

## Apoio matricial e manutenção do vínculo com a atenção primária: um estudo longitudinal retrospectivo

*Matrix support and maintenance of the link with primary care: A retrospective longitudinal study*

Bruno Marinho da Silva<sup>1</sup>, Rosana Teresa Onocko Campos<sup>2</sup>, Carlos Alberto dos Santos Treichel<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820251449738P

**RESUMO** O estudo teve como objetivo avaliar o impacto da implementação do apoio matricial na manutenção do vínculo com a atenção primária entre usuários de serviços especializados de saúde mental em um município paulista. Foi realizado um estudo longitudinal retrospectivo com usuários da Rede de Atenção Psicossocial, com dois pontos de medição: T0 (n=341) de agosto a setembro de 2019 e T1 (n=288) de janeiro a fevereiro de 2022. As associações entre o desfecho e as covariáveis foram analisadas por meio do teste de chi-quadrado, considerando p-valor < 0,05 como significante. Os resultados mostraram um aumento na prevalência de usuários que mantiveram o vínculo com a atenção primária, de 56,9% em T0 para 67,1% em T1, sugerindo que o apoio matricial fortalece a continuidade do cuidado. Usuários encaminhados pela atenção primária ou ambulatórios apresentaram taxas mais altas de manutenção do vínculo em comparação com aqueles referidos por serviços privados ou hospitalares. A prevalência foi também maior entre indivíduos que receberam cuidados de saúde mental na atenção primária ou visitas de Agentes Comunitários de Saúde, destacando a importância desses profissionais na integração do cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde mental. Serviços comunitários de saúde mental. Atenção Primária à Saúde. Práticas interdisciplinares

**ABSTRACT** *The study aimed to evaluate the impact of the implementation of matrix support on maintaining the link with primary care among users of specialized mental health services in a municipality in São Paulo. A retrospective longitudinal study was conducted with users from the Psychosocial Care Network, with two measurement points: T0 (n=341) from August to September 2019 and T1 (n=288) from January to February 2022. Associations between the outcome and covariates were analyzed using the chi-square test, with a p-value < 0.05 considered significant. The results showed an increase in the prevalence of users who maintained the link with primary care, from 56.9% at T0 to 67.1% at T1, suggesting that matrix support strengthens continuity of care. Users referred by primary care or outpatient clinics had higher rates of maintaining the link compared to those referred by private or hospital services. The prevalence was also higher among individuals who received mental health care in primary care or visits from Community Health Agents, highlighting the importance of these professionals in care integration.*

**KEYWORDS** *Mental health. Community mental health services. Primary Health Care. Interdisciplinary placement.*

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem (EE), Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica (ENP) – São Paulo (SP), Brasil.  
carlos-treichel@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Departamento de Saúde Coletiva (DSC) – Campinas (SP), Brasil.



## Introdução

Pessoas com transtornos mentais apresentam uma diferença significativa em sua mortalidade e expectativa de vida quando comparadas à população em geral<sup>1</sup>. Estudos apontam que indivíduos com transtornos mentais têm uma expectativa de vida reduzida, em média, de 10 a 20 anos<sup>1</sup>. Essa diferença é atribuída a vários fatores, incluindo o maior risco de condições de saúde física coexistentes, como doenças cardiovasculares e diabetes, bem como o maior índice de comportamentos de risco, como tabagismo e sedentarismo<sup>2,3</sup>. Além disso, o acesso inadequado aos serviços de saúde e o estigma associado aos transtornos mentais contribuem para um tratamento insuficiente dessas condições<sup>3</sup>.

Destaca-se que a atenção primária, que se configura como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, frequentemente não consegue integrar eficazmente os cuidados de saúde mental em sua prática diária<sup>4</sup>. Isso se deve, em parte, à falta de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com questões de saúde mental, além de barreiras estruturais e estigma, que dificultam o acolhimento e a continuidade do cuidado<sup>5,6</sup>. Como resultado, muitos indivíduos com transtornos mentais acabam dependendo exclusivamente de serviços especializados, que, embora essenciais, podem ser insuficientes em termos de cobertura e integralidade<sup>6</sup>.

Uma alternativa que vem sendo adotada ao redor do mundo para enfrentar o desafio da baixa vinculação de pessoas com transtornos mentais na atenção primária é o modelo de cuidado compartilhado<sup>7,8</sup>. Esse modelo promove a colaboração entre serviços especializados e a atenção primária, envolvendo a criação de parcerias entre especialistas e profissionais da atenção primária, permitindo um fluxo contínuo de informações e estratégias de manejo conjunto<sup>9</sup>.

No Brasil, uma proposta de cuidado compartilhado que tem sido implementada desde 2008 na rede de saúde é o apoio matricial<sup>10</sup>.

Essa estratégia integra equipes especializadas em saúde mental aos serviços de atenção primária, promovendo uma gestão colaborativa do cuidado<sup>11</sup>. O apoio matricial busca oferecer suporte técnico-pedagógico contínuo aos profissionais da atenção primária, capacitando-os para lidar com questões de saúde mental de forma mais eficaz<sup>11</sup>. Ao atuar como uma retaguarda especializada, as equipes matriciais fornecem suporte clínico direto e também participam do planejamento e da avaliação conjunta dos casos, ajudando a desenvolver planos de cuidado individualizados e compartilhados<sup>11</sup>. Essa abordagem favorece a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, garantindo que as necessidades de saúde mental e física sejam abordadas de maneira integrada e coordenada, e melhorando, assim, o acesso, a qualidade e os resultados dos serviços prestados aos pacientes<sup>11</sup>.

