

33

PRINCÍPIOS DO APOIO MATRICIAL

Sonia Saraiva

Jorge Zepeda

PONTOS CHAVE DO CAPÍTULO

- O apoio matricial na saúde é uma estratégia de gestão da atenção em que equipes de serviços diferentes trabalham de forma integrada no cuidado de alguns problemas. Neste capítulo, refere-se à integração de especialistas com equipes de atenção primária, mantendo o cuidado sob coordenação destas.
- No apoio matricial, o especialista tem grande envolvimento em planos terapêuticos desenvolvidos conjuntamente com as equipes de atenção primária, manejando problemas de forma compartilhada e se responsabilizando pelo acompanhamento longitudinal da população.
- O apoio matricial tem duas dimensões, suporte pedagógico e retaguarda assistencial. As ações específicas de cada profissional devem ser definidas a partir de problemas da população local e demandas das equipes de atenção primária.
- A gestão do apoio deve ser feita conjuntamente através de espaços regulares de encontro ou pontos de contato entre os profissionais, para definição contínua de limites e responsabilidades entre as equipes, execução de ações de saúde compartilhadas, educação permanente, resolução de conflitos e planejamento de intervenções.
- Existe farta literatura internacional sobre estratégias de cuidados colaborativos ou compartilhados na atenção primária, com efetividade

para problemas como depressão, dependência química e diabetes, mas existe grande diversidade na composição das intervenções, dificultando a extrapolação e comparação destes resultados para a organização do apoio matricial.

- As melhores evidências sobre cuidados colaborativos são na saúde mental, com resultados positivos no processo de cuidado, na adesão e satisfação dos usuários e em alguns desfechos de saúde, e impactos contraditórios em qualidade de vida e utilização do sistema.
- Para a implantação de mudanças efetivas e duradouras na interface entre atenção primária e especializada, é necessário reforma simultânea dos aspectos clínicos, estruturais e financeiros da atenção, por meio de suporte institucional, envolvimento de médicos de família e especialistas na implantação das intervenções, atividades colaborativas e comunicação facilitada entre os profissionais.

DO QUE SE TRATA

O apoio matricial é uma proposta de integração entre equipes de referência, responsáveis pela atenção direta e continuada de uma população definida, e apoiadores especializados, profissionais com conhecimentos e habilidades complementares aos da equipe de referência. Pressupõe personalização da relação e trabalho colaborativo entre os profissionais, superando os mecanismos de referência e contra-referência tradicionais dos sistemas de saúde hierarquizados. É ao mesmo tempo uma metodologia para a gestão da atenção à saúde e uma proposta de reforma das organizações de saúde no sentido da democratização das relações entre os profissionais envolvidos no cuidado de determinadas situações (1, 2).

O modelo original de equipes de referência com apoio matricial agrega componentes de teorias da administração, psicologia, educação, análise institucional a elementos de diversas propostas e experiências de reforma na

interface entre equipes e níveis de atenção. A ênfase da proposta brasileira em uma equipe de referência em vez de um médico de referência pressupõe interdependência entre os profissionais. Toda a proposta se baseia na hipótese de que a reforma das práticas em saúde depende centralmente da reconstrução dos padrões de relação nos serviços de saúde, buscando-se aumentar os coeficientes de vínculo entre usuários e equipes de saúde e entre as equipes de serviços diferentes (1, 2, 3).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), este modelo vem sendo implantado por meio de diversas políticas. As equipes de saúde da família (ESF) são modelos muito próximos das equipes de referência, por seus atributos de trabalho multidisciplinar; cadastramento e acompanhamento de população definida e coordenação das ações oferecidas por outros profissionais. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostos por profissionais de diversas especialidades vinculados a um conjunto de ESF, são hoje uma abrangente política pública baseada no referencial teórico e metodológico do apoio matricial (4, 5).

A Política Nacional de Humanização propõe a incorporação do apoio em todas as instâncias do SUS como diretriz e dispositivo,ⁱ para transformação das práticas de gestão e atenção das equipes de saúde (5, 6). Nesse entendimento mais amplo estão compreendidos o apoio matricial, tema deste capítulo, o apoio institucional e o apoio à gestão. Estas modalidades de apoio compartilham diretrizes e métodos, como o agenciamento de coletivos de produção, a cogestão do trabalho, a função de retaguarda e suporte do apoiador para as equipes de saúde, mas devem ser diferenciadas no que diz respeito às responsabilidades e objetos de cada um.

O apoio institucional está voltado para a análise e transformação dos processos de trabalho e dos modos de relação entre os profissionais de uma organização de saúde, e o apoio à gestão é uma prática direcionada para os próprios processos de gestão, seja no apoio aos gerentes, a processos de

ⁱ Por diretrizes entendem-se as orientações gerais de determinada política, e por dispositivos a atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho.

cogestão ou na relação entre organizações. Estas duas modalidades, apesar de também produzirem clínica em suas práticas, são mais próximas de reformulações das funções e métodos dos gerentes, coordenadores, supervisores, assessores. Já no apoio matricial, o foco principal está nas trocas de saber em torno de necessidades ou problemas vivenciados por equipes de referência responsáveis por pessoas e populações. Neste caso, o apoio é ofertado na forma de saberes da “especialidade” do apoiador para a gestão de problemas complexos (7).

O nome apoio matricial se utiliza da concepção de organizações matriciais derivada de teorias do campo da administração. Uma estrutura matricial idealmente aumentaria a adaptabilidade da organização para lidar com um ambiente instável e pouco previsível, incentivando a coordenação entre especialidades funcionais e fazendo melhor uso dos recursos humanos. Esta forma de organização facilitaria a combinação de saberes técnicos distintos no manejo de problemas comuns, transformando uma estrutura de trabalho centrada nas funções ou categorias profissionais numa estrutura de trabalho por projetos terapêuticos (6). As múltiplas possibilidades de combinação desta matriz permitem que as equipes explorem ao máximo as possibilidades dos campos e núcleosⁱⁱ de competência de todos os profissionais. Uma organização matricial pode ser representada graficamente como uma matriz, com as equipes de referência no sentido vertical e, na linha horizontal (linha de apoio matricial), os distintos apoiadores com a lista de atividades e de procedimentos oferecidos por cada um. (1)

Neste capítulo, apresentamos diretrizes e exemplos de organização do apoio matricial enquanto proposta de integração de especialistas na atenção primária, apesar de ser uma tecnologia de gestão e assistência utilizada com sucesso também em hospitais e outros serviços especializados. O apoio matricial é também chamado de matriciamento, principalmente ao se referir aos pontos de contato entre os profissionais como reuniões de matriciamento. Este

ⁱⁱ O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional, e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

termo poderia ser definido como a construção dos momentos relacionais onde se estabelece troca de saberes e onde se fazem combinações entre os profissionais dos serviços envolvidos no cuidado dos usuários (8). Quando não especificado, apoio matricial e matriciamento serão utilizados como sinônimos. Para as referências internacionais, optamos por tradução aproximada dos termos originais ou pela denominação genérica “cuidados colaborativos”.

ORGANIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL

O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende do estabelecimento de espaços de gestão compartilhada do cuidado e da construção compartilhada de diretrizes de acesso ao apoiador e de espectros de responsabilidade para as equipes de referência e os apoiadores matriciais. (1, 2, 3, 4)

A composição profissional das equipes de apoio matricial é variável, assim como a responsabilidade pelos atendimentos especializados. De um modo geral, profissionais cujo processo de trabalho seja baseado em tecnologias leves, como habilidades de diagnóstico clínico, de comunicação e educativas, podem ter mais facilidade para realizar apoio na atenção primária. O grau de presença dos apoiadores junto às equipes de atenção primária pode variar desde dedicação exclusiva às atividades de matriciamento com as equipes apoiadas até parcela significativa de responsabilidade por atendimentos individuais, que podem ocorrer nas próprias unidades de atenção primária ou em unidades de referência.

Para operacionalizar as diretrizes de aumento da vinculação, coresponsabilização, negociação e integração na relação entre as equipes de saúde, o apoio matricial busca personalizar os sistemas de referência e contra-referência, facilitando o contato direto entre profissional encarregado de um determinado caso e especialista de apoio. Propõe a revisão da prática do encaminhamento e a construção de um sistema de compartilhamento e co-

responsabilização, que reforce a coordenação das ações entre os profissionais e garanta a utilização adequada dos recursos especializados. A decisão sobre o acesso de um caso ao apoio especializado, por exemplo, deve ser tomada de maneira interativa entre profissional de referência e apoiador ou de acordo com diretrizes pactuadas entre estes (3, 6).

É um modelo complementar a estratégias de sistemas hierarquizados de saúde, como formulários de referência e contra-referência, centrais de regulação e protocolos de acesso, mais adequado para os problemas crônicos e multidimensionais comuns na atenção primária. A ampliação e singularização da oferta de intervenções e recursos terapêuticos não devem ser confundidas com diluição da responsabilidade sobre os casos. Quando uma pessoa se utiliza de uma ação ou serviço ofertado na forma de apoio matricial, deve manter o vínculo com sua equipe de referência na atenção primária, mesmo que a maior parte das intervenções aconteça em outros serviços. Não deve haver encaminhamentos com transferência de responsabilidade, mas sim o desenho de projetos terapêuticos coordenados pela equipe de referência e executados por um conjunto mais amplo de profissionais. (1, 3, 4).

Para o médico de família e comunidade, mesmo no caso do encaminhamento a transferência de responsabilidade não é total; ele sempre mantém uma responsabilidade geral pelo bem-estar da pessoa (9). No planejamento do cuidado, pelo vínculo com a pessoa e sua família e pelo conhecimento do contexto, ele tem mais capacidade de selecionar e coordenar as ações apropriadas entre aquelas disponíveis. O médico de família pode ainda facilitar uma comunicação eficaz entre todos os envolvidos no cuidado e ajudar na interpretação de procedimentos pouco familiares ou de difícil compreensão.

No apoio matricial, os gestores devem ter importante papel de sensibilização das equipes, mediação de conflitos, garantia dos pactos e manejo de situações imprevistas, inclusive com oferta de soluções gerenciais e processos formativos. Alguns municípios definem apoiadores institucionais para coordenar e acompanhar a implantação do apoio matricial, técnicos com conhecimento da proposta, dos problemas que serão gerenciados e da rede local de saúde, e

disponibilidade para trabalho direto junto às equipes de saúde (10). Os apoiadores institucionais devem ainda colaborar na integração de setores da gestão local, como atenção primária, atenção especializada, programas estratégicos e sistemas de informação, participando da construção de normas, formas de registro e do monitoramento das atividades dos apoiadores (11). Estas iniciativas de sustentação institucional estão em acordo com estudos sobre integração de serviços de atenção primária e especializada que apontam a necessidade de reforma simultânea nos níveis clínico, financeiro e estrutural (12).

PRÁTICA DO APOIO MATRICIAL

O contato entre equipe de atenção primária e apoiador pode-se dar basicamente de duas maneiras: de forma programada, em encontros regulares e periódicos para discussão de casos e para planejamento e execução de intervenções conjuntas; e em situações urgentes ou imprevistas, em que não seria prudente esperar o encontro programado com o apoiador e este é então ativado pela equipe de referência por meios previamente pactuados (1, 2, 3, 4)

Nas reuniões e outros contatos entre as equipes, deve ser feita a regulação conjunta do acesso da população às ações ofertadas, através da pactuação dos papéis e funções de cada profissional na atenção, da construção de diretrizes para acionamento do apoio (critérios de risco e vulnerabilidade, prioridades de atendimento especializado) e de formas de contato em casos imprevistos ou urgentes (por telefone ou por meio eletrônico, por exemplo). Estas diretrizes devem facilitar o contato entre profissionais e o compartilhamento da atenção às pessoas, evitando-se a burocratização de fluxos ou a criação de percursos intermináveis que possam dificultar o acesso às ações necessárias. É possível que a facilidade do contato entre equipe de referência e apoiador em situações difíceis seja um elemento tão importante para o sucesso destas intervenções quanto a frequência dos encontros (13).

