

Artigo original

## *Estratégias de comunicação no processo de trabalho do Apoio Matricial* *Communication strategies in Matrix Support work process*

Mônica Martins de Oliveira Viana<sup>1</sup>

Assista ao vídeo produzido  
pela autora:



Link de acesso ao vídeo:  
<https://youtu.be/y7BN3I2cIIM>

### Resumo

A fim de alcançar o compartilhamento de saberes e o cuidado integral à saúde, é imprescindível que as equipes de Apoio Matricial estabeleçam fluxos efetivos de comunicação com as equipes da Atenção Primária. Por isto, o presente artigo tem como objetivo analisar a percepção de equipes de Apoio Matricial sediadas em Campinas (SP), Curitiba (PR) e Uberlândia (MG) sobre as principais ferramentas de comunicação utilizadas para o compartilhamento do cuidado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de estudo de casos múltiplos com único nível de análise. Combina aplicação de questionário e realização de grupo focal com equipes que realizam Apoio Matricial. Os resultados indicam que os profissionais tendem a valorizar espaços coletivos de discussão, reuniões e mecanismos formais de comunicação. Contudo, as equipes reconhecem que na prática prevalecem os contatos informais, apontando para a necessidade de rever as estratégias de comunicação. O estudo ressalta a importância do incremento das estratégias de comunicação interna, a fim de proporcionar a sistematização e institucionalização dos processos de trabalho que favoreçam os encontros e as trocas de saberes entre as equipes.

*Palavras chave:* Comunicação; Apoio Matricial; Atenção Primária; Atenção à Saúde.

### Abstract

It is essential that Matrix Support teams have effective communication with Primary Care teams, for knowledge sharing and the achievement of comprehensive health care. This article aims to analyze the Matrix Support team's perception in Campinas (SP), Curitiba (PR) and Uberlândia (MG) on the main communication tools used for sharing information on care. This qualitative research is a study of multiple cases with a single level of analysis. A questionnaire survey and focus groups with Matrix Support teams were conducted. The results indicate that the professionals tend to value collective discussion, meetings and formal communication mechanisms. However, the teams recognize that informal communication prevail in daily practice, suggesting the need for revision of communication strategies. The study emphasizes the importance of better internal communication strategies, with the purpose of providing the systematization and institutionalization of work processes that favor meetings and the exchange of knowledge between teams.

*Keywords:* Communication; Matrix Support; Primary Care; Health Care.

<sup>1</sup> Psicóloga, Pesquisadora do Instituto de Saúde, São Paulo, Brasil (monica.psisaude@gmail.com).

## Introdução

No Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção à saúde está organizada de modo descentralizado e hierarquizado, tendo na constituição de redes de atenção sua principal estratégia de articulação entre os níveis primário, secundário e terciário, contando com a Atenção Primária como seu ponto preferencial de acesso e de ordenação do cuidado.<sup>1</sup>

Para Starfield,<sup>2-3</sup> a Atenção Primária detém elevado potencial de resolubilidade, podendo resolver cerca de 80% dos casos atendidos, principalmente se articulada com as diversas Redes de Atenção à Saúde (RAS): ambulatorial especializada, hospitalar secundária e terciária, rede de urgência e emergência, rede de atenção psicossocial, entre outras,<sup>4</sup> e, contando com a participação de especialistas no arranjo do cuidado compartilhado.

Em âmbito nacional, chamamos atenção para a proposta do Apoio Matricial enquanto metodologia teórico-operacional que propõe diretrizes para a interação entre especialistas e as equipes da Atenção Primária no intuito de elevar sua resolutividade.

O trabalho orientado pela metodologia do Apoio Matricial, seja na configuração de Equipes de NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família ou Núcleos Ampliados de Saúde da Família) ou de equipes de especialistas, que oferecem retaguarda às Equipes da Atenção Primária, busca ampliar a comunicação entre os diferentes serviços e entre os diversos profissionais em nome da integralidade do cuidado aos usuários. A aposta é na modificação dos sistemas de referência e de contrarreferência, no compartilhamento de saberes e no trabalho multidisciplinar.<sup>5</sup>

Entretanto, para efetivar-se dentro dessas premissas, o Apoio Matricial precisa investir na construção de espaços coletivos, canais de

comunicação, que favoreçam práticas dialógicas e o compartilhamento de informações, tais como, diretrizes clínicas e sanitárias, e de critérios, para acionar apoio entre as diferentes equipes e níveis de atenção do sistema.<sup>6</sup>

Logo, mostra-se relevante conhecer como as equipes de Apoio Matricial têm trabalhado e quais medidas têm se mostrado promissoras no sentido de aproximar as equipes e favorecer o diálogo contínuo entre os profissionais especialistas (matriciadores) e os integrantes das equipes de referência (equipes apoiadas), no âmbito da Atenção Primária.

