

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

HUGO ANDRÉ DA ROCHA

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
um estudo a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da
Qualidade da Atenção Básica

Belo Horizonte
2017

Hugo André da Rocha

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
um estudo a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da
Qualidade da Atenção Básica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Mariângela Leal Cherchiglia

Co-orientadora: Alaneir de Fátima dos Santos

Belo Horizonte

2017

Rocha, Hugo André da.
R672s Saúde mental na atenção primária à saúde [manuscrito]: um estudo a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. / Hugo André da Rocha. - - Belo Horizonte: 2017.
117f.: il.
Orientador (a): Mariângela Leal Cherchiglia.
Coorientador (a): Alaneir de Fátima dos Santos.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Pesquisa Sobre Serviços de Saúde. 4. Estudos Transversais. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Cherchiglia, Mariângela Leal. II. Santos, Alaneir de Fátima dos. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título

NLM : WA 305

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Profª Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitora de Pesquisa

Profª Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Thomaz G. da Matta Machado

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Profª. Eli Iola Gurgel Andrade

Sub-Coordenadora

Profª. Luana Giatti Gonçalves

Colegiado

Profª. Eli Iola Gurgel Andrade – Titular

Prof. Francisco de Assis Acurcio – Suplente

Profª. Sandhi Maria Barreto – Titular

Profª. Valéria Maria de Azeredo Passos – Suplente

Profª. Waleska Teixeira Caiaffa – Titular

Profª. Cibele Comini César – Suplente

Profª. Luana Giatti Gonçalves – Titular

Profª. Amélia Augusta Friche - Suplente

Profª. Mariângela Leal Cherchiglia – Titular

Profª. Ada Ávila Assunção - Suplente

Daniela Pena Moreira - Representante Discente Titular - Mestrado

Lívia Lovato Pires de Lemos - Representante Discente Suplente - Doutorado



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO HUGO ANDRÉ DA ROCHA

Realizou-se, no dia 21 de fevereiro de 2017, às 14:00 horas, Sala 614, Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: um estudo a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*, apresentada por HUGO ANDRÉ DA ROCHA, número de registro 2015656906, graduado no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Mariângela Leal Cherchiglia - Orientadora (UFMG), Prof(a). Alaneir de Fatima dos Santos (UFMG), Prof(a). Ana Paula Souto Melo (UFSJ), Prof(a). José Angelo Machado (UFMG), Prof(a). Marcos Antonio da Cunha Santos (UFMG), Prof(a). Zélia Maria Profeta da Luz (Centro de Pesquisa René Rachou).

A Comissão considerou a dissertação:

☒ Aprovada

☐ Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 21 de fevereiro de 2017.

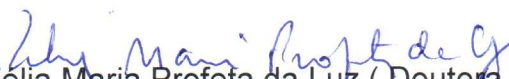

Prof(a). Mariângela Leal Cherchiglia (Doutora)


Prof(a). Alaneir de Fatima dos Santos (Doutora)


Prof(a). Ana Paula Souto Melo (Doutora)


Prof(a). José Angelo Machado (Doutor)


Prof(a). Marcos Antonio da Cunha Santos (Doutor)


Prof(a). Zélia Maria Profeta da Luz (Doutora)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA



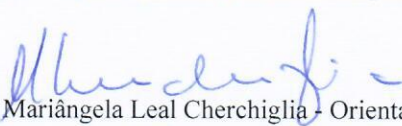
FOLHA DE APROVAÇÃO

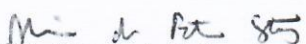
SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: um estudo a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

HUGO ANDRÉ DA ROCHA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 21 de fevereiro de 2017, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Mariângela Leal Cherchiglia - Orientador
UFMG


Prof(a). Alaneir de Fatima dos Santos
UFMG


Prof(a). Ana Paula Souto Melo
UFSJ


Prof(a). José Angelo Machado
UFMG


Prof(a). Marcos Antonio da Cunha Santos
UFMG


Prof(a). Zélia Maria Profeta da Luz
Centro de Pesquisa René Rachou

Belo Horizonte, 21 de fevereiro de 2017.

*À memória de minha querida avó,
Maria Benvinda de Jesus.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família pelo apoio e incentivo. Minha mãe, seu marido Roberto e meu irmão, que são o meu alicerce e que estão ao meu lado em qualquer circunstância, mesmo quando a saudade aperta.

À minha namorada, Josiane, que têm me acompanhado e tem sido minha grande incentivadora. Felizmente a distância não tem sido uma barreira eficaz para o nosso amor. E também à Gilberta, Dayane e Poliane, que torcem muito pelo meu sucesso.

À minha tia Ana Ilza, meus primos Nilton Henrique, Marcella e Kamilla, que me apoiam e torcem por mim desde o momento em que os conheci. Sem o suporte deles teria sido muito mais difícil essa jornada. Estende-se esse agradecimento ao Marcelo e ao Gediel.

Aos meus amigos em Bambuí, com os quais convivo bem pouco desde que migrei para Belo Horizonte. Em especial à Ilma, Ivani, Maria Eduarda, Dona Izontina e Marlei.

Aos colegas do PPGSP e do GPES, com quem convivi nos últimos dois anos e com os quais tive a oportunidade de aprender muito.

Ao Felipe Ferré, que me ensinou a amarrar sapato, entre outras tantas coisas que aprendi e aprendo todos os dias com ele.

Às colegas do Nescon/PMAQ-AB, Ângela, Cristiane e Érica, que me auxiliaram com o banco de dados.

À Míriam, que dividiu comigo os seus conhecimentos sobre a TRI e teve paciência para ler e reler os meus escritos.

Aos professores Ilka e Marcos, por todo o apoio com as questões estatísticas e com o artigo.

À minha co-orientadora, Laine, obrigado por confiar no meu trabalho e por aceitar dirigir-me nessa investigação.

À minha orientadora, por tudo.

“Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde”.

(BRASIL, 2003)

RESUMO

Introdução: Introduzir a saúde mental no âmbito das ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) é um desafio que vem sendo colocado em pauta desde as discussões primordiais das Reformas Sanitária e Psiquiátrica Brasileira. Oferecer cuidado integral e contínuo, baseado no território exige que os profissionais da APS estejam qualificados e que recebam suporte de especialistas através de acompanhamento, estratégias de educação permanente e compartilhamento de cuidados. **Objetivo:** Identificar os itens do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que melhor discriminam a capacidade de ofertar cuidados em saúde mental. **Métodos:** Estudo transversal realizado a partir dos dados do 2º Ciclo do PMAQ-AB, referentes as 30.523 equipes de atenção básica participantes. A coleta de dados ocorreu na fase de avaliação externa do PMAQ-AB, no período de 2013-2014. A análise dos itens se baseou no Modelo de Resposta Gradual da Teoria da Resposta ao Item (TRI). Para analisar a consistência interna, foram utilizados os coeficientes alfa de Cronbach, correlação de Spearman e ponto bisserial. Pressupostos de unidimensionalidade e independência local dos itens foram testados. Utilizou-se como uma das formas de apresentação dos resultados as nuvens de palavras. Foram comparadas as médias dos escores para avaliar diferenças entre as equipes por estratos de municípios. **Resultados:** Os itens com maior capacidade de avaliação foram: programa a agenda de acordo com a estratificação de risco; mantém registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico e ofertar algum atendimento em grupo. Em relação ao parâmetro de locação, os itens que exigiram maior nível de oferta de cuidados em saúde mental foram: oferta algum atendimento em grupo e oferta ações educativas e de promoção de saúde mental. O coeficiente alfa de Cronbach total foi 0,867. Apresentaram maior correlação com o escore total: registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico e programa a agenda de acordo com a estratificação de risco. Os escores finais variaram entre -2,07 e 1,95. A proporção de equipes classificadas como muito acima da média apresentou maior proporção no estrato 6, enquanto a menor proporção nesse nível foi observada no estrato 2. Com relação às equipes classificadas como muito abaixo da média a maior proporção encontrou-se no estrato 2 e a menor proporção de equipes classificadas nesse grupo foi observada no estrato 1. **Discussão:** Os itens

selecionados apresentaram boa capacidade para diferenciar as equipes participantes do PMAQ-AB em relação à oferta de cuidados em saúde mental. A estratificação do risco para gestão do cuidado, o acompanhamento dos casos mais graves, o atendimento em grupo e as ações de prevenção e de promoção da saúde mental foram os fatores mais importantes na discriminação do nível de oferta do cuidado em saúde mental. Alinhado aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira o matriciamento se insere como possibilidade porque rompe com a lógica do cuidado fragmentado, tendo como meta que todos os profissionais envolvidos no atendimento estejam em consonância, ainda que estejam em serviços diferentes.

Considerações finais: Investimentos em fatores como a estratificação do risco para gestão do cuidado, o registro e acompanhamento dos casos mais graves de portadores de sofrimento psíquico, o atendimento em grupo e as ações de prevenção e de promoção da saúde mental são importantes para potencializar a oferta do cuidado em saúde mental pelas equipes de atenção básica.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Avaliação de Serviços de Saúde. Estudos Transversais. Teoria da Resposta ao Item.

ABSTRACT

Introduction: Introducing mental health in the context of the actions developed in Primary Health Care (PHC) is a challenge that has been placed on the agenda since the primary discussions of the Brazilian Sanitary and Psychiatric Reforms. Offering comprehensive, ongoing, territory-based care requires PHC professionals to be qualified and supported by specialists through follow-up, lifelong education strategies, and sharing of care. **Objective:** To identify the items of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) that better discriminate the capacity to offer mental health care. **Methods:** A cross-sectional study was carried out based on data from the 2nd cycle of the PMAQ-AB, referring to the 30,523 participating primary care teams. Data collection took place in the external evaluation phase of the PMAQ-AB, in the period 2013-2014. The analysis of the items was based on the Gradual Response Model of the Item Response Theory (TRI). In order to analyze the internal consistency, the Cronbach's alpha coefficients, Spearman's correlation and biserial point were used. Assumptions of unidimensionality and local independence of the items were tested. The clouds of words were used as one of the forms of presentation of the results. The means of the scores were compared to evaluate differences between the teams by strata of municipalities. **Results:** The items with the highest evaluation capacity were: program the agenda according to the risk stratification; keeps record of the most serious cases of users in psychological distress and offer some group service. Regarding the lease parameter, the items that required a higher level of mental health care offer were: offer some group care and offer educational and mental health promotion actions. The total Cronbach alpha coefficient was 0.867. They presented a higher correlation with the total score: recording the most severe cases of users in psychological distress and scheduling the agenda according to the risk stratification. Final scores ranged from -2.07 to 1.95. The proportion of teams classified as above-average had a greater proportion in stratum 6, while the lowest proportion in this level was observed in stratum 2. In relation to teams classified as much below average the largest proportion was found in stratum 2 and the lowest proportion of teams classified in this group was observed in stratum 1. **Discussion:** The selected items presented a good capacity to differentiate the teams participating in the PMAQ-AB in relation to the offer of mental health care. Risk stratification for management of care,

follow-up of the most serious cases, group care, and prevention and mental health promotion actions were the most important factors in discriminating the level of mental health care provision. Aligned with the assumptions of the Brazilian Psychiatric Reform, matriciation is inserted as a possibility because it breaks with the logic of fragmented care, having as a goal that all professionals involved in care are in line, even if they are in different services. Final considerations: Investments in factors such as risk stratification for care management, recording and follow-up of the most severe cases of people suffering from mental illness, group care, and prevention and mental health promotion actions are important to provision of mental health care by primary care teams.

Keywords: Primary Health Care. Mental Health. Health Services Evaluation. Transversal Studies. Item Response Theory.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Dimensões para certificação das equipes – PMAQ-AB	40
Figura 2 – Exemplo de Curva Característica do Item.....	44
Figura 3 – Curva de Informação Total.....	59
Figura 4– Análise de Componentes Principais.....	60
Figura 5 – Nuvens de palavras das frequências de respostas das equipes aos itens por faixa de escores – PMAQ-AB.....	66

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Proporção das respostas das equipes aos itens por categoria de resposta – PMAQ-AB.	55
Gráfico 2 - Distribuição das equipes segundo escores de oferta de cuidados em saúde mental obtido – PMAQ-AB.....	61
Gráfico 3 – Respostas das equipes classificadas entre as 25% com os menores escores – PMAQ-AB.	61
Gráfico 4 – Respostas das equipes classificadas entre as 25% com os maiores escores – PMAQ-AB.	62
Gráfico 5 – Escores obtidos pelas equipes considerando respostas do pior cenário aos itens – PMAQ-AB.	63
Gráfico 6 – Escores obtidos pelas equipes considerando respostas do melhor cenário aos itens – PMAQ-AB.....	64
Gráfico 7 – Escores das equipes por estratos de municípios – PMAQ-AB.	68
Gráfico 8 – Médias dos escores das equipes e intervalos de confiança por estratos de municípios – PMAQ-AB.....	69
Gráfico 9 – Comparação das médias dos escores das equipes e intervalos de confiança por estratos de municípios – PMAQ-AB.....	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Serviços Componentes da RAPS.....	22
Quadro 2 – Componentes da certificação das equipes – PMAQ-AB	42
Quadro 3 – Distribuição de recursos segundo o desempenho na certificação – PMAQ-AB.....	43
Quadro 4 – Estratos de municípios para certificação do PMAQ-AB.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das respostas das equipes aos itens por categoria de resposta – PMAQ-AB.	54
Tabela 2 - Estimativas dos parâmetros de discriminação e de locação, da consistência interna e da correlação entre os itens e o escore total – PMAQ-AB.....	58
Tabela 3 – Classificação das equipes segundo faixas de escores de oferta de cuidados em saúde mental- PMAQ-AB.....	64
Tabela 4 – Distribuição das equipes por estrato segundo faixas de escores de oferta de cuidados em saúde mental – PMAQ-AB.....	67

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ABS	Atenção Básica à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
EqAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
GRM	<i>Graded Response Model</i>
mhGAP	<i>Mental Health Gap Action Programme</i>
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial –
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
TRI	Teoria da Resposta ao Item
WHO	<i>World Health Organization</i>
WONCA	World Organization Family Doctors

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1 Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira	19
2.2 Atenção Primária à Saúde	24
2.3 Saúde Mental na APS.....	26
2.3.1 <i>Apoio matricial</i>	30
2.4 Avaliação em Saúde e Avaliação da APS.....	32
2.5 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)	37
2.6 Teoria da Resposta ao Item.....	43
3 OBJETIVOS.....	48
3.1 Objetivo geral	48
3.2 Objetivos específicos.....	48
4 MÉTODOS	49
5 RESULTADOS.....	54
6 DISCUSSÃO	71
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICE A – Variáveis selecionadas para compor o Modelo GRM	85
APÊNDICE B - Distribuição de frequências para nuvem de palavras	88
APÊNDICE C – Curvas Características dos Itens.....	90
APÊNDICE D – Curvas Características dos Itens retirados do modelo	94
ANEXO A – Variáveis subdimensão saúde mental na avaliação externa	95
ANEXO B - Subdimensão saúde mental na Nota Metodológica	96
ANEXO C – Artigo	97
ANEXO D – Comprovante de submissão do artigo.....	115

1 INTRODUÇÃO

Introduzir a saúde mental no âmbito das ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) é um desafio que vem sendo colocado em pauta desde as discussões primordiais das Reformas Sanitária e Psiquiátrica Brasileira. A Estratégia de Saúde da Família foi escolhida como forma de operacionalizar a APS, que no Brasil foi denominada de Atenção Básica em Saúde (ABS) (GIOVANELA; MENDONÇA, 2012).

No ano de 2001 a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o Relatório Mundial da Saúde sobre as condições em se prestavam os cuidados aos portadores de sofrimento psíquico, e fez indicações para a integração do cuidado em saúde mental na atenção primária (WHO, 2001).

Em 2008 a OMS lançou o programa mhGAP (Mental Health Gap Action Programme - Programa de Ação sobre a Lacuna de Saúde Mental), no qual incentiva a implantação de serviços de saúde mental em atenção primária em países de baixa e média renda (WHO, 2008).

Oferecer cuidado em saúde mental na ABS é garantir que o princípio da integralidade, diretriz tanto da ABS quanto do Sistema Único de Saúde, seja cumprido. Nesse sentido, é importante ressaltar que a ABS tem papel fundamental na coordenação das redes, devendo garantir ao usuário o acesso oportuno de acordo com as suas necessidades (GIOVANELA, 2009).

A mudança estabelecida pela Reforma Psiquiátrica na lógica de cuidado, saindo do foco hospitalar centrado no modelo biomédico, para o cuidado baseado na atenção psicossocial prestado ao usuário no território impõe que a ABS esteja preparada para garantir o acesso ao cuidado ao portador de sofrimento psíquico (BARROS; DIMENSTEIN, 2010).

Estudos realizados em diversos países indicam que um fator importante para que a APS possa atender os portadores de sofrimento mental é a qualificação dos profissionais, pois muitas vezes esses profissionais relataram sentir-se despreparados para tais atendimentos (HANLON et al, 2016; JARUSEVICIENE et al, 2014; JENKINS et al, 2013; MINOZZO et al, 2012; MYKLETUN et al, 2010).

Para que médicos e profissionais da APS estejam preparados é necessário investir na organização dos sistemas de saúde de modo a aproximar os níveis primário e secundário, estabelecendo fluxos de comunicação, garantindo que

profissionais do nível primário recebam orientação e supervisão do nível secundário (FLEURY et al, 2012; FREDHEIM et al, 2011; SAPAG; RAUSH; FERRIS, 2016). A fragmentação dos sistemas de saúde dificulta o acesso e a comunicação entre os profissionais, fazendo com que os usuários não tenham cuidado contínuo (PETERSON et al, 2014).

Buscando superar a fragmentação do cuidado, expressa pela lógica do encaminhamento do usuário entre os serviços da rede, o apoio matricial desponta como possibilidade no Sistema Único de Saúde. O matriciamento tem como objetivo oferecer suporte especializado para as equipes de atenção básica (EqAB), possibilitando que o usuário seja atendido pela EqAB a qual é vinculado (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Desse modo, evita-se que o usuário perca o vínculo com a equipe e com a unidade de saúde, recebendo o tratamento próximo de seu domicílio.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído em 2011 com o objetivo de induzir a melhoria da qualidade da ABS e aumentar o acesso à mesma. O cuidado em saúde mental faz parte da avaliação das EqAB, expresso em uma subdimensão do questionário da avaliação externa. A análise dos itens referentes à saúde mental permite classificar as EqAB quanto ao nível de cuidado que ofertam. Nesse sentido, propõe-se avaliar a qualidade dos itens de acordo com os pressupostos teóricos da Teoria da Resposta ao Item (TRI).

A TRI permite mensurar uma característica não observável das equipes (oferta de cuidados em saúde mental) a partir de variáveis observáveis (respostas aos itens de um questionário).

O presente estudo tem como objetivo Identificar os itens do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que melhor discriminam a capacidade de ofertar cuidados em saúde mental.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A história da saúde mental e da atenção básica no Brasil têm ocorrido de forma simultânea, mas nem sempre de forma conjunta. A Reforma Sanitária que lutava para estabelecer um sistema de saúde universal ocorria ao mesmo tempo em que a Reforma Psiquiatria lutava contra a institucionalização dos portadores de sofrimento mental. A promulgação da Constituição Federal de 1988 e posterior publicação da Lei 8.080/1990 regulamentando o Sistema Único de Saúde deveria servir como ponto de convergência para que essas duas correntes se transformassem em uma só. Como veremos a seguir a integração da saúde mental na atenção básica ainda está se processando, enquanto a atenção básica encontra-se estabelecida e consolidada como política de saúde pública, a saúde mental ainda necessita avançar para superar o modelo excludente que existiu anteriormente..

2.1 Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) teve início na década de 1970, momento marcado pelo período em que o país vivia sob o regime militar, no qual a assistência à saúde da população estava condicionada ao vínculo trabalhista, fortemente voltada para o modelo hospitalar biomédico. No campo da saúde mental o que se via era a grande oferta de leitos psiquiátricos, especialmente privados, que cumpriam o papel de “garantir tratamento” aos portadores de sofrimento psíquico (AMARANTE, 2012).

No ano de 1978 a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) deu impulso à discussão do papel do hospital psiquiátrico no contexto do cuidado com o portador de sofrimento psíquico. Passou-se ao questionamento do saber dominante da psiquiatria e de sua condição de produzir alienação na forma da doença mental (TENÓRIO, 2002).

Do final da década de 1970 a meados da década de 1980 o movimento reformista, contemporâneo à Reforma Sanitária e a outras reformas psiquiátricas que ocorriam em outros países, o modelo brasileiro tem muita influência da Reforma Italiana liderada por Franco Basaglia, avançou na discussão do modo de cuidar dos “doentes mentais”, com a realização de muitos eventos como congressos e seminários que discutiam a necessidade de propor uma “nova” política para os

portadores de sofrimento psíquico. Amarante (2012) destaca que esta nova política não poderia significar apenas uma reordenação do modelo assistencial, era preciso uma política que fosse capaz de produzir saúde mental e romper com a lógica alienante da doença mental.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) foi realizada em 1987, no Rio de Janeiro e contou com a participação de vários atores envolvidos no campo da saúde mental, como usuários, familiares, membros de movimentos sociais, técnicos, dirigentes e políticos. A I Conferência teve como temas oficiais:

- Economia, sociedade e Estado, impactos sobre a saúde e doença mental;
- Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;
- Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

A partir da I CNSM ficou clara a necessidade de se estabelecer uma legislação acerca do cuidado com o portador de sofrimento psíquico, bem como a necessidade de criar dispositivos de cuidado extra-hospitalares. Nesse período adota-se o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (TENÓRIO, 2002).

No ano de 1987 foi inaugurado o primeiro serviço de atenção psicossocial do país, na cidade de São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Este Centro foi o primeiro dispositivo a operar fora da lógica manicomial, tentando promover ações de inserção comunitária e atendendo a pacientes graves que antes eram encaminhados para internação hospitalar (AMARANTE, 2012).

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988 houve uma importante mudança na forma de programar o cuidado em saúde. Primeiro porque definiu-se que a saúde é um direito dos cidadãos brasileiros, de caráter universal, devendo ser garantida pelo Estado. Outra importante mudança é a descentralização, que dirigiu aos municípios a prerrogativa de programar a oferta de serviços de saúde em seu território.

Dessa forma, foi possível que no ano de 1989 a Prefeitura de Santos fizesse uma importante intervenção em um hospital psiquiátrico privado conveniado ao SUS, a Clínica Anchieta. A gestão municipal optou por não reformar o hospital, optando por criar serviços substitutivos, os chamados NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial. No caso de Santos, a opção foi pela desconstrução do manicômio, que é mais abrangente que deixar para trás a estrutura física, é deixar para trás também

um modo de fazer, um conceito de doença mental. Sobre o conceito de desconstrução do manicômio Amarante (2012, p.642) pontua:

A noção de desconstrução não diz respeito a uma ideia negativa, de destruição, mas sim de desmontagem de lógica teórico-conceitual e institucional de determinados saberes e práticas, e implica a reconstrução de formas de lidar com o problema. Quando nos referimos à desconstrução do manicômio, falamos da desmontagem de toda a lógica institucional, política, jurídica, ideológica, social e cultural que se constituiu em torno de um determinado conceito que, no caso da psiquiatria e do manicômio – sua mais importante e expressiva instituição -, é o conceito de doença mental como sinônimo de perda de razão.

A experiência de Santos é importante porque aponta possibilidades de cuidados que não se restringem ao acesso do usuário aos serviços psicossociais. Nessa perspectiva foram criados aparatos sociais, moradias para egressos de hospitais psiquiátricos e cooperativas de trabalho para geração de renda para os usuários. Nesse sentido, o modelo de atenção psicossocial iniciado em Santos figura como exemplo de sucesso, paradigmático na RPB (TENÓRIO, 2002).

No mesmo ano uma iniciativa muito importante no sentido de extinguir os hospitais psiquiátricos foi a proposição do projeto de lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado. A lei propunha a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e propunha a substituição dos mesmos. Apesar de sua aprovação na Câmara dos Deputados a lei ficou engavetada no Senado Federal por mais de 11 anos, vindo a ser reprovada. No seu lugar foi aprovada a Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, que regulamenta a proteção e os direitos dos portadores de sofrimento psíquico.

Durante as décadas de 1990 e 2000 houve a expansão de dispositivos substitutivos, caracterizadas pela crescente implantação dos CAPS pelo país. Outra estratégia importante no contexto da RPB é a redução de leitos psiquiátricos nos hospitais. Segundo Amarante (2012) a redução de leitos é muitas vezes combatida por defensores do modelo hospitalar com a alegação de que o fechamento dos leitos leva à desassistência dos usuários.

Outra estratégia importante para garantir a efetiva desinstitucionalização dos egressos de longas internações são as residências terapêuticas. Esses dispositivos são indicados para usuários que estiveram internados e apresentam alguma dificuldade em retornar para casa, garantindo que os mesmos tenham condições de

moradia e a possibilidade de inserção social. Há ainda o Programa de Volta para Casa, que possibilita aos egressos de internações receberem o auxílio-reabilitação psicossocial, que garante aos mesmos terem condições de subsistência (RAMOS; BERTHA; ENDERS, 2011).

A RPB entendida como processo de mudança paradigmática, que visa ir além de mudança na lógica de organização dos serviços voltados para os portadores de sofrimento psíquico, busca apresentar um outro modo de operar com a loucura, sem recorrer ao cerceamento do sujeito, dando-lhe a possibilidade de vivenciar a sua condição psíquica inserido na comunidade, devidamente amparado pelas políticas públicas, de saúde, justiça, assistência social, etc. (AMARANTE, 2012).

A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS foi instituída pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde de pessoas portadoras de sofrimento psíquico e aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2011b).

As diretrizes para o funcionamento da RAPS contemplam, entre outras: o respeito aos direitos humanos; promoção da equidade; atenção humanizada; garantia de acesso e qualidade dos serviços; ênfase em serviços de base territorial e comunitária e promoção de estratégias de educação permanente (BRASIL, 2011b).

Dentre os objetivos da RAPS destacam-se: ampliar o acesso da população em geral à atenção psicossocial; prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; promover formação permanente aos profissionais de saúde; regular as demandas e os fluxos assistenciais da RAPS; monitorar e avaliar a qualidade dos serviços. (BRASIL, 2011b).

Diversos serviços compõem a RAPS, conforme exposto no quadro abaixo:

Quadro 1 – Serviços Componentes da RAPS

Componente	Ponto de Atenção
Atenção Básica em Saúde	Unidade básica de saúde
	Equipe de consultório na rua
	Centros de convivência
Atenção Psicossocial Especializada	CAPS I
	CAPS II
	CAPS III
	CAPS AD
	CAPS AD-III
	CAPS i
Atenção de Urgência e	Unidade de Pronto Atendimento – UPA

Emergência	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU
	Sala de estabilização
	Portas hospitalares de urgência/pronto socorro
	Unidades básicas de saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de acolhimento
	Serviços de atenção em regime residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em hospital geral
	Hospital de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços residenciais terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Reabilitação psicossocial	Cooperativas

Fonte: BRASIL, 2011b.