Considerando as potencialidades desse arranjo organizacional, entre os anos de 2019 e 2022, a secretaria de saúde do município de Itatiba-SP realizou esforços para implementar o apoio matricial junto a sua rede de serviços. As 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que operavam no modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), com um total de 19 equipes, passaram a receber suporte de uma equipe matriciadora composta por profissionais das equipes multidisciplinares vinculadas ao Centro de Atenção Psicossocial II (Caps II) e ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-AD) do município. As reuniões de matriciamento incluíam a equipe matriciadora e representantes de duas a três equipes da ESF, garantindo pelo menos um encontro mensal para cada equipe. O município contava ainda com 06 UBS tradicionais, que não foram incluídas no matriciamento. Entre as expectativas a partir da implementação do apoio matricial no município estava o aumento do número de usuários que mantêm vínculo com a atenção primária após atendimento nos serviços especializados.

A fim de possibilitar a avaliação desse desfecho de forma anterior a implementação do

apoio matricial, foi conduzido um diagnóstico avaliativo acerca do funcionamento da rede de serviços do município. Nesse diagnóstico identificou-se que 56,9% dos usuários continuavam realizando atendimentos nesse ponto de atenção após ingressar nos serviços especializados<sup>12</sup>.

No intuito de verificar eventuais mudanças nesse cenário, este estudo teve o objetivo de avaliar o impacto da implementação do apoio matricial na manutenção do vínculo com a atenção primária entre usuários de serviços especializados de saúde mental em uma cidade de médio porte no estado de São Paulo.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo realizado com usuários da Rede de Atenção Psicossocial de Itatiba-SP, um município paulista de médio porte, com aproximadamente 120.000 habitantes, localizado a 80 km da capital do estado. O estudo teve dois pontos de medição (T0 e T1), com T0 realizado entre agosto e setembro de 2019 e T1 entre janeiro e fevereiro de 2022.

A população do estudo foi composta por usuários vinculados a três serviços especializados de saúde mental, a saber: um Caps-II, um Caps-AD e um Ambulatório de Especialidades. Segundo dados levantados anteriormente, cerca de 1958 usuários eram atendidos nesses serviços durante o período do estudo.

Os critérios para inclusão neste estudo estabeleceram que os participantes deveriam ter 18 anos ou mais e estar em atendimento no serviço há um período mínimo de um mês. Foram excluídos aqueles que informaram ter um diagnóstico de deficiência intelectual, uma condição que poderia afetar sua habilidade de responder ao questionário.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado utilizando uma abordagem específica para populações finitas, considerando o total de 1958 usuários (N). Adotou-se uma frequência hipotética do desfecho de 50% ( $p = 0,50$ ),

pois esse valor reflete a maior variabilidade possível, garantindo um cenário conservador para a estimativa. O cálculo considerou um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de  $\pm 5\%$  ( $d = 0,05$ ), resultando em um tamanho amostral inicial de 322 usuários ( $n = 322$ ). Para mitigar possíveis perdas durante a coleta de dados, foi acrescido um adicional de 20%, estabelecendo um total de 386 usuários a serem inicialmente contatados.

A seleção dos participantes foi realizada por amostragem aleatória simples. A partir de uma lista de usuários vinculados aos serviços, foram sorteados os prontuários de 386 usuários que atenderam aos critérios de inclusão. O primeiro contato com os participantes ocorreu por telefone, por meio do qual foram esclarecidos sobre seu direito de não participar do estudo, a possibilidade de interromper sua participação a qualquer momento e a garantia de anonimato. Dos usuários contatados, 341 aceitaram participar do estudo em T0 e 288 em T1.

Ressalta-se que a coleta de dados referente ao T1 foi realizada entre janeiro e fevereiro de 2021, em um contexto marcado pelos impactos da pandemia de covid-19. Esse período corresponde a aproximadamente um ano após o início da vacinação no Brasil, quando as primeiras doses começaram a ser administradas aos grupos prioritários. Durante esse momento, os serviços de saúde já haviam adaptado suas rotinas para garantir a segurança de profissionais e usuários, com a adoção de medidas como uso obrigatório de máscaras, higienização frequente das mãos e manutenção do distanciamento físico. Para viabilizar a participação dos sujeitos durante o período de restrições sociais, foram utilizadas estratégias como contatos telefônicos prévios, agendamento em horários específicos para evitar aglomerações e fornecimento de orientações detalhadas sobre os cuidados sanitários necessários.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário, que ocorreu nos próprios serviços, agendando-se para os dias em que os usuários já estavam presentes

para consultas ou para participar de outras atividades. Os questionários foram aplicados por seis estudantes de psicologia, uma médica e uma assistente social. Esses indivíduos foram selecionados por meio de processo seletivo e receberam treinamento específico quanto às questões do estudo. Antes da aplicação do questionário, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido em voz alta para o participante pelo administrador do questionário. Após esclarecimento de possíveis dúvidas, os participantes foram solicitados a assinar TCLE em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com o pesquisador.

O questionário, composto por 64 questões, incluiu perguntas sobre características sociodemográficas, ofertas terapêuticas recebidas, condições de saúde e satisfação com os serviços. Sua construção levou em conta uma revisão de literatura prévia quanto aos desfechos de interesse e a validação foi realizada em uma série de oficinas que reuniram pesquisadores, trabalhadores e usuários de serviços especializados em saúde mental.

