

# módulo 3 | **Gestão do Cuidado: Cuidados Colaborativos**

Cuidados colaborativos e compartilhados:  
o Matriciamento na gestão do cuidado em  
Atenção Primária à Saúde

**Thaís Regina Gomes de Araújo  
Daniel Almeida Gonçalves**

## **Sumário**

1. Introdução .....	2
2. Cuidados Colaborativos e Compartilhados - Matriciamento .....	2
3. Com quem fazer os cuidados colaborativos e compartilhados? .....	3
4. Como fazer os cuidados colaborativos e compartilhados? .....	5
5. Considerações finais .....	8
Referências .....	9

# Gestão do Cuidado: Cuidados Colaborativos

Car@ participante,

Talvez você já tenha se deparado com profissionais do NASF em sua UBS ou já tenha ouvido falar deles e se perguntado sobre suas funções. Ou mesmo, ao trabalhar com essa equipe, se perguntar: **o que é matriciamento? Mas afinal, para que serve e como trabalha o NASF e outros profissionais que fazem o matriciamento?**

## 1. Introdução

Nesta unidade vamos abordar alguns aspectos relacionados à implementação de políticas que buscam efetivar a prática da integralidade e ampliar a capacidade resolutiva da Atenção Primária à Saúde (APS), favorecendo estratégias para um cuidado integrado entre equipes da APS e equipes multiprofissionais de apoio. Ao final, caro especializando, saberá as funções do NASF e como trabalhar sob a lógica do matriciamento.

Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.  
Portaria nº 2.488/11.

Como já estudado até aqui, vale lembrar que a APS tem papel fundamental na organização das Redes de Atenção à Saúde, devendo ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, a principal porta de entrada e centro da [comunicação da rede](#). Porém, tradicionalmente, os sistemas de saúde organizam-se de uma forma vertical (hierárquica) através de uma lógica de transferência de responsabilidade, em especial quando a APS apresenta baixos índices de resolutividade, por formação e atuação insuficientes de seus trabalhadores. Há uma precária comunicação entre os níveis hierárquicos, geralmente através de documentos de “referência” e “contra referência”, ou outros formulários que não oferecem uma boa resolubilidade em função de ações burocratizadas e pouco dinâmicas. Tal realidade possibilita uma “desresponsabilização” sobre a pessoa que procurar cuidado na APS e por ventura necessita de apoio em nível secundário.

Portaria nº 154/08 – Cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Objetivando-se um processo de trabalho mais horizontalizado, que propicie uma maior interação entre os demais níveis especializados e melhor resolutividade na APS, surgem estratégias para aproximação dos níveis de atenção e equipamentos de saúde. No Brasil, este modelo foi impulsionado pela oficialização da estratégia de apoio matricial como política e a [criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família](#).

## 2. Cuidados Colaborativos e Compartilhados - Matriciamento

Experiências para essa integração vêm sendo desenvolvidas no mundo há décadas e são apresentadas como **cuidados colaborativos** (Collaborative Care) (BOWER; GILBODY, 2005; BOWER et al., 200)) ou **compartilhados** (*Shared Care*) (VINGILIS, 2007). Nestes modelos, há a participação de profissionais de outras especialidades médicas nos serviços da APS, além da Medicina de Família e Comunidade, e outras categorias profissionais, com objetivo de implementar a resolutividade neste nível de atenção e atuar na lógica de educação permanente junto aos profissionais, com vistas à uma prática mais integrativa, além de facilitar a articulação das redes de saúde.



### Destaque

Observa-se, portanto, que essa tecnologia de cuidado (cuidados colaborativos) permite o exercício de ao menos dois atributos da atenção primária: **Integralidade e Coordenação do Cuidado**.

É importante ressaltar que, ainda que esta tecnologia não seja restrita à APS, esta tem espaço fecundo para seu desenvolvimento, dado o caráter multiprofissional e de grande variabilidade de situações e problemas de saúde, sociais e familiares que ali se apresentam.

Aqui no Brasil, os cuidados colaborativos foram descritos por meio da definição **apoio matricial** ou **matriciamento**, estratégia que busca a interação entre diferentes profissionais e disciplinas que compõe a atenção em saúde. Segundo Campos e Domitti (2007), o apoio matricial constitui um “novo arranjo organizacional do sistema de saúde para gestão do trabalho”, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica

entre distintas especialidades e profissões, com a gestão compartilhada do cuidado, troca de saberes e técnicas, e autonomia dos trabalhadores na resposta às demandas em saúde da população, valorizando a integralidade da atenção.