O esperado, de acordo com Campos de Domitti,<sup>7</sup> seria que os profissionais de apoio pudessem compor agendas de encontros regulares com as equipes apoiadas, combinadas com canais alternativos para contatos emergenciais. Sempre respeitando as necessidades e as singularidades das equipes apoiadas, que por sua vez deveriam respaldar suas demandas na análise da situação de saúde de seu território.<sup>8</sup>

Nesses encontros regulares, estariam previstas ações diversas, sendo a maioria delas de caráter compartilhado, tais como discussões de caso, elaboração de projetos terapêuticos singulares, consulta compartilhada, visita compartilhada, educação em saúde no território.<sup>9</sup>

Pelo conteúdo dessas recomendações, parece plausível entender que o trabalho do Apoio Matricial com as equipes de Atenção Primária pressupõe a institucionalização de práticas, espaços e rotinas, concomitantemente à abertura para inovações e processos instituintes.<sup>10</sup>

Em ambos os casos, mostra-se relevante a contribuição de investimentos na comunicação interna. Ainda que esteja mais atrelada às discussões empresariais, ligadas à gestão dos recursos humanos,<sup>12-13</sup> é possível empregá-la em sua dimensão formadora e participativa.<sup>14-15</sup>

Para tanto, é preciso que rompa com o modelo mecanicista e com os processos unilaterais,

buscando a construção de relações que agreguem sentido ao trabalho e viabilizem a comunicação como prática libertadora e democrática.<sup>15-16</sup> Desse modo, a comunicação interna torna-se capaz de favorecer pactuações efetivas entre os trabalhadores, sentimento de pertença e de engajamento.<sup>12-13</sup>

Nesse cenário, o presente artigo tem como objetivo analisar a percepção de equipes de Apoio Matricial sediadas em Campinas (SP), Curitiba (PR) e Uberlândia (MG) sobre as principais ferramentas de comunicação utilizadas para o compartilhamento do cuidado.

Ao apresentar as experiências desses três municípios, espera-se poder contribuir para a construção de conhecimentos que subsidiem práticas efetivas de apoio, bem como estimular novas experiências em outros contextos, extrapolando os limites encontrados nesse estudo de caso.

## **Material e métodos**

A presente pesquisa surge do interesse em conhecer as estratégias de comunicação das equipes de apoio matricial junto à atenção primária, a partir da percepção dos próprios trabalhadores matriciadores. Deste modo, insere-se no campo das pesquisas qualitativas, que toma o sentido e o significado atribuídos pelos participantes à experiência como objeto de análise.<sup>17</sup>

Na medida em que se propõe a analisar aspectos da organização do trabalho dessas equipes de apoio em três municípios distintos, seu desenho metodológico pode ser compreendido dentro do que Yin apud Champagne et al<sup>18</sup> considera como estudo de casos múltiplos com um único nível de análise. Trata-se de uma estratégia de pesquisa empírica que toma o fenômeno como indissociável de seu contexto e que por isso mesmo não visa sua generalização irrestrita, ainda que permita compreender se há reprodução dos processos estudados em diferentes meios.

Para a coleta de campo, foram empreendidos dois movimentos: o primeiro, de caráter descritivo, consistiu na aplicação de um questionário visando à caracterização dos participantes e de aspectos de sua prática de trabalho, e o segundo, pautado no discurso dos trabalhadores, mediante a realização de um grupo focal em cada um dos municípios.

Minayo<sup>17</sup> cita o questionário como uma das técnicas da abordagem quantitativa, embora reconheça que possa ser articulado dialeticamente em estudos qualitativos, por meio da triangulação de métodos.