Incorporar a atenção básica à RAPS implica em capilarizar o cuidado em saúde mental, uma vez que a ESF tem grande cobertura no território. Apesar da significativa expansão dos CAPS por todo o país ainda existem grandes lacunas de cobertura assistencial, especialmente nos municípios de menor população. Sendo assim é importante garantir que os profissionais das EqAB tenham preparação para atender os portadores de sofrimento psíquico, orientados pela lógica da atenção psicossocial.

Não obstante os evidentes avanços alcançados pela RPB ainda existem questões a serem resolvidas. Nos últimos anos um fenômeno que chama a atenção de técnicos e pesquisadores é a chamada cronificação dos usuários. Esse processo caracteriza-se pelo não-desenvolvimento de autonomia por parte do usuário, que permanece ligado ao CAPS por longos períodos, repetindo o fenômeno da institucionalização dos sujeitos (COSTA; FIGUEIRÓ; FREIRE, 2014).

Outra situação recorrente e que permanece como desafio para a RPB é a reinternação psiquiátrica, caracterizada por um ciclo de internações e altas em curto espaço de tempo. Ramos, Guimaraes e Enders (2011) chamam a atenção para o fato de que repetitivas experiências de internação podem favorecer ao enfraquecimento e até mesmo o rompimento de laços familiares e sociais, tornando o portador de sofrimento psíquico mais suscetível e vulnerável.

A desinstitucionalização é um processo complexo, que supera a desospitalização. A desinstitucionalização exige um amadurecimento da política de saúde, no sentido de promover condições para a inserção dos portadores de

sofrimento psíquico no convívio social, promovendo sua autonomia, garantindo o respeito aos direitos humanos e fornecendo tratamento adequado e necessário (WHO, 2001).

2.2 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) costuma ser definida como o primeiro nível dos sistemas de saúde, local ao qual os usuários costumam recorrer como primeira opção quando tem alguma necessidade em saúde. Embora muito reconhecido, o termo APS não apresenta um consenso com relação à sua interpretação. Existem quatro conceitos: APS seletiva: programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços (*selective primary care*); APS enquanto um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados à toda população (*primary care*); APS abrangente: concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto em Alma-Ata para enfrentar necessidades individuais e coletivas (*comprehensive primary health care*); filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A APS enquanto modelo de organização de serviços teve um importante momento histórico na Conferência Internacional sobre Atenção Primária, realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, à época pertencente à União Soviética. Ao final da Conferência foi redigida a Declaração de Alma-Ata, que aponta a importância dos serviços de atenção primária e enfatiza a saúde enquanto direito humano. Foi elaborada a seguinte definição para a APS:

Atenção essencial à saúde, baseada na tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornando-se universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral de um sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo um primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (WHO, 1978).

A Declaração de Alma-Ata foi criticada por ser considerada abrangente demais, além de pouco propositiva. No contexto internacional viviam-se tempos de baixo crescimento econômico, fato que fortaleceu a proposta de APS seletiva. Muitos programas de APS seletiva foram disseminados em países de baixo desenvolvimento sócio-econômico, oferecendo serviços pontuais para atenuar demandas de baixa complexidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Um movimento de renovação da APS e de fortalecimento de propostas de APS abrangente tem sido notado depois dos anos 2000, atualizando o papel da APS como modo de reorganizar os sistemas de saúde e garantir o direito à saúde.

Barbara Starfield (2002) propôs um modelo para avaliar a APS abrangente, baseando-se em atributos da APS, sendo estes essenciais e derivados. Os atributos essenciais da APS:

- Primeiro contato: o serviço de saúde deve ser de fácil acesso ao usuário, de modo que o usuário tenha o serviço como referência para cada nova necessidade em saúde;
- Longitudinalidade: implica em constituir um vínculo entre o usuário e o serviço/profissional de saúde ao longo da vida, independentemente da ausência ou presença de doença;
- Integralidade ou abrangência: reconhecer as necessidades dos usuários em todas as suas dimensões (orgânica, psíquica, social), condicionada ao limite de atuação dos profissionais de saúde.
- Coordenação: garantir a continuidade da atenção dentro da rede de serviços.

Os atributos derivados são:

- Centralidade na família: considerar o contexto e a dinâmica familiar para melhor avaliar como responder às necessidades de cada membro;
- Orientação para a comunidade: conhecer as necessidades de saúde da população dado o contexto em que vive;
- Competência cultural: reconhecer as necessidades dos diferentes grupos populacionais e se atentar para atender a elas.

No Brasil a denominação APS foi substituída por atenção básica à saúde (ABS), por considerar que a proposta brasileira era superior em termos de amplitude

quando comparada à APS seletiva. Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) os termos passam a ser considerados sinônimos. A definição de ABS proposta pela PNAB é bastante abrangente:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, p.19, 2012).

A ABS se desenvolve próximo das pessoas, com o mais alto grau de capilaridade e descentralização. Deve ser o contato preferencial dos usuários e também a porta de entrada, atuando de maneira a coordenar os fluxos nas Redes de Atenção à Saúde.

A Estratégia Saúde da Família é o elemento chave para a reorganização do modelo de atenção básica no Brasil. Sua trajetória inicia-se com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. Os agente comunitários tinham atuação focada e limitada, mas diante de um quadro de baixa cobertura médico-sanitária foram adquirindo cada vez mais atribuições. No ano de 1994 foi lançado o Programa Saúde da Família, implementado principalmente em municípios pequenos e com caráter restrito de APS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A partir da publicação do Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990, a ABS ganha um papel de destaque, tornando o centro de comunicação do sistema de saúde, porta de entrada para diversas redes prioritárias e requisito mínimo para a constituição das Redes de Atenção à Saúde.

2.3 Saúde Mental na APS

A publicação pela OMS do Relatório Mundial de Saúde em 2001 com a temática da saúde mental trouxe uma clara mensagem sobre a importância de se

discutir o adoecimento mental e ainda a necessidade de criar alternativas para o tratamento dos portadores de sofrimento psíquico (WHO, 2001). O relatório faz um importante alerta a respeito do impacto causado pelos transtornos mentais, econômicos e sociais.

As publicações mais recentes do estudo Carga Global de Doenças apontam um quadro preocupante. O adoecimento psíquico está distribuído em todas as populações, afetando pessoas de ambos os sexos, ricos e pobres, moradores de áreas urbanas ou rurais. Estima-se que no ano 2015 havia 875 milhões de pessoas acometidas por alguma afecção psíquica no mundo (esquizofrenia, transtornos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, depressão, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, autismo, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade) (GBD, 2016).

No Brasil a Pesquisa Nacional de Saúde indica que a prevalência de depressão na população maior que 18 anos é 7,6%, com variações entre os estados, de 1,6% no Pará a 13,2% no Rio Grande do Sul (IBGE, 2015). Os dados da Carga Global de Doenças indicam que no país 37,9 milhões de pessoas tem alguma afecção psíquica, e que na comparação com o ano de 2005 houve um aumento na prevalência desses agravos (GBD, 2016).

A OMS sugere no Relatório uma série de medidas para melhorar o tratamento de portadores de sofrimento psíquico e minimizar o impacto do adoecimento mental. São 10 ações propostas:

1. Proporcionar tratamento na atenção primária;
2. Disponibilizar medicamentos psicotrópicos;
3. Proporcionar cuidados na comunidade;
4. Educar o público;
5. Envolver as comunidades, as famílias e os usuários;
6. Estabelecer políticas, programas e legislações nacionais;
7. Preparar recursos humanos;
8. Estabelecer vínculos com outros setores;
9. Monitorar a saúde mental na comunidade;
10. Apoiar mais a pesquisa. (WHO, 2001)

Dentre as recomendações acima, destaca-se logo no primeiro item a necessidade de integrar os cuidados em saúde mental na atenção primária.

Coerente com essa perspectiva, no ano de 2008 em parceria com a Organização Mundial de Médicos de Famílias (WONCA) a OMS lançou a publicação “Integrating mental health into primary care: a global perspective”. As organizações apontam as razões para integrar a saúde mental na atenção primária, bem como indicam os princípios a serem seguidos e exemplos de intervenções bem sucedidas (WHO; WONCA, 2008).

As razões para a integração da saúde mental na APS são: a carga dos transtornos mentais é grande; problemas de saúde mental e física estão entrelaçados; a diferença de tratamento para os transtornos mentais é enorme; a atenção primária à saúde mental aumenta o acesso; a atenção primária à saúde mental promove o respeito aos direitos humanos; cuidados primários para a saúde mental são acessíveis e custo-efetivos; a atenção primária à saúde mental gera bons resultados de saúde (WHO, WONCA, 2008).

Consoante as razões listadas acima são indicados os princípios que devem orientar a integração da saúde mental na atenção primária:

- a política e os planos precisam incorporar cuidados primários para a saúde mental;
- advocacia é necessária para mudar atitudes e comportamentos;
- é necessária uma formação adequada dos trabalhadores de cuidados primários;
- as tarefas de cuidados primários devem ser limitadas e factíveis;
- profissionais e instituições de saúde mental especializados devem estar disponíveis para apoiar a atenção primária;
- os doentes devem ter acesso a medicamentos essenciais psicotrópicos na atenção primária;
- integração é um processo, não um evento;
- um coordenador de serviços de saúde mental é crucial;
- é necessária a colaboração com outros setores governamentais não ligados à saúde, organizações não-governamentais, agentes de saúde das aldeias e comunidades e voluntários; e
- são necessários recursos financeiros e humanos (WHO; WONCA, 2008).

Cabe-nos destacar que entre as razões apontadas pelas organizações o fato de afecções mentais e físicas estarem conjugadas já seria causa suficiente para a

integração da saúde mental na APS. Sendo a integralidade um princípio da APS, ofertar cuidado ao usuário em todas as suas dimensões é fundamental. Além disso, no que tange aos princípios apontados, destaca-se a abordagem da integração como um processo, de modo que não se efetiva em uma única intervenção, é preciso investir num contínuo fazer integração.

Ainda no ano 2008 a OMS lançou o programa mhGAP (Mental Health Gap Action Programme - Programa de Ação sobre a Lacuna de Saúde Mental), no qual incentiva a implantação de serviços de saúde mental em atenção primária em países de baixa e média renda (WHO, 2008). Muitos países aderiram ao projeto, especialmente na África e na Ásia (Etiópia, Uganda, Índia, Nepal, Nigéria, África do Sul, Malawi).

Segundo Ventevogel (2014) a principal ferramenta do mhGAP é o “Guia de Intervenção para Transtornos Mentais, Neurológicos e de Uso de Substâncias em Configurações de Saúde Não Especializadas”. Trata-se de um manual clínico baseado em revisões sistemáticas de evidências de eficácia dos serviços. A proposta central do programa é aumentar o acesso a serviços de saúde mental não baseados em especialistas.

Estudos realizados em países que implantaram o programa demonstram que existem muitas dificuldades para a sua efetivação, especialmente nos países mais pobres. Em países Etiópia, Nepal e Uganda não haviam profissionais para realizar a supervisão dos profissionais da atenção primária (HANLON et al, 2016). Muitos países apresentam deficiências com relação aos recursos destinados a políticas de saúde mental.

Alguns estudos indicam que mesmo em países desenvolvidos, com forte identificação com a APS a integração da saúde mental é um desafio. Em estudo realizado na Noruega verificou-se que o contato mais próximo entre médicos de APS e profissionais de atenção especializada pode favorecer ao melhor atendimento das necessidades dos usuários, apontando a interação e a comunicação entre os profissionais como entrave a ser resolvido (FREDHEIM et al, 2011).

Em inquérito realizado com médicos generalistas lituanos Jaruseviciene e colaboradores (2014) identificaram baixa capacitação para realizar atendimento de usuários com sofrimento mental. Os autores indicam que investir na formação e capacitação dos médicos para atuarem no cuidado em saúde mental é a saída para ampliar a oferta de cuidado em saúde mental na atenção primária.

Estudo realizado na província de Quebec, no Canadá, indicou que os médicos generalistas apresentavam dificuldades para comunicar-se com médicos psiquiatras e psicólogos. Uma alternativa apontada pelos generalistas para melhorar a qualidade do atendimento de portadores de sofrimento mental seria oferecer consultas com tempo maior (FLEURY et al; 2012).

Em revisão sistemática publicada por Frateschi e Cardoso (2016) foi verificado que muitos profissionais da APS não sentem-se preparados para o atendimento de portadores de sofrimento psíquico, optando pelo encaminhamento para o nível especializado. Segundo as autoras as ações mais identificadas foram reuniões de equipes, capacitação de profissionais e articulação entre APS e serviços especializados. As autoras chamam a atenção para o fato de que os usuários aparecem em poucos casos como participantes do processo de avaliação de intervenções. Os estudos brasileiros analisados pelas autoras tiveram como destaque a estratégia do apoio matricial, sendo este considerado um arranjo inovador na busca da integração da APS com serviços especializados.

No contexto brasileiro, existe um grande incentivo para que a ABS absorva o cuidado em saúde mental. A inclusão da ABS como integrante da RAPS, considerada como ponto de entrada do usuário na rede é um claro indicio dessa aproximação. O MS por meio do Departamento de Atenção Básica lançou em 2013 uma publicação com orientações acerca da inserção do cuidado em saúde mental na ABS. Trata-se do Cadernos de Atenção Básica, nº 34 – Saúde Mental. Dentre as orientações presentes no documento destaca-se o apoio matricial. (BRASIL, 2013b).

A prática do apoio matricial em saúde mental é objeto de estudos de vários pesquisadores. Enquanto prática assistencial o apoio matricial favorece à manutenção dos vínculos dos usuários com suas equipes de referência na atenção básica. (HIRDES; SCARPARO, 2015; GRYSCHKE; PINTO, 2015; WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

2.3.1 Apoio matricial

O apoio matricial é um arranjo organizativo que tem como finalidade garantir suporte em atendimentos especializados para equipes que não contam com o profissional especialista incluído. Desse modo, entende-se que o apoio matricial é

uma possibilidade de vislumbrar à garantia de atenção integral à saúde para os usuários do SUS (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Para que o apoio matricial se torne efetivo, é importante que se defina a equipe de referência, sendo esta responsável pelo acompanhamento dos casos e pela gestão do cuidado. O apoiador matricial deve juntamente com a equipe de referência se corresponsabilizar pelo cuidado dos usuários, garantindo que não haja supressão da equipe de referência em função do trabalho do apoiador. (CAMPOS; DOMITTI, 2007). A lógica que orienta é o trabalho da equipe de referência junto ao apoio matricial é do trabalho interdisciplinar, colaborativo, não hierarquizado em função do saber do apoiador.

Dentre as possibilidades de funcionamento do apoio matricial destacam-se três formas:

- a) atendimentos em conjunto realizados pelos profissionais da equipe de referência e pelo profissional do apoio matricial;
- b) atendimentos realizados exclusivamente pelo apoiador matricial, somente em casos em que se demande intervenções próprias da sua especialidade, sem que, no entanto, a equipe de referência seja retirada do processo. Mesmo nesses casos, o apoiador deve manter a equipe de referência vinculada ao processo de cuidado daquele usuário que demandou atendimento especializado;
- c) orientações e informações fornecidas pelo apoiador matricial de modo a capacitar a equipe de referência a realizar o cuidado.

Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência visam superar a fragmentação sistêmica ainda percebida no SUS. Na lógica do apoio matricial, não existe o encaminhamento, nem a referência/contrarreferência. O profissional da equipe de referência não deixa de ser responsável pelo cuidado dos usuários quando os insere no contexto de atendimento com o apoiador matricial, nem tampouco perde o vínculo com o mesmo. Por conseguinte, o usuário não precisa ficar indo e vindo em busca de atendimento especializado, podendo ser atendido na unidade de saúde na qual está inscrito e a qual ele tem como referência. (CUNHA; CAMPOS, 2011).

O apoio matricial pode se configurar como retaguarda assistencial e também como suporte técnico pedagógico às equipes de Atenção Básica. Dessa forma, o

apoio matricial atende ainda à necessidade de capacitar permanentemente as EqSF. A presença pressupõe a construção compartilhada de diretrizes clínicas entre os integrantes da equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Tais diretrizes clínicas devem prever critérios para acionar o apoio dos especialistas e definir alcance de responsabilidade tanto dos profissionais da equipe de Atenção Básica quanto dos apoiadores matriciais. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Dentro da PNAB o apoio matricial se tornou realidade a partir de 2008, quando foram instituídos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, por meio da Portaria nº 2.488, de 24 de janeiro de 2008. De acordo com portaria o NASF tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (BRASIL, 2008).

Dentre as atividades desenvolvidas pelas equipes do NASF, encontra-se o apoio matricial em saúde mental. No art. 4º, item IV, inciso 2º há o destaque para que cada equipe de NASF conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental, dada a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais. (BRASIL, 2008).

Santos e colaboradores (2015) avaliaram a oferta de apoio matricial às EqAB participantes do primeiro ciclo do PMAQ-AB e evidenciaram que a presença de apoio matricial está associada à melhor certificação das equipes.

2.4 Avaliação em Saúde e Avaliação da APS

A avaliação na área da saúde tem o papel de contribuir para que os sistemas de saúde apresentem melhores desempenhos, ofertando serviços de qualidade para a população, com otimização do uso dos recursos e, principalmente, auxiliando na tomada de decisões. Segundo Contandriopoulos e colaboradores (1997) a avaliação de serviços públicos, incluindo o de saúde, surge no período após a Segunda Guerra Mundial, muito preocupada com a questão da eficácia do gasto público. A partir da década de 1970 o contexto econômico impôs a necessidade de avaliar as ações na saúde, uma vez que a economia desacelerava e o gasto do Estado aumentava tornou-se imperativo propor um controle de custos no setor da saúde.

Propor uma definição acerca de avaliação, e por conseguinte de avaliação em saúde esbarra justamente na complexidade que são os sistemas de saúde; por isso

a necessidade de se desenvolverem aparatos que avaliem o setor saúde em suas várias dimensões. Contandriopoulos e colaboradores apontam que

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS et al, p.31, 1997).

Nesse sentido, os autores indicam que uma intervenção pode ser avaliada a partir de duas perspectivas: pode-se avaliar qualquer um dos componentes da intervenção, e ainda pode-se avaliar as relações existentes entre os variados componentes de uma mesma intervenção.

Os objetivos de uma avaliação são inúmeros, mas nem sempre estão claros. Contandriopoulos e colaboradores (1997) indicam quatro objetivos oficiais de uma avaliação: objetivo estratégico (auxilia no planejamento e na elaboração da intervenção); objetivo formativo (fornece informação para melhoria de uma intervenção em curso); objetivo somativo (determina se a partir do efeitos de uma intervenção a mesma deve ser mantida, alterada ou encerrada) e objetivo fundamental (contribuir para a acumulação de conhecimento).

A avaliação em saúde pode ser classificada em duas modalidades: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A avaliação normativa caracteriza-se por se basear em normas e critérios, comparando estrutura utilizada, processos desenvolvidos e recursos alcançados. Já a pesquisa avaliativa baseia-se em métodos científicos para avaliar uma intervenção após a sua ocorrência, orientando-se por critérios de pertinência, fundamentos teóricos, produtividade, efeitos e rendimentos da intervenção (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

Donabedian (1990) desenvolveu um modelo de avaliação centrado nos componentes de estrutura, processo e resultado (curto, médio e longo prazo) para a observância dos sete pilares da qualidade (eficácia, efetividade, eficiência, equidade, acessibilidade, otimização, legitimidade).

A complexidade dos sistemas de saúde e seus diversos componentes impõe sérias dificuldades quanto à realização de avaliações. De modo geral, as avaliações em saúde ocorrem por componente do sistema, atenção primária, atenção especializada, hospitalar, etc.

As avaliações na APS assim como em outros componentes dos sistemas de saúde são marcadas pela heterogeneidade, de propostas, de finalidades, de instrumentos e de resultados. A partir da concepção de atributos da APS apresentada por Starfield (2002) muitas avaliações têm sido estruturados com o objetivo de medir a qualidade dos serviços de APS.

Alguns países tem desenvolvido sistemas formais de avaliação da qualidade em APS, no Reino Unido desde 2004 vêm sendo implementado o Quality and Outcomes Framework (QOF), que tem como característica marcante o atrelamento de metas de qualidade a pagamento por desempenho aos médicos generalistas (MARTIN et al, 2014). O QOF serviu de inspiração para que outros países implementassem processos similares.

Levitt e colaboradores (2014) relataram o esforço para a criação de um instrumento de avaliação da qualidade da APS no Canadá. Por meio de levantamento de ferramentas reconhecidas para a avaliação da APS os pesquisadores elencaram 81 indicadores de qualidade para a composição de uma ferramenta de avaliação da qualidade adequada para os indicadores do sistema canadense.

Em revisão sistemática publicada em 2015, Simou e colaboradores fizeram um levantamento de projetos de avaliação da qualidade em APS ocorridos entre 1990 e 2010. Os autores selecionaram 10 projetos que resultaram em 556 indicadores de qualidade, desenvolvidos na Europa, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia. Os indicadores foram separados em domínios, sendo os mais frequentes: qualidade/segurança, acesso/facilidade, abrangência, infraestrutura, registro de saúde do paciente ou gerenciamento de informação de saúde, continuidade, informação, efetividade, promoção da saúde. Os autores destacam que as características heterogêneas de cada programa de avaliação tornam difícil a comparação dos resultados, além disso há grande diversidade com relação aos instrumentos de coleta de dados.

A revisão sistemática apresentada por Fracolli e colaboradores (2014) visou identificar os instrumentos validados mais utilizados para a avaliação da APS, resultando em cinco instrumentos mais frequentes:

- WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET): criado pela OMS o PCET visa proporcionar uma abordagem estruturada, com base nas funções dos sistemas de saúde, tais como governança, financiamento e geração de

recursos, bem como as características de um bom atendimento primário como: a acessibilidade, a integralidade, a coordenação e a continuidade;

- ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP): foi desenvolvido para avaliar as percepções de prestadores de cuidados primários acerca de atividades desenvolvidas para cuidar de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH);
- General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ): desenvolvido no Reino Unido este questionário concentra sua avaliação em aspectos da prática geral como acesso, aspectos interpessoais e continuidade do cuidado;
- PACOTAPS (Aplicativo para Atenção Primária em Saúde): trata-se de um aplicativo para APS que propõe a realização de análises a partir de dados secundários, visando auxiliar os gestores em tomadas de decisões;
- PCATools (Primary Care Assessment Tool): instrumento desenvolvido com base no conceito de avaliação da qualidade proposto por Donabedian, baseia-se na mensuração de aspectos de estruturas, processos e resultados. Os itens do questionário avaliam a APS a partir dos atributos propostos por Starfield (acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar, orientação para a comunidade e competência cultural).

Dentre os instrumentos citados por Fracolli e colaboradores (2014) o PCATools se destaca pela sua inserção no Brasil. Existem três versões disponíveis para o instrumento e o mesmo é utilizado em vários estudos que avaliaram ABS. Os autores citam ainda o uso frequente do EUROPEP no Brasil. Este instrumento propõe fornecer informação para a melhoria da prática e do desempenho de médicos de família da ABS.

Miclos, Calvo e Colussi (2015) apresentam como alternativa para avaliação da ABS o uso de um indicador sintético, produzido pelo Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (Nepas) da Universidade Federal de Santa Catarina. Este indicador é composto por duas dimensões: gestão do sistema municipal de saúde e provimento da ABS. Na dimensão da gestão do sistema são consideradas ações que envolvem atuação intersetorial, participação popular, recursos humanos e infraestrutura. No provimento da ABS consideram-se ações de promoção, prevenção, tratamento e diagnóstico de acordo com os ciclos vitais da

população (crianças, adolescente, adulto, idoso) (SCARATTI; CALVO, 2012). São utilizados dados secundários de bases oficiais para o cálculo do indicador.

Outra proposta de instrumento de avaliação voltado para a ABS é apresentado por Castanheira e colaboradores (2011). O Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB) contém indicadores sobre a oferta, organização do trabalho assistencial e programático e gerenciamento. O QualiAB foi desenvolvido para ser utilizado como ferramenta *web*, facilitando a aplicação e a obtenção dos resultados. Os autores apontam que o instrumento tem validade para aplicação a todas as EqAB do Brasil, e que pode contribuir para o aperfeiçoamento da avaliação dos sistemas de saúde.

Não obstante o desenvolvimento de instrumentos para a avaliação dos sistemas de saúde, a cultura de avaliação deve ser incorporada ao cotidiano dos serviços, sendo vista como processo de aprimoramento e de melhoria na gestão e no cuidado dos usuários. Portanto, incluir nas políticas de saúde a avaliação de forma sistemática deve ser um compromisso.

Na realidade brasileira a avaliação de serviços de saúde tem dois momentos importantes, apontados por Almeida e Giovanella (2008). O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), que contou com um componente avaliativo com o intuito de fortalecer a institucionalização do monitoramento e avaliação da ABS. As avaliações realizadas por meio do PROESF seguiam quatro eixos: político-institucional, organização da atenção, cuidado integral e desempenho dos sistemas de saúde. O segundo destaque das autoras é para o Edital MCT-CNPq/MS-DAB/SAS – nº.49/2005 – Pesquisas Avaliativas em Atenção Básica à Saúde, que financiou projetos com o objetivo de expandir o conhecimento sobre a avaliação da ABS. Foram realizadas investigações em cinco eixos: avaliação da gestão e reorganização da atenção básica em municípios acima de 100 mil habitantes; complexo produtivo em saúde e financiamento da atenção básica; institucionalização da avaliação na atenção básica no âmbito do SUS; desenvolvimento e validação de metodologias de análise e avaliação da atenção básica; e processo de trabalho em saúde.

Mais recentemente, no ano de 2011, teve início a proposta de um arranjo voltado para a avaliação da ABS de maneira ampla. Diferentemente do que aponta Fracolli e colaboradores (2014) o PMAQ-AB não se configura como um instrumento de avaliação da ABS. O PMAQ-AB enquanto componente da PNAB se coloca como

um dispositivo de promoção da qualidade da atenção em saúde, utilizando-se de instrumentos de avaliação para produzir informação e subsidiar a tomada de decisão. O instrumento de avaliação é uma parte do PMAQ-AB, mas enquanto parte não é capaz de representar a totalidade do que se propõe a ser.