Organiza-se através da composição de uma equipe de apoio, com trabalhadores de variadas profissões da saúde, que oferece suporte **assistencial** e **técnico-pedagógico** a uma ou mais equipes de referência. Por equipe de referência entende-se a equipe que atua como referência para o cuidado em saúde de um determinado grupo de pessoas, como, por exemplo, a Equipe de Saúde da Família, que tem uma área de abrangência delimitada, sendo a referência para a população do território.

O apoio matricial se realiza através de ações de assistência aos usuários, realizadas de forma compartilhada entre os profissionais das equipes de referência e os profissionais de apoio (dimensão assistencial), em que se pressupõe a troca de saberes para a qualificação da capacidade resolutiva dos profissionais e aumento na abrangência de problemas a serem abordados pelas equipes de referência (dimensão técnico-pedagógica) (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Assim, os profissionais atuam de forma colaborativa para um objetivo comum. Por isso, a nomenclatura “Cuidados Colaborativos e Compartilhados” remete ao modo de trabalho desta estratégia de cuidado.



## Destaque

É muito importante destacar o aspecto de troca de saberes acerca da situação em que se compartilhará o cuidado. Os profissionais da APS conhecem muito sobre a pessoa, a família e o território, enquanto os profissionais que vão até a unidade básica para “apoiar” trazem conhecimentos próprios de sua especialidade, para então buscarem conjuntamente a melhor condução terapêutica no caso.

A esta altura, caro especializando, você deve estar se perguntando: mas como fazer esses cuidados? Com tanta demanda em uma unidade básica, será que há tempo e organização para efetivação dos cuidados colaborativos? Quem são as pessoas que se propõem a este trabalho e quais são as ferramentas necessárias para desenvolvê-lo? Vejamos a seguir.

## 3. Com quem fazer os cuidados colaborativos e compartilhados?

### 3.1. Entre as próprias equipes de Atenção Primária

As equipes de Estratégia Saúde da Família e os profissionais que trabalham na atenção básica tradicional são compostos por diferentes profissionais que podem – e devem – se apoiar no trabalho diário da APS. Observem que os agentes de saúde sempre estão trazendo casos para discussão e construção de projetos terapêuticos. Os dentistas têm acesso a pessoas com queixas e problemas para além da saúde bucal e devem participar das reuniões de equipe para compartilhamento dos cuidados. Os médicos e enfermeiros, se não trabalharem na lógica de colaboração, não conseguem dar vazão à grande demanda de pacientes, assim como desenvolver um bom trabalho em equipe. A assistência e vigilância à saúde devem ser foco constante da equipe de modo a atuarem conjuntamente. Educação permanente dentro da equipe também deve ser comum. Assim, as ferramentas descritas a seguir devem também ser usadas dentro das próprias equipes de ESF e da atenção básica tradicional.

### 3.2. Com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família

O Ministério da Saúde criou em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (Portaria nº 154/08), equipe de apoio matricial vinculada à Estratégia Saúde da Família – ESF. Com a possibilidade de agregar um escopo variado de profissões na composição da equipe, o NASF desempenha importante papel na articulação das redes de atenção à saúde e na ampliação das possibilidades e ofertas de cuidado das equipes de ESF.

**Possibilidades de composição do NASF:** Assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte-educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2014).

A legislação que regulamenta o NASF é a Portaria nº 154/08 do Ministério da Saúde, que cria os núcleos e os parâmetros para composição das equipes, com variação do número de equipes ESF apoiadas de acordo com a modalidade



do NASF. Posteriormente, esses parâmetros passaram por duas revisões: uma em 2011, com a definição da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 154/08) e outra em 2012, numa portaria que modificou as modalidades de NASF (Portaria nº 154/08), reduzindo o número de equipes apoiadas por cada núcleo e ampliando a possibilidade de implementação do NASF em municípios com menos habitantes.