Por seu turno, os grupos focais são reconhecidos como importante instrumento de coleta de dados qualitativos e de uso crescente no campo da saúde coletiva. Por meio da interação grupal, permite obter informações, percepções, sentimentos, valores, crenças, conceitos, representações sociais, opiniões e expectativas a respeito de um determinado tema ou tópico.<sup>19-20</sup>

Os dados apresentados foram coletados entre 2016 e 2017 e são parte integrante da pesquisa de doutorado intitulada Formação Paideia para profissionais que realizam Apoio Matricial na Atenção Primária, defendida pela autora em 2018, na Universidade Estadual de Campinas.

A análise dos dados obtidos com os questionários foi construída a partir da tabulação das respostas, seguida da análise descritiva dos dados, realizada por meio do estudo das frequências absolutas e relativas das respostas decompostas em categorias. Foi utilizado o programa Microsoft Excel, pacote Office 2000. Os dados foram sumarizados em tabelas e gráficos, contendo as distribuições das frequências.

Os dados obtidos por meio dos grupos focais foram analisados por meio da construção de narrativas, que depois foram inseridas nas grades interpretativas, para posteriormente serem discutidas à luz da teoria.

Onocko Campos<sup>21-22</sup> tem trabalhado com as narrativas como recurso interpretativo potente, para proporcionar a elaboração de sentidos para o material produzido em pesquisas. Trata-se de uma abordagem construtivista, que não busca somente compreender, mas também transformar, propor alternativas, buscar soluções. Retomando a interpretação em Freud, a autora aponta que a interpretação deve ser composta por dois movimentos: a análise e a construção.<sup>21</sup>

### **Campo de pesquisa**

Trata-se de uma amostra intencional, sendo que a seleção desses três municípios esteve relacionada à complexidade dos seus sistemas de saúde, sua relevância no contexto do SUS e à manifestação de seu interesse em compor o estudo.

O município de Campinas (SP) possui uma extensa rede de serviços, complexas instâncias de gestão e de controle social, contando com 63 Unidades Básicas de Saúde; cinco Núcleos de Vigilâncias em Saúde; 18 unidades de referência com atendimento especializado, sendo três Policlínicas que concentram ambulatórios de aproximadamente 30 especialidades médicas, 11 Centros de Atenção Psicossocial da área de Saúde Mental, um Ambulatório do CEASA e demais unidades dedicadas à Reabilitação Física, Vivência Infantil, Saúde do Trabalhador, Saúde do Idoso, Saúde do Adolescente, Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS; dois Hospitais municipais; quatro Serviços de Atendimento Domiciliar; seis Centros de Convivência e sete unidades de atendimento para casos de urgência.

Reconhecida como uma das pioneiras na implantação do SUS, a cidade de Campinas iniciou seus investimentos, sobretudo na constituição da Atenção Básica, ainda na década de 70. Além disso, foi o primeiro município a experimentar a utilização do Método Paidéia para cogestão no SUS. Embora nos últimos anos tenham ocorrido diversas

mudanças na gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, o referencial Paideia se mantém incorporado, em alguma medida, no discurso e nas práticas de profissionais e gestores.

A cidade de Curitiba (PR) possui uma rede organizada por macrorregiões, cada uma contendo três Distritos de Saúde, que juntos totalizam 106 Unidades de Saúde (Atenção Básica), nove Unidades de Pronto Atendimento (UPA), dez Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cinco Residências Terapêuticas (RT) e quatro Centros de Atenção Especializada, além dos três hospitais municipais. Destacam-se ainda seus investimentos na organização da rede de atenção à saúde e na ampliação do número dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), que trabalham segundo a metodologia do Apoio Matricial.

A cidade de Uberlândia (MG) conta com 50 equipes de saúde da família, nove unidades básicas de saúde, quatro CAPS, oito Unidades Mistas (especialidades e urgência e emergência), um hospital municipal e diversos serviços credenciados. Segundo maior município do estado de Minas Gerais, com 604.013 habitantes, implantou, já na década de 1970, os primeiros Postos de Saúde na periferia da cidade, em consonância com o movimento da medicina comunitária. Entretanto, nas décadas seguintes, sucessivos governos priorizaram o crescimento do SUS por meio de entidades filantrópicas e privadas, tanto na atenção especializada e hospitalar, quanto na atenção básica e na urgência e emergência. Durante a realização da pesquisa, estava iniciando o processo de criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

### **Aspectos éticos**

Foram cumpridos os requisitos da Res. 466/2012 e suas complementares que dispõem sobre as normas para realização de pesquisa com seres humanos, sendo que o presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa

Tabela 1 - Distribuição segundo pesquisa de caracterização dos participantes nos três municípios.