2.5 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

O PMAQ-AB foi instituído pela Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011 tendo como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica. Suas principais características são: estabelecer parâmetros de comparação entre as equipes participantes; incentivar gestores e equipes de saúde a buscar melhoras constantes, instituindo pagamentos por cumprimento de metas; caráter voluntário para a adesão. (BRASIL, 2011a).

O processo de avaliação está subdividido em quatro fases:

- 1 – Adesão e contratualização;
- 2 – Desenvolvimento;
- 3 – Avaliação externa;
- 4 – Recontratualização.

Na primeira fase, os gestores municipais indicam quais equipes irão participar do programa e formalizam metas e compromissos a serem cumpridas. Como a adesão ao PMAQ-AB é voluntária, as equipes devem discutir juntamente com os gestores se vão participar ou não do programa. Desenvolver a habilidade de negociação entre gestores e trabalhadores é um dos focos do programa, por considerar que o êxito está na construção coletiva. (BRASIL, 2011a).

De acordo com Pinto, Souza e Florêncio (2012) essa etapa tem como objetivo consolidar a cultura da negociação, promovendo o protagonismo de todos os atores envolvidos, visando orientar os serviços de acordo com as necessidades dos usuários e promover o desenvolvimento das equipes.

Durante a segunda fase do programa deve ocorrer o desenvolvimento de ações que visem alcançar a mudança na gestão do cuidado, a serem implementadas pelas EqAB e pelos gestores municipais, estaduais e pelo MS. O desenvolvimento destas ações é uma ação transversal, a ser desenvolvido no decorrer do ciclo de avaliação, e conta com quatro componentes:

- Autoavaliação: todas as equipes devem promover processos de avaliação de sua própria prática, visando estabelecer a cultura da avaliação e do reconhecimento pelas EqAB da importância de pontos fortes e fracos de sua atuação, buscando a melhoria contínua. As equipes podem optar por utilizar o instrumento padrão desenvolvido pelo MS (AMAQ) ou outro a sua escolha, podendo inclusive desenvolver o seu próprio instrumento de autoavaliação;
- Monitoramento: compreende um processo contínuo de acompanhamento e avaliação dos parâmetros dos indicadores contratualizados, garantindo que as informações produzidas a partir das práticas das equipes possam subsidiar a sua tomada de decisão para o planejamento das ações de cuidado. Destaca-se a necessidade e a importância da implementação de ferramentas de gestão da informação, de modo que EaAB tenham condições de registrar as atividades desenvolvidas e terem condições de utilizá-las no planejamento;
- Educação permanente: vista como um processo para além do pedagógico, a educação permanente é uma estratégia de apoio à gestão do cuidado pelas equipes na medida em que se orienta pelas demandas e necessidades dos profissionais, devendo garantir que a aquisição e aprimoramento de conhecimentos e habilidades estejam relacionados com o cotidiano das equipes e suas necessidades. É fundamental que os gestores apoiem e promovam as estratégias de educação permanente em consonância com as demandas das equipes;
- Apoio institucional: visa fornecer suporte às EqAB no nível da gestão, atuando para a melhoria de processos, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. O apoiador institucional tem como papel principal aproximar os profissionais que prestam a assistência ao usuário daqueles responsáveis pela gestão. Considerando o propósito de avaliação integrada para melhoria do acesso e da qualidade o apoio institucional é importante na medida em que auxilia as equipes no planejamento, fornecendo apoio técnico, visando alcançar as metas contratualizadas e promover melhoria contínua da assistência prestada aos usuários (BRASIL, 2011a).

Se na primeira fase as equipes e os gestores precisavam pactuar de forma conjunta as metas a serem cumpridas, na segunda etapa os mesmos deverão atuar conjuntamente para alcançar os resultados. A autoavaliação é uma oportunidade para as equipes avaliarem o seu próprio desempenho e se colocarem em relação à

sua prática. O monitoramento de indicadores implica em conhecer e reconhecer a importância do uso da informação para a tomada de decisão. Nesse processo, por meio do apoio institucional e da educação permanente, a gestão deve co-participar, oferecendo subsídios necessários para as equipes se empoderarem e aprimorarem suas práticas (PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012). O PMAQ-AB utiliza indicadores de desempenho e indicadores de monitoramento. Os de desempenho tem impacto direto na nota de certificação da equipe, já os de monitoramento servem para conhecer o contexto das equipes. Dentre os indicadores de monitoramento estão inseridos saúde mental e vigilância de tuberculose e hanseníase, por exemplo.

A fase de avaliação externa tem um peso muito importante na certificação de desempenho das EqAB. Esta etapa é realizada pelo MS em parceria com instituições de ensino e pesquisa, que selecionam e capacitam os avaliadores que vão até as unidades básicas de saúde entrevistar pessoalmente um membro de cada EqAB participante. A avaliação externa é estruturada em quatro módulos:

- Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar as características estruturais e de ambiência na Unidade Básica de Saúde, bem como os equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis.
- Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva verificar as ações para a qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica, assim como obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.
- Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.
- Módulo eletrônico compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III. Essas informações devem ser respondidas pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB).

De acordo com Pinto, Souza e Florêncio (2012) o processo de avaliação externa propõe-se a uma avaliação que é muito complexa, que vai muito além da forma como as equipes promovem o cuidado aos usuários. Ao incluir itens como estrutura física das unidades e plano de carreira dos profissionais, por exemplo, implica numa avaliação que é integrativa, desde os fatores ligados à gestão até a oferta dos serviços de saúde pelas equipes. Desse modo, impõe às equipes que se

articulem com a gestão a fim de conseguir as melhorias necessárias para atender aos padrões exigidos pela avaliação.

O instrumento utilizado na avaliação externa contém 893 padrões de qualidade, que avaliam múltiplos aspectos da atenção básica. Para o processo de certificação foi construída uma matriz de pontuação, orientada pela divisão em cinco dimensões, que se subdividem em 34 subdimensões. A escolha dos itens que compõem cada uma das subdimensões, bem como a relevância do item para a subdimensão e a consequente pontuação para o item foi feita por técnicos do MS, pelo Conass e pelo Conasems, tendo como base a relevância técnica, estratégica e política.

Figura 1 – Dimensões para certificação das equipes – PMAQ-AB.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES		RELEVÂNCIA	PERCENTUAL DA CERTIFICAÇÃO
DIMENSÃO I – Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica (Peso = 10)	I.1	Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe	1	1,8
	I.2	Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica	3	5,3
	Subtotal	-	4	7,0
DIMENSÃO II – Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS (Peso = 15)	II.1	Funcionamento da Unidade de Saúde	1	0,8
	II.2	Características Estruturais, Ambiência e Sinalização da UBS	2	1,5
	II.3	Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na UBS	3	2,3
	II.4	Informatização, Conectividade e Telessaúde	2	1,5
	II.5	Medicamentos Componentes da Farmácia Básica	3	2,3
	II.6	Imunobiológicos na Unidade Básica Saúde	2	1,5
	II.7	Testes Rápidos na Unidade Básica Saúde	1	0,8
	Subtotal	-	14	10,5
DIMENSÃO III – Valorização do Trabalhador (Peso = 15)	III.1	Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica	2	1,9
	III.2	Educação Permanente	3	2,9
	III.3	Gestão do Trabalho: Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários e Perspectiva de Continuidade do Vínculo	3	2,9
	III.4	Plano de Carreira e Remuneração Variável	3	2,9
	Subtotal	-	11	10,5

Continuação

DIMENSÃO IV – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho (Peso = 50)	Gestão do Processo de Trabalho e Acesso			
	IV.1	População de Referência da Equipe de Atenção Básica	2	1,9
	IV.2	Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica	2	1,9
	IV.3	Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica	2	1,9
	IV.4	Organização dos Prontuários na unidade básica de saúde	2	1,9
	IV.5	Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade	3	2,9
	Subtotal		11	10,5
	Atenção à Saúde			
	IV.6	Acolhimento à Demanda Espontânea	4	3,8
	IV.7	Saúde da Mulher e da Criança	2	1,9
	IV.8	Condições Crônicas (Obesidade, Tuberculose e Hanseníase)	4	3,8
	IV.9	Saúde Mental	4	3,8
	IV.10	Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	4	3,8
	IV.11	Promoção da Saúde	2	1,9
DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES		RELEVÂNCIA	PERCENTUAL DA CERTIFICAÇÃO
	IV.12	Participação do Usuário e Controle Social	2	1,9
	Subtotal		22	21,9
	Áreas Específicas (Soma-se à Atenção à Saúde)			
	IV.13	População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas	3	0,9
	IV.14	Programa Saúde na Escola	3	0,9
	IV.15	Práticas Integrativas e Complementares	6	1,8
	Subtotal		12	3,5
Subtotal	-		45	35,5
DIMENSÃO V – Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário (Peso = 10)	V.1	Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde	4	1,3
	V.2	Atenção Integral à Saúde, Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado	4	1,3
	V.3	Acolhimento à Demanda Espontânea	2	0,7
	V.4	Saúde da Mulher e da Criança	4	1,3
	V.5	Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus)	4	1,3
	V.6	Satisfação e Participação do Usuário	3	1,0
Subtotal	-		21	7,0
TOTAL	-			70,0

Fonte: BRASIL, 2015.

Após a avaliação externa ocorre a certificação das equipes, que considera o desempenho das equipes em três conjuntos de ações, conforme o quadro abaixo:

Quadro 2 – Componentes da certificação das equipes – PMAQ-AB

Ações	Percentual da nota final da certificação
Implementação de processos autoavaliativos	10%
Avaliação dos indicadores contratualizados*	20%
Avaliação Externa	70%

*Corresponde à verificação do envio de dados para a base nacional do e-SUS/Sisab ou ao preenchimento dos indicadores do e-SUS no sistema do PMAQ e, também, à implantação do sistema por meio dos padrões de qualidade na avaliação externa.

Fonte: BRASIL, 2015

O processo de certificação das equipes tem importância fundamental para o PMAQ-AB, pois além de ser um marcador do nível de acesso e qualidade da assistência prestada ao usuário também tem relação direta com o repasse financeiro atribuído às EqAB participantes do programa. Ao se inscreverem no PMAQ-AB os municípios passam a receber o chamado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável, que pode ser incrementado em função de acordo com a classificação das equipes na certificação do programa.

Ao final da certificação as equipes foram classificadas em quatro categorias:

I - Desempenho insatisfatório: quando a equipe não cumprir com os compromissos previstos na Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011, e assumidos no Termo de Compromisso celebrado no momento da contratualização no PMAQ e com as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, previstas na Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011;

II - Desempenho mediano ou abaixo da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 50% (cinquenta por cento) das equipes, classificadas com os menores desempenhos, foram consideradas com o desempenho mediano ou abaixo da média;

III - Desempenho acima da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 34% (trinta e quatro por cento) das equipes, classificadas com desempenho intermediário, foram consideradas com o desempenho acima da média; e

IV - Desempenho muito acima da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 16% (dezesesseis por cento) das equipes, classificadas com os maiores desempenhos, foram consideradas com o desempenho muito acima da média.

A relação entre o desempenho alcançado e o valor do repasse do Componente de Qualidade do PAB-Variável é apresentada no quadro a seguir:

Quadro 3 – Distribuição de recursos segundo o desempenho na certificação – PMAQ-AB.

Desempenho	Percentual de Recursos do Componente de Qualidade do PAB Variável
Insatisfatório	Desclassificadas do programa e deixam de receber o Componente de Qualidade
Mediano ou abaixo da média	Continuam recebendo 20% do Componente de Qualidade
Acima da média	Ampliam o recebimento para 60% do Componente de Qualidade
Muito acima da média	Ampliam o recebimento para 100% do Componente de Qualidade

Fonte: BRASIL, 2015.

Após a certificação ocorre a recontratualização, que é a última fase do programa. Nesse momento ocorre a avaliação dos resultados e do cumprimento das metas estabelecidas na fase 1, e nova contratualização, ensejando um processo sistêmico de melhoria constante.

Atualmente o PMAQ-AB está em seu 3º ciclo, o 1º ciclo ocorreu entre 2011 e 2012; o 2º ciclo ocorreu entre 2013 e 2014. Além das EqSF e de outras modalidades de equipe de atenção básica foram avaliadas equipes de saúde bucal e do NASF.

2.6 Teoria da Resposta ao Item

A Teoria da Resposta ao Item (TRI) é “um conjunto de modelos matemáticos que procuram representar a probabilidade de um indivíduo dar uma certa resposta a um item como função dos parâmetros do item e da habilidade do respondente” (ANDRADE; TAVARES; VALLE, p.7, 2000). Desse modo, quanto maior a habilidade do respondente maior será a probabilidade de emitir uma determinada resposta ao item.

A TRI relaciona variáveis observáveis (os itens de um teste) a características não-observáveis do respondente (habilidade, aptidão), e a emissão de respostas depende diretamente do nível de traço latente apresentado pelo respondente (PASQUALI; PRIMI, 2003).

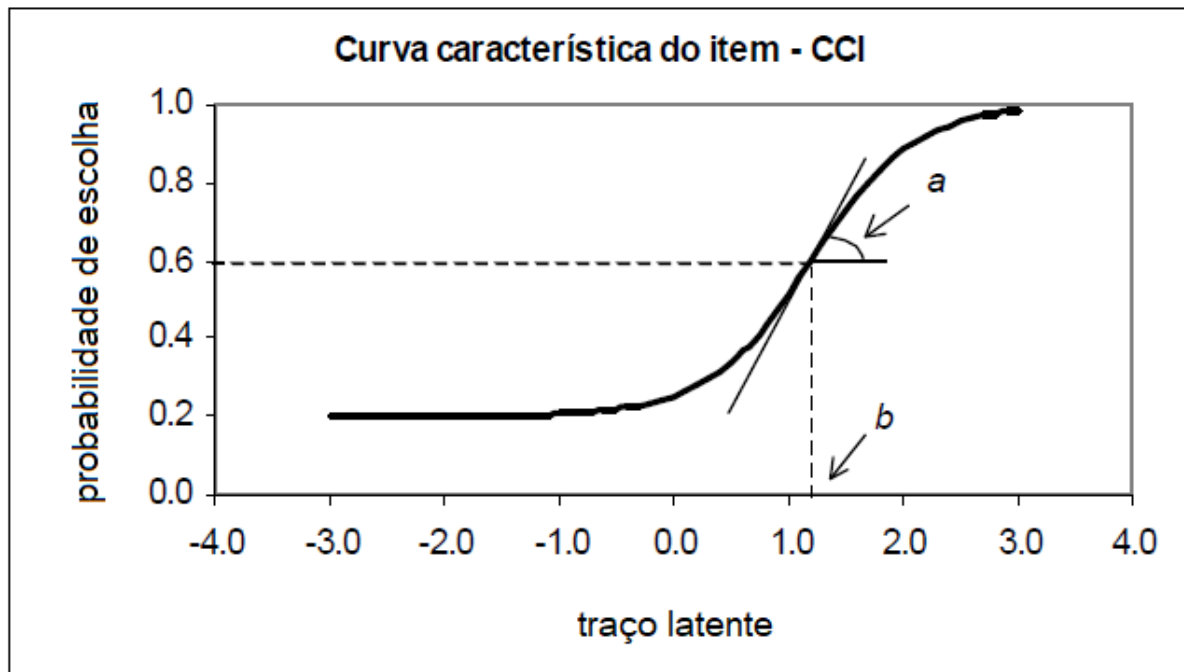
De acordo com a teoria do traço latente é possível modelar numa equação matemática a relação existente entre variáveis observáveis e variáveis hipotéticas (traços latentes). Conhecendo as características das variáveis observáveis estas se tornam constantes em uma equação matemática, sendo possível então estimar o nível de traço latente (habilidade, aptidão) do respondente e vice-versa, ou seja, a

partir do traço latente conhecido é possível estimar os parâmetros dos itens (variáveis observáveis) (PASQUALI; PRIMI, 2003).

Considerando a relação entre as variáveis observáveis e o traço latente a TRI apresenta dois postulados básicos. O primeiro é de que o desempenho do sujeito em um item pode ser predito a partir de um conjunto de fatores ou variáveis hipotéticas (traços latentes). O segundo postulado é de que a relação entre o desempenho do sujeito e os traços latentes pode ser descrita por uma equação matemática monotônica crescente, cujo gráfico é chamado de Curva Característica do Item – CCI (ANDRADE; LAROS; GOUVEIA, 2010).

A Figura 2 apresenta um modelo da CCI. No eixo vertical localiza-se a probabilidade de escolha de uma categoria do item avaliado, no eixo horizontal tem-se a escala de traço latente. Nota-se que de acordo com o aumento do traço latente do respondente aumenta a probabilidade de escolha de uma determinada categoria, sendo que no ponto mais alto da escala (3.0) o respondente apresentaria 100% de probabilidade de apresentar a resposta à categoria mais alta do item.

Figura 2 – Exemplo de Curva Característica do Item



Fonte: adaptado de ANDRADE; TAVARES; VALLE, p.11, 2000.

A TRI apresenta vários modelos matemáticos que propõem mensurar o traço latente. A consideração por qual o modelo deve ser utilizado para determinado conjunto de itens e de traço latente a ser mensurado depende de três condições:

- a) a natureza dos itens (dicotômicos ou não dicotômicos);
- b) o número de populações envolvidas (apenas uma ou mais de uma);
- c) a quantidade de traços latentes que está sendo mensurada (apenas um ou mais de um).

Para garantir que a mensuração do traço latente é adequada a TRI se orienta por suposições: a unidimensionalidade e a independência local dos itens. A unidimensionalidade implica que o conjunto de itens utilizados devem avaliar apenas um traço latente, ou ainda, um traço latente dominante. Andrade, Tavares e Valle (2000) pontuam que o fator dominante é o que se propõe estar sendo mensurado pelo conjunto de itens.

Sobre a independência local dos itens diz-se que dado um determinado nível de habilidade as respostas a um conjunto de itens são independentes. Andrade, Tavares e Valle (2000) indicam que a unidimensionalidade implica em independência local, logo se a suposição de unidimensionalidade for atendida a independência local está aceita.

Os modelos matemáticos da TRI permitem estimar parâmetros para os itens de uma avaliação. Usualmente, utiliza-se o modelo de dois parâmetros, sendo discriminação (“a”) e locação (“b”). O parâmetro de locação é expresso pelo ponto na escala de habilidade (traço latente) em que a curva de informação do item ultrapassa o ponto de 50% de probabilidade de escolha (vide Figura 2). A locação é expressa na mesma métrica da habilidade, seus valores hipoteticamente variam de $-\infty$ a $+\infty$, no entanto, na prática os valores encontrados variam entre -3 e +3 (PASQUALI; PRIMI; 2003). Itens com alto valor para o parâmetro de locação implicam em maior habilidade dos respondentes.

O parâmetro de discriminação do item permite avaliar a qualidade do mesmo para discriminar entre indivíduos com baixa e alta habilidade, é expresso pela inclinação da curva característica do item no ponto de inflexão, ou seja, no momento em que a curva cruza o ponto que representa 50% de probabilidade (vide Figura 2). Os valores esperados para o parâmetro também podem hipoteticamente variar de $-\infty$ a $+\infty$, mas na prática não são esperados valores negativos, pois isso implicaria dizer que a probabilidade de responder corretamente ao item diminui com o aumento da habilidade. Itens com baixos valores de discriminação implicam em indiferenciação quanto à habilidade dos respondentes, ao passo que itens com valores muito alto

tendem a separar os respondentes em alta e baixa habilidade. (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

Além da CCI, a Função de Informação do Item (FII) ou do Teste é uma medida importante na avaliação dos itens na TRI. A FII representa quanto um item contém de informação em função da habilidade.

Existem vários modelos de TRI, sendo cada um deles adequado a determinadas condições dos itens. Abaixo citam-se alguns desses modelos:

- Modelos para itens dicotômicos
 - ✓ Logístico de um parâmetro (ML1)
 - ✓ Logístico de dois parâmetros (ML2)
 - ✓ Logístico de três parâmetros (ML3)
- Modelos para itens não-dicotômicos
 - ✓ Modelo de Resposta Nominal de Bock
 - ✓ Modelo de Resposta Gradual de Samejima
 - ✓ Modelo de Escala Gradual
 - ✓ Modelo de Crédito Parcial
 - ✓ Modelo de Crédito Parcial Generalizado
 - ✓ Outros

Os modelos para itens dicotômicos vão se diferenciar em relação ao número de parâmetros estimados. O modelo ML1 mensura apenas a locação do item (“b”), o modelo ML2 mensura locação (“b”) e discriminação (“a”); e o modelo ML3 avalia também o acerto ao acaso (“c”). Os modelos não-dicotômicos caracterizam-se por apresentar itens com respostas abertas ou com mais de duas opções, que nesse caso podem ser analisadas em níveis de gradação. Existem outros modelos de TRI, no entanto, os apontados acima são os mais utilizados e conhecidos. (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

Hambleton, Swaminathan e Rogers (1991) apontam alguns avanços da TRI em relação à Teoria Clássica de Medidas:

- a) A habilidade do indivíduo é *not test-dependent*, ou seja, o nível de traço latente não depende da amostra de itens, e nem do seu nível de locação.
- b) Os parâmetros dos itens são *not group-dependent*, isto é, não dependem da amostra de indivíduos utilizada para calcular os parâmetros dos itens.

- c) A TRI permite o emparelhamento dos itens de um teste de acordo com a habilidade do respondente, de que itens considerados mais fáceis podem ser utilizados para avaliar indivíduos com menor habilidade e itens mais difíceis para indivíduos com habilidade superior.

A TRI tem sido aplicada a avaliações nos campos da educação, psicologia, qualidade de vida, satisfação do consumidor, entre outras (ANDRADE; LAROS; GOUVEIA, 2010). O seu uso em avaliações no campo da avaliação de serviços de saúde enriquece a discussão e cria novas possibilidades no que tange ao uso dos instrumentos de avaliação.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar os itens do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que melhor discriminam a capacidade de ofertar cuidados em saúde mental.

3.2 Objetivos específicos

- a) Avaliar os itens referentes à oferta de cuidados em saúde mental no PMAQ-AB;
- b) Elaborar uma proposta de escala do nível de oferta de cuidados em saúde mental pelas equipes de atenção básica a partir do PMAQ-AB;
- c) Descrever e analisar os níveis de oferta de cuidados em saúde mental.

4 MÉTODOS

Estudo transversal realizado a partir dos dados do 2º Ciclo do PMAQ-AB, referentes às 30.523 equipes de atenção básica (EqAB). Os dados foram coletados na fase de avaliação externa por entrevistadores vinculados às instituições de ensino parceiras do Ministério da Saúde em visitas às equipes em suas unidades básicas de saúde, com o uso de formulários eletrônicos no período de 2013-2014. As informações oriundas da avaliação externa servem como base para avaliar as condições de acesso e de qualidade das equipes participantes do programa.

Considerou-se como critério de exclusão a retirada das equipes desclassificadas (n=713) ou insatisfatórias (n=353). As equipes de atenção básica desclassificadas não passaram pelo processo de avaliação externa, portanto, não responderam aos questionários de coleta de dados do PMAQ-AB. Já as equipes consideradas insatisfatórias deixaram de cumprir compromissos assumidos no período da contratualização.

A análise das variáveis se baseou na TRI, utilizando o Modelo de Resposta Gradual de Samejima. Definiu-se como construto a ser mensurado a capacidade de uma equipe ofertar cuidados em saúde mental.

Um conjunto de itens foi inicialmente selecionado com base na subdivisão proposta pelo MS no instrumento de avaliação externa. A análise inicial deste conjunto de itens utilizando a TRI mostrou que a subdivisão proposta é incapaz de discriminar satisfatoriamente as equipes em relação à oferta de cuidados em saúde mental.

Para a nova subdivisão proposta realizou-se uma busca pelo termo “saúde mental” por todo o questionário do Módulo II, sendo as variáveis encontradas agrupadas com as demais. Foram selecionadas variáveis dicotômicas e politômicas. Todas as variáveis foram recodificadas de modo a expressar a gradação entre o pior e o melhor cenário. No caso de variáveis dicotômicas a resposta “não” é considerada pior cenário, e a resposta “sim” é considerada melhor cenário.

Selecionaram-se duas variáveis politômicas, que foram recodificadas de modo a apresentar três cenários graduados. A primeira variável refere-se à forma como são agendadas consultas para pessoas em sofrimento psíquico, tendo como melhor cenário a resposta: “as consultas são marcadas em qualquer dia da semana, em qualquer horário”. No cenário intermediário agruparam-se as respostas: “em

qualquer dia da semana, em horários específicos”, “dias específicos fixos, em qualquer horário”, “Dias específicos fixos, em horários específicos”, “Outro(s)”; no pior cenário aparece a resposta “Não marca consultas”.

A segunda variável politômica relaciona-se ao tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, considerando-se como melhor cenário a resposta “Atendido no mesmo dia”, no cenário intermediário agruparam as respostas que variaram de 1 dia a 270 dias de espera; e no pior cenário a resposta “Não atende”.

Inicialmente a gradação dos cenários para as variáveis politômicas foi feita tendo como base a divisão proposta pela Nota Metodológica do PMAQ-AB, com seis níveis. Verificou-se que a ordenação em mais de três níveis para as variáveis politômicas fazia com que as mesmas perdessem capacidade de discriminação.

Após análise preliminar dos 25 itens selecionados (23 dicotômicos e 2 politômicos), verificou-se que 6 itens não se adequavam ao modelo, por interferir no pressuposto de independência ou por terem difícil compreensão, optando-se por removê-los das análises. Foram retirados os seguintes itens:

- equipe atende pessoas em sofrimento psíquico;
- equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar dos casos: outros;
- equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar dos casos: não realiza nenhuma estratégia específica;
- equipe de atenção básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico;
- equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas;
- equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral.

Foi utilizado o software estatístico R^a para os ajustes ao Modelo de Resposta Gradual (Samejima's Graded Response Model – GRM), com o auxílio do pacote ltm. O GRM possibilita fazer a estimativa dos parâmetros de discriminação (parâmetro a) do item e o de locação (parâmetro b) para cada categoria de resposta do item (RIZOPOULOS, 2006). Foi utilizado o parâmetro de discriminação para identificar

^a R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. Version 3.3.1 R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria; 2016.

que itens do questionário com maior poder de discriminação das equipes, com relação ao nível do construto em estudo, ou seja, distinguir as equipes com maior capacidade de “oferta de cuidado em saúde mental” das que menos o fazem.

No modelo utilizado, o parâmetro de locação alcançado por uma equipe equivale ao nível de traço latente no qual a probabilidade de escolha de uma determinada categoria ou superior é de 50%. Usualmente os valores deste parâmetro estão localizados entre -3 e 3, a mesma escala dos escores obtidos pelas equipes (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

Para analisar a consistência interna, a correlação entre os itens e de itens com o escore total foram utilizados os coeficientes alfa de Cronbach, correlação de Spearman e ponto bisserial, respectivamente.