Os apoiadores podem construir um grande leque de ofertas clínicas e educativas, como discussões de casos, atendimentos compartilhados, intervenções coletivas e atendimentos específicos. Os encontros de matriciamento também podem ser utilizados para treinamentos breves voltados para necessidades definidas conjuntamente, visando aumentar a autonomia e confiança da ESF e qualificar os encaminhamentos. Podem ser fornecidos artigos, manuais, instrumentos diagnósticos, orientações escritas para situações comuns. Interconsultas breves, sejam presenciais, por telefone, ou através de prontuários eletrônicos compartilhados, podem resolver muitas situações sem a necessidade de reuniões ou atendimentos especializados (4).

A discussão de casos e a formulação de projetos terapêuticos são atividades nas quais participam profissionais de referência do caso em questão (que pode se referir a uma pessoa, uma família, um grupo ou outros coletivos) e o apoiador ou equipe de apoio matricial. São mais abrangentes do que a interconsulta tradicional, com origem principalmente na Psiquiatria de Ligaçãoⁱⁱⁱ dos hospitais gerais, porque o apoiador deve negociar sua proposta e ajudar a equipe de referência a entender as ofertas e seus desdobramentos, além de estar muitas vezes diretamente implicado no projeto terapêutico, por meio de atendimentos próprios ou do acompanhamento da ESF. Geralmente, os casos selecionados para esse tipo de discussão são aqueles mais complexos, em que a responsabilidade por “pedaços” do usuário tende a ser dividida entre várias especialidades, gerando intervenções fragmentadas e pouco eficazes (6). Discussões de casos e de projetos terapêuticos também são oportunidades preciosas de educação, pois os profissionais tendem a aprender mais quando motivados pelo envolvimento com uma situação concreta sob sua responsabilidade.

O atendimento conjunto é uma intervenção que tem como sujeitos de ação pelo menos um profissional da equipe de referência, um apoiador matricial e uma pessoa em atendimento. Pode ser uma consulta na unidade de saúde, uma

ⁱⁱⁱ Também chamada Psiquiatria de Consultoria e Ligação, tradução de *Consultation-Liaison Psychiatry*, tem origem na consultoria de profissionais de saúde mental a equipes clínicas em hospitais gerais.

visita domiciliar, a coordenação de um grupo ou um procedimento, normalmente solicitados pelo profissional mais diretamente envolvido no caso. É muito útil em situações de dúvida diagnóstica, dinâmica familiar complexa, resistência a tratamentos ou encontros difíceis dos profissionais com as pessoas atendidas (6, 14).

Um dos pontos essenciais da consulta conjunta é que cada um dos participantes aprenda com o outro sobre as técnicas de abordagem utilizadas. Por exemplo, consultas conjuntas envolvendo um médico de família e um profissional de saúde mental, poderiam beneficiar o primeiro com maior capacidade de oferecer escuta para o sofrimento psíquico e suporte psicológico, enquanto o profissional de saúde mental poderia desenvolver abordagens psicoterápicas mais ágeis, focais e adequadas ao contexto da atenção primária (14). Trata-se de um dos momentos mais importantes de educação permanente e compartilhamento da clínica no apoio matricial, possibilitando troca de saberes e de práticas em ato e gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. (6)

As prioridades de atuação devem ser definidas a partir de levantamento conjunto dos principais problemas da ESF e da população e podem ser diferentes entre as equipes e ao longo do tempo para cada equipe. A agenda do apoiador deve ser dinâmica e transparente, e os espaços de encontro entre as equipes devem ser utilizados ao mesmo tempo para gestão do apoio, execução de ações de cuidado compartilhado e resolução de conflitos. Os coordenadores dos serviços devem reservar espaço na agenda dos profissionais e organizar retaguarda na porta de entrada das unidades para garantir estes encontros, conciliando apoio matricial e atenção à demanda espontânea. Devem-se construir também canais ágeis de comunicação entre os serviços (telefone, internet, prontuário comum), não só para urgências, mas para promover um maior intercâmbio de informações entre os profissionais, não limitado às demandas de encaminhamento de casos. Este aumento na comunicação é um princípio organizativo da integração de serviços (15), e pode melhorar o acesso das pessoas a ações mais adequadas a suas

necessidades, contribuindo para diminuir iniquidades num contexto de oferta ainda insuficiente de alguns serviços no âmbito do SUS (8).

O acesso à atenção especializada ainda é um dos maiores problemas da atenção primária no Brasil, tanto por baixa oferta quanto por barreiras organizacionais nos serviços, e não é incomum que a chegada de um apoiador seja entendida – pela ESF e pela população - como uma oportunidade de oferecer acesso a uma enorme demanda reprimida. Um dos primeiros temas que devem ser trabalhados no matriciamento, portanto, é o manejo conjunto das listas de espera para atendimentos especializados, que pode ser um foco de tensões e gerar atitudes de defesa e desresponsabilização por parte dos profissionais, prejudicando a implantação do apoio matricial. Por isso, merecem atenção especial da gestão local, na forma de mediação e apoio nos encontros entre as equipes. Devem ser utilizadas as próprias estratégias do apoio matricial para avaliação conjunta destas pessoas, como discussões de caso, grupos para reavaliação ou atendimento coletivo, além de estratégias de comunicação com a população, como salas de espera e reuniões na comunidade. Esta pode ser uma importante oportunidade de definição e pactuação de papéis e limites entre os profissionais, definição de necessidades de educação permanente, formulação de diretrizes de acesso e roteiros para situações comuns como encaminhamentos externos ou urgências. A clínica compartilhada deve ser construída no próprio processo de manejo das demandas da atenção primária, nunca à parte deste, sob o risco de tornar-se irrelevante para as equipes apoiadas e para a população.