	Campinas	Curitiba	Uberlândia
Total da etapa de caracterização	60	16	18
Masculino	6%	19%	11%
Feminino	94%	81%	89%
Idade média	38 anos	35 anos	36 anos
<b>Serviço de origem</b>			
NASF	3%	56%	16%
Atenção Primária	28%	-	33%
Atenção Secundária (inclui CAPS)	44%	31%	17%
Atenção Terciária	12%	-	-
Gestão	5%	13%	16%
Outros	8%	-	17%
<b>Carga horária</b>			
De 20 a 24 horas semanais	5%	0%	18%
30 horas semanais	35%	69%	12%
36 horas semanais	53%	0%	6%
40 horas semanais	7%	31%	65%
<b>Número de Equipes Apoiadas (Equipes de Atenção Primária)</b>			
1 - Equipe	11%	18%	5%
2 - 5 Equipes	21%	13%	28%
6 - 10 Equipes	10%	31%	33%
11 - 20 Equipes	2%	0	11%
Mais de 20 Equipes	0	0	17%
Não sabe/não oferece apoio na Atenção Básica	56%	38%	6%

(CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, sob parecer 972.660/15, CAAE: 41375215.1.0000.5404.

## Resultados e discussão

No que se refere à caracterização dos participantes, responderam ao questionário da pesquisa, 60 profissionais de Campinas, 16 de Curitiba e 18 de Uberlândia. Importante ter em mente esse dado ao analisar os dados contidos nas tabelas e figuras apresentadas a seguir.

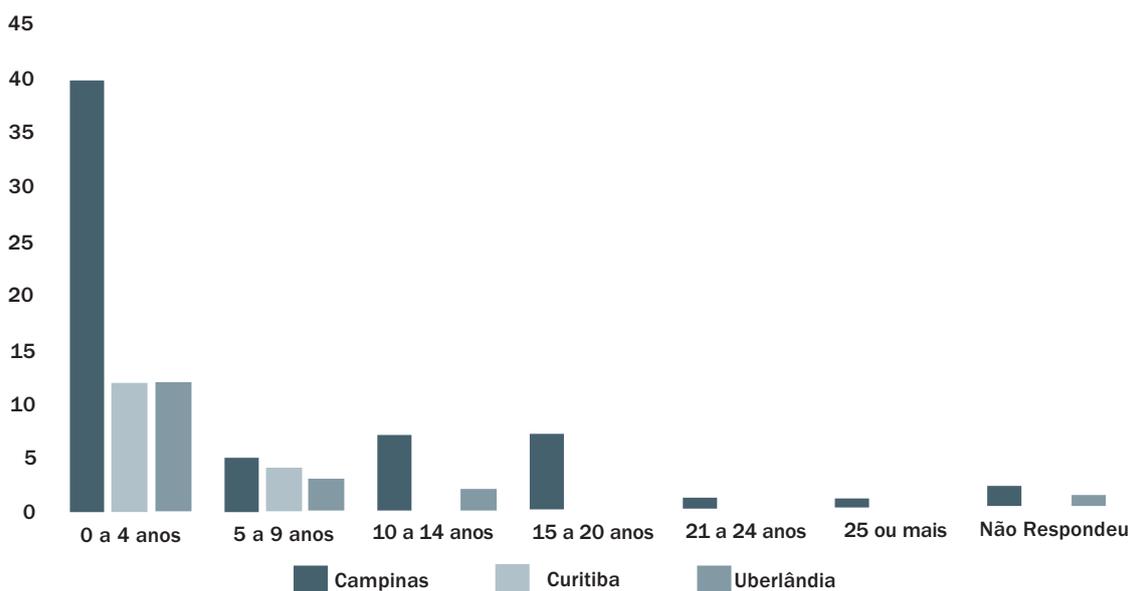
Nos três municípios, há predominância do público feminino entre os participantes, o que, provavelmente, reflete a prevalência das mulheres nas carreiras relacionadas à saúde. Na análise da distribuição por faixa etária, também encontramos

dados semelhantes entre os três municípios, considerando que a média de idade dos profissionais foi de 34,6 anos em Campinas, de 34,5 anos em Curitiba e, em Uberlândia, de 36,2 anos.