As Curvas Características dos Itens (CCI) foram utilizadas para verificar a probabilidade de escolha para cada uma das categorias dos itens em função da capacidade de “oferta de cuidado em saúde mental”.

A TRI tem como pressupostos a unidimensionalidade (os itens devem mensurar um único traço latente) e a independência local dos itens (dado um escore, as respostas aos itens não podem apresentar dependência entre si). Para avaliar a unidimensionalidade foi utilizada a Análise de Componentes Principais (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000; HAMBLETON; SWANINATHAN; ROGERS, 1991).

Após o ajuste do GRM aos dados foi possível estimar os parâmetros dos itens e também os escores relacionados “à capacidade de oferta de cuidados em saúde mental” alcançado por cada equipe. Procedeu-se à análise descritiva dos escores, utilizando-se distribuição de frequências, medidas de tendência central e dispersão. Os escores foram mantidos na escala usual da TRI (-3 a 3) e divididos em quatro grupos: -3 a -1,5 (muito abaixo da média); -1,5 a 0 (abaixo da média); 0 a 1,5 (acima da média); e 1,5 a 3 (muito acima da média).

Para verificar o perfil de grupos utilizou-se a visualização da frequência das respostas dadas aos itens pelas equipes por meio de nuvens de palavras, uma para cada grupo. Às alternativas de resposta de cada item foram atribuídos microtextos. Os microtextos utilizados para ilustrar as respostas começam em sua maioria com as letras “S” e “N”, em alusão às respostas “sim” e “não” para os itens. O tamanho da fonte dos termos na nuvem de palavras está diretamente relacionado com a

frequência com que o termo é encontrado, de modo que os termos grafados com as mesmas cores têm frequência de resposta próxima.

Verificou-se a hipótese de haver diferença estatisticamente significativa entre as médias de escore por estrato de municípios. Hipótese testada utilizando Teste de Tukey para comparação múltipla de médias. Para avaliar a variância dos dados utilizou-se os Testes de Bartlett e de Levene.

Para garantir a comparabilidade entre as equipes participantes do PMAQ-AB foi proposto pelo Ministério da Saúde um procedimento de estratificação dos municípios considerando aspectos sociais, econômicos e demográficos. Foi elaborado um índice variando de zero a dez, composto pelos seguintes indicadores:

- 1 - Produto Interno Bruto (PIB) per Capita (peso 2),
- 2 - Percentual da população com plano de saúde (peso 1),
- 3 - Percentual da população com Bolsa Família (peso 1),
- 4 - Percentual da população em extrema pobreza (peso 1),
- 5 - Densidade demográfica (peso 1).

Após a elaboração do índice os municípios foram divididos em seis estratos, conforme apresentado abaixo:

Quadro 4 – Estratos de municípios para certificação do PMAQ-AB.

Estrato	Crterios da estratificao
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes.
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes.
6	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

Fonte: BRASIL, 2013.

Este estudo cumpre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução 466 de 12 de dezembro de

2012. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, em 30/05/12, registro nº 28804.

5 RESULTADOS

Dentre os 19 itens utilizados para análise 17 foram dicotômicos e 2 foram caracterizados em três níveis. Os itens e suas respectivas proporções para cada categoria de resposta são apresentadas na Tabela 1 e no Gráfico 1.

Analisando as proporções de resposta a cada um dos itens observa-se que as maiores taxas de respostas do pior cenário foram nos itens: oferta de algum atendimento em grupo (72,37%); oferta ações educativas e de promoção da saúde mental (67,52%); realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de drogas (63,32%); registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de drogas (63,10%), e teve preparação para o atendimento de pessoas com sofrimento mental (60,31%). Todos os itens destacados são dicotômicos, para os itens politômicos a taxa de respostas do pior cenário foi a mais baixa entre todos, 11,74% para ambos os itens (agendamento de consultas e tempo de espera para o primeiro atendimento).

As mais altas taxas de resposta do melhor cenário foram encontradas nos itens com três níveis, sendo agenda consulta no mesmo dia (65,14%) e atende o usuário no mesmo dia (62,42%). Entre os itens com dois cenários destaca-se como maior taxa de resposta positiva o item atendimento com profissionais de apoio matricial, com 62,14% de respostas do melhor cenário.

Tabela 1 – Distribuição das respostas das equipes aos itens por categoria de resposta – PMAQ-AB.

Itens	Proporção de respostas (%)		
	1*	2	3
1 Protocolos com diretrizes terapêuticas	52,90	47,10	-
2 Programa oferta de consultas	44,76	55,24	-
3 Protocolos para estratificação de riscos	50,42	49,58	-
4 Programa agenda de acordo com o risco estratificado	53,87	46,13	-
5 Mantém registro dos usuários encaminhados	53,68	46,32	-
6 Realiza busca ativa	51,17	48,83	-
7 Agendamento de consultas**	11,74	23,13	65,14
8 Tempo de espera para o primeiro atendimento***	11,74	25,84	62,42

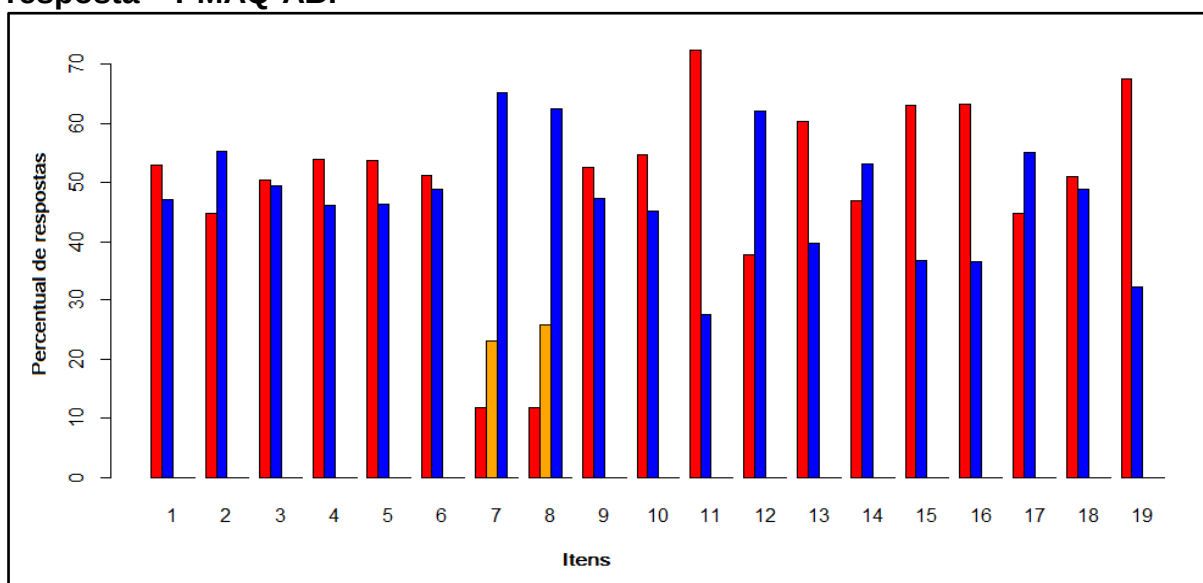
9 Oferta consulta com tempo maior	52,66	47,34	-
10 Utiliza registro da história de vida	54,78	45,22	-
11 Oferta algum atendimento em grupo	72,37	27,63	-
12 Atendimento com profissionais de apoio matricial	37,86	62,14	-
13 Preparação para atendimento	60,31	39,69	-
14 Registro comprovado dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico	46,91	53,09	-
15 Registro comprovado dos usuários com necessidade decorrente do uso de drogas	63,10	36,90	-
16 Equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de drogas	63,32	36,68	-
17 Equipe comprovadamente possui registro dos usuários em uso crônico de psicotrópicos	44,82	55,18	-
18 Equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de psicotrópicos	51,08	48,92	-
19 A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde	67,52	32,48	-

Fonte: dados da pesquisa. * Variáveis dicotômicas: 1 - Não 2 - Sim

** Item 7 Agendamento de consultas: 1 – Não marca consultas / 2 – marca “em qualquer dia da semana, em horários específicos”, “Dias específicos fixos, em qualquer horário”, “Dias específicos fixos, em horários específicos”, “Outro(s)” / 3 – Marca em qualquer dia da semana, em qualquer horário.

*** Item 8 Tempo de espera para o primeiro atendimento: 1 – Não atende / 2 – Marca de 1 a 270 dias de espera / 3 – Atende no mesmo dia.

Gráfico 1 – Proporção das respostas das equipes aos itens por categoria de resposta – PMAQ-AB.



Fonte: dados da pesquisa. Itens dicotômicos: vermelho – pior cenário, azul – melhor cenário; Itens politômicos: vermelho – pior cenário, laranja - cenário intermediário e azul – melhor cenário; .

Os valores estimados para os parâmetros de discriminação (“a”) e de locação (“b1” e “b2”) dos itens estão relacionados na Tabela 2, bem como os valores de consistência interna total, consistência interna com a retirada do item e da correlação de cada item com o escore total. Considerando todos os itens, obteve-se coeficiente α de Cronbach de 0,867, o qual não é melhorado com a retirada de nenhum item. Uma melhora no valor da consistência interna total após a retirada de qualquer item indica que o item retirado não contribui para a medida, fato que não ocorreu com os itens selecionados.

A correlação dos itens com a nota final variou entre 0,345 (tempo de espera para o primeiro atendimento) a 0,625 (registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico). Utilizando critérios meramente estatísticos indica-se que itens com baixa correlação com o escore total sejam retirados do modelo, pois entende-se que tais itens não favorecem à mensuração.

Apesar do item referente ao tempo de espera para o primeiro atendimento apresentar baixa correlação com o escore total optou-se por mantê-lo no modelo considerando a importância do mesmo na avaliação da capacidade de ofertar cuidados em saúde mental. No planejamento de ações e serviços de saúde o tempo de espera para o primeiro atendimento é uma variável importante, no presente estudo este item foi categorizado em três níveis, de modo a expressar as diferenças em relação ao tempo de espera.

Outra possibilidade de tratar tal item seria a categorização em dois níveis, de modo a agrupar as respostas intermediárias no melhor ou no pior cenário. No entanto, considerou-se que esse procedimento não refletiria a realidade da prática. A categorização do item tempo de espera para o primeiro atendimento em três níveis foi proposta da seguinte maneira:

- Melhor cenário: quando o usuário é atendido no mesmo dia;
- Cenário intermediário: o usuário aguarda de 1 a 270 de espera pelo primeiro atendimento;
- Pior cenário: a equipe não realiza atendimento de pessoas com sofrimento psíquico.

Dada essa categorização não seria coerente que o cenário intermediário fosse agrupado com qualquer dos outros dois cenários, pois ao agrupar o melhor cenário junto ao intermediário estariam sendo desvalorizadas as equipes que promovem o atendimento do usuário no mesmo dia, atendimento no mesmo dia é

diferente de aguardar meses por atendimento. Da mesma forma, agrupar o cenário intermediário ao pior cenário é desvalorizar o trabalho daquelas equipes que mesmo não fazendo o atendimento do usuário no mesmo dia o fazem em algum momento, muito diferente de não fazer atendimento em momento algum.

Tabela 2 - Estimativas dos parâmetros de discriminação e de locação, da consistência interna e da correlação entre os itens e o escore total – PMAQ-AB.

ITEM	Parâmetros (erro-padrão)			Consistência interna Total (0,867)	Correlação com o escore total
	a*	b1**	b2***		
1 Protocolos com diretrizes terapêuticas	1,516 (0,024)	0,124 (0,011)	-	0,860	0,573
2 Programa oferta de consultas	1,474 (0,023)	-0,182 (0,011)	-	0,860	0,562
3 Protocolos para estratificação de riscos	1,559 (0,024)	0,032 (0,011)	-	0,859	0,583
4 Programa agenda de acordo com o risco estratificado	1,790 (0,028)	0,150 (0,011)	-	0,858	0,623
5 Mantém registro dos usuários encaminhados	1,469 (0,023)	0,154 (0,011)	-	0,860	0,561
6 Realiza busca ativa	1,287 (0,021)	0,061 (0,012)	-	0,861	0,516
7 Agendamento de consultas	1,119 (0,018)	-2,131 (0,032)	-0,616 (0,021)	0,862	0,413
8 Tempo de espera para o primeiro atendimento	0,906 (0,017)	-2,480 (0,043)	-0,562 (0,023)	0,865	0,345
9 Oferta consulta com tempo maior	1,442 (0,023)	0,117 (0,011)	-	0,859	0,549
10 Utiliza registro da história de vida	1,592 (0,025)	0,189 (0,011)	-	0,859	0,579
11 Oferta algum atendimento em grupo	1,722 (0,028)	0,836 (0,013)	-	0,860	0,551
12 Atendimento com profissionais de apoio matricial	1,237 (0,020)	-0,504 (0,014)	-	0,861	0,484
13 Preparação para atendimento	1,145 (0,020)	0,469 (0,014)	-	0,863	0,469
14 Registro comprovado dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico	1,785 (0,027)	-0,086 (0,010)	-	0,858	0,625
15 Registro comprovado dos usuários com necessidade decorrente do uso de drogas	1,607 (0,025)	0,494 (0,012)	-	0,860	0,570
16 Equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de drogas	1,448 (0,023)	0,530 (0,012)	-	0,861	0,536
17 Equipe comprovadamente possui registro dos usuários em uso crônico de psicotrópicos	1,391 (0,022)	-0,187 (0,012)	-	0,861	0,543
18 Equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de psicotrópicos	1,689 (0,026)	0,056 (0,010)	-	0,858	0,606
19 A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde mental	1,529 (0,025)	0,682 (0,013)	-	0,861	0,539

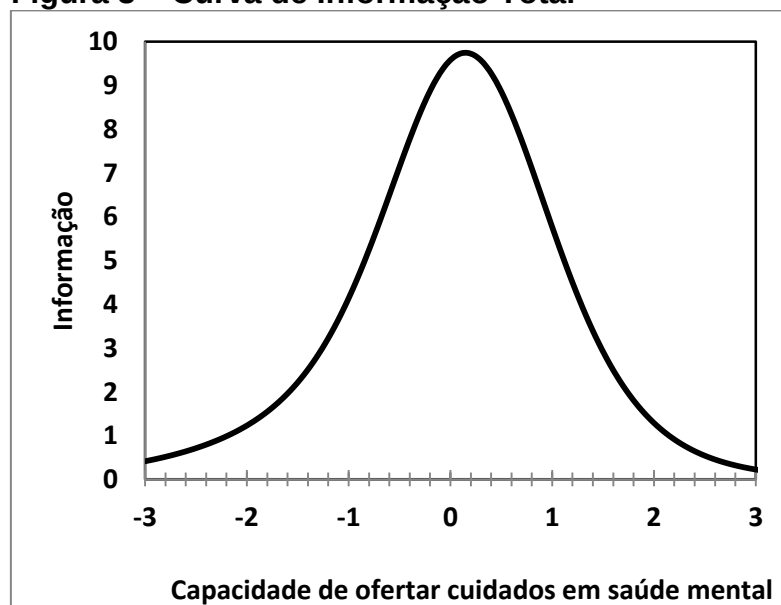
Fonte: dados da pesquisa. * Discriminação ** Locação (resposta 2) ***Locação (resposta 3) -: Não se aplica

Os itens que apresentaram maior poder de discriminar equipes em relação à capacidade de ofertar cuidados em saúde mental foram: programar a agenda de acordo com a estratificação de risco (1,79); manter registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico (1,79), ofertar algum atendimento em grupo (1,72) e realizar ações para pessoas que fazem uso crônico de psicotrópicos^b (1,69). Os itens que apresentaram menor poder de discriminação foram aqueles categorizados em três níveis: agendamento de consultas (1,12) e tempo de espera para o primeiro atendimento (0,91), seguidos por: preparação para o atendimento (1,15), atendimento com profissionais de apoio matricial (1,24) e realiza busca ativa (1,29).

No que se refere ao parâmetro de locação dos itens, os maiores valores obtidos foram para oferta de algum atendimento em grupo (0,84), oferta de ações educativas e de promoção de saúde mental (0,68) e realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de drogas (0,53).

Após concluir os ajustes do modelo foi obtida a Curva de Informação do conjunto de itens, que é apresentada na Figura 3. Esta curva representa a soma da informação de todos os itens, demonstrando que o conjunto de itens fornece mais informação na região em torno da média na escala (ponto 0).

Figura 3 – Curva de Informação Total

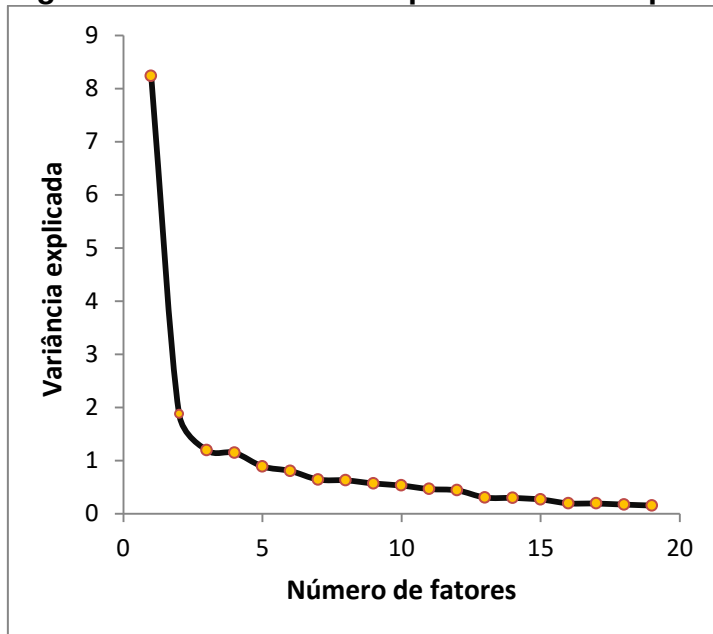


Fonte: dados da pesquisa.

^b Adotou-se o termo psicotrópico como forma reduzida de se referir às classes de medicamentos indicadas nos itens do PMAQ-AB. São elas: benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral.

A análise de componentes principais foi utilizada para avaliar o pressuposto da unidimensionalidade dos itens apresentou e uma acentuada redução no percentual de variabilidade entre o primeiro (43,3%) e segundo (9,9%) componentes, sendo indicativo de que a suposição de unidimensionalidade foi atendida.

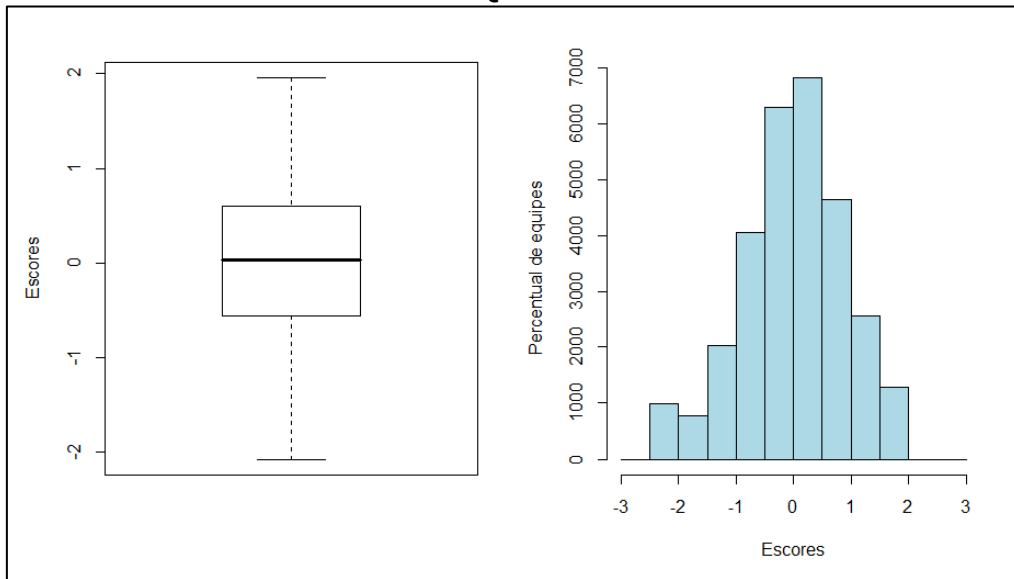
Figura 4 – Análise de Componentes Principais



Fonte: dados da pesquisa.

Finalizada a estimativa dos parâmetros dos itens, procedeu-se o cálculo dos escores do nível de oferta de cuidados em saúde mental, obtendo-se valores entre - 2,07 (mínimo) e 1,95 (máximo). A média foi de 0,006 e a mediana 0,032. O Gráfico 2 apresenta a distribuição das equipes de acordo com o escore obtido.

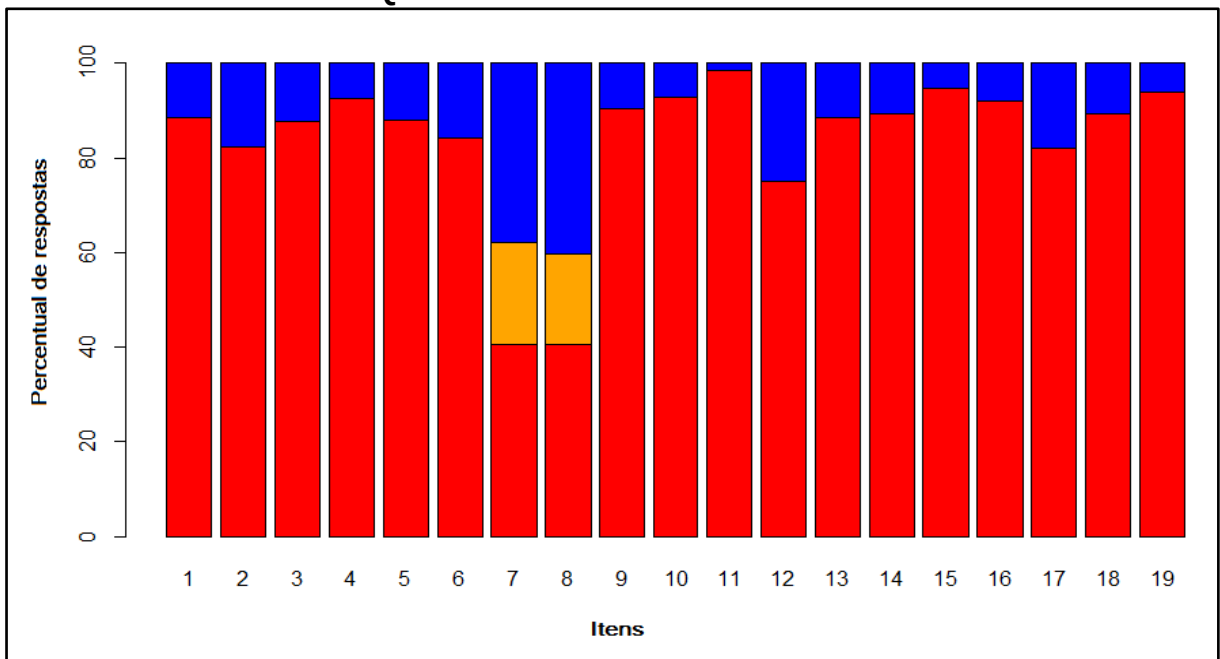
Gráfico 2 - Distribuição das equipes segundo escores de oferta de cuidados em saúde mental obtido – PMAQ-AB.



Fonte: dados da pesquisa.

Em uma análise inicial dos escores alcançados pelas equipes em oferta de cuidados em saúde mental separou-se duas amostras do conjunto de escores. A primeira contém as respostas das equipes classificadas entre as 25% com menor escore. A segunda contém as respostas das equipes classificadas entre as 25% com maior escore.

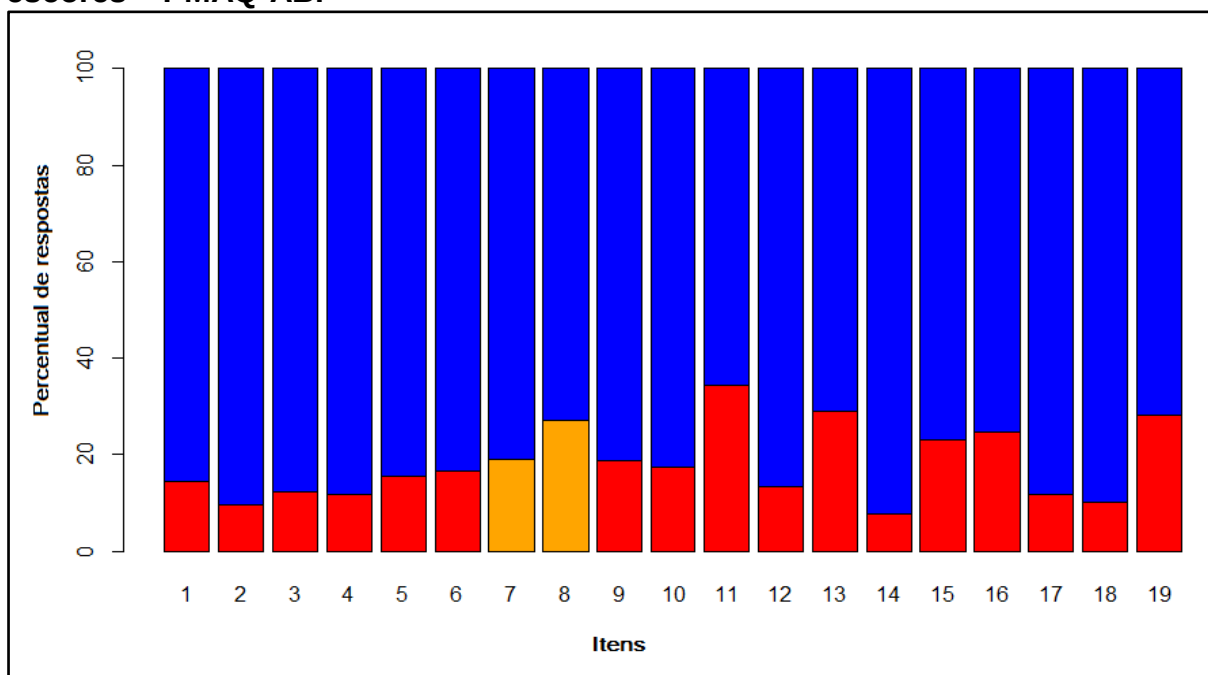
Gráfico 3 – Respostas das equipes classificadas entre as 25% com os menores escores – PMAQ-AB.



Fonte: dados da pesquisa. Itens dicotômicos: vermelho – pior cenário, azul – melhor cenário; Itens politômicos: vermelho – pior cenário, laranja - cenário intermediário e azul – melhor cenário.