Para avaliação da manutenção do vínculo com a atenção primária após acolhimento nos serviços especializados de saúde mental, definido como ao menos uma consulta em UBS nos últimos seis meses, foi utilizada a seguinte questão: 'Quanto tempo faz desde sua última consulta na atenção primária? (Para qualquer problema ou necessidade de saúde, mesmo que não esteja relacionado com a sua saúde mental)'

As variáveis independentes incluídas neste estudo foram: sexo (feminino; masculino); cor (branca; parda; preta); idade (18–30; 31–45; 46–60; 61+); escolaridade (0 a 4 anos; 5 a 8 anos; 9+ anos); condição de trabalho remunerado (desempregado; empregado); renda *per capita* (< 0,5 salário mínimo; 0,5 a 1 salário mínimo; > 1 salário mínimo); diagnóstico (transtornos afetivos e neuróticos; psicose; abuso de substâncias psicoativas; ainda não diagnosticado); identificação da necessidade de cuidados de saúde mental (em situação de crise; autodiagnóstico seguido por demanda

espontânea; indicação de familiares e amigos; em consulta para queixas gerais); tempo até a primeira consulta (até 7 dias; até 30 dias; até 90 dias; 91+); local do primeiro atendimento (atenção primária; serviços hospitalares ou de emergência; ambulatório; Centros de Atenção Psicossocial; serviços privados); encaminhamento para o serviço atual (demanda espontânea; atenção primária; serviços hospitalares ou de emergência; ambulatório; serviço privado; assistência social ou judiciário) tempo para acessar o serviço atual (até 7 dias; até 30 dias; até 60 dias; > 60 dias); tempo de atendimento no serviço atual (até 1 ano; até 3 anos; até 5 anos; > 5 anos); cuidados prévios em saúde mental na atenção primária (não recebeu; recebeu); visitas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (não recebe; recebe); e percepção sobre rede de apoio (fraco; regular; forte).

As análises estatísticas foram conduzidas utilizando o *software* Stata 18 (Stata Corporation, College Station, Texas, EUA). A proporção do desfecho foi calculada tanto para a população geral quanto para cada estrato das variáveis independentes analisadas.

Associações entre o desfecho e as covariáveis foram testadas utilizando-se teste de chi-quadrado, para o qual definiu-se como diferença estatística significativa  $p$ -valor < 0,05. Dados faltantes foram excluídos da análise.

O estudo foi aprovado por um Comitê de Ética credenciado (CAAE: 00827918.8.0000.5404), seguindo as normas e diretrizes brasileiras para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012<sup>13</sup>. Adicionalmente, o estudo esteve em conformidade com os dispostos da declaração de Helsinki<sup>14</sup>. Para reportar os resultados, foram adotadas as diretrizes Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)<sup>15</sup>.

## Resultados

O estudo incluiu a participação de 341 indivíduos em T0, sendo 51,6% (n=176) do sexo

masculino, majoritariamente de cor branca (55,7% n=190) e com média de idade de 47,0 anos (DP=13,6). Em T1 o estudo contou com a participação de 288 indivíduos, sendo 51,3% (n=148) do sexo masculino, também de maioria

branca 42,5% (n=122) e com média de idade de 42,6 anos (DP=13,3). A caracterização completa dos participantes segundo as variáveis do estudo é apresentada na *tabela 1*.

Tabela 1. Apresenta o perfil dos participantes incluídos no estudo em seus dois pontos de medição, sendo T0 (n=341) realizado entre agosto e setembro de 2019 e T1 (n=288) entre janeiro e fevereiro de 2022. Itatiba-SP, 2024

	T0		T1	
	n	%(95%IC)	n	%(95%IC)
<b>Sexo</b>				
Feminino	165	48,4 (43,1 - 53,7)	140	48,6 (42,9 - 54,3)
Masculino	176	51,6 (46,3 - 56,9)	148	51,3 (45,6 - 57,1)
<b>Cor</b>				
Branca	190	55,7 (50,4 - 60,9)	122	42,5 (36,9 - 48,2)
Parda	119	34,9 (30,0 - 40,1)	99	34,4 (29,2 - 67,1)
Preta	32	09,4 (06,7 -12,9)	66	23,0 (18,5 - 28,2)
<b>Idade</b>				
18-30	44	12,9 (09,5 - 16,9)	57	19,7 (15,6 - 24,7)
31-45	113	33,1 (28,3 - 38,3)	112	38,8 (33,4 - 44,6)
46-60	124	36,4 (31,4 - 41,6)	96	33,3 (28,1 - 38,9)
61+	60	17,6 (13,9 - 21,9)	23	07,9 (05,3 - 11,7)
<b>Escolaridade</b>				
0 a 4 anos	65	19,1 (15,2 - 23,6)	17	05,9 (03,7 - 09,3)
5 a 8 anos	144	42,2 (37,1 - 47,5)	127	44,4 (38,7 - 50,2)
9+ anos	132	38,7 (33,7 - 44,0)	142	49,6 (43,9 - 55,4)
<b>Trabalho</b>				
Desempregado	264	77,4 (73,6 - 82,3)	189	65,6 (59,9 - 70,8)
Empregado	77	22,6 (18,5 - 27,3)	99	34,3 (29,1 - 40,0)
<b>Renda per capita</b>				
< 0,5 salário mínimo	80	24,8 (20,4 - 29,7)	66	28,2 (22,8 - 34,2)
0,5 a 1 salário mínimo	155	48,0 (42,6 - 53,4)	106	45,3 (39,0 - 51,7)
> 1 salário mínimo	88	27,2 (22,7 - 32,3)	62	26,5 (21,2 - 32,5)
<b>Diagnóstico</b>				
Transtornos afetivos e neuróticos	122	35,8 (30,9 - 41,0)	88	30,5 (25,5 - 36,1)
Psicose	74	21,7 (17,6 - 26,4)	62	21,5 (17,1 - 26,6)
Abuso de substâncias psicoativas	83	24,3 (20,1 - 29,2)	90	31,2 (26,1 - 36,8)
Ainda não diagnosticado	62	18,2 (14,4 - 22,6)	48	16,6 (12,8 - 21,4)
<b>Identificação da necessidade de cuidados de saúde mental</b>				
Em uma situação de crise	127	37,2 (32,3 - 42,5)	99	34,9 (29,6 - 40,7)
Autodiagnóstico seguido por demanda espontânea	95	27,9 (23,4 - 32,8)	104	36,7 (31,4 - 42,5)
Indicado por família e amigos	74	21,7 (17,6 - 26,4)	48	16,9 (13,0 - 21,7)
Em uma consulta para queixas gerais	45	13,2 (10,0 - 17,2)	32	11,3 (08,1 - 15,5)