Quadro 33.1. Principais atividades de apoio matricial para todas as áreas (temas e tarefas iniciais dos encontros entre os profissionais)

Definição de responsabilidades, papéis e limites de cada profissional (inclusive gestores locais)

Definição conjunta da agenda de reuniões e atividades colaborativas

Definição conjunta de formas de acesso da ESF ao apoiador em situações imprevistas ou urgentes

Discussão sobre o manejo das listas de espera e priorização de casos

Definição de fluxo para encaminhamentos de outros serviços e setores

Discussão de casos e formulação de projetos terapêuticos

Atendimentos conjuntos

Planejamento e execução de outras atividades conjuntas (visitas, grupos)

Identificação de necessidades de educação permanente

Construção de protocolos e roteiros para situações comuns

Construção de critérios para priorização de casos para o apoio

Resolução de problemas entre os profissionais

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 33.2. Exemplos de ações de apoio matricial em algumas áreas (não sintetiza nem esgota as possibilidades de cada área)

PROFISSIONAIS	Temas para matriciamento	Ações específicas (conjuntas ou individuais)	Crítérios para atendimentos específicos	Articulações importantes
ASSISTENTES SOCIAIS	Defesa de direitos específicos (ex. gestantes, trabalhadores); acesso a benefícios e programas sociais; trabalho com redes sociais e desenvolvimento comunitário; ações de prevenção de violência	Grupos educativos com profissionais de saúde (ACS); ativação de redes de recursos comunitários; qualificação da relação com conselhos tutelares e de saúde; visitas domiciliares de apoio social; grupos com famílias	Situações de privação extrema; situações de violência, isolamento social; doenças crônicas com dificuldades de adesão; pessoas com rede social restrita;	CRAS e outros recursos do SUAS (Sistema Único de Assist. Social); conselhos tutelares, de saúde e de direitos; organizações comunitárias; outros apoiadores: psicólogos, pediatras, psiquiatras, fisioterapeutas
FISIOTERAPEUTAS, PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA	Orientações posturais e para prática de exercícios; avaliação funcional; estimulação de pessoas com restrição de movimentos; exercícios para musculatura pélvica; equilíbrio e prevenção de quedas	Grupos de orientação para profissionais de saúde; grupos de cuidadores domiciliares; visitas domiciliares para pessoas com restrições ou deficiências físicas; atenção a pessoas com dor crônica	Primeiros meses após AVC, cirurgia ou lesão ortopédica; lombalgia e tendinites na gestação; lesões relacionadas ao trabalho; incontinência urinária; uso de órteses e próteses	Serviços de reabilitação e assistência domiciliar; espaços públicos para prática de exercícios; outros apoiadores: fonoaudiólogos, pediatras, nutricionistas, terapeutas ocupacionais
NUTRICIONISTAS	Excesso de peso e magreza excessiva; alimentação saudável no ciclo de vida; cuidado alimentar em doenças crônicas; relação entre hábitos alimentares, cultura local e familiar; segurança alimentar	Grupos de emagrecimento e promoção de alimentação saudável (adultos, crianças e adolescentes); visitas a pessoas acamadas; apoio a grupos da ESF e da comunidade	Doenças crônicas com restrições alimentares ou indicação de terapia dietética; gestantes com diabetes, hipertensão ou excesso de peso; obesidade severa; anorexia nervosa	Creches e escolas, pastorais, ONGs; produtores e comerciantes locais de alimentos; outros apoiadores: pediatras, profissionais de educação física, psicólogos, psiquiatras
PEDIATRAS	Aconselhamento aos pais sobre choro, desmame, limites; prevenção de acidentes; crianças com doenças crônicas; desnutrição e obesidade; atenção ao adolescente; classificação de risco para crianças na APS e atendimento de urgências	Grupos de puericultura e novos pais; intervenções educativas em creches e escolas; grupos de orientação sobre doenças respiratórias; grupos sobre problemas de comportamento; ações de promoção de aleitamento materno e prevenção de obesidade	Bebês prematuros, com defeitos congênitos, gêmeos; suspeita de transtornos do desenvolvimento, da puberdade, baixa estatura; alta de UTI ou hospitalização prolongada; dificuldades no vínculo mãe-bebê; investigação de sintomas crônicos	Creches e escolas; maternidades, ambulatórios especializados, serviços de urgência e hospitais pediátricos; cuidadores domiciliares; outros apoiadores: psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, profissionais de educação física
PSICÓLOGOS, PSQUIATRAS	Prevenção do suicídio; abordagens não farmacológicas para o uso de álcool e outras drogas; detecção precoce de transtornos mentais; manejo de transtornos de adaptação; manejo de crises e emergências	Grupos abertos de apoio psicológico; grupos terapêuticos para transtornos comuns (ex, ansiedade e depressão) e graves (ex, trauma e compulsões); visitas domiciliares para pessoas com t. mental severo, em isolamento ou com histórico de crises	Suspeita de transtornos de personalidade; 1º surto psicótico; transtornos mentais severos e persistentes; transtornos ansiosos e depressivos resistentes a tratamento usual; transtornos em crianças e adolescentes; crises	CAPS e outros serviços de saúde mental; grupos comunitários de convivência e suporte mútuo; grupos de auto-ajuda (AA/NA); outros apoiadores: assistentes sociais, pediatras, profissionais de educação física, terapeutas ocupacionais

Fonte: Elaborado pelos autores.

IMPLANTAÇÃO DO APOIO MATRICIAL

A incorporação de novos profissionais ou novas funções em equipes de saúde demanda mudanças nas práticas clínicas e de gestão, provocando deslocamentos no processo de trabalho de cada profissional. No caso do apoio, este é um dos objetivos da mudança pretendida. Apoio não é capacitação, nem se limita à interconsulta. O apoiador deve se implicar nas soluções que ajuda a construir e criar condições para superação das limitações e ampliação das potencialidades que identifica nas equipes apoiadas.

As competências necessárias ao desempenho desta função muitas vezes são diversas daquelas do núcleo profissional de cada apoiador. Os apoiadores precisam ampliar e compartilhar seus conhecimentos e habilidades, adequar sua prática clínica à dinâmica da atenção primária, lidar com pressões por atendimentos, gerir uma agenda extremamente complexa. Os profissionais de referência precisam organizar a demanda espontânea, encontrar brechas para planejar ações e selecionar casos, refletir em equipe sobre os problemas e intervenções, coordenar projetos terapêuticos multiprofissionais. O grau de organização da atenção primária, incluindo formação e estabilidade dos profissionais, pode ser um dos principais fatores determinantes do sucesso da implantação do apoio. Todos precisam ampliar suas capacidades clínicas, educativas e de escuta, desenvolver habilidades de comunicação, de gestão e de trabalho colaborativo. As pessoas que buscam cuidado na atenção primária também têm características próprias, com grande predomínio de doenças em estágios iniciais e indiferenciados e de problemas psicossociais, envolvendo o manejo de alto grau de incerteza.