Conforme apresentado no Gráfico 3 as equipes classificadas com os menores escores apresentaram maior proporção de categorias de respostas do pior cenário, ao contrário das equipes que obtiveram os melhores escores. Estas apresentaram maior proporção de categorias do melhor cenário, ilustrado no Gráfico 4 abaixo.

Gráfico 4 – Respostas das equipes classificadas entre as 25% com os maiores escores – PMAQ-AB.



Fonte: dados da pesquisa. Itens dicotômicos: vermelho – pior cenário, azul – melhor cenário; Itens politômicos: vermelho – pior cenário, laranja - cenário intermediário e azul – melhor cenário.

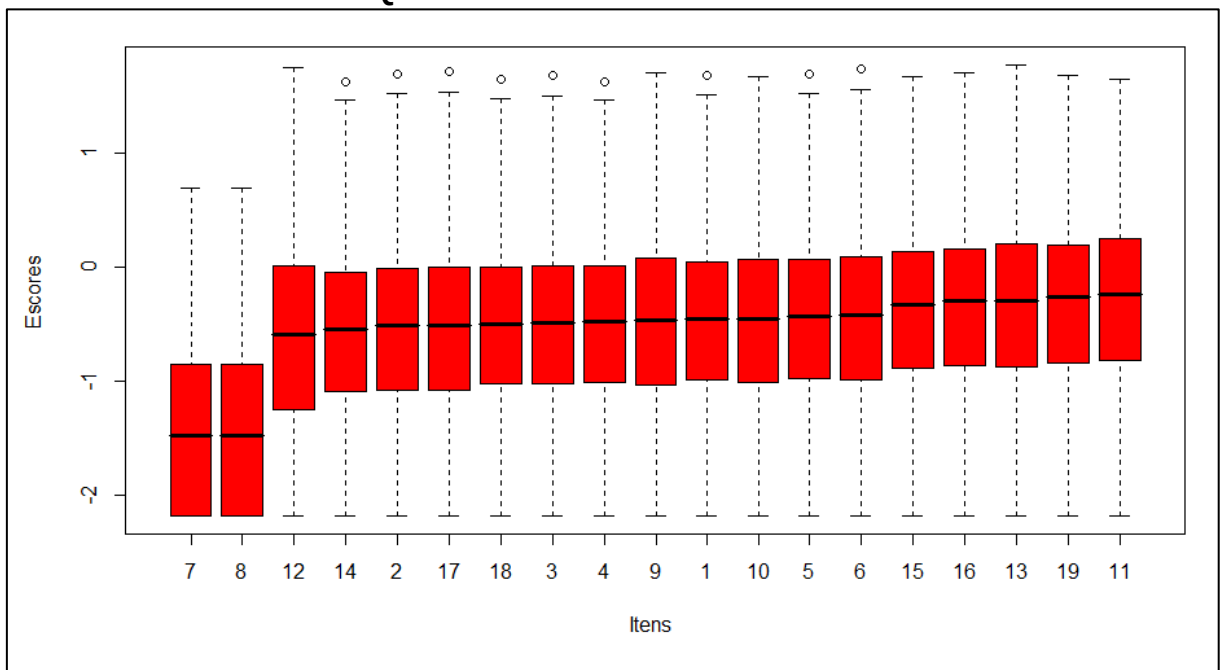
Prosseguindo com a exploração dos resultados comparou-se os escores das equipes estratificando por respostas do pior cenário e respostas do melhor cenário, ordenados pela mediana. Os Gráficos 5 e 6 abaixo ilustram a comparação. Na primeira figura, são apresentados os escores das equipes com respostas do pior cenário.

Nota-se que os escores em geral apresentam mediana abaixo de zero, e os itens 7 (agendamento de consultas) e 8 (tempo de espera para o primeiro atendimento) apresentam as menores medianas, demonstrando que as EqAB que apresentaram respostas do pior cenário para esses itens tem escores mais baixos em relação às demais. O limite superior para os itens 7 e 8 está abaixo de um. Pelo menos 50% das equipes que responderam que não agendam consultas e que não atendem usuários em sofrimento psíquico estão colocadas no menor nível de capacidade de oferta de cuidados em saúde mental.

Alguns itens (14, 2, 17, 18, 3, 4, 1, 5, 6) apresentam *outliers* em seu limite superior, indicando que algumas equipes que responderam negativamente a esses itens apresentam escores mais altos que os indicados no intervalo. Ao avaliar a Gráfico 6, em que constam os escores das equipes com respostas do melhor cenário, nota-se que as medianas estão localizadas acima do ponto zero. A mediana mais alta é registrada pelo item 11 (oferta algum atendimento em grupo), notando-se maior dispersão abaixo da mediana, inclusive com registro de *outliers*, indicando que mesmo equipes que ofertam atendimento em grupo apresentam escores abaixo do intervalo indicado.

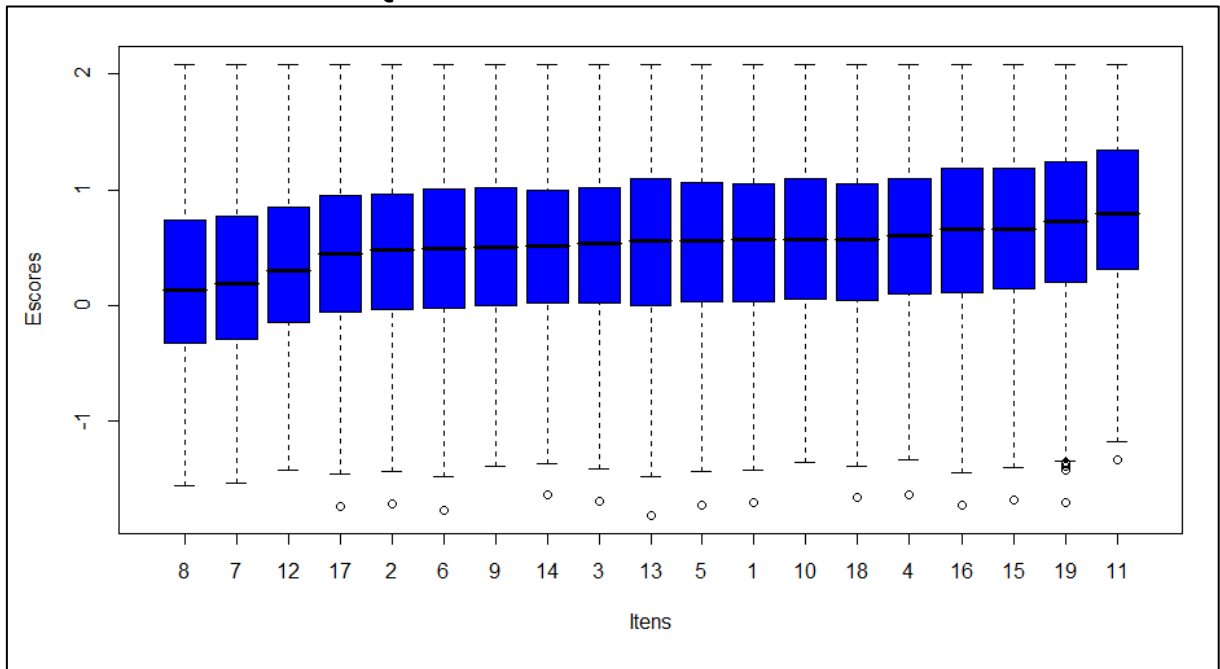
Muitos itens apresentam *outliers* em seus limites inferiores, indicando novamente que mesmo que equipes que respondem positivamente a tais itens podem apresentar escores abaixo do intervalo indicado. Diferentemente da Gráfico 5 nenhum dos itens no Gráfico 6 posiciona as equipes em um nível muito acima dos demais.

Gráfico 5 – Escores obtidos pelas equipes considerando respostas do pior cenário aos itens – PMAQ-AB.



Fonte: dados da pesquisa.

Gráfico 6 – Escores obtidos pelas equipes considerando respostas do melhor cenário aos itens – PMAQ-AB.



Fonte: dados da pesquisa.

A distribuição das equipes de acordo com a capacidade de oferta de cuidados em saúde mental é apresentada na Tabela 3. A escala de escores foi dividida em quatro níveis:

- muito acima da média (escores maiores que 1,5);
- acima da média (maior que 0 e menor ou igual a 1,5);
- abaixo da média (maior que -1,5 e menor ou igual a 0); e
- muito abaixo da média (menor ou igual a -1,5).

Tabela 3 – Classificação das equipes segundo faixas de escores de oferta de cuidados em saúde mental- PMAQ-AB.

Escores – nível	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
(-3,0 a -1,5) - Muito abaixo da média	1777	6,03
(-1,5 a 0,0) - Abaixo da média	12386	42,05
(0,0 a 1,5) - Acima da média	14016	47,58
(1,5 a 3,0) - Muito acima da média	1278	4,34
Total	29457	100,0

Fonte: dados da pesquisa

A Figura 5 apresenta gráficos do tipo nuvem de palavras representando a distribuição das frequências de respostas das equipes aos itens por faixa de escores de oferta de cuidados em saúde mental.

As nuvens de palavras como forma de visualização de frequências são uma alternativa às tabelas de distribuição de frequência. Sendo assim, cada nuvem de palavras representa a frequência de respostas das equipes agrupadas por faixa de escore a cada um dos itens avaliados.

No grupo classificado como muito acima da média (escores de 1,5 a 3,0), há predominantemente respostas categorizadas como melhor cenário (microtextos iniciados em “S”). Já no grupo muito abaixo da média (escores de -3,0 a -1,5), é possível perceber que há frequência dominante de respostas da categoria pior cenário (com microtextos iniciados em “N”).

Nos grupos de equipes classificados como abaixo da média (escores de -1,5 a 0) e acima da média (escores de 0 a 1,5), verifica-se grande heterogeneidade das frequências de respostas, poucos termos são grafados com tamanhos maiores de fonte, com pronunciada concentração de respostas do melhor cenário no grupo acima da média e de respostas do pior cenário no grupo abaixo da média.

Ao se comparar os resultados apresentados nas nuvens de palavras com os parâmetros obtidos nos itens, podemos verificar que aqueles itens com maior discriminação estão diferentemente presentes nos grupos muito abaixo da média e muito acima da média. O item com maior discriminação, programa agenda de acordo com o risco estratificado, é encontrado de forma positiva no nível muito acima da média (Sprog_agenda) e negativa em muito abaixo da média (Nprog_agenda). O mesmo acontece com o item registro de casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico, que aparece positivamente no nível muito acima da média (Sregcasograve) e de forma negativa no nível muito abaixo da média (Nregcasograve).

A tabela de distribuição com as frequências de respostas para cada nível encontra-se no Apêndice B.

Figura 5 – Nuvens de palavras das frequências de respostas das equipes aos itens por faixa de escores – PMAQ-AB.



- 1 - Sprotocolo: possui protocolos para acolhimento à demanda espontânea; Nprotocolo: não possui protocolos para acolhimento à demanda espontânea
- 2 - Sprogconsulta: programa oferta de consultas; Nprogconsulta: não programa oferta de consultas
- 3 - Sprot_estrat_risco: utiliza protocolos para estratificação de risco; Nprot_estrat_risco: não utiliza protocolos para estratificação de risco
- 4 - Sprog_agenda: programa a agenda de acordo com o risco classificado; Nprog_agenda: não programa a agenda de acordo com o risco classificado
- 5 - Smantemregistro: mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados; Nmantemregistro: não mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados
- 6 - Sbuscaativa: realiza busca ativa; Nbuscaativa: não realiza busca ativa
- 7 - Agendaconsmsmdia: agenda consulta no mesmo dia; Agendaconsoutros: agenda consulta em condições específicas; NAgendacons: não agenda consulta
- 8 - Atendemsmdia: atende no mesmo dia; +1diaespera: atende com mais de um dia de espera; Nfazconsulta: não atende
- 9 - Sconstempomaioir: utiliza consulta com tempo maior; Nconstempomaioir: não utiliza consulta com tempo maior
- 10 - Sreghistvida: utiliza registro da história de vida; Nreghistvida: não utiliza registro da história de vida
- 11 - Sofertagrupo: oferta atendimento em grupo; Nofertagrupo: não oferta atendimento em grupo
- 12 - Sapoimatriacial: faz atendimento com profissional de apoio matricial; Napoiomatricial: não faz atendimento com profissional de apoio matricial
- 13 - Spreparacao: teve preparação para o atendimento; Npreparacao: não teve preparação para o atendimento
- 14 - Sregcasograve: possui registro dos casos mais graves; Nregcasograve: não possui registro dos casos mais graves
- 15 - Sregcasodrogas: possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de drogas; Nregcasodrogas: não possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de drogas
- 16 - Sacoesdrogas: realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de drogas; Nacoesdrogas: não realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de drogas
- 17 - Sregcronicosmedic: possui registro dos usuários em uso crônico de psicotrópicos; Nregcronicosmedic: não possui registro dos usuários em uso crônico de psicotrópicos
- 18 - Sacoescronicmedic: realiza ações para pessoas em uso crônico de psicotrópicos; Nacoescronicmedic: não realiza ações para pessoas em uso crônico de psicotrópicos
- 19 - SpromocaoSM: oferta ações educativas e de promoção da saúde; NpromocaoSM: não oferta ações educativas e de promoção da saúde

Para obter o mesmo efeito de comparabilidade utilizado pelo PMAQ-AB os escores das EqAB foram distribuídos segundo os estratos de municípios. Essa estratificação considera aspectos populacionais, demográficos e socioeconômicos, visando tornar comparáveis as EqAB de acordo com o estrato ao qual pertence o município em que atuam. A Tabela 4 apresenta a distribuição das equipes segundo o nível de oferta de cuidados em saúde mental em cada um dos estratos.

Tabela 4 – Distribuição das equipes por estrato segundo faixas de escores de oferta de cuidados em saúde mental – PMAQ-AB.

Estrato/ Nível	Muito abaixo da média	Abaixo da média	Acima da média	Muito acima da média	Total
1	165 (4,74%)	1687 (48,48%)	1530 (43,97%)	98 (2,82%)	3480
2	351 (8,28%)	2012 (47,49%)	1768 (41,73%)	106 (2,5%)	4237
3	382 (7,97%)	2246 (46,85%)	2011 (41,95%)	155 (3,23%)	4794
4	296 (5,42%)	2385 (43,71%)	2575 (47,19%)	201 (3,68%)	5457
5	271 (5,26%)	2102 (40,78%)	2558 (49,63%)	223 (4,33%)	5154
6	312 (4,93%)	1951 (30,8%)	3577 (56,46%)	495 (7,81%)	6335
Total	1777	12383	14019	1278	29457

Fonte: dados da pesquisa

Nota-se que a proporção de equipes classificadas como muito acima da média apresenta maior proporção no estrato 6, enquanto a menor proporção nesse nível é observada no estrato 2. Com relação às equipes classificadas como muito abaixo da média a maior proporção encontra-se no estrato 2 e a menor proporção de equipes classificadas nesse grupo é observada no estrato 1.

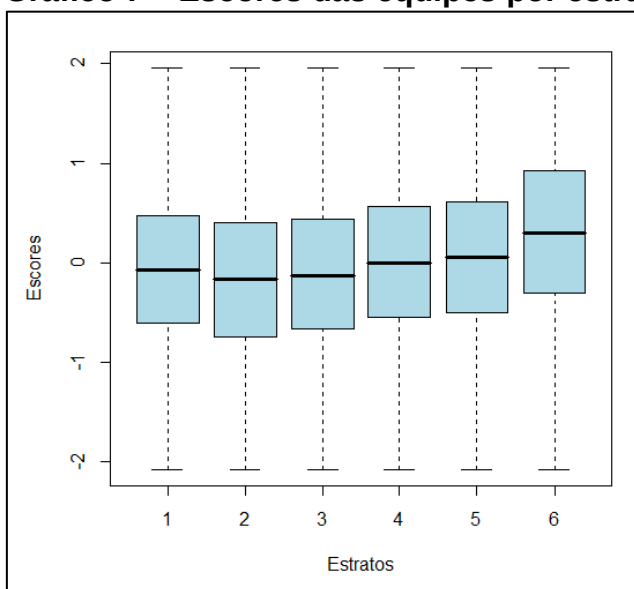
Os municípios do estrato 2 são aqueles com população entre 10.000 e 20.000 habitantes. Considerando-se os critérios populacionais utilizados para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial estes não seriam elegíveis para a implantação dos serviços. Desse modo, espera-se que a atenção básica seja capaz de se organizar para ofertar serviços e ações para promover o cuidado para pessoas com sofrimento mental.

Os municípios do estrato 6 são aqueles com população acima de 500.000 habitantes ou com pontuação igual ou maior que 5,85 no processo de estratificação realizado pelo MS. Nesse estrato há predominância de grandes municípios, nos

quais há oferta de serviços de saúde em todos os níveis, desde a atenção básica à média e alta complexidades. A maior proporção de equipes classificadas como muito acima da média pode ser um indicativo de que a oferta de cuidados em saúde mental na atenção básica passa pela maior disponibilidade de recursos. Os achados do presente trabalho são iniciais e demandam novas investigações.

O Gráfico 7 apresenta a dispersão dos escores obtidos pelas equipes por estrato de município em *boxplots*. O estrato 6 apresenta a mediana mais alta, com maior dispersão abaixo da mediana.

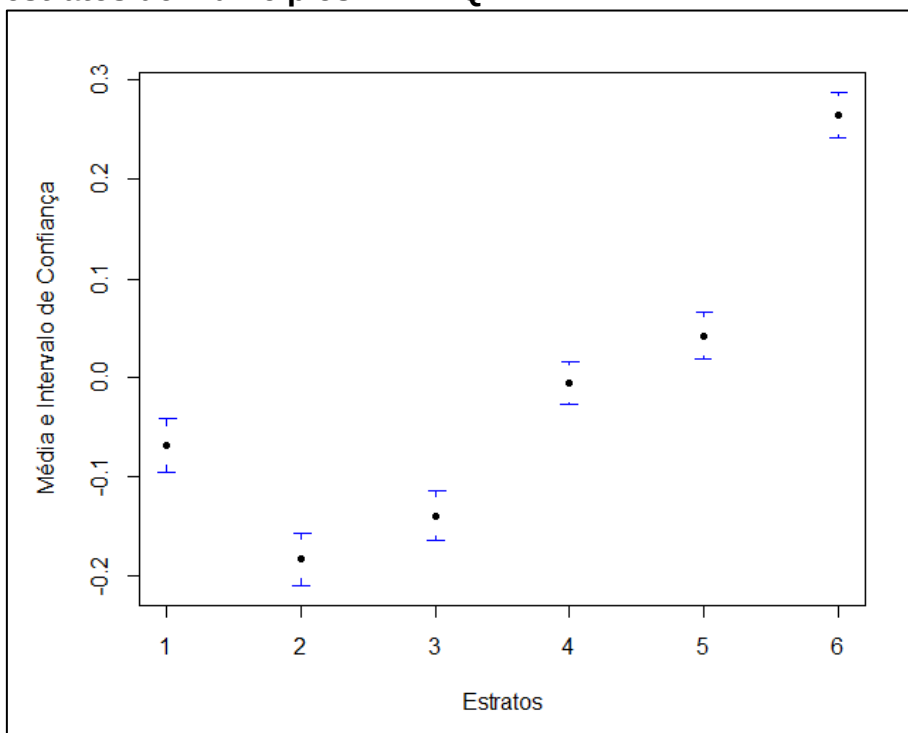
Gráfico 7 – Escores das equipes por estratos de municípios – PMAQ-AB.



Fonte: dados da pesquisa

Considerando possíveis diferenças entre os estratos optou-se por avaliar a possível significância estatística da mesma. O Gráfico 8 ilustra que as médias apresentam alguma diferença, sendo a média para o estrato 6 a mais alta e a média do estrato 2 a mais baixa.

Gráfico 8 – Médias dos escores das equipes e intervalos de confiança por estratos de municípios – PMAQ-AB.



Fonte: dados da pesquisa

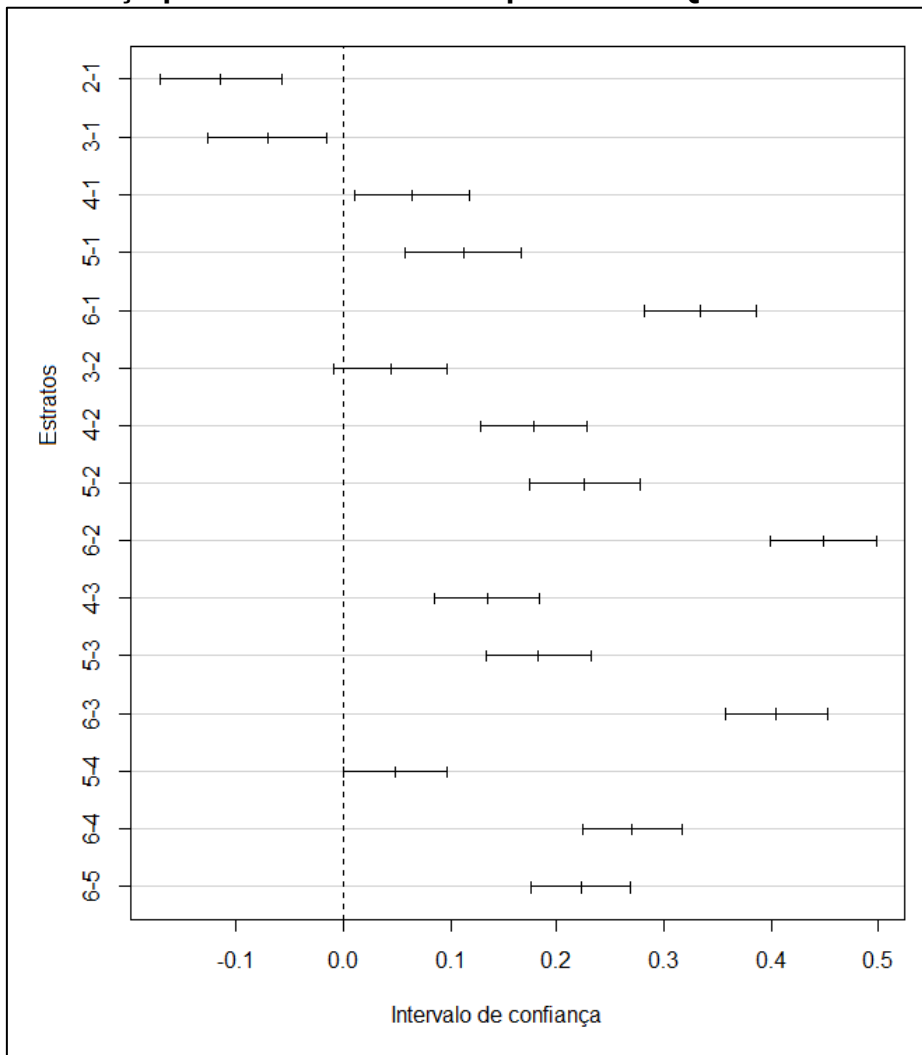
Para avaliar a variância dos dados e garantir que os mesmos estão adequados para um teste de comparação múltipla de médias utilizou-se os Testes de Bartlett e Teste de Levene, ambos com significância de 5%. Entendendo que os dados estavam adequados para o teste de comparação de médias utilizou o Teste de Tukey para comparar as médias para todos os estratos, comparando 2 a 2. O Gráfico 9 apresenta o resultado da comparação.

Nota-se que quando comparadas as médias dos estratos 2 e 3 não são encontradas diferenças estatisticamente significativas. O mesmo acontece quando a comparação ocorre entre os estratos 4 e 5. As demais comparações indicam que ao nível de 95% de confiança existem diferenças com significância estatística entre as médias dos estratos.

Destaca-se que as maiores diferenças são encontradas nas comparações entre o estrato 6 e os demais estratos.

Estes resultados indicam que há diferença entre os escores obtidos pelas equipes de acordo com o estrato de município ao qual a mesma está vinculada. Verifica-se que as equipes pertencentes a municípios do estrato 6 alcançaram escores médios maiores quando comparadas com as equipes dos demais estratos.

Gráfico 9 – Comparação das médias dos escores das equipes e intervalos de confiança por estratos de municípios – PMAQ-AB.



Fonte: dados da pesquisa

6 DISCUSSÃO

O estudo mostrou que os itens selecionados apresentaram boa capacidade para diferenciar as EqAB participantes do PMAQ-AB em relação à oferta de cuidados em saúde mental. A estratificação do risco para gestão do cuidado, o acompanhamento dos casos mais graves, o atendimento em grupo e as ações de prevenção e de promoção da saúde mental foram os fatores mais importantes na discriminação do nível de oferta do cuidado em saúde mental.

A seleção de itens que iam além da subdimensão proposta pelo MS no questionário favoreceu a elaboração da escala, uma vez que diversas questões relacionadas ao tema saúde mental estavam presentes em outras subdimensões do instrumento. Com isso, houve um incremento na capacidade de avaliar as EqAB em relação a oferta de cuidados em saúde mental.

Ressalte-se que a subdimensão utilizada pelo MS na certificação das EqAB não contém todos os itens coletados no instrumento de avaliação externa. De acordo com a Nota Metodológica os itens utilizados para certificação foram selecionados levando em conta critérios de relevância técnica, estratégica e política (BRASIL, 2015).

A elaboração de uma escala de mensuração da oferta de cuidados em saúde mental a partir dos pressupostos da TRI apresenta uma vantagem importante em relação à Teoria Clássica de análise de itens. A mensuração do traço latente não é influenciada pelo nível de aptidão do grupo respondente e nem por características dos itens, propriedade denominada invariância dos parâmetros (BAKER, 2001; HAMBLETON; SWANINATHAN; ROGERS, 1991; PASQUALI; PRIMI, 2003). Desse modo, é possível inferir que a escala obtida por este estudo é apropriada para avaliar as EqAB, e que, no contexto de continuidade do PMAQ-AB, pode ser utilizada para avaliar o comportamento das equipes ao longo do tempo.

Ao avaliar os itens que apresentaram maior correlação individual com o escore total (programa agenda de acordo com o risco estratificado, registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico e realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de psicotrópicos), verificou-se que os dois primeiros mantêm uma relação mais estreita com a gestão dos serviços de saúde do que com a assistência direta ao usuário. Tal fato alinha-se à dinâmica de avaliação do PMAQ-

AB, que tem como objetivos induzir as equipes à melhoria contínua da qualidade da prestação de serviços e do acesso, com grande foco nos processos (BRASIL, 2015).

Cabe destacar que para os itens relacionados ao registro de informações (registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico, registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de drogas e registro dos usuários em uso crônico de psicotrópicos) as EqAB só recebem pontuação na certificação do PMAQ-AB se apresentarem documentação comprovando o registro. Esse fato exemplifica a importância e a necessidade de manter sistemas de registros, seja para a gestão do cuidado dos usuários, seja para a gestão dos serviços.