Tabela 1. Apresenta o perfil dos participantes incluídos no estudo em seus dois pontos de medição, sendo T0 (n=341) realizado entre agosto e setembro de 2019 e T1 (n=288) entre janeiro e fevereiro de 2022. Itatiba-SP, 2024

	T0		T1	
	n	%(95%IC)	n	%(95%IC)
<b>Tempo até à primeira consulta</b>				
Até 7 dias	116	36,0 (31,0 - 41,4)	63	33,3 (27,0 - 40,3)
Até 30 dias	75	23,3 (19,0 - 28,2)	50	26,4 (20,6 - 33,1)
Até 90 dias	52	16,1 (12,5 - 20,6)	34	17,9 (13,1 - 24,0)
91+ dias	79	24,6 (18,4 - 31,6)	42	22,2 (20,3 - 40,1)
<b>Local do primeiro atendimento</b>				
Atenção primária	45	13,2 (10,0 - 17,2)	42	16,2 (12,2 - 21,2)
Serviços hospitalares ou de emergência	45	13,2 (10,0 - 17,2)	30	11,6 (08,2 - 16,1)
Ambulatório	99	29,0 (24,5 - 34,1)	50	19,3 (15,0 - 24,6)
Centro psicossocial	78	22,9 (18,7 - 27,6)	72	27,9 (22,7 - 33,6)
Serviço privado	74	21,7 (18,7 - 27,6)	64	24,8 (19,9 - 30,4)
<b>Encaminhamento para o serviço atual</b>				
Demanda espontânea	116	34,0 (29,2 - 39,2)	128	44,4 (38,8 - 50,2)
Atenção primária	75	22,0 (17,9 - 26,7)	82	28,4 (23,5 - 33,9)
Rede de urgência e emergência ou hospital	38	11,1 (08,2 - 14,9)	17	05,9 (03,7 - 09,2)
Ambulatório	77	22,6 (18,5 - 27,3)	23	07,9 (05,3 - 11,7)
Serviço privado	35	10,3 (07,5 - 13,9)	12	04,1 (02,4 - 07,1)
Assistência social/Judiciário	-	-	26	09,0 (06,2 - 12,9)
<b>Tempo para acessar o serviço atual</b>				
Até 7 dias	161	48,8 (43,4 - 54,2)	83	44,6 (37,6 - 51,8)
Até 30 dias	99	30,0 (25,3 - 35,1)	61	32,8 (26,4 - 39,8)
Até 60 dias	37	11,2 (08,2 - 15,1)	17	09,1 (05,7 - 14,1)
> 60 dias	33	10,0 (07,2 - 13,7)	25	13,4 (09,2 - 19,0)
<b>Tempo de atendimento no serviço atual</b>				
Até 1 anos	119	34,9 (30,0 - 40,1)	113	40,0 (34,5 - 45,8)
Até 3 anos	60	17,6 (13,9 - 22,0)	62	21,9 (17,5 - 27,1)
Até 5 anos	45	13,2 (10,0 - 17,2)	22	07,8 (05,2 - 11,5)
> 5 anos	117	34,3 (29,5 - 39,5)	85	30,1 (25,0 - 35,7)
<b>Cuidados prévios em saúde mental na atenção primária</b>				
Não recebeu	212	62,2 (56,9 - 67,1)	185	64,2 (58,5 - 69,5)
Recebeu	129	37,8 (32,8 - 43,1)	103	35,7 (30,4 - 41,4)
<b>Visita de Agente Comunitário de Saúde</b>				
Não recebe	206	60,4 (55,1 - 65,5)	175	60,7 (55,0 - 66,2)
Recebe	135	39,6 (34,5 - 44,9)	113	39,2 (33,7 - 44,9)
<b>Percepção sobre rede de apoio</b>				
Fraca	59	17,3 (13,7 - 21,7)	92	31,9 (26,8 - 37,5)
Regular	137	40,2 (35,1 - 45,5)	111	38,5 (33,1 - 44,2)
Forte	145	42,5 (37,4 - 47,8)	85	29,5 (24,5 - 35,0)

Fonte: elaboração própria.

Informações relacionadas ao desfecho do estudo foram obtidas para todos os participantes. A prevalência de manter um vínculo com a atenção primária (ou seja, ter comparecido aos serviços de atenção primária pelo menos uma vez nos últimos 6 meses) foi de

56,9% (IC 95% 51,5–62,0) em T0 e 67,1% (IC 95% 62,1–72,8) em T1. A proporção do desfecho para cada estrato das variáveis estudadas em ambos os pontos de medição pode ser observada na *tabela 2*.