Com pouco tempo de experiência da função apoio no sistema de saúde, grande parte do conhecimento na área tem-se construído a partir da observação e sistematização de experiências locais inovadoras, principalmente na última década e na saúde mental. Entre aquelas publicadas, vale citar as de Campinas (16), Sobral, Petrópolis e Macaé (17) e Florianópolis (10, 18). Uma análise destas experiências pode revelar fatores do contexto e da forma de

implantação ou componentes específicos das intervenções relacionados a maior sucesso ou fracasso, apontando caminhos para estudos mais sistemáticos.

Em Campinas (SP), com a implantação do modelo Paidéia Saúde da Família, entre 2001 e 2004, as equipes de saúde mental que existiam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram integradas às equipes de saúde da família em papel de apoio. Estas equipes têm a função de acompanhar as equipes locais de referência, discutir casos e realizar atendimentos especializados. As unidades básicas que não possuem equipes de saúde mental são apoiadas por equipes de outras unidades básicas ou dos CAPS da região (8, 16).

Sobral (CE) iniciou em 2004 uma experiência de saúde mental integrada na atenção primária, com visitas regulares de profissionais sediados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) às unidades básicas de saúde, em posição de consultores, realizando discussão de casos, visitas domiciliares e consultas conjuntas. Este modelo serve também como uma ferramenta de formação para aquisição de competências de manejo de transtornos mentais por parte dos profissionais da atenção primária, aumentando sua autonomia. Macaé e Petrópolis (RJ) implantaram modelos semelhantes de cuidados colaborativos em saúde mental e realizaram avaliações dos seus serviços, tendo verificado diminuição nas hospitalizações psiquiátricas e nos atendimentos de urgência (17).

Florianópolis (SC) iniciou, em 2006, uma mudança no modelo de atenção, com regionalização das equipes ambulatoriais de saúde mental, compostas por psicólogos e psiquiatras, e mudanças em seu processo de trabalho, que passou a ser de apoio matricial às ESF. Em 2009, as equipes de saúde mental foram incorporadas aos NASF, mantendo o modelo de apoio matricial, com discussão de casos, atendimentos conjuntos e atendimentos de referência dos casos discutidos. Neste modelo, os profissionais que fazem apoio também fazem assistência, ficando responsáveis pelos atendimentos específicos dos casos que ultrapassam a capacidade de resolução das ESF. Assim, evita-se o deslocamento da tarefa do encaminhamento para a equipe de apoio matricial,

contribuindo para um maior compromisso de todos os profissionais com a gestão conjunta dos casos. Os profissionais de saúde mental se articulam também com os CAPS em reuniões regionais de discussão de casos e regulação do percurso dos usuários entre os níveis de atenção (10, 18). Nos dois primeiros anos de implantação houve diminuição nas internações psiquiátricas, maior do que em anos anteriores e para outras especialidades (10).

Independente do modelo local, que varia em relação a elementos como o serviço de onde é oferecido o apoio, que profissionais participam ou o grau de responsabilidade do apoiador por atendimentos específicos, as experiências nacionais de apoio matricial têm em comum o encontro presencial entre os profissionais, com utilização variável de interconsulta, atendimentos conjuntos e educação permanente, e a regulação do acesso, com definição de fluxos e prioridades para atendimento especializado.

Ainda persiste alguma incerteza sobre que intervenções podem afetar positivamente os encaminhamentos e o percurso das pessoas entre atenção primária e especializada. Há evidências de que a presença regular de especialistas em encontros com os profissionais da atenção primária possa melhorar estas referências (19), mas outros fatores não-clínicos, como gênero e raça/etnia, também podem influenciar a passagem da atenção primária para o nível secundário, gerando iniquidades e ineficiência (20). Análises qualitativas das reformas nesta interface poderiam identificar a influência de aspectos não previstos no desenvolvimento das intervenções, guiando mudanças em sua condução e servindo de base para estudos de efetividade. Dois estudos sobre integração entre saúde mental e atenção primária trazem elementos importantes para este debate, principalmente sobre aspectos relacionados aos profissionais.

O primeiro estudo, realizado em Campinas (SP) após implantação do apoio matricial em saúde mental, foi baseado em grupos focais com profissionais de saúde da família, de saúde mental e gestores (16). Nas narrativas, verificou-se que os profissionais de saúde mental tinham a tendência em transferir para as

ESF a responsabilidade pelas dificuldades em realizar o apoio matricial, ou porque essas equipes teriam resistência em trabalhar com o que não é medicamentoso ou porque o apoio seria considerado uma imposição da gestão. Houve pouco reconhecimento sobre a própria dificuldade deles em compreender a proposta, assumir o papel de apoiadores e compartilhar seu saber. Houve também problemas de definição de responsabilidades, gerando jogo de empurra com os usuários.

Os profissionais das ESF avaliaram que a capacidade da equipe de referência em acolher o sofrimento dependeria da disponibilidade do profissional, do seu perfil e da sua formação, e foi marcante a expressão da angústia diante do sofrimento. Eles estavam preocupados com a eficácia de suas intervenções, no sentido de que produziram resultados apenas imediatos, e com receio de não serem capazes de fazer uma avaliação adequada. Destacaram que a ampliação da capacidade resolutiva das equipes de referência não poderia substituir as ofertas especializadas da saúde mental, que continuam necessárias em alguns casos.

Os profissionais de saúde da família ressaltaram como positivos os roteiros de consulta discutidos no matriciamento, utilizados para aprimorar a coleta de informações e orientar os atendimentos. Os profissionais de saúde mental salientaram a capacitação in loco que o apoio matricial proporciona e que se daria através dos atendimentos conjuntos, e também consideraram necessário adequar a clínica da saúde mental às necessidades da população e do contexto da saúde coletiva, utilizando intervenções mais breves e grupos de duração limitada.

O segundo estudo, realizado no Reino Unido, testou a concordância entre médicos de atenção primária e profissionais de saúde mental sobre a necessidade dos encaminhamentos feitos pelos primeiros (20). A introdução de um instrumento de classificação de gravidade não melhorou a concordância entre profissionais dos dois níveis de atenção. Uma análise qualitativa identificou que aspectos das relações entre os profissionais foram a principal influência no processo de encaminhamento e nos desfechos para pessoas e

profissionais no grupo estudado. Estes resultados chamam atenção para o rico contexto interpessoal em que os processos de encaminhamento acontecem, sugerindo que as mudanças formais possam ser apenas uma parte das intervenções necessárias para melhorar a comunicação e o entendimento mútuo. Um manejo ativo das relações e da comunicação pode contribuir para garantir maior equidade na interface entre atenção primária e especializada.

