onde há uma atitude *interativa e diferenciada* no desempenho das funções de coordenação, planejamento e direção. Já o Apoio Matricial, relaciona-se à gestão da clínica compartilhada no cotidiano das práticas profissionais entre as equipes de saúde, possuindo como eixos norteadores a tríplice integração: interprofissionalidade-interdisciplinaridade-intersetorialidade, via *compartilhamento de saberes e cuidados* aos usuários, a corresponsabilização na gestão da clínica (CAMPOS, CUNHA, FIGUEIREDO, 2013).

Considerando tais pressupostos teóricos, observou-se ao analisar os dados, que há uma complexa produção de sentidos elencados pelos apoiadores, com destaque às respectivas funções de um ambulatório de especialidade de referência à APS, onde entendem o papel da AAE não só como um ponto de atenção à saúde *complementar à APS* dentro do contexto das RAS, mas também, destacam a sua função de *apoio matricial na instituição do cuidado ampliado por meio de ações de capacitações, educação permanente e orientações especializadas*.

*O ambulatório não fornece apenas a atenção que estamos acostumados, com consultas e exames. Também tem a função de capacitar a APS, promover a educação permanente, auxiliar no cuidado por meio do matriciamento. (AI 01 – S 01)*

*O ambulatório é um serviço especializado que tem o papel de apoio matricial para a APS, no sentido de complementar o cuidado na APS com orientações especializadas. (AM 01 – S 04)*

Estas perspectivas de entendimento sobre o apoio matricial como instrumento de educação permanente, capacitador e complementar às ações na APS, fundamenta-se na visão técnico-pedagógica em que há promoção de ações conjuntas e trocas entre os profissionais. Dessa forma, o apoio matricial possui o potencial de expandir o conhecimento, refletindo no modo de compreender e fazer profissional (BISPO JÚNIOR, MOREIRA, 2018). Portanto, o matriciamento amplia as possibilidades de realizar clínica ampliada, por meio de um modelo de atenção e gestão compartilhada que proporcione espaços coletivos para troca de informações e de saberes associados ao conhecimento teórico e prático (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

Fortalecendo tais pressupostos teóricos, os profissionais da atenção primária à saúde quando levados a falar sobre o apoio matricial, revelaram fragilidades neste processo, com destaque à *necessidade de aproximação entre a APS e o ambulatório de atenção*

*especializada*, enquanto um aspecto importante para o desenvolvimento de tal apoio:

*Para que o ambulatório faça apoio matricial, eles precisam se aproximar da APS e nós deles. Nós não fomos apresentados ao ambulatório, não conhecemos ele, o funcionamento, como é estruturado o plano de cuidados, o porquê, ouvimos falar através dos usuários o que é feito lá. (APS 01 – S 02)*

Dessa forma, percebe-se que o desempenho da função apoio matricial junto à APS demanda maior aproximação entre os atores envolvidos no processo de cuidado e viabilização do PCC, pressupondo sua construção compartilhada via estabelecimento de comunicação e diálogo constante entre os profissionais de saúde e desses com os usuários, de modo a permitir a participação ativa e o protagonismo de todos envolvidos na instituição desses novos processos de trabalho (OLIVEIRA, CAMPOS, 2015).

Já em relação ao apoio institucional, quando questionados sobre as estratégias que consideravam relevantes para a efetivação do MACC, os atores envolvidos no estudo destacam não apenas as diferentes metodologias de apoio para efetivação do PCC, propostas pela *planificação da atenção à saúde* via CONASS e CRS – visitas técnicas, tutorias -, mas também os desafios para sua implementação:

*O apoio é realizado por meio da planificação, mas percebemos com esse trabalho que precisamos nos envolver mais com os assuntos do ambulatório. Se nós não dominarmos mais os assuntos que envolvem o ambulatório e o PCC, como vamos apoiar a APS nas dificuldades que eles apresentam na sua implementação? É nosso papel abordar isso nas visitas técnicas. (AI 01 – S 01)*

*Fomos apresentados ao modelo MACC nas tutorias do CONASS. Eles nos incentivam, instigam ao estudo, a forma como eles nos instigam ao conhecimento buscando dialogar e discutir em conjunto para refletirmos, isso está nos dando mais propriedade nesse tipo de modelo. (AM 01 – S 02)*