## Destaque

São três as modalidades de composição do NASF, organizadas de acordo com as necessidades do município e de cada território:

Modalidade	Nº de equipes vinculadas	Somatória da carga horária dos profissionais*
<b>NASF 1</b>	5 a 9 eSF*** e/ou eAB**** para populações específicas (eCR**, equipe ribeirinha e fluvial)	<b>No mínimo 200 horas semanais.</b> Cada ocupação deve ter, no mínimo, <b>20h</b> e, no máximo, <b>80h</b> de carga horária semanal.
<b>NASF 2</b>	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	<b>No mínimo 120 horas semanais.</b> Cada ocupação deve ter, no mínimo, <b>20h</b> e, no máximo, <b>40h</b> de carga horária semanal.
<b>NASF 3</b>	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	<b>No mínimo 80 horas semanais.</b> Cada ocupação deve ter, no mínimo, <b>20h</b> e, no máximo, <b>40h</b> de carga horária semanal.

Fonte: BRASIL (2014).

\*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.

\*\*Equipe Consultório na Rua.

\*\*\* Equipe Saúde da Família.

\*\*\*\* Equipe de Atenção Básica

O NASF ampliou as possibilidades de apoio à APS ao incluir diferentes categorias, com possibilidade de atuação nos programas já preconizados para o acompanhamento das Equipes de ESF – Gestantes, Puericultura, Doenças Crônicas, Saúde da Mulher, etc. – e proporcionou o incremento de ações em áreas como Saúde Mental, Alimentação e Nutrição, Reabilitação, Serviço Social, Medicina Tradicional e Práticas Integrativas, Práticas Corporais e Atividade Física, entre outras (BRASIL, 2010).

O NASF está hoje incluído na legislação das principais políticas do Ministério da Saúde, seja como componente das Redes de Atenção à Saúde (Portaria nº 3.088/11 e Portaria nº 793/12), seja em processos de avaliação da qualidade da Atenção Básica, como o PMAQ (Portaria nº 553/13).

### 3.3. Com outros profissionais das Redes de Atenção à Saúde

Há outras equipes e serviços que podem realizar ações de matriciamento. Exemplo disso são as ações de matriciamento realizadas pelos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, ou ainda com as equipes de atenção domiciliar do território (EMAD), para apoio no cuidado de pacientes restritos no domicílio. Médicos de centros de especialidades médicas podem participar de atividades regulares com médicos da APS para desenvolvimento de cuidados colaborativos, como pneumologistas com encontros periódicos com médicos de família para manejo de pacientes com doenças respiratórias crônicas (DPOC, Asma).

A Atenção em Saúde Mental, por sua complexidade e relevância no contexto da APS, se fortalece com a integração dos serviços na composição de projetos terapêuticos comuns. A Organização Mundial de Saúde enfatiza a importância dos quadros mentais na APS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a) e apontou, em parceria com a Wonca (Associação Mundial de Médicos de Família), a necessidade de uma ótima integração de cuidados em saúde mental neste nível de atenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008b), destacando-se que os transtornos mentais, quando tratados inadequadamente, podem resultar numa baixa qualidade de vida e perda de capacidade funcional nas pessoas, além de um aumento nos custos dos serviços de saúde, além de gerarem impacto negativo na economia dos países (KESSLER et al., 2009; SCOTT et al., 2009; KOHN et al., 2004; PRINCE et al., 2007). Assim, no desenvolvimento das ações para cuidados em saúde mental na APS, os cuidados colaborativos exercem papel fundamental.

Atualmente, o apoio matricial está incluído na proposta de organização das Redes de Atenção à Saúde por áreas temáticas implementadas pelo Ministério da Saúde, com especial destaque à saúde mental, pensada pela composição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e à reabilitação, através da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. A legislação que regulamenta essas redes (Portaria nº 3.088/11 e Portaria nº 793/12) menciona como objetivos dos serviços especializados a atuação na lógica do apoio matricial e desenvolvimento de Projetos Terapêuticos Singulares – ferramenta que iremos abordar mais adiante nesta unidade.

Acesse este link e assista ao vídeo em que um médico psiquiatra relata sua experiência no trabalho junto às equipes de saúde da família <<https://www.youtube.com/watch?v=rDko6-y2gSA>>.



## Destaque

Além das citadas, algumas experiências de apoio matricial já foram relatadas na literatura brasileira em áreas como Saúde do Trabalhador (SANTOS; LACAZ, 2012) e Cardiologia (HOEPFNER, 2014), demonstrando variadas possibilidades de atuação sob a lógica do matriciamento para a qualificação do SUS.