Tabela 2. Apresenta a proporção do desfecho de acordo com cada estrato das covariáveis incluídas no estudo em seus dois pontos de medição, sendo T0 (n=341) realizado entre agosto e setembro de 2019 e T1 (n=288) entre janeiro e fevereiro de 2022. Itatiba-SP, 2024

	T0		T1		p-valor
	n	% (95%IC)	n	% (95%IC)	
<b>Sexo</b>					
Feminino	165	69,1 (61,8 - 75,6)	140	68,5 (60,4 - 75,6)	0,761
Masculino	176	45,4 (38,3 - 52,8)	148	66,8 (58,9 - 73,9)	
<b>Cor</b>					
Branca	190	59,5 (52,4 - 66,2)	122	68,0 (59,3 - 75,6)	0,997
Parda	119	58,8 (49,8 - 67,3)	99	67,6 (57,9 - 76,0)	
Preta	32	34,4 (20,4 - 51,6)	66	68,1 (56,2 - 78,1)	
<b>Idade</b>					
18-30	44	50,0 (34,8 - 64,2)	57	68,4 (55,5 - 79,0)	0,423
31-45	113	53,1 (0,43 - 0,62)	112	66,9 (57,8 - 74,9)	
46-60	124	60,5 (51,7 - 68,6)	96	64,5 (54,6 - 73,4)	
61+	60	61,7 (49,0 - 72,9)	23	82,6 (62,8 - 93,0)	
<b>Escolaridade</b>					
0 a 4 anos	65	60,0 (47,9 - 71,0)	17	76,4 (52,7 - 90,4)	0,694
5 a 8 anos	144	58,3 (50,2 - 66,1)	127	66,1 (57,5 - 73,7)	
9+ anos	132	53,8 (45,3 - 62,1)	142	67,6 (59,5 - 74,7)	
<b>Trabalho</b>					
Desempregado	264	60,2 (54,2 - 65,9)	189	66,1 (59,1 - 72,5)	0,431
Empregado	77	45,4 (34,8 - 56,5)	99	70,7 (61,1 - 78,7)	
<b>Renda per capita</b>					
< 0,5 salário mínimo	80	61,2 (50,3 - 71,2)	66	74,2 (62,5 - 83,2)	0,383
0,5 a 1 salário mínimo	155	54,8 (47,0 - 62,5)	106	67,9 (58,5 - 76,0)	
> 1 salário mínimo	88	61,4 (50,9 - 70,9)	62	62,9 (50,4 - 73,8)	
<b>Diagnóstico</b>					
Transtornos afetivos e neuróticos	122	72,1 (63,6 - 79,3)	88	73,8 (63,8 - 81,9)	0,486
Psicose	74	55,4 (44,1 - 66,2)	62	62,9 (50,4 - 73,8)	
Abuso de substâncias psicoativas	83	36,1 (26,6 - 46,9)	90	66,6 (56,4 - 75,5)	
Ainda não diagnosticado	62	56,4 (44,1 - 68,1)	48	64,5 (50,4 - 76,5)	
<b>Identificação da necessidade de cuidados de saúde mental</b>					
Em uma situação de crise	127	59,1 (50,4 - 67,2)	99	68,9 (59,0 - 76,9)	0,978

Tabela 2. Apresenta a proporção do desfecho de acordo com cada estrato das covariáveis incluídas no estudo em seus dois pontos de medição, sendo T0 (n=341) realizado entre agosto e setembro de 2019 e T1 (n=288) entre janeiro e fevereiro de 2022. Itatiba-SP, 2024

	T0		T1		p-valor
	n	% (95%IC)	n	% (95%IC)	
Autodiagnóstico seguido por demanda espontânea	95	55,8 (45,8 - 65,4)	104	70,1 (60,8 - 78,1)	
Indicado por família e amigos	74	45,9 (35,1 - 57,2)	48	66,6 (52,5 - 78,3)	
Em uma consulta para queixas gerais	45	71,1 (56,6 - 82,3)	32	68,7 (51,4 - 82,0)	
<b>Tempo até à primeira consulta</b>					
Até 7 dias	116	54,3 (45,2 - 63,1)	63	73,0 (60,9 - 82,4)	0,442
Até 30 dias	75	65,3 (54,0 - 75,1)	50	66,0 (52,1 - 77,5)	
Até 90 dias	52	53,8 (40,5 - 66,7)	34	73,5 (56,8 - 85,4)	
91+ dias	79	108,8 (78,3 - 13)	42	59,5 (44,4 - 72,9)	
<b>Local do primeiro atendimento</b>					
Atenção primária	45	71,1 (56,6 - 82,3)	42	78,5 (64,0 - 88,2)	0,631
Rede de urgência e emergência ou hospital	45	48,9 (35,0 - 63,0)	30	73,3 (55,5 - 85,8)	
Ambulatório	99	66,7 (56,9 - 75,2)	50	70,0 (56,2 - 80,9)	
Centro psicossocial	78	43,6 (33,1 - 54,6)	72	66,6 (55,1 - 76,4)	
Serviço privado	74	54,0 (42,8 - 64,9)	64	65,6 (53,4 - 76,0)	
<b>Encaminhamento para o serviço atual</b>					
Demanda espontânea	116	43,1 (34,4 - 52,2)	128	62,5 (53,8 - 70,4)	0,040
Atenção primária	75	73,3 (62,4 - 82,0)	82	79,2 (69,2 - 86,6)	
Serviços hospitalares ou de emergência	38	73,3 (62,4 - 82,0)	17	47,0 (32,6 - 61,0)	
Ambulatório	77	59,7 (48,6 - 70,0)	23	78,2 (58,1 - 90,3)	
Serviço privado	35	62,9 (46,3 - 76,8)	12	58,3 (31,9 - 80,6)	
Assistência social/Judiciário	-	-	26	65,3 (46,2 - 80,5)	
<b>Tempo para acessar o serviço atual</b>					
Até 7 dias	161	47,2 (39,6 - 54,9)	83	67,4 (56,8 - 76,5)	0,700
Até 30 dias	99	66,7 (56,9 - 75,2)	61	68,8 (56,4 - 79,0)	
Até 60 dias	37	64,9 (48,8 - 78,2)	17	58,8 (36,0 - 78,3)	
> 60 dias	33	69,7 (52,6 - 82,6)	25	76,0 (56,5 - 88,5)	
<b>Tempo de atendimento no serviço atual</b>					
Até 1 anos	119	50,4 (41,6 - 59,2)	113	68,1 (59,0 - 76,0)	0,787
Até 3 anos	60	45,0 (33,1 - 57,5)	62	70,9 (58,7 - 80,7)	
Até 5 anos	45	57,8 (43,3 - 71,0)	22	59,0 (38,7 - 76,7)	
> 5 anos	117	69,2 (60,4 - 76,9)	85	68,2 (57,7 - 77,1)	
<b>Cuidados prévios em saúde mental na atenção primária</b>					
Não recebeu	212	48,6 (41,9 - 55,3)	185	62,7 (55,5 - 69,3)	0,015
Recebeu	129	70,5 (62,2 - 77,7)	103	76,7 (67,6 - 83,8)	
<b>Visita de Agente Comunitário de Saúde</b>					
Não recebe	206	49,0 (42,3 - 55,8)	175	62,8 (55,4 - 69,6)	0,028
Recebe	135	68,9 (60,6 - 76,1)	113	75,2 (66,5 - 82,2)	