Percebemos que a relação entre faixa etária e o tempo de experiência na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) não é diretamente proporcional, e que, para a segunda variável, a maior concentração está localizada na categoria de 0 a 4 anos de experiência (Figura 1).

Ainda assim, os profissionais de Campinas apresentam maior tempo de experiência na SMS se comparado aos demais municípios, já que em Curitiba e Uberlândia os grupos são compostos por profissionais relativamente mais jovens, distribuídos entre as diferentes faixas etárias e que, em sua expressiva maioria, trabalham na SMS há quatro anos

Figura 1 - Distribuição em relação ao tempo de trabalho dos profissionais na Secretaria Municipal de Saúde.



ou menos. Em Curitiba, essas características estão mais pronunciadas do que em Uberlândia.

Uma valiosa contribuição foi oferecida mediante os dados referentes ao serviço de origem dos profissionais (Tabela 1), pois além de caracterizar os respondentes, forneceu subsídios para a compreensão da organização do Apoio Matricial em cada um dos municípios.

O único município que tende a orientar a organização do Apoio Matricial por meio do arranjo estrutural NASF é Curitiba, onde 56% dos alunos compõem alguma equipe NASF. Em Uberlândia, e, principalmente em Campinas, outros arranjos de Apoio Matricial é que vigoram, com especialistas alocados na própria Atenção Primária e em outras partes da rede apoiando as equipes de referência (médicos generalistas, enfermeiros, odontólogos e agentes comunitários) na Atenção Primária.

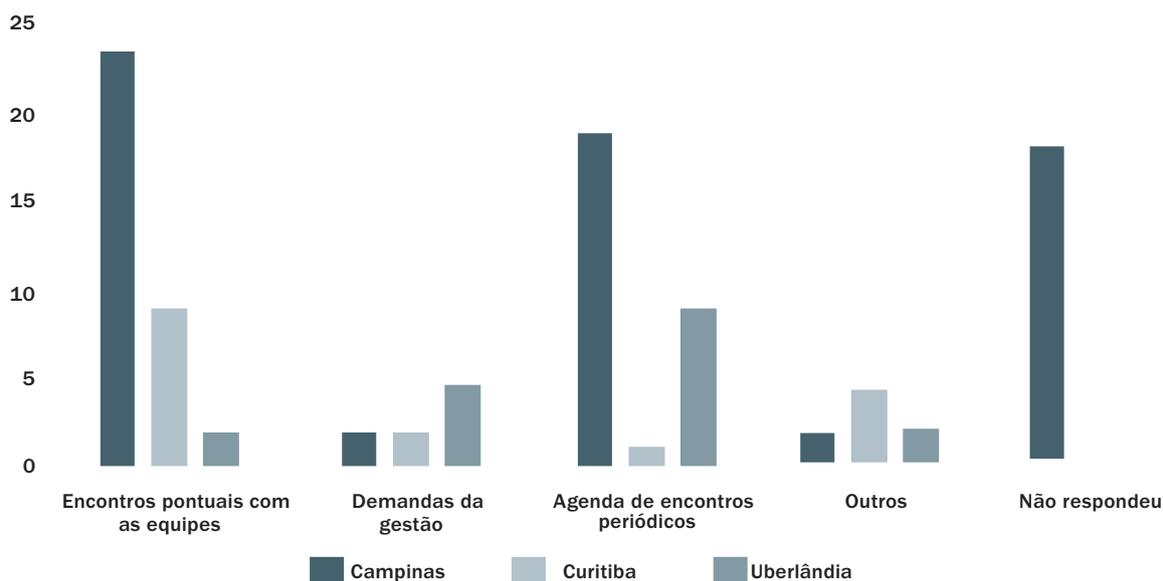
Vale lembrar que, embora o NASF seja o arranjo preferencial na proposta pelo Ministério da Saúde<sup>8</sup> para o Apoio Matricial, esse também pode ser realizado a partir de outros serviços, enquanto metodologia de trabalho,<sup>5,23</sup> como é o caso de Campinas e Uberlândia.