## 4. Como fazer os cuidados colaborativos e compartilhados?

### 4.1. Aspectos prático-administrativos

O matriciamento constitui-se numa ferramenta para transformação da realidade de trabalho de equipes interdisciplinares e suas relações com as pessoas e comunidades. É fundamentado nos seguintes elementos:

- Efetiva comunicação e coordenação de cuidados entre os profissionais envolvidos;
- Ações realizadas predominantemente na APS;
- Integração entre recursos locais de saúde e intersetorial;

A implementação dessa tecnologia de cuidado depende de um comprometimento dos profissionais envolvidos, seja nas equipes da APS ou de apoio e, fundamentalmente, dos gestores locais.

Grande parte dos profissionais que atuam na APS não é especialista em Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade, além de terem tido uma formação acadêmica sem enfoque nesse nível de atenção, com ênfase em uma prática hospitalar. Dentre os profissionais matriciadores, é comum que não compreendam as particularidades e responsabilidades da APS, além de não dominarem o uso das ferramentas e tecnologias comuns à prática dos cuidados compartilhados que apresentaremos a seguir.

Dessa forma, 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**, preferencialmente 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.

Ademais, muitas equipes de NASF atuam de forma compartilhada com nove ou mais equipes de ESF. Isso remete a um grande desafio organizacional da agenda e excesso de demanda. Por isso, equipes têm se organizado por eixos temáticos a cada semana para atuação matricial em diferentes equipes/UBS, tais como: Eixo Materno-Infantil, Saúde da Mulher, Reabilitação e Saúde Mental. Tal organização facilita o trabalho, com o cuidado de não desconsiderar a integralidade e de não restringir as equipes da ESF de trazer demandas que considerem urgentes, ainda que não encaixem no “eixo” a ser trabalhado no dia.

### 4.2. Ferramentas do Matriciamento

#### a. Reuniões de equipe e discussão de casos

O mais comum de ser praticado nas atividades matriciais é a discussão de casos entre as equipes. No processo de trabalho do NASF, é comum os matriciadores entrarem em reuniões de equipe e discutirem as situações ali apresentadas. Espera-se que nesse momento de discussão entre os vários profissionais detentores de visões e saberes distintos construa-se uma compreensão do processo saúde-doença-cuidado, atingindo-se uma visão ampliada e integral da situação para construção de projetos terapêuticos.

Na reunião de equipe são definidas ainda as ações compartilhadas relacionadas aos casos e a discussão das situações do território, como as demandas mais prevalentes e planejamento de ações coletivas. Porém, observa-se que este último ponto tem se constituído como desafio para as equipes, muitas vezes pelo pouco tempo de que dispõem para

se reunir, e pela grande demanda de casos que são identificados pela ESF para compartilhamento com o NASF. É fundamental que essas questões possam ser discutidas entre as equipes e gestores, para a construção de alternativas que facilitem o planejamento do território.

É igualmente importante a gestão das filas de “encaminhamento”, com desenvolvimento de meios para priorização de casos, além de uma prática ágil para possibilitar a atenção a várias demandas. Quando há muitos usuários encaminhados para ortopedistas, por exemplo, por conta de “lombalgia” e/ou outras dores crônicas, o manejo desses casos pode ser compartilhado com fisioterapeutas do NASF de modo a instituir ações coletivas de cuidado e orientação para o manejo da dor, como reeducação postural, ações de proteção à coluna e uso correto de medicações e outros meios físicos de alívio da dor. Além disso, com a presença eventual de um médico ortopedista para discutir os casos e avaliar em conjunto com os médicos da APS, estes podem aprender os critérios de elegibilidade para o encaminhamento, bem como a melhor avaliação de exames de imagem. Então, além da melhoria de práticas assistenciais, obteve-se educação permanente dessa equipe.

Durante as discussões de casos, aspectos de confidencialidade devem ser lembrados, além de possibilidade de escuta e fala de todos os envolvidos e levantamento de como os casos atingem os profissionais de saúde.

### b. Ações compartilhadas: consultas, visitas domiciliares e grupos

São as atividades através das quais os matriciadores realizam a avaliação de casos e intervenção em conjunto com os profissionais da APS e os usuários e as famílias, em um mesmo ambiente. São as atividades mais ricas dos cuidados compartilhados, pois permitem a real troca de experiências e transferências de saberes, uma vez que os profissionais envolvidos podem observar a atividade do outro e incorporá-la à sua prática.