Tabela 2. Apresenta a proporção do desfecho de acordo com cada estrato das covariáveis incluídas no estudo em seus dois pontos de medição, sendo T0 (n=341) realizado entre agosto e setembro de 2019 e T1 (n=288) entre janeiro e fevereiro de 2022. Itatiba-SP, 2024

	T0		T1		p-valor
	n	% (95%IC)	n	% (95%IC)	
<b>Percepção sobre rede de apoio</b>					
Fraca	59	76,3 (64,0 - 85,3)	92	72,8 (62,9 - 80,8)	0,250
Regular	137	56,9 (48,6 - 64,9)	111	62,1 (52,8 - 70,6)	
Forte	145	49,0 (41,0 - 57,0)	85	69,4 (58,9 - 78,1)	

Fonte: elaboração própria.

Em T1, foram observadas diferenças significativas do ponto de vista estatístico em relação a ocorrência do desfecho e o serviço que realizou o encaminhamento do usuário para o serviço atual ( $p=0,040$ ), recebimento de cuidados prévios de saúde mental na atenção primária ( $p=0,015$ ) e recebimento de visitas de ACS ( $p=0,028$ ).

Maiores prevalências de manutenção de vínculo com a atenção primária foram observadas entre os usuários encaminhados inicialmente pela própria atenção primária (79,2%  $n=82$ ) e pelo ambulatório (78,2%  $n=23$ ), já as menores prevalências referiam-se a indivíduos encaminhados por serviços hospitalares ou de emergência (47,0%  $n=17$ ) e serviços privados (58,3%  $n=12$ ).

No que se refere ao recebimento de cuidados de saúde mental na atenção primária, entre os que afirmaram ter recebido, a prevalência do desfecho foi de 76,7% ( $n=103$ ) em comparação a 62,7% ( $n=185$ ) entre os que não receberam. De forma semelhante, aqueles que afirmaram receber visita de ACS apresentaram uma prevalência do desfecho de 75,2% ( $n=113$ ) comparada a 62,8% ( $n=175$ ) entre os que não recebiam.

## Discussão

Os resultados deste estudo sugerem que a implementação do apoio matricial teve um impacto positivo na manutenção do vínculo

dos usuários de serviços especializados de saúde mental com a atenção primária no município estudado. Observou-se um aumento na prevalência de usuários que mantiveram esse vínculo ao longo do tempo, passando de 56,9% em T0 para 67,1% em T1, indicando que o apoio matricial pode ter efeito sob o fortalecimento da continuidade do cuidado entre os serviços de saúde mental especializados e a atenção primária.

Embora os estudos voltados para avaliar quantitativamente a efetividade do apoio matricial no alcance de seus objetivos sejam escassos<sup>10</sup>, pesquisas conduzidas internacionalmente têm sido enfáticas em demonstrar que as propostas de cuidados colaborativos são efetivas para alcançar melhores resultados clínicos junto aos pacientes<sup>9</sup>. Esses estudos evidenciam que os modelos colaborativos garantem acesso em tempo oportuno aos serviços de saúde<sup>16</sup>, além de melhorar a satisfação tanto dos usuários quanto dos profissionais com os serviços recebidos e prestados<sup>17-19</sup>. Nosso estudo contribui com essa literatura ao adicionar uma outra perspectiva ainda pouco explorada, que é a manutenção do vínculo com a atenção primária, aspecto fundamental para continuidade no cuidado, integralidade e melhores desfechos de saúde para pessoas que convivem com transtornos mentais<sup>20</sup>.

O aumento na manutenção do vínculo com a atenção primária, conforme evidenciado em nosso estudo, destaca uma perspectiva frequentemente negligenciada nas discussões

sobre apoio matricial. Embora o foco geralmente esteja nas possibilidades de acesso a cuidados especializados<sup>21</sup>, é essencial reconhecer que a continuidade do cuidado na atenção primária oferece às pessoas acesso a uma gama abrangente de serviços de saúde. Nesse contexto, é relevante mencionar que um estudo anterior revelou que, ao comparar usuários de diferentes níveis de atenção, aqueles que receberam cuidados mínimos de saúde física com maior frequência foram os atendidos na atenção primária<sup>22</sup>.

Embora nosso estudo não tenha explorado detalhadamente os mecanismos que levaram ao aumento da manutenção do vínculo com a atenção primária, é importante considerar duas possibilidades complementares. Primeiramente, o apoio matricial pode ter contribuído para a prevenção de rupturas no acompanhamento de novos casos, que não perderam acompanhamento na atenção primária após encaminhados para serviços especializados. Em segundo lugar, o apoio matricial também pode ter facilitado a contrarreferência de casos estabilizados ou crônicos da atenção especializada de volta para a atenção primária. Essa dinâmica é essencial para a organização eficiente da rede de cuidado, pois permite que a atenção especializada foque em casos mais complexos enquanto a atenção primária assume um papel central na continuidade do cuidado longitudinal<sup>11</sup>.