Nos três municípios, a maioria dos respondentes dedica uma carga horária superior a 20 horas semanais à prática de Apoio, o que sugere disponibilidade para encontros com os profissionais da Atenção Primária. No entanto, o dado sobre o número de equipes apoiadas aponta que parte significativa dos respondentes de Campinas e Curitiba não sabem quantas equipes apoiam ou não identificam seu trabalho como sendo Apoio Matricial, o que compromete de modo importante a possibilidade de compartilhamento de cuidado.

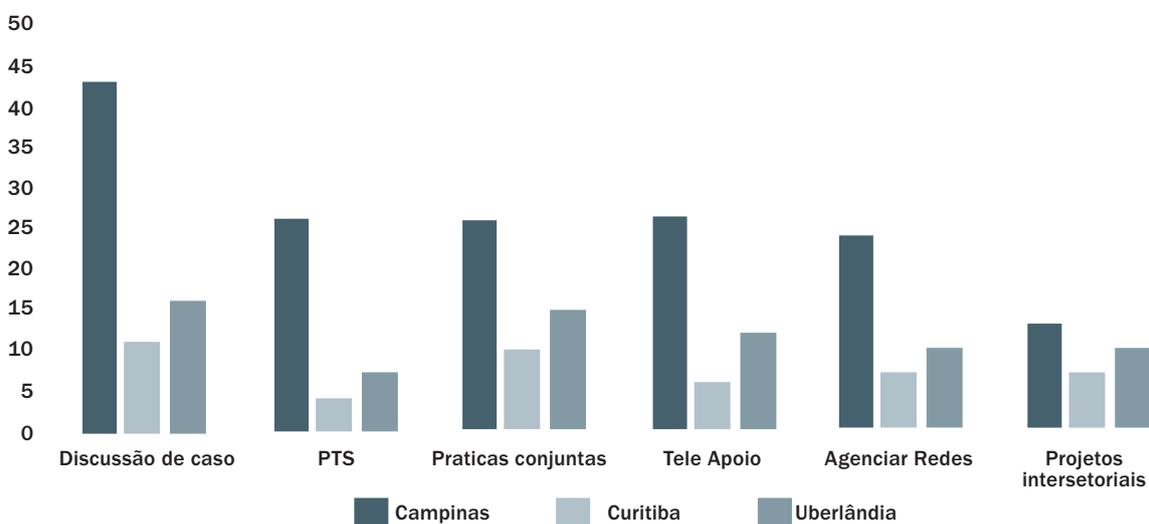
Sobre a construção de encontros com as equipes apoiadas, a figura 2 mostra que somente em Curitiba a maioria dos profissionais de apoio conseguiu estabelecer uma rotina de encontros periódicos. A construção de uma agenda de encontros regulares não exclui a disponibilidade da equipe de apoio em atender chamados emergenciais e configura um arranjo mais propício para o estabelecimento de relações dialógicas e de compartilhamento do cuidado, conforme sugerem Campos e Domitti.<sup>7</sup>

No questionário, foram listadas algumas ferramentas de trabalho que tendem a colaborar no

**Figura 2** - Distribuição quanto à organização dos encontros com as equipes apoiadas.



**Figura 3** - Distribuição quanto às estratégias mais utilizadas.



compartilhamento do cuidado e os participantes deveriam indicar aquelas que utilizam com maior frequência, sendo possível marcar mais de uma alternativa. Conforme apresentado na figura 3, prevalece a discussão de caso, que é o formato mais tradicional de compartilhamento e que não necessariamente está relacionado à corresponsabilização pelos casos. Do mesmo modo, percebemos que a articulação de redes e a constituição de projetos intersetoriais, que pressupõem o diálogo

com outros serviços, são utilizadas com menos frequência se comparada às demais ferramentas.

A análise dos grupos focais também sugere que os profissionais têm conhecimento sobre seu importante papel para a articulação da rede e compartilhamento do cuidado. Contudo, também percebem que não têm realizado a contento estas funções. Relatam dificuldades para estabelecer canais permanentes de comunicação com as equipes e admitem que o compartilhamento do

cuidado ainda depende de esforços individuais e se assentam em processos informais de trabalho.

Em relação às ferramentas de comunicação, os profissionais indicaram que algumas pessoas conseguiam discutir com os médicos por meio do aplicativo Whatsapp ou através do e-mail institucional. Essas outras formas de comunicação não são consensuais entre os participantes, pois se por um lado agilizam a troca de informações, por outro correm o risco de se tornar uma sobrecarga de trabalho.