#### Destaque

Segundo Mello Filho (SCOTT et al., 2009), a consulta conjunta:

*“É uma técnica de aprendizagem em serviço (...) para complementar e/ou elucidar aspectos da situação de cuidado em andamento que fujam ao entendimento do solicitante para traçar um plano terapêutico”.*

É muito importante que as consultas e visitas compartilhadas **sejam planejadas e tenham um objetivo definido** no projeto terapêutico do usuário, e também no aprendizado dos profissionais. Por isso, esses momentos devem ser organizados com o mínimo de profissionais necessários para atender a demanda, e também que os papéis de cada um estejam claros para todos: profissionais, usuários e familiares.

Os grupos abrangem as ações educativas de promoção e prevenção, mas também são espaços privilegiados para as ações terapêuticas. A estratégia de grupo tem algumas características que são valiosas para o trabalho em APS, como:

- Serem espaços de interação e convívio entre pessoas da comunidade, criando uma rede de suporte comunitário;
- Permitem a troca de experiências e a identificação entre os sujeitos;
- Criam um sentimento de pertencimento que por si só já tem um potencial terapêutico;
- O aprendizado em grupo tem grande impacto sobre as pessoas, aumentando o seu grau de autonomia sobre as situações de saúde.



#### Saiba mais...

São diversas as modalidades de grupos que podem ser oferecidos pelos profissionais das equipes de atenção básica e equipes de apoio, sendo que algumas delas estão descritas em documentos de referência, como os Cadernos de Atenção Básica nº 34 – Saúde Mental, e nº 39 - NASF (BRASIL, 2014), e o Guia Prático para o Matriciamento em Saúde Mental (CHIAVERINI et al, 2011).

Para saber mais acesse:

<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>>

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)>

### c. Projeto Terapêutico Singular

O Projeto Terapêutico Singular é uma ferramenta de cuidado proposta como recurso para a efetivação da Clínica Ampliada. É um instrumento para organização do processo de trabalho das equipes durante a discussão de casos. Assim, pode ser definido como uma ferramenta para organizar e sistematizar o cuidado de uma situação complexa, em que um conjunto de propostas terapêuticas é construído de forma articulada entre equipe de saúde e usuário. Então, observa-se que esta tecnologia de cuidado reserva-se para situações mais complexas, comuns no dia a dia da APS.

Segundo Cunha (2010) e Carvalho e Cunha (2006), os projetos podem ser individuais, familiares e até territoriais. O uso do termo singular em lugar de individual reforça essa possibilidade, além de remeter à necessidade de olhar cada situação como única e característica, evitando privilegiar abordagens que muitas vezes podem estar distantes do contexto daquele usuário ou família.

São quatro as etapas para a realização do PTS (BRASIL, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; OLIVEIRA, 2008):

**1. Diagnóstico:** Etapa onde são identificadas as necessidades e demandas do usuário. Pode ser feito na forma de uma lista de problemas incluindo, além dos diagnósticos de problemas biológicos, questões subjetivas, familiares e sociais. Uma avaliação das vulnerabilidades permite o olhar para os fatores de riscos que as pessoas envolvidas enfrentam e os fatores de proteção que podem ser potencializados. Neste momento, alguns instrumentos gráficos podem auxiliar a equipe a ter uma visão mais ampla sobre a situação, como o Genograma e o Ecomapa (CHIAVERINI et al., 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; OLIVEIRA, 2008). Também é importante identificar as intervenções já realizadas pela equipe ou outros serviços da rede e seus resultados.



#### Destaque

Nesta etapa do PTS é importante levar em conta a **percepção do próprio usuário e as queixas/demandas que expressa para a equipe**, discutindo com ele suas expectativas sobre o cuidado. É muito comum que a equipe comece a desenvolver o projeto sem o devido cuidado para envolver o usuário na tomada de decisões, o que pode levar ao planejamento de ações baseadas somente na interpretação da equipe sobre o problema, mas que ainda não foram internalizados pelo usuário, ou que ele não reconheça como suas demandas. Esse cuidado pode fazer toda a diferença no sucesso do PTS.

**2. Definição de metas:** Nesta etapa se definem os objetivos e metas a serem alcançados, com as propostas de ação. É um momento de negociação e pactuação das prioridades a serem atendidas, e **é fundamental que seja feito com a participação do usuário**. Neste momento do PTS também é importante fazer projeções de curto, médio e longo prazo.