A primeira situação identificada com a análise destes dados é que para viabilizar a internalização e disseminação de novas ideias, tecnologias e valores é preciso ganhar aliados, e isto se dá no cotidiano do trabalho das equipes, pois é neste contexto que vão aparecer as dificuldades, que vão ser reveladas complexas tramas entre aquilo que passa a ser reconhecido como responsabilidade do grupo e o que cada um reconhece como sua responsabilidade ou está disposto a contratar com o coletivo. Nesse sentido, identifica-se a ambiência de uma construção conjunta, havendo um entendimento de que o apoiador institucional deve facilitar diálogos proporcionando reflexões sobre os modos de produzir saúde, assumindo o papel de intermediador de conflitos e trazendo proposições para a melhoria no processo de trabalho (CAMPOS, 2000; DENIS, 2010; LINS, CECILIO, 2008), havendo assim a democratização

das relações por meio da transformação e superação dos modelos de gestão e de atenção hierarquizados (CAMPOS, 2000).

Assim, percebe-se como o papel dos apoiadores matriciais e institucionais é fundamental para a efetivação e concretização do plano de cuidado compartilhado no modelo de atenção às condições crônicas, na perspectiva de mobilização de conteúdos novos nas reuniões da equipe, exigindo novas competências e características dos apoiadores, convocando-os às novas capacidades para compor novos modelos de cuidado junto aos trabalhadores e usuários nos respectivos territórios de intervenção.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Retomando o objetivo norteador deste estudo que se propôs a analisar os desafios para o desempenho das funções de apoio institucional e matricial na implementação do Plano de Cuidado Compartilhado (PCC) no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), possibilitando identificar a complexidade que envolve tais processos de apoio, exigindo a instituição de novas tecnologias de gestão da clínica em relação aos modos de produzir saúde.

Primeiro, destaca-se o sentido produzido entre os sujeitos da pesquisa onde se constatou que o apoio não se restringe apenas a um sentido metodológico, que pode ser traduzido em uma diretriz objetiva mediada pelos dispositivos da planificação: apoio identifica-se ou legitima-se como uma nova tecnologia leve voltada a mobilizar trabalhadores e usuários, numa relação de corresponsabilidades, organizadas de forma mais coletiva, mais interprofissional, mais intersetorial e menos fragmentada. Nesta perspectiva, busca romper com lógicas de processos de trabalho que ainda predominam e nos rodeiam, focados na hierarquização das relações e correspondente fragmentação das ações e do cuidado em saúde.

Dito de outra forma, sem desconstruir modos de organização hegemônicos de realizar a gestão da clínica, sem reverter suas estruturas heterônomas, verticalizadas e alienantes, dificilmente se produzirá mais saúde, pelo menos de forma sustentável (PAULON, PASCHE, RIGHI, 2014). Ou seja, a análise dos dados evidenciou os desafios implicados na viabilização de novos modos de pensar e praticar o cuidado compartilhado, com destaque à sua relevância em situações crônicas, permitindo entender que a intermediação de novas tecnologias de apoio, fomentadas por processos como a planificação no sentido de viabilizar o MACC, pressupõem desenvolver capacidades de inclusão, de cooperação, de avaliação, de construção de vínculos entre todos os sujeitos envolvidos (profissionais assistenciais, gestores e

usuários).

Assim, infere-se que tanto a função apoio matricial quanto institucional se fortalecem, se legitimam e assumem significados na medida em que se dão os encontros entre equipes e destas com os usuários, no sentido de “construir múltiplos reposicionamentos, cuja direção deve ser afirmativa de grupalidades mais solidárias e mais capazes de propor e realizar práticas de gestão e de cuidado em consonância com aquilo que do ponto de vista social e político tem sido tomado como justo, ético e tecnicamente adequado.” (PASCHE, PASSOS, 2010, p. 433).