Em ambas as situações, a interlocução promovida pelo apoio matricial é um elemento-chave do processo, pois estabelece uma comunicação efetiva entre os profissionais da atenção primária e os serviços especializados, garantindo que os usuários sejam acompanhados de forma contínua e integrada. Esse diálogo entre os pontos de atenção fortalece a coordenação do cuidado, amplia as possibilidades de retorno seguro à atenção primária e promove uma gestão mais equitativa e eficiente dos recursos disponíveis na rede de atenção à saúde mental<sup>11</sup>.

Destaca-se que, embora os resultados de aumento do vínculo com a atenção primária

possam não parecer tão expressivos (cerca de 10%), eles são significativos considerando o contexto desfavorável em que foram obtidos. O período do estudo abrangeu parte do período pandêmico, quando o acesso aos serviços de saúde foi amplamente desafiado por restrições, medidas de isolamento social e redirecionamento de recursos para o combate à covid-19<sup>23</sup>. Esses fatores dificultaram a continuidade dos cuidados e o acesso regular aos serviços de saúde, incluindo os de saúde mental<sup>24</sup>. Portanto, o fato de ter havido um aumento no vínculo com a atenção primária, mesmo diante dessas adversidades, ressalta a resiliência do apoio matricial como estratégia de integração dos cuidados de saúde mental, evidenciando seu potencial para fortalecer a continuidade do cuidado mesmo em circunstâncias desafiadoras.

Entendemos que é fundamental reconhecer que o delineamento do nosso estudo não nos permite atribuir de forma conclusiva o aumento do vínculo com a atenção primária ao apoio matricial. Nossos resultados devem ser interpretados com cautela, pois não utilizamos um delineamento experimental rigoroso que pudesse isolar o efeito do apoio matricial de outros fatores potenciais. Além disso, não consideramos controle por outros aspectos que poderiam influenciar as mudanças observadas, como políticas locais de saúde, variações nos recursos disponíveis ou alterações nas práticas clínicas durante o período do estudo. Portanto, enquanto nossos achados são indicativos de uma tendência positiva, são necessárias investigações adicionais, preferencialmente com desenhos metodológicos mais robustos, para confirmar a contribuição específica do apoio matricial para o fortalecimento do vínculo com a atenção primária.

A despeito dessa limitação, cabe destacar que uma análise mais detalhada de nossos resultados revelou associações significativas entre o desfecho de manutenção do vínculo e algumas variáveis específicas. Pontua-se que o serviço responsável pelo encaminhamento para o serviço atual foi um fator significativo,

com usuários encaminhados pela própria atenção primária ou por ambulatórios apresentando maiores taxas de manutenção do vínculo. Assim, corroborando com estudos anteriores<sup>12,25</sup>, esses resultados sugerem que a origem do encaminhamento pode influenciar a continuidade do cuidado, possivelmente refletindo a eficácia dos processos de transição e comunicação entre os serviços.

O recebimento prévio de cuidados de saúde mental na atenção primária também foi associado a uma maior prevalência de manutenção do vínculo, indicando que o envolvimento inicial com a atenção primária pode promover uma continuidade de cuidado mais efetiva. Essa associação pode ser explicada pela maior familiaridade dos pacientes com os serviços e profissionais da atenção primária, bem como pela possível continuidade das intervenções iniciadas nesses serviços.

Além disso, a visita de ACS foi identificada como um fator associado à manutenção do vínculo, sugerindo que a presença desses profissionais no acompanhamento dos pacientes pode facilitar a comunicação e o acesso aos serviços de atenção primária. Destaca-se que os ACS podem desempenhar um papel crucial na integração do cuidado, atuando como uma ponte entre os usuários e os serviços de saúde, o que pode contribuir para uma maior adesão ao tratamento e continuidade do cuidado<sup>26,27</sup>. Ainda assim, é importante destacar que o envolvimento dos profissionais da atenção primária, especialmente os ACS, em ações de saúde mental, como o apoio matricial, é frequentemente negligenciado<sup>10</sup>. Nesse sentido, nossos resultados ressaltam a necessidade de valorização desses profissionais e inclusão nas discussões sobre a integração dos cuidados de saúde mental e geral.

Por fim, além das limitações já mencionadas, outros elementos que devem ser considerados na interpretação dos resultados dizem respeito às informações terem sido obtidas de forma autorreferida e retrospectiva, o que pode introduzir vieses de memória e informação, afetando a precisão dos dados relatados pelos

participantes. Adicionalmente, o estudo incluiu apenas indivíduos que acessaram os serviços especializados e permaneceram vinculados a eles, o que limita sua representatividade, não refletindo necessariamente as experiências de todas as pessoas com transtornos mentais no município estudado.

## Conclusões

Este estudo demonstrou que a implementação do apoio matricial desempenhou um papel relevante na manutenção do vínculo dos usuários com a atenção primária, com um aumento na prevalência do desfecho entre os períodos analisados. Este resultado sublinha a relevância dessa estratégia para fortalecer a continuidade do cuidado e a integração entre os serviços especializados de saúde mental e a atenção primária, promovendo um modelo de atenção mais colaborativo e integrado.

As diferenças observadas entre as diferentes origens de encaminhamento sugerem a necessidade de políticas e práticas que garantam uma transição com mais corresponsabilização entre os níveis de cuidado, especialmente para aqueles provenientes de serviços hospitalares ou privados, que apresentaram menor manutenção do vínculo com a atenção primária após o atendimento em serviços especializados.

Destacou-se ainda a associação positiva entre o recebimento prévio de cuidados de saúde mental na atenção primária e a manutenção do vínculo. Esse aspecto sinaliza que o envolvimento inicial dos usuários com a atenção primária favorece a familiaridade com os serviços, o que pode facilitar a continuidade das intervenções e a adesão ao cuidado a longo prazo.