O registro dos usuários em sofrimento psíquico é um importante indicador para o planejamento tanto de ações de acompanhamento quanto de ações de promoção em saúde mental, auxiliando na tomada de decisão. Jucá, Nunes e Barreto (2009) apontam a ausência de registros como um reflexo da falta de preparação das EqAB para lidar com esses usuários.

Em 2014 a província de Ontário no Canadá iniciou a implantação de um sistema de monitoramento e avaliação dos serviços de atenção primária. Foram levantados indicadores em nível de sistema e em nível de prática de cuidados, que comporiam um sistema de qualidade da APS em Ontário. O relatório divulgado pelos pesquisadores em 2015 aponta que grandes lacunas de dados foram encontradas, tanto em nível de sistema quando em nível de práticas de cuidado e dados sobre saúde mental eram indisponíveis em ambos os níveis (ONTARIO, 2015).

Na Inglaterra, médicos generalistas são avaliados por meio de programa de pagamento por desempenho que os monitora quanto ao atendimento e ao registro de dados clínicos de portadores de sofrimento mental. Além dos cuidados pertinentes aos transtornos mentais, os médicos também devem atentar-se a outros fatores como aferição de pressão sanguínea, medição de glicose e colesterol, ressaltando que o cuidado não se restringe à sintomática do sofrimento psíquico, devendo ser integral (MARTIN et al, 2014).

A oferta de algum atendimento em grupo foi o item que apresentou maior valor para o parâmetro de locação, demonstrando que as equipes que responderam positivamente a tal questão tem maior probabilidade de apresentar elevada capacidade de ofertar de cuidados em saúde mental. As práticas de grupo são mecanismos que podem favorecer o acompanhamento de portadores de sofrimento

mental na ABS, baseadas no estabelecimento de vínculos e participação ativa dos usuários (FRATESCHI; CARDOSO, 2016).

Os grupos apresentam um grande potencial para serem utilizados como ferramenta terapêutica e como estratégia de promoção de saúde mental. Aliar a oferta de práticas grupais à promoção em saúde mental na ABS pode favorecer o estabelecimento e a manutenção da longitudinalidade no tratamento dos portadores de sofrimento psíquico, com estreitamento da relação usuário-profissional de saúde e obtenção de melhores resultados (SOUZA; SANTOS, 2012).

Um estudo brasileiro aponta que ao se orientarem pelo modelo psicossocial os grupos realizados no âmbito da ABS se efetivam como ações coerentes com os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, promovendo a autonomia e a singularidade dos usuários (MINOZZO et al, 2012).

Tradicionalmente, as práticas grupais na ABS tem se constituído como uma proposta de intervenção para públicos específicos, como por exemplo, diabéticos, hipertensos e obesos. Apesar disso muitas equipes revelam dificuldades em trabalhar com essa abordagem, apontando desafios como falta de habilidade pessoal, falta de recursos e insumos, excesso de demanda. Há ainda dificuldades referentes à operacionalização dos grupos, sendo que muitos acabam por se tornar “consultas coletivas”, baseadas em prescrições e indicação de condutas (FERREIRA NETO, KIND, 2015).

O atendimento com profissionais de alguma modalidade de apoio matricial foi um dos itens que obteve maior taxa de resposta positiva, evidenciando que a estratégia de fornecer retaguarda às EqAB, por meio de suporte especializado têm sido adotada em larga escala. Cabe destacar que o apoio matricial foi concebido para atuar de forma bastante abrangente, desde o compartilhamento e co-responsabilização pelo cuidado do usuário até ações de educação permanente ofertadas às EqAB (CAMPOS; DOMITTI, 2007; FERREIRA NETO, KIND, 2015).

Vários estudos indicaram a necessidade de supervisão e capacitação das EqAB para o adequado atendimento de portadores de sofrimento psíquico (JARUSEVICIENE et al, 2014; JENKINS et al, 2013; MYKLETUN et al, 2010; SAPAG; RUSH; FERRIS, 2016). Nesse sentido, o matriciamento seria capaz de aumentar a resolutividade e a efetividade das ações, atuando em conjunto com a EqAB em seu território, subsidiando atividades em grupo, ações de promoção de

saúde e capacitação dos profissionais da ABS (FRATESCHI; CARDOSO, 2016; GRYSCHKE; PINTO, 2015).

Alinhado aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira o matriciamento se insere como possibilidade porque rompe com a lógica do cuidado fragmentado, tendo como meta que todos os profissionais envolvidos no atendimento estejam em consonância, ainda que estejam em serviços diferentes (CAMPOS; DOMITTI, 2007; HIRDES; SCARPARO, 2015). Nesse sentido, dada a institucionalização da estratégia de matriciamento por meio dos NASF's e a crescente expansão de cobertura dos mesmos, esperar-se-ia que melhores resultados em áreas que são o foco de trabalho do apoio matricial fossem alcançados. Ainda que quase dois terços das EqAB tenham declarado ofertar algum atendimento com profissionais de apoio matricial, é baixa a frequência de oferta de atendimentos em grupo e a oferta de ações educativas e de promoção da saúde mental, atividades nas quais o apoio matricial tem condições de potencializar a capacidade das equipes.

Um potencial efeito colateral da inserção da saúde mental na APS aliada à falta de supervisão pode ser a alta prescrição de medicamentos psicotrópicos, especialmente a pacientes que apresentam transtornos mentais comuns (HICKEY et al, 2015; MARSTON et al, 2014; MINOZZO et al, 2012). Segundo Ventevogel (2014) o processo de medicalização faz com que questões psicológicas e sociais sejam reduzidas a sintomas passíveis de intervenção médica, ou melhor, intervenção medicamentosa.

Em estudo realizado na cidade de Córdoba (Espanha), médicos generalistas apontaram que 39% dos pacientes que recebiam psicotrópicos poderiam resolver seus problemas sem a necessidade dos mesmos (MORENO; MORIANA, 2012). Pesquisa realizada na Inglaterra indicou que de 47.724 pessoas que receberam antipsicóticos entre 2007 e 2011, menos de 50% tinha um diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno bipolar, que justificariam a prescrição. Antipsicóticos foram prescritos para tratamentos de ansiedade, depressão, demência e transtornos de sono (MARSTON et al, 2014). Segundo Ventevogel (2014) o processo de medicalização – que não se restringe à atenção primária, só pode ser evitado com supervisão contínua e intensiva aos profissionais da atenção primária.

Dentre as limitações deste estudo, deve-se considerar que a forma como as questões fechadas são formuladas no questionário de coleta de dados inviabiliza que se faça a melhor qualificação dos dados, uma vez que se restringe a opção de

resposta em sim ou não. Da mesma forma, questões que se apresentam com a possibilidade de resposta “outros” impossibilitam que se extraiam informações acerca do fazer das equipes.

Outro ponto que deve ser avaliado com parcimônia refere-se ao pagamento por desempenho que as equipes recebem de acordo com a nota de certificação no programa. É difícil mensurar até que ponto o pagamento por desempenho pode influenciar a gestão do cuidado pelas equipes e modificar a forma como as mesmas se organizam e atendem a população. A continuidade da avaliação nos próximos ciclos do PMAQ-AB é fundamental para evitar que ocorra um efeito colateral, que seria a priorização pelas equipes por ações nas quais podem receber boa certificação de desempenho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao avaliar os dados finais da escala de oferta de cuidados em saúde mental verifica-se que poucas equipes conseguem alcançar desempenho tido como ótimo. Mesmo entre as equipes com os maiores escores há ocorrência de respostas negativas para itens como ter preparação para atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, ofertar atendimentos em grupo e atividades de registro e acompanhamento de usuários mais graves.

A oferta de cuidado em saúde mental, ainda que entendida como parte do escopo de ações da ABS em saúde, presente inclusive no programa de avaliação, se mostra ainda pouco desenvolvida. Investimentos em fatores gerenciais como a estratificação do risco para gestão do cuidado e o registro e acompanhamento dos casos mais graves, bem como em fatores assistenciais como o atendimento em grupo e as ações de prevenção e de promoção da saúde mental são importantes para potencializar a oferta do cuidado em saúde mental pelas equipes de atenção básica.

Outro ponto relevante é o fato de que a maioria das equipes revelaram não terem tido preparação para o atendimento de pessoas com sofrimento psíquico. Ressalta-se aqui a necessidade de investimento na formação dos profissionais que atuam na ABS para que possam ter as condições necessárias para atuar junto a esse público.

O apoio matricial precisa se consolidar enquanto dispositivo capaz de potencializar a capacidade das equipes de atenção básica para ofertar cuidado em saúde mental.

Para que a saúde mental faça parte da agenda da atenção básica é importante que os indicadores de saúde mental, contratualizados pelas equipes no momento de adesão ou de recontratualização do PMAQ-AB tenham maior peso no momento da certificação das equipes. Dessa forma, o registro das ações no campo da saúde mental se tornam condição necessária para participar do programa.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Lígia. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil: mapeamento das análises e pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(8):1727-1742, ago, 2008.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELLA, Lígia; et al. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, cap. 16, 493-545, 2012.
- ANDRADE, Dalton Francisco de; TAVARES, Heliton Ribeiro; VALLE, Raquel da Cunha. **Teoria da Resposta ao Item: conceitos e aplicações**. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística; 2000.
- ANDRADE, Josemberg Moura de; LAROS, Jacob Arie; GOUVEIA, Valdiney Veloso. O uso da teoria de resposta ao item em avaliações educacionais: diretrizes para pesquisadores. *Avaliação Psicológica*, 2010, 9(3), pp. 421-435.
- BAKER, Frank B. **The Basics of Item Response Theory**. 2ªed. 2001. [citado 2017 jan 16] Disponível em: <http://echo.edres.org:8080/irt/baker/final.pdf>.
- BARROS, Silvana do Carmo Maia, DIMENSTEIN, Magda. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. 2010, 10(1).
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 setembro 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Coordenação de Saúde Mental; Coordenação de Gestão da Atenção Básica Ministério da Saúde. Circular conjunta n. 01, de 13 de novembro de 2003. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários** [Internet]. Brasília; 2003. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em 31 Jan. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. 2010. Diário Oficial da União. Brasília, 31 de dezembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 2013-2014**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 111 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 38 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013b. 176 p. : il. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 34**)

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 2007;23(2):399-407. DOI:10.1590/S0102-311X2007000200016.

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro et al . QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 935-947, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 Jan. 2017.

CONTANDRIOPOULOS, AP et al A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos In: HARTZ, ZMA, org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>>. Acesso em: 02 Fev. 2017.

COSTA, Maria da Graça Silveira Gomes da; FIGUEIRO, Rafael de Albuquerque; FREIRE, Flávia Helena Miranda de Araújo. O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: um estudo de caso. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 22, n. 4, p. 839-851, dez. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 jan. 2017.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, Dec. 2011.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**. Chicago, v.114,n.11,p.1115-1118, nov. 1990.

FERREIRA NETO, João Leite; KIND, Luciana. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis**. 2010;20(4):1119-1142. DOI: 10.1590/S0103-73312010000400004.

FLEURY, Marie-Josée, et al. General practitioners' management of mental disorders: A rewarding practice with considerable obstacles. **BMC Family Practice**. 2012;13:19. DOI: 10.1186/1471-2296-13-19. 7

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, Dec. 2014.

FRATESCHI, Mara Soares; CARDOSO, Carmén Lúcia. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. **Psico**, 2016;47(2),159-168. DOI: 10.15448/1980-8623.2016.2.22024.

FREDHEIM, Terje; et al. Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. **Internacional Journal of Mental Health Systems**. 2011,5:13. DOI:10.1186/1752-4458-5-13.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária a Saúde In: GIOVANELLA, Lígia; et al. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, cap. 16, 493-545, 2012.

GIOVANELLA, Lígia; et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2009;14(3):783-794. DOI: 10.1590/S1413-81232009000300014.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY 2015. Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability 1990-2015. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2016.

GRYSCHEK, Guilherme; PINTO, Adriana Avanzi Marques. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2015; 20(10):3255-3262. DOI: 10.1590/1413-812320152010.13572014.

HAMBLETON, Ronald K.; SWANINATHAN, H; ROGERS, H Jane. **Fundamentals of Item Response Theory**. Sage Publications, Inc., Newbury Park, Califórnia, 1991.

HANLON, Charlotte; et al. District mental healthcare plans for five lowand middle-income countries: commonalities, variations and evidence gaps. **British Journal of Psychiatry**. 2016, 208,s47–s54. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.153767.

HICKEY, Louise; et al. Psychological morbidity among young adults attending primary care: a retrospective study. **Early Intervention in Psychiatry**. 2015. DOI: 10.1111/eip.12284.

HIRDES, Alice; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2015;20(2):383-393. DOI: 10.1590/1413-81232015202.12642013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013**: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 92 p.

JARUSEVICIENE, Lina; et al. Preparedness of Lithuanian general practitioners to provide mental healthcare services: a cross-sectional survey. **Internacional Journal of Mental Health Systems**. 2014, 8:11. DOI:10.1186/1752-4458-8-11.

JENKINS, Rachel; et al. Health system challenges to integration of mental health delivery in primary care in Kenya perspectives of primary care health workers. **BMC Health Services Research**. 2013,13:368. DOI:10.1186/1472-6963-13-368.

JUCÁ, Vlândia Jamile dos Santos; NUNES, Mônica de Oliveira; BARRETO, Suely Galvão. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2009;14(1):173-182. DOI: 10.1590/S1413-81232009000100023.

LEVITT, Cheryl A; et al. Refinement of indicators and criteria in a quality tool for assessing quality in primary care in Canada: a Delphi Panel study. *Fam Pract* 2014; 31 (5): 607-621. doi: 10.1093/fampra/cmu021

MARSTON, Louise; et al. Prescribing of antipsychotics in UK primary care: a cohort study **BMJ Open** 2014;4:e006135. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006135.

MARTIN, Julie Langan; et al. Physical health indicators in major mental illness: analysis of QOF data across UK general practice. **British Journal of Geneneral Practice**. 2014; 64 (627): e649-e656. DOI: 10.3399/bjgp14X681829.

MICLOS, Paula Vitali; CALVO, Maria Cristina Marino; COLUSSI, Claudia Flemming. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro. 2015, v.39,n.107,p.984-996.

MINOZZO, Fabiane; et al. Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. **Fractal: Revista de Psicologia**, 2012. 24(2), 323-340. DOI: 10.1590/S1984-02922012000200008.

MYKLETUN, Arnstein; et al. General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred

Norwegian general practitioners. **BMC Health Services Research**. 2010,10:35. DOI:10.1186/1472-6963-10-35.

ONTARIO. Health Quality Ontario. Primary Care Performance Measurement: Priority Measures for System and Practice Levels. 2015. Disponível em: <<http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/pr/pcpm-prioritization-report-1510-en.pdf>>. Acesso em: 31 jan 2017.

PASQUALI, Luiz; PRIMI, Ricardo. Fundamentos da teoria da resposta ao item: TRI. **Avaliação Psicológica**. 2003;2(2):99-110.

PETTERSON, Stephen; et al. Mental health treatment in the primary care setting: Patterns and pathways. *Families, Systems, & Health*, 2014,32(2), 157-166. DOI: 10.1037/fsh0000036.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUZA, Allan; FLORÊNCIO, Alexandre Ramos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago 2012.

RAMOS, Déborah Karollyne Ribeiro; GUIMARAES, Jacileide; ENDERS, Bertha Cruz. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 519-527, jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 jan. 2017.

RIZOPOULOS, Dimitris. ltm: An R Package for Latent Variable Modeling and Item Response Analysis. **Journal of Statistical Software**, [S.l.], v.17,5,p.1-25,nov. 2006. DOI: 10.18637/jss.v017.i05.

SAMEJIMA, Fumiko A. Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. **Psychometrika**. 1969;p.100. DOI: 10.1007/BF03372160.

SANTOS, Alaneir de Fátima dos et al. Apoio institucional e matricial e sua relação com o cuidado na atenção básica à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 49, p. 1-7, 2015.

SAPAG, Jaime C.; RUSH, Brian; FERRIS, Lorraine E. Collaborative mental health services in primary care systems in Latin America: contextualized evaluation needs and opportunities. **Health Expectations**, 2016,19: 152–169. DOI: 10.1111/hex.12338.

SCARATTI, Dirceu; CALVO, Maria Cristina Marino. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 446-455, June 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 Jan. 2017.

SIMOU, Effie; et al. Quality indicators for primary health care: a systematic literature review. **J Public Health Management Practice**, 2013, 00(00), 1–9.

SOUZA, Laura Vilela e; SANTOS, Manoel Antônio dos. Processo grupal e atuação do psicólogo na atenção primária à saúde. *Journal of Human Growth and Development*, 2012;22(3), 388-395. DOI: 10.7322/jhgd.46711.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia - Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2002.726 p.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

VENTEVOGEL, Peter. Integration of mental health into primary healthcare in low-income countries: Avoiding medicalization. **Internacional Review of Psychiatry**. 2014,26(6):669-79. DOI: 10.3109/09540261.2014.966067.

WENCESLAU, Leandro David; ORTEGA, Francisco. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. **Interface** (Botucatu). 2015; 19(55):1121-32.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaration of Alma-Ata**. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponível em: <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1>. Acesso em 07 Fev. 2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope**. 2001. Geneva: World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **mhGAP Mental Health Gap Action Programme: Scaling Up Care for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders**. 2008. Geneva: World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA). **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. 2008. Geneva: World Health Organization.

APÊNDICE A

Variáveis da avaliação externa selecionadas para compor o modelo GRM.

Variável	Referência	Respostas
II_12_7_5	(A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações?) Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico	1 Sim 2 Não 998 Não se aplica
II_14_3_6	(A equipe programa oferta de consultas para quais situações?) Transtorno mental	1 Sim 2 Não
II_14_4_9	(A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações?) Saúde mental	1 Sim 2 Não
II_14_5_6	A programação da agenda da equipe esta de acordo com o risco classificado, para quais situações?) Transtorno mental	1 Sim 2 Não
II_14_6_7	(A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção?) Transtorno mental	1 Sim 2 Não
II_14_7_14	(A equipe realiza busca ativa das seguintes situações:) Saúde mental	1 Sim 2 Não
II_23_2	Como são agendadas as consultas para pessoas em sofrimento psíquico?	1 Em qualquer dia da semana, em qualquer horário 2 Em qualquer dia da semana, em horários específicos

		3 Dias específicos fixos, em qualquer horário 4 Dias específicos fixos, em horários específicos 5 Outro(s) 999 Não se aplica
II_23_3	Normalmente, qual é o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde?	* Dias 997 Atendido o mesmo dia 998 Não se aplica
II_23_4_1	(A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos:) Consulta específica com tempo maior	1 Sim 2 Não 998 Não se aplica
II_23_4_2	Registro da história de vida	1 Sim 2 Não 998 Não se aplica
II_23_4_3	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo	1 Sim 2 Não 998 Não se aplica
II_23_4_4	Atendimento com profissionais de saúde mental (NASF ou outro apoio matricial)	1 Sim 2 Não 998 Não se aplica
II_23_5	A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?	1 Sim 2 Não
II_23_6_1	A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico. Existe documento que comprove?	1 Sim 2 Não 998 Não se aplica
II_23_7_1	A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?	1 Sim 2 Não 998 Não se aplica

	Existe documento que comprove?	
II_23_8	A equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?	1 Sim 2 Não
II_23_9_1	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral? Existe documento que comprove?	1 Sim 2 Não 998 Não se aplica
II_23_10	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico dos medicamentos citados acima para o acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses quando indicado?	1 Sim 2 Não
II_26_2_8	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para Questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de Saúde Mental no território	1 Sim 2 Não 998 Não se aplica

APÊNDICE B

Distribuição de frequências de respostas por item para nuvem de palavras

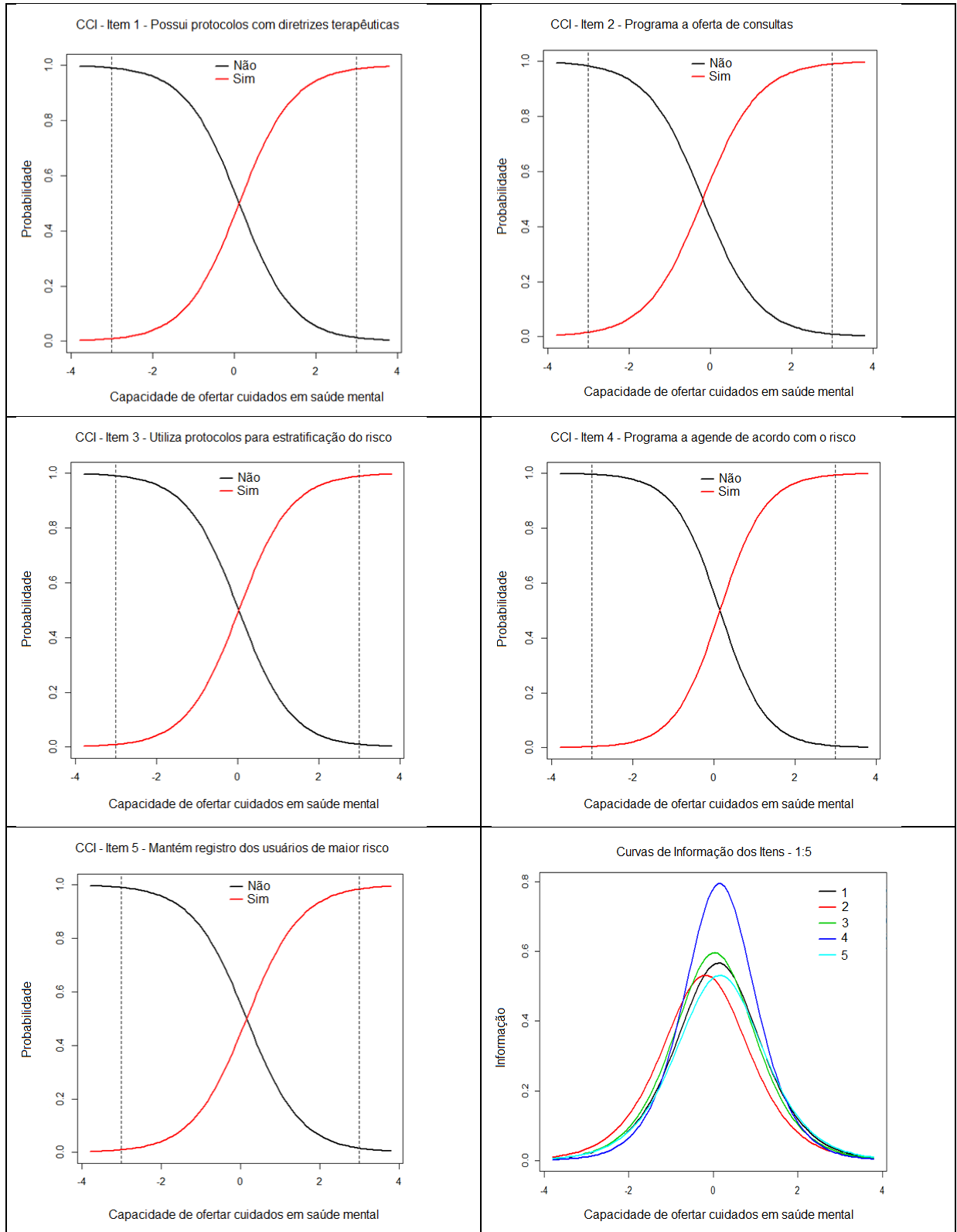
Item/Nível	Muito abaixo da média	Abaixo da média	Acima da média	Muito acima da média
Protocolos com diretrizes terapêuticas				
Sprotocolo	71	2980	9573	1249
Nprotocolo	1706	9406	4443	29
Programa oferta de consultas				
Sprogconsulta	90	4230	10679	1273
Nprogconsulta	1687	8156	3337	5
Protocolos para estratificação de riscos				
Sprot_estrat_risco	60	3251	10034	1259
Nprot_estrat_risco	1717	9135	3982	19
Programa agenda de acordo com o risco				
Sprog_agenda	23	2508	9796	1261
Nprog_agenda	1754	9878	4220	17
Mantêm registro dos usuários encaminhados				
Smantemregistro	59	2969	9363	1254
Nmantemregistro	1718	9417	4653	24
Realiza busca ativa				
Sbuscaativa	75	3669	9385	1255
Nbuscaativa	1702	8717	4631	23
Agendamento de consultas				
Agendaconsmsmdia	0	7341	10677	1169
Agendaconsoutros	57	3422	3224	109
NAgendacons	1720	1623	115	0
Tempo de espera para o primeiro atendimento				
Atendemsmdia	0	7419	9874	1093
+1diaespera	57	3344	4027	185
Nfazconsulta	1720	1623	115	0
Oferta consulta com tempo maior				
Sconstempomaior	0	3310	9391	1243
Nconstempomaior	1777	9076	4625	35
Utiliza registro da história de vida				
Sreghistvida	0	2822	9233	1265
Nreghistvida	1777	9564	4783	13

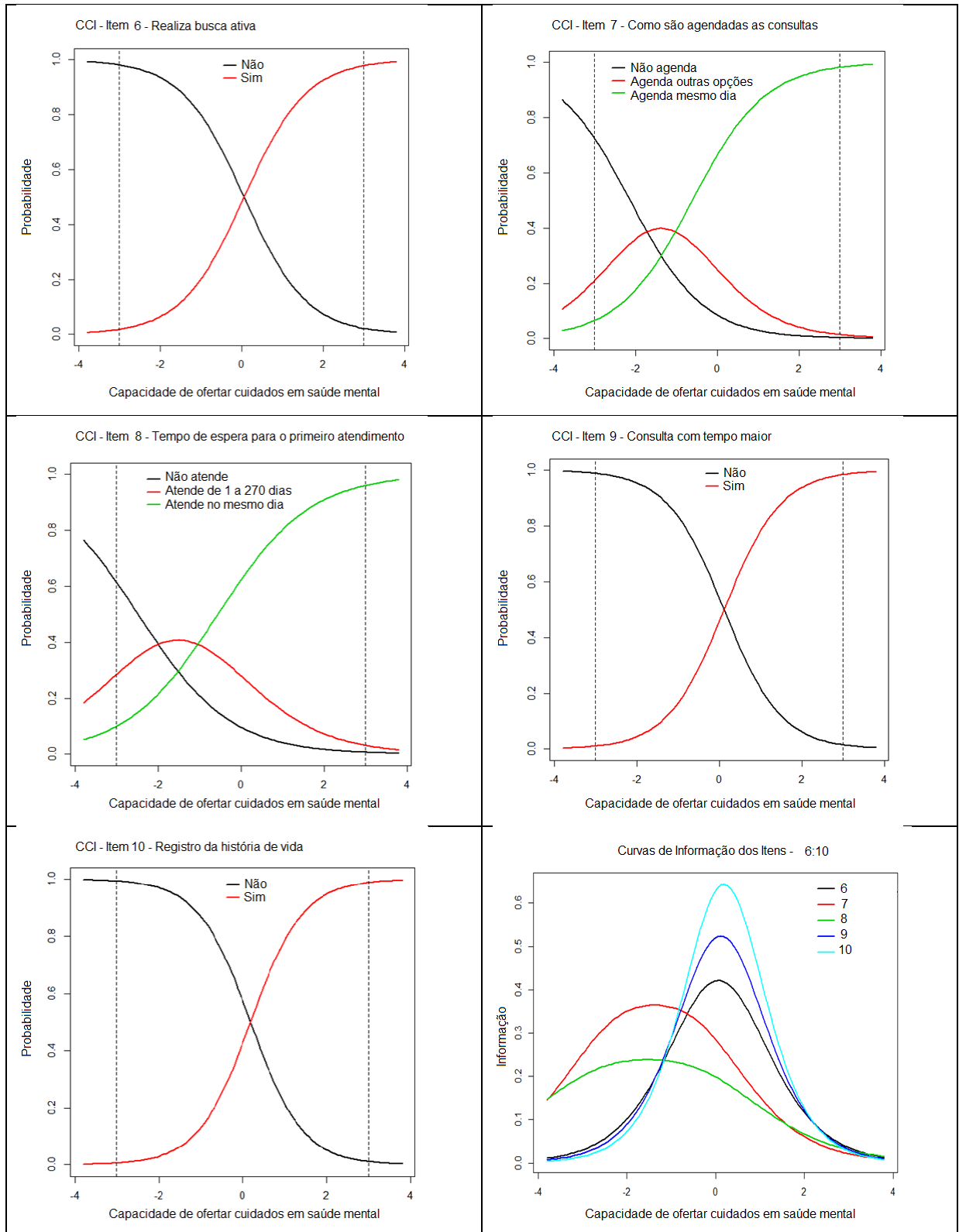
Cont.