E para finalizar, enquanto profissionais em formação no programa de residência multiprofissional, autores deste estudo, torna-se importante destacar o sentido apreendido sobre a importância da função apoio na instituição de novas tecnologias de cuidado em direção ao compromisso com a qualificação do SUS. Isso diz respeito não apenas aos modelos de serviços veiculados junto aos usuários em condições crônicas, mas a todos os demais segmentos com situações de vulnerabilidade e que exigem cuidados longitudinais diferenciados. Mas, é muito mais que tudo isso: a produção de sentidos identificados com a viabilização desses novos arranjos mobilizou o sentido de nossa responsabilidade, como profissionais cidadãos em exercício nos cenários da saúde pública. Carregamos o compromisso de veicular ações de elevado teor de responsabilidade técnica, relacional, política e ética frente às necessidades de nossa população brasileira, tendo como ponto de referência a luta pela Reforma Sanitária de nosso país.

*“ Para o êxito da consolidação do SUS, para que os brasileiros tenham mais saúde e vivam  
mais...  
...é preciso PAIXÃO, a capacidade de indignar-se e de se emocionar, de ter rompantes de  
cólera contra os agravos à vida ...  
...é preciso uma férrea vontade, persistência, insistência, para vencer os inúmeros obstáculos  
postos à nossa frente.  
...é preciso, além disso, CORAGEM pessoal, política e intelectual para rever conceitos, pré-  
conceitos, enfim, ideias que não têm mais suporte na realidade..  
...é preciso acima de tudo querer envolver-se  
verdadeiramente “.  
David Capistrano*

## 5. REFERENCIAL TEÓRICO:

ANDRADE, M. A. C. et al. Apoio institucional: estratégia democrática na prática cotidiana do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18 Supl.1, p. 833-844, 2014.

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.

BECKMAN, H. B.; FRANKEL, R. M. The effect of physician behavior on the collection of data. **Annals of Internal Medicine**, v. 101, p. 692-696, 1984.

BISPO JUNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro. v. 16, n. 2, p. 683-702, Ago. 2018.

BRASIL. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Gestão participativa: co-gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS** – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. 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: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. 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.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, Out. 1998.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

CAMPOS, G. W. 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, v. 23, n. 2, p. 399-407, Fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S, CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2013.

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. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **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.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2011.

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.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961- 970, 2011.

DENIS, J. L. Institucionalização da avaliação na administração pública. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 10, Supl 1, p. 229-37, 2010.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 208-223, Set. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500208&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500208&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2020.

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. **O desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed; 2009.

FOY, R. et al. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. **Ann Intern Med.**, v. 152(4): p. 247-258, 2010.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, P. M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 9, n.1, p. 144-151, 2006.

GUIZARDI, F. L. et al. Apoio institucional na Atenção Básica: análise dos efeitos relatados. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280421, 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**, v.18, Supl 1, p. 895-908, 2014.

JOHNSON, B. V. et al. **Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system**: recommendations and promising practices. Bethesda: Institute for Family Centered Care; 2008.

KRISTJANSSON, E. Predictors of relational continuity in primary care: patient, provider and practice factors. **BMC Family Practice**, v. 14, n. 72, 2013.

LINS, A. M.; CECILIO, L. C. de O. O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n.3, p.483-499, Set. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312008000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 Fev. 2020.

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

MACHADO, M. F. A. S; MONTEIRO, E. M. L. M; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MALTA, D. C. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 22, e190030, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2019000100428&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100428&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 de Fevereiro de 2020.

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

MENDES, 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.

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

NONAKA, I. TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa**: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Cienc Saude Colet.**, v. 20, n. 1, p. 229-238, 2015.

OLIVEIRA, G. N. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. Tempus: **Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 223-235, 2012.

ONOCKO, C. R. **A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas**. In: Campos GWS, organizador. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 122-49.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **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.

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

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da Política de Humanização da Saúde. **Saúde Debate**, v. 34, n. 86, p. 423-432, 2010.

PAULON, S. M.; PASCHE, D. F.; RIGHI, L. B. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. **Interface - Comunicação, saúde, educação**. Botucatu, v.18, supl. 1, p. 809-820, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000500809&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500809&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 de Março de 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

TESSER, C. D.; NETO, P. P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

WENDHAUSEN, A. L. P.; BARBOSA, T. M.; BORBA, M. C. Empoderamento e recursos para a participação em Conselhos Gestores. **Saúde e Sociedade**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 131-144, set-dez 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2018**: Monitoring health for the sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 02 de março de 2020.