Por fim, destaca-se a relevância das visitas realizadas pelos ACS, que também se mostraram associadas a uma maior prevalência de manutenção do vínculo. Esse achado reforça o papel crucial dos ACS como facilitadores do acesso e da comunicação entre os usuários e os serviços de saúde, evidenciando a importância

de sua valorização e capacitação em ações de saúde mental no contexto do apoio matricial.

Nesse sentido, nossos resultados indicam que o apoio matricial, além de promover a integração entre os serviços especializados e a atenção primária, também potencializa o papel dos profissionais e processos que atuam na interface entre esses serviços, contribuindo para uma atenção mais efetiva e integral. Reforça-se, assim, a necessidade de ampliar e consolidar estratégias como o apoio matricial, considerando seu impacto positivo na continuidade do cuidado e na organização das redes de atenção à saúde mental.

## Colaboradores

Silva BM (0009-0006-9486-9509)\* contribuiu para análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Campos RTO (0000-0003-0469-5447)\* contribuiu para concepção e delineamento do estudo e revisão crítica do manuscrito. Treichel CAS (0000-0002-0440-9108)\* contribuiu para concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. ■

## Referências

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. Geneva: WHO; 2022. [acesso em 2024 ago 25]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240049338>
2. Reilly ST, Olier I, Planner C, et al. Inequalities in physical comorbidity: a longitudinal comparative cohort study of people with severe mental illness in the UK. *BMJ Open*. 2015;5(9):e009010. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009010>
3. Storm M, Fortuna KL, Gill EA, et al. Coordination of services for people with serious mental illness and general medical conditions: perspectives from rural northeastern United States. *Psychiatr Rehabil J*. 2020;43(3):234-43. DOI: <https://doi.org/10.1037/prj0000404>
4. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de atenção psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(3):e00042620. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>
5. Athié K, Menezes AL, Silva AM, et al. Perceptions of health managers and professionals about mental health and primary care integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):532. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1740-8>
6. Amaral C, Onocko-Campos R, Oliveira P, et al. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *Int J Ment Health Syst*. 2018;12:65. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0237-8>
7. Kates N. Mental health and primary care: contributing to mental health system transformation in Canada. *Can J Commun Ment Health*. 2017;36(4):33-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.7870/cjcmh-2017-033>
8. Sutter M, Sutter A, Sundahl N, et al. Inter-professional collaboration reduces the burden of caring for patients with mental illnesses in primary healthcare. A realist evaluation study. *Eur J Gen Pract*. 2019;25(4):236-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13814788.2019.1640209>

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Reist C, Petiwala I, Latimer J, et al. Collaborative mental health care: a narrative review. *Medicine (Baltimore)*. 2022;101(52):e32554. DOI: <https://doi.org/10.1097%2FMD.0000000000003254>
10. Treichel CAS, Campos RTO, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do Apoio Matricial em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e180617. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180617>
11. 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. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
12. Treichel CAS, Bakolis I, Onocko-Campos RT. Determinants of timely access to Specialized Mental Health Services and maintenance of a link with primary care: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst*. 2021;15:84 DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00507-6>
13. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:59.
14. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. Fortaleza: World Medical Association; 2013 [acesso em 2024 jan 5]. Disponível em: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>
15. von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Med*. 2007;4(10):e296. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296>
16. Tong G, Xiang Y-T, Xiao L, et al. Measurement-based care versus standard care for major depression: a randomized controlled trial with blind raters. *Am J Psychiatry*. 2015;172(10):1004-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14050652>
17. Grote NK, Katon WJ, Lohr MJ, et al. Culturally relevant treatment services for perinatal depression in socio-economically disadvantaged women: the design of the MOMCare study. *Contemp Clin Trials*. 2014;39:34-49. DOI: <https://doi.org/10.1016%2Fj.cct.2014.07.001>
18. Grote NK, Katon WJ, Russo JE, et al. Collaborative care for perinatal depression in socioeconomically disadvantaged women: a randomized trial. *Depress Anxiety*. 2015;32(11):821-34. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22405>
19. Jackson-Triche ME, Unützer J, Wells KB. Achieving mental health equity: collaborative care. *Psychiatr Clin North Am*. 2020;43(3):501-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2020.05.008>
20. Dimenstein M, Macedo JP, Fontenele MG. Atenção psicossocial nos serviços de atenção primária à saúde: desafios à integração no Brasil. *Mental*. 2022;14(25):1-13. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1679-4427.v14n25.0004>.
21. Lima MC, Gonçalves TR. Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. *Trab educ saúde*. 2020;18(1):e0023266. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00232>
22. Treichel CAS, Campos RTO. Avaliação da atuação da rede comunitária de saúde mental em um município paulista de médio porte. *Saúde debate*. 2022;46(132):121-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213208>
23. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saúde Pública*. 2020;36(8):e00149720. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>
24. Gerbaldo TB, Antunes JLF. O impacto da pandemia de covid-19 na assistência à saúde mental de usuários de álcool nos Centros de Atenção Psicossocial. *Saude soc*. 2022;31(4):e210649pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-1290202210649pt>

25. MacDonald K, Fainman-Adelman N, Anderso K, et al. Pathways to mental health services for young people: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018;53(10):1005-38. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1578-y>
26. Silva MAC, Aguiar MGG, Moreira TDS. Entre os nós da rede de saúde mental: as práticas de agentes comunitários de saúde. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2017;40(3):500-12. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n3.a2185>
27. Amaral CEM, Torrenté MON, Torrenté M, et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. *Interface (Botucatu).* 2018;22(66):801-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0473>

---

Recebido em 14/08/2024

Aprovado em 30/12/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp)

**Editora responsável:** Jamilli Silva Santos