CONTRIBUIÇÃO DAS EVIDÊNCIAS SOBRE CUIDADOS COLABORATIVOS PARA ORGANIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL

Apesar de existir extensa literatura internacional sobre integração entre atenção primária e atenção especializada, principalmente nas áreas de saúde mental e cuidado de doenças crônicas, não há uma definição consensual sobre a taxonomia dos modelos ou que componentes das intervenções estão relacionados a resultados positivos (21). Estas definições são importantes, pois se soubermos que componentes se relacionam com maior efetividade, poderemos priorizá-los nas intervenções. Porém, a metodologia para realizar estas revisões é desafiadora: muitas vezes não há duas intervenções realmente comparáveis em seus elementos, há grande imprecisão na classificação e muitas ações e componentes supostamente relacionados à efetividade na verdade refletem características mais amplas dos diferentes sistemas nacionais de saúde (22). O viés de publicação também dificulta o acesso aos resultados de diversas experiências em curso, limitando a disseminação de informação às intervenções formatadas como ensaios clínicos, com resultados positivos, e oriundas de países desenvolvidos de língua inglesa, nem sempre úteis nos diversos contextos locais dos sistemas de saúde (23).

Revisões de efetividade de cuidados colaborativos com a atenção primária para diversas condições (depressão, abuso de substâncias, diabetes, obesidade, entre outras) podem ser encontrados na literatura da saúde principalmente nas últimas duas décadas (24, 25). A nomenclatura e as definições são diversas; os estudos em inglês utilizam principalmente cuidados

colaborativos (26), atenção compartilhada ou cuidados compartilhados (15, 27) cuidados progressivos, modelo de cuidados crônicos e ligações entre os serviços (28)^{iv}.

Atenção compartilhada ou cuidados compartilhados são definidos como a participação conjunta de médicos de família e especialistas no planejamento da atenção conjunta, com um reforço no intercâmbio de informações não restrito ao motivo do encaminhamento. Pode haver diversas formas de organização, com base em mudanças nas relações entre médico de família, pessoas doentes e outros especialistas ou na utilização de tecnologias de informação e comunicação como prontuários comuns. Como benefícios destas formas de organização, os autores apontam maior acessibilidade, menor tempo de espera para consultas e melhoras na satisfação das pessoas, mas benefícios inconsistentes nos resultados da atenção, muitas vezes com aumento nos custos dos serviços (15, 27).

Cuidados colaborativos são intervenções complexas que envolvem aspectos de treinamento da equipes e interconsulta, e também a adição de novos papéis nas equipes como o gerenciamento de casos^v, um conjunto de estratégias de seguimento, reforço à adesão e oferta de tratamentos, desempenhado por algum profissional com treinamento mínimo em saúde mental que trabalha diretamente com as pessoas e facilita a ligação entre profissionais de atenção primária e outros especialistas. Normalmente, são intervenções baseadas em princípios do manejo de doenças crônicas, podendo envolver rastreamento, educação em saúde, mudanças em rotinas de atenção e desenvolvimento de sistemas de informação (25, 26).

Uma proposta de classificação para os cuidados colaborativos em saúde mental definiu quatro tipos ideais, com base no grau de participação do médico de família no manejo dos problemas e no grau com que o modelo enfatiza aumento das habilidades e da autonomia destes:

^{iv} No original em inglês, na ordem de aparição no texto: *collaborative care, shared care, stepped care, chronic care model e service linkages.*

^v No original em inglês: *case management.*

1. Treinamento da equipe de atenção primária;
2. Consultoria-ligação ou psiquiatria de ligação;
3. Cuidados colaborativos;
4. Substituição ou encaminhamento.

Quanto maior o envolvimento da equipe de atenção primária no manejo dos problemas, maior seria o impacto potencial no acesso e na equidade, que deveriam ser consideradas as principais dimensões de avaliação dos modelos, juntamente com a efetividade e a eficiência (25).

Outra proposta classificou os serviços de saúde mental em níveis de acordo com seus componentes. O primeiro nível, atenção primária em saúde mental com suporte especializado, prevê o atendimento da maior parte dos casos pela equipe primária. Neste nível, haveria oferta de tratamentos não farmacológicos, como aconselhamento, tratamentos farmacológicos, e suporte de uma equipe especializada, incluindo treinamento, consultoria sobre casos complexos e avaliação de casos que ultrapassam os recursos da atenção primária. A equipe de saúde mental, que pode incluir psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros especializados, terapeutas ocupacionais, oferece uma diversidade de intervenções e atua em uma área de abrangência definida, apoiando um conjunto de equipes de atenção primária. Em comparação com serviços de base hospitalar, equipes multidisciplinares comunitárias de saúde mental mostraram resultados positivos na satisfação do usuário e na adesão ao tratamento, embora não tenham melhorado de forma sistemática os sintomas ou a função social (29).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a integração de serviços de saúde mental na atenção primária como forma de superar o déficit de tratamento nesta área através facilitação do acesso, e recomenda estratégias baseadas em cuidados colaborativos para diversas áreas de atenção. Os modelos de organização integrados teriam benefícios teóricos nos resultados em saúde, no acesso a consultas especializadas e nos custos totais. De um modo geral, as experiências têm mostrado custo acessível, com boa relação custo-benefício, e melhora na detecção dos problemas abordados, na adesão a tratamentos crônicos e em alguns resultados de saúde. As experiências mais

bem sucedidas são sempre apoiadas por mudanças nas políticas de saúde, com coordenação continuada e retaguarda secundária adequada, e contam com estratégias de educação e apoio especializado para os profissionais da atenção primária. Este apoio pode vir de profissionais diversos, desde enfermeiras psiquiátricas a psiquiatras, integrados na própria atenção primária ou a partir de ambulatórios e hospitais. (17, 26)

Uma revisão sistemática estabeleceu que cuidados colaborativos estruturados são mais efetivos e mais custo efetivos para depressão do que o tratamento usual, com benefícios mantidos em seguimentos de até cinco anos, principalmente para depressão severa. Os principais componentes relacionados a desfechos positivos para depressão foram estratégias de gerenciamento dos casos e encontros regulares com profissionais de saúde mental (26).