**3. Divisão de responsabilidades:** As tarefas a serem realizadas devem ser divididas entre os profissionais da equipe, promovendo a responsabilização de todos sobre o PTS. Nesta etapa se define também um profissional que seja referência para o caso, que tem a responsabilidade de coordenar e acompanhar o desenvolvimento do PTS. Geralmente é uma tarefa assumida pelo trabalhador que estabelece maior vínculo com a pessoa em sofrimento.

**4. Reavaliação:** Um passo fundamental para o PTS é definir uma periodicidade de reavaliação, onde as ações propostas serão retomadas e avaliadas, permitindo à equipe e ao usuário manter ou redirecionar as intervenções do PTS de acordo com o andamento do caso.

### d. Contatos à Distância

Os contatos à distância podem ser necessários em diversos momentos durante o matriciamento, e devem ser valorizados como uma dimensão importante de suporte aos profissionais da APS. Dependendo do caso no qual as equipes estão atuando, podem ser necessários contatos mais frequentes do que os promovidos nos espaços de reunião, ou mesmo momentos para uma consulta rápida, como uma dúvida a respeito da dose de uma medicação, por exemplo.

A disponibilização de linhas de telefone, grupos de *Whatsapp* e e-mail, por mais simples que pareçam, facilitam e tranquilizam as atividades dos profissionais da APS. Algumas equipes de apoio têm adquirido celulares, como forma de facilitar o acesso. No entanto, como qualquer relação de trabalho, as equipes que optarem por estas tecnologias de comunicação devem pactuar momentos de disponibilidade, assim como **devem se preocupar em registrar em prontuário os passos da assistência proposta**.



### e. Educação Permanente

Outro conjunto de ações dos cuidados colaborativos são as atividades de Educação Permanente. Embora seja considerado que as ações compartilhadas são os espaços privilegiados de troca de saberes, outras formas de capacitação podem ser articuladas conforme a necessidade das equipes. As ações podem ser feitas no espaço de reunião de equipe, com a discussão de um texto ou tema escolhido, por exemplo, ou podem ser agendados momentos específicos para capacitação dos profissionais. Também é importante que os profissionais de apoio sejam envolvidos em momentos de capacitação sobre as ações da APS, aumentando sua compreensão sobre as características desse trabalho.

### f. Articulação em Rede

Outro eixo de suporte do matriciamento são as articulações com a rede de saúde e a rede intersetorial. Essas ações aumentam as possibilidades de atuação nos casos e demandas do território, criando parcerias entre os diferentes serviços e fortalecendo a rede de apoio às comunidades. Os matriciadores participam de encontros e realizam discussões de casos com outros equipamentos da rede, melhorando os fluxos de encaminhamento, além de receber suporte destes serviços para a atuação nos casos.

Importante ressaltar que é fundamental a presença também dos profissionais da APS nesses espaços, pois estes não deixam de ser a referência para os casos acompanhados na rede, além de terem maior conhecimento sobre a situação de saúde dos usuários e famílias, contribuindo para a construção de propostas mais adequadas. Aqui se exercita a ordenação do cuidado, atributo fundamental da APS.

## 5. Considerações finais

Espera-se que com a prática rotineira do matriciamento, o uso contínuo destas tecnologias, e o envolvimento das equipes de saúde, **através da relação horizontalizada, compartilhada e colaborativa**, haja um desenvolvimento profissional de todas as pessoas envolvidas e que, finalmente, amplie-se a resolutividade da APS e integração da rede de serviços. Assim, neste processo se estabelece a lógica da educação permanente atribuída aos cuidados colaborativos.

Ressaltamos ainda que, para que tais atividades se efetivem, é muito importante que os seguintes elementos sejam enfatizados:

- Contatos interprofissionais e pessoais baseados em respeito e confiança;
- Competência e interesse técnico-científicos, baseados nas características culturais locais e recursos disponíveis;
- Apoio organizacional e gerencial.

Aqui, observa-se a importância do ambiente das unidades de saúde para efetivação desta prática. Há problemas estruturais, como falta de espaço, mas há também organizacionais, como não planejamento da agenda dos profissionais contemplando os momentos de atividades conjuntas.