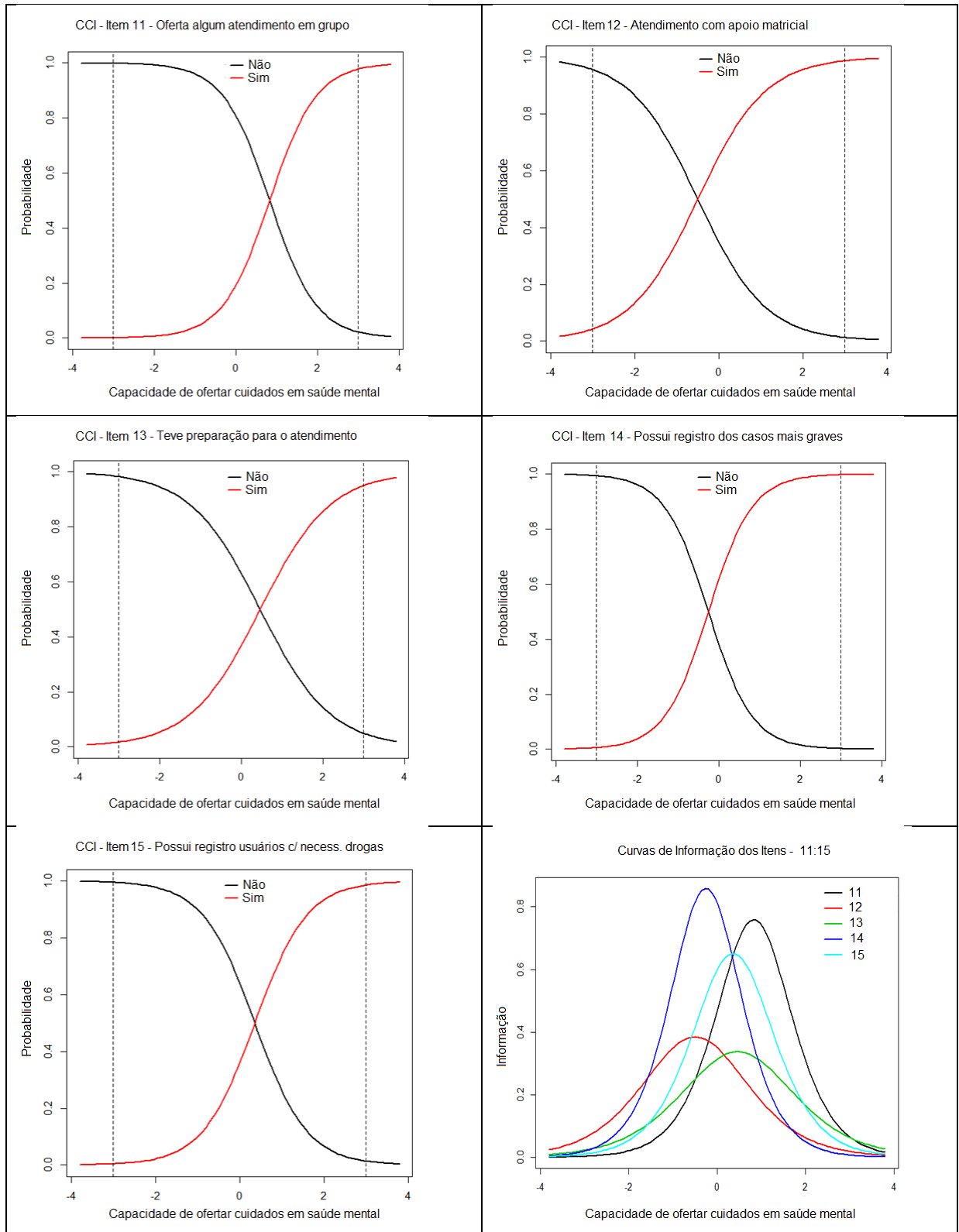
Item/Nível	Muito abaixo da média	Abaixo da média	Acima da média	Muito acima da média
Oferta algum atendimento em grupo				
Sofertagrupo	0	954	5988	1196
Nofertagrupo	1777	11432	8028	82
Atendimento com profissionais de apoio matricial				
Sapoimatricial	0	5974	11083	1248
Napoimatricial	1777	6412	2933	30
Preparação para atendimento				
Spreparacao	71	2761	7675	1184
Npreparacao	1706	9625	6341	94
Registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico				
Sregcasograve	38	3443	10892	1266
Nregcasograve	1739	8943	3124	12
Registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de drogas				
Sregcasodrogas	19	1787	7828	1235
Nregcasodrogas	1758	10599	6188	43
Equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de drogas				
Sacoedrogas	55	1989	7519	1243
Nacoedrogas	1722	10397	6407	35
Equipe possui registro dos usuários em uso crônico de psicotrópicos				
Sregcronicosmedic	88	4333	10572	1261
Nregcronicosmedic	1689	8053	3444	17
Equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de psicotrópicos				
Sacoescronicmedic	39	3027	10074	1270
Nacoescronicmedic	1738	9359	3942	8
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde				
SpromocaoSM	39	1510	6971	1229
NpromocaoSM	1738	10876	7225	49

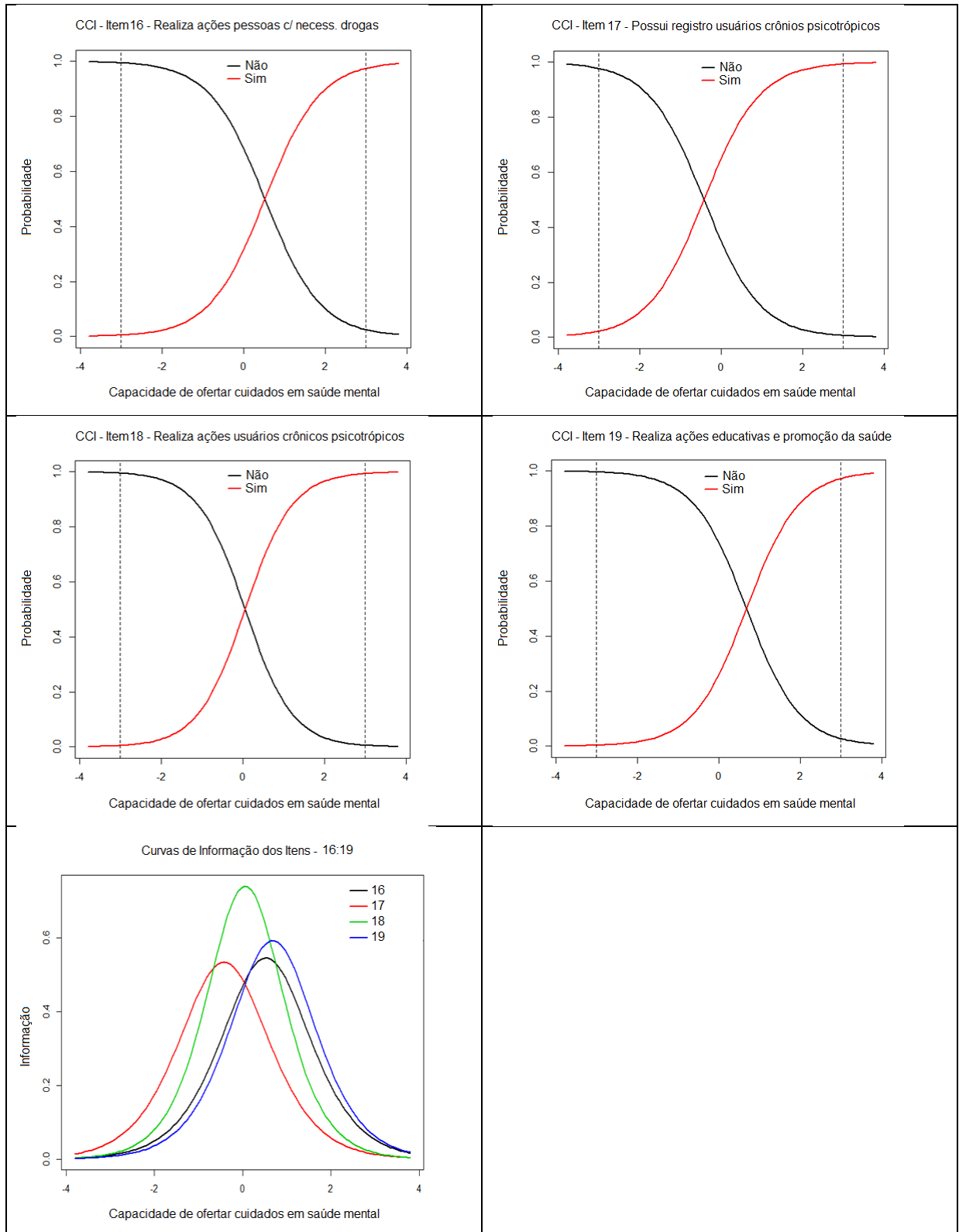
APÊNDICE C

Curvas Características dos Itens e Curvas de Informação dos Itens



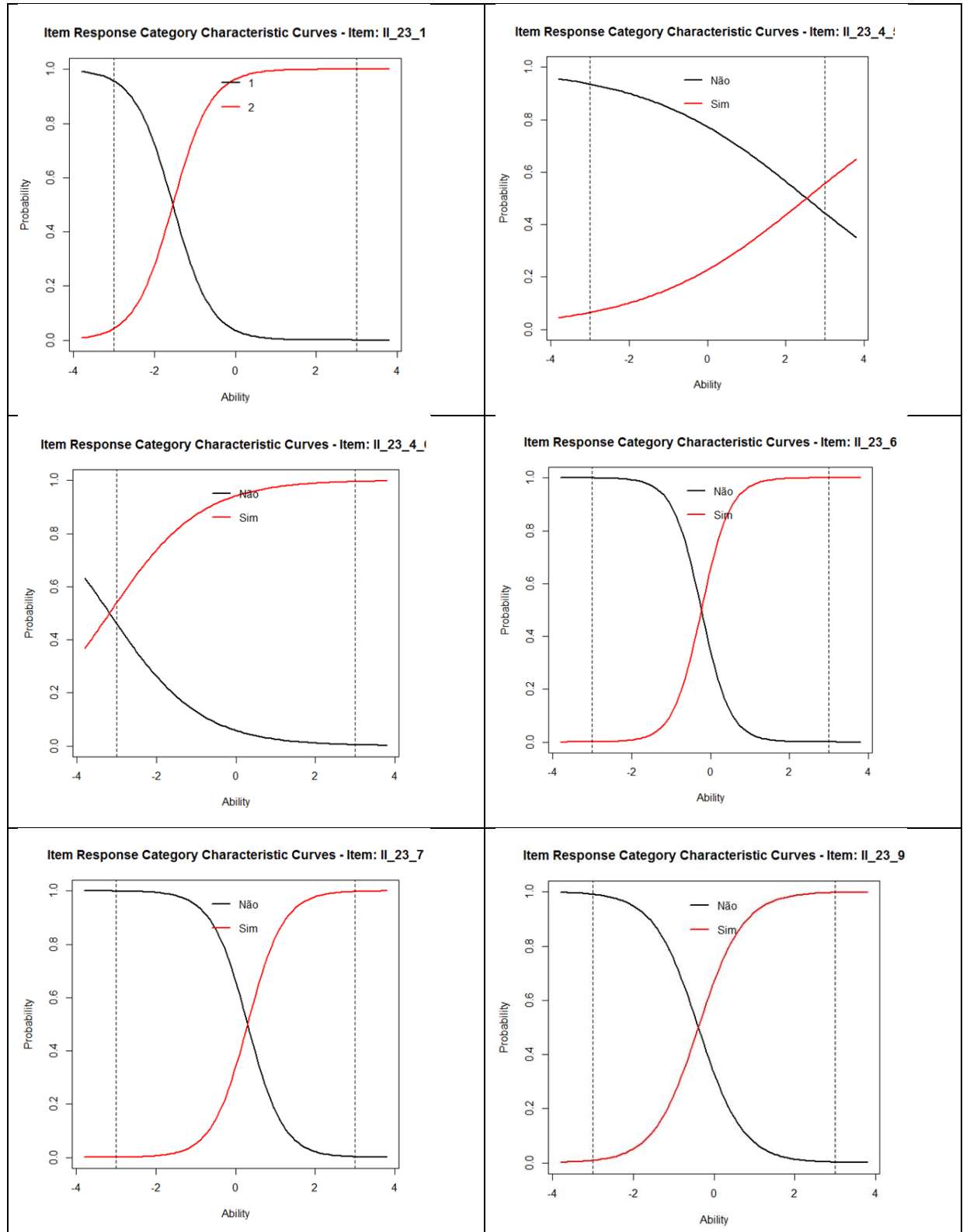






APÊNDICE D

Curvas Características dos Itens retirados do modelo



ANEXO A

Variáveis da subdimensão saúde mental no instrumento de avaliação externa

II.23 Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico			
ET - II.23.1	A equipe atende pessoas em sofrimento psíquico? Se NÃO, passar para a questão II.23.5.		Sim
			Não
G - II.23.2	Como são agendadas as consultas para pessoas em sofrimento psíquico? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Em qualquer dia da semana, em qualquer horário
			Em qualquer dia da semana, em horários específicos
			Dias específicos fixos, em qualquer horário
			Dias específicos fixos, em horários específicos
			Outro(s)
G - II.23.3	Normalmente, qual é o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde?		Dias
			Atendido no mesmo dia
II.23.4	A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Consulta específica com tempo maior
			Registro da história de vida
			Oferta de algum tipo de atendimento em grupo
			Atendimento com profissionais de saúde mental (NASF ou outro apoio matricial)
			Outro(s)
			Não realiza nenhuma estratégia específica para cuidar desses casos
G - II.23.5	A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?		Sim
			Não
ET - II.23.6	A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico. Se NÃO, passar para a questão II.23.7.		Sim
			Não
ET - II.23.6/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.23.7	A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas? Se NÃO, passar para a questão II.23.8.		Sim
			Não
G - II.23.7/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
ET - II.23.8	A equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?		Sim
			Não
G - II.23.9	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral? Se NÃO, passar para a questão II.23.10.		Sim
			Não
G - II.23.9/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.23.10	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico dos medicamentos citados acima para o acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses quando indicado?		Sim
			Não

ANEXO B

Variáveis da subdimensão saúde mental na Nota Metodológica

CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO	PERGUNTA	RELEVÂNCIA DA PERGUNTA	PERCENTUAL NA SUBDMENSÃO	PERCENTUAL NA AVALIAÇÃO EXTERNA	RESPOSTAS	PERCENTUAL EQUIVALENTE DA RESPOSTA	NOTA CATEGORIA	OBSERVAÇÕES PARA O CÁLCULO
Estratégico	A equipe atende pessoas em sofrimento psíquico?	3	3,4	1,0	Sim	100	1,0227	
					Não	0	0,0000	
Geral	Como são agendadas as consultas para pessoas em sofrimento psíquico?	1	1,1	0,3	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	100	0,3409	
					Em qualquer dia da semana, em horários específicos	80	0,2727	
					Dias específicos fixos, em qualquer horário	60	0,2045	
					Dias específicos fixos, em horários específicos	40	0,1364	
					Outro(s)	20	0,0682	
Geral	Normalmente, qual é o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde?	1	1,1	0,3	Dias	Parâmetro: até 15 dias (80%); de 16 dias até 30 dias (60%); mais de 30 dias (30%)	0,2727 0,2045	
					Atendido no mesmo dia	100	0,3409	
Geral	A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?	1	1,1	0,3	Sim	100	0,3409	
					Não	0	0,0000	
Estratégico	A equipe de Atenção Básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico? Existe documento que comprove?	3	3,4	1,0	Sim		1,0227	Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação
					Não			
					Sim	100	0,0000	
					Não	0		
Estratégico	A equipe de Atenção Básica possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas? Existe documento que comprove?	3	3,4	1,0	Sim		1,0227	Questões conjugadas. Só se marcar SIM nas duas, ganha a pontuação
					Não			
					Sim	100	0,0000	
					Não	0		
Estratégico	A equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?	3	3,4	1,0	Sim	100	1,0227	
					Não	0	0,0000	
Geral	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como de ansiolíticos de modo geral? Existe documento que comprove?	1	1,1	0,3	Sim		0,3409	Questões conjugadas. Só se marcar Sim nas duas, ganha a pontuação
					Não			
					Sim	100	0,0000	
					Não	0		

ANEXO C

Saúde mental na atenção básica: uma avaliação usando a Teoria da Resposta ao Item.

INTRODUÇÃO

Introduzir a saúde mental no âmbito das ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) é um desafio que vem sendo colocado em pauta desde as discussões primordiais das Reformas Sanitária e Psiquiátrica Brasileira. A Estratégia de Saúde da Família foi escolhida como forma de operacionalizar a APS, que no Brasil foi denominada de Atenção Básica em Saúde (ABS)⁹.

No ano de 2001 a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o Relatório Mundial da Saúde^a sobre as condições em se prestavam os cuidados aos portadores de sofrimento psíquico, e fez indicações para a integração do cuidado em saúde mental na atenção primária.

Em 2008 a OMS lançou o programa mhGAP (Mental Health Gap Action Programme - Programa de Ação sobre a Lacuna de Saúde Mental)^b, no qual incentiva a implantação de serviços de saúde mental em atenção primária em países de baixa e média renda.

Oferecer cuidado em saúde mental na ABS é garantir que o princípio da integralidade, diretriz tanto da ABS quanto do Sistema Único de Saúde, seja cumprido. Nesse sentido, é importante ressaltar que a ABS tem papel fundamental na coordenação das redes, devendo garantir ao usuário o acesso oportuno de acordo com as suas necessidades¹⁰.

A mudança estabelecida pela Reforma Psiquiátrica na lógica de cuidado, saindo do foco hospitalar centrado no modelo biomédico, para o cuidado baseado na atenção psicossocial prestado ao usuário no território impõe que a ABS esteja preparada para garantir o acesso ao cuidado ao portador de sofrimento psíquico³.

Estudos realizados em diversos países indicam que um fator importante para que a APS possa atender os portadores de sofrimento mental é a qualificação dos profissionais, pois muitas vezes esses profissionais relataram sentir-se despreparados para tais atendimentos^{13,16,17,21,22}.

Para que médicos e profissionais da APS estejam preparados é necessário investir na organização dos sistemas de saúde de modo a aproximar os níveis primário e secundário, estabelecendo fluxos de comunicação, garantindo que profissionais do nível primário recebam orientação e supervisão do nível secundário^{6,8,22,27}. A fragmentação dos sistemas de saúde dificulta o acesso e a comunicação entre os profissionais, fazendo com que os usuários não tenham cuidado contínuo^{6,24}.

Buscando superar a fragmentação do cuidado, expressa pela lógica do encaminhamento do usuário entre os serviços da rede, o apoio matricial desponta como possibilidade no Sistema Único de Saúde. O matriciamento tem como objetivo oferecer suporte especializado para as equipes de atenção básica (EqAB), possibilitando que o usuário seja atendido pela EqAB a qual é vinculado⁴. Desse modo, evita-se que o usuário perca o vínculo com a equipe e com a unidade de saúde, recebendo o tratamento próximo de seu domicílio.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)^c foi instituído em 2011 com o objetivo de induzir a melhoria da qualidade da ABS e aumentar o acesso à mesma. O cuidado em saúde mental faz parte da avaliação das EqAB, expresso em uma subdimensão do questionário da avaliação externa. A análise dos itens referentes à saúde mental permite classificar as EqAB quanto ao nível de cuidado que ofertam. Nesse sentido, propõe-se avaliar a qualidade dos itens de acordo com os pressupostos teóricos da Teoria da Resposta ao Item (TRI).

A TRI permite mensurar uma característica não observável das equipes (oferta de cuidados em saúde mental) a partir de variáveis observáveis (respostas aos itens de um questionário).

O presente estudo tem como objetivo identificar os itens do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que melhor discriminam a oferta de cuidados em saúde mental.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado a partir dos dados do 2º Ciclo do PMAQ-AB, referentes às 30.522 equipes de atenção básica (EqAB). Os dados foram coletados na fase de avaliação externa no período de 2013-2014. As informações oriundas da

avaliação externa servem como base para avaliar as condições de acesso e de qualidade das equipes participantes do programa.

Tendo em vista que nem todas as EqAB inicialmente inscritas participaram de todo o ciclo de avaliação, adotou-se como critério de exclusão a retirada das equipes desclassificadas (713)^d ou insatisfatórias (353)^e.

A análise das variáveis se baseou na TRI, utilizando o Modelo de Resposta Gradual de Samejima²⁶. Em termos gerais, a TRI é utilizada para mensurar características não-observáveis (traço latente, habilidade, aptidão ou construto) a partir de variáveis observáveis²³. Definiu-se como construto a ser mensurado a capacidade de uma equipe ofertar cuidados em saúde mental.

Um conjunto de itens foi inicialmente selecionado com base na subdivisão proposta pelo MS no instrumento de avaliação externa. A análise inicial deste conjunto de itens utilizando a TRI mostrou que a subdivisão proposta é incapaz de discriminar satisfatoriamente as equipes em relação à oferta de cuidados em saúde mental.

Para a nova subdivisão proposta realizou-se uma busca pelo termo “saúde mental” por todo o questionário do Módulo II, sendo as variáveis encontradas agrupadas com as demais. Foram selecionadas variáveis dicotômicas e politômicas. Todas as variáveis foram recodificadas de modo a expressar a gradação entre o pior e o melhor cenário.

Selecionaram-se duas variáveis politômicas, que foram recodificadas de modo a apresentar três cenários graduados. A primeira variável refere-se à forma como são agendadas consultas para pessoas em sofrimento psíquico, tendo como melhor cenário a resposta: “as consultas são marcadas em qualquer dia da semana, em qualquer horário”. No cenário intermediário agruparam-se as respostas: “em qualquer dia da semana, em horários específicos”, “dias específicos fixos, em qualquer horário”, “Dias específicos fixos, em horários específicos”, “Outro(s)”; no pior cenário aparece a resposta “Não marca consultas”.

A segunda variável politômica relaciona-se ao tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, considerando-se como melhor cenário a resposta “Atendido no mesmo dia”, no cenário intermediário agruparam as respostas que variaram de 1 dia a 270 dias de espera; e no pior cenário a resposta “Não atende”.

Foi utilizado o software estatístico R^f para os ajustes ao Modelo de Resposta Gradual (Samejima's Graded Response Model – GRM), com o auxílio do pacote ltm²⁵. O GRM possibilita fazer a estimativa dos parâmetros de discriminação (parâmetro a) do item e o de locação (parâmetro b) para cada categoria de resposta do item²⁶. Foi utilizado o parâmetro de discriminação para identificar que itens do questionário com maior poder de discriminação das equipes, com relação ao nível do construto em estudo, ou seja, distinguir as equipes com maior capacidade de “oferta de cuidado em saúde mental” das que menos o fazem.

No modelo utilizado, o parâmetro de locação alcançado por uma equipe equivale ao nível de traço latente no qual a probabilidade de escolha de uma determinada categoria ou superior é de 50%. Usualmente os valores deste parâmetro estão localizados entre -3 e 3, a mesma escala dos escores obtidos pelas equipes¹.

Para analisar a consistência interna, a correlação entre os itens e de itens com o escore total foram utilizados os coeficientes alfa de Cronbach, correlação de Spearman e ponto bisserial, respectivamente.

As Curvas Características dos Itens (CCI) foram utilizadas para verificar a probabilidade de escolha para cada uma das categorias dos itens em função da capacidade de “oferta de cuidado em saúde mental”.

A TRI tem como pressupostos a unidimensionalidade (os itens devem mensurar um único traço latente) e a independência local dos itens (dado um escore, as respostas aos itens não podem apresentar dependência entre si). Para avaliar a unidimensionalidade foi utilizada a Análise de Componentes Principais^{1,12}.

Após o ajuste do GRM aos dados foi possível estimar os parâmetros dos itens e também os escores relacionados “à capacidade de oferta de cuidados em saúde mental” alcançado por cada equipe. Procedeu-se à análise descritiva dos escores, utilizando-se distribuição de frequências, medidas de tendência central e dispersão. Os escores foram mantidos na escala usual da TRI (-3 a 3) e divididos em quatro grupos: -3 a -1,5 (muito abaixo da média); -1,5 a 0 (abaixo da média); 0 a 1,5 (acima da média); e 1,5 a 3 (muito acima da média).

A visualização da frequência das respostas dadas aos itens pelas equipes foi feita por meio de nuvens de palavras, uma para cada grupo. Às alternativas de resposta de cada item foram atribuídos microtextos. Os microtextos utilizados para ilustrar as respostas começam em sua maioria com as letras “S” e “N”, em alusão às

respostas “sim” e “não” para os itens. O tamanho da fonte dos termos na nuvem de palavras está diretamente relacionado com a frequência com que o termo é encontrado, de modo que os termos grafados com as mesmas cores têm frequência de resposta próxima.