Outra revisão, dirigida para identificação dos componentes ativos dos modelos de cuidado em depressão, encontrou que a maioria dos estudos que incorporaram como um de seus componentes “redefinição dos papéis profissionais”, definido como um processo de mudança ou acréscimo de tarefas nas funções dos profissionais teve resultados melhores do que o tratamento usual. Muitas vezes, esta redefinição de papéis foi feita no processo de introdução da função de gerenciamento de casos nas equipes, seja introduzindo novos profissionais ou através do treinamento de enfermeiros. Por outro lado, estratégias baseadas em treinamento isolado das equipes de atenção primária não demonstraram efetividade em melhorar resultados de saúde (21).

Uma revisão narrativa avaliou a efetividade das ligações entre serviços de atenção primária e saúde mental. Ligações são definidas como processos que conectam profissionais e/ou serviços de atenção primária e saúde mental, desde que sejam de dupla via e estabeleçam relações contínuas. A maioria dos estudos que utilizaram combinações de estratégias das categorias “atividades colaborativas diretas”, “diretrizes pactuadas” e “sistemas de comunicação” tiveram desfechos positivos nos aspectos clínico, do serviço e econômico. A

efetividade em longo prazo foi associada à concordância sobre a medicação e ao manejo e seguimento dos casos com suporte de profissional de saúde mental (28).

Uma revisão sobre atenção compartilhada para diabetes encontrou efetividade geral comparável à do cuidado hospitalar, sendo que os melhores resultados foram relacionados à estruturação do cuidado, com seguimento ativo, chamada para consultas regulares, protocolos e listas de checagem de atividades para os profissionais, e à presença de interconsulta (15). O sucesso também pareceu depender do interesse dos médicos de família e de seu envolvimento no planejamento da intervenção e na construção de protocolos locais, sugerindo que apenas a implantação de normas e rotinas talvez não seja suficiente para garantir a qualidade do cuidado e os desfechos positivos encontrados.

As estratégias de seguimento utilizadas nos estudos de cuidados colaborativos muitas vezes são intervenções tão simples como telefonemas para encorajar adesão aos medicamentos realizados por enfermeiros, sugerindo a viabilidade de incorporar estratégias efetivas de melhoria do processo de atenção sem mudar a composição das equipes. Evidências sobre estes componentes das intervenções são consistentes e mostram efeitos positivos na continuidade do cuidado, na qualidade de vida e na satisfação das pessoas (21).

Quadro 33.3. Alguns componentes dos cuidados colaborativos

Revisão de papéis profissionais. Inclui mudanças de papéis entre profissionais de saúde e expansão de papéis para incluir novas tarefas

Equipes multidisciplinares. Criação de nova equipe multidisciplinar ou adição de novos profissionais a uma equipe

Integração formal de serviços. Esforços para integrar ações de serviços de níveis e/ou setores diferentes em um mesmo momento

Continuidade do cuidado. Arranjos para seguimento ou gerenciamento de casos, incluindo coordenação da avaliação, do tratamento ou dos encaminhamentos

Atividades colaborativas diretas. Inclui atividades de ligação; atendimento na mesma unidade, consultoria-ligação ou interconsulta e coordenação da atenção com plano estruturado

Diretrizes pactuadas. Protocolos específicos de tratamento, como nos cuidados progressivos, linhas de cuidado e modelos de doenças crônicas

Sistemas de comunicação. Fortalecimento da comunicação, critérios de acesso e de encaminhamento, sistemas de comunicação eletrônica

Contrato de serviços. Acordo formal sobre como os serviços funcionarão juntos

Fonte: (24) e (28)

Uma série de recomendações para fortalecimento das ligações entre atenção primária e especializada foi elaborada com base em uma revisão abrangente de estudos na área da saúde mental. Estas recomendações reforçam algumas estratégias utilizadas em experiências nacionais de apoio matricial, como suporte da gestão para a integração, ênfase em encontros presenciais e em atividades colaborativas, construção contínua dos papéis de cada profissional nos encontros e apoio direto às equipes, e serve como uma boa síntese dos conhecimentos acumulados até o presente na área de organização de serviços integrados (30):

- oferecer suporte em nível organizacional para o processo de integração;
- facilitar planejamento e manejo de problemas em conjunto pelos profissionais;
- desenvolver diretrizes locais em encontros regulares entre os profissionais;
- oferecer treinamento e suporte por pessoal comprometido com a proposta;
- devolver evidências de resultados das intervenções para os serviços.

Para alcançar uma integração clínica que seja experimentada pelas pessoas em sua relação direta com os serviços (12), e que não dependa apenas do envolvimento pessoal de alguns profissionais com a proposta, é necessário coordenar mudanças nos aspectos processuais do cuidado com reformas nos mecanismos de gestão, monitoramento e financiamento, inclusive estabelecendo resultados de desempenho que favoreçam a integração. Resistência a mudanças, novas equipes, novos papéis e mediação de demandas diferentes são difíceis de manejar sem uma liderança comprometida com a integração do cuidado entre os níveis de atenção e que se responsabilize pela intervenção. Nesse sentido, a definição de apoiadores institucionais para acompanhar diretamente as equipes de saúde e trabalhar na integração dos setores envolvidos com a reforma pretendida pode ser uma boa estratégia.

De um modo geral, com exceção dos cuidados colaborativos para alguns problemas de saúde mental, as evidências de efetividade de reformas organizativas na interface entre atenção primária e especializada em melhorar resultados em saúde ainda são inconsistentes. Este cenário parece se dever em grande parte às dificuldades em modelar, sistematizar e comparar as

intervenções. A tendência geral dos estudos com cuidados colaborativos é de apresentar alguns resultados positivos em organização do cuidado, satisfação e adesão das pessoas, melhora variável em desfechos de saúde, e boa custo efetividade. Porém, deve-se ter cautela ao utilizar resultados de estudos sobre uma doença ou condição específica, como diabetes ou depressão, para planejar modos de organização dos serviços, pelo risco de se reforçar “iniquidades pela doença” (31). Tratar a pessoa como um todo melhora os resultados e reduz a utilização do sistema. A melhor resposta ao desafio das doenças crônicas é promover cuidados centrados nas pessoas, por meio de investimentos numa atenção primária à saúde integrada e fortalecida.