Tentamos encontrar brechas e agir conjuntamente com as equipes nos problemas do território. Para isso, fazemos reuniões sistemáticas, discussão de casos, atendimento conjunto, grupos e atividades na comunidade e atendimento individual (...). Também usamos meios de comunicação alternativos, como Whatsapp, para definir fluxos. As reuniões com as equipes têm frequência variável, mas costuma ser quinzenalmente (Grupo Focal Campinas).

(...) utilizamos várias ferramentas, sendo a principal delas a discussão de casos, porém ela não é feita de forma regular em reuniões; ela acontece geralmente nos corredores e entre atendimentos.. Fora isso, nossos principais meios de comunicação são os e-mails institucionais e o prontuário eletrônico, que ajuda bastante (Grupo Focal Curitiba).

Temos algumas reuniões entre a Atenção Básica e outros pontos de atenção.. Alguns de nós temos dificuldade para compartilhar casos e por isso tentamos fazer esse compartilhamento de modo informal, nos corredores (Grupo Focal Uberlândia).

As articulações entre os profissionais e a comunicação com os diferentes serviços muitas vezes apresentam-se centralizadas em algumas figuras específicas, podendo acarretar uma possível sobrecarga de trabalho, como descreve um trabalhador:

Outro problema que vemos é a centralização do contato em uma única pessoa, que se perde na sua ausência (Grupo Focal Campinas).

Na nossa opinião, ainda não existe uma gestão entre as instituições e muitas ações

dependem da boa vontade de pessoas que estão nos diversos serviços, o que nem sempre dá certo (Grupo Focal Uberlândia).

Como podemos depreender dos trechos apresentados, os meios de comunicação encontrados nos três municípios, ora assumem a forma de espaços coletivos de discussão e deliberação (reuniões de equipe, colegiado gestor, fóruns intersetoriais, entre outros) e, ora, de contatos informais que facilitassem o acesso.

No relato dos profissionais, pode-se perceber a valorização dos espaços coletivos de discussão e da estruturação de fluxos de comunicação interna por meio do que Tavares e Ferreira<sup>11</sup> e Marchiori<sup>15</sup> denominam como redes formais, com o emprego de sistemas de e-mails institucionais e de sistemas eletrônicos internos. Esses parecem figurar para os apoiadores como ferramentas que legitimam seu trabalho.

A despeito da valorização das redes formais e das estratégias de comunicação presencial em reuniões, o grupo focal destaca o papel daquilo que pode ser caracterizado como uma rede informal de comunicação, com discussão nos corredores, pautadas por relações sociais.<sup>11</sup> Essas iniciativas são tomadas pelos apoiadores como uma estratégia que desvaloriza seu trabalho e precariza o compartilhamento do cuidado. Sendo assim, na opinião deles, não chegam a cumprir o resultado esperado por Marchiori,<sup>15</sup> de estruturação de um processo efetivo de relacionamento entre os profissionais.

Na triangulação com os dados dos questionários, os espaços de reunião rotineira e de redes formais de comunicação não constituem a principal estratégia no contato com as equipes apoiadas, haja vista a concentração de respostas indicando outras opções, como os encontros pontuais e de teleapoio como estratégias de compartilhamento de cuidado.

No que se refere ao que foi citado no questionário como teleapoio, o relato do grupo focal sugere que se trata do uso de telefonemas e de aplicativo de troca de mensagens instantâneas (Whatsapp). A comunicação tem se diversificado e seguindo para essa direção e seria plausível que as equipes de Apoio Matricial buscassem acompanhar o surgimento dessas novas tecnologias, adaptando-as dentro do propósito do trabalho em equipe.

Contudo, o relato no grupo focal referente à sobrecarga de trabalho e à concentração de tarefas em algumas pessoas soam como empecilhos para a organização de arranjos que permitam utilizar de modo funcional as novas ferramentas tecnológicas. Talvez essa seja uma das razões para que figurem no relato dos profissionais ainda como canais alternativos, acionados em ocasiões pontuais, na indisponibilidade de outras vias. Não é possível, pelo o que foi aferido na pesquisa, apreender se as equipes consideram positiva sua utilização e se pretendem tomar o aplicativo como uma ferramenta oficial de trabalho.