Além disso, como esta prática ainda é pouco compreendida entre muitos profissionais, em especial os da APS que guardam enorme expectativa na possibilidade de “encaminhar” os casos para os matriciadores e, assim, transferirem a responsabilidade, é comum o surgimento de ruídos entre as pessoas ou mesmo a disputa por espaço e falta de entendimento de funções e responsabilidades.

Assim, é fundamental a existência de um corpo administrativo que possa coordenar as atividades de matriciamento bem como planejar e avaliar seu impacto.



### Destaque

Trabalho muito semelhante é desenvolvido há mais de 16 anos no Canadá, com resultados positivos na organização do fluxo de pacientes no sistema de saúde, satisfação profissional e melhoras de indicadores de saúde das pessoas (KATES; MCPHERSON-DOE; GEORGE, 2008). O conhecimento acumulado dessa equipe canadense destaca a necessidade do corpo administrativo, bem como os outros elementos já citados neste capítulo.

Todas as atividades matriciais tomam tempo dos profissionais, o que afeta inicialmente a “produtividade” em termos quantitativos. Muitos gestores mantêm a cobrança de volume de consulta, mesmo tendo implementado as equipes de apoio matricial. É importante entender que as tecnologias matriciais tomam tempo e bastante energia dos profissionais por atingirem situações extremamente vulneráveis e complexas tanto para a equipe quanto para a co-



munidade. Há grande avanço qualitativo quando a equipe se vê apoiada na organização para o enfrentamento destas situações graves, impactando na autoestima das equipes e na vinculação com a comunidade.

Podemos dizer que o desenvolvimento de estratégias de cuidados colaborativos na APS depende tanto de políticas públicas voltadas ao investimento na capacitação de recursos humanos, como também de envolvimento de gestores e da atitude individual dos profissionais, sejam da APS ou das equipes de apoio.

O trabalho colaborativo e compartilhado entre profissionais de diferentes disciplinas e especialidades requer comprometimento pessoal e organizacional, envolve mudanças no processo de trabalho e relações interpessoais afinadas, o que torna o desenvolvimento do matriciamento tão desafiador quanto recompensador, uma vez que possibilita o real exercício da integralidade.

## Referências

BOWER, P.; GILBODY, S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. **BMJ, Clinical research** ed., v. 330, p. 839-842, 2005.

BOWER, P. et al. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. **The British journal of psychiatry, the journal of mental science**, v. 189, p. 484-489, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**, n. 27, Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. 1. ed. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: núcleo de apoio à Saúde da Família, Ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano**, v.1, n. 39, Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB**. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em 20 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em 20 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em 20 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em 20 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html)>. Acesso em 20 mai. 2016.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referencia: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**, São Paulo: Hucitec, 2006. p. 837-868.

- CHIAVERINI, D. H., et al. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde; Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- CUNHA, G. T. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- HOEPFNER, C. et al. Programa de apoio matricial em cardiologia: qualificação e diálogo com profissionais da atenção primária. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 1091-1101, 2014. [online]. Acesso em: 05 abr. 2015.
- KATES, N.; MCPHERSON-DOE, C.; GEORGE, L. Integrating mental health services within primary care settings: the Hamilton Family Health Team. **The Journal of ambulatory care management**, [S.l.], v. 34, n. 2, p. 174-182, 2008.
- KESSLER, R. C. et al., The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. **Epidemiologia e psiquiatria social**, v. 18, n. 1, p. 23-33, 2009.
- KOHN, R. et al. The treatment gap in mental health care. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n. 11, p. 858-866, 2004.
- LANCETTI, A. (Org.). Saúde Mental e Saúde da Família. **Saúde e Loucura**, v. 7, São Paulo, Hucitec, 2007.
- MELLO FILHO, J.; SILVEIRA, L. M. C. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 2, p. 4, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde. Escola GHC. **Caminhos do Cuidado: caderno do tutor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- SCOTT, K. M. et al., Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. **Psychological medicine**, v. 39, n. 1, p. 33-43, 2009.
- OLIVEIRA, G. N. **O Projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.
- PRINCE, M. et al. No health without mental health. **The Lancet**, v. 370, p. 859-877, 2007.
- SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. **Ciência e saúde coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1143-1150, 2012. [online]. Acesso em: 05 abr. 2015.
- VINGILIS, E. et al. **Descriptive and process evaluation of a shared primary care program**. v. 5, n. 4, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders**. Geneva: WHO, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Integrating mental health into primary health care a global perspective**. v. vii. Geneva: WHO, 2008. 170 p.