Novos estudos devem apontar modelos de integração capazes de oferecer apoio sem substituir os papéis específicos da atenção primária, amplamente documentados como positivos para os sistemas de saúde e populações (32). Modelos que ampliem a coordenação do cuidado pelo médico de família, com priorização dos atendimentos especializados segundo necessidade e não por ordem cronológica, têm potencial de diminuir desigualdades no acesso a atenção especializada e contribuir para maior equidade em saúde. Em uma revisão sobre reformas de serviços de saúde voltadas para o fortalecimento da coordenação entre atenção primária e especializada (reformas pró-coordenação), as mudanças voltadas para melhora da capacidade resolutiva da atenção primária e do papel de “filtro” do médico de família tiveram maior impacto do que aquelas baseadas em intercâmbio de informações administrativas e clínicas (33). A manutenção da atenção primária como coordenadora do cuidado ajuda, ainda, a proteger as pessoas de intervenções desnecessárias e medicalização excessiva, através da prevenção quaternária.

Com a expansão das iniciativas de apoio matricial no SUS e a experiência internacional acumulada com cuidados colaborativos, abre-se uma agenda de pesquisa sobre os componentes ativos e estratégias de implantação destas intervenções. Iniciativas de monitoramento e avaliação do apoio matricial precisarão levar em conta o duplo papel do apoio de oferecer suporte para as equipes de referência e ampliar e qualificar as ofertas de atenção para a população. Estas investigações deverão ser desenvolvidas prioritariamente no

âmbito dos próprios serviços, durante experiências reais de implantação, com participação de todos os interessados e utilizando abordagens e metodologias coerentes com as do próprio apoio. As dimensões de avaliação das intervenções de apoio matricial deverão ser definidas a partir daquelas já estabelecidas para a própria atenção primária, como acesso, coordenação da atenção e efetividade clínica.

REFERÊNCIAS

1. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 1999; 4(2):393-403.
2. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407, 2007.
3. Oliveira GN. O apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 273-282.
4. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS v.2*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p207-214.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Oliveira GN. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio [tese]*. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2011.
8. Prefeitura Municipal de Campinas, Secretaria de Saúde, NAAS, Câmara Técnica de Especialidades. *Texto base para discussão sobre matriciamento [Internet]*. Campinas; 2004 [capturado em mai. 2011]. Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>.
9. McWhinney IR, Freeman T. *Manual de Medicina de Família e Comunidade*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Saraiva, S; Zepeda, J. Princípios do Apoio Matricial. In: Gusso e Lopes (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Capítulo 33. Porto Alegre: ArtMed, 2012.

10. Saraiva SAL, Cremonese E. Implantação do modelo de apoio matricial em saúde mental no município de Florianópolis, SC. In: Brasil, Ministério da Saúde, SAS, DAB. III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família: trabalhos premiados. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

11. Prefeitura Municipal de Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde, Gabinete do Secretário. Instrução Normativa n. 001 de 2010 [Internet]. Florianópolis; 2010 [capturado em mar. 2011]. Disponível em www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude.

12. National Council for Community Behavioral Healthcare. Behavioral health primary care integration models, competencies, and infrastructure: background paper [Internet]. Canadá: NCCBH; May 2003 [capturado em abr. 2011]. Disponível em: <http://www.machc.com/Documents/Reports/Intergrative%20Behavioral%20Health%20Care/Supplemental%20Tools/SectionI%20Intergrative%20Care.pdf>

13. Bying R, Norman I, Redfern S, Jones R. Exposing the key functions of a complex intervention for shared care in mental health: case study of a process evaluation. BMC Health Services Research. 2008;8:274.

14. Mello Filho J, Silveira LMC. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. 2005;29(2):147-51.

15. Greenhalgh PM. Shared care for diabetes: a systematic review [Internet]. Occas Pap R Coll Gen Pract. 1994 Oct;(67):i-viii, 1-35 [capturado em jul. 2011]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560414/>

16. Figueiredo MD, Onocko Campos R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009;14(1):129-138.

17. Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global (versão portuguesa) [Internet]. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde de Portugal; 2008 [capturado em mar. 2011]. Disponível em: http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf

18. Florianópolis, Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atenção em saúde mental (Organizadores: Cremonese E, Saraiva SAL) [Internet]. Tubarão: Ed. Copiart, 2010 [capturado em jul. 2011]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+atendimento+para+a+rede+&menu=5>

19. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; 4(CD005471).
20. Slade M, Gask L, Leese M, McCrone P, Montana C, Powell R et al. Failure to improve appropriateness of referrals to adult community mental health services: lessons from a multi-site cluster randomized controlled trial. *Family Practice*. 2008;25:181-190.
21. Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC Family Practice*. 2008;9:25.
22. Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care: making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *British Journal of Psychiatry* 2006;189:484-493.
23. Thornicroft G, Tansella M, Law A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry*. 2008 Jun;7(2):87-92.
24. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA* 2003; 289: 3145-3151.
25. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ* 2005; 330: 839-842.
26. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards R, Sutton A. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006;166:2314-2321.
27. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T et al. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; 3(CD004910) [capturado em mar. 2011]. Disponível em: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab004910.html>
28. Fuller JD, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R et al. Effectiveness of service linkages in primary mental health care: a narrative review part 1. *BMC Health Services Research* 2011;11:72.
29. Thornicroft G, Tansella M. Boas práticas em saúde mental comunitária. Barueri, SP: Manole; 2010.
30. Fuller JD, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R et al. Building effective service linkages in primary mental health care: a narrative review part 2. *BMC Health Services Research* 2011;11:66.

Saraiva, S; Zepeda, J. Princípios do Apoio Matricial. In: Gusso e Lopes (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Capítulo 33. Porto Alegre: ArtMed, 2012.

31. Starfield B. The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health* 2011;10:15.
32. Kruk ME et al. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Social Science & Medicine* 70(2010) 904-911.
33. Ojeda Feo JJ, Freire Campo JM, Gérvas J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. *Rev Adm Sanit* 2006; 4(2): 357-82.