De um modo geral, tanto os dados quantitativos como os qualitativos apontam para uma relevante dificuldade para institucionalizar os canais e os processos de comunicação entre as equipes, que tendem a funcionar em relações pessoais informais ou em encontros esporádicos para discussão de casos. Igualmente, a pouca diversificação de ações comunicativas pode ser apontada como entraves para o compartilhamento do cuidado.

Esses dados sugerem que seria útil investir na sistematização e na institucionalização de estratégias de comunicação interna que respaldassem a interação entre os profissionais de Apoio Matricial e as equipes apoiadas, desde que ocorra nos moldes participativos e democráticos sugeridos por Bruno.<sup>16</sup> Deveriam configurar dispositivos, tal qual proposto por Almeida,<sup>13</sup> que colaborassem para a circulação do conhecimento e dos saberes entre os profissionais.

## **Considerações finais**

A análise da percepção dos profissionais do Apoio Matricial acerca de sua atuação profissional permitiu identificar que, apesar de enfrentarem dificuldades, esses trabalhadores reconhecem seu papel de agentes comunicadores, visando o compartilhamento do cuidado com as equipes apoiadas.

Nos três municípios estudados, verificou-se algum tipo de investimento na comunicação entre as equipes. Os canais mais valorizados foram espaços coletivos de discussão e deliberação (discussão de casos, reuniões de equipe, colegiado gestor, fóruns intersetoriais). Também foram citados, como canais alternativos, meios virtuais como tele saúde, WhatsApp e Skype.

Dada a prevalência da comunicação informal, mostra-se relevante o incremento das estratégias de comunicação interna, a fim de proporcionar a sistematização e institucionalização dos processos de trabalho que favoreçam os encontros e as trocas de saberes entre as equipes. No mesmo sentido, seria interessante poder comparar as equipes que recebem o Apoio Matricial com aquelas que não contam com esse suporte, a fim de verificar se há alguma distinção na capacidade de estabelecer estratégias de comunicação voltadas ao compartilhamento do cuidado.

## Declaração de conflito de interesses

A autora declara não haver conflitos de interesse, em relação ao presente estudo.

## Referências

01. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Legislação em Saúde. Brasília(DF);2012. (Série E)
02. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Unesco; 2002.
03. Starfield B. William Pickles Lecture. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. Br J Gen Pract. 2003; 53(494):723-729.
04. Andrade LOM et al. Atenção Primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS. et al, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 783–836.
05. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
06. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS et al, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2012. p.41-80.
07. Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2007; 23(2):399-407.
08. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília(DF);2009. (Cadernos de Atenção Básica).
09. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília(DF); 2014. (Cadernos de Atenção Básica; 39).
10. Lourau R. Análise Institucional. 3. ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
11. Tavares FB, Ferreira AR. Rádio peão como ferramenta de comunicação interna. Rev Panorama. 2013;3(1):292-302.
12. Brandão NG. A comunicação interna estratégica como reforço da valorização das pessoas e seu nível de engagement nas organizações. Media & Jornalismo. 2018; 18(33):91-102.
13. Almeida LAS. A importância da comunicação interna para a motivação dos colaboradores. Rev Comunicação e Ciências Empresariais online. 2013;8: 90-103.
14. Neiva F. Comunicação das Organizações: um olhar sobre a importância da Comunicação Interna. Media & Jornalismo. 2018; 18(33):61-73.
15. Marchiori M. Os desafios da comunicação interna nas organizações. Conexão - Comunicação e Cultura. 2010;9(17):145-158.
16. Bueno WC. A Rádio Peão e democracia interna nas organizações. Rev Fac Adm Economia. 2011;2(2):92-100.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
18. Champagne F, et al. A análise da implantação. In: Brousselle A. et al, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 217-238.
19. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis. 2009;19(3): 777-796.
20. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol Oficina Sanitária do Panamá. 1996;120(6):472-482.
21. Onocko-Campos RT. Pesquisa qualitativa em políticas, planejamento e gestão em saúde coletiva. In: Barros et al, organizadores. Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares. Campinas: Unicamp;2005a. p.261-271.
22. Onocko-Campos RT. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. Rev Ciência & Saúde Coletiva. 2005b;10(3):573-583.
23. Oliveira MM. Apoio Matricial na atenção básica de campinas: formação e prática [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014.