Este estudo cumpre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, em 30/05/12, registro nº 28804.

RESULTADOS

Após análise preliminar das 25 variáveis (23 dicotômicas e 2 politômicas), verificou-se que 6 variáveis não se adequavam ao modelo, por interferir no pressuposto de independência ou por terem difícil compreensão, optando-se por removê-las das análises. Foram elas: equipe atende pessoas em sofrimento psíquico; equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar dos casos: outros; equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar dos casos: não realiza nenhuma estratégia específica; equipe de atenção básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico; equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas; equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral.

Dentre as 19 variáveis restantes, 17 foram dicotômicas e 2 foram caracterizadas em três níveis. As variáveis e suas respectivas proporções para cada categoria de resposta são apresentadas na Tabela 1. As variáveis referentes à oferta de algum atendimento em grupo; oferta ações educativas e de promoção da saúde; realizar ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de drogas; e registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de drogas foram as que obtiveram maior proporção de respostas no pior cenário.

Em oposição o agendamento de consultas; tempo de espera para o primeiro atendimento e atendimento com profissionais de apoio matricial foram as variáveis que obtiveram maior proporção de respostas do melhor cenário.

Tabela 1 – Distribuição da proporção de cada categoria de resposta.

Itens	Proporção de respostas (%)		
	1*	2	3
1 Protocolos com diretrizes terapêuticas	52,90	47,10	n.a.
2 Programa oferta de consultas	44,76	55,24	n.a.
3 Protocolos para estratificação de riscos	50,42	49,58	n.a.
4 Programa agenda de acordo com o risco estratificado	53,87	46,13	n.a.
5 Mantêm registro dos usuários encaminhados	53,68	46,32	n.a.
6 Realiza busca ativa	51,17	48,83	n.a.
7 Agendamento de consultas**	11,74	23,13	65,14
8 Tempo de espera para o primeiro atendimento***	11,74	25,84	62,42
9 Oferta consulta com tempo maior	52,66	47,34	n.a.
10 Utiliza registro da história de vida	54,78	45,22	n.a.
11 Oferta algum atendimento em grupo	72,37	27,63	n.a.
12 Atendimento com profissionais de apoio matricial	37,86	62,14	n.a.
13 Preparação para atendimento	60,31	39,69	n.a.
14 Registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico	46,91	53,09	n.a.
15 Registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de drogas	63,10	36,90	n.a.
16 Equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de drogas	63,32	36,68	n.a.
17 Equipe possui registro dos usuários em uso crônico de psicotrópicos	44,82	55,18	n.a.
18 Equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de psicotrópicos	51,08	48,92	n.a.
19 A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde	67,52	32,48	n.a.

* Variáveis dicotômicas: 1 – Não 2 – Sim n.a. – Não se aplica

** Item 7 Agendamento de consultas: 1 – Não marca consultas / 2 – marca “em qualquer dia da semana, em horários específicos”, “Dias específicos fixos, em qualquer horário”, “Dias específicos fixos, em horários específicos”, “Outro(s)” / 3 – Marca em qualquer dia da semana, em qualquer horário.

*** Item 8 Tempo de espera para o primeiro atendimento: 1 – Não atende / 2 – Marca de 1 a 270 dias de espera / 3 – Atende no mesmo dia.

Os valores estimados para os parâmetros de discriminação e de locação dos itens estão relacionados na Tabela 2, bem como os valores de consistência interna total, consistência interna com a retirada do item e da correlação de cada item com o escore total. Considerando todos os itens, obteve-se coeficiente α de Cronbach de 0,87, o qual não é melhorado com a retirada de nenhum item. A correlação dos itens com a nota final variou entre 0,35 (item 8) a 0,63 (item 14).

Tabela 2 - Estimativas dos parâmetros de discriminação e de locação, da consistência interna e da correlação entre os itens e o escore total.

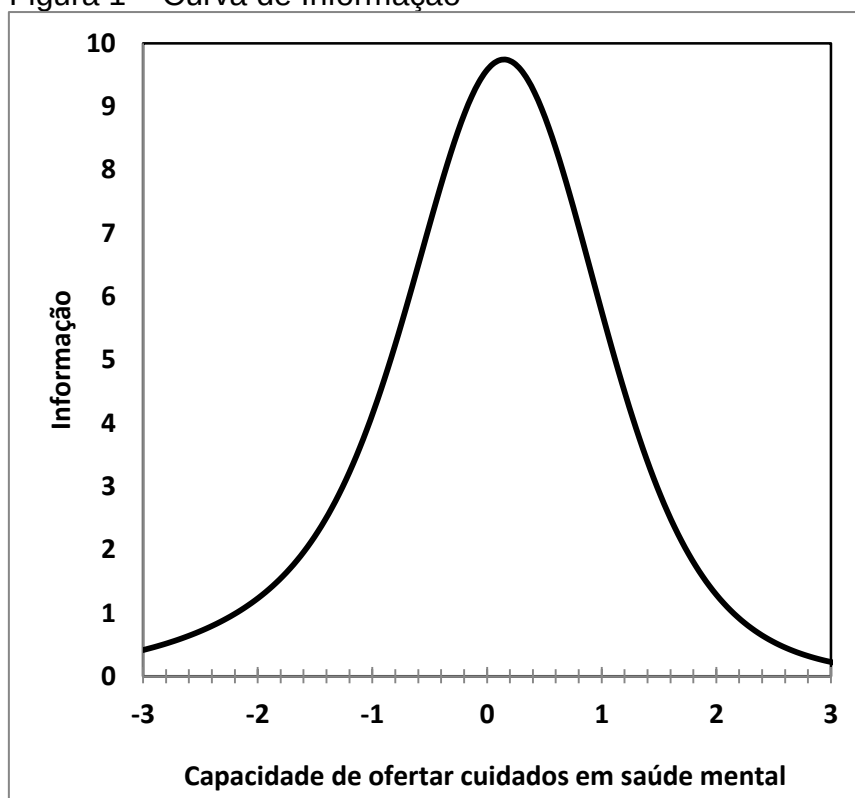
ITEM	Parâmetros (erro-padrão)			Consistência interna Total (0,87)	Correlação com o escore total
	a*	b1**	b2***		
1 Protocolos com diretrizes terapêuticas	1,52 (0,02)	0,12 (0,01)	n.a.	0,86	0,57
2 Programa oferta de consultas	1,47 (0,02)	-0,18 (0,01)	n.a.	0,86	0,56
3 Protocolos para estratificação de riscos	1,56 (0,02)	0,03 (0,01)	n.a.	0,86	0,58
4 Programa agenda de acordo com o risco estratificado	1,79 (0,03)	0,15 (0,01)	n.a.	0,86	0,62
5 Mantêm registro dos usuários encaminhados	1,47 (0,02)	0,15 (0,01)	n.a.	0,86	0,56
6 Realiza busca ativa	1,29 (0,02)	0,06 (0,01)	n.a.	0,86	0,52
7 Agendamento de consultas	1,12 (0,02)	-2,13 (0,03)	-0,62 (0,02)	0,86	0,41
8 Tempo de espera para o primeiro atendimento	0,91 (0,02)	-2,48 (0,04)	-0,56 (0,02)	0,86	0,35
9 Oferta consulta com tempo maior	1,44 (0,02)	0,12 (0,01)	n.a.	0,86	0,55
10 Utiliza registro da história de vida	1,59 (0,03)	0,19 (0,01)	n.a.	0,86	0,58
11 Oferta algum atendimento em grupo	1,72 (0,03)	0,84 (0,01)	n.a.	0,86	0,55
12 Atendimento com profissionais de apoio matricial	1,24 (0,02)	-0,50 (0,01)	n.a.	0,86	0,48
13 Preparação para atendimento	1,15 (0,02)	0,47 (0,01)	n.a.	0,86	0,47
14 Registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico	1,79 (0,03)	-0,09 (0,01)	n.a.	0,86	0,63
15 Registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de drogas	1,61 (0,03)	0,49 (0,01)	n.a.	0,86	0,57
16 Equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de drogas	1,45 (0,02)	0,53 (0,01)	n.a.	0,86	0,54
17 Equipe possui registro dos usuários em uso crônico de psicotrópicos	1,39 (0,02)	-0,19 (0,01)	n.a.	0,86	0,54

18 Equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de psicotrópicos	1,69 (0,03)	0,06 (0,01)	n.a.	0,86	0,61
19 A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde mental	1,53 (0,03)	0,68 (0,01)	n.a.	0,86	0,54

* Discriminação ** Locação (resposta 2) ***Locação (resposta 3) n.a.: Não se aplica

Programar a agenda de acordo com a estratificação de risco; manter registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico e ofertar algum atendimento em grupo foram os itens que apresentaram maior poder de discriminação, com os valores 1,79, 1,79 e 1,72, respectivamente. Os itens que apresentaram menor poder de discriminação foram aqueles categorizados em três níveis: agendamento de consultas (1,12) e tempo de espera para o primeiro atendimento (0,91). A Curva de Informação do Teste é apresentada na Figura 1.

Figura 1 – Curva de Informação



No que se refere ao parâmetro de locação dos itens, os maiores valores obtidos foram para oferta de algum atendimento em grupo (0,84) e oferta de ações educativas e de promoção de saúde mental (0,68).

A análise de componentes principais, utilizada para avaliar o pressuposto da unidimensionalidade dos itens apresentou uma acentuada redução no percentual de variabilidade entre o primeiro (43,3%) e segundo (9,9%) componentes, sendo indicativo de que a suposição de unidimensionalidade foi atendida.

Finalizada a estimativa dos parâmetros dos itens, procedeu-se o cálculo dos escores do nível de oferta de cuidados em saúde mental, obtendo-se valores entre -2,07 (mínimo) e 1,95 (máximo). A média foi de 0,006 e a mediana 0,032. A

distribuição das equipes de acordo com a capacidade de oferta de cuidados em saúde mental é apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição segundo faixas de escores de oferta de cuidados em saúde mental.

Escores – nível	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
(-3,0 a -1,5) - Muito abaixo da média	1777	6,03
(-1,5 a 0,0) - Abaixo da média	12386	42,05
(0,0 a 1,5) - Acima da média	14016	47,58
(1,5 a 3,0) - Muito acima da média	1278	4,34
Total	29457	100,0

A Figura 2 apresenta gráficos do tipo nuvem de palavras representando a distribuição da frequência das categorias de respostas dos quatro grupos de equipes com diferentes níveis de oferta de cuidados em saúde mental.

Nota-se que nos níveis de oferta de cuidados muito abaixo da média e muito acima da média, as frequências estão uniformes, evidenciado pelo fato de que as palavras têm tamanhos muito parecidos.

No nível muito acima da média, há predominantemente respostas categorizadas como melhor cenário (microtextos iniciados em “S”). Já no nível muito abaixo da média, é possível perceber muitos registros de respostas na categoria pior cenário (com microtextos iniciados em “N”).

Nos níveis abaixo da média e acima da média, verifica-se grande heterogeneidade das frequências de respostas, poucos termos são grafados com maior intensidade, com pronunciada concentração de respostas do melhor cenário no grupo acima da média e de respostas do pior cenário no grupo abaixo da média.

Ao se comparar os resultados apresentados nas nuvens de palavras com os parâmetros obtidos nos itens, podemos verificar que aqueles itens com maior discriminação estão diferentemente presentes nos níveis muito abaixo da média e muito acima da média. O item com maior discriminação, programa agenda de acordo com o risco estratificado, é encontrado de forma positiva no nível muito acima da média (Sprog_agenda) e negativa em muito abaixo da média (Nprog_agenda). O mesmo acontece com o item registro de casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico, que aparece positivamente no nível muito acima da média

(Sregcasograve) e de forma negativa no nível muito abaixo da média (Nregcasograve).

Figura 2 – Características das equipes por faixa de escores



- 1 - Sprotocolo: possui protocolos para acolhimento à demanda espontânea; Nprotocolo: não possui protocolos para acolhimento à demanda espontânea
- 2 - Sprogrconsulta: programa oferta de consultas; Nprogrconsulta: não programa oferta de consultas
- 3 - Sprot_estrat_risco: utiliza protocolos para estratificação de risco; Nprot_estrat_risco: não utiliza protocolos para estratificação de risco
- 4 - Sprog_agenda: programa a agenda de acordo com o risco classificado; Nprog_agenda: não programa a agenda de acordo com o risco classificado
- 5 - Smanemregistro: mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados; Nmanemregistro: não mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados
- 6 - Sbuscaativa: realiza busca ativa; Nbuscaativa: não realiza busca ativa
- 7 - SAgendaconsmdia: agenda consulta no mesmo dia; SAgendaconsoutros: agenda consulta em condições específicas; NAgendacons: não agenda consulta
- 8 - SAtendensmdia: atende no mesmo dia; +1diaespera: atende com mais de um dia de espera; Nfzconsulta: não atende
- 9 - Sconstempomaio: utiliza consulta com tempo maior; Nconstempomaio: não utiliza consulta com tempo maior
- 10 - Sreghistvida: utiliza registro da história de vida; Nreghistvida: não utiliza registro da história de vida
- 11 - Sofertagrupos: oferta atendimento em grupo; Nofertagrupos: não oferta atendimento em grupo
- 12 - Sapoimatricial: faz atendimento com profissional de apoio matricial; Napoiomatricial: não faz atendimento com profissional de apoio matricial
- 13 - Spreparacao: teve preparação para o atendimento; Npreparacao: não teve preparação para o atendimento
- 14 - Sregcasograve: possui registro dos casos mais graves; Nregcasograve: não possui registro dos casos mais graves
- 15 - Sregcasodrogas: possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de drogas; Nregcasodrogas: não possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de drogas
- 16 - Sacoesdrogas: realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de drogas; Nacoesdrogas: não realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de drogas
- 17 - Sregcronicosmedic: possui registro dos usuários em uso crônico de psicotrópicos; Nregcronicosmedic: não possui registro dos usuários em uso crônico de psicotrópicos
- 18 - Sacoesronicmedic: realiza ações para pessoas em uso crônico de psicotrópicos; Nacoesronicmedic: não realiza ações para pessoas em uso crônico de psicotrópicos
- 19 - SpromocaoSM: oferta ações educativas e de promoção da saúde; NpromocaoSM: não oferta ações educativas e de promoção da saúde

DISCUSSÃO

O estudo mostrou que os itens selecionados apresentaram boa capacidade para diferenciar as EqAB participantes do PMAQ-AB em relação à oferta de cuidados em saúde mental. A estratificação do risco para gestão do cuidado, o acompanhamento dos casos mais graves, o atendimento em grupo e as ações de prevenção e de promoção da saúde mental foram os fatores mais importantes na discriminação do nível de oferta do cuidado em saúde mental.

A seleção de variáveis que iam além da subdimensão proposta pelo MS no questionário favoreceu a elaboração da escala, uma vez que diversas questões relacionadas ao tema saúde mental estavam presentes em outras subdimensões do instrumento. Com isso, houve um incremento na capacidade de avaliar as EqAB em relação a oferta de cuidados em saúde mental.

A elaboração de uma escala de mensuração da oferta de cuidados em saúde mental a partir dos pressupostos da TRI apresenta uma vantagem importante em relação à Teoria Clássica de análise de itens. A mensuração do traço latente não é influenciada pelo nível de aptidão do grupo respondente e nem por características dos itens, propriedade denominada invariância dos parâmetros^{2,12,23}. Desse modo, é possível inferir que a escala obtida por este estudo é apropriada para avaliar as EqAB, e que, no contexto de continuidade do PMAQ-AB, pode ser utilizada para avaliar o comportamento das equipes ao longo do tempo.

Ao avaliar os itens que apresentaram maior correlação individual com o escore total (programa agenda de acordo com o risco estratificado, registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico e realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de psicotrópicos), verificou-se que os dois primeiros mantêm uma relação mais estreita com a gestão dos serviços de saúde do que com que a assistência direta ao usuário. Tal fato alinha-se à dinâmica de avaliação do PMAQ-AB, que tem como objetivos induzir as equipes à melhoria contínua da qualidade da prestação de serviços e do acesso, com grande foco nos processos⁹.

O registro dos usuários em sofrimento psíquico é um importante indicador para o planejamento tanto de ações de acompanhamento quanto de ações de promoção em saúde mental, auxiliando na tomada de decisão. Jucá, Nunes e Barreto¹⁸ apontam a ausência de registros como um reflexo da falta de preparação das EqAB para lidar com esses usuários.

Na Inglaterra, médicos generalistas são avaliados por meio de programa de pagamento por desempenho que os monitora quanto ao atendimento e ao registro de dados clínicos de portadores de sofrimento mental. Além dos cuidados pertinentes aos transtornos mentais, os médicos também devem atentar-se a outros fatores como aferição de pressão sanguínea, medição de glicose e colesterol, ressaltando que o cuidado não se restringe à sintomática do sofrimento psíquico, devendo ser integral²⁰.

A oferta de algum atendimento em grupo foi o item que apresentou maior valor para o parâmetro de locação, demonstrando que as equipes que responderam positivamente a tal questão tem maior probabilidade de apresentar elevada capacidade de ofertar de cuidados em saúde mental. As práticas de grupo são mecanismos que podem favorecer o acompanhamento de portadores de sofrimento mental na ABS, baseadas no estabelecimento de vínculos e participação ativa dos usuários⁷. Os grupos apresentam um grande potencial para serem utilizados como ferramenta terapêutica e como estratégia de promoção de saúde. Aliar a oferta de práticas grupais à promoção em saúde mental na ABS pode favorecer o estabelecimento e a manutenção da longitudinalidade no tratamento dos portadores de sofrimento psíquico, com estreitamento da relação usuário-profissional de saúde e obtenção de melhores resultados²⁸.

Um estudo brasileiro aponta que ao se orientarem pelo modelo psicossocial os grupos realizados no âmbito da ABS se efetivam como ações coerentes com os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, promovendo a autonomia e a singularidade dos usuários²¹.

Tradicionalmente, as práticas grupais na ABS tem se constituído como uma proposta de intervenção para públicos específicos, como por exemplo, diabéticos, hipertensos e obesos. Apesar disso muitas equipes revelam dificuldades em trabalhar com essa abordagem, apontando desafios como falta de habilidade pessoal, falta de recursos e insumos, excesso de demanda. Há ainda dificuldades referentes à operacionalização dos grupos, sendo que muitos acabam por se tornar “consultas coletivas”, baseadas em prescrições e indicação de condutas⁵.

O atendimento com profissionais de alguma modalidade de apoio matricial foi um dos itens que obteve maior taxa de resposta positiva, evidenciando que a estratégia de fornecer retaguarda às EqAB, por meio de suporte especializado têm sido adotada em larga escala. Cabe destacar que o apoio matricial foi concebido

para atuar de forma bastante abrangente, desde o compartilhamento e co-responsabilização pelo cuidado do usuário até ações de educação permanente ofertadas às EqAB^{4,15}.

Vários estudos indicaram a necessidade de supervisão e capacitação das EqAB para o adequado atendimento de portadores de sofrimento psíquico^{16,17,22,27}. Nesse sentido, o matriciamento seria capaz de aumentar a resolutividade e a efetividade das ações, atuando em conjunto com a EqAB em seu território, subsidiando atividades em grupo, ações de promoção de saúde e capacitação dos profissionais da ABS^{7,11}.

Alinhado aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira o matriciamento se insere como possibilidade porque rompe com a lógica do cuidado fragmentado, tendo como meta que todos os profissionais envolvidos no atendimento estejam em consonância, ainda que estejam em serviços diferentes^{4,15}.

Um potencial efeito colateral da inserção da saúde mental na APS aliada à falta de supervisão pode ser a alta prescrição de medicamentos psicotrópicos, especialmente a pacientes que apresentam transtornos mentais comuns^{14,19,21,29}.

Dentre as limitações deste estudo, deve-se considerar que a forma como as questões fechadas são formuladas no questionário de coleta de dados inviabiliza que se faça a melhor qualificação dos dados, uma vez que se restringe a opção de resposta em sim ou não.

A oferta de cuidado em saúde mental, ainda que entendida como parte do escopo de ações da ABS em saúde, presente inclusive no programa de avaliação, se mostra ainda pouco desenvolvida. Investimentos em fatores gerenciais como a estratificação do risco para gestão do cuidado e o registro e acompanhamento dos casos mais graves, bem como em fatores assistenciais como o atendimento em grupo e as ações de prevenção e de promoção da saúde mental são importantes para potencializar a oferta do cuidado em saúde mental pelas equipes de atenção básica.

Referências

1. Andrade DF, Tavares HR, Valle RC. Teoria da Resposta ao Item: conceitos e aplicações. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística; 2000.

2. Baker FB. The Basics of Item Response Theory. 2ªed. 2001. [citado 2017 jan 16] Disponível em: <http://echo.edres.org:8080/irt/baker/final.pdf>.
3. Barros SCM, Dimenstein M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. *Estud. pesq. psicol.* 2010, 10(1).
4. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica.* 2007;23(2):399-407. DOI:10.1590/S0102-311X2007000200016.
5. Ferreira Neto JL, Kind L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis.* 2010;20(4):1119-1142. DOI: 10.1590/S0103-73312010000400004.
6. Fleury MJ, Imboua A, Aubé D, Farand L, Lambert Y. General practitioners' management of mental disorders: A rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Family Practice.* 2012;13:19. DOI: 10.1186/1471-2296-13-19.
7. Frateschi MS, Cardoso CL. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. *Psico,* 2016;47(2),159-168. DOI: 10.15448/1980-8623.2016.2.22024.
8. Fredheim T, Danbolt LJ, Haavet OR, Hjonsberg K, Lien L. Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. *Int J Ment Health Syst.* 2011;5:13. DOI:10.1186/1752-4458-5-13.
9. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária a Saúde In: Giovanella et al. (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, cap. 16, 575-625, 2008.
10. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2009;14(3):783-794. DOI: 10.1590/S1413-81232009000300014.
11. Gryscek G, Pinto AAM. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?. *Ciênc. saúde coletiva.* 2015; 20(10):3255-3262. DOI: 10.1590/1413-812320152010.13572014.
12. Hambleton RK, Swaminathan H, Rogers H. *Fundamentals of Item Response Theory.* Sage Publications, Inc., Newbury Park, Califórnia, 1991.
13. Hanlon C, Fekadu A, Jordans M, Kigozi F, Petersen I, Shidhaye R, et al. District mental healthcare plans for five low and middle-income countries: commonalities, variations and evidence gaps. *Br J Psychiatry.* 2016, 208,s47–s54. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.153767.
14. Hickey L, Hannigan A, O'Regan A, Khalil S, Meagher D, Cullen W. Psychological morbidity among young adults attending primary care: a retrospective study. *Early Interv Psychiatry.* 2015. DOI: 10.1111/eip.12284.

15. Hirdes A, Scarparo HBK. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015;20(2):383-393. DOI: 10.1590/1413-81232015202.12642013.
16. Jaruseviciene L, Sauliune S, Jarusevicius G, Lazarus JV. Preparedness of Lithuanian general practitioners to provide mental healthcare services: a cross-sectional survey. *Int J Ment Health Syst*. 2014, 8:11. DOI:10.1186/1752-4458-8-11.
17. Jenkins R, Othieno C, Okeyo S, Aruwa J, Kingora J, Jenkins B. Health system challenges to integration of mental health delivery in primary care in Kenya perspectives of primary care health workers. *BMC Health Services Research*. 2013;13:368. DOI:10.1186/1472-6963-13-368.
18. Jucá VJS, Nunes MO, Barreto SG. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;14(1):173-182. DOI: 10.1590/S1413-81232009000100023.
19. Marston L, Nazareth I, Petersen I, Walters K, Osborn DPJ. Prescribing of antipsychotics in UK primary care: a cohort study *BMJ Open* 2014;4:e006135. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006135.
20. Martin JL, Lowrie R, McConnachie A, McLean G, Mair F, Mercer SW, et al. Physical health indicators in major mental illness: analysis of QOF data across UK general practice. *Br J Gen Pract* 2014; 64 (627): e649-e656. DOI: 10.3399/bjgp14X681829.
21. Minozzo F, Kammzetsler CS, Debastiani C, Fait CSo, Paulon SMi. Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Fractal : Revista de Psicologia*, (2012). 24(2), 323-340. DOI: 10.1590/S1984-02922012000200008.
22. Mykletun A, Knudsen AK, Tangen T, Overland S. General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. *BMC Health Services Research*. 2010;10:35. DOI:10.1186/1472-6963-10-35.
23. Pasquali L, Primi R. Fundamentos da teoria da resposta ao item: TRI. *Aval. psicol.* 2003;2(2):99-110.
24. Petterson S, Miller BF, Payne-Murphy JC, Phillips Jr. RL. Mental health treatment in the primary care setting: Patterns and pathways. *Families, Systems, & Health*, 2014;32(2), 157-166. DOI: 10.1037/fsh0000036.
25. Rizopoulos D. ltm: An R Package for Latent Variable Modeling and Item Response Analysis. *Journal of Statistical Software*, [S.l.], v.17,5,p.1-25,nov. 2006. DOI: 10.18637/jss.v017.i05.
26. Samejima FA. Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. *Psychometrika*. 1969;p.100. DOI: 10.1007/BF03372160.

27. Sapag JC, Rush B, Ferris LE. Collaborative mental health services in primary care systems in Latin America: contextualized evaluation needs and opportunities. *Health Expectations*, 2016,19: 152–169. DOI: 10.1111/hex.12338.
28. Souza L, Santos M. Processo grupal e atuação do psicólogo na atenção primária à saúde. *Journal of Human Growth and Development*, 2012;22(3), 388-395. DOI: 10.7322/jhgd.46711.
29. Ventevogel P. Integration of mental health into primary healthcare in low-income countries: Avoiding medicalization. *Int Rev Psychiatry*. 2014,26(6):669-79. DOI: 10.3109/09540261.2014.9660672014.

ANEXO D

Comprovante de submissão do artigo

30/01/2017
ScholarOne Manuscripts


Revista de Saude Pública

 Home

 Author

Submission Confirmation


Thank you for your submission

Submitted to
Revista de Saúde Pública

Manuscript ID
RSP-2017-0051

Title
Saúde mental na atenção básica: uma avaliação usando Teoria da Resposta ao Item

Authors
Rocha, Hugo
Santos, Alaneir de Fatima dos
Reis, Ilka
Santos, Marcos
Cherchiglia, Mariangela Leal

Date Submitted
30-Jan-2017

Author Dashboard

©Thomson Reuters | © ScholarOne, Inc., 2017. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,565.

 @ScholarOneNews |
 System Requirements |
 Privacy Statement |
 Terms of Use

<https://mc04.manuscriptcentral.com/rsp-scielo>
1/2